



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

# **PERSONCENTRERAD OMVÅRDNAD VID DEMENS**

En litteraturstudie om personcentrerad omvårdnad  
vid demens på vårdhem

**Charlotte Skog & Paulina Lorentzon**

---

|                         |                           |
|-------------------------|---------------------------|
| Uppsats/Examensarbete:  | 15 hp                     |
| Program och/eller kurs: | Examensarbete i omvårdnad |
| Nivå:                   | Grundnivå                 |
| Termin/år:              | Vt/2019                   |
| Handledare:             | Jan Rosengren             |
| Examinator:             | Christopher Holmberg      |

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

## Förord

Vi vill tacka vår handledare Jan Rosengren för ett gott samarbete, som med kloka ord och mycket feedback gett oss en push i ryggen när vi behövt det som mest. Vi vill även tacka varandra för att vi bokstavligt talat kämpat in i det sista!

|                         |                                      |
|-------------------------|--------------------------------------|
| Titel:                  | Personcentrerad omvårdnad vid demens |
| Examensarbete:          | 15 hp                                |
| Program och/eller kurs: | Examensarbete i omvårdnad            |
| Nivå:                   | Grundnivå                            |
| Termin/år:              | Vt/2019                              |
| Författare:             | Charlotte Skog & Paulina Lorentzon   |
| Handledare:             | Jan Rosengren                        |
| Examinator:             | Christopher Holmberg                 |

---

## Abstrakt

**Bakgrund:** Demenssjukdom är ett stort problem bland den äldre befolkningen och beskrivs som en stor utmaning inom hälso- och sjukvården. Sjukdomen präglas av kognitiv svikt i hjärnan som förvärras i takt med att sjukdomen fortskrider. För individen som drabbas blir vardagen mer svårhanterlig och känslan av kontrollförlust skapar oro. På vårdinrättningar är boendemiljön och kvaliteten på vården viktiga faktorer för livskvaliteten hos de boende. Med ett personcentrerat förhållningssätt i vården ligger fokus på att alla behov hos patienten ska uppfyllas och grundas på anatomi och individualitet, vilket kräver att sjuksköterskan har en empatisk förståelse samt intresse för att lyssna på patienten. **Syfte:** Att undersöka effekter av personcentrerad omvårdnad i samband med demenssjukdom på boende. **Metod:** Designen som använts är en strukturerad litteratursökning. Artikelsökningen utgick från databaserna PubMed, Cinahl och PsycINFO där artiklar av kvalitativ och kvantitativ typ, samt mixad metod identifierades och granskades. **Resultat:** Med avseende på BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens), agitation och depression visade resultaten i artiklarna på motsägelsefulla fynd. På vårdhem ger PCO (personcentrerad omvårdnad) en ökad livskvalitet hos personer med demens samt ökad tillfredsställelse med arbetet hos vårdpersonal. Ökad kontakttid mellan patient och personal samt uppmärksamhet och intresse för patienten visades leda till att antalet fall minskade. **Slutsats:** PCO ger goda resultat i flera avseenden men i vissa aspekter av problematiken för personer med demens är resultaten tvetydiga. Detta kan bero på att olika typer av PCO har använts, alternativt att personal på olika boenden tolkat information om arbetssättet olika. Mer forskning behövs för att slå fast vilka personcentrerade metoder som fungerar bäst för individer med demenssjukdom.

Nyckelord: agitation, BPSD, demens, livskvalitet, personcentrerad omvårdnad

# Innehållsförteckning

|  |    |
|--|----|
| Inledning.....                                       | 1  |
| Bakgrund .....                                       | 1  |
| Demenssjukdomar och symtom.....                      | 1  |
| Konsekvenser för individen.....                      | 3  |
| Livskvalitet och välbefinnande.....                  | 4  |
| Personcentrerad omvårdnad .....                      | 4  |
| Problemformulering .....                             | 6  |
| Syfte .....  | 6  |
| Metod .....  | 6  |
| Design.....  | 6  |
| Datainsamling.....                                   | 6  |
| Urval .....  | 7  |
| Tabell 1 – Cinahl.....                               | 8  |
| Tabell 2 – PubMed.....                               | 8  |
| Tabell 3 – PsycINFO .....                            | 9  |
| Etik.....  | 10 |
| Analys.....  | 10 |
| Resultat.....  | 11 |
| BPSD .....   | 11 |
| Agitation .....                                      | 11 |
| Depression.....                                      | 12 |
| Livskvalitet och välbefinnande.....                  | 13 |
| Kommunikation och sociala interaktioner.....         | 14 |
| Fysiska funktioner .....                             | 15 |
| Vårdpersonalens tillfredsställelse med arbetet ..... | 15 |
| Omvårdnadsstrategier och kunskap.....                | 16 |
| Hälsoekonomi .....                                   | 17 |
| Diskussion .....                                     | 17 |
| Metoddiskussion.....                                 | 17 |
| Söktermer och databaser .....                        | 17 |
| Urval och artikelanalys .....                        | 18 |
| Resultatdiskussion .....                             | 19 |
| Huvudfynd .....                                      | 19 |

|   |    |
|---|----|
| Motsägelsefulla resultat .....                    | 21 |
| Kliniska implikationer och vidare forskning ..... | 22 |
| Slutsats .....                                    | 23 |
| Referenslista .....                               | 24 |
| Bilagor .....                                     | 29 |
| Bilaga 1 .....                                    | 29 |
| Bilaga 2 .....                                    | 43 |

# Inledning

Idag lever mellan 130 000 och 150 000 personer med demens i Sverige. Antalet insjuknade förväntas fördubblas fram till år 2050 (Socialstyrelsen, 2018). Demenssjukdom är 2000-talets största globala utmaning inom hälso- och sjukvård (Livingston m.fl., 2017). Det är ett stort problem bland den äldre befolkningen (65+) och svårigheterna som uppstår drabbar individen som förlorar sina kognitiva förmågor, såväl som för familjen som ser sin närstående förändras. Sjukdomar som AIDS, Parkinsons sjukdom och långvarigt alkoholmissbruk är riskfaktorer för utveckling av demens (Socialdepartementet, 2015).

Författarna till detta arbete har uppmärksammat brister när det kommer till PCO, bland annat när det gäller kommunikation med personer som har demens med samtidig språkproblematik. På sjuksköterskeutbildningen tas begreppet PCO främst upp utifrån en filosofisk utgångspunkt och inte som ett konkret arbetssätt. På VFU-platser upplever vi att äldre generationens sjuksköterskor oftare har ett mer förlegat arbetssätt och om det talas om personen som helhet är det snarare fokus på "patientcentrering" och inte PCO.

