



SAHLGRENKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

PERSONCENTRERAD VÅRD OCH VÄLBEFINNANDE HOS PERSONER MED DEMENS

En litteraturöversikt

Linda Andersson

Ingrid Samuelsson

Examensarbete:	15 hp
Program/kurs:	Sjuksköterskeprogrammet/Examensarbete i omvårdnad OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT/2016
Handledare:	Ulrika Bengtsson
Examinator:	Elisabeth Jangsten
	Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Under en VFU-placering väckte kontakten med personer med demens ett genuint intresse och en önskan om att lära mer. Detta, tillsammans med det faktum att personcentrerad vård under vår utbildning till sjuksköterskor framhävts vara något att sträva efter ur ett vårdtagar- så väl som professionsperspektiv, kom att leda till arbetet med denna litteraturöversikt.

Vi vill tacka Ulrika för all handledning i samband med skapandet av denna litteraturöversikt. Vi vill även tacka framför allt Saga och Christina, men även familj och andra vänner som stöttat oss längst vägen.

Titel (svensk)	Personcentrerad vård och välbefinnande hos personer med demens. En litteraturöversikt.
Titel (engelsk)	Person-centred care and well-being in persons with dementia. A literature review.
Examensarbete:	15 hp
Program/kurs:	Sjuksköterskeprogrammet/Examensarbete i omvårdnad OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT/2016
Författare	Linda Andersson och Ingrid Samuelsson
Handledare:	Ulrika Bengtsson
Examinator:	Elisabeth Jangsten

Sammanfattning:

Bakgrund: Varje år får cirka 25000 personer en demensdiagnos. Demens är ett samlingsbegrepp för flera diagnoser med den gemensamma faktorn, att hjärnan påverkas. I dag finns ingen bot vilket innebär att en person med demenssjukdom kommer påverkas resten av livet. Symtom i samband med demenssjukdom medför funktionsnedsättning och gör vardagen svår att hantera självständigt. Utmaningar i form av kommunikativa svårigheter samt beteendemässiga och psykiska symtom uppkommer, vilket leder till att hälsan och välbefinnandet riskerar att påverkas negativt. Personcentrerad vård innebär att planera och genomföra omvårdnad med utgångspunkt i personens livsberättelse, identitet och resurser.

Syfte: Syftet var att beskriva hur personcentrerad vård påverkar välbefinnande hos personer med demens. **Metod:** En allmän litteraturöversikt genomfördes, baserad på 14 vetenskapliga artiklar, åtta stycken med kvantitativ metod, fyra stycken med kvalitativ metod samt två stycken med mixad metod. **Resultat:** Resultatet presenteras utifrån nio kategorier som utgjorde förutsättningar för att uppleva välbefinnande vid demenssjukdom, vilka berörs i forskning kring personcentrerad vård vid demens. Kategorierna kopplades till temana som speglade tre dimensioner av välbefinnande, fysisk, psykisk och social dimension. Fysiskt välbefinnande ur ett funktions- och aktivitetsperspektiv samt socialt välbefinnande visade positiva utfall av personcentrerad vård. Det rörde en motsägande bild om den inverkan personcentrerad vård hade på psykiskt välbefinnande hos personer med demens. **Slutsats:** Flera förutsättningar som påverkar välbefinnande framkom i forskning av personcentrerad vård vid demens. Personcentrerad vård kan medföra ökad möjlighet att uppleva välbefinnande när demenssjukdom utgör ett hinder. Mer kunskap behövs för att bekräfta samband mellan personcentrerad vård och välbefinnande hos personer med demens.

Nyckelord: demens, omvårdnad, personcentrerad vård, välbefinnande

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Demens	1
Primärdegenerativa sjukdomar	1
Vaskulär demens	2
Sekundära sjukdomar	2
Blanddemens	2
Att leva med demens	2
Välbefinnande	4
Socialt välbefinnande	4
Fysiskt välbefinnande	5
Psykiskt välbefinnande	5
Helhet av välbefinnande	5
Omvårdnad vid demens	6
Personcentrerad vård	7
Problemformulering	8
Syfte	8
Frågeställning	8
Metod	8
Design	8
Datainsamling	9
Sökprocess	9
Sökord	10
Avgränsningar	10
Urval	10
Kvalitetsgranskning	11
Dataanalys	11
Etisk reflektion	11
Resultat	12
Psykisk dimension	13
Minskad agitation	13
Minskad ångest och depression	14
Positiv beteendeförändring	14
Livskvalité	15
Fysisk dimension	15

Meningsfull aktivitet.....	15
Personlig funktion och förmåga.....	15
Minskad förekomst av fall och smärta.....	16
Social dimension.....	16
Sociala interaktioner.....	16
Positivt bemötande.....	16
Sammanfattning av resultatet.....	17
Diskussion.....	18
Metoddiskussion.....	18
Resultatdiskussion.....	19
Slutsats.....	21
Vidare forskning.....	22
Implikationer för praxis.....	22
Referenslista.....	23
<u>Bilaga A - Artikelöversikt</u>	
<u>Bilaga B - Kvalitetsgranskningsmallar</u>	

Inledning

Forskning inom hälso- och sjukvård går ständigt framåt i utvecklingen och vi kan idag leva ett långt liv trots kronisk sjukdom. För att ett långt liv också ska kunna vara ett gott liv ställs krav på det stöd som vården ger, när bot inte är möjligt. Det degenerativa förloppet vid demens, med symtom som till stor del påverkar uppfattningen om personen bakom diagnosen, skapar en komplex situation kring omvårdnaden (Skog, 2012). För att kunna bevara och främja hälsa och välbefinnande trots sjukdom, behöver hälso- och sjukvården hitta ett arbetssätt som kan lyfta fram personen bakom demenssjukdomen (Dahlberg, 2003). Personcentrering är ett förhållningssätt där personen står i centrum (Ekman et al., 2011). Forskning och evidens ger sjuksköterskan en möjlighet att motivera förbättring genom förändring (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Att sammanställa forskning kring personcentrering vid demenssjukdom med fokus på personers välbefinnande, kan ge en övergripande och sammanfattad bild av hur sjuksköterskans arbetssätt kan påverka personens vardag.

Bakgrund

Demens

Antalet personer med demens har hållit sig konstant under de senaste åren, ungefär 25000 personer insjuknar varje år och lika många avlider. Risken för att få demens anses därmed inte öka. Däremot ökar årskullarnas storlek för de som närmar sig riskåldern och inom ett par år kommer antalet drabbade börja öka. Vidare kommer ökningen troligtvis leda till att antalet personer med demens i samhället fördubblats till år 2050 (Socialstyrelsen, 2014).

Demens är ett syndrom, ett samlingsbegrepp för flera olika diagnoser med den gemensamma faktorn att de på något sätt påverkar hjärnan och på så sätt ger liknande symtom. För att sätta diagnos ska minnessvårigheter tillsammans med annan nedsatt kognitiv förmåga förekomma hos personen, till den grad att social kompetens är uttalat minskad. Den kognitiva förmågan omfattas av till exempel omdöme, planering, orientering, språk och bearbetning av sinnesintryck (Gulmann, 2003).

För en överblick av olika typer av demenssjukdomar föreslår Skog (2012) en gruppering där *primärdegenerativa sjukdomar* är första gruppen som avser t.ex. Alzheimers sjukdom, Lewykroppsdemens och frontotemporal demens. Gemensamma drag för sjukdomarna i den första gruppen är att de kommer smygande, och i takt med att hjärnskadan sprider sig försämras tillståndet för personen som drabbats. *Vaskulär demens* menar Skog (2012) är den andra gruppen, i vilken en person istället plötsligt drabbas av tydliga symtom. Sjukdomsutvecklingen vid vaskulär demens sker mer stegvis med stabila perioder emellanåt. *Sekundära sjukdomar* där demens uppstår till följd av andra sjukdomstillstånd är den tredje gruppen. Sista och fjärde gruppen som nämns är *blanddemens*, som innebär att mer än en demenssjukdom finns med i bilden. När de bakomliggande symtomen för demens är svåra att koppla till första eller andra gruppen kan det beskrivas som blanddemens (Skog, 2012).

Primärdegenerativa sjukdomar

Den vanligaste demenssjukdomen i Sverige är Alzheimers sjukdom. Alzheimers sjukdom innebär att hjärnans nervceller bryts ner allt eftersom sjukdomsförloppet utvecklas. Symtom på Alzheimers sjukdom börjar ofta med att den som drabbats får svårt att minnas den senast

inlärda kunskapen och minnesproblematiken förvärras gradvis i takt med sjukdomen. Andra symtom som t.ex. språksvårigheter, negativt påverkad planeringsförmåga, initiativförlust och försämrad koordination i muskelrörelse tillkommer lite senare vid Alzheimers sjukdom (Basun, 2013a).

Lewykroppsdemens har ett växlande sjukdomsförlopp där symtompåverkan kan variera mellan att vara mer eller mindre påtaglig. En påverkan på t.ex. uppmärksamhet uppkommer tidigt i sjukdomsbilden och andra vanliga symtom är förändrat rörelsemönster och nedsatt minspel som kan liknas med symtom vid Parkinsons sjukdom. Synhallucinationer, sömnproblematik och risk för fall är också vanligt förekommande vid Lewykroppsdemens (Basun, 2013b).

Frontotemporal demens påverkar den främre delen av hjärnan. Symtom som är vanliga vid denna typ av demens är att en person har svårt med språket och bedömning av omgivningen, samt att personligheten förändras. Ett impulsivt och hämningslöst beteende som med sjukdomens förlopp blir mer och mer styrt av omgivningen är också vanligt vid frontotemporal demens (Kilander, 2013).

Vaskulär demens

När hjärnan inte får tillräckligt med blod skadas olika delar i hjärnan och vaskulär demens kan utvecklas. Anledningen till dålig blodtillförsel kan vara att en person har förändringar på hjärnans blodkärl, eller en stroke. Hur en person påverkas vid vaskulär demens beror på vilken del av hjärnan som drabbas, och vilka symtom personen får kan därför variera. Undergrupper av vaskulär demens delar numera upp diagnosen utifrån bland annat orsaken till uppkomst (Wahlund, 2013a).

Sekundära sjukdomar

I samband med t.ex. infektion som påverkar hjärnan, alkoholmissbruk under längre tid, hjärntumör eller vitaminbrist kan sekundär demenssjukdom uppkomma (Skog, 2012). Symtom vid sekundär demenssjukdom varierar i förhållande till hur hjärnan är påverkad av det orsakande tillståndet på samma sätt som vid vaskulär demens (Wahlund, 2013b).

Blanddemens

Alzheimers sjukdom och vaskulära skador kan förekomma samtidigt hos en person (Wahlund, 2013a) som enligt uppdelningen av Skog (2012) räknas till blanddemens. Både Alzheimers sjukdom och vaskulära skador har en stark koppling till ålder, samtidigt som det ena tillståndet inte förhindrar det andra, vilket gör att en person kan drabbas av båda parallellt (Wahlund, 2013a).

Idag kan demens så gott som aldrig botas, vilket innebär att det är en sjukdom som drabbade personer kommer behöva leva med, resten av livet (Hoffman, 2013).

Att leva med demens

Det finns tre grader av demens. Om en person har en mild grad av demenssjukdom innebär det att personen är i den tidiga fasen, hen är till stor del självständig. När en person däremot är i behov av hjälp från andra för att vardagen ska fungera, har sjukdomen utvecklats till måttlig grad. Den sista nivån innebär att tillståndet är svårt, och en person som befinner sig i denna fas behöver i stort sätt hjälp med allt (Gulmann, 2003).

Young (2002) beskriver hur personerna i en studie upplevde sin situation i samband med att det fick veta att de hade demens. Diagnosen kommer ofta inte som en överraskning för personen, utan finns oftast med i tanken sedan en tid tillbaka. Flertalet av deltagarna uppger att det känns svårt att hantera kommande förluster med avseende på funktion, autonomi och oberoende samt bilden av sig själv (Young 2002).

En person med demens arbetar ständigt med att hantera sin nya situation i form av acceptans och anpassning, eller genom att hamna i förnekelse och försöka bevara identiteten som den alltid varit. I takt med att demenssjukdomen utvecklas förändras livet för personen som drabbats, identiteten ställs på prov varje gång en betydande förändring sker i sjukdomsförloppet (Norberg, 2010).

En del personer tycker att minnesproblem är det svåraste med demenssjukdom medan andra jämför det med förändrad funktion i övriga kroppsdelar. De menar att lika väl som övriga delar av kroppen fungerar mer långsamt är det helt normalt att inte heller hjärnan arbetar i samma takt som förr. Att inte komma ihåg självklara saker, som vad folk i ens närhet heter eller något som precis har hänt, är inte lätt. Det blir ännu svårare för en person att hantera när personen anser att hen borde komma ihåg det. När minnet sviker gång på gång kring de mest självklara saker kan det medföra en känsla av tomhet, vilket kan leda till ilska, oro och förvirring (Phinney, 2002).

