



SAHLGRENKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

LIVSKVALITET HOS PERSONER MED ALZHEIMERS SJUKDOM

Sjuksköterskans omvårdnadsarbete

Författare: Solen Taher

Hawa Hassan Yusuf

Uppsats/Examensarbete: 15 hp

Program och/eller kurs: Sjuksköterskeprogrammet

Nivå: Grundnivå

Termin/år: Ht 2015

Handledare: Lena Johansson

Examinator: Ingela Heno

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Ett stort tack till vår handledare Lena Johansson för hennes engagemang och betydelsefulla synpunkter under examensarbetet.

Titel (svenska): Livskvalitet hos personer med Alzheimers sjukdom: Sjuksköterskans omvårdnadsarbete

Titel (engelska): Improvement of quality of life for people with Alzheimer's disease. The nurses' nursing care.

Examinationsarbete: 15hp

Program och/eller kurs: Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng

Nivå: Grundnivå

Termin/År: Ht/2015

Författare: Solen Taher & Hawa Hassan Yusuf

Handledare: Lena Johansson

Examinator: Ingela Heno

Sammanfattning:

Bakgrund: Alzheimers sjukdom är en folksjukdom i Sverige och antalet insjuknade ökar konstant p.g.a. en åldrande befolkning. Därför framhävs förhållningssätt och metoder för att förbättra livskvaliteten hos dessa personer. Livskvalitet är ett subjektivt begrepp som definierar individens upplevelse av välbefinnande och lycka. **Syfte:** Att belysa omvårdnadsåtgärder som ökar livskvalitet hos patienter med Alzheimers sjukdom. **Metod:** Uppsatsen är en litteraturöversikt som är baserad på nio valda vetenskapliga artiklar som har granskats och analyserats. **Resultat:** Resultatet redovisas i två huvudteman: "Autonomi" och "Gemenskap och delaktighet". Dessa två teman är i sin tur indelade i fem subteman: "Den fysiska miljöns påverkan på upplevelsen av autonomi", "Att bevara funktioner genom aktivitet", "Miljöns påverkan på delaktighet", "Närhet, relation och sociala sammanhang" och "Att delta i aktiviteter." I studierna förbättras livskvaliteten hos personer med Alzheimers sjukdom genom att sjuksköterskan värnar om vårdrelationen, involverar patienten i sociala sammanhang, värnar om patientens resurser för att få hen att känna sig självständig i dagliga aktiviteter och skapa en trygg omgivning för att bidra till en bättre livskvalitet. **Slutsats:** Sjuksköterskan behöver god kunskap om Alzheimers sjukdom, för att ha möjlighet att identifiera patientens symtom, tecken och behov. Sjuksköterskan ska även värna om

patienters autonomi och möjliggöra deltagande av meningsfulla aktiviteter som bidrar till en ökad livskvalitet. Sjuksköterskan ska skapa en god relation till patienten för att hen ska känna sig trygg i vårdmiljön.

Sökord: Alzheimer's disease, Care, Effectiveness, Memories, Nurse, Nursing, Promoting, Quality of life and Reminiscence.

Innehållsförteckning

Inledning.....	6
Bakgrund	6
Demens	6
<i>Vad är Alzheimers sjukdom?</i>	6
Livskvalitet	9
<i>Autonomi</i>	9
<i>Gemenskap och delaktighet</i>	11
Vårdrelation	11
Problemformulering	12
Syfte	13
Frågeställningar	13
Metod	13
Litteratursökning	13
Urval	14
Analys	14
Resultat.....	15
Autonomi	15
<i>Den fysiska miljöns påverkan på upplevelsen av autonomi</i>	16
<i>Att bevara funktioner genom aktivitet</i>	17
Gemenskap och delaktighet.....	18
<i>Miljöns påverkan på delaktighet</i>	19
<i>Närhet, relationer och sociala sammanhang</i>	19
<i>Att delta i aktiviteter</i>	21
Diskussion	23
Metoddiskussion.....	23
Resultatdiskussion	24
<i>Autonomi</i>	24
<i>Gemenskap och delaktighet</i>	25
<i>Implikationer för praxis</i>	27
<i>Fortsatt forskning</i>	27
Slutsatser och våra egna reflektioner	28
Referenslista	29
Bilagor	
Bilaga 1 – Söktabell	
Bilaga 2 – Artikelöversikt	

Inledning

Alzheimers sjukdom är en folksjukdom, och idag är det ca 100 000 människor i Sverige som har diagnosen (Basun, 2013). Symtom som framträder hos patienter med Alzheimers sjukdom är bland annat minnessvårigheter, afasi, agnosi och apraxi. Dessa kognitiva funktionsnedsättningar försvårar kommunikation och interaktion med omgivningen, och påverkar det dagliga livet. I hälso- och sjukvården möter sjuksköterskan dessa patienter och därför är det viktigt att belysa omvårdnadsåtgärder och olika metoder som kan användas i omvårdnadsarbetet. Sjuksköterskan behöver kunskap om sjukdomen för att kunna främja hälsa och välbefinnande. Därför framhäver denna litteraturstudie sjuksköterskans omvårdnad i arbetet med att förbättra livskvaliteten hos personer med Alzheimers sjukdom. Centrala begrepp är delaktighet, autonomi och sociala relationer, som är relaterat till livskvalitet.

Bakgrund

Demens

Demenssyndrom är förknippat med nedsatt kognitiv funktionsnivå som påverkar bland annat det sociala livet och arbetsförmågan. Demens kan orsakas av en rad underliggande sjukdomar, exempelvis neurodegenerativa demenssjukdomar (exempelvis Alzheimers sjukdom), vaskulära demenssjukdomar och sekundära demenssjukdomar. Vilken del av hjärnan som är drabbad avgör vilka symtom personen i fråga har. Den kliniska observationen kan kompletteras med ytterligare undersökningar så som biomarkörer i cerebrospinal vätska eller datortomografi (DT) av hjärnan (Basun, 2013). Typ av demens kan definieras med hjälp av International Classification of Diseases (ICD-10) (Edberg, 2014).

Vad är Alzheimers sjukdom?

Alzheimers sjukdom definieras som en folksjukdom som ökar kontinuerligt på grund av en åldrande befolkning. Idag är det den tredje största orsaken till död hos människor i västvärlden. Det stora antalet insjuknade innebär också en hög vårdkostnad i Sverige (Marcusson, Blennow, Skoog, & Wallin, 2011). Debutåldern är oftast över 75 år och fler kvinnor än män drabbas (Fratiglioni, Kivipelto & Qiu, 2013).

Sjukdomen leder till att hjärnan drabbas av proteininlagringar, plack och neurofibriller, som i sin tur leder till hjärnatrofi. I hjärnan bildas då djupare fåror på kortex, och ventriklarna blir större. Detta leder till kognitiv funktionsnedsättning, beteendemässiga förändringar och motoriska symtom. Kognitiv funktionsnedsättning kan kännas igen genom att den sjuke blir långsammare i kognitiva situationer, har svårt att lära sig nya saker och lättare bli distraherad. Dessa faktorer kan leda till social inaktivitet och svårighet att vara självständig. Symtomen förvärras i och med att sjukdomsförloppet fortskrider (Basun, 2013).

Nedsatt minnesförmåga är något som påverkar patienten tidigt i sjukdomsförloppet och är ett av huvudsymtomen i Alzheimers sjukdom (Basun, 2013). Minnesförmågan kan delas upp i två grupper; långtidsminnet och korttidsminnet. Långtidsminnet innebär en långvarig lagring av information, exempelvis av händelser som personen upplevt tidigare i livet.

Långtidsminnet är framför allt påverkat i senare stadium av sjukdomsförloppet (Skog, 2012b), och det är därför vanligt att patientens minnen från barndom och ungdomen ofta inte försämrats i ett tidigt stadium (Edberg, 2014). Korttidsminnet innebär lagring av information från aktuella händelser. Till skillnad från långtidsminnet påverkas korttidsminnet tidigt i sjukdomsförloppet (Skog, 2012b)

Förutom nedsatt minnesförmåga skall även andra kognitiva funktioner vara påverkade för att uppfylla de diagnostiska kriterierna. Exempelvis att personen uppvisar afasi, agnosi apraxi, visuospatial störning och/eller exekutiv funktionsnedsättning. *Afasi* innebär svårighet att begripa språk, uttrycka sig och formulera sig (Eide & Eide, 2009). Personer med Alzheimers sjukdom kan ha både impressiv och expressiv afasi. *Impressiv afasi* innebär svårighet att förstå vad andra människor säger. *Expressiv afasi* innebär svårighet att uttrycka sig och göra sig förstådd. *Agnosi* innebär svårighet för hjärnan att tolka det man ser. *Apraxi* innebär motorisk svårighet att utföra vissa moment exempelvis att äta mat, ta på sig kläder, borsta håret eller knyta skorna (Skog, 2012a). *Visuospatial störning* innebär försämrad förmåga att uppfatta avstånd, föremål, konturer, rörelser, och att orientera sig i rum. *Exekutiv funktionsnedsättning* innebär en försämrad förmåga att planera, delta i aktivitet, organisera sina tankar (Marcusson, Blennow, Skoog & Wallin, 2003). Som en konsekvens av den kognitiva funktionsnedsättningen är det inte ovanligt att psykiska symtom förekommer, såsom exempelvis oro, ångest och agitation. Även hallucinationer, vanföreställningar,

bristande motivation och andra beteendeförändringar kan tillhöra sjukdomsbilden (Lyketsos, 2000). Det är dock viktigt att påpeka att symtomen är individuella (Skog, 2012a).

