



Vårdmiljöns påverkan hos personer med demenssjukdom - en litteraturstudie

Care environment impact in people with dementia – a literature study

Aysel Arslan

Anders Kåwe

Fakulteten för Hälsa, natur- och teknikvetenskap

Omvårdnad / Sjuksköterskeprogrammet

Grundnivå

Handledare: Kristina Rendahl-Laage & Helena Simonsson

Examinerande lärare: Ingela Karlsson

Datum: 2017-12-13

Sammanfattning

Titel:	Vårdmiljöns påverkan hos personer med demenssjukdom -en litteraturstudie Care environment impact in people with dementia -a literature study
Fakultet:	Fakulteten för hälsa, natur- och teknikvetenskap
Institution:	Institutionen för hälsovetenskap
Ämne:	Omvårdnad
Kurs:	Examensarbete i omvårdnad, 15 hp, grundnivå
Författare:	Aysel Arslan och Anders Kåwe
Handledare:	Kristina Rendahl-Laage och Helena Simonsson
Sidor:	25 exklusive bilaga
Nyckelord:	Demens, vårdmiljö, sjuksköterskans roll och personcentrerad omvårdnad

Introduktion: Vårdmiljö är ett begrepp som innefattar både fysisk, social och psykisk miljö. Demenssjukdom är i västvärlden en av de tre största dödsorsakerna. Största riskfaktorn är hög ålder. I västvärlden är det vanligt att äldre personer, med ökat behov i slutet av sjukdomen, flyttar in på någon form av vårdboende. Dessa kan se olika ut och ha olika personaltäthet.

Syfte: Att beskriva vårdmiljöns påverkan hos en person med demenssjukdom.

Metod: Till litteratursökningen användes Polit och Becks (2017) niostegsmodell. Artikelsökningen från CINAHL och PsycINFO resulterade i 11 artiklar vars innehåll kvalitetsgranskades genom att använda granskningsmallarna *Guide to an overall Critique of a Qualitative Research Report* och *Guide to an overall Critique of a Quantitative Research Report* i Polit och Beck (2017).

Resultat: Databearbetningen resulterade i tre huvudkategorier, vårdmiljöns ljud och ljus, vårdmiljöns färg och utformning, personalens påverkan och underkategorin det sociala samspelet. Alla artiklar var representerade i flera kategorier.

Slutsats: Olika vårdmiljöer påverkar en person med demenssjukdom på olika sätt. Att ta hänsyn till detta är viktigt vid sammansättning av personalgrupper. Ljud och ljus samt färgsättningen och utformningen av vårdboende är minst lika viktig.

Innehållsförteckning

1. Introduktion	4
1.1. Demens	4
1.1.1. Alzheimers sjukdom	5
1.1.2. Frontotemporaldemens	5
1.1.3. Lewybodydemens	6
1.1.4. Vaskulär demens	6
1.2. Personcentrerad omvårdnad	6
1.3. Vårdmiljö	7
1.4. Problemformulering	8
1.4.1. Syfte	8
2. Metod	9
2.1. Litteratursökning	10
2.1.1. Urvalskriterier	10
2.2. Urval	10
2.3. Databearbetning	12
2.4. Forskningsetik	12
3. Resultat	13
3.1. Vårdmiljöns ljud och ljus	13
3.2. Vårdmiljöns färg och utformning	14
3.3. Personalens påverkan	14
3.3.1. Det sociala samspelet	15
4. Diskussion	16
4.1. Metoddiskussion	16
4.2. Resultatdiskussion	17
4.3. Klinisk betydelse	19
4.4. Framtida forskning	20
4.5. Slutsats	20
Referenslista	21
Bilaga: Artikelmatris	

1. Introduktion

Bakgrunden till denna litteraturstudie var det gemensamma intresset av att studera vårdmiljöns betydelse för personer med en kognitiv nedsättning. Det finns flera bakgrunder till kognitiv nedsättning men en vanlig orsak är en demenssjukdom (Marcusson et al. 2011). Enligt Demenscentrum (2015) insjuknar en person var tredje sekund i världen i någon form av demenssjukdom. Eftersom en persons ålder påverkar prevalensen för demens är demenssjukdomar mer utbredd i västvärlden, då det finns fler med hög ålder där. I västvärlden är det vanligt att äldre personer, som inte klarar sig själv i slutfasen av sjukdomen, flyttar in på vårdboende för äldre eller "särskilda boenden" för enbart personer med en demensdiagnos (Marcusson et al. 2011). Studien gjord av Prince et al. (2012) visar att demenssjukdom inte förekommer mer i industriländer än i utvecklingsländer. Låg utbildningsnivå och analfabetism gör att personer inte känner igen symtomen, vilket leder till ett högt mörkertal och att färre diagnostiseras i utvecklingsländer. Demens är enligt Marcusson et al. (2011) den tredje största medicinska dödsorsaken i västvärlden. Enligt Socialstyrelsens (2016), Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, finns det idag cirka 160 000 personer med demenssjukdom i Sverige. Av cirka 70 olika demenssjukdomar är Alzheimers sjukdom den vanligaste. Under 2016 genomfördes en basal demensutredning på 80 % av alla nydiagnostiserade personer. Det görs cirka 8000 basala utredningar av de potentiellt 24 000 – 26 000 insjuknade årligen. Övriga utreds och diagnostiseras ej på grund av otydliga symtom (SveDem 2016). De vanligaste symtomen hos personer med demenssjukdom är agitation och depression relaterat till att vårdmiljön är oförutsägbar och okänd (Edvardsson et al. 2008). Merparten av denna litteraturstudie hade fokus på vårdmiljöns betydelse på vårdboenden för personer med demenssjukdom.

1.1. Demens

Demens är idag en vanlig folksjukdom som inte går att bota (Demenscentrum 2016; Ragneskog 2013). Demens är ett samlingsnamn för skador i hjärnan och organiska sjukdomar (Engedal 1996). Ordet härstammar från latinets "*de mens*" vilket betyder "utan själ" och demens användes tidigare synonymt med galenskap och sinnessjukdom (Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU 2014). Främsta riskfaktorn för att drabbas av demens är ålder. Även kvinnligt kön, Down syndrom, hjärt- och kärlsjukdomar och genetiska faktorer påverkar. Att fler kvinnor drabbas av demens är för att deras livslängd är längre än männens (SBU 2014). En förutsättning för att kunna ge rätt stöd, en god vård och omsorg till personer med demenssymtom är att personen genomgått en basal demensutredning för att fastställa en diagnos. Denna utredning består av kognitiv bedömning, datortomografi av hjärnan, blodprover, aktivitetsbedömning och intervju av anhöriga (Feldman 2008; Socialstyrelsen 2016). Enligt Religa et al. (2015) finns det demografiska skillnader kring när och var utredningarna sker. Religa et al. (2015) förklarar att äldre personer söker vårdcentralen för sina minnesproblem medans yngre personer remitteras vidare till specialist för sina oklara symtom efter att först sökt vårdcentralen. Ett stort problem med ett fastställande av en demensdiagnos är att de begynnande subkliniska symtomen är svårupptäckta i det naturliga åldrandet. Dessa symtom framträder långt innan problematiken blir så stor att symtomen utreds (Marcusson et al. 2011). En person med demenssjukdom kan blanda ihop då och nu och kan således till exempel sätta in befintliga synbara personer i, en i minnet tidigare situation (Solem 1996).

Demenssjukdomar delas in i tre olika kategorier. Till primärdegenerativa demenssjukdomar kan nämnas Alzheimers sjukdom, frontotemporal demens och lewybody demens. Demenssjukdom

kan även uppträda sekundärt till depression, hjärnblödning, hjärntumör eller infektioner i hjärnan. Dessa sjukdomstillstånd kan ge symtom som liknar dem vid demenssjukdom. Likaså kan droger och missbruk av läkemedel ge demensliknande symtom (Solomon et al. 2007). Den tredje gruppen är vaskulär demens som påverkar intellektet, vilket anses orsakas av kärlförändringar i hjärnan på grund av embolier och ateroskleros. Beroende på var kärlförändringarna finns i hjärnan varierar symtomen (Solomon et al. 2007). 2007 startades svenska demensregistret, SveDem. Sverige var ett av de första länderna som registrerade data kring demenssjukdomar i ett kvalitetsregister. Tanken är att registret ska leda till nationella riktlinjer för en bättre och mer likvärdig vård av personer med demenssjukdom i Sverige (SveDem 2017).

Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens (BPSD) är ett sammanfattande begrepp av psykiatriska symtom. Mer än 80 % av alla som bär på Alzheimers sjukdom utvecklar BPSD under sjukdomsförloppet. Svenska BPSD-registret startade hösten 2010. Syftet med registret är att tvärprofessionellt arbeta preventivt för att minska symtom och lidande (BPSD 2017). Dehlin och Rundgren (2007) beskriver hur BPSD delas in i kognitiv nedsättning, försämrade vardagliga aktiviteter och beteendestörningar. Symtom på beteendeförändringar är till exempel fysisk och verbal aggressivitet, skrik, gråt, rastlöshet, vandrande och opassligt sexuellt beteende. De psykiska symtomen visar sig exempelvis som vanföreställningar, hallucinationer, affektiva symtom och ångest (Dehlin & Rundgren 2007).

1.1.1. Alzheimers sjukdom

Den vanligaste demensdiagnosen, 66 %, är Alzheimers sjukdom (Marcusson et al. 2011; Religa et al. 2015). Basun (2013) beskriver att Alois Alzheimer redan år 1906 diagnostiserade en person med demenssymtom. Sjukdomen fick senare hans namn, Alzheimers sjukdom. Enligt Feldman (2008) drabbas hela storhjärnan men framför allt hjäss- och tinningloberna. Alzheimers sjukdom kännetecknas av hjärnatrofi och typiska proteininlagringar i hjärnan. Ett tidigt symtom är påverkan av episodminnet och senare tillkommer andra kognitiva symtom såsom agnosi, apraxi och dysfasi. Alzheimers sjukdom gör att hjärnvävnad gradvis förstörs då nervceller börjar förtvina och dö i onormal omfattning. Det är en progressiv neurodegenerativ sjukdom som till sist leder till döden. Symtomen utvecklas successivt. Oavsett ålder när symtomen upptäcks är det av stor vikt med medicinsk vård (Basun 2013; Feldman 2008). Den leder till en för tidig död och åldern anges vara den största riskfaktorn (Sperling 2011).