Utvecklingen i vård- och omsorg har delvis försämrats för patienter. Bland annat har förskrivning av neuroleptika ökat och antal tvärprofessionella demensteam minskat i Sverige idag (Socialstyrelsen, 2018). Den redan stora samhällskostnaden gör det även svårt att tillsätta lämplig personal (Livingston m.fl., 2017). Specialistutbildad personal som arbetar utifrån ett personcentrerat förhållningssätt har visat positiva resultat på livskvaliteten hos patienter (Svensk sjuksköterskeförening, 2016) med demens på vårdhem (Panzini m.fl., 2017). Att på lång sikt behandla samt ge patienten bästa möjliga chans till god livskvalitet i slutet av sitt liv är av stor vikt. Tanken med denna studie är att undersöka hur detta kan göras på ett personcentrerat sätt och vilka effekter det leder till.

## Bakgrund

I bakgrunden beskrivs demenssjukdomar och symtom, konsekvenser för individen, individers egna upplevelser av demenssjukdom, livskvalitet och välbefinnande samt personcentrerad omvårdnad.

### Demenssjukdomar och symtom

I bakgrunden beskrivs demenssjukdomar och symtom, konsekvenser för individen, livskvalitet och välbefinnande samt personcentrerad omvårdnad.

Ofta benämns symtombilden som Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens (BPSD). Psykiska symtom som ingår i rubriceringen är bland annat nedstämdhet och ångest och de beteendemässiga symtomen kan vara vandringsbeteende och agitation (Socialstyrelsen, 2014). Symtomen varierar beroende på var i hjärnan skadan sitter. Utöver minnesstörningar kan dessutom en person med demens få sämre rumsuppfattning och försämrat känsloliv. Även långsamma och stela muskelrörelser kan uppstå om skadan sitter djupt inne i hjärnan. Ofta delas sjukdomsförloppet in i tre stadier: lätt, måttlig och svår

demens. Vid lätt demens klarar sig individen till stor del själv, vid resterande stadier krävs oftast mer eller mindre stöd. (Socialdepartementet, 2015).

Social isolering kan vara ett första tecken på demenssjukdom. Samtidigt finns bevis för att social isolering är en riskfaktor för att utveckla hypertoni, hjärt- och kärlsjukdom och depression. Alla dessa tillstånd är i sig riskfaktorer för att utveckla demenssjukdom (Livingston m.fl., 2017). Andra tidiga symtom vid demens kan röra sig om diffusa förändringar som kan vara svåra för personer i omgivningen att märka men som försvårar för den drabbade individen att hantera stressiga situationer eller anpassa sig till förändringar. Det kan handla om svårigheter att koncentrera sig på arbetsuppgifter, sköta sin ekonomi eller komma ihåg möten och telefonsamtal. Med en utvecklad demenssjukdom försämras förmågan till ADL (Aktiviteter i dagliga livet). Att inte längre klara av vardagliga sysslor kan leda till försämrad självkänsla och undvikande av sociala situationer. Längre fram i sjukdomsförloppet ökar behovet av hjälp. Svårigheterna med ADL ökar och det kan bli problematiskt att sköta sin hygien och att äta. Trots detta kan många personer med demens ha en relativt välfungerande rörelseförmåga, dock kan förmågan för att använda dessa rörelser på ett planerat och medvetet sätt förloras (Armanius Björilin m.fl., 2004).

Svårigheter med minnet är det mest uppenbara av alla symtom vid demenssjukdom och är en faktor som påverkar bland annat aktivitetsförmågan. Individen kan glömma bort vad hen gör mitt under en pågående handling, vilket kan resultera i att personen "byter spår" mitt under handlingen, eller gör om samma sak flera gånger. Procedurminnet är ett undantag då denna typ av minne kan finnas välbevarat en lång tid in i sjukdomen. Detta innebär att personer med demenssjukdom, trots att den är långt gången, fortfarande exempelvis kan sätta sig på en cykel och cykla, eller spela ett stycke på ett piano (Armanius Björilin m.fl., 2004).

Alzheimer sjukdom är den vanligaste formen av demenssjukdom i Sverige och drygt hälften av alla med demens har diagnosen. Sjukdomen utvecklas under många år och skadorna sitter främst i hjärnans tinning- och hjässlober vilket gör att de intellektuella funktionerna hos personen försämras med tiden (Socialdepartementet, 2015). Ålder för insjuknande är av betydelse för hur sjukdomsprocessen utvecklar sig. Ju yngre individer som drabbas, desto snabbare tenderar sjukdomsförloppet förvärras. Yngre personer är generellt mer medvetna om hur deras intellektuella kapacitet försämras än äldre personer som drabbas av sjukdomen. Detta innebär att yngre patienter ofta utvecklar mer ångest och depressiva symtom, samt reagerar emotionellt starkare kring problemen sjukdomen för med sig, än äldre patienter. (Eriksson, 2007).

Cirka en femtedel av personer med demenssjukdom drabbas av vaskulära demenser, en undergrupp som i sin tur består av flera olika demenssjukdomar. Tillståndet innebär att skadorna sitter i hjärnans blodkärl och cirkulation. Sjukdomen behöver inte enbart bestå av ett specifikt sjukdomstillstånd utan kan även vara en blandform mellan alzheimer sjukdom och vaskulär demens. Riskfaktorer som kan uppstå vid dessa diagnoser är bland annat högt blodtryck och höga blodfetter (Socialdepartementet, 2015). Sjukdomen debuterar plötsligt och

sjukdomsförloppet är ojämnt. Individen kan drabbas av bland annat förlamningar, känselrubbingar och/eller afasi (Eriksson, 2007).

Vid frontallobsdemens sitter skadorna i pannlob/frontallobs och symtomen kommer ofta redan innan 65 års ålder. Skillnaden mot alzheimer är att minnesnedsättningar ofta uppstår senare i insjuknandet och symtomen istället kan bestå av exempelvis personlighetsförändringar och insiktslöshet (Socialdepartementet, 2015). Symtomen uppkommer i olika kombinationer samt i olika faser av sjukdomsförloppet, vilket gör det svårt att fastställa allmänt typiska symtom för denna typ av demens. Patienterna har ofta dålig insikt om sina problem och ter sig emotionellt och socialt avvikande. Typiskt är även brist på spontanitet och initiativkraft (Eriksson, 2007).

## Konsekvenser för individen

Livingston m.fl. (2017) framställer i sin studie vikten av socialt engagemang för äldre då social isolering ofta leder till kognitiv inaktivering. Detta kan göra att förloppet av kognitiva nedsättningar och nedstämdhet sker fortare. Tidigare forskning kring personer med demens pekar på ett stort behov av att inte förlora sitt sociala nätverk, ha möjligheter till aktivering (Birtwell & Dubrow-Marshall, 2018) och en stimulerande miljö (Panzini m.fl., 2017).