Alzheimers sjukdom har ett utdraget förlopp, vanligtvis under fyra till tio år, men i vissa fall ännu längre. Sjukdomsförlopp kan delas in i olika stadier utifrån symtom. I det första stadiet utvecklas symtom som minnessvårigheter, koncentrationssvårigheter och svårighet att känna igen omgivningen. I andra stadiet försämras de tidigare symtomen och det tillkommer motoriska svårigheter, som exempelvis förmågan att klä på sig själv och sköta sin hygien. I det tredje stadiet blir även muskulaturen i kroppen försvagad, kommunikationsförmågan blir kraftigt försämrad och personer blir till slut ofta helt sängliggande och i behov av all basal omvårdnad (Ragneskog, 2011).

Det är en blandning av faktorer som ökar risken att drabbas av Alzheimers sjukdom, det är en så kallad multifaktoriell sjukdom ((Fratiglioni, Kivipelto & Qiu, 2013). Åldern är den största riskfaktorn men även genetisk bakgrund, miljö och biologiska faktorer kan spela stor roll. Även hypertoni, diabetes mellitus, högt kolesterol och ateroskleros benämns som riskfaktorer. Det finns också skyddande faktorer som hög utbildning och socialt umgänge, som kan minska risken för att drabbas av Alzheimers sjukdom (Basun, 2013).

Det finns olika tester för att mäta nivån av kognitiv funktion som ett hjälpmedel under demensutredning men även under utvärdering av sjukdomsförloppet. En internationell bedömningsmetod som är rekommenderad av Socialstyrelsen är Mini Mental State Examination (MMSE) (Edberg, 2014). MMSE innefattar frågor för att mäta koncentrationsförmåga, minnesförmåga och orienteringsförmåga av tid- och rum (Skog & Grafström, 2013). Svaghet med testet är att frågorna kan vara svåra för personer med Alzheimers sjukdom att förstå, vilket kan påverka svaren (Edberg, 2014).

Det går idag inte att behandla sjukdomen men forskning strävar efter att hitta ny medicin som kan förebygga och motverka det patologiska sjukdomsförloppet. Idag finns det dock symtomlindrande behandling, exempelvis kolinesterashämmare (Basun, 2013).

Livskvalitet

Begreppet livskvalitet är kopplat till människors subjektiva och objektiva upplevelse av ett gott liv. Variabler som påverkar ett gott liv är känsla av lycka, välbefinnande, välfärd, hälsa och psykisk hälsotillstånd (Skog & Grafström, 2013). The World Health Organization (WHO) definierar begreppet livskvalitet på följande sätt: "Quality of life is defined as an individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns" (WHO, 1993).

Subjektiv livskvalitet beskrivs som en känsla som upplevs olika från person till person relaterat till individens värderingar, social och psykiskt välbefinnande som förändras över tid (Skog & Grafström, 2013). Definitionen på livskvalitet varierar från individ till individ, d.v.s. varje individ definierar subjektivt sin känsla av livskvalitet. "Nivån av livskvalitet" kan också ses som en skala som uppfylls till olika grad (Brülde, 2003). Livskvalitet i relation till hälsa beskrivs även som ett objektiva begrepp. Det kan vara yttre faktorer som exempelvis inkomst, bostad och fysisk aktivitet (Nationalencyklopedin, 2015). Även psykisk hälsa och välbefinnande har påverkan på livskvalitet (Skog & Grafström, 2013).

Personer med Alzheimers sjukdom har som tidigare nämnts svårigheter med kommunikation och minnesförmåga. Dessa personer kan känna sig övergivna av sjuksköterskor och närstående eftersom att de har svårt att göra sig förstådda, vilket kan leda till en lägre livskvalitet. Personer som inte får uppmärksamhet och inte blir lyssnad på, kan känna en sämre upplevelse av livskvalitet (Skog & Grafström, 2003).

I detta arbete har vi valt att fokusera på vissa specifika aspekter av begreppet livskvalitet, som kan vara av särskilt intresse i omvårdnadsarbetet med personer som lever med Alzheimers sjukdom och svår kognitiv funktionsnedsättning. Livskvalitet kan påverkas av olika faktorer, exempelvis känslan av autonomi och känslan av att känna gemenskap och delaktig i ett sammanhang (Skog & Grafström, 2013).

Autonomi

Autonomi innebär självbestämmande över sina egna handlingar. Att en person själv bestämmer över sina egna beslut i livet ger en känsla av frihet. Livskvalitet bygger på bland

annat Maslows behovsteori som innebär att människan har olika behov som behöver tillfredställas, exempelvis behov av trygghet, gemenskap, kärlek, uppskattning och självförverkligande (Skog & Graftström, 2013). Patienter med Alzheimers sjukdom kan känna känslor som smärta, glädje och sorg precis som friska människor (Skog & Graftström, 2013).

I hälso- och sjukvården ska patienters autonomi värnas och patienten ha inflytande i beslut gällande den egna vården, i enlighet med sina egna behov och värderingar (Birkler, 2012). Sjuksköterskans uppgift i vården är att värna om patientens självbestämmande och medinflytande (Birkler, 2012). Patienten bör exempelvis få ta del all information innan hen kan ta beslut om exempelvis sjukdomsbehandling eller undersökningar (Birkler, 2012). Autonomi är en viktig faktor i individers upplevelse av välbefinnande. Det kan exempelvis innebära att själv bestämma klädval, möblering i omgivningen, deltagandet i aktiviteter och val av mat. För att bevara känsla av värdighet är det viktigt att ta hänsyn till självkänslan hos individen trots behov av hjälpinsatser (Skog & Graftström, 2013).

Upplevelsen av livskvalitet kan påverkas av den kognitiva funktionen hos en individ, exempelvis känslan av frihet och självständighet (Kajandi, 2005). Trots kognitiv funktionsnedsättning är patienter med Alzheimers sjukdom en individ med en identitet, personlighet och sin egen historia. Detta präglar intressen och åsikter hos individen trots svårigheter uttrycka sig verbalt. Vid Alzheimers sjukdom kan kommunikationsförmågan påverkas, vilket i sin tur kan påverka patientens känsla av självbestämmande. Kognitiv funktionsnedsättning kan påverka autonomin på grund av minnesvärigheter. Patienten kanske inte längre minns att ta medicin, var de placerat föremål eller minnas platser som de tidigare har besökt, vilket innebär att de inte klarar sig självständigt och blir beroende av andra (Skog & Grafström 2013). Förutom de kognitiva funktionsnedsättningarna är det vanligt att personer med Alzheimers sjukdom drabbas av förvirring som kan ge symtom som hallucinationer och vanföreställningar. Detta kan ytterligare försvåra för personen att ta relevanta beslut och kan leda till att patienterna inte kan ta hand om sig själva, utan är beroende av andra (Skog & Grafström 2013). Målet för hälso- och sjukvården är att värna om välbefinnande och öka livskvalitet hos patienter med demenssjukdomar (Skog & Grafström, 2013).

Gemenskap och delaktighet

Begreppen gemenskap och delaktighet är förknippade med varandra, och är två ofta förekommande ämnen i vårdsammanhang. Gemenskap innebär en förbindelse mellan två personer eller en grupp (Holm Wiebe, Johansson & Lindquist, 2009). Gemenskap har stor betydelse i hälso- och sjukvården, och i relationen mellan sjuksköterska och patient. Eldh (2009) menar att känslan av gemenskap mellan sjuksköterska och patient bidrar till att patienten upplever vårdmötet positivt. I ett möte mellan två personer kan en gemenskapskänsla eftersträvas genom en känsla av samhörighet. En sjuksköterska och en patient som har gemensamma upplevelser och erfarenheter kan utveckla en starkare känsla av samhörighet, och bidra till en känsla av glädje och livskvalitet hos patienten (Eldh, 2009).

Begreppet delaktighet har olika definitioner. I denna litteraturstudie beskrivs delaktighet som att aktivt medverka och engagera sig i ett sammanhang (Eldh, 2014). Delaktighet är förknippat med förmågan, och viljan, att engagera sig som patient. Enligt International Classification of Functioning, Disability of Health (ICF) innebär det att personen i fråga involveras i beslut som tas angående hens livssituation (Eldh, 2014). Enligt Socialtjänstens handbok är vårdpersonal skyldig att göra patienten delaktig (Socialstyrelsen, 2015). Förutsättningen för att patienten ska kunna medverka och ha möjlighet att vara delaktig i vården, är att informationen är anpassad till hen som person. Att vara medveten om patientens nuvarande sjukdomsbild och symtom, men även om hens tidigare kunskap och intresse. Det finns olika faktorer som påverkar möjlighet till delaktighet för patienter, exempelvis en trygg miljö och känsla av tillit till personalen (Eldh, 2014).