Någon gång under sjukdomsförloppet tillkommer någon form av beteenderelaterade eller psykiska symtom för en övervägande majoritet av personerna som lever med demens. Symtomen innefattar till exempel aggressivitet, agitation, ångest samt depression och innebär mycket lidande (Socialstyrelsen, 2010). Gullmann (2003) tar även upp sömnstörningar som exempel på symtom och nämner dessutom mer ingående hur vanligt förekommande depressiva symtom och nedstämdhet är vid demens. Basun (2013a) visar en indelning i fyra grupper under begreppet beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD). *Affektiva symtom* som avser t.ex. depression, oro och ångest. Hallucinationer och felaktig identifiering är exempel från gruppen *psykossymtom*. Till *hyperaktivitet* räknas t.ex. sömnstörning och agitation. Sista gruppen är *apati* med initiativförlust och att bli tillbakadragen som exempel (Basun 2013a).

Ytterligare en svårighet som kan uppstå när en person drabbas av demens är att språket och därmed kommunikationen bli försämrade. Oftast vet personen vad den vill säga, men att få fram orden och att uttrycka sig på ett sätt som andra förstår kan bli en omöjlighet. Det är svårt att hänga med i ett samtal och förstå vad alla säger. Därför är det inte ovanligt att personer med demens sitter tysta i större sammanhang eller undviker samtal helt (Phinney, 2002).

Skog (2012) anger att det är kommunikationen som problematiserar smärta för en person med demens, då risken för att uppleva smärta är densamma. Det kan bli svårt att berätta om smärtan när orsaken till den är diffus (Skog, 2012). Fall beskrivs som en risk i samband med förlust av funktion. En persons förmåga att själv förhindra ett fall när hen snubblar, genom att försöka återta balansen, fungerar sämre. Även personens förmåga att utföra aktiviteter i det dagliga livet (ADL), t.ex. att klä sig, äta eller skötsel av hygien, påverkas av symtom vid demenssjukdom (Skog, 2012). Phinney (2002) beskriver hur personer med demens upplever sina dagliga aktiviteter som svårare, och att personen därför behöver kämpa hårdare med det

som tidigare upplevdes enkelt. En del ser förändringen som en utmaning medan andra upplever den som mycket svår, speciellt när andra i deras omgivning börjar övervaka dem.

Vid demens utmanas hälsan och välbefinnandet av sjukdomen, framförallt av att inte längre kunna upprätthålla de sociala delarna i kombination med att personer med demens inte klarar allt på egen hand. Demenssjukdomen blir ett lidande för personen som drabbas (Kitwood & Bredin, 1992). Världshälsoorganisationens (WHO) definition av hälsa från år 1948 används fortfarande idag. Definitionen (WHO, 1948) menar att hälsa inte bara är avsaknad av sjukdom och funktionsnedsättning utan att hälsa även kommer från tillstånd av psykiskt, fysiskt och socialt välbefinnande. När sjukdomen och de funktionsnedsättningar den medför präglar personens vardag gäller det att försöka bevara en god hälsa trots sjukdom genom att arbeta för att må så väl som möjligt.

Välbefinnande

Benner och Wrubel (1989) knyter an till begreppet hälsa men föredrar att se på hälsa som välbefinnande, då välbefinnande, enligt Benner och Wrubel (1989), ansågs vara den levda uppfattningen av hälsa. Benner och Wrubel (1989) beskriver att välbefinnande kommer av en överensstämmelse mellan personens möjligheter i förhållande till personens praktiska utförande och upplevda mening. Välbefinnande grundas i ett engagemang och att engagemanget upplevs ha verkan på personens situation (Benner & Wrubel, 1989).

Välbefinnande definieras enligt Nationalencyklopedin som; ”känsla av att må bra” (NE, 2016).

Orem (1991) berör också välbefinnande genom att visa på egenvårdsbehov som behöver åtgärdas för att säkerställa välbefinnande, t.ex. så nämns balans mellan aktivitet och vila, samt mellan att vara för sig själv och socialt samspel. Vidare nämns även att få leva normalt, vilket innebär att utefter individuella faktorer främja funktion och social gemenskap, för att uppnå välbefinnande (Orem, 1991).

Dahlberg (2003) ställer välbefinnande i förhållande till lidande men påtalar hur viktigt det är att inte se välbefinnande och lidande som två ytterligheter, där förekomst av den ena utesluter möjligheten av att uppleva den andra. Det är enligt Dahlberg (2003) möjligt att uppleva både välbefinnande och lidande samtidigt. Möjligheten öppnar upp för att välbefinnande t.ex. skulle kunna tolkas ur flera dimensioner. Kitwood et al. (1992) belyser behovet av andra för att kunna upprätthålla ett relativt välbefinnande där lidandet inte behöver bli lika påtagligt. Lidandet, som Kitwood et al. (1992) belyser, är orsakat av kognitiv förlust tillsammans med utmaningar kognitiv förlust medför kring den drabbades sociala liv.

Socialt välbefinnande

WHOs definition av välbefinnande (1948) antyder att begreppet välbefinnande skulle gå att dela upp i en fysisk, psykisk och social dimension. Uppfattningen om en möjlig uppdelning av välbefinnande i nämnda dimensioner, stärks av att Dahlberg (2003) beskriver hur välbefinnande ofta gynnas genom enkla faktorer av bemötande och bekräftelse. Ett välbefinnande som påverkas av bemötande tolkas, av författarna till föreliggande litteraturöversikt, bero på relationen till andra och omgivningen, vilket i WHOs (1948) definition skulle kunna representera socialt välbefinnande. Vidare visar Orem (1991) socialt välbefinnande, när socialt samspel nämns som ett av egenvårdsbehoven som behöver

tillgodoses för att uppleva välbefinnande. När det gäller demenssjukdom upplevs, av författarna till denna litteraturöversikt, socialt välbefinnande utmanas utifrån det Phinney (2002) beskrev om att personer med demens drog sig undan samtal och interaktioner. För att kunna upprätthålla ett socialt välbefinnande i samband med demens behöver en person med demens hitta strategier själv, eller få stöd av omgivningen.

Fysiskt välbefinnande

Fysiskt välbefinnande som nämns av WHO (1948) kan också kopplas till Orem (1991), då Orem nämner att funktion ska främjas och en balans mellan aktivitet och vila ska upprätthållas. Nedsatt aktivitetsförmåga och initiativförmåga som kommer med demens, vilket nämnts tidigare av Skog (2012) och Basun (2013a), försvårar balansen mellan aktivitet och vila. Utan balans kan inte egenvårdsbehov uppfyllas och fysiskt välbefinnande skulle kunna påverkas negativt (Orem, 1991). Fall; som Skog (2012) nämner som ett problem, tolkas av författarna till denna litteraturöversikt också vara ett exempel som påverkar fysiskt välbefinnande då risken uppstår i samband med demenssjukdom. En persons möjlighet stämmer inte överens med personens praktiska utförande som Benner och Wrubel (1989) nämner. Förlusten av förmåga som Young (2002) lyfter berör fysiskt välbefinnande, då det utifrån Benner och Wrubel (1989) kan anses som att en persons upplevda mening inte stämmer överens med personens möjlighet.

Psykiskt välbefinnande

Den sista delen ur WHO:s definition från 1948 är psykiskt välbefinnande. En persons identitet, som Norberg (2010) beskriver i samband med förändringar som demenssjukdom medför, kan kopplas till psykiskt välbefinnande. En person med demens egna möjligheter förändras i takt med sjukdomens fortskridande medan den upplevda meningen inte förändras, t.ex. för att personen förnekar förändring och försöker bevara sin gamla identitet. Om det rådde ett tillstånd av balans innan förändringen kommer det inte längre kvarstå, vilket i sig kan medföra konsekvenser för självbilden. Tidigare nämnda BPSD (Basun, 2013a) beskriver flera symtom som kommer i samband med demenssjukdom, t.ex. depression, oro, ångest, agitation och aggressivitet. Psykiskt välbefinnande kan genom Nationalencyklopedins definition (NE, 2016) tolkas till en känsla av att må bra psykiskt. Psykiskt välbefinnande anses, av författarna till föreliggande litteraturöversikt, vara negativt påverkat av BPSD.

Helhet av välbefinnande

Slutligen ska det tydliggöras att trots uppdelning i psykiskt, fysiskt och socialt välbefinnande verkar de olika dimensionerna tillsammans, och samspelar med varandra. Ett gott fysiskt och socialt välbefinnande skulle kunna påverka känslan av att må bra och därför knyta an till psykiskt välbefinnande, som beskrevs i förhållande till Nationalencyklopedins (NE, 2016) definition. På samma sätt skulle ett gott fysiskt välbefinnande med en mindre påtaglig funktionsförlust kunna ge bättre socialt samspel och på så sätt öka socialt välbefinnande. Har en person, utöver ett gott fysiskt välbefinnande, en känsla av att må bra och får vara fri från psykiska symtom skulle sökandet av sociala interaktioner hypotetiskt kunna öka, vilket skulle kunna resultera i positivt påverkat socialt välbefinnande. De egenvårdsbehov som Orem (1991) belyser skulle också kunna tala för ett sådant samspel. Egenvårdsbehov kan anses ha en spridning över alla tre dimensioner enligt författarna till denna litteraturöversikt, men säkerställer tillsammans välbefinnande som helhet (Orem, 1991).

Omvårdnadens övergripande mål är enligt Orem (1991) att se till att människan får uppleva välbefinnande samt att behålla sin integritet under hela livet. För att skapa möjlighet till att

uppleva välbefinnande kan vårdandets uppgift även bli att lindra lidandet (Orem, 1991). I samband med den funktionsnedsättning sjukdomsförloppet vid demens orsakar, skapas ett stort behov av stöttning och omvårdnad från yrkesroller med adekvat kunskap (Hjorth-Hansen, 2003). Behovet av omvårdnad kan knytas an till sjuksköterskans roll i vården kring personer med demens. Omvårdnad är enligt Svensk sjuksköterskeförening (2009) sjuksköterskans ansvarsområde. Att vara sjuksköterska innebär ett ansvar för utveckling, förbättringsarbete och forskning inom sin specialitet (Svensk sjuksköterskeförening, 2009).

Omvårdnad vid demens

Gullmann (2003) nämner läkemedel som kan lindra symtom och underlätta för en person med demens men som tidigare nämnts inte botar. Demenssjukdom innebär förr eller senare en utveckling som leder till omvårdnadsbehov (Hjorth-Hansen, 2003). Orem (1991) menar att en person tillgodoser sina egna behov och önsknings självständigt så länge hen har förmågan. Är den egna förmågan inte tillräcklig behövs stöttning eller hjälp från omgivningen och personen hamnar i ett behov av omvårdnad. Behovet kan se olika ut beroende på hur påtaglig sjukdomens påverkan är. Sjuksköterskan kan använda sig av fem olika nivåer av hjälpmetoder, från att utföra något för en person när ingen egen funktion eller förmåga finns, till att undervisa personen som sedan kan utföra det själv (Orem, 1991).

Det är komplext att vårda en person med demens då deras förmåga att uttrycka vilken hjälp de har behov av kan vara nedsatt. Samtidigt medför sjukdomsförloppet vid demens att en person blir alltmer beroende av vårdpersonal för att kunna tillgodose sina behov. Personal behöver hitta balans mellan att hjälpa en person helhjärtat och samtidigt ha en distans, för att inte påverkas av den oro en person med demens vanligtvis har. För en person med demens är det viktigt att få den omsorg som passar hen bäst. Det handlar bland annat om att ta hänsyn till personens privatliv och samtidigt tillgodose den hjälp hen behöver (Hjorth-Hansen, 2003).

Då personal besöker en person med demens är det viktigt att det inte enbart finns tid för det praktiska, utan att personen också får fysiskt sällskap under en tid och kan känna en känsla av intresse från personalens sida. Ett problematiskt beteende hos en person med demens kommer i många fall av att vårdpersonal inte har tillräckligt med tid och att personen inte får den hjälp hen behöver (Hjorth-Hansen, 2003).

Mycket av det en person med demens behöver hjälp med tillgodoser en persons sociala nätverk eller vårdhem, dock har vi en situation i dagens omvårdnad av demenssjukdom där en persons alla behov inte blir uppfyllda (Hancock, Wood, Challis & Orrel, 2006). De behov en person med demens oftast inte får hjälp med är att delta i aktiviteter, samt att få vara i sällskap med någon. Det gäller även till viss del hjälp med de minnessvårigheter som uppstår i samband med demenssjukdom (Hancock et al., 2006). Ingen människa är den andra lik och behoven ser olika ut för var och en av de drabbade. Omvårdnadsbehov styrs av en persons kapacitet i förhållande till den funktionsnedsättning som följer i samband med sjukdomsförloppet (Hjorth-Jensen, 2003). Omvårdnad vid demens skulle, utifrån Orem (1991), kunna innebära allt från strategier för att hantera minnesproblematik vid mild grad av demens, till att hjälpa/utföra så gott som all daglig aktivitet när sjukdomsförloppet nått svår grad av demens (Gullmann, 2003). För att en person med demens ska få god livskvalité och bäst hjälp är det viktigt att vårdpersonal är medvetna om att det finns en risk att alla behov inte uppfylls med den vården som ges idag (Hancock et al., 2006). Kitwood et al. (1992) nämner att en person med demens inte behöver andra för att lära sig nya saker igen utan för

att kompensera där egen förmåga har gått förlorad. Ju längre sjukdomsförloppet utvecklas och fler förluster påverkar, desto större växer behovet av andra för att kunna behålla det personliga (Kitwood et al., 1992).