1.1.2. Frontotemporal demens

Frontotemporal demens är en av de primära demenssjukdomarna. Det är en ovanlig demenssjukdom som drabbar framförallt pannloben och tinningloben. Beroende på var i hjärnan sjukdomen finns uppstår olika symtom. De vanligaste symtomen hos personer med frontotemporal demens är att de blir ohämmade, oengagerade, får lätt att gråta samt får minskad ansiktsmimik (Ragneskog 2013). De andra vanliga symtomen är att personer med frontotemporal demens blir mycket pratiga, får en nedsatt social förmåga, insiktslöshet och förändrat ätbeteende, men det mest kännetecknande symtomet är att dessa personer inte känner igen människor. Frontotemporal demens likt Alzheimers sjukdom fortskrider under en lång period, alltså långsamt progredierande. Diagnos sätts genom olika psykologiska tester och PET-kamera. Kriterier som ska vara uppfyllda för att sätta en diagnos är att sjukdomen är progredierande, att personens sociala relation minskar, avtrubning i känslorna samt tidig insiktsförlust.

1.1.3. Lewybodydemens

En annan primär demenssjukdom är Lewybodydemens som är en degeneration av hjärncellerna. Den har stora likheter med parkinsondemens. De olika kännetecknen är bristande uppmärksamhet och minnesstörningar vilka inte är så tydliga i början av sjukdomsförloppet. Efter Alzheimers sjukdom är Lewybodydemens den näst vanligaste fortskridande demensformen. Mycket svårt att ställa diagnos då det finns många likheter med parkinsondemens.

1.1.4. Vaskulär demens

Den vanligaste formen av sekundär demenssjukdom är vaskulär demens, även kallad för blodkärlsdemens. Att personen har fått en sekundär demenssjukdom innebär att personen har fått en blodpropp eller blödning i hjärnan vilket leder till hypoxi i hjärnan som i sin tur leder till skador på nervvävnaden och därmed till en demenssjukdom (Demenscentrum 2013). De vanligaste orsakerna är hypertoni och infektion.

1.2. Personcentrerad omvårdnad

Enligt Socialstyrelsens (2016) Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, ska personer med demenssjukdom få en mer personlig omvårdnad och vårdmiljö. För att kunna göra det möjligt måste personalen i samarbete med anhöriga få fram en levnadshistoria. Det bästa för personen är att ge teambaserad vård där flera olika professioner samarbetar. Socialstyrelsen (2016) understryker samtidigt vikten av att vidareutbilda personalen om demenssjukdom så att de känner till de olika symtomen och tecknen för att kunna ge en bättre personcentrerad omvårdnad.

Under 90-talet introducerades personcentrerad omvårdnad inom demenssjukvården av professor Tom Kitwood. Personcentrerad omvårdnad utgick från personen, inte demenssjukdomen. Fokus ligger på personens psykologiska aspekter och från personens värderingar, levnadshistoria och vanor. Syftet är att ge så personlig omvårdnad och anpassad vårdmiljö som möjligt. Kitwood behandlar även vikten av relationen mellan organisationen och personalen som i sin tur ger en känsla av egenvärde och välbefinnande till personer med demenssjukdom (Kitwood 1997). Som sjuksköterska ska personens självbestämmande värnas och en jämlik omvårdnad ska ges utifrån personens perspektiv (Kitwood 1997). Kitwoods teori utvecklades ytterligare av Down Brooker (2007) som använde **VIPS**- modellen, förväxlas ej med VIPS - dokumentationsmodellen (Ehnfors et al. 1998). VIPS- modellen innebar att Värdera alla människors lika värde, personer med demenssjukdomar har samma rättigheter som andra vårdtagare. Att bemöta och behandla alla Individuellt med fokus på det individuella, man ska utgå från personens Perspektiv samt Sociala miljö (Brooker 2007).

Personalen ska visa respekt genom att ha ett samarbete med personen med demens genom att till exempel visa empati, vara lyhörd och låta personen med demens visa sina färdigheter. Vårdpersonalen ska vid utövandet av omvårdnad alltid utgå från personen, inte demenssjukdomen, de ska behålla lugnet samt ha respekt för personens integritet (Marcusson et al. 2011; Skovdahl et al. 2003).

För att en sjuksköterska ska kunna ge en god omvårdnad ska hen utgå ifrån en humanistisk människosyn (Svensk sjuksköterskeförening [SSF] 2017). Enligt SSF (2017) beskrivs sjuksköterskans ansvarsområde som att främja hälsa, förebygga sjukdom, lindra lidande och återställa hälsa. Hälso- och sjukvårdslagen betonar den stora vikten av ansvaret sjuksköterskan

har, gällande att ge en god vård och hälsa på lika villkor för alla individer. Samtidigt har sjuksköterskan ett ansvar att utföra det med respekt och värdighet vid alla möten (Svensk författningssamling [SFS] 2017:30). Sjuksköterskan måste i sitt arbete även kunna beakta olika miljöaspekter (Wijk 2014). Hur ser vårdmiljön ut och hur upplevs den av både personer med demenssjukdom och sjuksköterskan?

1.3. Vårdmiljö

Redan 1858 framhöll Florence Nightingale vikten av vårdmiljön och dess påverkan hos sjuka personer och lade fram speciellt vikten av den fysiska miljön. Även social och psykisk miljö var viktig. Viktigt för sjuka personers hälsa och återhämtning är till exempel jämn och tillfredsställande värme, rent inomhus och vackert upplagd mat (Nightingale 1858). Den fysiska vårdmiljön beror dels på var personen befinner sig och dels på hur lokalerna är utformade och dess färgsättningen (Wijk 2014). Enligt Bourgeois (1991) och Wijk (2014) görs miljöförändringar på vårdboenden så att miljön passar alla oavsett diagnos. Det finns både vård i egna hemmet, vårdboende eller sjukhusmiljö. Enligt Marcusson (2011) anses personalen vara en del av den fysiska och sociala miljön.

En social vårdmiljö är ett annat sätt att se på vårdmiljön. Detta innefattar hur personerna samspelar med varandra inom ett vårdboende eller på en sjukhusavdelning. Samspelet mellan personer med demenssjukdom och personal och/eller anhöriga spelar också stor roll socialt (Wijk 2014). Enligt Edvardsson (2011) ska den sociala miljön vara anpassad efter personer med demenssjukdom och inte efter personalen. Att skapa en miljö där ett socialt samspel startas är viktigt. Personalen ska finnas närvarande för personerna med demenssjukdom, inte för sin egen skull.

Den tredje kategorin av vikt är den psykiska vårdmiljön. Den påverkas dels av hur olika personer mår inombords och dels av hur yttre påverkan sätter igång personens emotion (Wijk 2014). Enligt Ragneskog och Kihlgren (1997) tyckte personalen på ett vårdboende att ledningen har en viktig funktion för att vården skall fungera. Det stimulerar personalen att organisera arbetet och därmed leda till mindre agitation hos personer med demenssjukdom. Särskilda vårdboenden är småskaliga vilket bidrar till ett ökat socialt samspel samt skapar en familjär stämning. Ett socialt samspel sker när både fysisk och psykisk miljö samverkar. Personen känner sig då som hemma (Wijk 2014). Vikten av den psykiska vårdmiljön behandlas av Edvardsson (2011) och visar att den påverkar personer med demenssjukdom till exempel genom att ha en miljö som är välkomnande, tillåtande, tillgänglig och gästfri. Detta får de att känna sig "hemma".

1.4. Problemformulering

Demens räknas idag till en av de största folksjukdomarna som inte går att bota. Det finns möjligheter att lindra symtomen genom medicinering. De degenerativa demenssjukdomarna är progredierande, vilket betyder en successiv försämring. Med hjälp av förändringar av vårdmiljön kan vardagliga aktiviteter underlättas. Är en person med demenssjukdom mottaglig för vårdmiljöns påverkan?

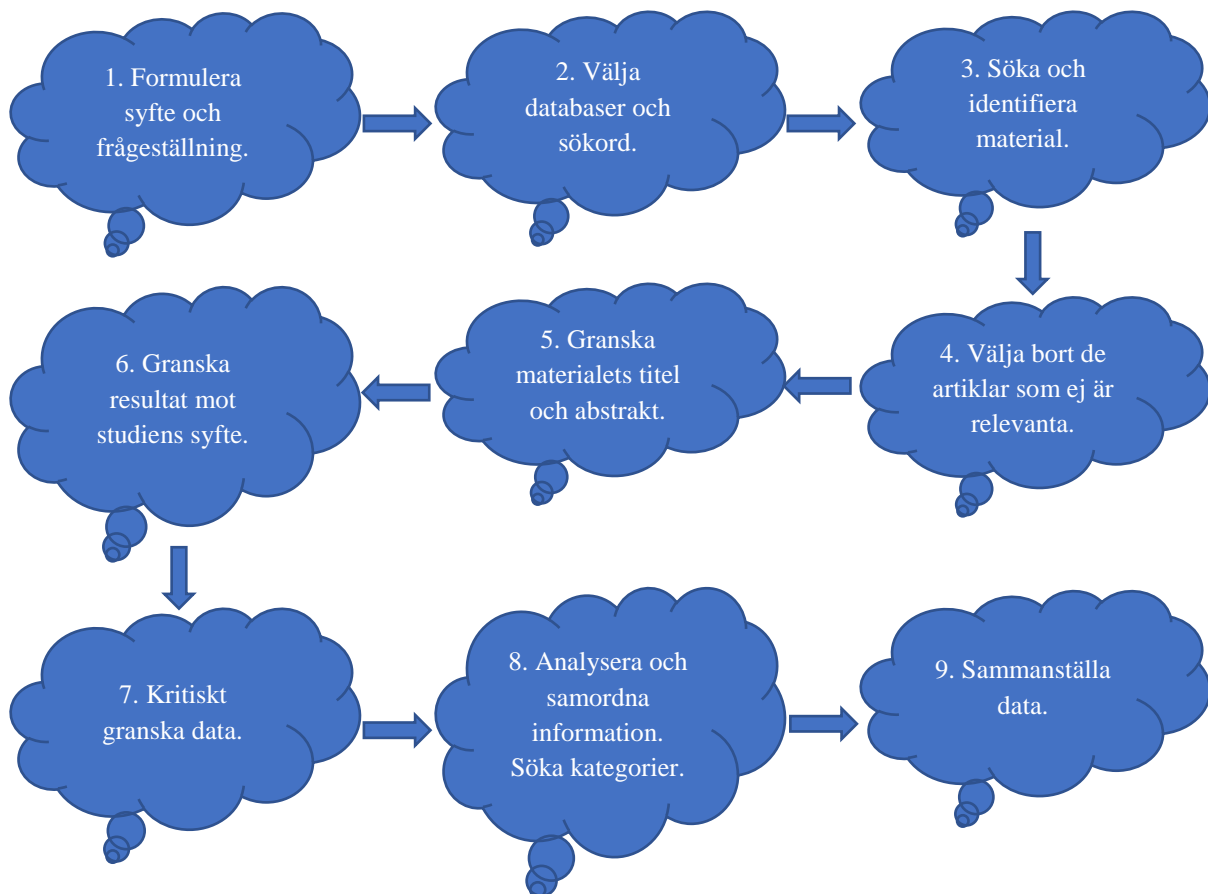
Med begreppet vårdboende menades i denna studie en avdelning avsedd för personer med särskilda behov inom demensvård, oavsett hur många avdelningar det fanns på boendet. Vårdmiljön som behandlades i denna studie var fysisk, social och psykisk vårdmiljö.