Kognitiv funktionsnedsättning och nedsatt minnesförmåga kan påverka förmågan att upprätthålla sociala relationer till vänner, anhöriga och andra människor. Att inte känna igen ansikten, att ha svårt att hitta ord, och att vara desorienterad till tid och plats, är bland annat symtom som försvårar kommunikationen och känslan av gemenskap och delaktighet med andra människor försvåras (Basun, 2013).

Vårdrelation

Relationen mellan patient och sjuksköterska präglas av olika faktorer. Vårdrelationen kan medföra både positiva och negativa upplevelser hos patienter beroende på hur det utvecklar sig. Den positiva upplevelsen kan främja livskvalitet hos patienten men en negativ upplevelse

kan medföra lidande. Vårdrelationen liknar inte en familjerelation eller vänskapsrelation utan relationen är asymmetrisk. Därför krävs det andra förutsättningar för att vårdrelationen ska bidra till en välfungerande vård. Varje gång två människor eller ett flertal människor möts är varje möte en etisk laddad situation. När vi bemöts av nya människor tänker vi på att bemöta människan med respekt eller ignorera, ska man undvika personen eller uppmärksamma. Inom sjukvården uppstår krävande möten exempelvis möte med en patient som är allvarligt sjuk (Snellman, 2014).

I hälso- och sjukvården har patientens autonomi stor betydelse. Respekt för patienters integritet och autonomi har betydelse för det professionella omvårdnadsmötet (Eide & Eide, 2009). Om vårdgivare inte bemöter patienter på ett värdigt vis kan detta leda till negativa upplevelser som hopplöshet, förolämpning och värdighetskränkning. Men bemötandet kan också leda till en känsla av välbefinnande hos patienten. Detta kan bero på att vårdaren och patientens utgår från olika utgångspunkter. Exempelvis vill patienten yttra sina känslor medan vårdgivaren endast vill framkalla fakta i mötet (Snellman, 2014).

En "jag-du"-relation i hälso- och sjukvården grundar sig i att vårdgivaren ska ta hänsyn till den enskilda patientens förmåga och förutsättningar. Denna form av relation bygger på acceptans, bekräftelse, jämlikhet och ömsesidig relation. I varje möte ska vårdgivaren forma mötet till den specifika situationen. Exempelvis vid besked av sjukdom ska vårdgivaren ta hänsyn till individens ålder, kön, kognitiv förmåga och bakgrund. Relationen mellan patienten och vårdgivaren bygger på att patienten ska känna sig som en självbestämmande person med fria val och möjligheter. Men vårdgivarens delaktighet är lika viktig i "jag-du"-relationen (Snellman, 2014). Enligt Smit, De Lange, Willemse, Twisk & Pot (2015) kan sjuksköterskan förbättra relationen till patienten genom att engagera patientens deltagande till aktiviteter som promenader och att lyssna på musik. Det innebär att sjuksköterskan och patient skapar en relation i samband med aktiviteterna som i sin tur ökar livskvaliteten hos patienten.

Problemformulering

Alzheimers sjukdom är en folksjukdom som orsakar kognitiva svårigheter, som kommunikationssvårigheter och minnespåverkan. Dessa funktionsnedsättningar kan hota den sjukes känsla av livskvalitet, exempelvis genom minskad autonomi och förmåga till

gemenskap och delaktighet. Utifrån detta är det viktigt att sjuksköterskor har kunskap om vilka svårigheter patienterna lider av. I denna litteraturstudie undersöks vilka omvårdnadsåtgärder som kan vidtas för att förbättra livskvalitet hos personer med Alzheimers sjukdom.

Syfte

Att beskriva omvårdnadsåtgärder som ökar livskvalitet hos patienter med Alzheimers sjukdom.

Frågeställningar

- Vilka omvårdnadsåtgärder kan främja autonomi hos personer med Alzheimers sjukdom?
- Vilka omvårdnadsåtgärder kan främja gemenskap och delaktighet hos personer med Alzheimers sjukdom?

Metod

Vår litteraturstudie är utförd utifrån Fribergs modell (Segesten, 2012) för att utesluta eller inkludera artiklar i vår litteraturstudie. Vi har skrivit en litteraturstudie med nio valda vetenskapliga artiklar, varav två kvalitativ och sju kvantitativa artiklar. Vår artikelsökning pågick från 2015-05-19 fram till 2015-10-21.

Litteratursökning

De valda vetenskapliga artiklarna hittades i Cinahl och Pubmed som enligt Karlsson (2012) är databaser som bl.a. är inriktade på ämnet omvårdnad. Svensk Mesh är ett hjälpmedel för att hitta formulerade sökord som är anpassade för databaserna (Karlsson, 2012). Vi använde därför Svenska Mesh sökord som är relevanta för vårt syfte, exempelvis Alzheimer's disease och quality of life som vi kombinerade med sökorden nursing, effectiveness, life quality of nursing care och promoting. Vi kombinerade dessa sökord med hjälp av boolesk sökteknik. Enligt Östlundh (2012) innebär boolesk sökteknik sammansättning av två eller fler sökord genom att använda sig av AND, OR, och NOT. I litteratursökning kan trunkering användas för att få alla böjningsformer av ett specifikt ord (Östlundh, 2012). Vi använde trunkering på

ordet Nurse* som gav oss fler träffar. Östlundh (2012) beskriver att sökningen kan begränsas till artiklar som publicerats i vetenskapliga tidskrifter med hjälp av Peer Reviewed (Östlundh, 2012). Vi begränsade därför våra sökningar till Peer Reviewed, och vi var varsamma på att de enskilda artiklarna var av vetenskaplig kvalitet. Vi valde att inte begränsa oss till antingen kvalitativa eller kvantitativa artiklar, men vi fick ändå fram sju, av nio, som hade en kvantitativ metod. Artiklarna som vi valt är från Australien (1 st), Sverige (1 st), Iran (1 st), Sydkorea (1 st), Japan (1 st), Irland (1 st) och USA (3 st).

Sekundärsökning är en effektiv metod för att hitta nya artiklar genom att exempelvis från referenslistor där även relevant sökord och tidskrifter inom ämnet kan finnas (Östlundh, 2012). Artikeln av Moyle, Mcallister, Venturato & Adams (2007) hittade vi i referenslistan från artikeln av Moyle, Gracia, Murfield, Griffiths & Venturato (2012). Trots att vi inte valde den sist nämnda artikeln i vår litteraturstudie, ansåg vi ändå att ämnesorden var relevanta för vårt syfte.

Urval

Anhöriga har en betydelse för patientens livskvalitet och välbefinnande vilket sjuksköterskor ska ta hänsyn till (Skog & Grafström, 2013). Men vi valde att exkludera anhörigas perspektiv i relation till livskvalitet för att få ett begränsat område att granska. Vi valde att fokusera på patientens perspektiv av livskvalitet och hur sjuksköterskan kan främja en god livskvalitet. Kommunikation och vårdrelation är en aspekt som vi har inkluderat i vår litteraturstudie. Vi har även inkluderat både kvinnor och män i alla åldrar. I varje sökning, avgjorde vi först relevanta titlar och sedan granskade vi abstrakten. De vetenskapliga artiklarna med relevant abstrakt för vårt syfte valde vi att granska i helhet. Vi började med att granska diskussionen för att avgöra om studien var relevant för vårt ämne och sedan läste resten av artikeln. Under sökningsprocessen var vi kritiska till våra sökord för att utveckla de och få nya relevanta träffar (Östlundh, 2012).

Analys

Deduktiv analysmetod innebär att undersöka antaganden mot teorier och tidigare forskning. För att få ett resultat ska relevanta frågeställningar formuleras (Priebe & Landström, 2012). Vi har valt att utföra en deduktiv analysmetod genom att undersöka hur livskvalitet relaterat till autonomi, gemenskap och delaktighet upplevs av personer med Alzheimers sjukdom.

Utifrån detta formulerade vi frågeställningar som är baserat på tidigare kunskap. De valda artiklarnas resultat granskades och sammanfattades i artikelöversikten, se bilaga 2. Artiklarna lästes flera gånger för att få en överblick över resultaten som vi sorterade in i olika teman och subteman. Under litteraturanalysen svarade vi på frågor från Fribergs modell för att granska kvalitet på kvantitativa och kvalitativa artiklar (Friberg, 2012)

Resultat

Tabell 1 - Tema och subtema.

Huvudtema	Subtema
Autonomi	Den fysiska miljöns påverkan på upplevelsen av autonomi Att bevara funktioner genom aktivitet
Gemenskap & Delaktighet	Miljöns påverkan på delaktighet Närhet, relation och sociala sammanhang Att delta i aktiviteter

Omvårdnadsåtgärder som ökar livskvalitet hos patienter med Alzheimers sjukdom kan indelas i sådana som främjar autonomi och sådana som främjar gemenskap och delaktighet.

Autonomi

Flera artiklar har beskrivit hur sjuksköterskor och annan vårdpersonal på olika sätt kan öka autonomi och bevara självständighet hos patienter med Alzheimers sjukdom. Detta kan exempelvis göras genom att anpassa miljön och aktivt arbeta med att bevara patienternas funktioner.