Personcentrerad vård

Socialstyrelsen (2010) uppger, i de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demens, att personcentrerad vård med fördel bör ligga till grund för omvårdnaden och omsorgen vid demenssjukdom. Personcentrerad vård har blivit alltmer framlyft som ett alternativ till en biomedicinsk, reduktionistisk vårdmodell. I en personcentrerad vårdmodell antas ett personcentrerat förhållningssätt till människan, vilket innebär att se på människan ur ett holistiskt perspektiv, där personens alla dimensioner; andlig, psykisk, social och fysisk tillsammans utgör mer än summan av delarna (Ekman et al., 2011). Antas ett personcentrerat förhållningssätt läggs även stor tonvikt på en relationell dimension, som innebär att människans utveckling sker i och genom relationen till andra (Buber, 1994; Harré, 1997).

Att få vara en person handlar om identitet, något som är unikt för varje individ och inte kan ersättas av någon annan. En person går inte att förstå utan att ta hänsyn till deras berättelse som beskriver vad de har med sig i bagaget, vad de förväntar sig samt hur deras situation är i nuläget. Patient är istället en roll som en person antingen tar själv eller får av andra för att beskriva vad personen är. Rollen uppstår i samband med en händelse eller situation och skapar ett förhållande till andra genom att särskilja eller sammankoppla människor. En patient, som står i underläge vid ett möte, kan behandlas annorlunda genom att låta rollen bestämma förutsättningar. Att få vara en person leder istället till ett bemötande anpassat efter det unika, och det finns en ömsesidig respekt för varandra i mötet (Kristensson-Uggla, 2014). Den personcentrerade vården antar inte att personer med en typ av problem behöver samma åtgärder utan det varierar från person till person och anpassas därefter (Leplege, Gzil, Cammelli, Lefevre, Pachoud & Ville, 2007).

Personcentrering är ett begrepp som enligt Leplege et al. (2007) grundar sig i minst fyra principer.

1. En person ska bemötas med respekt oavsett sjukdom/funktionsnedsättning.
2. Delaktighet och egenmakt ska eftersträvas då en person är expert i sin egen situation.
3. En persons resurser och även svårigheter som upplevs i det dagliga livet ska klargöras.
4. De resurser som en person har ska vara utgångspunkt och användas när stödsatser planeras, ett behov av stöd ska inte medföra passivitet (Leplege et al., 2007).

Ett personcentrerat ramverk för omvårdnad innefattar enligt McCormack och McCane (2006); *nödvändiga förutsättningar* där sjuksköterskans egenskaper beskrivs, *vårdmiljön* som nämner kontexten, *personcentrerad process* vilket innebär hur vårdandet utförs. Till sist nämns vilket *resultat* som ska uppnås, där känsla av välbefinnande nämns som ett av dem. (McCormack et al., 2006). Love och Kelly (2011) beskriver att ett personcentrerat system bör eftersträvas då personcentrering fokuserar på helheten av välbefinnande. I en studie av Sloane et al. (2004) jämförs två interventioner; personcentrerad duschrutin och en personcentrerad modell för bad med handdukar, mot en kontrollgrupp för att mäta effekten av metoderna. Resultatet visar att båda interventionsgruppernas metod har positiv effekt på aggressivitet och agitation utan att personernas hygien försämras. Modellen kring bad med handdukar visar sig orsaka lite mindre obehag för personen med demens (Sloane et al., 2004). I nämnda studien undersöks ett fåtal förändringar som kan kopplas till välbefinnande och hur välbefinnande påverkas av

de olika interventionerna, vilket skulle kunna visa ett samband mellan personcentrerad vård och välbefinnande.

Problemformulering

Välbefinnande hos personer med demens är en ständig utmaning i samband med de symtom en demenssjukdom ger upphov till. Allt eftersom sjukdomsförloppet vid demens fortskrider finns en risk att inte kunna upprätthålla välbefinnande. I nuläget finns inget som kan bota demens och samtidigt skriver Socialstyrelsen, i Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom (2010), att antalet personer med demens kommer att öka. I samband med sjukdomsförloppet vid demens försämras den egna funktionen och förmågan, vilket ger ett ökat omvårdnadsbehov där målet är att upprätthålla välbefinnande genom hela livet. Att undersöka välbefinnande ur ett sjukdomsperspektiv nämner Dahlberg (2003) kan väcka frågor som t.ex. hur vårdandet ska utformas för att öka möjligheten att uppleva välbefinnande. Till följd av den ökning av personer som kommer drabbas av demenssjukdom, kommer vårdbehovet förändras. Ett hållbart, strukturerat och högkvalitativt arbetssätt kring omvårdnad vid demens behöver fortsätta utvecklas och anpassas. Ett personcentrerat förhållningssätt har vuxit fram alltmer tydligt sedan några år tillbaka. Personcentrerad vård, det vill säga omsättningen av ett personcentrerat förhållningssätt i praktik, sätter personen i centrum istället för sjukdomen. Symtom som kommer i samband med en demenssjukdom påverkar på ett eller annat sätt en persons identitet, en påverkan som skulle kunna riskera att demenssjukdom blir personens identitet i omgivningens ögon.

Ska vården kunna hitta och ställa om sitt arbetssätt, till det som bäst gynnar vårdtagare och personal inom omvårdnad vid demenssjukdom, krävs kunskap om personcentrerad vård i vården relaterat till den specifika patientgruppen och dess komplexa omvårdnadsbehov, i syfte att optimera vården så att chansen till välbefinnande trots sjukdom kan öka.

Syfte

Syftet var att beskriva hur personcentrerad vård påverkar välbefinnande hos personer med demens.

Frågeställning

1. Vilka förutsättningar kring personer med demens psykiska, fysiska och sociala välbefinnande undersöks i forskning om personcentrerad vård vid demens?
2. Vilken inverkan har personcentrerad vård på psykiskt, fysiskt och socialt välbefinnande vid demenssjukdom?

Metod

Design

Studien genomfördes som en allmän litteraturöversikt. Enligt Friberg (2012) är det en sammanfattning av den forskning som finns inom ett ämne som är omvårdnadsrelaterat. Valet föll sig så för att få en överblick av vad forskning visar kring det avgränsade ämnet.

Datainsamling

Sökprocess

En första, icke redovisad, sökning gjordes i databasen Cinahl för att få en överblick över ämnet. Cinahl är en omvårdnadsdatabas (Östlundh, 2012) och innehåller mycket vetenskapligt material som var relevant för problemområdet. Sökningen var bred med många träffar och ingen artikel valdes ut. Smalare sökningar, med andra sökord och fler begränsningar gjordes då i både Cinahl och Scopus, (Tabell 1). Scopus, som är en större sökmotor för vetenskapligt material (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011), användes för att öka bredden på litteratursökningen. En manuell sökning genomfördes i referenser, vilka kom som förslag från databasen till några av de valda träffarna, för att se om det kunde tillföra något mer. Den manuella sökningen gav ytterligare tre träffar, där samtliga senare valdes bort.

Tabell 1. Litteratursökning

Datum Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
160228 Cinahl	person-cent* OR person cent* AND dementia	<ul style="list-style-type: none"> Peer reviewed Research article 2005-2015 	624	0	0	
160229 Cinahl	person- cent* OR person cent*	<ul style="list-style-type: none"> Peer reviewed Research article 2005-2015 English Dementia (Subject: Major Heading) 	110	37	18	<ul style="list-style-type: none"> Chenoweth et al. (2014) Edvardsson et al. (2014) Gilmore-Bykovskiy et al. (2015) Kontos et al. (2007) McKeown et al. (2010) Roberts et al. (2015) Rokstad et al. (2013) Willemse et al. (2015)
160316 Scopus	“person cent*” OR “person-cent*”	<ul style="list-style-type: none"> 2005-2016 English Article (Document type) Dementia (Keyword) 	289	0	0	
160316 Scopus	“person cent*” OR “person-cent*”	<ul style="list-style-type: none"> 2005-2016 English Article (Keyword) Dementia (Keyword) 	173	41	13	<ul style="list-style-type: none"> Chenoweth et al. (2009) Chenoweth et al. (2015) Fossey et al. (2006) Qazi et al. (2010) Sidani et al. (2012) Sjögren et al. (2013)

Sökord

Sökorden som användes i Cinahl var person-cent* kombinerat med person cent*. I Scopus var sökorden som användes "person-cent*" kombinerat med "person cent*". Östlundh (2012) beskriver *trunkering* vilket är en funktion som kan användas för att få ett bredare antal träffar. Denna typ av sökning medförde att alla olika böjelser av ordet kom med samt att både den engelska och den amerikanska stavningen av personcentrering inkluderades. Vidare nämner Östlundh (2012) *boolesk söklogik*, vilken kan användas för att uppge det samband som ska finnas mellan sökorden. "AND" kan användas för att få träffar där alla sökord ingår eller så kan "OR" användas för att få träffar som innehåller antingen det ena eller det andra alternativet (Östlundh, 2012). I alla sökningar kombinerades sökorden med "OR" för att inte stavningen av sökorden skulle ha betydelse för resultatet.

Istället för att använda "dementia" som sökord då det gav fler och ibland felaktiga träffar för vårt syfte användes "dementia" som nyckelord. Nyckelord är viktiga och övergripande ord som sammankopplats med en artikel för att beskriva de områden en artikel behandlar. Sökord var de ord som fick utformas och skrivas in manuellt, medan nyckelord var utformade av databaserna. Nyckelord kunde väljas till sökningarna under "Subject: Major Heading" i Cinahl och "Keyword" i Scopus. Träffarna innefattade då artiklar där demens var en betydande del av innehållet istället för att endast finnas nämnt i en artikels abstract av olika anledningar. Detta fungerade inte att göra med sökordet personcentrering då Cinahl-headings inte innehöll varken personcentrering eller motsvarande nyckelord. Även Scopus saknade personcentrering som nyckelord

Avgränsningar

I Cinahl avgränsades samtliga sökningar med "peer reviewed" och "research article" för att få vetenskapliga artiklar baserade på forskning. Sökningarna begränsades också till artiklar som publicerats från år 2005 och framåt samt var skrivna på engelska.

På Scopus var samtliga artiklar "peer reviewed" och en begränsning behövde därför inte väljas aktivt. Däremot avgränsades sökningen även här med engelska som språk och publikations år från år 2005 eller senare. Den första sökningen som gjordes i Scopus inkluderade enbart dokumenttypen "article" i hopp om att få artiklar med formalia som innehöll inledning/bakgrund, syfte, metod, resultat och diskussion. Denna strategi gav dock inte mer till sökningen, då relativt många artiklar som inte levde upp till kraven fortfarande kom med i sökningen. Sökningen ändrades då till att ha "article" som nyckelord istället för som dokumenttyp, vilket bedömdes sortera bort icke relevanta träffar.

Urval

Under urvalsprocessen började artiklarnas titel att undersökas. I de artiklar vars rubriker upplevdes aktuella lästes även abstract för att avgöra huruvida det svarade mot litteraturöversiktens syfte. De abstract som inte svarade mot syftet, samt dubletter sorterades bort. Ett fåtal artiklar gick inte att få tillgång till i fulltext utan att beställa dem, vilket gjorde att de var tvungna att exkluderas. Artiklar där formalia inte innehöll inledning/bakgrund, syfte, metod, resultat och diskussion valdes också bort. Vidare lästes artiklarna, från de abstract som ansetts vara relevanta, i sin helhet. Efter läsning gjordes det slutgiltiga valet av 14 artiklar, åtta stycken med kvantitativ metod, fyra stycken med kvalitativ metod samt två stycken med mixad metod. De utvalda artiklarna kom från följande länder: Storbritannien, Australien, Sverige, Canada, USA, Nederländerna och Norge. En översikt av de utvalda artiklarna finns redovisade i Bilaga A

Kvalitetsgranskning

Artiklarna lästes igenom grundligt för att få en överblick och för att bedöma kvalitén. Kvalitén på utvalda artiklar bedömdes med stöd av två granskningsmallar från Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006) som finns bifogad i Bilaga B. På de artiklar där mallarna inte var applicerbara har en modifierad variant använts, där relevanta frågor valdes ut och applicerades i kombination med en egen bedömning. Resultatet från kvalitetsbedömningen finns redovisat i artikelöversikten (Bilaga A).