1.4.1. Syfte

Syftet var att beskriva vårdmiljöns påverkan hos en person med demenssjukdom.

2. Metod

Metoden som användes följde systematiskt Polit och Becks flödesschema, se figur 1 (Polit & Beck 2017). Först och främst har litteraturstudien börjat med att formulera en frågeställning samt hitta relevanta sökord. För att sedan analysera och tolka informationen har det skapats en plan. I enlighet med Polit och Beck (2017) har sammanställningen skett med egna ord utan att lägga till egna värderingar. Litteraturstudien har styrkts med aktuell forskning (Forsberg & Wengström 2015). Kvalitetsgranskningen gjordes enligt granskningsmallarna *Guide to an overall Critique of a Qualitative Research Report* och *Guide to an overall Quantitative Research Report* (Polit & Beck 2017). Ludvigssons (2002) checklista ämnad för artikelgranskning användes endast som hjälp vid den kritiska granskningen av artiklarnas innehåll.



Figur 1. Flödesschema, fritt översatt från Polit och Becks 9-stegsmodell.

2.1. Litteratursökning

Polit och Becks (2017) steg ett var att formulera litteraturstudiens syfte och problemformulering. Till litteraturstudien gjordes det systematiska sökningar via de elektroniska databaserna som valts ut, vilka var CINAHL och PsycINFO. Enligt Polit och Becks (2017) steg två arbetades relevanta sökord fram först genom provsökningar. Därefter planerades en sökstrategi fram där en identifiering av de lämpliga sökorden gjordes, *Dementia*, *Alzheimer's disease* och *Environment* var sökorden som valdes i databaserna CINAHL och PsycINFO. Sökorden var valda utifrån databasernas huvudordsregister. På databasen CINAHL användes sökorden som Major Headings och på PsycINFO användes sökorden som SU.exact (Thesaurus) så att endast titlar som innehöll sökorden kom med i sökresultatet.

Först skrevs sökorden var för sig och sedan kombinerades de med booleska operatörer. Booleska operatörer används för att vidga eller begränsa sökningen.

2.1.1. Urvalskriterier

Inklusionskriterier var artiklar skrivna på svenska eller engelska, peer review, och artiklar skrivna mellan 2010-01-01 – 2017-09-30. Val av september månad var för att inkludera de senaste elektroniskt publicerade artiklarna i vår studie men som dock ej hunnit publiceras i tryck. Exklusionskriterier var review-artiklar samt artiklar om vård i egna hemmet. Personer med demenssjukdom under 60 år har exkluderats.

2.2. Urval

Urval 1: De artiklar som framkom i sökningarna behandlades enligt Polit och Becks (2017) steg tre och fyra. Först söktes och identifierades artiklar från databasen CINAHL. Till urval ett lästes titlar och abstrakt av 63 artiklar från CINAHL. Därefter valdes 32 artiklar till urval ett, se tabell 1, varav en var intern dubblett. Från databasen PsycINFO identifierades 87 artiklar vars titlar och abstrakt lästes och 12 artiklar valdes till urval ett, se tabell 2, varav två var externa och en var intern dubblett. De valda artiklarna till urval ett blev totalt 40 efter borttagande av dubletter, och införskaffades i fulltext.

Urval 2: Detta urval gjordes enligt Polit och Becks (2017) steg fem och sex i niostegsmodellen. Här lästes alla abstrakt, metoder samt resultat. Artiklar som ej var relevanta för litteraturstudiens syfte samt review-artiklar valdes bort. Det sammanlagda antalet artiklar som gick vidare till urval två blev 11, se tabell 1 och 2.

Urval 3: De införskaffade artiklarna blev grunden till litteraturstudien. Insamlade data kom att sammanställas i löpande text och i tabellform. Artiklarna granskades kritiskt ur kvalitetssynpunkt. Detta gjordes enligt Polit och Becks (2017) steg sju med hjälp av granskningsmallarna. Det visade sig att alla behandlade artiklar höll kvaliteten, se tabell 1 och 2.

Tabell 1 Sökning i CINAHL 2017-08-31

CINAHL:	SÖKORD	TRÄFFAR	URVAL 1	URVAL 2	URVAL 3
S1	Dementia "Major Heading"	10 652			
S2	Alzheimer's disease "Major Heading"	5 045			
S3	Environment "Major Heading"	3 049			
S4	S1 AND S3	50	24	6	6
S5	S2 AND S3	13	8(1)	1	1
	TOTALT		31	7	7

() Intern dubblett

Tabell 2 Sökning i PsycINFO 2017-08-31

PSYCINFO	SÖKORD	TRÄFFAR	URVAL 1	URVAL 2	URVAL 3
S1	Dementia "SU-exact Thesaurus"	12 746			
S2	Alzheimer's disease "SU-exact Thesaurus"	17 753			
S3	Environment "SU-exact Thesaurus"	5 995			
S4	S1 AND S3	49	9[1]	4[1]	4[1]
S5	S2 AND S3	38	3(1)[1]	1	1
	TOTALT		9	4	4

() Intern dubblett [] Extern dubblett (båda inkluderade i resultatet)

2.3. Databearbetning

Bearbetning av data gjordes enligt Graneheim och Lundman (2004). Polit och Becks (2017) steg åtta genomfördes genom att läsa varje artikel var för sig. För att utesluta missförstånd om innehållet i texten lästes artiklarna flera gånger. Färgpennor användes för att stryka under de bärande begreppen. Enligt Polit och Beck (2017) är det viktigt att innehållet kategoriseras och att det förs anteckningar, till exempel med hjälp av färgpennor, för att sedan lättare kunna analysera innehållet. Från de bärande delarna i artiklarnas resultat, vilket kunde relateras till syftet, arbetades 18 kategorier fram. Dessa studerades sedan sinsemellan för att paras ihop och minska antalet kategorier. I nästa steg minskade antalet till 10. De bärande begreppen parades ihop. Slutligen blev det tre huvudkategorier av de bärande begreppen. En huvudkategori delades med hjälp av en underkategori. De framtagna kategorierna fick ligga till grund för denna litteraturstudies resultat av de bärande begreppen. Enligt Polit och Becks (2017) steg nio i niostegsmodellen gjordes en sammanställning av insamlade data vilket ledde fram till ett resultat.

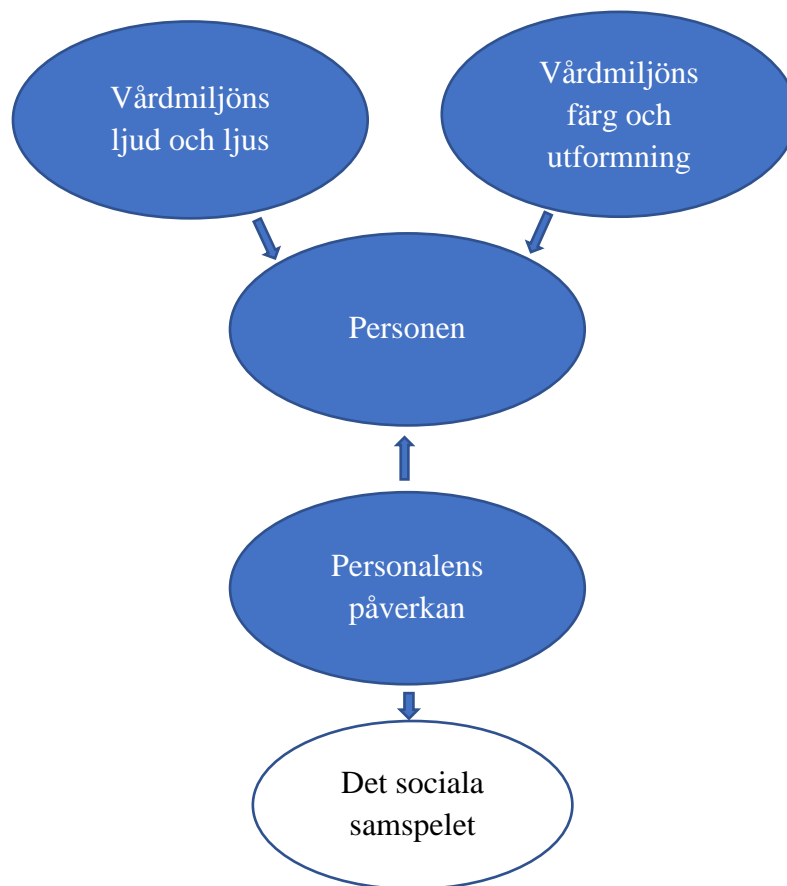
2.4. Forskningsetik

Enligt Forsberg och Wengström (2015) ska litteraturstudier utföras med källhänvisning där förstahandskällan anges, så har skett i denna studie. Även resultat som inte stödjer författarnas förförståelse har redovisats. Författarna till litteraturstudien har granskat artiklarna så att artikelförfattarna tydligt visar att etiska överväganden har gjorts eller att studien tilldelats publikationstillstånd. En etisk kommitté granskar studiernas tillförlitlighet innan publikation (Forsberg & Wengström 2015). Enligt Polit och Beck (2017) ska alla deltagare i en studie ha deltagit frivilligt. Eftersom studien var en litteraturstudie där redan publicerade vetenskapliga artiklar granskats antogs att alla erforderliga etiska ansökningar redan var gjorda. SBU (2014) skriver att när en litteraturstudie genomförs krävs det att den sker systematiskt. Litteraturstudien har genom att varken tilläga, förvränga eller försaka resultat utförts systematiskt.