Den fysiska miljöns påverkan på upplevelsen av autonomi

Moyle, Mcallister, Venturato & Adams (2007) undersökte betydelsen av omgivningen hos patienter med Alzheimers sjukdom. Patienterna som bodde under längre tid på ett boende hade bättre livskvalitet jämfört med de som var nyinflyttade på ett särskilt boende för personer med demenssjukdom. I artikeln framkommer det att miljöombyte för dessa patienter har en negativ inverkan på livskvaliteten och bör därför undvikas. Omgivningen har betydelse för hur patienterna klarar av rutiner i dagliga livet som att klä på sig och sköta sin hygien eftersom de inte känner igen den nya miljön och nya hjälpmedel. Patienterna i studien hade också större behov av hjälp med Aktivitet i Dagliga Livet (ADL) (Moyle et al. 2007).

Wood, Harris, Snider & Patchel (2005) beskriver att patienters interaktion till miljön hade en påverkan på livskvalitet. Hos en del deltagare underlättade omgivningen deras kapacitet till att klara olika aktiviteter och moment, exempelvis dukning av matbordet. Att patienterna satt runt matbordet för att äta tillsammans och interagerade med varandra bidrog till att de klarade av att äta mer självständigt. Dörrar som är tydligt markerade, bilder på exempelvis badrumsdörr, markering för utgång och markerade mattor för utgång, gjorde patienterna mer självständiga. De hittade lättare och behövde mindre hjälp från personalen (Wood et al. 2005).

Zingmark, Sandman, & Norberg (2002) förtydligar att det är viktigt för livskvaliteten hos patienter som bodde på ett boende, hade egna möbler i sina rum och att resterande möbler på boendet var hemtrevligt. Zingmark et al (2002) menar att vårdgivarna ska arbeta utefter en s.k. "relationscentrerad vård". Istället för att fokusera på att få patienterna att leva ett liv som är utan symtom, ska sjuksköterskan skapa en miljö där patienten känner sig hemma i en värld med Alzheimers sjukdom. Sjuksköterskor ska måna om patienternas autonomi genom att låta dem ta egna beslut, sköta sin egen hygien, välja sina egna kläder, äta själva och ha makt över sin egen vård. I bemötandet av personer som inte var orienterade i tid och rum, involverade sig inte sjuksköterskan eller annan vårdpersonal i situationen, utan lät patienten vara desorienterad så länge hen upplevde en känsla av välbefinnande och inte störde andra i omgivningen. Alternativet kunde ha varit att sjuksköterskan hjälper patienten att orientera sig exempelvis genom att ständigt berätta för patienten vilken plats hen befinner sig på (Zingmark et al. 2002).

Att bevara funktioner genom aktivitet

Enligt flera studier framkom att självbestämmande över val av exempelvis dagliga aktiviteter var en viktig aspekt för livskvalitet hos personer med Alzheimers sjukdom. Enligt Moyle et al. (2007) fick patienterna själva välja vilka aktiviteter de ville utföra självständigt, d.v.s. aktiviteter som de själva upplevde som särskilt meningsfulla att utföra på egen hand. Exempelvis kunde de själva välja om de ville bada/duscha eller hur de ville klä på sig kläderna. Detta visade på en förbättring av livskvalitet. Patienterna som inte klarade av dessa ”meningsfulla aktiviteter” självständigt hade sämre livskvalitet än de som hade förmåga att ta hand om sig själva.

Utöver detta beskriver Moyle et al. (2007) att sjuksköterskor har en viktig roll i patienters deltagande av aktiviteter genom att uppmana och uppmuntra. Det är extra viktigt att uppmuntra till att utföra de dagliga sysselsättningarna som promenader och socialt interagerande, och bibehålla de dagliga rutinerna hos patienter när de förflyttas till ett nytt boende eller byter miljö.

Dagliga aktiviteter hade även en positiv påverkan på den kognitiva funktionen och beteende hos personer med Alzheimers sjukdom. Moyle et al. (2007) beskriver att de som har kapacitet att ta hand om sig själva och förmåga att delta i aktiviteter har en bättre livskvalitet än de som inte har den förmågan. Författarna föreslår att sjuksköterskan med olika strategier kan förbättra den kognitiva förmågan och förmågan att klara sig själv genom att delta i olika aktiviteter (Moyle et al. 2007).

Curtin (2011) utvärderade effekten av individuellt anpassade träningsprogram för personer med Alzheimers sjukdom där de analyserade deltagarnas fysiska, sociala miljöpåverkan och beteendepåverkan under en förberedelse av måltid. Sjukvårdspersonalen hjälpte deltagarna när de behövde hjälp genom att verbalt påpeka, eller tydligt demonstrera för dem, vad de ska göra. Resultatet visade exempelvis på en förbättring av deltagarnas förmåga att förbereda en måltid. Alla deltagare blev självständigare och behövde mindre hjälp av vårdgivare under övningen. Ingen av deltagarna lyckades bli helt självständig men vårdgivarna fick lärdom om att repetition och motivering är effektivt. Tyvärr upplevde patienterna även viss negativ effekt av dessa träningsprogram, och uttryckte ibland frustration för att de inte klarade av vissa moment (Curtin, 2011).

Enligt Curtin (2011) kan personer med Alzheimers sjukdom med hjälp av träning förbättra sin förmåga att klara olika moment som de tidigare har klarat vilket påverkar deras känsla av välbefinnande och livskvalitet. Sjuksköterskor och andra vårdgivare kan använda denna strategi för att bevara patienters aktivitet i dagliga livet. Det går också att utforska mer och implicera det på andra moment som leder till en ökad livskvalitet. Sjuksköterskan och annan vårdpersonal kan med hjälp av ett träningsprogram förbättra kognitiv förmåga hos personer med Alzheimers sjukdom och förmåga att klara av olika moment vilket förbättrar deras känsla av välbefinnande och livskvalitet (Curtin, 2011).

Seyun (2015) undersökte om kognitiv rehabilitering kan påverka förmågan hos patienter med mild grad av Alzheimers sjukdom att klara av vardagliga aktiviteter, och hur det i sin tur påverkade livskvaliteten. Studien bestod av en interventionsgrupp och en grupp som fick ta del av kognitiv rehabiliteringsmetod. Den kognitiva rehabiliteringen innebar att deltagarna valde ett moment som de skulle öva på, exempelvis att laga mat, använda en telefon eller att minnas människors namn. De använde praktiska strategier för att förbättra minnesförmågan, exempelvis anteckningsböcker där de skrev ner siffror och figurer som hjälpmedel. Förutom förbättrad kognitiv funktion, resulterade studien i en förbättring av ”tillfredsställelse” och livskvalitet. Seyun (2015) framförde att studiens resultat även visade en förbättring av patienternas förmåga att orientera sig vilket bero på ”repetering övningarna” (Seyun, 2015). Resultatet sammanfattas med att det finns ett samband mellan prestationsförmåga och tillfredsställelse i gruppen som fick delta i kognitiv rehabilitering, men att det i kontrollgruppen inte visade någon sådan signifikant skillnad (Seyun, 2015).

Gemenskap och delaktighet

Flera artiklar har beskrivit att gemenskap och delaktighet är viktiga aspekter för livskvaliteten hos personer med Alzheimers sjukdom. Delaktighet i aktiviteter och sociala sammanhang bidrar till en god relation mellan patient och vårdgivare. Detta kan leda till att patienter känner sig trygga och accepterade i vården. Enligt Zingmark et al (2002) är det viktigt att skapa en miljö på ett särskilt boende där patienterna känner tillhörighet och gemenskap.

Miljöns påverkan på delaktighet

Zingmark et al. (2002) såg att den fysiska miljön kring patienter med Alzheimers sjukdom kan utformas på olika sätt som påverkar livskvaliteten. De fann det positivt att miljön på ett särskilt boende uppmuntrade till samvaro och delaktighet, genom att de som bodde där hade gemensamma utrymmen, såsom öppen utegård, kök, vardagsrum och rum för aktiviteter. Det var också bra om det fanns tillgång till att spela spel och att träna. Den fysiska miljön kunde påverka möjligheterna till meningsfulla sysselsättningar, exempelvis att patienterna bakade eller drack kaffe tillsammans i köket. Det var även viktigt att patienterna hade roligt under aktiviteterna. Delaktighet kunde också upplevas i form av musik (att musik spelades upp) som patienter kände igen (Zingmark et al. (2002).

Wood et al. (2005) menar att vårdpersonalen ska uppmåna patienter till att delta i aktiviteter vilket kan resultera i positivt beteende och ökat välbefinnande. I studien de utförde kunde vårdpersonalen på så vis underlätta stress, ångest och agitation hos patienterna (Wood et al. 2005). Det var viktigt att sjuksköterskan och annan vårdpersonal stöttade patienterna som var nya på ett boende för att bidra till delaktighet som i sin tur förbättrar livskvaliteten hos patienterna (Moyle et al. 2007).

I studien av Zingmark et al. (2002) såg man att det gemensamma köket, på det specifika boendet, upplevdes som en central punkt där personalen och patienterna träffades och umgås. Där kunde patienterna delta i praktiska aktiviteter som bakning eller fika. Alla patienter kunde vara delaktiga genom att anpassa aktiviteten till individens funktionsförmåga beroende på var i sjukdomsförloppet personen befann sig på. Aktiviteterna som patienterna klarade av att utföra var aktiviteter som de har klarat av tidigare i livet när de var friska på grund av att långtidsminnet är bevarat långt in i sjukdomsförloppet. Aktiviteterna skapade även en känsla av gemenskap i en specifik grupp (Zingmark et al. 2002).