Vid måttlig demenssjukdom skapas lätt inaktivitet och självkänslan försämras av det fortgående sjukdomsförloppet (Läkemedelsverket, 2019). Med tanke på att det ofta finns svårigheter för patienten att själv ta initiativ till aktiviteter är stödbehovet stort.

Läkemedelsverket (2019) påpekar även att kontakt med andra människor kan minska de individuella upplevelserna av att förlora flera av sina förmågor.

BPSD förvärras vid ökad demensgrad och leder till att boendesituationen kan behöva justeras. Samtidigt är det oftast dessa symtom som skapar problem i olika typer av institutioner. Med tanke på detta och för den drabbades egna skull är det viktigt att reducera dessa symtom (Socialdepartementet, 2003).

I en kvalitativ studie som utgick ifrån att icke-farmakologiska metoder kan förbättra livskvaliteten för personer med mild demens undersöktes attityder och acceptans till insjuknande och psykologiskt stöd (Birtwell & Dubrow-Marshall, 2018). Alla fem deltagare upplevde svårigheter i att förlora funktioner såsom minne och sin identitet. Flera uppfattade vardagen mer svårhanterlig och den negativa känslan av ensamhet och att förlora vänner var mycket påtaglig. Känslan av kontrollförlust skapade oro hos individerna med tanke på hur detta skulle tolkas av omgivningen. Positivt ansågs vara att få lära sig se på saker på ett nytt sätt och engagera sig i nya aktiviteter (Birtwell & Dubrow-Marshall, 2018).

Fyra av deltagarna uttryckte en brist på stöd och osäkerhet kring var eventuellt stöd gick att finna. Det framkom även en vilja att få mer kunskap om sjukdomstillståndet. Engagemang av vårdpersonalen, genom att se till individuella behov och ha ett personcentrerat förhållningssätt upplevdes viktigt för deltagarna. Att få prata om känslor och gruppaktiviteter, såsom mindfulness, uttrycktes vara positivt (Birtwell & Dubrow-Marshall, 2018).



Moore, Sakamoto & Johnson (2017) utforskade upplevelser hos yngre patienter (42-62 år) som diagnostiserats med demens. Några såg positivt på livet trots sin diagnos med utgångspunkt att göra det bästa av situationen, andra upplevde en försämrad livskvalitet och kunde inte längre se något positivt i livet. Gemensamt för alla deltagare var en önskan om att finna fortsatt mening och syfte med livet samt att fortsätta vara en del av sitt sociala nätverk och världen omkring dem. Deltagarna uttryckte en känsla av att människor i omgivningen tog avstånd eller undvek att prata om deras diagnos. Likt i studien av Birtwell & Dubrow-Marshall (2018) uppfattades omgivningens beteende som sårande och nedvärderande. Individerna uttryckte en önskan om att människor runtomkring skulle visa intresse istället för att agera undvikande för deras situation (Moore m.fl., 2017).

## Livskvalitet och välbefinnande

Begreppet livskvalitet innefattar både kroppsliga och själsliga aspekter. Individens hälsotillstånd och fysiska funktioner är viktiga komponenter gällande den kroppsliga aspekten och glädje och tillfredsställelse tillhör den själsliga aspekten av livskvalitet (Panzini m.fl., 2017).

Livskvaliteten hos äldre personer med demens kan påverkas av den omställning det innebär att flytta från hemmiljö till vårdhem. Ofta betraktas boende på vårdhem som en fördel för välbefinnandet. Trots detta tyder flera studier på det motsatta. För äldre med demens på vårdinrättningar är det ofta boendemiljön och vårdkvaliteten som framställs som viktiga inverkan faktorer för livskvaliteten. Exempelvis kan ett enskilt rum med personliga möbler och fotografier samt en mer hemlik boendemiljö inverka hälsofrämjande (Panzini m.fl., 2017).

På vårdhem med specialistutbildad personal eller läkare finns en högre livskvalitet hos de boende. Vårdpersonal som arbetar personcentrerat genom respektfullhet, värdighet och stödjande gentemot de boende ger ett positivt inflytande på livskvaliteten och välbefinnandet. Sociala faktorer såsom goda relationer och kommunikation är viktiga faktorer för livskvaliteten hos personer med demens. Relationerna kan innefatta både familj, vänner, grannar och även vårdpersonal. Viktigt är också att ha tillgång till natur och möjlighet att delta i sociala aktiviteter (Panzini m.fl., 2017).

Många studier utreder livskvaliteten hos individer med demens, samtidigt som andra aspekter, såsom beteendeförändringar. Med tanke på den vida innebörden av begreppet, innefattande både fysiska och psykiska faktorer (Panzini m.fl., 2017), undersöks i denna studie effekter av PCO på symtom och beteenden vid demens, såväl som sociala interaktioner och fysiska funktioner samt aktivering. Alla dessa faktorer utgås kunna förändra individens livskvalitet.

## Personcentrerad omvårdnad

Svensk sjuksköterskeförening (2016) definierar personcentrerad omvårdnad (PCO) som att både prioritera individens andliga, existentiella, sociala, psykiska och fysiska behov. Begreppet innebär även att bekräfta och respektera patientens tolkning av sjukdom och arbeta

utifrån detta ihop med individen. Patientens perspektiv ska sättas i likvärdighet med sjuksköterskans professionella perspektiv. Sjuksköterskans förhållningssätt till omvårdnaden av patienten påverkar om vården blir personcentrerad, sjukdomsorienterad, diagnoscentrerad eller organcentrerad. Skillnaden kan vara att understödja individen i att vara den hen vill vara som i ett personcentrerat perspektiv mot att reducera individen till en sjukdom som i ett sjukdomsorienterat perspektiv. Det krävs att sjuksköterskan har goda kunskaper om värderingar, intressen och prioriteringar genom att vara öppen samt ha intresse för att lyssna på patienten (Svensk sjuksköterskeförening, 2016).

Inom äldreomsorgen är det viktigt att som sjuksköterska möjliggöra för den äldre personen att bibehålla kontrollen över sitt liv samt främja delaktighet och medbestämmande i vården och omsorgen. Likaså är det sjuksköterskans roll att stödja närståendes delaktighet i vården (Svensk sjuksköterskeförening, 2016).