Dataanalys

Samtliga utvalda artiklar lästes igenom ett flertal gånger av båda författarna för att med hjälp av frågeställning och syfte kunna sammanställa resultat. Analysen utfördes i två steg där det första steget identifierade förutsättningar för välbefinnande hos personer med demens. De förutsättningarna som framkom bildade kategorier. Kategorierna delades in under förutbestämda teman som i denna litteraturöversikt var dimensioner av välbefinnande, psykisk, fysisk och social dimension. I steg två sammanfattades resultatet som framkommit under varje tema för att tydligt kunna besvara den andra frågeställningen om vilken inverkan personcentrerad vård har på psykiskt, fysiskt och socialt välbefinnande.

Etisk reflektion

Helsingforsdeklarationen innehåller många olika paragrafer som behandlar etiska principer för hanterande av medicinsk forskning kopplat till människor. Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2013) belyser allmänna principer, vad som gäller om det är sårbara individer eller grupper forskningen ska bedrivas på, samt information om forskningsetisk prövning för studier innan de utförs. Vidare uppger Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2013) att deltagare i forskning skall ge informerat samtycke i den mån de själva har möjlighet och kapacitet att lämna det. När en deltagare inte själv är fysiskt eller mentalt kapabel att ge sitt informerade samtycke skall det istället ges av en rättsligt behörig ställföreträdare. De som inte själva kan ge sitt samtycke får inte inkluderas om det inte sannolikt gynnar dem själva, eller hälsan för den grupp individen representerar (World Medical Association, 2013). Enligt Kjellström (2012) kan samtycke ges från anhörig eller gode man. Tretton av de studier som utgjorde resultatet för denna litteraturöversikt rapporterades från studier som genomgått etisk prövning och fått etiskt godkännande. En artikel hade under etiska överväganden tagit ställning till att studien inte omfattades av The Medical Research Involving Human Subjects Act (WMO), eftersom personerna inte utsattes för interventioner eller var tvungna att följa specifika regler. Studien undersökte den dagliga verksamheten och personerna behövde inte delta i betungande forskningsmetoder. I samråd med representant från en medicinsk etisk kommitté fastslogs att WMO inte behövde tillämpas, vilket enligt nederländsk lagstiftning innebar att studien inte behövde genomgå etisk granskning och godkännas av en etisk kommitté. Studien hade innan observationerna började erhållit informerat samtycke, från anhöriga till alla personer på boendet som vistades där observationerna skulle äga rum. I de studier som låg till grund för resultatet i föreliggande litteraturöversikt hade 13 av 14 artiklarna tydligt rapporterat avseende informerat samtycke. När deltagaren inte själv kunnat ge sitt samtycke hade anhörig, nära vårdare på personens boende eller gode man gjort det. En större svensk enkätstudie uppgav att datainsamlingen kom från frivilligt anmälda som fyllde i enkäten och därefter skickade tillbaka den, och valdes utifrån den informationen att inkluderas i föreliggande litteraturöversikt.

Resultat

Baserat på urvalet av 14 artiklar (Bilaga A), som berörde området demens och personcentrerad vård, resulterade analysen i nio kategorier som delades in under tre teman: psykisk, fysisk och social dimension (Tabell 2). Resultatredovisningen avslutas med en syntetiserande sammanfattning baserad på den samlade resultattexten. Tabell 3 visar en översikt med kort förklaring av mätinstrument som nämns i resultatet.

Tabell 2. Teman och kategorier

Tema	Kategori
Psykisk dimension	Minskad agitation
	Minskad ångest och depression
	Positiv beteendeförändring
	Livskvalité
Fysisk dimension	Meningsfull aktivitet
	Personlig funktion och förmåga
	Minskad förekomst av fall och smärta
Social dimension	Sociala interaktioner
	Positivt bemötande

Tabell 3. Översikt mätinstrument

Mätinstrument	Kommentar
BARS - Breif Agitation Rating Scale	Agitation - Högre summa innebär mer påverkad av motorisk oro.
CMAI - Cohen Manfield Agitation Inventory	Agitation - Högre summa innebär mer påverkad av motorisk oro.
CSDD - Cornell Scale for Depression in Dementia	Depressiva symtom - Högre summa innebär mer depressiva symtom.
DEMQOL	Livskvalité - Högre summa innebär bättre livskvalité.
ERIC - Emotional Responses In Care	Känslomässig reaktion på vård - Siffror innebär antal procent positiv reaktion på vårdssituation.
NPI-Q - NeuroPsychiatric Inventory Questionnaire	Agitation - Högre summa innebär förekomst av motorisk oro samt hur påtaglig påverkan är.
PAS - Pittsburgh Agitation Scale	Agitation - Högre summa innebär mer påverkad av motorisk oro.
QUALID - Quality of life in late-stage dementia	Livskvalité - Lägre summa innebär bättre livskvalité.
QUIS - Quality of Interactions Schedule	Interaktion - Siffror innebär antal procent positiv interaktion vid vårdssituation mellan person och personal.

Psykisk dimension

Minskad agitation

I en studie av Rokstad, Røsvik, Kirkevold, Selbaek, Saltyte-Benth och Engedal (2013) undersöktes två interventionsgrupper; "Dementia Care Mapping" (DCM) och "VIPS* practice model" (VPM), mot en kontrollgrupp. DCM-gruppen använde verktyget med samma namn för att kunna utforma personcentrerade vårdplaner och VPM-gruppen fick utbildning och stöttning i VIPS som är ett ramverk med indikatorer som visar att vården är personcentrerad. När agitation skattades av en ställföreträdare med Neuropsychiatric inventory questionnaire (NPI-Q) och underskalan för agitation användes fanns enligt Rokstad et al. (2013) en skillnad mellan interventionsgrupperna jämfört med kontrollgruppen. Skattningen av agitation hade sjunkit för de båda interventionsgrupperna (Rokstad et al., 2013).

En studie av Roberts, Morley, Walters, Malta och Doyle (2015) undersökte en sammansatt modell kring vården av personer med demens som kallades ABLE och var uppbyggd på personcentrerade begrepp, tillsammans med Montessori-principer och Montessori-aktiviteter. Enligt Roberts et al. (2015) framkom att utskrivning av läkemedel som gavs i samband med demenssymtom minskade och vid sista uppföljningstillfället var så gott som alla utskrivningar av läkemedel avslutade. Samtidigt fanns det en signifikant skillnad för agitation vid skattning av en ställföreträdare med Cohen Mansfield agitation inventory (CMAI), den totala summan visade på ett minskat värde (Roberts et al., 2015). Chenoweth et al. (2009) jämförde om det var någon skillnad för agitation i tre olika grupper, en kontrollgrupp och två interventionsgrupper där den ena implementerade DCM och den andra använde personcentrerad vård. Interventionsgruppen med personcentrerad vård använde en stegvis implementering av förhållningssättet där ett fåtal lärs upp för att sedan låta kunskapen gå vidare till alla i personalgrupperna. Med hjälp av CMAI skattades agitation med hjälp av en ställföreträdare i början av studien, efter avslutad intervention samt vid uppföljning enligt Chenoweth et al. (2009), vilket visade en betydande skillnad mellan grupperna. I gruppen med personcentrerad vård som intervention sjönk skattningssumman från start till uppföljning och DCM som intervention resulterade i att agitation minskade lite men utan en signifikant skillnad. Däremot visades en ökad skattningssumma av agitation i kontrollgruppen vilket resulterade i att DCM-gruppen vid uppföljningen signifikant skiljde sig från kontrollgruppen, likaså gällde det gruppen med personcentrerad vård. Ingen signifikant förändring på läkemedelsdoser kunde ses under studiens gång (Chenoweth et al., 2009). Fossey, Ballard, Juszczak, James, Alder, Jacoby och Howard (2006) kom fram till att personcentrerad vård medförde att intaget av läkemedel kunde sänkas utan någon signifikant skillnad på agitation i jämförelse med kontrollgruppen där läkemedelsintaget inte gått ner. Chenoweth et al (2014) hade i sin studie jämfört tre interventionsgrupper med en kontrollgrupp. Den ena interventionen bestod av personcentrerad vård där arbetssättet startade med utbildning och stöd för personal. Personcentrerad miljö utgjorde den andra interventionen där miljön anpassades, och dessutom fanns en tredje grupp där båda interventionerna implementerades samtidigt. Skattning med CMAI av en ställföreträdare visade enligt Chenoweth et al. (2014) en liten förändring för de grupper som hade implementerat personcentrerad vård och personcentrerad miljö, däremot fanns ingen betydande skillnad för interventionsgruppen som använt båda, inte heller kontrollgruppen hade någon signifikant förändring. Enligt Sjögren, Lindkvist, Sandman, Zingmark och Edvardsson (2013) visades inga signifikanta samband

* V-Absoluta värdet hos varje individ oavsett ålder eller kognitiv förmåga.

I- Individuellt angreppssätt, tar hänsyn till det unika.

P- Förståelse för vårdtagarens perspektiv av världen.

S- Tillhandahålla en social omgivning som stöder en persons behov (Brooker, 2007).

mellan personcentrering och agiterat-beteende, mätt med en skattning utförd av en ställföreträdare med CMAI, oavsett om enheten hade låg eller hög nivå av personcentrering.

Sidani, Streiner och LeClerc (2012) undersökte ett arbetssätt där morgonrutinen underlättades av ett antal samlade evidensbaserade strategier utifrån sex komponenter, som implementerades i omvårdnadsarbetet för att stötta en person att kunna använda sin egen förmåga. Med hjälp av en ställföreträdare och skattningsinstrumentet Pittsburgh agitation scale (PAS) fick forskarna fram att agitation var samma både innan och efter implementering (Sidani et al., 2012). Rokstad et al. (2013) mätte agitation med hjälp av instrumentet Brief agitation rating scale (BARS) och ingen signifikant skillnad kunde påvisas från start till uppföljning för någon av interventionsgrupperna.

Minskad ångest och depression

Kvalitativ data från Qazi, Spector och Orrell (2010) som undersökte orsak till och hantering av ångest vid demens, genom fokusgrupper där personer med demens, anhöriga och personal deltog, visade att alla deltagarna var överens om att personcentrerad vård var bra vid hantering av ångest. Personcentrerad vård där personalen lyssnade till personen samt hade en omtänksam och vårdande attityd kunde lindra ångest hos personer med demens. Ångesten hos personer med demens minskade då deras självförtroende blev starkare och bättre enligt anhöriga som deltog i studien av Qazi et al. (2010), vilket kom av ett positivt bemötande från personalen. Personalen upplevde också att personerna med demens mårde bättre när personcentrering användes för då låg fokus på personen. Personalen intresserade sig för personens bakgrund och den personligt anpassade åtgärden blev lättare att identifiera. Alla deltagarna uppgav meningsfull och distraherande aktivitet som lindrande mot ångest (Qazi et al., 2010). Rokstad et al. (2013) visade att det fanns en betydande skillnad som var positiv för interventionsgruppen med VPM jämfört med kontrollgruppen när det gällde depression skattat med Cornell scale for depression in dementia (CSDD), ingen signifikant skillnad för den andra interventionsgruppen som implementerade DCM. Sjögren et al. (2013) hävdade att det inte fanns något samband mellan personcentrering och skattning som utförts av en ställföreträdare kring depression. Chenoweth et al. (2014) fann inte heller något signifikant samband för någon av de tre interventionsgrupperna eller kontrollgruppen, gällande depression.

Positiv beteendeförändring

Vid implementering av ABLE tillsammans med Montessori-principer och Montessori-aktiviteter indikerade Roberts et al. (2015) att både fysiskt icke aggressivt beteende och verbalt aggressivt beteende minskade signifikant från start till uppföljning, vilket åskådliggjordes genom en underskala till CMAI. Fossey et al. (2006) visade fortsatt att personcentrerad vård vid sänkta intag av läkemedel inte hade någon signifikant förändring av aggressivt beteende för interventionsgruppen i relation till beteende i kontrollgruppen. Enligt Gilmore-Bykovskiy, Roberts, Bowers och Brown (2015) fanns det ett samband där beteende av negativ karaktär uppkom mer sällan efter en handling som var personcentrerad än efter en uppgiftsorienterad handling. Den uppgiftsorienterade handlingen bemöter inte personen som en person utan hen behandlades mer som en uppgift som skulle utföras (Gilmore-Bykovskiy et al., 2015). Uppföljningsstudien (Chenoweth et al., 2015) till Chenoweth et al. (2014) har med kvalitativ data från intervjuer med personal och anhöriga beskrivit hur personal upplevde att interventionen med personcentrerad vård medförde innovativa förändringar kring sociala förutsättningar som förbättrade negativt beteende för personer med demens, som kommit i samband med demenssjukdomens utveckling. Chenoweth et al. (2015) nämnde även ett fall

från gruppen som implementerat både personcentrerad vård och personcentrerad miljö som också gynnats av den implementerade metoden. Sidani et al. (2012) visade i tidigare nämnda studie, där strategier i morgonomvårdnaden utvärderades, att det fanns en liten till medelstor förändring som var signifikant gällande ett lugnare och mer avslappnat beteende efter att arbetssättet implementerats. Chenoweth et al. (2014) belyste en signifikant förbättring över tid kring positiv känslomässig reaktion på vården, med skattningsverktyget Emotional responses in care (ERIC), i den interventionsgrupp som implementerade både personcentrerad vård och personcentrerad miljö.