Närhet, relationer och sociala sammanhang

Enligt Moyle et al. (2007) var sambandet mellan livskvalitet och sociala relationer stark förknippade till varandra. Socialt nätverk, deltagande i aktiviteter och support var viktiga faktorer för lycka och välbefinnande hos personer med Alzheimers sjukdom. Personcentrerad vård gav patienter med Alzheimers sjukdom möjlighet att skapa en god relation mellan

sjuksköterska och patient som bidrog till patientens inflytande över sin vård. Det bidrog också till att patienten fick stöd av sjuksköterskan som i sin tur främjade individens livskvalitet. I studien av Moyle et al.(2007) angav många av patienterna en specifik person i vården som de hade en särskilt god relation till. De samtalade, promenerade och engagerade sig i varandra som individer. Studien såg att sjuksköterskan ska behandla patienter med respekt och som en enskild individ. Detta upplevdes förbättra självkänsla och livskvaliteten hos patienterna med en demenssjukdom. Sjuksköterskan kunde med en ”relationscentrerad vård” uppnå ökad upplevelse av livskvalitet hos patienterna. Sjuksköterskan och patienten lärde känna varandra, diskutera intressanta ämnen och spendera tid med varandra utomhus. Det var också viktigt att främja patienternas självkänsla, som har stor inverkan på patienters livskvalitet (Moyle et al. (2007).

Enligt Yektatalab, Sharif, Kaveh, Fallahi Khoshknab & Petramfar (2013) ska sjukvårdpersonalen sträva efter att skapa en god relation till patienterna på ett boende genom att lära känna patienten som individ och spendera tid med dem, i syfte att skapa en familjeliknande relation. I studien förklarade en av sjuksköterskorna om den familjeliknande relationen hen har skapat med patienterna. ”We really are a family, because we sleep here at nights and feel like home with them. I am dependent on them now.” (Yektatalab et al. 2013, sid 190). Enligt Seyun (2015) kan en social relation skapas även mellan patient och andra individer i omgivningen exempelvis forskaren som utfört den specifika studien. “It’s not always about doing things. An important part of the care is the community. We sit together, and they can rest” uttalade en vårdpersonal angående vården på ett specifikt boende (Zingmark et al. 2002).

Enligt Zingmark et al. (2002) bör sjuksköterskor förbättra livskvalitet hos patienter med svår Alzheimers sjukdom, genom att skapa en miljö av bekräftelse, nära bekantskap och gemenskap mellan sjuksköterska och patient. Bekräftelse handlar om att acceptera medpartern som hen är, oavsett sjukdom. Nära bekantskap innebär också att känna till personers bakgrund och tidigare liv. Exempelvis hur patienten tycker om att klä sig, vilka hobbyn de har, eller genom att se på gamla fotografier tillsammans. Om patienten lider av afasi kan det vara svårare för sjuksköterskan att få en inblick i patientens tidigare liv. Därför är det till fördel att tala med anhöriga för mer information om individens tidigare intressen, vanor och hur hen vill

bli omhändertagen i vården. Zingmark et al. (2002) säger också att gemenskap innebär en känsla av "vi" mellan personal och patient, och att gemenskap är viktigt för att patienter ska känna sig trygga i relation till människor i omgivningen.

Enligt Curtin (2011) upplevde patienter med Alzheimers sjukdom en positiv känsla av sociala kontakter, exempelvis vid besök av både bekanta. Enligt Yektatalab et al. (2013) beskriver sjukvårdspersonalen i studien att patienterna blev lugnare efter besök av en familjemedlem. "If we want to keep the patients calm, we should try to include their family in care because they are dependent to their family." (Curtin, 2011, s.190)

I studien av Zingmark et al. (2002) beskrevs att vårdrelationen mellan sjuksköterska och patient formade sig utifrån en rad faktorer. Det sågs som viktigt att vårdpersonalen lärde känna patienterna och respektera dem som individer. Det var även viktigt för personalen att patienterna skulle må bra oavsett om de var orienterade eller inte. En av personalen på boendet beskrev "One of the women often thinks she is on a bus. We try to tell her where she is, but sometimes she hesitates to believe what we say. Then it's better to let her go on with her bursting than arguing pointlessly. She doesn't bother anyone, and she seems to feel happy." (Zingmark, 2002, s.53)

Att delta i aktiviteter

O'Shea, Devane, Cooney, Casey, Jordan, Hunter, Murphy, Newell, Connolly & Murphy (2014) undersökte hur Reminiscence påverkar livskvaliteten hos patienter med Alzheimers sjukdom som vårdas på ett boende under längre tid. Metoden innebär att individuellt eller i grupp väcka gamla minnen hos individen genom exempelvis gamla bilder och musik som är personliga. I studien användes en interventionsgrupp och en kontrollgrupp. Efter undersökningen hade interventionsgruppen en högre poäng på QoL-AD, vilket tydde på att Reminiscence var en metod som upplevdes förbättra livskvalitet och psykosocialt välbefinnande hos deltagarna. Enligt studien ökade Reminiscence graden av depression hos deltagarna, och författarna rekommenderade därför att sjuksköterskan ska använda denna metod med försiktighet (O'Shea et al., 2014).

I en studie av Hattori, Hattori, Hokao, Mizushima & Mase (2011) utforskades om målning som terapeutisk form kan förbättra livskvaliteten, i jämfört med matematisk träning, för patienter med mild Alzheimers sjukdom. Studien såg att livskvaliteten förbättrades hos patienter med Alzheimers sjukdom. Målningen förbättrade även patienternas uppmärksamhet, livslust, intresse, känsla av lycka och självrespekt. I studien undersöktes också om målning har en kognitiv påverkan på patienterna men det visade ingen signifikant förbättring enligt MMSE-test (Hattori et al. 2011).

Studien såg också att nära relation mellan forskarna och patienterna i studien var viktig för patienternas upplevelse och effekt av terapin. Författarna föreslår att även andra metoder kan fungera på liknande sätt, exempelvis musikterapi, orienteringsträning och Reminiscenceterapi (Hattori et al. 2011).

I artikeln av Mowrey, Parikh, Bharwani & Bharwani (2013) studerade författarna beteendeterapien "Behavior-Based Ergonomics Therapie" (BBET) och dess effekter på välbefinnande. Syftet med BBET är att förbättra patienters beteendeändringar som agitation genom individanpassade aktiviteter. De observerade exempelvis ångest, nedstämdhet, ilska och socialt engagemang under aktiviteter hos patienter med Alzheimers sjukdom. Aktiviteter som de deltog i, enskild eller i grupp var att lyssna på musik, titta på film, läsa böcker och spela spel. Denna terapi resulterade i att patienternas livskvalitet ökade, de blev lugnare, hade mindre behov av läkemedel och det var enklare för vårdgivarna att hantera patienternas beteende, exempelvis var patienterna lugnare vid måltider och utförande av ADL. Aktiviteterna tillförde mer social interaktion än tidigare på det specifika boendet, vilket även främjar gemenskap. En av sjuksköterskorna beskrev: "Before, I used to have many problems when giving residents a bath. Now I use the BBET program to calm them before giving them a bath." (s.39). Författarna påpekar att även om BBET programmet är en effektiv metod, kan det inte användas för att utesluta medicinsk behandling (Mowrey et al. (2013).

Diskussion

Metoddiskussion

En styrka i litteraturstudien är att de valda artiklarna kommer från olika länder vilket ger ett resultat med ett bredare perspektiv på hur sjuksköterskan kan arbeta för att förbättra livskvalitet hos personer med Alzheimers sjukdom. En annan styrka är att livskvalitet beskrivs ur patientens perspektiv.

Patienter med Alzheimers sjukdom är en stor patientgrupp i hälso- och sjukvården, därför behöver sjuksköterskan som yrkesprofession kunskap inom området. Vi valde att inte begränsa oss till publikationssår eller studieform eftersom vi ville ha ett brett utbud av vetenskapliga artiklar inom vårt ämne. Det resulterade i 9 artiklar från 2002-2015. Vi valde att inte göra några begränsningar utifrån deltagarnas ålder eftersom vi vill ha en bredare sökning. Detta resulterade ändå i att deltagarna i studien var äldre, och medelåldern i samtliga artiklarna var över 70 år. Detta var dock förväntat, då Alzheimers sjukdom oftast debuteras efter 75 års ålder (70%) och det är sällan sjukdomen förekommer före 60 års ålder (Fratiglioni et al. 2013). Det var svårt att hitta vetenskapliga artiklar som handlade om patientens perspektiv av livskvalitet. De flesta artiklarna mätte sjukvårdens perspektiv eller anhöriga. Det vore önskvärt med fler artiklar som var kvalitativa, med intervjuer med personer med exempelvis Alzheimers sjukdom, för att få en inblick i hur patienterna upplever livskvalitet.