Att behöva leva med en sjukdom som gör att kroppens funktioner sviktar kan öka avståndet mellan vad individen vill och kan göra. I dessa situationer blir den personcentrerade vården extra viktig genom att stödja personen i att göra evidensbaserade val mot en bättre hälsa men att samtidigt respektera och inte moralisera om hen väljer att låta bli (Svensk sjuksköterskeförening, 2016).

Thornton (2011) sammanfattar PCO som en etisk aspekt av omvårdnad. Den etiska vården utgår ifrån människovärdet som grund oavsett kognitiv status. PCO beskrivs utgå ifrån etiska aspekter genom en säker, kompetent och empatisk vård som syftar att med respekt och värdighet främja hälsa och välbefinnande. Samtidigt tas individualitet och mänsklig värdighet i beaktande för att skydda individen. Fokus i ett personcentrerat förhållningssätt i vården är att alla behov ska uppfyllas och grundas på autonomi och individualitet. Vården växer fram ur detaljerad kunskap om individen, både fysisk, psykologisk, social, familjär, själslig och historisk. Det kräver även empatisk förståelse, individualiserade kommunikationsstrategier, en stödjande och individualiserad miljö och relationer baserade på respekt, omvårdnad och förtroende (Thornton, 2011).

PCO kan uttryckas bestå av flera komponenter: fördjupad kunskap/ kännedom om individen, inkluderande av familj eller andra närstående, individanpassad kommunikation, meningsfull sysselsättning eller aktivitet, stödjande och individanpassad miljö och aktivt deltagande i en gemenskap. Det har föreslagits att individualiserade strategier som syftar till att engagemanget hos patienter med demens kan minska BPSD, öka egenvården och minska daglig trötthet. Personcentrerade strategier beskrivs leda till att individen blomstrar och växer, inte bara överlever (Thornton, 2011).

Enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor ska en miljö som respekterar mänskliga rättigheter, värderingar, sedvänjor och trosuppfattningar främjas. Sjuksköterskor ska också medverka till en vårdkultur som främjar etiska förhållningssätt och öppna dialoger (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Målet för hälso- och sjukvården är att uppnå en god hälsa med

fokus på alla människors lika värde samt en vård på lika villkor för hela befolkningen. (SFS 2017:30). På långtidsboende för äldre har sjuksköterskor skyldigheter att besitta kunskap kring de bästa metoderna för att inkludera alla aspekter i klienternas liv samt uppehålla så hög nivå som möjligt av livskvalitet för de boende och deras familjer. Personcentrerad vård är idag i frontlinjen som vårdmetod för äldre på långtidsboende och måste övervägas vara en del av den högkvalitativa vården i dessa sammanhang (Thornton, 2011).

## Problemformulering

Förekomsten av demens ökar, vilket innebär utmaningar för hälso- och sjukvården. Att leva med demens gör det svårare för individen att klara av vardagliga sysslor och i takt med sjukdomens utveckling ökar behovet av hjälp och stöd. Det finns även rapporter om en upplevd minskad livskvalitet vid demens.

På medicinskt inriktade institutioner uppmärksammas främst fysiska behov hos individer med demens. Med tanke på att implementering av PCO är tidskrävande ser vårdhem i många fall inte värdet av det. Insikter tycks saknas i att PCO i längden kan spara både tid och pengar. Även tillsynsmyndigheter negligerar många gånger skyddet av människovärdet och fokuserar på att biologiska behov uppfylls (Thornton, 2011).

## Syfte

Syftet är att undersöka effekter av personcentrerad omvårdnad i samband med demenssjukdom på boende.

## Metod

I metoden beskrivs design, datainsamling, urval, etik och analys.

### Design

Demens är ett relativt väl utforskat område och därför har litteraturöversikt valts som design.

Enligt Friberg (2017) innebär en litteraturöversikt att vetenskapliga artiklar studeras, läses och tolkas för att få en bild av resultatet. I översikten studeras ett utvalt område för att bilda en uppfattning över kunskapsläget som finns inom det specifika ämnet. Artiklarna som har granskats har varit av kvalitativ och kvantitativ typ, samt mixad metod. En induktiv ansats har använts (Danielson, 2017).

### Datainsamling

Artikelsökningar för studien utfördes på tre databaser; PubMed, Cinahl och PsycINFO. PsycINFO är en databas för psykiatriska sjukdomar och har valts med tanke på att demens är ett neuropsykiatriskt tillstånd. Cinahl och Pubmed har använts med tanke på det stora utbud av referenser som finns till material av både omvårdnad och medicin (Karlsson, 2017) då arbetets utgångspunkt är omvårdnad.

För att hitta ett relevant underlag till en litteraturstudie är det en fördel att utgå från en strukturerad fråga. En variant är PICO som underlättar arbetet med att precisera frågeställningen (SBU, 2009). Med hjälp av Synonymer (u.å.) har olika varianter av sökord tagits fram för att variera sökträffarna. Sökorden har anpassats på ett sätt som genererat artikelträffar där effekten av PCO utretts både hos patienter och vårdpersonal. Som sökord ingick "dementia" i alla sökningar. Utöver detta har sökord använts i olika konstellationer och valts ut med hjälp av PIO, vilket är en variant av PICO. I denna studie har jämförelsen ("Comparison") valts bort med tanke på att jämförelse inte är ett krav för att få reda på effekter av PCO. Ändå har flera av de utvalda studierna med en kontrollgrupp. Med hjälp av modellen har frågeställningen strukturerats och sökstrategin utformats på följande sätt:

- Population: "dementia" (OR "alzheimer")
- Intervention: "person-centered care", "nursing home"
- Outcome: "quality of life" (OR "improved quality"), "nursing" (OR "nursing experience" OR "experience").

## Urval

Inklusionskriterier var personer med diagnosen demens, boende på vårdhem samt att personcentrering fanns med som minst en behandlingsmetod. Effekter av behandlingsmetoden har utretts i alla studier. Enligt exklusionskriterier valdes översiktsartiklar bort. Flera artiklar utredde endast PCO-modeller och främst hur dessa *användes* av personalen och inte *effekter* hos patienter. Vissa artiklar behövde beställas och valdes därför bort. Flera artiklar valdes även bort med tanke på att de inte motsvarade syftet.

PCO utvärderades i alla artiklar men med en stor variation av metoder, därför har enda kravet för PCO som inklusionskriterie varit att det ska finnas med. Flera studier har gjorts på både "nursing homes", "residential aged care homes/ facilities", "residential care units /sites", "long-term care facilities" samt "residential care units". Inga av dessa är sjukhusbundna men sjuksköterskor och medicinsk hjälp finns tillgänglig. I studien benämns dessa institutioner som "vårdhem" eller "boende".