Livskvalité

Chenoweth et al. (2014) visade med skattningsverktyget DemQoL att det fanns en signifikant påverkan i både gruppen med personcentrerad vård och gruppen med personcentrerad miljö, samt en mindre skillnad i den som implementerat båda. I studien av Edvardsson, Petersson, Sjögren, Lindkvist och Sandman (2014) där livskvalité skattades av en ställföreträdare med Quality of life in late-stage dementia (QUALID) visades ett mer positivt värde för de som deltagit i aktivitet och bodde på ett boende som bedömdes vara mer personcentrerat (Edvardsson et al., 2014) Sjögren et al. (2013) visade också på samma samband att livskvalitén enligt bedömning med QUALID var högre på ett boende med en högre nivå av personcentrerad vård. Rokstad et al. (2013) fann en signifikant skillnad för interventionsgruppen med DCM när det gäller livskvalité skattad med QUALID, men ingen signifikant skillnad på högre livskvalité för interventionsgruppen med VPM. Enligt Chenoweth et al. (2009) visades inte heller någon signifikant skillnad i livskvalité när det skattades med QUALID.

Fysisk dimension

Meningsfull aktivitet

Uppföljningsstudien (Chenoweth et al., 2015) kvalitativa data belyste hur personal upplevt att personerna med demens deltog i fler och mer varierande aktiviteter efter implementering av personcentrerad vård. Även anhöriga beskrev att personerna blev mer involverade i aktiviteter de tyckte om (Chenoweth et al. 2015). I en interventionsstudie av Roberts et al. (2015) undersöktes en sammansatt vårdmodell kallad ABLE som byggde på personcentrerade begrepp, tillsammans med Montessori-principer och Montessori-aktiviteter. Genom en tränad DCM-konsult utfördes en kartläggning av insatser som visade att deltagarna blev engagerade i meningsfulla aktiviteter som hushållsarbete av olika slag, samt fritidsaktiviteter som att läsa tidning eller spela kort (Roberts et al., 2015). Edvardsson et al. (2014) visade i deras studie att deltagande i aktiviteter inte var så vanligt förekommande men att det boende som skattats vara mer personcentrerat också var där de personerna som deltog i aktiviteter bodde. Det handlade om aktiviteter som utomhuspromenader, sällskapsspel och att gå till kyrkan men också vardagliga saker som att göra kaffe, vattna blommor, duka eller duka av bordet och städa (Edvardsson et al, 2014).

Personlig funktion och förmåga

Sidani et al. (2012) belyste ett arbetssätt med sex olika komponenter kring morgonomvårdnaden där fokus låg på förmågan hos personen med demens (Sidani et al., 2012). Genom användandet av en del strategier, som var kopplade till komponenterna kring morgonomvårdnaden, visades en ökning av involvering och deltagande från personer med demens i de vanliga morgonrutinerna, den fysiska nedsättningen minskade. Morgonrutinerna innebar t.ex. att klä på sig och hygienskötsel. Implementerades för många strategier, var det associerat med ökad fysisk nedsättning (Sidani et al., 2012) Introducerade personalen

kommande situation minskade förvirring (Sidani et al., 2012). Enheter där personcentrering enligt personalens skattning bedömdes vara högre, visade en relation med personer med demens förmåga till att utföra aktiviteter i det dagliga livet, som genom skattning utförd av en ställföreträdare också bedömdes vara högre (Sjögren et al., 2013). Personen som i högre grad deltog i aktiviteter skattades att ha högre kognitiv förmåga (Edvarsson et al., 2014). Att sova under dagen var efter intervention med ABLE tillsammans med Montessori-principer och Montessori-aktiviteter mindre vanligt förekommande, förutom en kort tupplur efter arbete/aktivitet eller på grund av hälsorelaterade faktorer (Roberts et al., 2015).

Minskad förekomst av fall och smärta

Chenoweth et al (2009) kunde genom studien som jämförde DCM, personcentrerad vård och kontrollgrupp visa skillnad för antalet rapporterade fall. Både kontrollgruppen och interventionsgruppen med personcentrerad vård hade ökat antal fall från start till uppföljning. Antalet fall i kontrollgruppen hade en kraftig ökning medan interventionsgruppen med personcentrerad vård hade en liten ökning. Vid uppföljning var antalet fall för interventionsgruppen med personcentrerad vård fortfarande högre än för kontrollgruppen. För interventionsgruppen med DCM hade antalet fall istället minskat (Chenoweth et al., 2009). Studien av Fossey et al. (2006), som undersökte effekten av personcentrerad vård på utskrivningen av läkemedel för personer med demens, fann liknande värden för interventionsgruppen och kontrollgruppen gällande fall. Sjögren et al. (2013) finner inget signifikant samband för att smärtupplevelser skulle vara lägre hos personer på enheter där personcentrering ansågs varit mer vedertaget i jämförelse med enheter där personcentrering skattades lägre.

Social dimension

Sociala interaktioner

I studien av McKeown, Clarke, Ingleton, Ryan och Repper (2010) undersöktes med kvalitativ metod livsberättelsers betydelse genom att skapa ett användbart underlag med hjälp av t.ex. foton. Personen med demens visade ett beteende där hen ville dela med sig av sin livshistoria med andra och att få känna sig stolt. Att hitta ord i samtal underlättades av att samtala kring något bekant, det konkreta blev enklare att förhålla sig till och föra ett samtal kring för båda parterna, interaktioner med andra människor blev mindre problematiskt. McKeown et al. (2010) belyste hur anhöriga upplevde att uttryck i ansiktet blev tydligare och det kunde få den anhöriga att känna en starkare kontakt, för att personen fortfarande fanns kvar bakom sjukdomen. Enligt Chenoweth et al. (2014), som skattat interaktion mellan person och personal med Quality of interactions schedule (QUIS), sågs en positiv ökning från innan intervention till efter intervention för gruppen där både personcentrerad vård och personcentrerad miljö implementerades. Däremot hade värdet gått tillbaka till uppföljningstillfället (Chenoweth et al., 2014). I uppföljningsstudien (Chenoweth et al., 2015) beskrev personal hur personcentrerad vård skapade bättre sociala lösningar som gav positiva utfall för personerna med demens i studien, de hade fått bättre kontakt med personer i sin omgivning, samt att de var mer engagerade och trygga i kontakten med andra.

Positivt bemötande

Kvalitativ data från fokusgrupper av personal som identifierade den icke-verbala kommunikationen i studien av Kontos och Naglie (2007), belyste hur personal ibland inte var uppmärksam på den kommunikation personen sökte om personalen var för uppgiftsorienterad. Med kunskap om personen kunde strategier, som blev användbara för samspelet mellan

person och personal, identifieras. Personal kunde stötta personer i samspelet, så att inte kraven var för höga på personen (Kontos et al., 2007). I en studie av Willemse, Downs, Arnold, Smit, de Lange och Pot (2015) visade forskarna, genom kartläggning av samspel mellan person och personal, att välbefinnande ökade hos personer med demens när det fanns en koppling till en faktor som berörde ett personligt plan. Att se en persons identitet istället för demenssjukdomens symtom kunde leda till att personal på ett gynnsamt sätt interagerade med personen (Willemse et al., 2015). Den kvalitativa delen av studien kring implementering av ABLE tillsammans med Montessori-principer och Montessori-aktiviteter, lyfte fram anhörigas åsikt om en förändring där personen med demens bemöttes mer positivt (Roberts et al., 2015). McKeown et al. (2010) visade genom kvalitativ data kring livsberättelsens betydelse hur det sociala nätverket runt personen var viktigt för att tolka alla former av kommunikation personen försökte uttrycka. Verbal kommunikation kunde personal förstå genom att lyssna, men när kommunikationen skedde på annat sätt var anhöriga viktiga att lyssna på. De anhöriga känner personen och kunde tyda även den icke verbala kommunikationen (McKeown et al., 2010). Chenoweth et al. (2015) beskrev med kvalitativ data från personal och anhöriga hur en person med demens välbefinnande kunde öka i samband med att vårdhandlingar utfördes i personens takt. Trygghet kunde öka om personal hade tålmod och inte stressade personen. Anhöriga uppgav också att de kunde märka skillnad på den vård som gavs mellan olika dagar och beroende på vem som vårdade personen med demens (Chenoweth et al., 2015).

Sammanfattning av resultatet

De data som presenterats var motsägande i relation till om personcentrering i omvårdnad hade någon inverkan på psykiskt välbefinnande hos personer med demens. Till stor del ökade livskvalitén, vilket tydde på att personcentrerad vård skulle kunna ha ökat möjligheten till välbefinnande hos personer med demens. Beteendeförändringar i samband med demenssjukdom kunde bemötas bättre genom personcentrerad vård, vilket antydde samma inverkan som för livskvalitén. Gällande personcentrerad vårds inverkan på agitation kunde en motsägande bild i forskningen identifieras i resultatet, detsamma gällde för ångest och depression. I fokusgrupper, med personer med demens, anhöriga och personal utförda av Qazi et al. (2010), kunde däremot visas att deltagarna upplevde ett stöd i hanteringen av oro och ångest när vården de fick var personcentrerad. Nämnad studie (Qazi et al., 2010) tillförde infallsvinklar från personer med demens, som inte undersöktes av de andra studierna i föreliggande litteraturöversikt.

Fysiskt välbefinnande ur ett funktions- samt aktivitetsperspektiv påverkades nästan uteslutande positivt av personcentrerad vård. Fysiskt välbefinnande upplevdes kunna stärkas av att inte behöva känna lika mycket förluster. Fall och smärta kunde, baserat på det resultat denna litteraturöversikt presenterar, däremot inte tillskrivas positiv inverkan av personcentrerad vård.

Den forskning som berört socialt välbefinnande visade positiva resultat av personcentrerad vård. Med personcentrerad vård kom personalen med mer innovativa lösningar för att öka sociala sammanhang för personer med demens. Även sätt att möta personer med demens, genom krav som verkade rimliga att uppnå för en person där sjukdomen orsakat påverkan på hjärnan, kunde identifieras. Positivt bemötande och möjligheter till interaktion med andra, för personer med demens, medförde en ökad möjlighet att uppleva socialt välbefinnande.

Diskussion

Metoddiskussion

Den forskning som finns kring personcentrerad vård är förhållandevis ny vilket medför en styrka till denna litteraturöversikt, då kunskapsläget hela tiden är under förändring medför en litteraturöversikt en bild av forskning, som fortfarande är aktuell. Forskning som finns kring personcentrerad vård sprider sig över ett stort område och i sökningarna efter artiklar har sökorden bestått av olika kombinationer kring personcentrerad vård, eftersom det var personcentrerad vård som syftet avsåg att undersöka. Utformningen av sökord öppnade upp för en variation av träffar där både förhållningssätt och arbetssätt kring personcentrerad vård ingick. Under litteraturöversiktens gång har en begränsning identifierats, den begränsade tiden och omfattningen för litteraturöversikten har hindrat möjligheten att undersöka andra sökord för att benämna samma förhållningssätt, som ligger till grund för de personcentrerade arbetssätten. En djupare studie kring hur vård, där personen står i centrum, inverkar på välbefinnande hade kunnat ge en tydligare bild av vad forskningen redan vet kring ämnet.

Vid datainsamlingen användes två databaser som har gett relevanta träffar. Även om flera träffar fanns i båda databaserna har användandet av två stycken bidragit till en bredare granskning av det undersökta området. Av de träffar som uppkom var det ett antal artiklar som inte gick att erhålla i fulltext. Det är svårt att uttala sig om begränsningen inneburit ett annorlunda resultat, samt hur resultatet hade sett ut om någon av de artiklarna varit relevanta och hade inkluderats.

Sökningarnas begränsningar var få och specifika för det område som undersöktes, vilket ökade antalet träffar och på så sätt gav en god möjlighet att svara på syftet ur olika situationsperspektiv. Artiklarna som utgör denna litteraturöversikts resultat kommer från Storbritannien, Australien, Sverige, Canada, USA, Nederländerna och Norge. Att inkludera artiklar från studier genomförda i flera länder har också bidragit med en bredare infallsvinkel till ämnesområdet, då olika länder kan ha olika hälso- och sjukvårdssystem och därmed resultera i olika utfall.