Denna litteraturstudie följde ovan nämnda forskningsetiska principer. Egna värderingar har inte kunnat uteslutas helt på grund av författarnas förförståelse för ämnet, dock har de minimerats. All översättning har skett så korrekt som möjligt med hjälp av lexikon och elektronisk översättningshjälp för att undvika missförstånd.

3. Resultat

Utifrån urval tre framkom 11 artiklar som svarade på syftet för denna litteraturstudie. Dessa artiklar finns representerade i artikelmatrisen, se bilagan. Resultatet av litteraturstudien visade att de lästa artiklarnas resultat kunde delas in i olika kategorier. Tre artiklar hade kvalitativ ansats och åtta hade kvantitativ ansats. Alla kvantitativa artiklar hade någon form av statistisk databearbetning för att få fram sina resultat. De tre huvudkategorierna som framkom i denna studie var vårdmiljöns ljud och ljus, vårdmiljöns färg och utformning samt personalens påverkan. Underkategorin till personalens påverkan blev det sociala samspelet, se figur 2.



Figur 2. Framtagna huvudkategorier samt en underkategori som visar vad i vårdmiljöer som påverkar en person med demenssjukdom.

3.1. Vårdmiljöns ljud och ljus

Fyra artiklar handlade om vårdmiljöns ljud och ljus varav en var en kvalitativ studie och tre var kvantitativa studier. Ett av de viktigaste momenten som störde en god fysisk vårdmiljö var för mycket ljud (Garcia et al. 2012). Reducering av ljud, som till exempel att sänka ljudet på tv:n, ledde till bättre sömn, minskad daglig trötthet och ett bättre socialt samspel (Bruce et al. 2013). Ljud i form av lugn musik hade en positiv effekt på vårdmiljön (Garcia et al. 2012; Garre et al. 2012). Vårdmiljön skiljde sig inte nämnvärt i denna aspekt sett till typ av vårdboende, det var en blandning mellan småskaliga hemlika och stora traditionella vårdboenden (Garcia et

al.2012). Svagt bakgrundsljud tillsammans med vårdmiljöns utformning resulterade i en förbättring av upplevelsen av en måltid (Tanaka & Hoshiyama 2014). Oljud och för höga ljudnivåer skapade ökad stress och ett försämrat socialt samspel hos personer med demenssjukdom (Bruce et al. 2013). Oljud hade negativ effekt såsom sämre social förmåga och sämre sömn (Garre et al. 2012).

Justeringar i ljus genom att till exempel förbättra belysningen vid måltiderna resulterade i att kaloriintaget ökade och det sociala samspelet mellan personalen och personer med demenssjukdom ökade (Bruce et al. 2013). Ljusa lokaler gav effekt på måltiden lunch och personernas kognitiva funktion via ett implicit minne, dock gav ljusa lokaler ingen effekt på att memorera stunden. Belysning i sovrummet hade negativ effekt på sömnen, som i sin tur ledde till agitation och rädsla samt distraktion att utföra en vardaglig aktivitet (Garre et al. 2012).

3.2. Vårdmiljöns färg och utformning

Fyra artiklar handlade om vårdmiljöns färg och utformning där tre var kvantitativa studier och en var kvalitativ studie. Davis och Ohman (2016) kom fram till att för att en kognitivt nedsatt person lättare skulle kunna orientera sig i nya miljöer krävs varierande färgsättning på väggar. Stimulering kunde ske hos personer med demenssjukdom med hjälp av färger och utformning (Tanaka & Hoshiyama 2014). Det krävdes även symboler och avvikande mönster, som hjälper personen att få en minnesbild över miljön (Davis & Ohman 2016; Tanaka & Hoshiyama 2014). Det kunde till exempel vara en bild på en fågel i en korridor. Personer med kognitiv svikt kunde då lättare minnas vilken korridor det var. Vårdmiljöer i modern tid präglas ofta av enkelt neutralt inredda korridorer utan symboler. Symboler kan till exempel hjälpa personer med demenssjukdom att minnas vilken dörr som var rätt (Davis & Ohman 2016). Att ha en hemlik miljö med privata och personliga utrymmen hos personer med demenssjukdom är viktigt. Anpassningar av möbler, belysning, bilder, tavlor och väggmålningar kan bidra till att få en minnesbild (Campo & Chaudhury 2012; Sook et al. 2016). Förändringar av vårdmiljön ökade personers kognitiva funktion, möjligen med hjälp av upplevelsen av lunchen, dock gav den ingen effekt på minnet av lunchen. Minnesfunktionen var svår att behandla men kunde dock genom en bekväm användbar vårdmiljö förbättras (Tanaka & Hoshiyama 2014).

I en studie, (Sook et al. 2016), jämfördes ett stort traditionellt vårdboende och ett hemligt vårdboende med färre platser. Studien kom fram till att den psykiska vårdmiljön påverkades negativt vid för stora vårdboenden. Det visade bland annat en ökning av irritation och apati. Även progressen i sjukdomen påverkades negativt vid det större vårdboendet. Det var viktigt att ha sittplatser i hallen och sittplatser med utsikt, så att personer kunde mötas passivt eller aktivt. Detta bidrog till ett ökat socialt samspel hos personer med demenssjukdom (Campo & Chaudhury 2012).

3.3. Personalens påverkan

Sex artiklar handlade om personalens påverkan. Fyra var kvantitativa studier och två var kvalitativa studier. Edvardsson et al. (2011) visade i sin studie att vikten av engagerad personal var viktig. Personal som var med i aktiviteter eller måltider främjade en god stämning och detta satte igång personer med demenssjukdom till att vara mer aktiva. Vårdmiljön präglades då av en positiv anda. Sjögren et al. (2014) kom fram till att på de vårdboenden där personalen hade rätt utbildning upplevdes att en mer personcentrerad omvårdnad kunde utföras. Detta skedde genom vidareutbildning inom geriatrik och demens, och att personalen kunde arbeta avstressat

i ett lugnt tempo. Personalens förmåga att hantera stress samt att skapa empatiska möten var viktig för de boende. Vårdmiljön påverkades inte utifrån personalens ålder. Däremot visade studien att kvinnor hade lättare för att kunna arbeta personcentrerat. Sjögren et al. (2014) visade att den personal som var nöjd med sitt arbete hade lättare att "bjuda på sig själva" vilket ledde till en positivt avstressad vårdmiljö. Det var lättare att införa personcentrerad omvårdnad där ledningen lät personalen ha flexibla arbetsrutiner och medverka i vården av personer med demenssjukdom. Detta ledde till en minskning av agitation hos personer med demenssjukdom (Chenoweth et al. 2014).

Garcia et al. (2012) kom fram till att den stressade personalsituationen i kombination med mycket övertidsarbete och dubbelpass präglade vårdmiljön negativt, både psykiskt och socialt. Trött personal orkade inte engagera sig i personer med demenssjukdom. Enligt studien gjord av Edvardsson et al. (2011) framkom det att då personalen sysselsatte sig med annat eller inte fanns på plats ledde det till en negativ vårdmiljö då personerna med demenssjukdom hade svårt att ta egna initiativ.

En minskning av agitation påvisades hos dem som hade personcentrerad omvårdnad eller personcentrerad vårdmiljö, däremot påvisades det ingen förbättring av livskvaliteten. Personcentrerad vård och miljöinterventioner tillsammans förbättrade vårdkvaliteten (Chenoweth et al. 2014).

3.3.1. Det sociala samspelet

Fem av artiklarna under kategorin *Personalens påverkan* handlade mer specifikt om hur personalen påverkar det sociala samspelet. Två var kvantitativa studier och tre var kvalitativa studier. Sociala miljöfaktorer påverkade det informella och sociala samspelet. Vårdens och vårdpersonalens roll var av stor betydelse samtidigt som boendets värdegrund skulle följas (Campo & Chaudhury 2012). "Närvarande" personal spelade en stor roll för det sociala samspelet (Edvardsson et al. 2011). Garcia et al. (2012) påvisade att om personalen bemötte personer med demenssjukdom med ögonkontakt och ett enkelt vårdat språk gick informationen lättare fram. Detta var ett beteende som dock kunde förbättras. Dessutom framkom det att med rätt personkänedom kunde felaktiga ordval undvikas. Den empatiska förmågan ansågs ha stor betydelse för det sociala samspelet. Garcia et al. (2012) kom fram till att personers, med demenssjukdom, egna förmågor såsom kommunikation och social samspelsförmåga var av stor vikt för hur det sociala samspelet påverkades. Studien gjord av Chenoweth et al. (2014) skulle genom att införa personcentrerad omvårdnad och förändringar i vårdmiljön visa förbättringar på emotionell respons på vård och agitation. Chenoweth et al. (2014) hypotes var att personcentrerad omvårdnad tillsammans med vårdmiljöförändringar skulle leda till en bättre vårdmiljö. Det visade sig dock inte att agitationen minskade med en personcentrerad omvårdnad tillsammans med förändringar i vårdmiljön.

Cohen-Mansfield et al. (2011) beskrev att en person med nedsatt kognitiv förmåga kunde behöva hjälp av yttre stimuli såsom mänsklig kontakt, levande husdjur, samtala med en docka eller lyssna på musik för att kunna känna sig tillfreds. Studien av Cohen-Mansfield et al. (2011) påvisade att de personer som fick mest yttre stimuli samt de som hade den bäst bevarade språkförmågan kände sig mest tillfreds. Vårdmiljön påverkades även av vardagliga aktiviteter, där kvinnorna och de som var mest självständiga kände mest välbefinnande.

Vid de tillfällen då personer med demenssjukdom lämnades åt sidan märktes en försämring i det sociala samspelet mellan personerna (Edvardsson et al. 2011).

4. Diskussion

Syftet med litteraturstudien var att studera vårdmiljöns påverkan hos personer med demenssjukdom. Vårdmiljön kunde delas in i fysisk, social och psykisk miljö. Resultatet visade att huvudkategorierna vårdmiljöns ljud och ljus, vårdmiljöns färg och utformning samt personalens påverkan var områden inom vårdmiljö som påverkade personer med demenssjukdom. Det sociala samspelet blev underkategori till personalens påverkan. Genom att göra anpassningar inom dessa områden kan en bättre vårdmiljö skapas. Enligt Marcusson et al. (2011) har en negativ vårdmiljö större påverkan på en person med demenssjukdom än för en person med normal kognitiv förmåga. Detta därför att, oavsett var i sjukdomsförloppet personen befinner sig, är det jaget som står i fokus. Mycket energi går åt till att behålla sin autonomi.

