



**SAHLGRENSKA AKADEMIN**  
**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA**

# **OMVÅRDNADENS BETYDELSE I EN ANPASSAD VÅRDMILJÖ FÖR MÄNNISKOR MED DEMENSSJUKDOM**

Hur kan vårdmiljön bidra till trygghet?

**Emma Boman**  
**Melissa Bagheri**

---

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht 2016
Handledare:	Lena Johansson
Examinator:	Patricia Olaya-Contreras

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

## **Förord**

Vi vill tacka vår handledare Lena som väglett och stöttat oss genom hela denna process. Ett stort tack till varandra för ett bra samarbete.

Titel (svensk)	Personer med demenssjukdom i en anpassad vårdmiljö. Hur kan vårdmiljön bidra till trygghet hos personer med demenssjukdom?
Titel (engelsk)	People with dementia in a customized care environment. How does health care environment contribute to the safety of people with dementia?
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht 2016
Författare	Emma Boman, Melissa Bagheri
Handledare:	Lena Johansson
Examinator:	Patricia Olaya-Contreras

---

## Sammanfattning:

**Bakgrund:** Demenssjukdom är en av de vanligaste geriatriska sjukdomarna i dagens samhälle. Personer med demenssjukdom har symtom som ger intellektuella funktionsnedsättningar exempelvis minnesproblematik och språksvårigheter. Detta kan leda till att de kräver specialistvård och särskild utformad miljö. Upplevelsen av trygghet är viktigt för oss människor. I omvårdnadsarbetet bör sjuksköterskan sträva efter att skapa en känsla av trygghet hos patienterna. Ett sätt att göra detta är att anpassa vårdmiljön på exempelvis ett särskilt boende för personer med demenssjukdom. Vikten av kunskap kring hur vårdmiljön för dessa patienter kan skapa en trygghet är högst relevant. **Syfte:** Att undersöka hur vårdmiljön kan bidra till trygghet hos personer med demenssjukdom. **Metod:** Litteraturstudie baserat på 15 stycken vetenskapliga artiklar med huvudsakligen kvalitativ ansats varav tre kvantitativa studier. Litteratursökningen utgår från databaserna Cinahl, PubMed samt Scopus. Artiklarna har granskats och analyserats utifrån Fribergs (2012) metod. **Resultat:** Fyra huvudteman framkom: Förutsättningar för rumsorientering, Hemtrivsel, Lugn och stimulifattig miljö och Tillsyn. **Slutsatser:** Vårdmiljön har en stor inverkan på personer med demenssjukdoms trygghet. Genom en mer anpassad vårdmiljö efter individens funktionsnivå ökar trygghetskänslan hos dessa personer. Både planritningen och en hemlik miljö som är igenkännande har stor betydelse för patientens förmåga att orientera sig vilket i sin tur har stor betydelse för tryggheten. Även personalen kan genom ökad närvaro och social miljö bidra till denna trygghetskänsla. En mer säker miljö är en tryggare miljö. Denna studie kan användas vid förbättringsarbete gällande vårdmiljön för personer med demenssjukdom.

Nyckelord: Demens, vårdmiljö, trygghet, omvårdnad, sjuksköterskor

# Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund .....	1
<b>Demens</b> .....	1
Olika typer av demenssjukdomar.....	2
Prevalens .....	2
Särskilt boende.....	3
<b>Vårdmiljö</b> .....	3
<b>Trygghet</b> .....	4
Problemformulering .....	5
Syfte .....	5
Metod .....	5
<b>Litteratursökning</b> .....	6
<b>Urvalskriterier</b> .....	6
<b>Granskning av artiklar</b> .....	7
<b>Analys</b> .....	7
<b>Etiskt ställningstagande</b> .....	7
Resultat.....	7
<b>Förutsättningar för rumsorientering</b> .....	8
Planritning.....	8
Matsal.....	8
Kompenserande miljö .....	9
<b>Hemtrivsel</b> .....	10
Hemlighet.....	10
Personliga föremål .....	10
Personalens påverkan.....	11
<b>Lugn och stimulifattig miljö</b> .....	11
Social miljö .....	11
Öppna ytor .....	12
<b>Tillsyn</b> .....	13
Säkerhet.....	13
Personalens närvaro .....	13
Diskussion .....	13
<b>Metoddiskussion</b> .....	13
Litteratursökning.....	14

Urvalskriterier .....	14
Analys .....	14
Etiskt ställningstagande .....	15
<b>Resultatdiskussion</b> .....	15
Implikationer för omvårdnad .....	17
Vidare forskning .....	18
Slutsats .....	18
Referenslista .....	19
Bilagor .....	24
<b>Söktabell</b> .....	24
<b>Artikelmatris</b> .....	26

# Inledning

Trygghet är en essentiell upplevelse för varje individ och som sjuksköterska är det ett betydelsefullt omvårdnadsbegrepp. Vid sjukdom kan tryggheten hotas och bidra till otrygghet. Sjuksköterskan ansvarar då för att vårdupplevelsen ska bli säker och bästa möjliga. Det är av stor betydelse inom omvårdnad att sjuksköterskan anstränger sig för att skapa trygghet hos patienten.

Vårdmiljön har en stor inverkan på patientens känsla av trygghet, i synnerhet vid demenssjukdom. Demenssjukdom är en patientgrupp som kräver en anpassad miljö för att kunna underlätta de symtom som sjukdomen medför. En anpassad vårdmiljö är sällan en självklarhet vid demenssjukdom, och det kan även finnas bristande kompetens för denna omvårdnadsuppgift. En rad studier kring ämnet förekommer om vårdmiljöns utformning och dess påverkan på individen, trots det förekommer stora hinder, i synnerhet inom den somatiska vården. Det är därför av stor vikt att belysa problemet och trycka på de åtgärder som är förekommande av relevans.

Ämnet valdes då vi båda har mött personer med demenssjukdom på våra arbetsplatser. Vi observerade att det fanns svårigheter i vårdmiljön som påverkade omvårdnaden av dessa personer negativt. Därför utvecklades intresset över vilka omvårdnadsåtgärder sjuksköterskan kan utföra för att skapa bästa möjliga vård. Detta arbete är till för att lära oss huruvida vi kan göra vårdmiljön till en del av omvårdnaden och på så sätt förmedla och skapa trygghet.

## Bakgrund

### Demens

Demens är ett syndrom, det vill säga en diagnos som utgår ifrån en samling symtom, som kan orsakas av flera olika typer av hjärnsjukdomar. Symtomen vid demenssjukdomar beror på störningar av högre intellektuella funktioner och leder till en kognitiv reduktion som är så allvarlig att det innebär en påtaglig funktionsnedsättning. De patologiska organiska skadorna i hjärnan kan bero på exempelvis Alzheimers sjukdom, stroke, missbruk, eller tumörer i hjärnan. Symtomen varierar beroende på vilka delar av hjärnan som skadats. Risken att få demenssjukdom ökar med åldern och exempelvis ärftliga faktorer kan medföra en ökad risk att drabbas. Utöver hög ålder och ärftlighet är andra förekommande riskfaktorer; hypertoni, diabetes och även ensamhet. Det finns idag ingen medicinsk behandling som botar demens, enbart symtomlindring. Därför är vården av personer med demenssjukdom främst baserad på en god omvårdnad. Omvårdnaden är i detta fall extra betydelsefull som symtomlindring då medicinering inte stöttar de symtom som sjukdomen skapar (Skog, 2012).

För att bli diagnostiserad med demens krävs det att vissa kriterier uppfylls utöver minnesstörning, vilket är det första obligatoriska symtomet. Minnesnedsättning är vanligtvis det första tydliga symtomet och det som i allmänhet är sammanhängande med begreppet demens (Wijk, 2014). Andra symtom är en nedsatt kommunikationsförmåga och afasi, svårigheter att orientera sig, känslomässig avtrubning och svårigheter med den praktiska kapaciteten (apraxi). Sjukdomen kan innebära svårigheter att klara av vardagliga sysslor som att sköta sin hygien. Även sinnesintryck kan bli problematiska att tolka för personer som lider av demenssjukdom (Skog, 2012).

Symtomen skall ha förekommit under minst sex månaders tid innan en klar diagnos kan ställas. Diagnosen ställs efter en demensutredning som kan ske på olika sätt. Här ingår i första hand; sjukhistoria, ärftlighet, sociala förhållanden, tidigare sjukdomar, medicinering, en kroppslig undersökning, laboratorieprover, datortomografi och EEG, samt en minnes- och psykosocial anamnes (Skog, 2012).

Vid demenssjukdom är det vanligt att personen drabbas av beteendemässiga och psykologiska symtom (BPSD). Beteendemässiga symtom kan exempelvis vara skrikande, vandrande och utåtagerande. Till psykologiska symtom räknas ångest, depression, oro och apati (Edberg, 2014). BPSD är mycket vanligt förekommande och cirka 90 procent drabbas någon gång under sjukdomsförloppet av dessa symtom (Wijk, 2011).

Demenssjukdom delas upp i olika stadier; mild demens, måttlig demens och svår demens. Vid mild demens tenderar den sjuke att ha svårt att komma ihåg och orientera sig i kända miljöer. Även kommunikationsförmågan kan degenerera. Vid måttlig demens har minnet försämrats ytterligare och språkförmågan blivit sämre. Vid detta stadium börjar de vardagliga sysslorna och att sköta sin hygien bli problematiskt. Svår demens innebär att den egna förmågan att kunna ta hand om sig själv, har förvärrats. Det blir besvärligt att äta själv eller sitta upprätt. I värsta fall kan personen i slutstadiet av sjukdomen bli helt sängliggande (Edberg, 2014).

### **Olika typer av demenssjukdomar**

Demenssjukdomar delas vanligtvis in i primärdegenerativa sjukdomar, vaskulära demenssjukdomar och sekundära demenstillstånd (Basun, Skog, Wahlund & Wijk, 2013). Vid primärdegenerativa demenssjukdomar sker nedbrytningen av nervcellerna i hjärnan mer omfattande än vid ett normalt åldrande och nervceller dör. Symtomen tenderar vanligtvis ha en långsam progressiv utveckling över flera år. De två vanligaste primärdegenerativa sjukdomarna är Alzheimers sjukdom och frontotemporal demens (Skog, 2012). I Sverige omfattar Alzheimers sjukdom cirka 60-80 procent av alla som lider av demenssjukdom (Basun et al., 2013). Vid Alzheimers sjukdom lagras ett skadligt protein i hjärnan, beta-amyloid, vilket skapar plack. Placket blockerar nervimpulser. Även fibrillerna i nervcellen förändras, vilket leder till nervcellsdöd. Slutligen minskar signalsubstansen acetylcolin som är betydelsefull för minnesfunktionen (Skog, 2012).