Tidsangivelse har använts som begränsning vid tre av sex sökningar. Detta för att finna senast möjliga forskning då vetenskapligt material är en färskvara (Friberg, 2017) och för att minimera antal träffar. Vid en sökning i Cinahl söktes artiklar som publicerats under de senaste tre åren (Tabell 1). En sökning i PsycINFO gjordes på studier som maximalt var tio år gamla (Tabell 2). Sökningen i PubMed avgränsades till att endast visa studier som publicerats de senaste fem åren (Tabell 3). På grund av svårigheten att finna kvalitativa studier så användes kvalitativ studie som begränsning i en sökning i PsycINFO (Tabell 2). Nedan följer söktabeller från de olika databaserna. Nedan följer söktabeller från de olika databaserna.

**Tabell 1 – Cinahl**

| Datum      | Sökord  | Begränsningar (Limits) | Antal träffar | Relevanta abstract | Granskade artiklar | Valda artiklar                  |
|------------|---|------------------------|---------------|--------------------|--------------------|---------------------------------|
| 2019-02-28 | dementia AND quality of life AND nursing home | Tid: 2016-2019         | 38            | 3                  | 1                  | 1<br>Yasuda & Sakakibara (2017) |
| 2019-03-25 | dementia AND person-centered care AND nursing | -                      | 22            | 1                  | 1                  | 1<br>Rasin & Kautz (2007)       |

**Tabell 2 – PubMed**

| Datum      | Sökord   | Begränsningar (Limits) | Antal träffar | Relevanta abstract | Granskade artiklar | Valda artiklar   |
|------------|--|------------------------|---------------|--------------------|--------------------|--|
| 2019-02-28 | dementia AND person-centred care AND quality of life AND nursing homes | Tid: 5 år              | 31            | 8                  | 3                  | 3<br>Edvardsson m.fl. (2014), Ballard m.fl. (2018), Rokstad m.fl. (2013) |

**Tabell 3 – PsycINFO**

| Datum      | Sökord  | Begränsningar<br>(Limits)            | Antal<br>träffar | Relevanta<br>abstract | Granskade<br>artiklar | Valda<br>artiklar   |
|------------|---|--------------------------------------|------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| 2019-03-08 | dementia<br>AND quality<br>of life AND<br>person-<br>centered<br>care   | -                                    | 20               | 6                     | 5                     | 2<br>Terada m.fl.<br>(2013),<br>Chenoweth m.fl.<br>(2014)                             |
| 2019-03-12 | (dementia*<br>OR<br>alzheimer*)<br>AND<br>(person-<br>centered<br>care) AND<br>(nursing<br>home*) AND<br>(quality of<br>life OR<br>improved<br>quality) | Tid: 2009-<br>2019                   | 39               | 12                    | 4                     | 3<br>Sjögren m.fl.<br>(2013), Bharwani<br>m.fl. (2012),<br>Chenoweth, m.fl.<br>(2009) |
| 2019-03-25 | (dementia*<br>OR<br>alzheimer*)<br>AND  | Methodology:<br>Qualitative<br>Study | 66               | 6                     | 4                     | 3<br>Savundranayagam<br>m.fl. (2016),<br>Hendriks m.fl.                               |

|  |  |  |  |  |  |                               |
|--|--|--|--|--|--|-------------------------------|
|  | (person-centered care) AND (nursing* OR nursning experience* OR experience*) |  |  |  |  | (2016), Boersma m.fl. (2017). |
|--|--|--|--|--|--|-------------------------------|

## Etik

Enligt 7 § och 8 § i lagen om etikprövning som avser människor (SFS 2003:460) finns beskrivet att forskning bara får godkännas om den utförs med respekt för människovärdet samt att människors välfärd ska gå före samhällets och vetenskapens behov. Vidare beskrivs i lagen att studiedeltagare har rätt till information om studien samt ge skriftligt godkännande för sitt deltagande. Granskning av deltagande samtycke och eventuell etiskt godkänd studie, har i detta arbete gjorts och har nämnts i majoriteten artiklar men inte i alla.

## Analys

Artiklarna skrevs ut och båda författare granskade först en artikel vardera. Resultat som var relevant för vårt syfte ströks under för att finna olika teman. Likaså gjordes de delar av metod och diskussion där information framkom som behövdes för att förstå resultatet samt få en helhetsbild av studien. Främst var fokus på att förstå metod och resultat i respektive artikel. Efter den första individuella granskningen diskuterades resultaten av artiklarna. Därefter byttes artiklar och båda författare läste varandras artikel. Granskningarna jämfördes med varandra vilket, enligt Henriesson (2017), stärker reliabiliteten. Samma procedur upprepades med alla 13 artiklar. Sedan formulerades sammanfattningar av respektive studie som samtidigt fördes in i tabeller (Bilaga 1). Därefter plockades relevant resultat ut som formulerades med egna ord i text. Artiklarna granskades sedan åter igen och kompletterades med ytterligare information till resultatet. Ett kontinuerligt arbete skedde mellan formulering av resultat och att skapa oss djupare förståelse genom att repetera texten i respektive artikel. Tabeller och figurer i artiklarna analyserades och diskuterades. Under granskningen framkom likheter mellan flera studier och dessa samband diskuterades löpande under arbetets gång.

Med en induktiv ansats som utgångspunkt har kvalitetsgranskningen av artiklarna gjorts med stöd av en granskningsmall (se Bilaga 2). Med tanke på den omfattande mallen och flertalet valda artiklar så har de punkter som ansågs rimliga för syftet valts ut från mallen. Eventuella frågeställningar har granskats (Punkt 2). Mindre tid har lagts på granskning av bakgrund och introduktion. Denna del av artiklarna har mest varit ett verktyg för att förstå eventuell

presentation av teori samt termer och begrepp (Punkt 3). Artiklarnas metod har studerats väl, alla punkter i granskningsmallen har besvarats förutom statistisk analys samt validitet och reliabilitet (Punkt 4). Dessa begrepp fanns inte heller med i alla artiklar. Resultatet har beskrivits utan fördjupning av eventuella statistiska eller tolkande analyser (Punkt 5). Slutsatser som dragits av respektive forskarteam har främst använts för att få förståelse av sammanhanget i resultatet samt för att se rimligheten av detta gällande vår egen utgångspunkt (Punkt 6). “Innebörden av studien för den praktiska vården” (Punkt 7) i granskningsmallen har varit en diskussionsfråga löpande under arbetets gång.