4.1. Metoddiskussion

Denna litteraturstudie behandlade vetenskapliga artiklar kring ämnet vårdmiljöns påverkan hos personer med demenssjukdom. Att välja ämnet till denna litteraturstudie var för att få en inblick i hur vårdmiljön påverkar personer med demenssjukdom. Som metod för litteraturstudien användes Polit och Becks (2017) niostegsmodell vilket gör replikerbarheten av studien möjlig. Som databearbetning användes Graneheim och Lundmans (2004) induktiva innehållsanalys vilket betyder att utifrån funnet resultat letades gemensamma bärande begrepp fram. Under bearbetningen av resultatet framkom det 18 olika bärande begrepp. Dessa grupperades sedan i 10 sammanslagna kategorier varvid tre huvudkategorier slutligen skapades. Som hjälp till den kritiska granskningen av artiklarnas innehåll användes en granskningsmall. Denna utgick ifrån Ludvigssons (2002) checklista, ämnad för artikelgranskning.

Den valda tidsperioden för databassökningarna sträckte sig en månad framåt i tiden då sökningen ägde rum. Detta för att få med eventuella nya artiklar som publicerats på nätet men ej gått i tryck. Till datainsamlingen valdes databaserna CINAHL och PsycINFO. Provsökningen på databasen PubMed resulterade i dubletter eller var för snarlik sökningarna från databasen CINAHL. Därmed valdes databasen bort. Att använda endast två databaser till studien kan anses vara lite begränsande för sökningens bredd. Valet av databaser skedde utifrån att de är de största inom det valda ämnet. CINAHL och PubMed är stora inom ämnet omvårdnad och PsycINFO är stor inom psykiatri och psykogeriatrik.

De 11 utvalda artiklarna till innehållsanalysen var från Kanada, USA, Sverige, Australien, Japan och Spanien. Det visade sig att det fanns forskning inom demens och demensvård även gjorda i Sverige. Det är något positivt och en styrka i denna studie. Det finns idag ett stort mörkertal i antalet demensdiagnoser i utvecklingsländer då utbildningsnivån där är låg. Brist på forskarpengar likaså. Detta kan leda till bristande underlag vid forskning inom ämnet. Fokus har varit att titta på vårdboenden för personer med demenssjukdom, här visade det sig att åldern på personerna med demenssjukdom var äldre personer från cirka 60 års ålder och uppåt. Demenssjukdom är en sjukdom som uppkommer vid hög ålder. Hänsyn togs inte till om personerna var långt gångna i sin sjukdom eller om den var nyupptäckt vid hög ålder.

Alla artiklar lästes av båda författarna som sedan gjorde en sammanställning tillsammans för att undvika missförstånd i innehållet. Detta ansågs vara en styrka för studiens tillförlitlighet. En annan styrka i studien ansågs vara att alla 11 artiklarnas resultat sammanställdes av omvårdnadspersonal. Att det var omvårdnadspersonal, som kände personerna med demenssjukdom, som utförde observationerna, intervjuerna samt fyllde i enkäterna tycktes vara en ytterligare styrka. När den kritiska granskningen gjordes användes Ludvigssons (2002)

checklista vilket underlättade författarnas objektivitet i granskningen av artiklarna. För att minska misstolkningar i det engelska språket diskuterades artiklarna mellan författarna till litteraturstudien samt att det användes lexikon och elektronisk översättningshjälp. Att ha artiklar från 2010 och framåt kan ha en positiv effekt för studiens tillförlitlighet då så aktuell forskning som möjligt skulle granskas. När de 11 artiklarna valdes togs det ingen hänsyn till om de var kvalitativa eller kvantitativa. Eftersom det i slutändan framkom ett likartat resultat oavsett typ av studie anses detta också styrka denna studies trovärdighet.

Efter att ha sammanställt resultatet letades gemensamma bärande begrepp fram. För att få fram en hög trovärdighet krävdes att de bärande begreppen hittades i flera artiklar.

4.2. Resultatdiskussion

Resultatet av studien visade olika sätt som vårdmiljön kan påverka en person med demenssjukdom. Studien visade att en person med en demenssjukdom är mottaglig för miljöpåverkan. Olika faktorer som vårdmiljöns ljud och ljus, vårdmiljöns utformning, färgsättningar på korridorer och på gemensamma utrymmen, personalens påverkan samt det sociala samspelet påverkade personer med en demenssjukdom.

Gällande vårdmiljöns ljud och ljus har det i denna studie framkommit att för högt bakgrundsljud och oljud leder till ökad stress, agitation och sömnbesvär hos personer med demenssjukdom. Genom att ha granskat artiklarna kunde det konstateras att med en svag musik i bakgrunden runt personer med demenssjukdom påvisades en minskad stress och agitation samt att det ledde till en bättre sömn. Genom att ändra ljudnivån kan personer med demenssjukdom kommunicera bättre. Det visades även att bakgrundsmusiken minskar depressionen (Pryce & Goberman-Hill 2012). Då de flesta artiklarnas resultat var snarlika kunde generella slutsatser dras om ljudets och ljusets påverkan hos personer med demenssjukdom.

En studie gjord av Ragneskog et al. (1996) visar att ha en lugn bakgrundsmusik under till exempel måltiderna, samtidigt som bara en personal serverar maten medan resten av personalen sitter vid matbordet, leder till att personer med demenssjukdom börjar socialt samspele med varandra. Enligt Blackburn och Bradshaw (2014) kan musik användas som ett kommunikationshjälpmedel hos personer med demenssjukdom då deras kommunikationsförmåga försämras med tid. Genom att ha bakgrundsmusik vid omvårdnadsåtgärder underlättades arbetet.

Parallellt med ljudets påverkan påverkade även ljuset. En för dålig ljusbild leder till att en person med demenssjukdom får svårare att utföra vardagliga aktiviteter samt får en försämrad kommunikation. Detta ledde i sin tur till ett sämre socialt samspele. Detta styrks bland annat av forskning gjord av Bourgeois (1991).

Gällande vårdmiljöns färg och utformning har det i denna studie framkommit att skillnader beroende på storlek och typ av vårdboende visade varierande resultat. Att personer kan ha svårt med lokalkännedom är en sak, men personer med en demenssjukdom visade sig ha större besvär. Sett till dagens moderna vårdboenden, som byggs skandinaviskt minimalistiskt, finns det inga färgskiftningar och präglas av en neutral miljö. Enligt Wijk (2014) behöver en person med demenssjukdom vägledande symboler och estetisk miljö för att hitta. Kanske en bild ifrån barndomen utanför sin dörr kan hjälpa till. Marcusson et al. (2011) och Wijk (2014) har även kommit fram till att en småskalig hemlik miljö önskas för att få en positiv fysisk vårdmiljö. Det finns resultat i denna studie där typ av och storlek på vårdboende inte spelar någon roll. Dessa forskningar kanske har haft en annan ansats än att studera tryggheten i den fysiska miljön.

Det känns som ett relevant svar att en person med demenssjukdom behöver tryggheten i "det lilla". Personer med demenssjukdom som vårdades på vårdboenden hade en mer individanpassad vårdmiljö medans det på sjukhus hade gjorts neutrala anpassningar för alla. Wijk (2014) är en av flera forskare som beskriver vikten av att sätta den sjuka personen i centrum. Med detta som utgångspunkt bör alla vårdmiljöer anpassas, både fysiskt och socialt. Den hemlika miljön ger trygghet. Småskaliga vårdboenden med hög personaltäthet borde vara självklart.

Styrkt av fyra artikelförfattare i denna studie visar det sig att minnesproblematiken hos personen med demenssjukdom påverkas genom ändringar av stimuli. Neutralt är kanske inte det optimala i vårdmiljön för en person med demenssjukdom. Annan forskning har kommit fram till liknande resultat. Caspi (2014) beskriver att för att klara av de vardagliga aktiviteterna krävs ett bra lokalsinne. En person med Alzheimers sjukdom, som behövde hjälp i vardagen, hade enligt Caspi (2014) svårt för detta i nyare stora minimalistiskt byggda vårdboenden.

Gällande personalens påverkan har det i denna studie framkommit att personalens roll i vårdmiljön var av stor vikt. Utifrån resultatet i denna studie kan det tyckas att till exempel placering av personalutrymmen är av stor vikt för en god vårdmiljö. Personal ska kunna gå "åt sidan" för att till exempel dokumentera men ändå vara tillgängliga. En studie gjord av Edvardsson (2011) visade tydligt att personalens närvaro påverkade personer med en demenssjukdom avseende välbefinnande. När personalen skrattade och var närvarande observerades att personer med demenssjukdom reagerade på samma sätt och blev på bra humör. Det motsatta hände när personalen inte var närvarande, personer med demenssjukdom visade tydliga tecken på oro och ångest som smittade av sig till de andra medboenden.

Kada et al. (2009) förklarar att personalens attityd och kunskapsnivå har en stor betydelse för det sociala samspelet och den personcentrerade vårdmiljön. Bristande kunskap och intresse hos personal kan förstöra lika mycket som en icke individanpassad vårdmiljö. Förståelse för en persons sjukdom är viktig. Författarna i litteraturstudien håller med studerad forskning utifrån egna erfarenheter. Att sätta ihop för stora grupperingar med personer med demenssjukdom är heller inte optimalt, även om det var kostnadseffektivt. Frågan är vad som är kostnadseffektivt – god vård eller bra budget?

Begreppet personcentrerad omvårdnad introducerades på 1990-talet av Kitwood (1997). Ute i verksamheten syns det att placeringen av vårdmiljön för personer med demenssjukdom ofta inte är centralt belägen. Geriatriska avdelningar hamnar oftast längre bort från den centrala delen av ett sjukhus. Detsamma gäller kommunala vårdboenden som sällan ligger mitt i en stadskärna (Edvardsson et al. 2006). Personer som vårdats i dessa vårdmiljöer upplever att uppdragsgivaren inte bryr sig om dem lika mycket som de som vårdas i centralt belägna vårdmiljöer (Edvardsson et al. 2006). Personalens kunskap inom personcentrerad omvårdnad och vårdmiljö måste också förbättras genom att ledningen initierar vidareutbildningar. Att göra personcentrerade vårdmiljöer för personer med demenssjukdom är av stor vikt. Genom utbildning bör personalen få bättre kännedom om en persons, med demenssjukdom, symtom och behov (Kitwood 1997; Marcusson et al. 2011).