Vaskulär demens, även kallad blodkärlsdemens, är den näst mest förekommande demenssjukdomen (Skog, 2012). Denna typ omfattar 25-30 procent av alla demenssjuka (Basun et al., 2013). Vid vaskulär demens orsakas hjärncellerna av en syrebrist som skapas när blodkärl i hjärnan fått en propp, exempelvis vid stroke, som leder till att hjärnceller dör. Sekundära tillstånd är ett samlingsnamn på andra sjukdomar som ger demensliknande symtom (Wijk, 2014). Denna grupp står för övriga tillstånd eller faktorer som leder till demens. Gruppen sekundär demens innefattar sjukdomsorsaker exempelvis infektioner, missbruk och vitaminbrist (Skog, 2012).

### **Prevalens**

Idag är det omkring 47 miljoner människor världen över som lever med demenssjukdom. 10 miljoner människor diagnostiseras årligen och år 2050 beräknas antalet ha tredubblats till mer än 130 miljoner. De mest utsatta är medelinkomstländer och låginkomsttagande personer. Demens har en stor ekonomisk betydelse och den totala kostnaden beräknas vara 818 miljarder amerikanska dollar (Prince, Wimo, Guerchet, Ali, Wu, Prina, 2015). Ungefär 24 000 personer insjuknar i demens årligen i Sverige (Skog, 2012). Demens är vanligt vid

stigande ålder, generellt är det starkt åldersrelaterat och ökar efter 65 år. Däremot kan demenssjukdomar i sällsynta fall även drabba yngre personer i 40-50 års ålder (Kilander & Basun, 2016).

### **Särskilt boende**

När demenssjukdomen har utvecklats och fortskridit till fler och svårare symtom kan det bli aktuellt med ett särskilt boende (SÄBO) för att få hjälp med vård och omsorg (Edvardsson & Wijk, 2014). Främsta anledningen till att boende blir nödvändigt är nedsatt ADL-funktion, så som exempelvis svårigheter med matintag, påklädning och personlig hygien. Ytterligare svårigheter som leder till att personen inte längre kan bo hemma är exempelvis att han eller hon inte kan kommunicera, göra sig förstådd eller uttrycka önskemål (Grafström, 2013). Ett särskilt boende innebär en bostad med utformad miljö, tillgängliga tjänster dygnet runt, samt personal som kan ge omvårdnad och vet när det erfordras medicinsk vård (Socialstyrelsen, 2011).

En biståndshandläggare är den som, enligt socialtjänstlagen, beviljar en flytt till ett särskilt boende (Edberg, 2014). I Sverige innebär detta att personen vanligtvis har en egen lägenhet i ett större lägenhetskomples tillsammans med andra personer som lider av demenssjukdom. Detta kallas för ett demensboende (Edvardsson & Wijk, 2014). Enligt Socialstyrelsen (2016) bor det cirka 88 000 personer på särskilt boende i Sverige och ungefär hälften av dessa har en demenssjukdom (Socialstyrelsen, 2011).

### **Vårdmiljö**

Vårdmiljö innefattar den plats där ett möte mellan vårdpersonal och patient sker (Johansson Berglund, 2014). Inom vårdforskning är miljön ett av det viktigaste konsensusbegreppet som utgör det centrala i omvårdnaden (Edvardsson, 2011). Enligt Patientlagen (2014:821) är målet med sjukvården att hela befolkningen har rätt till vård på lika villkor. Detta berör även vårdmiljön och dess utformning. Vårdmiljön bör vara anpassad för samtliga typer av besökare och främja bästa möjliga vård. Det ställs även krav på att miljön ska verka hälsofrämjande och förebygga ohälsa. Det innebär att se de risker som existerar i miljön runt omkring oss och förhindra fara samt att stötta de resurser patienten har med sig. Att miljön är anpassad efter patientens individuella behov och inte bidra till mer lidande är av stor betydelse (Edvardsson & Wijk, 2014).

Florence Nightingale (1860) är känd för att vara ”omvårdnadens moder” för hennes koppling mellan vårdmiljöns utformning kontra patientens hälsa. Nightingales teori bygger på att hälsan påverkas till det bättre vid en vacker miljö och solljus, likaså av sjuksköterskans närvaro och samspelet med patienten. Hon implementerar även hur patientens säkerhet är sammanlänkad till vårdmiljön. Ett exempel är att innan virus och bakterier var kända, förstod Nightingale innebörden med att patienterna som fick frisk luft återfick sin hälsa.

Den fysiska miljön är betydelsefull för både patienten och vårdpersonalen. Johansson Berglund (2014) menar att en korrekt utformning av vårdmiljön bidrar till patientsäkerhet, ökad vårdkvalitet, minskad stress hos patienterna samt hos vårdpersonalen. Vårdmiljön är vid flera tillfällen ett hinder för en god omvårdnad. Vid dessa tillfällen hindrar miljön, snarare än stödjer, patienten i sina behov. Det är då viktigt att sjuksköterskan medtar miljön som en del av omvårdnaden. Att använda sig av omgivningens utformning för att främja hälsa är en



central del av vården (Edvardsson & Wijk, 2014).

Vårdmiljön kan ses både ur ett objektivet och subjektivt perspektiv. Objektivet sett kan miljön ha betydelse i form av arkitektur, avstånd eller materiella ting. Hur vi upplever miljön vi befinner oss i utgår från ett subjektivt perspektiv. Människor har skilda erfarenheter och förutsättningar som gör att tolkningen varierar. Vi upplever miljön genom våra sinnesintryck och hur vi gör detta skiljer sig åt. Omgivningens utformning och innehåll anses vara en viktig del av vård och rehabilitering, som stöd för patientens välbefinnande och personalens insatser. Det är av stor vikt att veta hur miljön ska upplevas samt syftet med utformningen (Edvardsson & Wijk, 2014).

## Trygghet

Omvårdnadsbegreppet *trygghet* valdes då detta är något som förloras vid sjukdom. Det blir därför ett centralt begrepp för sjuksköterskan i sitt omvårdnadsarbete. Vid demenssjukdom har trygghet en extra stor betydelse relaterat till de symtom som sjukdomen medför.

Upplevelsen av trygghet är eftersträvansvärt. Det rör en önskan om att uppleva något gott. Psykologen Maslows teori grundar sig i en behovspyramid (Maslow, 1987). Denna pyramid består av fem steg varav det näst viktigaste behovet, efter de basala behoven, är trygghet. Med detta menas att när de fysiologiska behoven är tillgodosedda strävar människan efter att tillfredsställa trygghet, säkerhet och medmänsklig kontakt. Maslow (1987) menar att upplevelsen av trygghet innebär en känsla av säkerhet, stabilitet, beroende, skydd, orädsla samt ett behov av struktur, ordning, lagar och begränsningar. Även sjuksköterskan och omvårdnadsforskaren Andersson (1984) behandlar begreppet trygghet och dess innebörd. Enligt henne framkommer det att trygghetskänslan är kopplat till materiella ting, miljön, relationer, kunskap och kontroll.

Upplevelsen av trygghet berör de fyra konsensusbegreppen i omvårdnaden såsom; människa, hälsa, omvårdnad och miljö (Santamäki Fischer & Dahlqvist, 2014). Begreppet trygghet kan delas in i upplevelser av grundtrygghet och situationsrelaterad trygghet. Inom grundtryggheten sker det vanligtvis en koppling till identitet och egenvärde. Den situationsrelaterade tryggheten berör yttre- och faktiska förhållanden. Dessa två former är tillsammans ett samband för att skapa en känsla av trygghet hos individen (Andersson, 1984). Trygghetsbegreppet kan också ses utifrån en objektiv och subjektiv dimension. Enligt en objektiv synvinkel ligger fokus på den fysiska tryggheten relaterat till säkerhet (exempelvis undvikande av olyckor, skador och sjukdom). Den subjektiva dimensionen syftar på den inre känslan och upplevelsen av trygghet. Detta kopplat till psykologiska faktorer som exempelvis ångest och oro. Även känslan av orädsla och skydd från fara i sin miljö och i sig själv. Dessa dimensioner kan påverka varandra, både positivt och negativt (Maurice, Lavoie, Laflamme, Swanström, Romer & Anderson, 2001).

Trygghet kan inom vårdsammanhang hotas och den sjuka personen försöker då skapa ny trygghet. Det är i svåra situationer som känslan av avslappning och lugn kan försvinna, och otrygghet upplevs. Trygghetsbehovet kan därför vara extra viktigt för en patient då sjukdom alltid innebär en förlust av trygghet. Anledningen till detta är att livet blir oförutsägbart och att ovissheten resulterar i otrygghet. Personen har inte längre kontroll och känslan av hjälplöshet kan framkomma. Trygghet och säkerhet som tidigare varit tillfredsställt kan nu bli ett bristbehov (Tamm, 1991).

Fridell (1998) belyser att en bra fysisk vårdmiljö berör begreppet trygghet. Detta innebär att vårdmiljön ska bidra till trygghet i mån att kunna ge god vård. Trygghet som en egenskap bör vara en del av vårdmiljön och betydelsen är avsevärd för patienten. Hon menar på att trygghet i vårdmiljön innebär att platsen är igenkännande till följd av att patienten kan verifiera miljön. Även Johansson Berglund (2014) betonar hur en känsla av trygghet och hemlighet är två viktiga komponenter inom vårdmiljösammanhang. Omgivningen säger mycket om hur människan bör bete sig, vart saker befinner sig och exempelvis vart vi kan sätta oss, vilket i sig förmedlar trygghet. Patienten befinner sig ofta i en svår livssituation som ett resultat av sin sjukdom. Detta medför svårigheter att tolka sin omgivning då balansen är rubbad. Det är därmed viktigt för individens trygghet att budskap i miljön är vanliga och enkla. Det vill säga tydliga att tolka och förstå (Fridell, 1998). Att kunna tyda sin omgivning innebär enligt Fridell (1998) trygghet, säkerhet och kontroll, i brist på detta kan en vilshenhet uppstå. Det kan dels beröra ljus, ljud, vackra färger och bekväma möbler, såväl som kontakt med anhöriga och vänner (Santamäki Fischer & Dahlqvist, 2014).

Det finns krav på hur vården skall utövas enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 2 a §. Ett av kraven innefattar att vården ska ta hänsyn till patientens behov av trygghet (SFS 1982:763). Sjuksköterskan kan förmedla trygghet i omvårdnadsarbetet genom att medföra en lättnad och lindra. Trygghet är som viktigast när lidandet är stort. En känslighet och sårbarhet krävs av sjuksköterskan för att kunna känna empati och förmedla trygghet (Santamäki Fischer & Dahlqvist, 2014). Som sjuksköterska bör man vidare beakta att patientens uttryck av sin otrygghet kan variera och behöver inte vara verbalt (Tamm, 1991).