De artiklar som ligger till grund för resultatet består av kvalitativ, kvantitativ samt mixad metod. Blandningen tillför flera aspekter och infallsvinklar till att angripa samma område och har gett denna litteraturöversikt en bred överblick av problemområdet. Artiklarna, som använder olika metoder, har gett både beskrivande information kring förändring vid personcentrerad vård, samt konkret information kring inverkan av personcentrerad vård på en större, mer varierad grupp av personer. Genom att använda artiklar från studier som använt olika metoder har litteraturöversikten dessutom fått en inblick i personens upplevelse, vilket har varit svårt att hitta i den forskning som finns där personer med demens ofta skattas eller bedöms av andra.

En begränsning i denna litteraturöversikt är att forskningen kring den grupp som undersöks inte baserar sig på åsikter från personer med demens. De data som ligger till grund för artiklarna kommer i princip endast från omgivningen kring den berörda gruppen, ställföreträdare som har tolkat hur personer med demens påverkats.

En del av syftet med denna litteraturöversikt var att undersöka vilken inverkan personcentrerad vård har på välbefinnande hos personer med demens. Välbefinnande är en subjektiv upplevelse som i omvårdnadsarbete bland annat kan ses som en positiv konsekvens

av god vård. Subjektiva upplevelser är svårt att mäta och kan variera mycket beroende på vem som undersöks. Begreppet välbefinnande har i denna litteraturöversikt definierats utifrån relevant litteratur och i förhållande till den grupp av individer som undersöks. Huruvida definitionen av välbefinnande stämmer överens med den subjektiva upplevelsen hos varje person kan inte avgöras i denna litteraturöversikt, vilket medför att resultatet endast kan appliceras på personer som upplever välbefinnande på samma sätt som litteraturöversikten beskriver. Definitionen av välbefinnande har gjort det möjligt att kunna undersöka den subjektiva upplevelsen och sammankopplat upplevelsen med skattningsvärden för att se eventuell förändring vid personcentrerad vård. Definitionen har bidragit med en möjlig bild av den personcentrerade vårdens inverkan på välbefinnande hos personer med demens.

Resultatdiskussion

Det forskningsläge kring personcentrerad vård som denna litteraturöversikt presenterat kunde inte klart och tydligt beskriva om personcentrerad vård hade en inverkan på välbefinnande hos personer med demens. Delar av forskningen som presenterades i denna litteraturöversikt antydde att personcentrerad vård skulle inverka på välbefinnande hos personer med demens, genom att skapa fler möjligheter att uppleva välbefinnande. Resultatet var dock inte helt bekräftat utan resultatet delade sig, då delar av forskningen inte kunde visa att personcentrerad vård skulle ha någon inverkan på välbefinnande. Flera förutsättningar för välbefinnande som framkom i resultatet stämde väl överens med de som tidigare uppkommit kring hur det är att leva med demens, t.ex. det sociala livet, som beskrivits tidigare ett flertal gånger (Kitwood et al., 1992; Phinney, 2002). Det som framkom i resultatet av föreliggande litteraturöversikt, angående både förutsättningar som berördes i forskning och vilken inverkan personcentrerad vård har på välbefinnande, kan bidra med ett komplement till studien av Sloane et al. (2004). Sloane et al. (2004) undersökte ett fåtal förutsättningar kring välbefinnande, vilka även återkom i föreliggande litteraturöversikt, som visades i studien kunna förbättra möjligheter att uppleva välbefinnande. I studien av Sloane et al. (2004) visades förbättringen i samband med personlig hygien, när personcentrerade metoder användes vid dusch eller bad. Föreliggande litteraturöversikt kan även tyda ett samband kring andra delar av vardagen för personer med demens.

Flera olika arbetssätt för att nå personcentrerad vård framkommer men alla visade inte samma utfall, vilket skulle kunna medfört den motsägande bild som litteraturöversiktens resultat presenterar. McCormack et al. (2006) beskrev ett ramverk för personcentrerad omvårdnad och nämnde flera faktorer som hade en betydande roll för personcentrering, samt utfallet för personens välbefinnande. Om sjuksköterskans egenskaper, vårdmiljön eller den personcentrerade processen varierar mycket skulle det kunna vara en förklaring till varför olika studier och arbetssätt ger ett delat resultat. Föreliggande litteraturöversikt rapporterar från studier gjorda i olika länder där hälso- och sjukvårdssystemen kan se olika ut, vilket skulle kunna vara ett exempel på varför resultatet inte är entydigt.

I studien av Sjögren et al. (2013) presenterades ett intressant resultat som skulle kunna tyda på att det inte var personcentrerad vård som medförde förändring, eftersom det inte fanns någon skillnad mellan de som hade en högre nivå av personcentrerad vård och de som hade en lägre nivå. Det samband som förändrades var livskvalité som ökade, vilket skulle kunna innebära möjlighet att uppleva ett lite bättre psykiskt välbefinnande. Studien av Sjögren et al. (2013) genomfördes i Sverige och rapporterade kanske därför ett resultat som är praktiskt applicerbart här. Chenoweth et al. (2014) visade också ett intressant resultat, kring agitation.

Två personcentrerade interventionsmetoder gav var för sig svagt gynnsamma konsekvenser, men i gruppen där båda kombinerats skattades ingen signifikant skillnad. Om två interventionsgrupper var för sig ger skillnad borde en kombination av båda ge ett bättre utfall. Så var inte fallet i studien av Chenoweth et al. (2014), vilket bidrog till den motsägande bilden om huruvida personcentrerad vård har någon inverkan på psykiskt välbefinnande hos personer med demens. Inget som framkom i denna litteraturöversikt påvisade att personcentrerad vård skulle kunna ge en negativ effekt på psykiskt välbefinnande, utan det som framkom var att det antingen fanns en skillnad som gynnade möjligheten att uppleva psykiskt välbefinnande eller att den inte var signifikant för personcentrerad vård.

Det var till stor del i relation till psykiskt välbefinnande som resultatet var motsägande, om personcentrerad vård hade inverkan eller inte. Orsak till varför resultatet är motsägande kring psykiskt välbefinnande skulle kunna ha förklarats av att det var så många förutsättningar som kunde spela in. Det komplexa samspelet gjorde det svårt att avgöra om en inverkan av personcentrerad vård fanns eller inte. Sjukdomsutveckling och sjukdomsförlopp spelade in mycket under psykiskt välbefinnande, att kunna följa med i förändringar som sker (Young, 2002). En persons egen upplevelse av sin situation var en anledning till välbefinnande eller lidande som personcentrerad vård kanske inte alltid kunde stötta eller kompensera för. En del personer går kanske inte att hjälpa eftersom demens är en sjukdom som inte går att bota. När en person ger sig själv rollen som patient och ser demenssjukdomen som sin identitet kan det vara svårt, även med personcentrerad vård, att se resurser eftersom personen själv inte upplever sig ha dem. Det motsägande resultatet skulle också kunnat bero på att personcentrerad vård inte har en inverkan kring de negativa delarna av psykiskt välbefinnande, som agitation och depression. Däremot kan det lyfta de positiva delarna som gynnar psykiskt välbefinnande t.ex. livskvalité för att tillsammans med att bättre bemöta ångest och beteendeförändring, stötta personens självbild och på så sätt ändå inverka på psykiskt välbefinnande hos personen med demens. Förändring som påverkar självbild (Young, 2002) och identitet (Norberg, 2010) skulle kunnat avgöra huruvida varje enskild person upplever inverkan av personcentrerad vård och därför medföra det motsägande resultatet.

Anhöriga berörde i studien av Chenoweth et al. (2015) hur de kunde uppleva skillnad kring vårdandet beroende på personalen som arbetade. Sjuksköterskans egenskaper beskrevs av McCormack et al. (2006) som nödvändiga förutsättningar för ett personcentrerat ramverk. Sjuksköterskans förutsättningar påverkas också av vårdmiljön och organisationen bakom hen, därför skulle skillnader mellan olika enheter kunna bero på flera faktorer. Inom personcentrerad vård är den relationella dimensionen i ett personcentrerat förhållningssätt grundläggande (Buber, 1994; Harré, 1997), vilket också stöder resonemanget om den mänskliga faktorns påverkan på varje vårdssituation och möte.

Chenoweth et al. (2009) visade hur den personcentrerade interventionen medförde en svag ökning i antalet fall hos deltagarna i interventionsgruppen medan de minskade för gruppen som implementerade "Dementia Care Mapping". Två arbetssätt som båda var personcentrerade gav alltså två olika utfall. Orsaken till varför det ökade i den ena gruppen eller om det hade med interventionsmetoden att göra framkom inte av artikeln. Utifrån fysiskt välbefinnande skulle det innebära en negativ inverkan av personcentrerad vård, om de arbetssätt som undersöktes i studien (Chenoweth et al., 2009) inte kan stödja den funktionsförlust personen med demens upplever. Upplevelser av välbefinnande som utmanas av de förändringar en demenssjukdom medför är enligt Orem (1991), omvårdnadens uppgift

att underlätta. För att underlätta för en person med demens att uppleva välbefinnande behöver sjuksköterskan och övrig omsorgspersonal stötta upp, när den egna kapaciteten inte längre kan tillgodose behovet för att t.ex. kunna upprätthålla balansen, som beskrevs av Skog (2012). Brister omvårdnadspersonal i arbetssättet att tillgodose en persons behov tolkas, av författarna till denna litteraturöversikt, personcentrerad vård riskera ha en negativ inverkan på välbefinnande. Den andra interventionsgruppen i studien av Chenoweth et al. (2009), som hade motsatt utfall när det gällde fall, visade inte heller hur orsaken kunde relateras till arbetssättet, men "Dementia Care Mapping" visade på en bättre personcentrerad vård då arbetssättet istället kunde medföra positiv inverkan på välbefinnande hos personer med demens. Personcentrerat förhållningssätt, som tar hänsyn till personens resurser enligt Lepage et al. (2007), bör kunna ge det stöd som behövs för att minska fall. Förhållningssättet applicerat i verkligheten utgör ett arbetssätt (Ekman et al., 2011) vilket kan förklara olika utfall av olika arbetssätt kring personcentrerad vård, det ena arbetssättet uppfyller förhållningssättets grundtankar bättre än det andra, och är då mer personcentrerat. McCormack et al. (2006) nämnde en personcentrerad process i ramverket för personcentrerad vård där vårdandet beskrivs och som i studien av Chenoweth et al. (2009) skulle kunna ha varit olika mellan interventionerna; "Dementia Care Mapping" och personcentrerad vård. Skillnader i personcentrerade processer skulle kunna förklara varför utfallen blev olika i studien av Chenoweth et al. (2009).

Resultatet kring vilken inverkan personcentrerad vård har på socialt och fysiskt välbefinnande är till stor del positivt, vilket skulle kunna förklaras av att det ofta är här problematiken kring välbefinnande uppstår i samband med demenssjukdom. Demenssjukdom, enligt Kitwood et al. (1992), innebär en svårighet för en person med demens att upprätthålla det sociala livet tidigare haft, samt förmågan att klara aktiviteter i det dagliga livet. Även Skog (2012) visar på förlust av möjlighet att utföra dagliga aktiviteter helt självständigt i samband med förloppet vid demenssjukdom. Phinney (2002) nämnde svårigheter kring både sociala sammanhang och fysisk förmåga.

Även om personcentrerad vård kanske inte inverkar på alla delar av välbefinnande var och en för sig, utan istället på samspelet mellan delarna (Orem, 1991; WHO, 1948) medför personcentrerad vård en sammansatt inverkan på välbefinnande som större helhet. I resultatet visas det t.ex. av Sidani et al. (2012), där den fysiska nedsättningen blir mindre påtaglig genom interaktion mellan person och personal. Love et al. (2011), som nämnde personcentreringsfokus på helheten av välbefinnande, påtalade att ett personcentrerat system som speglar förhållningssättet och skapar en grund för personcentrerad vård skulle eftersträvas. I Sverige påtalades vikten av att arbeta personcentrerat redan året innan Love et al. (2011) påtalade det, då personcentrerad vård benämns i rekommendationer från Socialstyrelsen (2010) kring omvårdnad- och omsorgsarbetet vid demenssjukdom. Föreliggande litteraturöversikt finner enligt författarna inget som talar emot rekommendationerna, men arbetssätt kring personcentreringsmetoden måste utvärderas för att hitta sätt som verkligen blir personcentrerade. All kunskap kring personcentrerad vård i samband med omvårdnad borde därför vara av intresse för sjuksköterskan då omvårdnadsarbetet är hens ansvarsområde enligt Svensk sjuksköterskeförening (2009).

Slutsats

De förutsättningar för välbefinnande som undersöktes i forskning kring personcentrerad vård vid demens var: minskad agitation, minskad ångest och depression, positiv

beteendeförändring, livskvalité, meningsfull aktivitet, personlig funktion och förmåga, minskad förekomst av fall och smärta, sociala interaktioner samt positivt bemötande. Personcentrerad vård kan medföra ökad möjlighet att uppleva ett gott välbefinnande när demenssjukdom utgör ett hinder och orsakar lidande för en person. Mer kunskap erfordras för att bekräfta sambandet mellan personcentrerad vård och välbefinnande hos personer med demens. Kunskap och medvetenhet erfordras också kring olika arbetssätt för att utveckla och nå en bättre personcentrerad vård.