Endast tre av nio valda vetenskapliga artiklar presenterade antalet kvinnor och män bland deltagarna. Endast sex av nio vetenskapliga artiklar beskrev antal deltagare i respektive studie. Vi konstaterar att få studier har studerat skillnaden i livskvalitet mellan män och kvinnor relaterat till Alzheimers sjukdom. I kurslitteraturen som vi använt oss av i bakgrunden nämnde inga skillnader i symtom mellan män och kvinnor. Trots att flertalet av valda artiklar inte inkluderade genus ansåg vi ändå att de var relevanta för vårt valda syfte. En del av artiklarna inkluderade få deltagare i sina studier vilket kan ge ett snävt resultat i artiklarna som i sin tur påverkar resultatet i vår litteraturstudie. Exempelvis har artikeln av Curtin (2011) har inkluderat endast fem deltagare.

En svaghet i vår litteratursökning var att vi inte valt att begränsa oss till ett specifikt stadium av Alzheimers sjukdom hos deltagarna i studierna. Det kan ha fått konsekvenser för vårt

resultat eftersom en del av de vetenskapliga artiklarna har specificerat sig på en grupp av deltagare med exempelvis tidigt stadium av Alzheimers sjukdom. Vi valde att inte begränsa oss trots detta eftersom det var svårt att hitta relevanta artiklar.

Resultatdiskussion

Resultatet visar att omvårdnadsåtgärder som ökar livskvalitet hos patienter med Alzheimer sjukdom kan vara att anpassa miljön till individens kognitiva förmåga, främja möjlighet till sociala relationen till människor i omgivningen, främja självbestämmandet, bevara fysiska funktionsförmågan, stimulera den kognitiva funktionen genom aktiviteter, och skapa gemenskap genom aktiviteter i grupp. Diskussionen inriktar sig på strategier för hur sjuksköterskor kan bevara livskvalitet hos personer med Alzheimers sjukdom relaterat till autonomi, gemenskap, delaktighet och vårdrelation.

Eftersom det inte finns behandling för demenssjukdomar är det viktigt att med omsorg och kärlek vårda patienter för att öka deras självkänsla och livskvalitet. God omvårdnad är att sjuksköterskan ska skapa en anpassad miljö, främja sociala interaktioner och trygghet hos patienten.

Autonomi

I studien av Moyle et al. (2007) framkom det att självbestämmande i val av exempelvis kläder förbättrade livskvaliteten patienterna. Detta stärks av Skog & Grafström (2013) som menar att autonomi innebär att en person själv bestämmer över sina egna beslut i livet, vilket ger en känsla av frihet. Personer med Alzheimers sjukdom har en kognitiv funktionsnedsättning som orsakar bland annat nedsatt minneförmågan, afasi, apraxi, och svårighet att planera och organisera. Detta leder till att de inte alltid kan ta rationella beslut som är bäst för dem. Exempelvis beslut om livsviktig vårdbehandling (Skog & Grafström, 2013). I studien av Zingmark et al. (2002) ska sjuksköterskan respektera patienters önskan och beslut om exempelvis, val av kläder eller vårdbehandling, vilket överensstämmer med Birkler (2012) som säger att patienten ska själv ta beslut om undersökningar och behandling i vården. Men patienter som inte har förmåga att ta egna beslut, ska sjukvården fatta beslut åt patienten som är bäst för hen (Birkler, 2012). Vi tror att en svårighet i vården är att gå emot patienters autonomi som kan leda till konfliktfyllda och svårlösta situationer. För att sjuksköterskan ska

kunna bevara patientens autonomi och självständighet, krävs det att hen informerar patienten på ett sätt som denne förstår, trots de kognitiva funktionsnedsättningarna, för att patienten ska ha så mycket inflytande som möjligt i dennes liv.

I flera studier såg att patienterna hade svårigheter i att anpassa sig till ny miljö som de inte var bekanta med. Patienter som var placerade på ett nytt boende kände exempelvis inte igen möbler, rutiner och personal. Detta visade på lägre självständighet hos patienterna som resulterade i lägre livskvalitet. Detta kan sjuksköterskan underlätta genom att använda möbler och redskap från patientens egen bostad (tidigare bostad) på boendet, exempelvis samma byrålåda för kläder. På så vis kan patienten orientera sig enklare i rummet och självständigt välja kläder (Moyle et al. 2007; Wood et al. 2005; Zingmark. 2002). I studien av Wood et al. (2005) underlättade omgivningen patienternas förmåga att äta självständigt genom exempelvis sättet att duka bordet. Artikelns resultat stärks av Marcusson et al. (2011) som menar att sjuksköterskan kan främja patienter autonomi genom att anpassa miljön för den specifika individen. Personer med Alzheimers sjukdom har ofta visuospatiala svårigheter vilket innebär att de har svårt med den ”rumsliga orienteringen” (Marcusson et al. 2011). Detta kan hota deras autonomi, på så sätt att de har svårt att hitta och orientera sig i bostaden och på andra ställen.

Flera artiklar såg att aktivitet i olika former bidrar till att bevara fysiska och psykiska funktioner hos personer med Alzheimers sjukdom, exempelvis genom promenader med personalen, delta i aktiviteter som ADL, spela spel och bakning. Det är också viktigt att träna kognitiva funktioner genom exempelvis målningsterapi, Reminiscence och lyssna på musik (Hattori et al. 2011; Moyle et al. 2007; Wood et al. 2005; Zingmark. 2002). Curtin (2011) visade på att repeterade och regelbunden träning av olika aktiviteter förbättrade patienternas fysiska funktionsförmåga. Skog & Grafström (2013) menar att ett annat sätt att främja autonomi kan vara att försöka bevara individens självbestämmande. Sjuksköterskan ska värna om patientens autonomi genom att exempelvis möjliggöra val av aktiviteter självständigt.

Gemenskap och delaktighet

I ett möte mellan två personer kan en gemenskapskänsla eftersträvas genom en känsla av samhörighet. Personer med Alzheimers sjukdom lider ofta av språksvårigheter exempelvis afasi som försvårar språket, vilket påverkar kommunikationen. Detta kan försvåra sociala

relationer, känslan av gemenskap och delaktighet med andra människor. Flera studier såg att det var viktigt att sjuksköterskan hade en god och nära relation till patienter, genom att lära känna patienten som en individ (Zingmark et al. 2002). I artikeln av Zingmark et al (2014) säger sjuksköterskorna att de strävar efter att skapa en gemenskapskänsla, av ett "vi", mellan sjuksköterska och patient. Denna känsla av gemenskap kan göra att patienterna känner sig tryggare (Ekman, 2014; Zingmark et al. 2002). Gemenskap mellan sjuksköterska och patient är en viktig aspekt för patientens upplevelse av hälsa och välbefinnande. En "jag-du" -relation i hälso- och sjukvården grundar sig i att vårdgivaren ska ta hänsyn till den enskilda patientens förmåga och förutsättningar. Denna form av relation bygger på acceptans, bekräftelse, jämlikhet och ömsesidig relation. Flera av studierna visade på vikten av socialt engagemang som bidrar till en gemenskapskänsla och ökad livskvalitet. Sjuksköterskans roll i gemenskapen är att engagera patienten i sociala diskussioner med människor i omgivningen. Sjuksköterskan ska även engagera sig i patienten som individ och hans intressen för att skapa en god vårdrelation (Curtin, 2011; Moyle et al. 2007; Wood et al. 2005; Zingmark et al. 2002).

Flera av artiklarna kom fram till att omgivningen och deltagande i gemensamma meningsfulla aktiviteter var viktigt. Att ha ett gemensamt kök på ett särskilt boende där patienterna kunde vara tillsammans och delaktiga i vardagsaktiviteter skapade en känsla en gemenskap (Zingmark et al. (2002); (Moyle et al. 2007) och (Wood et al. 2005). Denna slutsats stärks av Skog & Grafström (2013) som menar att deltagande i aktiviteter även ökar en gemenskapskänsla både bland personal och patienter.

I en studie lyssnade patienterna på musik tillsammans som de kände igen, vilket aktiverade långtidsminnet men även skapade en gemenskap bland patienterna och känsla av ökad livskvalitet. Andra aktiviteter som ökade gemenskapen bland patienterna och sjuksköterskorna var exempelvis spela spel, bakning och träning (Zingmark et al. 2002). Eldh (2009) menade att gemenskap mellan sjuksköterskan och patienten bidrar till att patienten upplever vårdmötet positivt (Eldh, 2009). Patienter med Alzheimers sjukdom har svårigheter att planera vardagen, därför tror vi att sjuksköterskan kan hjälpa patienterna genom att uppmana till deltagande av aktiviteter. Detta ökar i sin tur gemenskapskänslan bland patienter och sjuksköterskor.

Vissa artiklar menar att enskilda metoder förbättrar livskvalitet men kan de också ha negativa effekter. Exempelvis kan Reminiscence öka livskvaliteten hos patienter med Alzheimers sjukdom men metoden sågs även öka depressionsgraden (O'Shea et al., 2014). Detta motsägs av med Edberg (2014) som menar att Reminiscence är en metod som bidrar till att stärka människors identitet, känsla av sammanhang och integritet som är till fördel för sjuksköterskan som kan få information och förståelse om patientens tidigare liv (Edberg, 2014). Vi tror att Reminiscence kan öka risken för depression eftersom gamla bilder kan påminner om hur livet såg ut förr vilket kan medföra nedstämdhet hos patienterna. Detta ses inte av Edberg (2014) eftersom den studien inte inkluderat depressionstester.