Personalens empatiska avstressande bemötandeteknik med rätt kroppshållning och med ögonkontakt är av stor betydelse. Om en sjuksköterska är fysiskt eller psykiskt stressad får det inte gå ut över personen hen vårdar (Asp & Ekstedt 2014). Detta kan leda till stress, aggressivitet och skrik hos en person med demenssjukdom (Skovdahl et al. 2003). Annan forskning visar att svag lugn musik i bakgrunden minskar stresspåslaget (Theorell 2009).

Personalens påverkan i denna studie kunde även leda till att de personliga förmågorna hos en person med demenssjukdom påverkas. Det har framkommit att en stor del av den psykiska vårdmiljön verkar till stor del präglas av stress. Stress i sig kan ge sekundära kognitiva nedsättningar. Innan forskningen var där den är idag trodde medicinforskare att stress och Alzheimers sjukdom var samma sjukdom (Marcusson et al. 2011).

Ett av de vanligaste symtomen hos personer med en demenssjukdom är att deras språkliga förmåga försämras. Personen börjar mer och mer att använda sig av kroppsspråket för att kunna kommunicera. Vårdpersonalen ska därför kunna ha kunskap om hur kroppsspråket ska tolkas för att kunna få personen med demenssjukdom att kommunicera med omvärlden (Edberg 2002). Marcusson et al. (2011) skriver att en person med demenssjukdom som bor på ett vårdboende behöver hålla sina förmågor i trim för att känna sig tillfreds. Detta kan handla om att få utföra fysiska aktiviteter och sköta sina vardagliga aktiviteter.

Det finns studier som visar att en person med demenssjukdom kan ha problem med att komma ihåg när och vad man äter. Personen glömmer bort att den har ätit eller ej. Minskad energitillförsel leder till försämrat nutritionsstatus (Sidenvall 2007). Westergren et al. (2008) beskriver att vid en demenssjukdom försämras munhälsan. Sook et al. (2016) kom fram till att på det större vårdboendet var munhälsan och nutritionen sämre än vid ett hemligt mindre vårdboende. Detta kan styrkas av Sidenvall (2007) och Westergren et al. (2008) då den "hemlika" miljön inte finns på ett större vårdboende och den personcentrerade vården inte är lika utbredd.

Personalens påverkan i denna studie kunde även leda till att det sociala samspelet hos en person med demenssjukdom påverkas. Det har framkommit att om personalen ger en personcentrerad omvårdnad leder det till en positiv känsla hos personer med demenssjukdom som till exempel ger ett bättre socialt samspel. Personer med demenssjukdom har olika, högst individuella, personligheter och förmågor. Dessa påverkar det sociala samspelet olika. En person med bevarat gott språk visade sig ha lättare att föra sig i ett socialt samspel. Av någon anledning visade det sig att kvinnor hade lättare för det sociala samspelet än män. Resultatet kring att det var så diskuterades av Cohen-Mansfield et al. (2011) som även öppnar upp för vidare forskning i frågan. Det är relevant att hålla med att det kan bero på att det inte är manligt att visa emotionella känslor. De flesta av patienterna med en demenssjukdom lägger snabbt märke till om personalen är trygga med varandra. En trygg personal får en person med demenssjukdom att känna sig säker och vågar därmed delta i olika aktiviteter (Drivdal-Berentsen 2013). Socialt samspel är mycket viktigt för att kunna delta i vardagliga aktiviteter. Eftersom personer med demenssjukdom förlorar sin förmåga att uttrycka sin vilja leder det till en social isolering (Kang 2012).

4.3. Klinisk betydelse

Denna litteraturstudie kan ha betydelse i den kliniska verksamheten då resultatet belyser hur och om olika justeringar i vårdmiljön påverkar personer med demenssjukdom. Alla sjuksköterskor i omvårdnaden kan få inspiration och hjälp av litteraturstudien då personer med någon form av demenssjukdom finns överallt inom vården, inte enbart på vårdboenden avsedda för personer med en demenssjukdom. Vikten av att bredda personalens kunskapsnivå är av stor betydelse för en väl fungerande omvårdnad. Det krävs förmodligen mer praktik och mer utbildning med inriktning mot demenssjukdomar. Omvårdnadspersonal har olika teoretiska bakgrunder, vilket kan leda till olika bemötande, attityd och arbetssätt. Författarnas egna erfarenheter visar tyvärr att detta är verklighet. Bristande kunskap och ointresse för arbetet kan

försämra vårdmiljön och påverka personer med demenssjukdom i en negativ riktning. Detta styrks av Edvardsson et al. (2008) och Edvardsson et al. (2011)

Utifrån all redovisad forskning i denna studie borde vården för personer med demenssjukdom vara mer utvecklad. Personcentrerad omvårdnad introducerades dessutom sent 1990-tal. Egna erfarenheter visar att en god omvårdnad krävs för att uppnå välbefinnande hos personer med demenssjukdom.

4.4. Framtida forskning

Det kan vara av stort intresse och relevans att göra ytterligare undersökningar om det sker någon form av utvärdering av förändringar av vårdmiljön. Det behöver göras nya bedömningar regelbundet av de personers med demenssjukdom kognitiva förmåga i den utsträckning som krävs för att individanpassa vården. Vidare kan det troligtvis forskas mer inom design och konstruktion av vårdboenden och hur den optimala vårdmiljön ska se ut. Då befolkningen blir allt äldre ökar dessutom behovet av vård i framtiden jämfört med tidigare.

Bristen på kunskap kring demens i utvecklingsländer kan öppna upp för hur mycket forskning som helst. Prince et al. (2012) skriver att antalet personer med demenssjukdom i dessa länder ökar. Detta beror inte på en ökning av antalet personer med demenssjukdom, utan av ökad kunskap och forskning. Det finns även gott om utrymme för mer forskning om att studera hur vårdpersonalens stressnivå påverkar en person med demenssjukdom. Detta är en viktig del att ta hänsyn till i all form av omvårdnad.

Då de flesta behandlade artiklar var kvantitativa studier kan forskningen breddas med kvalitativa studier. Dock kan det vara ett stort hinder att kunna genomföra en rättmätig kvalitativ studie på personer med demenssjukdom. Detta då sjukdomen påverkar kommunikationsförmågan och tankeverksamheten negativt (Marcusson et al. 2011).

4.5. Slutsats

Resultatet belyser vilka och på vilket sätt de olika vårdmiljöerna påverkar personer med en demenssjukdom. Vårdmiljöns ljud och ljus, vårdmiljöns färg och utformning, personalens påverkan samt det sociala samspelet är fyra områden inom vårdmiljön som kan anpassas för att ge en god personcentrerad omvårdnad.

Tack

Vi tackar Universitetsbiblioteket på KAU för god hjälp med databassökningar

Vi tackar även Sjukhusbiblioteket och Minnesmottagningen på CSK för stöd med litteratur samt våra respektive familjer för att de stöttat oss i vårt arbete.

Referenslista

* = Referenser från litteraturstudiens resultat

Asp, M. & Ekstedt, M. (2014). Trötthet, vila och sömn. I Edberg, A-K. & Wijk, H. (red.). *Omvårdnadens grunder - Hälsa och ohälsa*. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur, ss. 363–413.

Basun, H. (red.). (2013). *Boken om Demenssjukdomar*. 1. uppl. Stockholm: Liber.

Blackburn, R. & Bradshaw, T. (2014). Music therapy for service users with dementia: a critical review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(10), 879–888.

BPSD (2017). *Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska symtom vid Demenssjukdom*. <http://www.bpsd.se> [2017-05-22]

Bourgeois, M-S. (1991). Communication treatment for adults with dementia. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 34, 831–844.

Broker, D. (2007). *Personcentred dementia care making services better*. London and Philadelphia: Jesica Kingsley Publishers.

* Bruce, C., Brush, J., Sanford, J. & Calkins, M. (2013). Development and Evaluation of the Environment and Communication Assessment Toolkit with Speech-Language Pathologists. *Seminars In Speech & Language*, 34(1), 42–51.

* Campo, M. & Chaudhury, H. (2012). Informal social interaction among residents with dementia in special care units: Exploring the role of the physical and social environments. *Dementia (14713012)*, 11(3), 401–423.

Caspi, E. (2014). Wayfinding difficulties among elders with dementia in an assisted living residence. *Dementia-International Journal of Social Research and Practice*, 13(4), 429–450.

* Chenoweth, L., Forbes, I., Fleming, R., King, M., Stein-Parbury, J., Luscombe, G., Kenny, P., Jeon, Y., Haas, M. & Brodaty, H. (2014). PerCEN: a cluster randomized controlled trial of person-centered residential care and environment for people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 26(7), 1147–1160.

* Cohen-Mansfield, J., Marx, M-S., Freedman, L-S., Murad, H., Thein, K. & Dakheel-Ali, M. (2011). What affects pleasure in persons with advanced stage dementia? *Journal of Psychiatric Research*, 46(2012), 402–406.

* Davis, R. & Ohman, J. (2016). Wayfinding in ageing and Alzheimer's disease within a virtual senior residence: study protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 72(7), 1677–1688.

Dehlin, O. & Rundgren, Å. (red.). (2007). *Geriatrik*. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur.