## Resultat

Resultatet i litteraturoversikten baserades på 13 vetenskapliga artiklar. Av dessa var nio kvantitativa, två kvalitativa och två mixad metod. Tre av studierna var utförda i USA, två i Sverige, två i Nederländerna, två i Australien, två i Japan, en i Norge och en i Storbritannien. Resultatet presenteras i sju teman och två subteman, utifrån den effekt personcentrerad omvårdnad har gett. Teman som framkommit är; “BPSD” där “Agitation” och “Depression” är subteman, “Livskvalitet och välbefinnande”, “Kommunikation och sociala interaktioner”, “Fysiska funktioner”, “Vårdpersonalens tillfredsställelse med arbetet”, “Omvårdnadsstrategier och kunskap” och “Hälsoekonomi”.

### BPSD

En stor del av de studerade artiklarna har undersökt effekten av BPSD som helhet men många har även undersökt effekten som PCO har på agitation och depression separat.

I en studie utförd av Chenoweth m.fl. (2009), som fullföljdes av 236 personer, undersöktes effekten av PCO i två grupper. Här minskade symtomen av BPSD vid studiens slut i en av grupperna. De minskade symtomen visades vid uppföljningen dock återgå till det ursprungliga mätvärdet.

Rokstad m.fl. (2013) undersökte också effekten av PCO i två grupper och effekterna av metoden jämfördes mellan grupperna. 268 personer fullföljde studien och det upptäcktes en viss grad av minskade BPSD-symtom i en av grupperna, som statistiskt inte kunde säkerställas. En minskning av BPSD upptäcktes även med PCO i en studie där 847 personer med demens deltog. Däremot uttrycks även denna minskningen vara liten och icke signifikant (Ballard m.fl., 2018).

I två andra PCO-grupper visade resultatet på ökade symtom av BPSD vid avslutad intervention (Chenoweth m.fl., 2009) (Rokstad m.fl., 2013). I studien av Rokstad m.fl. (2013) var dock ökningen liten och de ökade symtomen i studien av Chenoweth m.fl. (2009) återgick vid uppföljningen till det ursprungliga mätvärdet.

### Agitation

I studien av Chenoweth m.fl. (2009) sågs en signifikant minskning av agitation efter studiens avslut i samma PCO-grupp där symtomen av BPSD minskade. En minskning upptäcktes även



vid uppföljningen fyra månader senare. I studien gjord av Bharwani, G., Parikh, Lawhorne, Van Vlymen, & Bharwani, M. (2012) utvecklades individuella personcentrerade behandlingsmetoder till 18 personer med demens på ett vårdhem. Behandlingsmetoderna kunde bestå av musik, spel eller pussel som anpassades efter individens personlighet, beteende och kognitiva funktion. Studien pågick under sex månader och under denna tid såg både personal och anhöriga en markant minskning av agitationen hos de boende. Bland annat förklarades det goda resultatet genom ökat engagemang. De boende kom oftare ut från sina rum vilket förbättrade delaktigheten hos dem själva och deras anhöriga. Det medförde även till en lugnare atmosfär på boendet. I ytterligare en studie framkom en minskning i agitation hos 404 personer med demens som fick PCO (Ballard m.fl., 2018).

I studien av Rokstad m.fl. (2013) sågs en minskning av agitation i båda grupperna med PCO. Även i en grupp där BPSD-symtomen ökade sågs en minskning av agitationen (Chenoweth m.fl., 2009). På grund av att minskningen av agitation var så pass liten kunde däremot inte resultatet statistiskt säkerställas i någon av dessa studier (Rokstad m.fl., 2013) (Chenoweth m.fl., 2009). Även i studien gjord av Chenoweth m.fl. (2014) upptäcktes hos de 601 deltagarna en minskning av agitationen vid implementerad PCO. Ett mätverktyg användes i studien för att mäta graden av PCO på boenden. Tre varianter av PCO-grupper jämfördes. I två av grupperna framkommer det en minskning av agitationen. Dock bekräftades inget signifikant samband mellan PCO och minskning i agitation då boenden med högst grad av PCO, enligt använt mätverktyg, inte hade störst minskning av agitation (Chenoweth m.fl., 2014).

I studien av Sjögren, Lindkvist, Sandman, Zingmark & Edvardssons (2013) utvärderades också effekten av PCO på bland annat agitation. Informationen hämtades av totalt 1237 sjuksköterskor på flera olika vårdhem och ingen förändring i agitationen kunde konstateras. Ingen förändring sågs heller i agitation i den tredje PCO-gruppen som kombinerade två metoder i studien av Chenoweth m.fl. (2014). I ett boende tillhörande denna grupp som hade en lägre grad av PCO, enligt använt mätverktyg, framkom dock en ökning av agitationen (Chenoweth m.fl., 2014).

## **Depression**

I studien av Rokstad m.fl. (2013) visade resultatet på en minskning av depression i en av de två grupper som implementerat PCO. Det gick dock inte att statistiskt säkerställa om det var tack vare PCO som minskningen skedde.

Två studier (Sjögren m.fl. 2013) (Chenoweth m.fl., 2014) visade inga samband mellan depressiva symtom och PCO. Enligt Chenoweth m.fl. (2014) sågs varken förbättring eller försämring av depression i någon av de tre grupperna som använde PCO. Detta gällde både över tid samt vid jämförelse av grupperna vid studiens avslut. Generellt för alla personer med demens som deltog i studien av Sjögren m.fl. (2013) var andelen depressiva symtom på en låg nivå och det gick inte att fastställa ett samband mellan PCO och dessa symtom.

I den andra gruppen i studien av Rokstad m.fl. (2013) ökade depressionen. Detta var samma grupp där deltagarnas agitation drastiskt minskade under tiden som studien pågick.

## Livskvalitet och välbefinnande

Samtliga studier utom en (Chenoweth m.fl., 2009) som undersöker effekten på livskvalitet pekar på att PCO leder till en ökad livskvalitet.

Studien av Ballard m.fl. (2018) visade en ökad livskvalitet efter nio månader med PCO. Ökad livskvalitet sågs även i studien av Rokstad m.fl. (2013) hos deltagare i en av grupperna som fick PCO, jämfört med en kontrollgrupp. Ett samband upptäcktes i studien av Sjögren m.fl. (2013) mellan stödet från omgivningen och organisationen med högre livskvalitet hos personer med demens på vårdhem. Med PCO förbättrades livskvaliteten signifikant i alla tre PCO-grupper visar studien av Chenoweth m.fl. (2014). En av grupperna uttrycks ha något större förbättring än de andra grupperna vid studiens start och vid uppföljningen åtta månader efter att studien avslutats. I en studie av Terada m.fl. (2013) utvärderades sambandet mellan PCO och livskvalitet genom ett frågeformulär som fylldes i av omvårdnadspersonal med olika professioner. 216 formulär användes till resultatet som bland annat utvärderade livskvalitet hos personer med demens. Majoriteten hade måttlig till allvarlig demens. Sex aspekter användes vid bedömning av livskvalitet i studien. Boenden med PCO hade en högre grad av livskvalitet i fem av dessa aspekter. Fyra av aspekterna ("positivt känsloläge", "förmåga att kommunicera", "spontanitet och aktivitet" och "fäst vid andra") hade ett signifikant samband med PCO. Den femte aspekten ("positiv påverkan") sågs också ha ett samband, som dock inte kunde statistiskt säkerställas med PCO (Terada m.fl., 2013). I studien av Sjögren m.fl. (2013) framkom också icke signifikanta samband mellan PCO och förbättrad livskvalitet.