En annan viktig aspekt som togs upp i artiklarna var att sjuksköterskan sökt information om patienten tidigare liv, intressen etc. via anhöriga, om patienten själv inte kunde berätta om detta p.g.a. exempelvis minnesproblem eller afasi (Zingmark et al. 2002). Vi tror att sjuksköterskan kan lära känna patienten bättre om hen lär sig om patientens tidigare liv vilket också kan leda till att samtal och aktiviteter äger rum som ger patienten högre känsla av gemenskap och delaktighet.

Implikationer för praxis

Sjuksköterskan kan applicera strategierna som denna litteraturstudie hänvisar till genom ett gott bemötande, viljan att lära känna patienterna, tillåta patienten att själv bestämma i olika situationer, motivera patienten till att aktivera sig fysiskt att motivera till att delta i aktiviteter dagligen. Detta kan bidra till att sjuksköterskan kan förbättra livskvalitet hos patienter med Alzheimers sjukdom.

Fortsatt forskning

Patienters minnesproblematik kan påverka resultat i studier som mäter upplevelsen av livskvalitet. Därför krävs det mer forskning kring mätinstrument för livskvalitet hos personer med kognitiv funktionsnedsättning. Det krävs även mer forskning om konkreta strategier för hur sjuksköterskan kan bemöta patienter med Alzheimers sjukdom, som kan ligga till grund för beskrivning av evidensbaserade omvårdnadsåtgärder.

Slutsatser och våra egna reflektioner

I omvårdnadsarbetet med patienter med Alzheimers sjukdom är det viktigt att sjuksköterskan värnar om patientens autonomi, integritet och delaktighet, för att patienten ska uppleva livskvalitet. Sjuksköterskans roll är bland annat att möjliggöra självbestämmande för patienten i den mån det går, exempelvis att låta patienten själv välja aktivitet eller kläder men autonomi innebär också att patienten har rätt att bestämma över sin vård, vilket kan leda till svårlösta situationer i vardagen. Men det finns faktorer som bidrar till en god hälsa, självbestämmande och ökad livskvalitet som sjuksköterskan bör utnyttja. Omgivningen är en stor faktor för patientens hälsa och välbefinnande. Sjuksköterskan kan använda sig av olika strategier för att öka den psykiska och fysiska funktionsnivån, exempelvis genom deltagande i sociala aktiviteter, ADL och individualiserad träningsprogram. En förutsättning för att bidra till en god vård är att sträva efter en känsla av gemenskap mellan patient och sjuksköterska. Det innefattar behovet av en god vårdrelation, att lära känna varandra som individer och skapa en god kommunikation. Sjuksköterskan ska även sträva efter att öka sociala interaktioner mellan patient och patientens bekanta. För att sjuksköterskan ska utföra ett bra arbete krävs det engagemang och tid.

Referenslista

- Basun, H. (2013). Demenssjukdomar. I M. Skog., L-O. Wahlund., & H. Wijk (Red.), Boken om demenssjukdomar (s.11-61). Stockholm: Liber.
- Birkler, J. (2012). Filosofi och omvårdnad- Etik och människosyn. Stockholm: Liber.
- Brülde, B. (2003). Teorier om livskvalitet. Lund: Studentlitteratur.
- Curtin, A. J. (2011). Individualized Skills Training Program for Community-Dwelling Adults with Mild Alzheimer's Disease. *Journal Of Gerontological Nursing*, 37(10), 20-29 10p. doi:10.3928/00989134-20110708-01.
- Edberg, A. K. (2014). Kognitiv svikt. I A-K. Edberg., & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: hälsa och ohälsa* (s.645-680). Lund: Studentlitteratur.
- Eide, H., & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation- relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur.
- Ekman, I. (2014). *Personcentrering inom hälsa- och sjukvård från filosofi till praktik*. Stockholm: Liber.
- Eldh, A. C. (2014). Delaktighet i rollen som patient. I F. Friberg., & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder- perspektiv och förhållningssätt* (485-501). Lund: Studentlitteratur.
- Eldh, A. C. (2009). Delaktighet och gemenskap. I A-K. Edberg., & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder- hälsa och ohälsa* (s.45-61). Lund: Studentlitteratur.
- Fratiglioni, L., Kivipelto, M., & Qiu, C. (2013). Epidemiologi. I A, Nordberg (Red.), *Alzheimers sjukdom* (s.37-47). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.133-144). Lund: Studentlitteratur.
- Hattori, H., Hattori, C., Hokao, C., Mizushima, K., & Mase, T. (2011). Controlled study on the cognitive and psychological effect of coloring and drawing in mild Alzheimer's disease patients. *Geriatrics & Gerontology International*, 11(4), 431-437 7p. doi:10.1111/j.1447-0594.2011.00698.x.
- Holm Wiebe, A. K., Johansson, I., & Lindquist, I. (2009). Vårdandets värde i omvårdnadshandledning-etiska aspekter. I A. Barbosa Da Silva., I. Berggren., & H. Nunstedt (Red.), *Omvårdnadshandledning- ur etisk och tvärdisciplinärt perspektiv* (s.229-241). Lund: Studentlitteratur.
- Kajandi, M. (2005). *Studies on quality of life*. Uppsala: Uppsala University.
- Karlsson, E. K. (2012). Informationssökning. I M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (s.95-113). Lund: studentlitteratur.

Lyketsos, C. G., Steinberg, M., Tschanz, J. T., Norton, M. C., Steffens, D. C., & Breitner, J. C. S. (2000). Mental and behavioral disturbances in dementia: Findings from the cache county study on memory in aging. *American Journal of Psychiatry*, 157(5), 708-714. doi:10.1176/appi.ajp.157.5.708

Marcusson, J., Blennow, K., Skoog, I., & Wallin, A. (2011). *Alzheimers sjukdom och andra kognitiva sjukdomar*. Stockholm: Liber.

Mowrey, C., Parikh, P. J., Bharwani, G., & Bharwani, M. (2013). Application of Behavior-Based Ergonomics Therapies to Improve Quality of Life and Reduce Medication Usage for Alzheimer's/Dementia Residents. *American Journal Of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 28(1), 35-41 7p. doi:10.1177/1533317512467678.

Moyle, W., Gracia, N., Murfield, J. E., Griffiths, S. G., & Venturato, L. (2012). Assessing quality of life of older people with dementia in long-term care: a comparison of two self-report measures. *Journal Of Clinical Nursing*, 21(11/12), 1632-1640 9p. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03688.x.

Moyle, W., Mcallister, M., Venturato, L., & Adams, T. (2007). Quality of life and dementia: the voice of the person with dementia. *Dementia*, 6(2), 175-191 17p.

Nationalencyklopedin AB. (2015). *Livskvalitet*. Hämtad 151103, <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/livskvalitet#litteraturanvisning>.

O'Shea, E., Devane, D., Cooney, A., Casey, D., Jordan, F., Hunter, A., ...Murphy, K. (2014). The impact of reminiscence on the quality of life of residents with dementia in long-stay care. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 29(10), 1062-1070 9p. doi:10.1002/gps.4099.

Priebe, G., & Landström, C. (2012). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar – grundläggand vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s.31-50). Lund: Studentlitteratur.

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

Seyun, K. (2015). Cognitive rehabilitation for elderly people with early-stage Alzheimer's disease. *Journal Of Physical Therapy Science*, 27(2), 543-546 4p. doi:10.1589/jpts.27.543.

Skog, M & Grafström, M. (2003). *Geriatrisk omvårdnad och geriatrik*. Stockholm: Bonnier.

Skog, M & Grafström, M. (2013). *Äldres hälsa och livskvalitet*. Stockholm: Sanoma utbildning.

Skog, M. (2012a). *Bättre demensvård NU*. Stockholm. Liber.

Skog, M. (2012b). *Vård och omsorg vid demenssjukdomar* (2. uppl. ed.). Stockholm: Sanoma utbildning.

Smit, D., De Lange, J., Willemse, B., Twisk, J., & Pot, A-M. (2015). Activity involvement and quality of life of people at different stages of dementia in long term care facilities. *Aging & mental health*, 20(1), 100-109. DOI: 10.1080/13607863.2015.1049116

Snellman, I. (2014). Vårdrelationer- En filosofisk belysning. I F. Friberg., & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder- Perspektiv och förhållningssätt* (439-462). Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2015). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig*. Hämtad 151105, <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19801/2015-4-10.pdf>

Wood, W., Harris, S., Snider, M., & Patchel, S. (2005). Activity situations on an Alzheimer's disease special care unit and resident environmental interactions, time use, and affect. *American Journal Of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 20(2), 105-118 14p.

World Health Organisation. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of life research*, (2), 153-159. doi:10.1007/BF00435734.

Yektatalab, S., Sharif, F., Kaveh, M. H., Fallahi Khoshknab, M., & Petramfar, P. (2013). Living with and Caring for Patients with Alzheimer's Disease in Nursing Homes. *Journal of Caring Sciences*, 2(3), 187-195. <http://doi.org/10.5681/jcs.2013.023>.