Vidare forskning

Både sociala och fysiska faktorer som upplevs vara problematiska för personer med demens kan underlättas och kompenseras med hjälp av personcentrerad vård, därför borde mer forskning fokusera på detta område och utveckla den personcentrerade vården. Mycket få kvantitativa studier kring sociala faktorer finns för att bekräfta den förbättring som upplevs komma i samband med personcentrerad vård, även fysiskt välbefinnande bör vidare undersökas. Olika arbetssätt för personcentrerad vård vid demens behöver vidare undersökas och utvärderas för att öka förståelsen kring hur de påverkar omvårdnadsarbetet. Forskning kring personcentrerad vård vid demens skulle gynnas av fler studier med fokus och metoder som kan ta tillvara på personens egen upplevelse, det skulle kunna tillföra viktig kunskap kring välbefinnande hos personer med demens.

Implikationer för praxis

Denna litteraturöversikt ger en möjlig bild av vilken inverkan personcentrerad vård har på välbefinnande hos personer med demens, vilket är intressant och viktig kunskap för sjuksköterskor som möter personer med demens i sin yrkesroll. Kunskap kring de utfall ett förhållningssätt och arbetssätt har för vårdtagare kan motivera på vilket sätt sjuksköterskans yrkesutövande utförs, vilken information som finns i utbildningsmaterial för sjuksköterskor eller vilka rekommendationer som ges till sjuksköterskor. Personcentrerad vård kan användas av sjuksköterskor i omvårdnadsarbetet för att kunna öka vårdtagares möjligheter att uppleva välbefinnande vid demenssjukdom.

Referenslista

- Basun, H. (2013a). Alzheimers sjukdom. I H. Basun, M. Skog, L-O. Wahlund & H. Wijk (Red.), *Boken om demenssjukdomar* (s.13-26). Stockholm: Liber.
- Basun, H. (2013b). Lewykroppsdemens. I H. Basun, M. Skog, L-O. Wahlund & H. Wijk (Red.), *Boken om demenssjukdomar* (s.27-34). Stockholm: Liber.
- Benner, P. & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring: stress and coping in health and illness*. Menlo Park, Calif.: Addison-Weslev.
- Brooker, D. (2007). *Person-centred dementia care: making services better*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Buber, M. (1994). *Jag och du*. Ludvika: Dualis.
- Chenoweth, L., King, M. T., Jeon, Y. H., Brodaty, H., Stein-Parbury, J., Norman, R., . . . Luscombe, G. (2009). Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial. *Lancet Neurol*, 8(4), 317-325. doi: 10.1016/s1474-4422(09)70045-6
- Chenoweth, L., Forbes, I., Fleming, R., King, M. T., Stein-Parbury, J., Luscombe, G., . . . Brodaty, H. (2014). PerCEN: a cluster randomized controlled trial of person-centered residential care and environment for people with dementia. *Int Psychogeriatr*, 26(7), 1147-1160. doi: 10.1017/s1041610214000398
- Chenoweth, L., Jeon, Y. H., Stein-Parbury, J., Forbes, I., Fleming, R., Cook, J., . . . Tinslay, L. (2015). PerCEN trial participant perspectives on the implementation and outcomes of person-centered dementia care and environments. *Int Psychogeriatr*, 27(12), 2045-2057. doi: 10.1017/s1041610215001350
- Dahlberg, K. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Edvardsson, D., Petersson, L., Sjogren, K., Lindkvist, M., & Sandman, P. O. (2014). Everyday activities for people with dementia in residential aged care: associations with person-centredness and quality of life. *Int J Older People Nurs*, 9(4), 269-276. doi: 10.1111/opn.12030
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., . . . Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care--ready for prime time. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 10(4), 248-251. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008
- Fossey, J., Ballard, C., Juszczak, E., James, I., Alder, N., Jacoby, R., & Howard, R. (2006). Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial. *Bmj*, 332(7544), 756-761. doi: 10.1136/bmj.38782.575868.7C

- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dag för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.133-143). Lund: Studentlitteratur.
- Gilmore-Bykovskiy, A. L., Roberts, T. J., Bowers, B. J., & Brown, R. L. (2015). Caregiver Person-Centeredness and Behavioral Symptoms in Nursing Home Residents With Dementia: A Timed-Event Sequential Analysis. *Gerontologist*, *55 Suppl 1*, S61-66. doi: 10.1093/geront/gnu164
- Gulmann, N. C. (2003). Demens. I N.C. Gulmann (Red.), *Gerontopsykiatri* (s.65-133). Lund: Studentlitteratur.
- Hancock, G. A., Woods, B., Challis, D., & Orrell, M. (2006). The needs of older people with dementia in residential care. *Int J Geriatr Psychiatry*, *21*(1), 43-49. doi: 10.1002/gps.1421
- Harré, R. (1997). *The singular self – an introduction to the psychology of personhood*. London: SAGE.
- Hjorth-Hansen, J. (2003). Omsorg och vård av dementa äldre. I N.C. Gulmann (Red.), *Gerontopsykiatri* (s.177-189). Lund: Studentlitteratur.
- Hoffman, W. (2013). Palliation vid demenssjukdom – att lindra när bot inte finns. I H. Basun, M. Skog, L-O. Wahlund & H. Wijk (Red.), *Boken om demenssjukdomar* (s. 275-290). Stockholm: Liber.
- Kilander, L. (2013). Frontotemporal demens. I H. Basun, M. Skog, L-O. Wahlund & H. Wijk (Red.), *Boken om demenssjukdomar* (s.34-49). Stockholm: Liber.
- Kitwood, T., & Bredin, K. (1992). Towards a theory of dementia care: personhood and well-being. *Ageing Soc*, *12*, 269-287.
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (s.69-92). Lund: Studentlitteratur.
- Kontos, P. C., & Naglie, G. (2007). Bridging theory and practice: imagination, the body, and person-centred dementia care. *Dementia (14713012)*, *6*(4), 549-569 521p.
- Kristensson - Ugglå, B. (2014). Personfilosofi – filosofiska utgångspunkter för personcentrering inom hälso- och sjukvård. II. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård – Från filosofi till praktik* (s.21-68). Stockholm: Liber.
- Leplege, A., Gzil, F., Cammelli, M., Lefevre, C., Pachoud, B., & Ville, I. (2007). Person-centredness: conceptual and historical perspectives. *Disabil Rehabil*, *29*(20-21), 1555-1565. doi: 10.1080/09638280701618661
- Love, K., & Kelly, A. (2011). Person-centered care: changing with the times. *Geriatr Nurs*, *32*(2), 125-129. doi: 10.1016/j.gerinurse.2011.01.005

- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472-479 478p. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x
- McKeown, J., Clarke, A., Ingleton, C., Ryan, T., & Repper, J. (2010). The use of life story work with people with dementia to enhance person-centred care. *Int J Older People Nurs*, 5(2), 148-158. doi: 10.1111/j.1748-3743.2010.00219.x
- Nationalencyklopedin [NE]. (2016). *Välbefinnande*. Tillgänglig: <http://www.ne.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/v%C3%A4l%20befinnande>
- Norberg, A. (2010). Upplevelse av identitet hos personer med demenssjukdom tolkat utifrån Harrés teori. I D. Edvardsson (Red.), *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik* (s.19-28). Lund: Studentlitteratur.
- Qazi, A., Spector, A., & Orrell, M. (2010). User, carer and staff perspectives on anxiety in dementia: a qualitative study. *J Affect Disord*, 125(1-3), 295-300. doi: 10.1016/j.jad.2009.12.015
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: concepts of practice*. St. Louis: Mosby-Year Book.
- Phinney, A. (2002). Living with the Symptoms of Alzheimer's Disease. In P.B. Harris (Ed.), *The person with Alzheimer's disease: pathways to understanding the experience* (s.49-74). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Roberts, G., Morley, C., Walters, W., Malta, S., & Doyle, C. (2015). Caring for people with dementia in residential aged care: successes with a composite person-centered care model featuring Montessori-based activities. *Geriatr Nurs*, 36(2), 106-110. doi: 10.1016/j.gerinurse.2014.11.003
- Rokstad, A. M., Rosvik, J., Kirkevold, O., Selbaek, G., Saltyte-Benth, J., & Engedal, K. (2013). The effect of person-centred dementia care to prevent agitation and other neuropsychiatric symptoms and enhance quality of life in nursing home patients: a 10-month randomized controlled trial. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 36(5-6), 340-353. doi: 10.1159/000354366
- Sidani, S., Streiner, D., & Leclerc, C. (2012). Evaluating the effectiveness of the abilities-focused approach to morning care of people with dementia. *Int J Older People Nurs*, 7(1), 37-45. doi: 10.1111/j.1748-3743.2011.00273.x
- Sjögren, K., Lindkvist, M., Sandman, P. O., Zingmark, K., & Edvardsson, D. (2013). Person-centredness and its association with resident well-being in dementia care units. *J Adv Nurs*, 69(10), 2196-2205. doi: 10.1111/jan.12085
- Skog, M. (2012). *Bättre demensvård nu!*. Stockholm: Liber.

- Sloane, P. D., Hoeffler, B., Mitchell, C. M., McKenzie, D. A., Barrick, A. L., Rader, J., . . . Koch, G. G. (2004). Effect of person-centered showering and the towel bath on bathing-associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc*, 52(11), 1795-1804. doi: 10.1111/j.1532-5415.2004.52501.x
- Socialstyrelsen. (2010). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 – stöd för styrning och ledning*. Hämtad 2016-03-30, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18012/2010-5-1.pdf>
- Socialstyrelsen. (2014). *Nationell utvärdering – Vård och omsorg vid demenssjukdom 2014 Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning*. Hämtad 2016-03-30, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19331/2014-2-4.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2009). *Svensk sjuksköterskeförening om sjuksköterskans profession*. Hämtad 2016-04-03, från http://www.swenurse.se/globalassets/01-ssf-jon-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.sjukskoterskans.profession_webb.pdf
- Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *Satsa på omvårdnadsforskning för att förbättra vården*. Hämtad 2016-04-10, från <http://www.swenurse.se/globalassets/01-ssf-jon-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/forskning-och-utveckling-publikationer/satsa.pa.omvardnadsforskning.for.att.forbattra.varden.pdf>
- Wahlund, L-O. (2013a). Vaskulär demens. I H. Basun, M. Skog, L-O. Wahlund & H. Wijk (Red.), *Boken om demenssjukdomar* (s.50-55). Stockholm: Liber.
- Wahlund, L-O. (2013b). Ovanliga demensformer. I H. Basun, M. Skog, L-O. Wahlund & H. Wijk (Red.), *Boken om demenssjukdomar* (s.56-61). Stockholm: Liber.
- Willemse, B. M., Downs, M., Arnold, L., Smit, D., de Lange, J., & Pot, A. M. (2015). Staff-resident interactions in long-term care for people with dementia: the role of meeting psychological needs in achieving residents' well-being. *Aging Ment Health*, 19(5), 444-452. doi: 10.1080/13607863.2014.944088
- Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.
- Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.
- World Health Organization. (1948). *WHO definition of Health*. Hämtad 2016-03-31, från <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
- World Medical Association. (2013). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 2016-04-04, från <https://www.slf.se/Pages/48496/Helsingforsdeklarationen.pdf>

Young, R.F. (2002). Medical Experiences and Concerns of people with Alzheimer's Disease. In P.B. Harris (Ed.), *The person with Alzheimer's disease: pathways to understanding the experience* (s.29-46). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Östlundh, L. (2012). Informationsökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.57-79). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga A - Artikelöversikt