I studien av Yasuda & Sakakibara (2017) deltog 40 personer med demens. Efter att personal fått utbildning i PCO sågs ett ökat välbefinnande hos de boende. Hendriks, van Vliet, Gerritsen, & Dröes (2016) undersökte effekterna av personcentrerade aktiviteter i naturen. Baserat på intervjuer med 34 personer med demens valdes tre aktiviteter ut; promenader och trädgårdsarbete då de var de mest önskade aktiviteterna, samt stimulering av sinnen eftersom det kunde anpassas till alla oavsett grad av demens. Alla deltagare njöt av aktiviteten och nästan alla skulle vilja göra om det. Deltagare uppgav att det bringade tillbaka minnen och att de njöt av att vara tillsammans med andra under aktiviteten. Edvardsson, Petersson, Sjögren, Lindkvist, & Sandman (2014) använde frågeformulär i sin studie från personal på flertalet vårdhem. Detta gav information hur deltagandet i aktiviteter hos de totalt 1266 personerna med demens såg ut. Utifrån denna information framkom att när vårdpersonalen använde PCO i större utsträckning sågs också ett större deltagande i aktiviteter hos de boende. De som deltagit mer i vardagliga aktiviteter bedömdes även ha signifikant högre livskvalitet. Detta innebär att på boenden med en högre grad av PCO tenderade de boende delta i fler aktiviteter och därmed ha en högre livskvalitet.

I studien av Chenoweth m.fl. (2009) visar resultatet inte någon effekt på livskvaliteten hos deltagarna i PCO-grupperna. Den sjätte aspekten av livskvalitet i studien av Terada m.fl. (2013), "rastlöshet", var den enda kategori där samband till PCO inte kunde styrkas i denna studie.

## Kommunikation och sociala interaktioner

Efter nio månader med PCO sågs en ökning av positiva interaktioner vid omvårdnad mellan personal och boende i studien av Ballard m.fl. (2018). I studien av Yasuda & Sakakibara (2017) undersöktes bland annat hur antalet sociala interaktioner förändrades när personalen började arbeta med PCO. Det visades vid studiens avslut att antalet interaktioner med andra hade ökat markant. I studien av Chenoweth m.fl. (2014) framkom att kvaliteten på interaktioner förbättrades i gruppen som använde PCO och samtidigt anpassade omgivningen på ett personcentrerat sätt. Förbättringen höll dock inte i sig vid uppföljningen efter åtta månader. Ett samband uppmärksammades mellan välbefinnande och sociala interaktioner i studien av Yasuda & Sakakibara (2017). Hos gruppen med ökat välbefinnande sågs en ökning av sociala interaktioner, medan det i gruppen med minskat välbefinnande fanns en minskning av sociala interaktioner. Detta resultat tyder på att välbefinnandet hos deltagarna var signifikant associerat med interaktioner med andra (Yasuda & Sakakibara, 2017).

I studien av Hendriks m.fl. (2016) som undersökte effekten av personcentrerade aktiviteter i naturen, delades resultatet in i olika kategorier. Det visade sig att aktiviteterna hade störst positiv effekt på anknytningen till personal och anknytning till omgivningen. God effekt sågs även på deltagarnas samarbete med andra och de spontana samtalen ökade i gruppen.

I studien med Bharwani m.fl. (2012) visades att den genomsnittliga tiden vid personcentrerade interaktioner såsom att spela spel eller lägga pussel med den boende var drygt en halvtimme. När dessa interaktioner varade i minst tio minuter uppmärksammades deltagarna uttrycka fler positiva kommentarer. Därför användes tio minuter som lägsta möjliga tid som en interaktion skulle utföras på för att uppnå positivt gensvar. En personcentrerad omgivning och PCO visades leda till en signifikant ökning av positiva känslomässiga reaktioner från deltagarna relaterat till omvårdnaden (Chenoweth m.fl., 2014). Savundranayagam, Sibalija & Scotchmer (2016) visade i sin studie att personcentrerad kommunikation på ett vårdhem var en förutsättning för positiva reaktioner från boende bestående av 13 studiedeltagare. När vårdpersonalen (totalt 13 individer) visade intresse för vad den boende berättade så delades också mer information med vårdpersonalen. Detta gav personalen bättre insikt i den boendes personlighet och erfarenheter vilket förbättrade relationen. Med personcentrerad kommunikation frågade personalen även mer frågor till de boende, vilket uppmuntrade dem till konversationer. Detta gav känslan av att de gett ett meningsfullt bidrag till konversationen. Effekten av personcentrerad kommunikation blev även att de boende visade en större artighet i form av att tacka och indirekt berömma vårdpersonalen. Detta gav personalen bekräftelse på förmågan att genomföra god vård (Savundranayagam m.fl., 2016).

Det visades i studien av Savundranayagam m.fl. (2016) att tillfällen då personalen missade att använda personcentrerad kommunikation var signifikant kopplade till negativa reaktioner. Situationerna kunde handla om att personalen var rak på sak istället för att förhandla med individen, vilket skapade en vägran att fullfölja instruktioner. Detta signalerade att vården inte levererades så att den mötte individens behov eller komfort. Situationer då individen upplevt smärta eller ångest och varit tvungen att be om hjälp flera gånger utan att få gensvar, skapade

en negativ reaktion som kunnat undvikas om personal uppmärksammade problemet direkt (Savundranayagam m.fl., 2016).

## Fysiska funktioner

I studien av Sjögren m.fl. (2013) bekräftades ett samband mellan PCO och ADL samt mellan stödet från omgivningen och förbättrad förmåga till ADL. Sambandet visade att enheter som i större utsträckning använde PCO som arbetsmetod hade fler antal vårdtagare med större förmåga till ADL. På dessa enheter kunde även flera av dessa individer sköta sin ADL självständigt såsom att äta, dricka och ta sig till toaletten utan assistans. Motsatt resultat framkom i en annan studie där det utvärderades om det fanns ett samband mellan PCO och ADL via frågeformulär. Studiens resultat visade inte något samband mellan dessa (Terada m.fl., 2013).