## **Problemformulering**

Att vårdmiljön är anpassad efter patientens behov är inte alltid en självklarhet. Gällande personer med demenssjukdom krävs det mer resurser än vid omvårdnaden av en patient utan denna typ av sjukdom. Detta eftersom personer med demenssjukdom har intellektuella svårigheter som medför besvär med att tolka omgivningen. Dessa svårigheter kan leda till en känsla av otrygghet. Att etablera en trygghet för dessa personer blir problematiskt beroende på hur väl miljön är utformad. Omvårdnaden bör sträva efter att öka funktionsnivån och minska känsla av otrygghet. Det är sjuksköterskan som står för denna omvårdnad och därmed ansvarig för att trygghet ska bildas. Detta arbete syftar till att undersöka hur vårdmiljön kan bidra till trygghet för personer med demenssjukdom.

## **Syfte**

Att undersöka hur vårdmiljön kan bidra till trygghet hos personer med demenssjukdom.

## **Metod**

Denna rapport bygger på en litteraturstudie. En övergripande sökning av vetenskapliga artiklar genomfördes och relevant fakta som berörde syftet har sökts fram utifrån olika databaser. Litteraturstudien var baserad på forskning från 15 stycken artiklar. Genom denna metod samlades det in befintlig forskning kring området som sedan sammanställdes. Ett perspektiv av kunskapsläget skapades och en uppfattning om vad som har studerats och vad forskning tidigare har hittat (Friberg, 2012).

## Litteratursökning

Inför litteratursökningen skapades en lista med sökord som befanns relevanta till uppsatsens syfte. Dessa var; *demens, miljö, sjuksköterska, upplevelse, omvårdnad, säkerhet och trygghet*. För att få en korrekt översättning till de engelska termerna användes ordlistan Svensk Mesh. Även dokumentet "Termer för 'Upplevelser' och 'Bemötande' i olika former" (2013) från Karolinska Institutet användes. Därifrån framkom sökordet *attitude* som användes i en av sökprocesserna i Cinahl.

De sökord som kom till användning i slutändan var *dementia, attitudes, nurse, care, environment, Alzheimer's disease, health facility environment, perception, nursing, caring, experience och safety*. Dessa termer ansågs relevanta till ämnet där *dementia* och *environment* var huvudsakliga faktorer i syftet. Anledningen till att listan med sökord innehöll ord som *attitudes, perception* och *care* var för att kunna få fram artiklar där det diskuterade sjuksköterskans attityd och erfarenhet av att vårda patienter som lider av demens i en ohållbar miljö. Sökorden användes i olika kombinationer för att kunna få en överblick över vilka ord som gav mest användbart material. En söktabell gjordes för att kunna strukturera upp litteratursökningen, se bilaga.

Sökningen utgick ifrån flera olika databaser för att försäkra sig om att inget skulle utelämnas inom forskningsområdet. Dessa databaser var Cinahl, PubMed och Scopus. Cinahl användes då den berör omvårdnad och upplevelser vilket motsvarade frågeställningen. Det var även genom Cinahl som flest artiklar valdes. PubMed användes för att erhålla en mer medicinsk syn, vilket denna databas vidrör. Även för att kunna utvidga sökningen och erhålla mer material att arbeta med. Detsamma gällde för databasen Scopus.

Datinsamlingen inleddes med breda sökningar kring problemområdet för att införskaffa en övergripande bild av forskningsområdet. Syftet ändrades efter upprepade litteratursökningar. Därav var den första sökningen som gjordes den 4 oktober på totalt 265 träffar och i slutändan ansågs enbart två stycken av dessa beröra studiens syfte.

## Urvalskriterier

Flera avgränsningar tillämpades för att erhålla ett informationsrikt men avgränsat urval av vetenskapliga artiklar som var anpassade till syftet. Begränsningen 'Peer Reviewed' användes vid samtliga sökningar i Cinahl. Begränsningen kunde endast tillämpas i denna databas och därav användes inte denna begränsning i sökningarna som gjordes i PubMed och Scopus med hänsyn till att de enbart innehåller material som är 'Peer Reviewed' (Samuel Merritt University, 2016). I samtliga sökningar användes tidsbegränsningen 2000 - 2016. Även artiklar som var beställnings/köp-varor valdes bort liksom studier som var skrivna på annat språk än engelska. Det har inte funnits någon geografisk begränsning i sökningarna.

I två av sökningarna i Cinahl gjordes avgränsningarna; "title" och "word in major subject heading". Begränsningen "title" användes på ordet *dementia* och "word in major subject heading" gjordes på ordet *environment* samt *health facility environment*. Vid andra sökningar i Cinahl där önskemålet var att utöka antalet träffar valdes "or" istället för "and" mellan orden *Dementia* och *Alzheimers disease, environment* och *health facility environment* samt *caring* och *nursing*.

## Granskning av artiklar

Datagranskningen inleddes med att avgöra vilka artiklar från litteratursökningen som hade titlar som berörde syftet. Om sammanfattningen bedömdes vara relevanta för frågeställningen, gick de vidare till att bli granskade på fulltextläsning. Därefter valdes de artiklar som ansågs vara lämpliga till att användas i resultatdelen. Resultatet av sökningarna blev 15 vetenskapliga artiklar, varav både kvantitativa och kvalitativa har granskats. Dessa lade sedan grunden för rapporten. Artiklarnas kvalitet granskades enligt Röda korsets mall för granskning av vetenskapliga artiklar (2005) och en granskningsmall av Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2014) användes. Samtliga artiklar ansågs svara mot syftet och bedömdes vara av hög eller medelhög kvalitet. Dessa sammanställdes sedan i en artikelmatris, se bilaga.

Artiklar där familjemedlemmars erfarenheter beskrevs ansågs som ett exklusionskriterie vid granskning av artiklarna. Detta relaterat till att syftet i arbetet berörde sjuksköterskans erfarenheter. Särskilt boende har däremot inte varit ett inklusionskriterie, utan de artiklarna som valdes att granskas och arbeta med berörde till största del denna form av boende. Tre artiklar berörde andra vårdenheter så som; vårdavdelning på sjukhus och vård i hemmet.

## Analys

Friberg (2012) har varit utgångspunkten vid analysen av texterna. De valda artiklarnas helhet lästes först igenom för att erhålla en överblick över vad texterna innehöll. Fokus låg på resultatdelen i varje vald artikel för en djupare analys. Artiklarna jämfördes och dess resultat sammanställdes. De delar som var upprepande i texterna ledde sedan till olika teman. Teman som framkom var; förutsättningar för rumsorientering, hemtrivsel, lugn och stimulifattig miljö och tillsyn. Subteman som framkom var planritning, matsal, kompenserande miljö, hemlighet, personliga föremål, personalens påverkan, social miljö, öppna ytor, säkerhet och personalens närvaro, se tabell 1.

## Etiskt ställningstagande

Samtliga artiklar, förutom en, erhöll godkännande från en etisk kommitté. Därav ansågs de som etiskt granskade. Däremot nämnde inte alla artiklar andra etiska frågor, exempelvis godkännande av deltagare eller information till deltagare. Artikel skriven av Marquardt & Schmiege (2009) saknade etiskt resonemang, däremot var det en vetenskaplig studie som var Peer Reviewed och efter granskning ansågs kvaliteten vara hög.

## Resultat

15 artiklar ligger till grund för resultatet. Dessa studier berör forskning från Sverige, Australien, Malta, England, Tyskland, Kanada och Nya Zeeland. Artiklarna är publicerade inom årsintervall 2002-2016. Följande studier använder sig av kvalitativa metoder, förutom tre som är kvantitativa. Samtliga studier berör vårdpersonalens upplevelser och erfarenheter av vårdmiljön och dess påverkan hos personer med demenssjukdom. Följande fyra teman och tio subteman framkom genom en analys av artiklarna. Se tabell 1.

Tabell 1.

<b>Teman</b>	<b>Subteman</b>
Förutsättningar för rumsorientering	Planritning Matsal Kompenserande miljö
Hemtrivsel	Hemlighet Personliga föremål Personalens påverkan
Lugn och stimulifattig miljö	Social miljö Öppna ytor
Tillsyn	Säkerhet Personalens närvaro

## **Förutsättningar för rumsorientering**

### **Planritning**

Fynd visade att den fysiska miljön på det särskilda boendet påverkade de demenssjukas känslor, symtom och funktionsnivå. I en artikel kring demensvänlig arkitektur skriven av Marquardt & Schmiege (2009) beskrivs det hur vårdmiljöns planritning påverkade personer med demenssjukdom. Bland annat fann studien att det var viktigt med den gemensamma korridorrens storlek och form. I en korridor vars planritning var rak kunde de boende med demenssjukdom enklare hitta sin väg än i en korridor som innehöll en förändring i riktning, exempelvis med en hörnkurva. Observationer visade att orienteringen för personer med demenssjukdom kunde förbättras om korridoren inte hade störande konstruktioner i form utav alkover. Detta eftersom en klar sikt genom hela korridoren underlättade orienteringsförmågan. I studien framkom det även att lokaliseringen av vad som är utomhus ökade om balkongen var belägen i anslutning till vardagsrummet.

Andra studier betonade vikten av en miljö med en öppen planlösning och mycket utrymme för de boende att röra sig på. Studierna fann att denna miljö var positiv och mer trygg för personer som lider av demenssjukdom. Anledningen till detta menade vårdpersonal var att inneboende behövde gott om utrymme för att kunna orientera sig lättare och vandra runt (Cioffi, Fleming, Wilkes, Sinfield & Miere, 2007, & Popham & Orrell, 2012).

Studier belyste också att orienteringen för personer med demenssjukdom underlättade om en placering skedde i utsedda sektioner eller avdelningar på sjukhus och undvek onödiga förflyttningar av patienter från ett rum till ett annat. Även korta avstånd mellan rummen beskrevs som underlättande för personer med demenssjukdom (Scerri, Innes & Scerri, 2015 & Zingmark, Sandman & Norberg, 2002).