Demenscentrum. (2013). *Vaskulär demens (blodkärlsdemens)*. <http://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Demenssjukdomarna/Vaskular-demens/> [2017-10-23]

- Demenscentrum. (2015). *Demenssjukdomar ökar mest i utvecklingsländer*.
<http://www.demenscentrum.se/Nyheter/Fattigaste/> [2017-09-21]
- Demenscentrum. (2016). *Vad är demens*. <http://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Vad-ar-demens/> [2017-10-04]
- Drivdal-Berentsen, V. (2013). Kognitiv svikt och demenssjukdom. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Hylén-Ranhoff, A. (red.). *Geriatrisk omvårdnad- God omsorg till den äldre patienten*. Liber AB: Stockholm. ss. 343–376.
- Edberg, A-K. (2002). Att möta personer med demens. I Edberg, A-K. (red.). *Att möta personer med demens*. Lund: Studentlitteratur; ss. 13–27.
- Edvardsson, D. (2011). Vårdklimatet - en underskattad aspekt av svensk demensvård. I Edberg, A-K. (red.). *Att möta personer med demens*. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur, ss. 209–224.
- Edvardsson, D., Sandman, P-O. & Rasmussen, B. (2006). Meanings of being in the physical environment of an oncology clinic. *Journal of Advanced Nursing*, 55(2), 188-197.
- * Edvardsson, D., Sandman, P-O. & Rasmussen, B. (2011). Forecasting the ward climate: a study from a dementia care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 1136–1144.
- Edvardsson, D., Winblad, B. & Sandman, P. (2008). Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *The Lancet Neurology*, 7, 362–367.
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A. & Thorell-Ekstrand, I. (1998). *VIPS-boken*. Stockholm: Författarna Vårdförbundet.
- Engedal, K. (1996). Demens – klassifikation, orsakssamband och möjligheter till medicinsk behandling. I Solem, P-E. (red.). *Demens: psykologiska perspektiv*. Lund: Studentlitteratur, ss. 9–20.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. 4. uppl. Stockholm: Natur & Kultur.
- Feldman, H.H., Jacova, C., Robillard, A., Garcia, A., Chow, T., Borrie, M., Shipper, H.M., Bkaur, M., Kertesz, A. & Chertkow, H. (2008). Diagnosis and treatment of dementia: 2 Diagnosis. *Canadian medical association journal*, vol. 178 no 7 doi: 10.1503/cmaj.070798.
- * Garcia, L., Hébert, M., Kozak, J., Sénécal, I., Slaughter, S., Aminzadeh, F., Dalziel, W., Charles, J. & Eliasziw, M. (2012). Perceptions of family and staff on the role of the environment in long-term care homes for people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 24(5), 753–765.
- * Garre-Olmo, J., López-Pousa, S., Turon-Estrada, A., Juvinyà, D., Ballester, D. & Vilalta-Franch, J. (2012). Environmental Determinants of Quality of Life in Nursing Home Residents with Severe Dementia. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 60(7), 1230–1236.

- Graneheim, U-H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 2, 105–112.
- Kada, S., Nygaard, H.A., Mukesh, B.N. & Geitung. (2009). Staff attitudes towards institutionalised dementia residents. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2383–2392. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02791.x.
- Kang, H. (2012). Correlates of social engagement in nursing home residents with dementia. *Asian Nursing Research*, 6 (2), 75–81.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia Reconsidered the person comes first*. Rethinking Ageing Series. Buckingham, UK: Open University Press.
- Ludvigsson, J-F. (2002). *Att börja forska - inom medicin, bio - och vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Marcusson, J., Blennow, K., Skoog, I. & Wallin, A. (2011). *Alzheimers sjukdom och andra kognitiva sjukdomar*. 3. uppl. Stockholm: Liber.
- Nightingale, F. (1859/1992). *Notes on Nursing: What it is and What it is not*. Philadelphia: Lippincott Company.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2017). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 10. uppl. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Prince, M., Acosta, D., Ferri, C., Guerra, M., Huang, Y., Llibre Rodriguez, J., Salas, A., Sosa, A., Williams, J., Dewey, M., Acosta, I., Jotheeswaran, A. & Liu, Z. (2012). Dementia incidence and mortality in middle-income countries, and associations with indicators of cognitive reserve: a 10/66 Dementia Research Group population-based cohort study. *Lancet*, 380 North American Edition, 9836, 50–58.
- Pryce, H. & Gooberman-Hill, R. (2012). “There's a hell of a noise”: living with a hearing loss in residential care. *Age and Ageing*. 41(1), 40–46.
- Ragneskog, H. (2013). *Demensboken - Omvårdnad & omsorg*. Göteborg: Printema Förlag.
- Ragneskog, H. & Kihlgren, M. (1997). Music and other strategies to improve the care of agitated patients with dementia. Interviews with experienced staff. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 11(3), 176–182.
- Ragneskog, H., Kihlgren, M., Karlsson, I. & Norberg, A. (1996). Dinner music for demented patients: analysis of video-recorded observations. *Clinical Nursing Research*. 5(3), 262–277.
- Religa, D., Fereshtehnejad, S-M., Cermakova, P., Edlund, A-K., Garcia-Ptacek, S., Granqvist, N., Hallbäck, A., Kåwe, K., Farahmand, B., Kilander, L., Mattsson, U-B., Nägga, K., Nordström, P., Wijk, H., Wimo, A., Winblad, B. & Eriksdotter, M. (2015). SveDem, the Swedish Dementia Registry - A Tool for Improving the Quality of Diagnostics, Treatment and Care of Dementia Patients in Clinical Practice. *PLoS One*, 10(2), e0116538. doi:10.1371/journal.pone.0116538.

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

Sidenvall, B. (2007). Måltiden och ättandet bland personer med demens. *Skriftserie: Mat för äldre- inom vård och omsorg*. nr 22. Stockholm: Socialstyrelsen.

* Sjögren, K., Lindkvist, M., Sandman, P-O., Zingmark, K. & Edvardson, D. (2014). To what extent is the work environment of staff related to person-centred? A cross-sectional study of residential aged care. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 1310–1319.

Skovdahl, K., Kihlgren, A - L. & Kihlgren, M. (2003). Dementia and aggressiveness: a video recorded morning care from different care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 888–898.

Socialstyrelsen. (2016). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom - Stöd för styrning och ledning - Remissversion*.
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20399/2016-11-7.pdf>
[2017-09-17]

Solem, P-E. (1996). Olika perspektiv på demens. i Solem, P-E. (red.). *Demens: psykologiska perspektiv*. Lund: Studentlitteratur, ss. 21–35.

Solomon, A., Kivipelto, M. & Winblad, B. (2007). Alzheimers sjukdom och vaskulär demens. I Olsson, L. (red.). *Hjärnan*. Stockholm: Karolinska Institutet University Press, ss. 383–401.

* Sook Young, L., Chaudhury, H. & Hung, L. (2016). Effects of Physical Environment on Health and Behaviors of Residents With Dementia in Long-Term Care Facilities. *Research In Gerontological Nursing*, 10(2), 81–91.

Sperling, R.A., Aisen, P.S., Becket, L.A., Bennet, D.A., Craft, S., Fagan, A.M., Iwatsubo, T., Jack, C.R Jr., Kaye, J., Montine, T.J., Park, D.C., Reiman, E.M., Rowe, C.C., Siemers, E., Stern, Y., Yaffe, K., Carillo, M.C., Thies, B., Morrison-Bogorad, M., Wagster, M.V. & Phelps, C.H. (2011). Toward defining the preclinical stages of Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*, 7:280–92. doi:10.1016/j.jalz.2011.03.003.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2014). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).

SveDem. (2016). *Årsrapport 2015*.
<http://www.ucr.uu.se/svedem/om-svedem/arsrapporter?task=document.viewdoc&id=530> [2017-10-09]

SveDem. (2017). *Om SveDem*.
<http://www.ucr.uu.se/svedem/om-svedem> [2017-09-28]

Svensk sjuksköterskeförening [SSF] (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*.
<https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>
[2017-09-04]

* Tanaka, M. & Hoshiyama, M. (2014). Effects of Environmental Stimulation on Recognition of Mealtimes in Patients with Dementia. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*, 32(2), 112–122.

Theorell, T. (2009). *Noter om musik och hälsa*. Stockholm: Karolinska Institutet University Press.

Westergren, A., Lindholm, C., Axelsson, C. & Ulander, K. (2008). Prevalence of eating difficulties and malnutrition among persons within hospital care and special accomodations. *The Journal of Nutrition Health and Aging*. 12(1), 39–43.

Wijk, H. (2014). Personcentrerad utformning av vårdmiljön. I Wijk, H. (red.). *Vårdmiljöns betydelse*. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur, ss. 43–54.

Bilaga: Artikelmatris

FÖRFATTARE / ÅR / LAND	TITEL	SYFTE	METOD / URVAL	RESULTAT
<p>Bruce, C., Brush, J A., Stanford, J A. & Calkins, M P. (2013).</p> <p>USA.</p>	<p>Development and Evaluation of the Environment and Communication Assessment Toolkit with Speech-Language Pathologists.</p>	<p>Att studera miljöns påverkan, såsom otillräcklig belysning och buller, på kommunikationen hos personer med demenssjukdom.</p>	<p>Kvantitativ metod.</p> <p>En longitudinell studie som sträckte sig över en period av 12 månader och datainsamling skedde genom enkäter vid fyra olika tidpunkter.</p> <p>Talpedagogerna använde verktyget ”The Environment and Communication Assessment Toolkit for Dementia Care” (ECAT).</p> <p>Urval: 28 kliniska talpedagoger på vårdboenden där alla var kvinnor. Varje talpedagog hade två personer med demenssjukdom de vårdade.</p> <p>Bortfall: 10</p>	<p>Det visade sig att kommunikationsverktyget ECAT var mycket användbart för personer med demenssjukdom. Miljöförändringarna hjälpte personerna med demenssjukdom att få en bättre kommunikation.</p> <p>Verktyget ökade medvetenheten hos personalen.</p>

Bilaga: Artikelmatris

FÖRFATTARE / ÅR / LAND	TITEL	SYFTE	METOD / URVAL	RESULTAT
<p>Campo, M. & Chaudhury H. (2012). Kanada.</p>	<p>Informal social interaction among residents with dementia in special care units: Exploring the role of the physical and social environments.</p>	<p>Att studera den fysiska och sociala vårdmiljön samt studera vilka möjligheter eller hinder miljöfaktorer har på personer med demenssjukdom.</p>	<p>Kvalitativ metod. En etnografisk studie genomfördes genom observationer och intervjuer. Ett strategiskt urval gjordes. Insamling av data gjordes under nio veckors tid mellan juli och september 2009 och genomfördes med en semistrukturerad intervju. Urval: 44 äldre personer med demenssjukdom.</p>	<p>Resultatet visade att olika sociala faktorer stärkte det sociala samspelet mellan personer med demenssjukdom. Framtagna faktorer var personalens roll och gruppens storlek, fysiska faktorer, boendets lokalisation samt tillgängliga sittplatser</p>