Zingmark, K., Sandman, P., & Norberg, A. (2002). Promoting a good life among people with Alzheimer's disease. *Journal Of Advanced Nursing*, 38(1), 50-58 9p. doi:10.1046/j.1365-2648.2002.02145.x

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats- Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (57-80). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
6/10 Cinahl	Alzheimer's Disease AND Quality of life AND Care	Peer reviewed	296	30	6	Moyle et al. (2007).*
7/10 Cinahl	Alzheimer's disease AND memories AND Quality of life	Peer Reviewed	77	19	8	Hattori et al. (2011)
10/10 Cinahl	Cinahl Headings: (MH "Quality of life") AND Alzheimer's disease AND nursing	Peer reviewed	99	47	11	Mowrey et al. (2013)
10/10 Cinahl	Cinahl Headings: (MH "Quality of life") AND Alzheimer's disease AND Nurse	Peer reviewed	14	3	2	Curtin et al. (2011)
11/10 Pubmed	Nurse* AND Alzheimers patient	Inga begränsningar	85	42	27	Yektatala b et al. (2013)
12/10 Cinahl	Alzheimer's disease AND Quality of life AND effectiveness	Peer reviewed	47	17	7	Wood et al. (2005)
12/10 Pubmed	Quality of life AND Reminiscence	Inga begränsningar	89	5	4	O'Shea et al., (2014)
19/5 Cinahl	Alzheimer's disease AND life quality nursing care	Peer reviewed. Fem år gamla.	105	41	9	Seyun, K. (2015)
12/10 Cinahl	Alzheimer's disease AND promoting	Peer reviewed	63	26	13	Zingmark et al. (2002)

*Studien av Moyle, Mcallister, Venturato & Adams (2007) är hittad från referenslistan i studien av Moyle, Gracia, Murfield, Griffiths & Venturato (2012).

Bilaga 2

Titel: Quality of life and dementia: the voice of the person with dementia.

Författare: Moyle, Mcallister, Venturato & Adams

Tidskrift: Dementia

År: 2007

Land: Australien

Syfte: Studien undersökte livskvaliteten hos dementa utifrån omgivningsperspektiv. De undersökte också effekten av livskvalitet relaterad till perioden deltagarna levde på en och samma boende.

Metod: kvantitativ

Etisk övervägande: Godkänd av en etisk kommitté.

Resultat: Det finns olika aspekter som har en positiv påverkan på livskvaliteten, exempelvis meningsfulla aktiviteter, social nätverk och förmågan att klara sig själv. Men negativ påverkan livskvalitet är exempelvis miljöombyte som förändrar dagliga rutiner och kognitiv funktionsnedsättning.

Kvalitet: Hög

Titel: Living with and caring for patients with alzheimers disease in nursing homes.

Författare: Yektatalab, Sharif, Kaveh, Fallahi Khoshknab & Petramfar.

Tidskrift: Journal of caring sciences.

År: 2013

Land: Iran

Syfte: Studien undersökte hur erfarna vårdpersonal kan förbättra både vårdkvalitet och patienternas livskvalitet.

Metod: kvalitativ.

Etisk övervägande: Godkänd av en etisk kommitté.

Resultat: Sjuksköterskan bör vara lugn för att hantera patienternas beteende. Det är viktigt att sjuksköterskan har kunskap om sjukdomen för att känna igen symtom och resurser hos patienterna. Det är också viktigt att sjuksköterskan trivs på sin arbetsplats och känner sig lycklig eftersom det smittar av sig till patienterna.

Kvalitet: Låg

Titel: Individualized skills training program for community-dwelling adults with mild Alzheimers disease.

Författare: Curtin & Alicia

Tidskrift: Journal of Gerontological Nursing.

År: 2011

Land: USA

Syfte: Studien handlar om att utvärdera effekten av individuellt anpassad träningschema för personer med Alzheimers sjukdom.

Metod: kvantitativ

Etisk övervägande: Artikeln är publicerad i en tidskrift som är godkänd av en etisk kommitté. Men det står inte angivet att den specifika artikeln är etiskt godkänd.

Resultat: Uppgiften som de skulle klara av var att förbereda en måltid vilket var något som de tidigare hade lyckats med innan sjukdomen.

Kvalitet: Medel

Titel: Promoting a good life among people with Alzheimers disease.

Författare: Zingmark, Sandman, & Norberg.

Tidskrift: Journal of advanced nursing.

År: 2002

Land: Sverige

Syfte: Syftet med studien är att få en förståelse för hur vårdpersonal kan förbättra vardagslivet för personer med Alzheimers sjukdom.

Metod: kvalitativ

Etisk övervägande: Godkänd av en etisk kommitté.

Resultat: Resultatet pekar på olika aspekter som förbättrar livskvalitet, exempelvis delaktighet, känsla av självbestämmande, bekräftelse och gemenskap. Det är viktigt att lära känna patienten som person och hennes intressen och delta i aktiviteter tillsammans som personal och patienter. En relationscentrerad och personcentrerad vård är i fokus.

Kvalitet: Hög

Titel: Cognitive rehabilitation for elderly people with early-stage Alzheimers disease.

Författare: Seyun, 2015.

Tidskrift: Journal of physical therapy science.

År: Har alla deltagare skrivit på etiskt godkännande för studien.

Land: Republic of Korea

Syfte: Syftet är att undersöka om kognitiv rehabilitering med kognitiv träning kan påverka patienternas förmåga att klara av vardagliga aktiviteter och hur det påverkar livskvaliteten.

Metod: Kvantitativ.

Etisk övervägande: Har alla deltagare skrivit på etiskt godkännande för deltagandet i studien.

Resultat: Resultatet visade en förbättring av tillfredsställelse, högre poäng på test av livskvalitet och poängen på MMSE förbättrades. Det innebär att deras livskvalitet och kognitiva status har förbättrats av kognitiv träning.

Kvalitet: Medel

Titel: Application of Behavior-Based Ergonomics Therapies to Improve Quality of Life and Reduce Medication Usage for Alzheimer's/Dementia Residents

Författare: Mowrey, Parikh, Bharwani, & Bharwani

Tidskrift: American journal of alzheimer's disease and other dementias

År: 2013

Land: USA

Syfte: Syftet med studien är att undersöka om beteende terapin BBET har en påverkan på livskvalitet och beteende hos patienter med Alzheimers sjukdom på ett boende.

Metod: kvantitativ studie

Etisk övervägande: Artikeln är publicerad från en tidskrift som är godkänd av en etisk kommitté. Men det står inte angivet att den specifika artikeln är etiskt godkänd.

Resultat: Resultatet visar att livskvaliteten hos deltagarna ökade, mindre behov av läkemedel och det var enklare för vårdgivarna att hantera patienterna. Exempelvis kunde de lugna patienterna innan middag eller dusch. BBET programmet har minskad graden av ångest, depression och agitation hos deltagarna.

Kvalitet: Medel

Titel: Activity situations on an Alzheimer's disease special care unit and resident environmental interactions, time use, and affect

Författare: Wood, Harris, Snider & Patchel.

Tidskrift: American journal of alzheimer's disease and other dementias

År: 2005

Land: USA

Syfte: Studien undersökte hur olika fysiska, sociala faktorer i miljön samt aktiviteter som kan påverka livskvalitet hos patienter med Alzheimers sjukdom.

Metod: kvantitativ

Etisk övervägande: Artikeln är publicerad från en tidskrift som är godkänd av en etisk kommitté. Men det står inte angivet att den specifika artikeln är etiskt godkänd.

Resultat: Resultaten visade att patienternas livskvalitet förbättrades när de deltog i aktiviteter. De menar att patienters interaktion till miljön har en påverkan på livskvaliteten. Hos en del patienter underlättade miljön deras kapacitet till att klara av olika aktiviteter och moment exempelvis att äta.

Kvalitet: Hög

Titel: The impact of reminiscence on the quality of life of residents with dementia in long-stay care.

Författare: O'Shea, Devane, Cooney, Casey, Jordan, Hunter, Murphy, Newell, Connolly & Murphy.

Tidskrift: International journal of geriatric psychiatry.

År: 2014

Land: Irland

Syfte: Denna studie syftar till att granska effektiviteten av strukturerade utbildnings baserade Reminiscens program för personer med demens vid längre vistelse på en vårdplats.

Metod: kvantitativ

Etisk övervägande: Studien är godkänd av en etisk kommitté.

Resultat: Resultatet i studien visade på att livskvaliteten hos patienter med Alzheimers sjukdom kan förbättras av denna metod.

Kvalitet: Medel

Titel: Controlled study on the cognitive and psychological effect of coloring and drawing in mild Alzheimer's disease patients

Författare: Hattori, Hattori, Hokao, Mizushima & Mase.

Tidskrift: Geriatrics & gerontology international.

År: 2011

Land: Japan

Syfte: Syftet med artikeln var att utforska om målning som terapeutisk form kan förbättra livskvalitet jämfört med matematisk träning för patienter med mild Alzheimers sjukdom.

Metod: kvantitativ

Etisk övervägande: Studien är inte godkänd av en etisk kommitté.

Resultat: Resultatet visade på att livskvaliteten förbättrades hos patienter som deltog i målnings terapin men det gav ingen signifikant förbättring av kognitiv funktion. Målningen förbättrade även deltagarnas uppmärksamhet, intresse, känsla av lycka och självrespekt.

Kvalitet: Medel