Artikel/Land	Syfte	Metod/design	Deltagare	Resultat	Kvalité
Chenoweth et al. (2009) Australien	Att göra en större randomiserad jämförelse av personcentrerad vård, "Dementia Care Mapping" och den vanliga vården.	Kvantitativ metod Randomiserad kontrollstudie på interventionsgrupper Tre mätningstillfällen CMAI, NPI-Q; QUALID och journaldata kring fall och läkemedel	n=289 deltagare men en demensdiagnos vid studiens start n=259 personer kvar efter de först fyra månaderna n=236 personer slutförde hela studien	CMAI (agitation) ökar för kontrollgrupp men minskar för interventionsgrupperna. NPI-Q (agitation, psykiska symtom) sjuknade värde för interventionsgrupp med personcentrerad vård men inget signifikant för de andra grupperna. QUALID (livskvalité) ingen signifikant skillnad för någon grupp. Antalet rapporterade fall minskar för interventionsgrupp med "Dementia Care Mapping" men ökar vid personcentrerad vård och vanligt vård. Ingen betydande förändring av läkemedelsdoser dokumenterades.	Hög
Chenoweth et al. (2014) Australien	Att utvärdera effekten av personcentrerad vård, personcentrerad miljö och personcentrerad vård tillsammans med personcentrerad miljö.	Kvantitativ metod Randomiserad kontrollstudie på interventionsgrupper Tre mätningstillfällen DEMQOL, CMAI, QUIS, CSDD, ERIC	n=601 personer med demens innan intervention n=416 personer efter intervention n= 296 personer kvar vid uppföljning	DEMQOL (livskvalité) förbättringar för alla tre interventionsgrupperna inom gruppen, över tid. CMAI (agitation) små signifikanta skillnader för personcentrerad vård och personcentrerad miljö men inte interventionsgruppen med båda. QUIS (interaktion) förbättring för interventionsgruppen med båda interventionerna kombinerat vid mätning efter intervention med kvarstod inte till uppföljning. CSDD (depression) ingen signifikant skillnad för någon av interventionsgrupperna. ERIC skattade signifikant skillnad för mer positiv känslomässig reaktion i interventionsgruppen med båda interventionerna kombinerat.	Hög

Artikel/Land	Syfte	Metod/design	Deltagare	Resultat	Kvalité
Chenoweth et al. (2015) Australien	Att förstå resultatet i PerCEN-studien för personcentrerad vård och personcentrerad miljö, de upplevda perspektivet (inte personen med demens) från de som varit med och deras infallsvinkel om interventionen medfört någon skillnad på vårdkvalitén, resultat för personerna med demens och faktorer som de trodde både gav möjlighet och hindrade implementeringen.	Kvalitativ metod Enkät och intervju.	n=73 familjemedlemmar till personer med demens n=29 vårdenhetschefer n=70 sjuksköterskor och annan vårdpersonal n=46 vårdplaner för personerna med demens n=131 handläggares anteckningar	Resultatet presenteras utifrån fyra teman: Förbättringar i vårdpraxis Förbättringar kring agitation och välbefinnande hos vårdtagarna Möjliggörande och hämmande faktorer för implementering av personcentrerad vård och personcentrerad miljö Hämmande faktorer	Låg
Edvardsson et al. (2014) Sverige	En punktprevalensmätning av deltagande i vardagsaktivitet för personer med demens inom ett nationellt urval av svenska äldreboenden, samt att undersöka om personerna som deltog i vardagsaktiviteter bodde på en mer person centrerad avdelning och/eller hade högre livskvalitet jämfört med personer som inte deltog i vardagsaktiviteter.	Kvantitativ metod Tvärsnittsstudie Enkäter QUALID, P-CAT, GRS	n= 1266 personer med demens från äldreboende n= 159 personal	Deltagande i aktiviteter lågt för personer med demens. Aktiviteter var vanligare på enheter som var mer personcentrerade (P-CAT). Personer som deltog i aktiviteter hade högre livskvalité (QUALID) och högre kognitiv förmåga (GRS) jämfört med deltagare som inte deltog i dagliga aktiviteter.	Hög

Artikel/Land	Syfte	Metod/design	Deltagare	Resultat	Kvalité
Fossey et al. (2006) Storbritannien	Att utvärdera effektiviteten av utbildning och stöd för vårdpersonal vid intervention för att minska förskrivningen av neuroleptika till personer med demens.	Kvantitativ metod Randomiserad kontrollstudie på interventionsgrupper Två mätillfällen CMAI, DCM och journalldata	n=349 personer med demens vid start n=246 personer med demens som avslutade studien	Vid 12 månaders uppföljning ses en signifikant skillnad för användning av neuroleptika utan att vara utbytt mot något annat för att hantera symtomen. CMAI (agitation) ingen signifikant skillnad mellan grupperna trots mindre läkemedels. DCM visar ingen signifikant skillnad för livskvalité och välbefinnande trots mindre läkemedel. Ingen signifikant skillnad mellan grupperna gällande fall.	Hög
Gilmore-Bykovskiy et al. (2015) USA	Identifiera sekventiella associationer mellan personcentrerade vårdgivarhandlingar, uppgiftsorienterade handlingar och personens beteenderelaterade symtom samt den temporala variationen inom dessa associationer.	Kvantitativ metod Video-observationer som kodats	n=12 personer med demens n=8 kvinnliga vårdpersonal	Beteenderelaterade symtom uppkommer mer sällan i samband med att en personcentrerad vård-handling utförts. När en uppgiftsrelaterad handling utförs där personen bemöts som en uppgift som ska utföras visar ett omvänt samband.	Hög
Kontos et al. (2007) Canada	Undersöka hur personifiering av begreppet individualitet kan förbättra personcentrerad demensvård.	Kvalitativ metod Fokusgrupper	n=43 kvinnliga praktiskt verksamma personer med erfarenhet kring personcentrerad och demensvård. Av deltagarna så var 16 stycken sjuksköterskor	Resultatet presenteras utifrån fem teman: Sympatiska anknytningar Delade fysiska upplevelser Kroppens socialt skapade vanor Tidseffektivitet Icke-farmakologisk beteendekontroll	Medel

Artikel/Land	Syfte	Metod/design	Deltagare	Resultat	Kvalité
McKeown et al. (2010) Storbritannien	Att undersöka hur ett projekt kring personens livshistoria förstås och utvecklas i praktiken, uppfattas av alla deltagare samt påverkar omvårdnadens handling och utfall.	Kvalitativ metod Flerfallstudie; semistrukturerade intervjuer, observationer och samtal	n= 4 personer med demens n= 3 anhöriga n=12 personal	Presenteras under tre olika rubriker: Från patient till person Kan du höra mig? Stolthet och behag	Medel
Qazi et al. (2010) Storbritannien	Att blida sig en uppfattning om vårdtagare, anhöriga och personalens syn på orsak till ångest hos personer med demens samt hur det kan hanteras.	Kvalitativ metod Fokusgrupper	n= 23 personer med demens från sjukhus n= 32 personal n=26 anhöriga	Orsaken till ångest presenteras under 5 olika teman: Diagnosens påverkan Förlorad förmåga Fysiska och omgivningsrelaterade faktorer Relationen till andra Oidentifierade orsaker Hur ångesten ska hanteras presenteras under 6 teman: Diagnosens påverkan Personcentrerad vård Minneshjälp Trevliga och distraherande aktiviteter Hantering av fysiska och omgivningsrelaterade faktorer Medicin, som en sista utväg	Medel

Artikel/Land	Syfte	Metod/design	Deltagare	Resultat	Kvalité
Roberts et al. (2015) Australien	Att beskriva en sammansatt vårdmodell och hur den påverkar personer med demens.	Mixad metod . Kvantitativ del Mätverktyg: CMAI, DCM och data från läkemedelslistor Kvalitativ del Intervjuer	n=16 personer med demens n=18 personal n=7 anhöriga	Minskat användande eller uteslutande av antipsykotika och lugnande läkemedel då behovet minskat eller inte kvarstod alls. CMAI (agitation) minskat från start till uppföljning. Meningsfulla aktiviteter rapporterades genom DCM. Sömn (DCM) under dagen minskade efter implementering av interventionen. Kvalitativ data från anhöriga.	Medel
Rokstad et al. (2013) Norge	Undersöka två interventioner mot en kontrollgrupp för att undersöka om det medför mindre agitation och neuropsykiska symtom samt visar en ökad livskvalité hos personer på särskilt boende.	Kvantitativ metod Randomiserad kontrollstudie på interventionsgrupper Två mätillfällen BARS, NPI-Q, QUALID, CSDD	n=624 personer med demens i olika stadie var med från början n=446 personer slutförde hela studien	BARS (agitation) ingen signifikant skillnad för någon av grupperna. NPI-Q (agitation, psykiska symtom) signifikant skillnad för båda interventionsgrupperna. QUALID (livskvalité) visade signifikant skillnad för interventionsgruppen med "Dementia Care Mapping" med inte för personcentrerad vård. CSDD (depression) visade signifikant skillnad för interventionsgruppen med "VIPS practice model" men inte för "Dementia Care Mapping"	Hög
Sidani et al. (2012) Canada	Att undersöka förändringar i personens prestation före och efter att omvårdnadspersonalen implementerat ett förhållningssätt som fokuserar på förmågan, samt vilket resultat förhållningssättet medför.	Kvantitativ metod Före-efter design. PAS, RADL, MIBM, LPRS	n=65 personer med demens	(PAS) Ingen signifikant skillnad för agitation. (LPRS) Implementering av en del strategier medförde ökad fysisk och psykologisk funktion. För många strategier, orsakade ökad funktionsnedsättning. Minskad förvirring vid introducering av uppgift. Interaktion med personal ökade. (MIBM) Lugnare och mer avslappnat beteende.	Medel

Artikel/Land	Syfte	Metod/design	Deltagare	Resultat	Kvalité
Sjögren et al. (2013) Sverige	Studera personcentrerad vård i relation till prestationsmöjligheten av aktiviteter i det dagliga livet, livskvalité, smärtnivåer, nedstämdhetssymtom och agitationsbeteenden hos personer med demens på särskilda boenden.	Kvantitativ metod Tvärsnittsstudie Enkäter P-CAT, QUALID, PAINAD, CSDD, CMAI, MDDAS	n=1261 personer med demens n=1169 personal	Enheter med högre nivå av personcentrerad vård (P-CAT) visar skillnad gällande hur personer med demens klarar ADL (MDDAS) QUALID visar bättre för livskvalité på enheter med högre nivå av personcentrering. Smärta (PAINAD), depression (CSDD) och agitation (CMAI) visar ingen signifikant skillnad som kan korreleras med nivån av personcentrering.	Hög
Willemse et al. (2015) Nederländerna	Undersöka till vilken grad personal-vårdtagares samspel belyser eller förminskar den boendes psykologiska behov och hur samspelet associeras till den boendes välbefinnande.	Mixad metod Kvantitativ del DCM, ME Kvalitativ del Observationer av observatör	n=51 vårdtagare från nio olika vårdanläggningar	Presenterar fördelningen av personligt förstärkande och förminskande faktorer genom interaktioner (DCM) samt hur de relateras till välbefinnande (ME). Observationer av observatör bidrar med detaljerad information.	Hög

Bilaga B - Kvalitetsgranskningsmallar

Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod, enligt Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006)

	Fråga	Ja	Nej	Vet ej
1	Finns tydlig begränsning/problemformulering?			
2	Beskrivs patientkarakteristika? (Antal, ålder, man/kvinna)			
3	Är kontexten presenterad?			
4	Finns ett etiskt resonemang?			
5	Är urvalet relevant?			
6	Är urvalet strategisk?			
7	Är metod för urvalsförfarande tydligt beskrivet?			
8	Är metod för datainsamling tydligt beskrivet?			
9	Är metod för analys tydligt beskriven?			
10	Är resultatet logiskt, begripligt?			
11	Råder datamätnad?			
12	Råder analysmättnad?			
13	Redovisas resultatet klart och tydligt?			
14	Redovisas resultatet i förhållande till teoretisk referensram?			
15	Genereras teori?			
16	Vilket fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?			
	Sammanfattande bedömning av kvalitet?	Bra	Medel	Dålig

För att klassificera denna typ av studie gavs varje positivt svar poäng och räknades sedan ut i procent mot den totala poängsumman. Detta bidrog till tre kvalitetsgrader:

Grad I 80-100 % (Hög kvalitet)

Grad II 70-79 % (Medel kvalitet)

Grad III 60-69 % (Låg Kvalitet)

Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod, RCT & CCT enligt Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006)

RCT?	CCT?	Multicenter? Antal.....	Kontrollgrupp/er.....
------	------	-------------------------	-----------------------

	Fråga	Ja	Nej	Vet ej
1	Adekvat inkludering/exkludering?			
2	Beskrivs patientkarakteristika? (Antal, ålder, man/kvinna)			
3	Är urvalsförfarande beskrivet?			
4	Är urvalet representativt?			
5	Är randomiseringsförfarandet beskrivet?			
6	Var grupperna likvärdiga vid start?			
7	Analyserade i den grupp som de randomiserades till?			
8	Förekommer blindning av patienter?			
9	Förekommer blindning av vårdare?			
10	Förekommer blindning av forskare?			
11	Är bortfallsanalysen beskriven?			
12	Är bortfallsstorleken beskriven?			
13	Finns ett etiskt resonemang?			
14	Är instrumenten valida?			
15	Är instrumenten reliabla?			
16	Är resultatet generaliserbart?			
	Sammanfattande bedömning av kvalitet?	Bra	Medel	Dålig

För att klassificera denna typ av studie gavs varje positivt svar poäng och räknades sedan ut i procent mot den totala poängsumman. Detta bidrog till tre kvalitetsgrader:

Grad I 80-100 % (Hög kvalitet)

Grad II 70-79 % (Medel kvalitet)

Grad III 60-69 % (Låg Kvalitet)