Bilaga: Artikelmatris

FÖRFATTARE / ÅR / LAND	TITEL	SYFTE	METOD / URVAL	RESULTAT
<p>Chenoweth, L., Forbes, I., Fleming, R., King, M T., Stein-Parbury, J., Luscombe, G., Kenny, P., Jeon, Y H., Haas, M. & Brodaty, H. (2014.)</p> <p>Australien.</p>	<p>PerCen: a cluster randomized controlled trial of person-centered residential care and environment for people with dementia.</p>	<p>Att påvisa att en positiv miljöförändring tillsammans med en personcentrerad omvårdnad ger en bättre livskvalitet hos personer med demenssjukdom än endast personcentrerad omvårdnad.</p>	<p>Kvantitativ metod.</p> <p>Först ett stratifierat urval och sedan ett randomiserat urval. Informanterna observerades tre gånger med olika miljöförändringar under två års tid. Första gången innan miljöförbättringarna gjordes, andra gången under och tredje gången åtta månader efter.</p> <p>Urval: 38 vårdboenden valdes randomiserat med totalt 1 474 varav 789 uppfyllde kraven. Total 601 personer med demenssjukdom gav sitt samtycke.</p> <p>Bortfall: 2 vårdboenden.</p>	<p>Det kunde inte påvisas att en positiv miljöförändring och personcentrerad vård tillsammans skulle öka livskvaliteten.</p>

Bilaga: Artikelmatris

FÖRFATTARE / ÅR / LAND	TITEL	SYFTE	METOD / URVAL	RESULTAT
<p>Cohen-Mansfield, C., Marx, M S., Freedman, L S., Murad, H., Thein, K. & Dakheel-Ali, M. (2011). USA.</p>	<p>What affects pleasure in persons with advanced stage dementia?</p>	<p>Att studera hur yttre stimuli påverkar välbefinnandet hos personer med demenssjukdom på ett vårdboende.</p>	<p>Kvantitativ metod. Systematiska observationer. Informanterna blev utsatta för olika typer av stimuli. En observatör noterade reaktionerna på de olika stimulanserna. Urval: 193 patienter på vårdboende deltog. Alla skulle ha en ren demensdiagnos. Alla skulle kunna sitta upp och ha full funktion i händer. Ålder över 60 och ett MMSE under 23.</p>	<p>Vikten av yttre stimuli hos personer med demenssjukdom påvisades. De personer som fick mest stimuli, såsom socialt samspel och musik, mådde bäst. Det konstaterades också att kvinnor, de med mest fungerande vardagliga aktiviteter samt de med välfungerande språk mådde bättre än de övriga personerna.</p>

Bilaga: Artikelmatris

FÖRFATTARE / ÅR / LAND	TITEL	SYFTE	METOD / URVAL	RESULTAT
<p>Davis, R. & Ohman, J. (2016). USA.</p>	<p>Wayfinding in ageing and Alzheimer's disease within a virtual senior residence: study protocol.</p>	<p>Att studera hur färgsättning och vägledning/symboler (virtuellt) på ett vårdboende påverkar personer med demenssjukdom.</p>	<p>Kvantitativ metod. En studie med experimentell design. Informanterna fick vid två tillfällen testa sitt lokalsinne virtuellt. Testerna utfördes med hjälp av ögonrörelseregistrerande glasögon. I testet ingick två miljöer, med och utan ledtrådar. Urval: 40 friska personer och 40 personer med tidig Alzheimer eller mild kognitiv svikt deltog. Alla var fyllda 62. MMSE över 27 och god syn var kraven.</p>	<p>Resultatet visade att enfärgade och neutrala korridorer inte främjade lokalsinnet. Det konstaterades att olikfärgade och olikmönstrade väggar samt symboler hjälpte desorienterade personer att hitta på ett vårdboende.</p>

Bilaga: Artikelmatris

FÖRFATTARE / ÅR / LAND	TITEL	SYFTE	METOD / URVAL	RESULTAT
<p>Edvardsson, D., Sandman, P-O. & Rasmusson, B. (2010). Sverige.</p>	<p>Forecasting the ward climate: a study from a dementia care unit.</p>	<p>Att studera den psykosociala påverkan på välmåendet hos personer med demenssjukdom på ett vårdboende.</p>	<p>Kvalitativ metod. En studie enligt grounded theory. Två observatörer gjorde momentana observationer på en psykiatrisk avdelning. Utifrån dessa observationer fördes två protokoll, ett beskrivande och ett reflekterande. Insamlade data bearbetades och sammanställdes. Urval: Alla 24 boende på en psykiatrisk avdelning studerades under 36 timmar.</p>	<p>Resultatet visade vikten av engagerad och motiverad personal. Detta krävdes för att katalysera en positiv psykosocial miljö. Där det fanns ointresserad personal sjönk nivån på en god vårdmiljö.</p>

Bilaga: Artikelmatris

FÖRFATTARE / ÅR / LAND	TITEL	SYFTE	METOD / URVAL	RESULTAT
<p>Garcia, L J., Hébert, M., Kozak, J., Sénécal, I., Slaughter, S E., Aminzadeh, F., Dalziel, W., Charles, J. & Eliasziw, M. (2012).</p> <p>Kanada.</p>	<p>Perceptions of family and staff on the role of the environment in long-term care homes for people with dementia.</p>	<p>Att studera hur personal och anhöriga upplever olika miljöfaktorer påverkan på personer med demenssjukdom på ett vårdboende.</p>	<p>Kvalitativ metod.</p> <p>En studie med fokusgrupper. Strategiskt urval. En inbjudan skickades ut till anhöriga och personal. De intresserade placerades i olika fokusgrupper där diskussionsresultaten sammanställdes. Utifrån resultatet skapades kategorier med bärande begrepp.</p> <p>Urval: 15 fokusgrupper, från åtta vårdboenden.</p> <p>Deltagare 104 personer relativt jämnt fördelat mellan personal och anhöriga (59/45).</p>	<p>Det visade sig att sociala miljöfaktorer uppfattades vara viktigare än fysiska och flexibilitet bedömdes vara avgörande. Buller som enskild faktor påverkade beteende och livskvaliteten mest.</p>

Bilaga: Artikelmatris

FÖRFATTARE / ÅR / LAND	TITEL	SYFTE	METOD / URVAL	RESULTAT
<p>Garre-Olmo, J., López-Pousa, S., Turon-Estrada, A., Juvinyá, D., Ballester, D. & Vilalta-Franch, J. (2012).</p> <p>Spanien.</p>	<p>Environmental Determinants of Quality of Life in Nursing Homes Residents with Severe Dementia.</p>	<p>Att studera miljöfaktorers (temperatur, belysning och buller) påverkan på livskvaliteten hos personer med demenssjukdom.</p>	<p>Kvantitativ metod.</p> <p>En tvärsnittsstudie med slumpmässigt urval och deskriptiv statistik. Databesamling skedde dels genom deltagarnas journaler och dels genom att deltagarna fick utföra olika tester såsom QUALID, MMSE och Barthel-Index.</p> <p>Urval: 160 deltagare valdes ut slumpmässigt från åtta vårdboenden.</p>	<p>Att livskvaliteten ökade hos personer med demenssjukdom genom att göra miljöförändringar påvisades. Detta genom reglering av temperatur, belysning och ljud. Höga ljudnivåer i vardagsrummet ledde till ett sämre socialt samspel och låg belysningsnivå i sovrummet hade en negativ påverkan på sömnen.</p>

Bilaga: Artikelmatris

FÖRFATTARE / ÅR / LAND	TITEL	SYFTE	METOD / URVAL	RESULTAT
<p>Sjögren, K., Lindkvist, M., Sandman, P-O., Zingmark, K. & Edvardsson, D. (2012). Sverige.</p>	<p>To what extent is the work environment of staff related to person-centred care? A cross-sectional study of residential aged care.</p>	<p>Att studera hur personalens egenskaper och upplevd arbetsmiljö påverkar den personcentrerade vården av personer med demenssjukdom på ett vårdboende.</p>	<p>Kvantitativ metod. En tvärsnittsstudie med strategiskt urval. Verktygen P-CAT, PCQ-S, DCSQ och SCQ användes för att värdera enkätresultaten. Statistisk bearbetning följde. Urval: 1482 personalenkäter från olika vårdboenden. 1237 kom i retur varav ett antal inte uppfyllde kraven. Bortfall: 68.</p>	<p>Resultatet visade vikten av att ha utbildad personal som var tillfredsställd med sitt arbete. En låg nivå av arbetsrelaterad stress och ett lugnt och harmoniskt tempo gynnade den psykosociala miljön. Detta ledde till en mer personcentrerad vård och välmående personer med demenssjukdom.</p>

Bilaga: Artikelmatris

FÖRFATTARE / ÅR / LAND	TITEL	SYFTE	METOD / URVAL	RESULTAT
<p>Sook, Y L., Chaudhury, H. & Hung, L. (2016). Kanada.</p>	<p>Effects of Physical Environment on Health and Behaviors of Residents With Dementia in Long- Term Care Facilities.</p>	<p>Att studera skillnaden mellan en hemlik och en storskalig miljö samt dess påverkan på personer med demenssjukdom.</p>	<p>Kvantitativ metod. Studien hade randomiserat urval med strategiskt sekundärt urval. Verktynen TESS-NH och MOSES användes för att summera resultaten. Datainsamlingen skedde vid flera tillfällen för att säkerställa trovärdigheten. SPSS användes för statistikberäkningen. Urval: 2 vårdboenden. Ett traditionellt byggt och ett småskaligt hemlikt byggt.</p>	<p>Resultatet påvisade vikten av småskalighet vid byggande av vårdboende för demenssjuka. Humöret och det sociala beteende påverkades negativt vid stora vårdboenden. En hemlik vårdmiljö påverkade även nutritionen och munhälsan i positiv mening.</p>

Bilaga: Artikelmatris

FÖRFATTARE / ÅR / LAND	TITEL	SYFTE	METOD / URVAL	RESULTAT
Tanaka, M. & Hoshiyama, M. (2014). Japan.	Effects of Environmental Stimulation On Recognition of Mealtimes in Patients with Dementia.	Att studera hur personer med demenssjukdom påverkas av visuell och audiell stimulering vid en måltid (lunch).	Kvantitativ metod. En kontrollerad experimentell studie. Urval gjordes strategisk. Experimentet genomfördes först i dagrummet där måltiderna serverades i den normala miljön och sedan observerades deltagarna när visuell och audiell stimulering gjordes. Urval: 20 äldre (6 män och 14 kvinnor) med demenssjukdom på ett vårdboende.	Det påvisades att medvetenheten av måltiden påverkades mer positivt med audiovisuella förändringar än endast med visuella förändringar hos personer med demenssjukdom. Miljöstimuleringen underlättade den kognitiva funktionen hos personer med demenssjukdom.