### **Matsal**

Studier visade att köket var en yta av stort värde. Köket och måltidsmiljön var betydelsefull för patientens hälsa och mer frekvent användning av matsalen uppmuntrades till en lugnare och mer avslappnad miljö. De exempel som artiklar nämnde var att placera bilder på matsalens väggar och trycka mönster på dukar och gardiner. Vidare beskrev de att inom

måltidssituationen bör mat serveras i serveringsskålar som tillät patienterna att hjälpa sig själva, som ersättning av breda brickor. De belyste att dessa åtgärder bidrog till att måltidsupplevelsen förbättrades vilket yttrade sig genom viktuppgång hos patienterna. Detta påvisade hur en trevlig måltidsmiljö bidrog till hälsa genom att den ökade kontakten mellan patienter och stämningen blev trevligare (Mamhidir, Karlsson, Norberg & Kihlgren, 2007; Scerri et al., 2015 & Zingmark, et al., 2002).

Andra studier fann att vårdpersonalen tydligt såg hur en anpassad miljö kunde motivera patienterna till att bli mer självständiga och oberoende. Studier fann att miljöegenskaper, som en öppen köksdesign med åtkomlig kaffebyggare, var avsevärt för att främja självständighet hos personer med demenssjukdomar. Inredning med belysning, färg och nya möbler gav vårdtagarna en känsla av komfort. En mer utformad och anpassad miljö ökade engagemanget mellan personal och inneboende (Chaudhury, Hung, Rust & Wu, 2016 & Hung, Chaudhury & Rust, 2015).

### **Kompenserande miljö**

Två studier påvisade att det fanns flera omvårdnadsåtgärder i den fysiska miljön som sjuksköterskan kunde ta till sig. Exempel på dessa var att ha adekvat ljus och belysning. Studier hävdade att användning av hjälpmedel såsom skyltar, bilder och målningar var nödvändigt för att personer med demenssjukdom lättare skall kunna orientera sig. De konstaterade att första resursen därför borde vara att infrastrukturen åtgärdas för att kunna åstadkomma en demensvänlig miljö med fler markeringar och standardisering av alla avdelningar (Popham & Orrell, 2012 & Scerri et al., 2015).

Flertal artiklar redogjorde för hur innebörden av att vårdpersonal hade placerat tidningar i patientrummen, satt upp namnskyltar utanför rumsdörrar och gjort större symboler i korridoren bidrog till en demensvänlig miljö. Även fullstora speglar i rummen och att personalen hade mer färgglada kläder var bidragande faktorer. Dessa åtgärder har enligt artiklar bidragit till en trevlig miljö och atmosfär. Det beskrevs hur vårdpersonal uppfattade hur personer med demenssjukdom påverkades positivt av förändringarna såsom mer färgstarka väggmålningar och väggfärger. Även golvbeläggning, tillgänglighet och belysning. Somliga åtgärder kunde vara dyrare att implementera, exempelvis en TV i varje rum, men kunde däremot vara meningsfullt för att skapa en trygghet hos patienterna (Mamhidir et al., 2007; Scerri et al., 2015 & Stockwell-Smith, Jones & Moyle, 2011).

Studier nämnde diverse förslag på omvårdnadsåtgärder som kunde minska beteendesymtom och bidrog till beteendeförändringar. Exempel på dessa förslag var fri användning av trädgårdsområde med organiserade promenader. Fler åtgärder var att patientens rum hade stora burspråk med låga fönster för skapandet av möjligheten till att se ut och att matsal hade en öppen planlösning med fönster till golvet. Vidare skriver de hur takfönster i korridorerna borde sättas upp då det ökade dagsljus in i enheten. Dessa miljöförändringar har enligt studier minskat verbalt upprört beteende såsom skrikande, sexuella uttryck och negativism. Även fysiskt icke-aggressivt beteende minskade, såsom vandrande, rastlöshet och repetitiva beteenden (Cioffi et al., 2007 & Wilkes, Fleming, Wilkes, Cioffi, & Le Miere, 2005).

## Hemtrivsel

### Hemlikhet

Studier visade att en hemtrevlig miljö och måltidsmiljö var fördelaktig och bidrog till viktuppgång hos patienterna. Behovet av en hemtrevlig, säker, ren och avslappnad miljö som tillgodoser de särskilda behoven hos patienter med demenssjukdom betonades. De nämnde att en öppen köksdesign gav en känsla av hem, förtrogenhet och komfort (Cioffi et al., 2007; Hung et al., 2015 & Scerri et al., 2015).

Vårdpersonal i studier beskrev hur de hade känslan av att vissa boenden liknade hotell, medan chefer ansåg att det var viktigt att försöka göra dem så bekväma och hemma som möjligt, även om båda grupperna bekräftat att det var svårt att dölja den institutionella karaktären hos många vårdhem. Åtgärder som nämndes var exempelvis belysning, färg och nya möbler som bidrog till att vårdtagarna fick en känsla av komfort. Studier beskrev att engagemanget mellan personal och inneboende ökade med en mer utformad och anpassad miljö. Även förflyttningar av patienter från ett rum till ett annat undveks samt flexibla besökstider uppmuntrades, vilket skapade en mer hemlik miljö (Bolton, Loveard & Brander, 2016; Hung et al., 2015; Popham & Orrell, 2012 & Scerri et al., 2015).

Enligt flertal artiklar har en miljö med färger, konstverk, väggmålningar och minnesboxar varit positivt stimulerande material för personer med demenssjukdom. Studier framhävde hur viktigt det var med en personlig kännedom i miljön för att få inneboende att trivas. Detta medförde att personer med demenssjukdom kände sig lugnare, inbringade ett gladare humör samt blev mer mottagliga för den vården som erbjöds. Studier fann att vårdpersonal gjort en anmärkning om att en fysisk miljö med väl anpassade möbler och med matchande färger hade en mer positiv effekt på boendes humör. Även stolar och vackra matbord förmedlade en hemtrevlig känsla (Chaudhury et al., 2016 & Lee, Chaudhury & Hung, 2014).

Chaudhury et al., (2016) visade på hur en renovering på ett äldreboende ledde till ökad trivsel. Studien menade på hur den fysiska miljön gjorde det möjligt att främja vårdarbetet. Artikeln betonade hur tre olika förbättringar efter renoveringen så som; miljön, hemtrivsel av belysning och möbler, och komfort, hade stor betydelse i vårdarbetet. Med en mer anpassad fysisk miljö menade vårdpersonal att de gjorde ett mer effektivt arbete. Den nya förändringen innehöll ljusa färgade stolar, modern belysning, trägolv och dekorationer så som vaser och tavlor. Detta medförde att atmosfären på demensboendet blev varmare och mer inbjudande.

### Personliga föremål

Studier belyste att patientens privata tillhörigheter, exempelvis fotografier från deras förflutna, var viktigt både för patienten och för sjuksköterskan. Dels för att sjuksköterskan skulle få mer kunskap om patientens tidigare liv och dels för att sedan kunna ge en god omvårdnad. Även att vara omgiven av möbler och materiella ting från tidigare hem hade en stor innebörd för den inneboende då detta gav en mer hemtrevlig atmosfär som beskrevs som familjär, välbekant, säker, tilltalande, bekant, funktionell, bekväm och meningsfull (Chaudhury et al., 2016; Cioffi et al., 2007; Popham & Orrell, 2012; Wilkes et al., 2005 & Zingmark et al., 2002).

Studier visade dessutom att vanliga beteendesymtom hos personer med demenssjukdom, exempelvis att vara utåtagerande, rastlös och verbalt upprörd, påverkades av miljön runt omkring dem. De omvårdnadsåtgärder som nämndes för dessa symtom var att tillåta

patienterna och deras familjer ha möjligheten att föra fotografier och andra konstverk i varje enskilt rum. Att låta patienter dekorera sina rum med bilder och andra personliga saker, exempelvis egna vilstolar, möbler och välbekanta ting var av stor betydelse. Även målningar borde placeras längst korridorerna och i loungeområden samt klockor och kalendrar i gemensamma utrymmen. Allt detta för att sträva efter en mer hemtrevlig miljö (Cioffi et al., 2007 & Wilkes et al., 2005).

Popham och Orrell (2012) fann att vårdpersonal nämnde behovet av att säkerställa integriteten för de boende när personlig vård ägde rum. Integritet noterades vara betydelsefullt med exempelvis enskilda rum, som även bidrog till bättre sömn. Vidare betonade de att den enskilde patienten skulle ha tillgång till ett eget badrum med toalett och dusch. I ett flertal studier visade det sig att patienter uppskattade egna rum som blev deras egna personliga utrymme. Det berörde det faktum att ha tillgång till sina privata ägodelar, fotografier och i vissa fall möbler från sina egna hem. Anpassning av rum uppmuntrades i många boenden, exempelvis då patienter kunde ha sina egna tillhörigheter från sina tidigare liv och som gav dem påminnelse av detta. En anpassning av rummen i vårdmiljön främjade till en positiv stimulering enligt flertalet studier (Cioffi et al., 2007; Popham & Orrell, 2012 & Wilkes et al., 2005).

### **Personalens påverkan**

Edvardsson, Sandman & Rasmussen (2012), fann att när personalen var fullt närvarande med patienter, kännetecknades atmosfären ofta som ett klimat av hemtrivsel där patienterna uttryckte tecken på välbefinnande som att vara tillfreds och nöjda. Däremot kunde atmosfären omvandlas nästan omedelbart när personalen lämnade enheten till att bli ett klimat av hemlöshet där patienterna började uttrycka oroliga beteenden, vandra och verbalt störande beteenden. Vidare beskrev studien att tecken på välbefinnande såsom leenden och skratt var återkommande när vårdpersonalen var på plats och patienterna verkade mer säkra genom denna form av närvaro hos personal. Dessutom påverkades miljön på enheten i ett sammanhang av att dela plats och tidpunkt, att den känslomässiga tonen conceptualiseras som en atmosfär av hemtrivsel. Detta innebar mestadels avslappnat, med skratt, social interaktion och ett aktivt lyssnande. Vid dessa tillfällen kunde atmosfären beskrivas som ett hem, inte hem som en plats, utan som en upplevelse eller känslan av att vara säker, ansluten och välkommen (Edvardsson et al., 2012).

Lee et al. (2014) belyste att en stödjande fysisk miljö på det sättet att personal blev mer effektiva i sitt arbete och hade högre arbetstillfredsställelse, bidrog positivt till både vårdpersonalens arbete och patienternas livskvalitet. Med en stödjande miljö menades en vårdmiljö som hade komfort och bekvämlighet, bekantskap och med organiserat utrymme. De menade att den åtgärd som skulle väga tyngst var att skapa en lugn och hemlik miljö för personerna med demenssjukdom. Med en bekväm miljö blev inte bara de inneboende mer glada och positiva, utan det gjorde det även enklare för vårdpersonalen att bli mer effektiva i sitt arbete. Detta påverkade även tillfredsställelsen av arbetet hos vårdpersonalen.

## **Lugn och stimulifattig miljö**

### **Social miljö**

Edberg och Edfors (2008) framförde att det som kännetecknade en bra vårdmiljö för personer med demenssjukdom var en lugn och fridfull miljö, vilket var målet med sjuksköterskearbetet. En ytterligare faktor som vägde mycket i sjuksköterskans arbete var att kunna medföra skratt



och att umgås med patienterna utan att ställa några krav, för att kunna skapa en behaglig atmosfär (Edberg & Edfors, 2008). Den fysiska miljön i ett vårdhem kunde påverka den psykosociala miljön. Det beskrivs att ett få antal inneboende, vårdgivare och en småskalig miljö underlättade utvecklingen av nära och avslappnade relationer. Detta ökade i sin tur möjligheter för att uppfylla patienternas individuella behov. Vidare betonades de vikten av att kunna förmedla trygghet till personer med demenssjukdom och att få dem att känna sig trygga i all sin hjälplöshet. Att ha kontinuerlig personal bidrog till att de inneboende kände sig trygga. De inneboende kunde möjligtvis inte personalens namn, men de kände igen dem och var bekanta med deras ansikten (Zingmark et al., 2002).

Att ge en avslappnad, trygg och bekväm miljö betonades av sjukvårdspersonal. Detta kunde innebära ett fokus på att upprätthålla fysisk komfort exempelvis genom korrekt placering. Sjukvårdspersonal uppgav dock att det som visade sig vara mest positivt var när de gav psykologisk komfort genom att dämpa patientens rädsla och lugna dem. Särskilt när de var upprörda eller oroliga (Scerri et al., 2015).

Flera studier framhävde hur atmosfären i miljön relaterat till en hög ljudnivå, påverkade miljötrivseln och hur det är upp till vårdpersonalen att upprätthålla. De menade att ångestbeteenden hos inneboende kunde smittas av till en annan inneboende. Studier beskrev hur en bullrig miljö eller när TV var på med skrämmande nyheter, var utlösande faktorer till oroligt beteende bland inneboende. Även onödiga förflyttningar av patienter från ett rum till ett annat skulle undvikas för att skapa en mer demensvänlig miljö (Boyden, 2015; Edberg & Edfors, 2008 & Scerri et al., 2015).

Livet med Alzheimers sjukdom beskrevs i en studie som ett ”emotionellt säkerhetsproblem”. Främjande av emotionell säkerhet genom att vara nära ansågs viktigt för att skapa trygghet hos personer med demenssjukdom. Det var även viktigt att ersätta förluster, förebygga misslyckanden och minska känslor av underlägsenhet och stressrelaterat beteende genom att alltid finnas till hands. *Timing* framkom som ett nyckelbegrepp för att erbjuda lindring genom processen och för att öka beroendet i invånare (inte agerar för fort för att bevara hotade förmågor, inte för sent för att lindra ångest) (Zingmark et al., 2002).

## **Öppna ytor**

Artiklar uppgav att en miljö med många öppna ytor skulle vara enklare och mer säker för personer som lider av demenssjukdom. Detta med anledning av att inneboende störde varandra mindre då de delade på ett större utrymme. Öppna ytor innebar dessutom att det fanns mycket inneboende var fria att göra tack vare enklare uppsikt över dem, vilket ökade livskvalitet och frihetskänslan medan frustrationen minskade. Patienterna blev mindre upprörda och ett lugn kunde då skapas. Samt känslan av att man bestämde och styrde över patienterna avtog (Cioffi et al., 2007 & Popham & Orrell, 2012).

Andra studier betonade vikten av att hålla utomhusmiljön tillgänglig och öppen för personerna med demenssjukdom och samtidigt hålla den säker och framkomlig. Fri användning av trädgårdsområde var en åtgärd som kunde minska beteendesyndrom som skrikande och klagande. Stora fönster i patientrummen var även en miljöåtgärd för att kunna se ut på naturen (Cioffi et al., 2007; Lee et al., 2014 & Wilkes et al., 2005).

## Tillsyn

### Säkerhet

Studier framhävde hur arbetsmiljön påverkade den omvårdnad som vårdpersonal gav till personer med demenssjukdom. Om den fysiska miljön var väl anpassad efter sjuksköterskans arbetsuppgifter, bidrog det till en bättre och säker vård för patienterna. Exempel som nämndes i artiklarna var att en miljö med mycket utrymme var mer säker för personer som lider av demenssjukdom. Som sjuksköterska kunde en översikt över patienten hållas då allt var i sikte och kunde gripa in om någon utsattes för fara. Mycket utrymme bidrog till att observation av inneboende blev enklare och personalen beskrev det som att det underlättade väldigt mycket. Detta gjorde att patienterna blev mindre upprörda och känslan av att man bestämde och styrde över patienterna avtog (Cioffi et al., 2007 & Popham & Orrell, 2012).

Studier betonade behovet av att hålla inneboende säkra. Exempel på säkerhetsåtgärder som nämndes var att använda larmsystem och kameror i korridorerna. Det kunde krävas koder för att komma in på somliga ställen och obehöriga hade inte tillgång dit. Detta bidrog till en mer avslappnad atmosfär (Cioffi et al., 2007 & Popham & Orrell, 2012).

### Personalens närvaro

Edvardsson et al., (2012) skrev att vårdpersonal hade ett väldigt stort inflytande på patienternas mående beroende på om de var närvarande eller frånvarande. Vårdpersonal kunde identifieras som katalysatorer för atmosfären på enheten och den känslomässiga tonen bestämdes i hög grad av personal. Detta innebar att om vårdpersonalen skrattade och på annat sätt förmedlade en glad atmosfär, plockades detta upp av patienter som också skrattade eller verkade bli till mods. Motsatsen var också sann, om vårdpersonalen var frånvarande och därmed inte ställde den känslomässiga tonen, lämnades detta till enskilda patienter. Detta innebar att när en patient började vandra, ropa eller be om hjälp, plockades denna känslomässiga ton i ångest upp av andra patienter som också började uttrycka missnöje. Artikeln påstod att detta visade på vilken stor betydelse närvaro av vårdpersonal hade för den psykosociala miljön hos personerna med demenssjukdom (Edvardsson et al., 2012).

Känslan av närhet beskrevs av Zingmark et al. (2002) som den mest angelägna delen av vården. Att enbart förekomsten av vårdgivare var en förutsättning för inneboendes välbefinnande och även för emotionell säkerhet. Detta menade på att vårdare och patienter med demenssjukdom undantagsvis inte behövde vara särskilt förbundna med varandra, utan själva förekomsten av vårdgivare hade ett flertal gånger nämnts som en förutsättning för inneboendes välbefinnande.

## Diskussion

### Metoddiskussion

Syftet med studien var att undersöka hur vårdmiljön kunde bidra till trygghet hos personer med demenssjukdom. Detta syfte innebar ett huvudsakligt fokus på omvårdnad och omvårdnadsbegreppet *trygghet*. Därav anledning till att majoriteten av datainsamlingen var kvalitativa. Totalt 12 av 15 texter ansågs använt en kvalitativ metod. Att kvantitativ data framkom kunde ha berott på att syftet även innehöll en objektiv syn gällande vårdmiljöns utformning. Att använda sig av denna metod med främst kvalitativa texter bidrog till en djupgående förståelse för området och vikten av trygghet (Friberg, 2012).

## Litteratursökning

För att få en korrekt översättning till de engelska termerna användes ordlistan Svensk Mesh. Detta register användes istället för en vanlig ordbok eftersom i databasen PubMed taggas majoriteten av artiklarna med dessa termer (Karolinska institutet, 2016).

Vid den första sökningen där syftet var att få en överblick kring forskningsområdet, blev antalet träffar allt för omfattande. Denna sökning skedde innan studiens syfte var satt, därav valdes enbart två stycken av dessa ut, medan resterande sållades bort. Utan tidsbegränsningen från år 2000-2016 blev det ett större antal relevanta träffar. Med denna tidsram i kombination med sökorden upplevdes det att antalet träffar blev måttligt och varken för få eller för många.

## Urvalskriterier

I sökningen användes tidsbegränsningen år 2000 - 2016. Avsikten med denna begränsning var att kunna få en relativt modern och aktuell bild över området. Detta för att vården ändras mycket och avsikten var att undersöka hur det ser ut i nutid. Den äldsta artikeln i resultatet var från år 2002. Detta kan ha påverkat tillförlitligheten och om det fakta som uppgavs i artikeln fortfarande stämde överens med dagens vård. Dock ansågs den tillhöra aktuell tid och informationen stämde överens med de andra valda artiklarna. Majoriteten av de utvalda artiklarna var från senare 2000-tal och speglade vården i dagens samhälle och var därmed tillförlitlig för rapporten. Andra avgränsningar som gjordes var 'Peer Reviewed' som användes för att garantera att artiklarna bedöms vara tillförlitliga och granskade sedan tidigare av forskare före publicering (Karlsson, 2012).

Artiklar som var köp- och beställningsvaror valdes bort. Texter som var köpvaror och verkade ha relevant fakta för artikelns syfte kunde ha valts till resultatet. Dock avvaktades det med att köpa dessa med anledning av att det ansåg vara onödigt att betala för artiklar där det fanns en osäkerhet kring om de var relevanta för arbetet eller inte. En förhoppning fanns om att tillräckligt med fakta kunde samlas in utan någon kostnad, vilket vi upplevt att det gjorde.

I två litteratursökningar i Cinahl valdes avgränsningarna, "title" och "word in major subject heading". Anledningen till detta var för att avgränsa sökningen då antalet träffar ansågs vara för brett. Begränsningarna som användes var "title" på ordet *dementia* för att få artiklar som huvudsakligen fokuserade på demenssjukdom. Avgränsningen "word in major subject heading" gjordes på ordet *environment* och *health facility environment* för att kunna sätta miljön kring demenssjuka i fokus. På detta sätt framkom artiklar där fokus låg på demens och miljö. Flera sökningar innehöll samma artiklar och bland några av de valda artiklarna förekom samma författare.

Ingen geografisk begränsning gjordes. Detta bidrog till en stor spridning som representerade olika länder och världsdelar. Detta kunde ha påverkat resultatet då de olika länderna kan skilja sig åt inom vårdkultur och äldreomsorg. Artiklarna representerade endast industriländer vilket kunde ses som en begränsning när det gällde generalisering av resultatet. De länder artiklar representerade var Australien, Kanada, Nya Zeeland, Tyskland, England, Malta och Sverige. Sverige utgjorde majoriteten av artiklar med fyra av 15 artiklar.

## Analys

Analysen kunde ha påverkats av förförståelse och studiens syfte. Även tidigare erfarenheter kunde influera dess utformning. Baserat på tidigare erfarenheter av demenssjukvård, fanns risken för ett tunnelseende. Att ha en förutfattad mening över vad resultatet kommer att visa

kan ha inverkat på analysen av texterna då författarna omedvetet fokuserat på det de önskade att hitta. Med denna medvetenhet har ett källkritiskt tänkande använts. Teman som formulerades i resultatet var en sammanställning av analyserat material. Detta var en tolkning av de huvudfynd som visat sig i artiklarna.

Ordet *trygghet* har inte förekommit i sökningsprocessen, endast sökordet *safety* användes relaterat till säkerhetsrisker i miljön. Det saknas en konkret översättning till engelskan med ordet *trygghet*, därför var *safety* det begrepp som användes i förstahand. Ett trygghetsperspektiv användes också under hela analysprocessen av artiklarna. Detta för att kunna koppla syftet och området till omvårdnad. Ett trygghetsperspektiv kan ha påverkat resultatet då studiens frågeställning kan leda till feltolkning av fakta.

### **Etiskt ställningstagande**

Ett etiskt ställningstagande bör tas när det gäller resultatet och hur det framkom. Med detta menas att vid ett flertal tillfällen har bara några delar valts ut ur artiklarnas resultat då allt inte har varit relevant till syftet. Anledningen till detta kunde vara att det var familjemedlemmars åsikter som betonades istället för sjuksköterskan. Även att texterna enbart inte speglade det fenomen som valts att undersöka. Mycket information som de valda artiklarna kommit fram till utslöts med anledning av att det inte passade in i denna studie.

### **Resultatdiskussion**

Syftet var att undersöka hur vårdmiljön kan bidra till trygghet hos personer med demenssjukdom, där fokus låg kring åtgärder i miljön relaterat till trygghet. Resultatet blev fyra huvudteman; förutsättningar för rumsorientering, hemtrivsel, lugn och stimulfattig miljö och tillsyn. De huvudfynd som påträffades var vikten av att ha en hemlik miljö och den fysiska utformningen. Dessa grundar sig i de artiklar som gav mest material i resultatet.

I flera studier nämner författarna personalens inverkan och hur deras beteende påverkar tryggheten hos personer med demenssjukdom. I samtliga studier nämns de vad vårdpersonalen kan tillföra för att skapa trygghet hos patienterna. Baserat på egna erfarenheter där vi har mött en icke-hållbar miljö för demenssjuka personer, är dessa åtgärder i resultatet högst relevanta. En medvetenhet har skapats över vad som är betydelsefullt för personer med demenssjukdom och vilka åtgärder som bör fokuseras på i miljön.

Upplevelsen av trygghet kan vara relaterad till fysiska upplevelser såsom sociala. Trygghet relaterat till det subjektiva synsättet kan kopplas till trygghet i vårdmiljön, exempelvis med känslan av trygghet med hemlighet, närvaro av personal, integritet samt personliga ting. Detta berör även känslan av att inte vara vilsen och igenkänning. Det objektiva synsättet är kopplat till säkerheten i miljön som exempelvis minskar skada. Vi har valt att diskutera vårt resultat utifrån de olika trygghetsbegrepp Maslow (1987) och Andersson (1984) betonar.

Maslow (1987) nämner trygghetsbegreppen *säkerhet* och *skydd*. Trygghet relaterat till det objektiva synsättet kan vinklas som en säkerhetsaspekt när det berör vårdmiljön för personer med demenssjukdom. Resultatet i denna litteraturstudie ger exempel på hur en miljö med öppna ytor och mycket utrymme är en mer säker miljö för personer som lider av demenssjukdom. Dels för att personerna med demenssjukdom på boendet kan gå runt obegränsat, dels för att vårdpersonalen kan ha en översikt över patienten samtidigt som de håller säkerheten och skapar trygghet. Detta är fördelaktigt gentemot de symtom som demenssjukdom skapar, exempelvis vandrande. Symtom som vandrande kan störa andra

patienter men även sjuksköterskans omvårdnadsarbete (Eriksson & Saveman, 2002). Detta beteende riskerar säkerheten och kan öka fallrisken hos personen med demenssjukdom (Fukuda, Shimizu & Seto, 2015). Med detta menas att personalen exempelvis kan förhindra fall som bidrar till att patienterna är trygga trots det att känslan av trygghet saknas (Eriksson & Saveman, 2002).

Om vi uppnår säkerhet och skydd genom att vårdpersonal har uppsikt över patienterna och kan hindra skada, skapas ytterligare en sorts trygghet utöver den psykosociala känslan. Artiklar i resultatet har benämnt hur en miljö med övervakningskameror och larm är säkerhetsåtgärder för att göra inneboende säkra och mer trygga.

Ett annat trygghetsbegrepp beskrivet av Maslows (1987) är *stabilitet*. Fynd i denna litteraturstudie stödjer Maslows teori om att äldre personer är mycket känsliga för miljöbyten och hur detta åtgärdas i praktiken. De är även sårbara för alltför många främmande människor, vilket kan inverka på personens trygghet. Resultat visar på att kontinuerlig personal bidrar till en trygghetskänsla hos personer med demenssjukdom. Att känna igen personalen skapar en stabilitet i miljön genom minskad stimuli.

Att befinna sig i en okänd miljö, eller som inte är anpassad efter en demenssjuk persons behov, kan bidra till mycket oro och ångest hos patienten (Fukuda et al., 2015). En miljö med mycket stimuli där det är en hög ljudnivå och mycket rörelse runt dem kan förvärra situationen och bidra till instabilitet (Borbasi, Jones, Lockwood & Emden, 2006). Strategier som nämns i resultatet för att skapa en lugn miljö och stabilitet är att placera dem i utsedda sektioner och undvika onödiga förflyttningar från ett rum till ett annat. En ytterligare strategi för att skapa en stimulifattig miljö kan vara att ha kortare avstånd mellan rummen. Detta sägs underlätta för personer som lever med demens.

Ett av trygghetsbegreppen som Andersson (1984) berör är *relationstryggheten*. Den beskrivs som fysisk närhet och om vikten att inte vara ensam. En strategi för att förmedla trygghet och känna empati är genom att ha en känslighet som sjuksköterska, vilket är vad relationstryggheten står för. Resultat visar på hur känslan av närhet beskrivs som den mest angelägna delen i vården. Inflytandet av vårdpersonal reflekterar sig på patienternas mående beroende på om de är närvarande eller inte. Vårdare och patienter med demenssjukdom behöver undantagsvis inte vara särskilt förbundna med varandra, utan själva förekomsten av vårdgivare är en förutsättning för inneboendes trygghet.

Resultatet av denna litteraturoversikt visar på att personalens närvaro eller frånvaro har stor betydelse för personer med demenssjukdoms trygghet. Andersson (1984) menar på att relationstryggheten står för ett nätverk av människor och detta kan samverka med personalens närvaro. Detta vill säga att när personalen är närvarande skapas en positiv atmosfären och känsla av trygghet, medan frånvarande personal skapar en oro och ångestfyllt upplevelse.

Andersson (1984) berör trygghetsbegreppet *miljötrygghet*. Hon nämner att trygghetsskapande faktorer såsom natur och musik innefattar detta begrepp. Haak, Fänge, Iwarsson, Dahlin-Ivanoff (2007) och Johansson Berglund (2014) nämner att igenkännande och hemlik miljö inger trygghet till personer med demenssjukdom. Att vara i en hemlik miljö där en känner igen sig och inte är vilse leder till trygghet vilket stämmer överens med de resultat som åstadkommit.

Ett av de vanligaste symtomen vid demenssjukdom är en försämrad orienteringsförmåga i kända miljöer och där lokalisering av okända miljöer blir ett främmande moment. Detta påverkar tryggheten och i sin tur vårdkvaliteten. Resultatet bekräftar att patientorientering påverkas av miljöns utformning. Olika strategier föreslås för att öka orientering, inklusive förbättringar med skyltar samt en stödjande arkitektur och planritning. Svårigheter med att hitta sin väg leder till oro och otrygghet. De vandrar mycket och detta stör andra patienter och sjuksköterskor.

Omgivningens utformning och innehåll ses som en viktig del av vård och rehabilitering till stöd för patientens välbefinnande och personalens insatser. Att miljön ska vara anpassad efter patientens speciella behov och inte bidra till mer lidande och stötta de resurser patienten har med sig. Dessa bakgrundsfakta bekräftas i samtliga ingående studier. Samtliga resultat stödjer detta genom att påpeka vikten av planritningen, köket men även skyltar och bilder som kan vara till hjälp för att orientera sig och hitta.

Sjuksköterskan ska stötta patientens resurser genom inkludering av fotografier, egna kläder och möbler. Sjukdom leder alltid till förlust av trygghet då du längre inte har kontroll över din egen kropp. De symptom som demenssjukdomen för med sig bidrar till denna förlust av kontroll. Minnesproblem, apraxi och svårigheter att orientera sig leder till otrygghet och därav vikten av att jobba med att skapa trygghet till dessa människor. Både Maslow, i Tamm (1991), och Fukuda et al., (2015) nämner att befinna sig i en okänd miljö kan bidra till oro och ångest vilket i sin tur leder till otrygghet. Dessa bakgrundsfakta visar på att resultat som presenteras är av stor vikt då det betonar att hemlik miljö inger trygghet.

När en person drabbas av en demenssjukdom tappar de sin identitet och integritet. Resultatet visar på hur viktigt det är att försöka bibehålla personens identitet även om en demenssjukdom kan kränka denna. Inom omvårdnad blir detta ett övergripande fokus för sjuksköterskan att försöka bibehålla och upprätthålla. Genom att ha en mer igenkännande och hemlik miljö med personliga ting, eget rum, fotografier och andra materiella ting som kopplas till ett hem kan personens identitet och integritet skyddas.

### **Implikationer för omvårdnad**

Denna litteraturöversikt ger en bild över vilken inverkan vårdmiljön har för tryggheten och dess betydelse för patienterna. Denna kunskap är viktig för sjuksköterskan och vårdpersonal då tryggheten är en stor del av omvårdnadsarbetet.

Nolan (2006) nämner att sjuksköterskan ofta möter svårigheter och utmaningar i vårdmiljön då den sällan är anpassad efter individens behov, i detta fall personer med demenssjukdom. Vårdmiljön är då ofta ett hinder för god omvårdnad. Vid dessa tillfällen hindrar miljön, snarare än stödjer patientens behov. Det är då viktigt att sjuksköterskan tar med miljön som en del av omvårdnaden. Att använda sig av omgivningens utformning för att främja hälsa är en viktig del av vården. Resultatet visar på strategier i miljön som kan bidra till att sjuksköterskan kan använda miljön som en resurs i omvårdnaden och på detta sätt bidra till bästa möjliga omvårdnad till personer med demenssjukdom. De fynd som har hittats visar på att åtgärder i miljön som är anpassade för personer med demenssjukdom och tar vara på hens resurser, bidrar till trygghet och bättre omvårdnadsarbete. Resultatet kan bidra till ett bättre praktiskt vårdarbete genom de åtgärder som nämns och behandlas.

Genom de fynd som presenteras i resultatet kan demensvården förbättras och sjuksköterskan

kan arbeta mer trygghetsbaserat i sin omvårdnad. Genom att anpassa miljön till en demenssjuk resulterar det i att behålla deras självständighet, vägledning genom nya miljöer, samt bibehålla den hemtrevliga känslan. Resultatet visar på vilka åtgärder som kan ske samt vilken skillnad det har på flera olika aspekter. Vårdarbetet kan komma att påverkas av resultatet genom att man arbetar med de förutsättningarna som miljön ger.

Med en ökad medvetenhet om att miljöer på särskilda boenden är speciellt anpassade för personer med demenssjukdom, kan upplevelsen av boenden förändras. Att flytta in på ett särskilt boende kan vara svårt för närstående men med kännedom om att forskning bedrivs om miljön, kan underlätta situationen. Detta kan ändra samhällets syn på särskilda boenden till det bättre samt medföra trygghet när en anhörig skall flytta.

### **Vidare forskning**

Vi anser att detta är ett område som förtjänar vidare forskning med anledning av dess betydelse för omvårdnadsarbetet. Detta på grund av att demenssjukdom är ett samhällsproblem som kräver mer kunskap samt då antalet drabbade i demenssjukdom kommer tredubblas inom år 2050. Mycket forskning hittades och ett bra antal artiklar framkom till denna litteraturstudie men trots detta förvånades det över att det inte fanns mer. Mer forskning på trygghet och dess relevans gentemot vårdmiljön behövs.

### **Slutsats**

Resultatet i denna studie visar på att vårdmiljön har stor betydelse för trygghet hos personer med demenssjukdom. Genom en mer anpassad vårdmiljö efter individens funktionsnivå ökar trygghetskänslan hos dessa personer. Det framkom att planritningen och föremål som skyltar och markeringar har stor betydelse för patientens förmåga att orientera sig. Även en miljö som är hemlik med personliga föremål som är kopplad till något bekant, ökar känslan av igenkännande och att kunna orientera sig. Detta är i sin tur en stor bidragande faktor till skapandet av trygghet. Personalen kan genom ökad närvaro och social miljö bidra till denna trygghetskänsla. En mer säker miljö är en tryggare miljö. Resultatet visar på strategier i miljön som bidrar till att sjuksköterskan kan använda miljön som en resurs i omvårdnaden. Denna studie kan användas vid förbättringsarbete gällande vårdmiljön för personer med demenssjukdom.

## Referenslista

- Andersson, K. (1984). *Patienters upplevelser av trygghet och otrygghet*. Solna: Esselte studium
- Basun, H., Skog, M., Wahlund, L-O., & Wijk, H. (2013). *Boken om demenssjukdomar*. Stockholm: Liber.
- Bolton, L., Loveard, T., & Brander, P. (2016). Carer experiences of inpatient hospice care for people with dementia, delirium and related cognitive impairment. *International Journal Of Palliative Nursing*, 22(8), 396-403. doi:10.12968/ijpn.2016.22.8.396
- Borbasi, S., Jones, J., Lockwood, C., & Emden, C. (2006). *Health professionals' perspectives of providing care to people with dementia in the acute setting: toward better practice*. *Geriatric Nursing*, 27(5), 300-308.
- Boyden, S. D. (2015). Perceptions of care home staff on the effect of the care home environment for individuals living with dementia. *Working With Older People: Community Care Policy & Practice*, 19(2), 69-76. doi:10.1108/WWOP-03-2015-0007
- Chaudhury, H., Hung, L., Rust, T., & Wu, S. (2016). Do physical environmental changes make a difference? Supporting person-centered care at mealtimes in nursing homes. *Dementia*, doi:10.1177/1471301215622839
- Cioffi, J., Fleming, A., Wilkes, L., Sinfield, M., & Miere, J. (2007). The effect of environmental change on residents with dementia: the perceptions of relatives and staff. *Dementia (14713012)*, 6(2), 215-231. doi: 10.1177/1471301207080364
- Edberg, A-K. (2014). Kognitiv svikt. A-K, Edberg & H, Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa* (s 645-685). Lund: Studentlitteratur.
- Edberg, A., & Edfors, E. (2008). Nursing care for people with frontal-lobe dementia -- difficulties and possibilities. *International Psychogeriatrics*, 20(2), 361-374. doi:10.1017/S1041610207005595
- Edvardsson, D. (2011). Vårdklimatet- en underskattad aspekt av svensk demensvård. I A-K, Edberg (Red.), *Att möta personer med demens* (s. 209-224). Lund: Studentlitteratur.
- Edvardsson, D., Sandman, P., & Rasmussen, B. (2012). Forecasting the ward climate: a study from a dementia care unit. *Journal Of Clinical Nursing*, 21(7/8), 1136-1114. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03720.x



- Edvardsson, D., & Wijk, H. (2014). Omgivningens betydelse för hälsa och vård. A-K, Edberg & H, Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa* (s. 76-103). Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, C., & Saveman, B. (2002). *Nurses' experiences of abusive/non-abusive caring for demented patients in acute care settings*. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 16(1), 79-85.
- Friberg, F. (Red.). (2012). *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Fridell, S. (1998). *Rum för vårdens möten: om utformning av fysisk vårdmiljö för god vård* (Akademisk avhandling, Trita-ARK. 1402-7461;1998:3). Stockholm: Institutionen för arkitektur och stadsbyggnad, Kungl Tekniska Högskolan.
- Fukuda, R., Shimizu, Y., & Seto, N. (2015). *Issues experienced while administering care to patients with dementia in acute care hospitals: A study based on focus group interviews*. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 10, 10.3402/qhw.v10.25828. <http://doi.org/10.3402/qhw.v10.25828>
- Grafström, M. (2013). Stöd till anhöriga. I H. Basun., M. Skog., L-O, Wahlund., & H. Wijk (Red.), *Boken om demenssjukdomar* (s. 252-273). Stockholm: Liber.
- Haak, M., Fänge, A., Iwarsson, S. & Dahlin-Ivanoff, S. (2007). Home as a signification of independence and autonomy – experiences among very old Swedish people. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14(1), 16 – 24.
- Hung, L., Chaudhury, H., & Rust, T. (2015). The effect of dining room physical environmental renovations on person-centered care practice and residents' dining experiences in long-term care facilities. *Journal of Applied Gerontology*, doi:10.1177/0733464815574094
- Johansson Berglund, I. (2014). Vårdmiljön- spelar det någon roll? I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa – på grundläggande nivå* (s. 383-397). Lund: Studentlitteratur.
- Karlsson, E-K. (2012). Informationssökning. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.95-114). Lund: Studentlitteratur.
- Karolinska Institutet. (2016). *Söka information*. Hämtad 2016-10-18, från <https://kib.ki.se/soka-vardera/soka-information>
- Karolinska Institutet. (2013). *“Termer för ‘Upplevelser’ och ‘Bemötande’ i olika former”* Hämtad 2016-10-05, från

[https://kib.ki.se/sites/default/files/upplevelsebegrepp\\_2013.pdf](https://kib.ki.se/sites/default/files/upplevelsebegrepp_2013.pdf)

- Kilander, L. & Basun, H. (2016). Demenssjukdomar. I J. Herlofson, L. Ekselius, A. Lundin, B. Mårtensson & M. Åsberg (Red.), *Psykiatri* (s. 537-555). Lund: Studentlitteratur AB.
- Lee, S. Y., Chaudhury, H., & Hung, L. (2014). Exploring staff perceptions on the role of physical environment in dementia care setting. *Dementia*, 15(4), 743-755. doi:10.1177/1471301214536910
- Mamhidir, A., Karlsson, I., Norberg, A., & Kihlgren, M. (2007). Weight increase in patients with dementia, and alteration in meal routines and meal environment after integrity promoting care. *Journal Of Clinical Nursing*, 16(5), 987-996. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01780.x
- Maslow, A.H. (1987). *Motivation and personality – third edition*. New York: Addison-Wesley Educational Publishers Inc.
- Marquardt, G., & Schmiege, P. (2009). Dementia-friendly architecture: environments that facilitate wayfinding in nursing homes. *American Journal Of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 24(4), 333-340. doi:10.1177/1533317509334959
- Maurice, P., Lavoie, M., Laflamme, L., Svanström, L., Romer, C. & Anderson, R. (2001). Safety and safety promotion: definitions for operational developments, *Injury Control and Safety Promotion*, 8(4), 237-240.
- Nightingale, F. (1860). *Notes on nursing*. New York: D. Appleton and Company.
- Nolan, L. (2006). *Caring connections with older persons with dementia in an acute hospital setting - a hermeneutic interpretation of the staff nurse's experience*. *International Journal Of Older People Nursing*, 1(4), 208-215.
- Popham, C., & Orrell, M. (2012). What matters for people with dementia in care homes?. *Aging & Mental Health*, 16(2), 181-188. doi:10.1080/13607863.2011.628972
- Prince, M., Wimo, A., Guerchet, M., Ali, G-C., Wu, Y-T., & Prina, M. (2015). *World Alzheimer report- the global impact of dementia: an analysis of prevalence, incidence, cost and trends*. Alzheimer's Disease International: London.
- Röda Korsets Högskola. (2005). *Mall för granskning av vetenskapliga artiklar*. Hämtad 2016-10-18, från [http://www.rkh.se/PageFiles/466/mall\\_granskning.pdf](http://www.rkh.se/PageFiles/466/mall_granskning.pdf)

- Samuel Merritt University. (2016). *Finding articles in peer reviewed nursing journals in pubmed*. Hämtad 2016-10-18, från <https://www.samuelmerritt.edu/library/find/articles/peer/pubmed>
- Santamäki Fischer, R. & Dahlqvist, V. (2014). Tröst och trygghet. I F, Friberg & J, Öhlen (Red.), *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt*. (s. 298-322). Lund: Studentlitteratur.
- Scerri, A., Innes, A., & Scerri, C. (2015). Discovering what works well: exploring quality dementia care in hospital wards using an appreciative inquiry approach. *Journal Of Clinical Nursing*, 24(13/14), 1916-1925. doi:10.1111/jocn.12822
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Skog, M. (2012). *Vård och omsorg vid demenssjukdomar*. Stockholm: Sanoma Utbildning.
- Socialstyrelsen. (2011). *Bostad i särskilt boende är den enskildes hem*. Hämtad 16-11-04, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18227/2011-1-12.pdf>
- Socialstyrelsen. (2016). *Färre bor i särskilt boende*. Hämtad 16-11-04, från <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2016/farrealdreborisarskiltboende>
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2014). *Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser*. Hämtad 2016-10-18, från [http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall\\_kvalitativ\\_forskningsmetodik.pdf](http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_kvalitativ_forskningsmetodik.pdf)
- Stockwell-Smith, G., Jones, C., & Moyle, W. (2011). 'You've got to keep account of heads all the time': staff perceptions of caring for people with dementia. *Journal Of Research In Nursing*, 16(5), 400-412. doi:10.1177/17449871111414535
- Tamm, M. (1991). *Psykologiska teorier i vården*. Göteborg: Akademiförlaget.
- Wijk, H. (2011). Den fysiska miljön som stöd för mötet och omvårdnadens genomförande. A-K, Edberg (Red.), *Att möta personer med demens* (s. 189-207). Lund: Studentlitteratur.
- Wijk, H. (2014). Minnessvårigheter och förvirringstillstånd. I I, Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa*. (s. 189-213). Lund: Studentlitteratur.

Wilkes, L., Fleming, A., Wilkes, B., Cioffi, J., & Le Miere, J. (2005). Environmental approach to reducing agitation in older persons with dementia in a nursing home. *Australasian Journal On Ageing*, 24(3), 141-145.

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

# Bilagor

## Söktabell

### Cinahl

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
4/10	Attitudes AND Nurse AND Dementia AND Care	Peer Reviewed 2000-2016	265	45	8	2
4/10	Dementia AND Perception AND Nurse	Peer Reviewed 2000-2016	66	27	6	1
10/10	Dementia [Title] AND Environment [Word in major subject heading] AND nursing	Peer Reviewed 2000-2016	80	35	20	2
10/10	(Dementia [Title] OR Alzheimer's diseases [Title]) AND (Environment [Word in major subject heading] OR Health Facility Environment [Word in major subject heading]) AND (caring OR nursing)	Peer Reviewed 2000-2016	84	45	11	5

### PubMed

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
12/10	Dementia AND Environment AND Nursing AND Experience	10 years old	72	29	19	2

## Scopus

<b>Datum</b>	<b>Sökord</b>	<b>Begränsningar (Limits)</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Relevanta abstract</b>	<b>Granskade artiklar</b>	<b>Valda artiklar</b>
14/10	Dementia AND Environment AND Safety	Published 2000 – present	165	35	23	3

## Artikelmatris

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitet
Bolton 2016 Nya Zeeland	Carer experiences of inpatient hospice care for people with dementia, delirium and related cognitive impairment	Att undersöka vårdares upplevelser av hospicevård för personer med demens, delirium och kognitiv försämring	Kvalitativ  Semistrukturerade intervjuer	10 vårdare	Tre teman framträdde: - Personal initiering - Miljöstöd - Beredskap	Hög
Boyden 2015 England	Perceptions of care home staff on the effect of the care home environment for individuals living with dementia	Att undersöka vad befintlig litteratur om vårdmiljö i hemmet för personer med demens avslöjar	Kvalitativ  Semistrukturerade intervjuer	4 vårdare	Fyra huvudkategorier som alla deltagare diskuterade: social interaktion, personal engagemang, personal begränsningar, personal engagemang och fysiska delar av miljön.	Hög
Chaudhury et al. 2016 Kanada	Do physical environmental changes make a difference? Supporting person-centered care at mealtimes in nursing homes	Att undersöka effekterna på måltidsupplevelsen efter renoveringar i miljön i matsalen på två långtids-anläggningar	Kvantitativ  Observation samt enkät	Observationsdata från 10 inneboende och enkäter från 17 stycken vårdpersonal	Fem teman identifierades: (a) autonomi och personlig kontroll, (b) komfort hemlik miljö, (c) bidrar till social interaktion, (d) ökade personligt stöd, och (e) ett effektivt lagarbete	Hög
Cioffi et al. 2007 Australien	The effect of environmental change on residents with dementia: the perceptions of relatives and staff.	Att identifiera och beskriva anhöriga och personalens uppfattning om miljöförändringar på boendet för personer som lever med demenssjukdom.	Kvalitativ  Fokusgrupp	7 anhöriga & 12 vårdpersonal	3 kategorier - SCU som ett familjehem - SCU som en terapeutisk miljö - SCU som en arbetsmiljö.	Hög

Edberg & Edfors, 2008 Sverige	Nursing care for people with frontal-lobe dementia -- difficulties and possibilities	Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av svårigheter och möjligheter att ta hand om människor med demenssjukdomar med frontallob dysfunktion.	Kvalitativ intervju	10 vårdpersonal	Två delar kunde identifieras: (a) svårigheter med de boendes beteende och (b) möjligheter hänför sig till sjuksköterskor agerande	Hög
Edvardsson et al. 2012 Sverige	Forecasting the ward climate: a study from a dementia care unit.	Undersöka den psykosociala miljön och dess inverkan på välbefinnandet för personer med demens på en psyko- geriatrisk enhet	Kvalitativ Observation Grounded theory	1 avdelning med 3 enheter sammanlagt 24 platser	Tre kategorier - Dela plats och tidpunkt - Dela plats men inte ögonblick - Dela varken plats eller tidpunkt	Medelhög
Hung et al. 2015 Kanada	The effect of dining room physical environmental renovations on person-centered care practice and residents' dining experiences in long-term care facilities.	Att utvärdera effekten av matsalens fysiska miljöförändringar på personalens och invånarnas måltidsupplevelser	Kvalitativ Intervju	Personal (n = 12) och enhetschefer (n = 2).	Fyra teman framkom: (a) stödja oberoende och autonomi, (b) att skapa kännedom och njutning, (c) att tillhandahålla en plats för social erfarenhet, och (d) utmaningen att stödja förändring.	Hög
Lee et al. 2016 Kanada	Exploring staff perceptions on the role of physical environment in dementia care setting	Att utforska personalens uppfattningar om betydelsen av fysisk miljö i demensvården genom att påverka invånarnas beteenden och personalvård praktiken	Kvalitativ Fokusgrupp	15 vårdare	Två teman: (a) en stödjande fysisk miljö bidrar positivt till både kvaliteten på personalens vård och invånarnas livskvalitet och (b) en ostöttande fysisk miljö bidrar negativt till invånarnas livskvalitet och gör därmed personalens arbete mer utmanande.	Hög



Mamhidir et al.  2007  Sverige	Weight increase in patients with dementia, and alteration in meal routines and meal environment after integrity promoting care	Att följa viktförändringar hos patienter med demens. Att beskriva måltidsmiljö och rutiner i förhållande till insatsen.	Kvantitativ	18 + 15 patienter på två olika enheter.	Viktökning hos 13 av 18 personer jämfört med 2 av 15 personer. De individuella viktförändringarna korrelerade signifikant till förändringar i de intellektuella funktionerna. Enligt personalen, ökad kontakt med patienterna och en trevligare atmosfär resulterade när måltidsmiljön och rutiner ändrades.	Hög
Marquardt & Schmiege  2009  Tyskland	Dementia-friendly architecture: environments that facilitate wayfinding in nursing homes	Identifiera arkitektoniska detaljer som stödjer inneboendes förmågor genom en empirisk studie i utvalda vårdhem	Kvalitativ	30 vårdhem, och 450 inneboende	Resultat bekräftar att personer med demens är allt mer beroende av en kompenserande miljö	Hög
Popham & Orrell  2012  England	What matters for people with dementia in care homes? Aging and mental health	Att fastställa i vilken utsträckning vårdmiljön uppfyllde kraven för invånarna med demens i samband med synpunkter från chefer, familjevårdare och personal och en standard miljöbedömning	Kvalitativ  Fokusgruppsintervjuer	60 deltagare och de ansvariga för alla fem vårdhem.	De gemensamma teman som identifierats från de boende och vårdare grupper var behovet av aktiviteter och utflykter, bemanning och utbildning av personal, attityder och engagemang.	Hög
Scerri et al.  2015  Malta	Discovering what works well: exploring quality dementia care in hospital wards using an appreciative inquiry approach.	Att undersöka kvaliteten inom demensvården på två geriatriska avdelningar med hjälp av utredning med formella vårdarbetare och anhöriga.	Explorativ Kvalitativ design  Intervju Öppna frågor	33 vårdpersonal 10 anhöriga	5 teman - Bygga upp en relation mellan den utökade demensvård triaden - Tillhandahålla "kvalitetstid" och omsorg "i tid" - Gå den extra milen - Uppfylla de psykologiska och fysiska behov hos patienterna med en mänsklig beröring - Faktorer som bidrar till positiva vårderfarenheter	Medelhög

Stockwell-Smith et al. 2011 Australien	'You've got to keep account of heads all the time': staff perceptions of caring for people with dementia.	Att undersöka uppfattningar om personalen i förhållande till sin kapacitet att hantera beteende och vårdbehoven hos personer med demens som bor inom en miljö anpassad för personer med demenssjukdom.	Kvalitativ	35 vårdpersonal	Fyra teman identifierades: roll definition, relationer, arbetsmiljö och personalfrågor.	Hög
Wilkes et al. 2005 Australien	Environmental approach to reducing agitation in older persons with dementia in a nursing home.	Att redovisa effekterna på utmanande beteenden, såsom aggressivitet, och vandrande, när personer med demens flyttades till en särskild enhet.	Kvantitativ  Kvasiexperimentell design	23 patienter - 7 personer dog	De mest signifikanta resultaten var att verbalt upprört beteende minskades och var ihållande under 6 månader av studien efter deras flytt till en SCU.	Hög
Zingmark et al. 2002 Sverige	Promoting a good life among people with Alzheimer's disease.	Att belysa betydelsen av att erbjuda vård och en plats att leva för människor med Alzheimers sjukdom på en särskild vårdenhet.	Kvalitativ  En fenomen hermeneutisk tolkningsmetod av intervjuer	10 vårdare	8 teman - Acceptera inneboendes sätt att vara - Uppmuntra en känsla av tillhörighet - Att dela det dagliga livet i en känsla av närhet - Att ge möjlighet för inflyttning - Erbjudna lättnad - Främja en känsla av makt och kontroll hos den inneboende - Studera värdighet och sträva efter att bevara självkänsla hos den bofasta - Justera sig till den bofasta och sträva efter ömsesidig förståelse	Hög