Hendriks m.fl. (2016) upptäckte i sin studie, med personcentrerade aktiviteter i naturen, en ökning av positiva beteenden såsom att deltagarna blev mer alerta och aktiva samt mer fokuserade på den pågående aktiviteten. Av de boende som deltagit i aktiviteter den senaste veckan i studien av Edvardsson m.fl. (2014) var drygt hälften med på promenader. En fjärdedel deltog i gruppspel inomhus och cirka en av tio var med vid kyrkobesök. Majoriteten av de individer som deltagit i dessa aktiviteter bodde på enheter där vårdpersonalen använde PCO i stor utsträckning. På dessa enheter utgjorde alltså vardagliga aktiviteter en central del av vården (Edvardsson m.fl., 2014).

Under den sex månader långa studien av Bharwani m.fl. (2012) minskade antal fall med 32% efter implementering av PCO. Förklaringen till varför minskningen skedde var att de nya behandlingarna medförde fler möjligheter för vårdpersonalen att interagera med vårdtagarna. Det gjorde att beteendestörningar som kunde leda till att de boende ensamma vandrade runt, följde efter eller letade efter något undveks, vilket resulterade i minskad fallrisk. Även i studien av Chenoweth m.fl. (2009) framkom en signifikant minskning av fall i den ena PCO-gruppen men en ökning i den andra PCO-gruppen.

## Vårdpersonalens tillfredsställelse med arbetet

I en nio månader lång studie av Boersma, Dröes, Lissenberg-Witte, van Meijel & van Weert (2017) studerades, med hjälp av både kvalitativa och kvantitativa metoder, om det gick att fastställa om tillfredsställelsen med arbetet hos vårdpersonalen ökade efter implementering av PCO. Metoden implementerades genom att vårdpersonalen på fyra olika vårdhem fick utbildning i den aktuella PCO-metoden och resultatet jämfördes sedan med kontrollgrupper från andra avdelningar på samma vårdhem, där personalen inte fått någon utbildning. Totalt avslutade 75 deltagare studien i PCO-gruppen. Resultatet av gruppintervjuerna visar först på att vårdpersonalen inte upplevde förbättrad tillfredsställelse men vid ytterligare diskussion kring PCO-metoden och påverkan på det dagliga omvårdnadsarbetet framställer några deltagare indikatorer som kan tolkas positiva gällande tillfredsställelsen med arbetet. De som intervjuade deltagarna rapporterade att vårdgivarna med PCO uppvisade mer

arbetstillfredsställelse samt glädje i interaktioner med de boende. Slutsatsen drogs att dessa förändringar hade influerat arbetsglädjen för vårdgivarna (Boersma m.fl., 2017).

I resultatet av de kvantitativa mätningarna från frågeformulären framkom däremot att vårdpersonalen inte upplevt förbättrad tillfredsställelse i arbetet, speciellt när det inte hjälpte dem att hantera utmanande beteende eller när de boende inte gav ett positivt gensvar (Boersma m.fl., 2017).

## Omvårdnadsstrategier och kunskap

Det rapporterades att PCO underlättade för vårdpersonalen att muntra upp de boende samt att glada boende var roligare och lättare att arbeta med. Bland annat uttrycktes att tack vare PCO orkade personalen arbeta under en längre tid (Boersma m.fl., 2017).

I studien utförd av Rasin & Kautz (2007) undersöktes strategier och kunskaper i PCO på boenden för personer med demens. 23 personer i vårdpersonalen deltog i studien. Resultatet visar att deltagarna uttryckte intresse för att förstå meningen med den boendes beteende. De boende kunde både slå, förbanna och spotta på vårdpersonal men i de situationerna gällde det att inte ta det personligt utan att tänka på att situationen kunde påminna om något som tidigare i livet gjort individen arg (Rasin & Kautz, 2007).

Lagarbete förbättrade den personcentrerade kunskapen. Exempelvis lärde sig nyanställda att fråga kollegor om hur en specifik person kunde reagera i olika typer av situationer (Rasin & Kautz, 2007). I studien av Boersma m.fl. (2017) framkom positiva aspekter av att genomgå utbildning i PCO som ett team. Samarbetet mellan vårdpersonalen förbättrades vilket även påverkade de boende på ett positivt sätt. Detta gjorde det också roligare att jobba. Både vårdpersonalen och managers rapporterade att deltagande i träningen tillsammans som ett team, ledde till bättre sammanhållning i arbetsgruppen.

Resultatet från intervjugrupperna i studien av Rasin & Krautz (2007) visade att vårdpersonal som använde PCO såg människan bakom handlingar och beteenden. Förståelse fanns för att individens beteende hade ett samband, inte bara med sjukdomen, utan även med patientens livshistoria, känslor samt sociala och emotionella behov. I intervjuerna framkom även att bandet till patienterna var mycket personligt, som att se de boende som familj.

Personcentrerad kunskap summerades bland annat som att känna sina patienter väl och direkt kunna se på individen när något inte stod rätt till. Vårdpersonalen använde patientens livshistoria för att förutse den boendes behov och beteendesymtom från demensen. Med hjälp av patientens livshistoria kunde vårdpersonalen förstå hur detta kunde influera beteendet (Rasin & Krautz, 2007).

Förståelse fanns även för att alla individer behövde olika typer av bemötande.

Personcentrerad kunskap hos vårdpersonalen framkom genom kommentarer om att behandla individen med värdighet och respekt. Dessa kunskaper kring att människans behov av autonomi, värdighet, respekt och självkänsla inte minskar med ålder eller kognitiv förmåga sågs leda till ett personcentrerat förhållningssätt i arbetet (Rasin & Kautz, 2007). PCO

beskrevs hjälpa personal att hantera komplext beteende från de boende genom att spendera mer enskild tid med den boende. (Boersma m.fl., 2017).

De som intervjuade deltagarna rapporterade att vårdgivarna med PCO lättare kunde hantera utmanande beteenden hos de boende. Vårdpersonal angav också positiva effekter på sin kompetens i omvårdnad när PCO applicerats samt att PCO gjorde det lättare att hantera svåra situationer eller beteenden (Boersma m.fl., 2017).

## Hälsoekonomi

Enligt en studie (Chenoweth m.fl., 2014) visades att kostnader till följd av förändringar som gjordes, samt själva implementeringen av PCO, blev lägre än planerat.

Kostnadsökning vid införandet av en PCO sägs i en artikel vara till fördel jämfört med konsekvenser som uppstår vid vanlig vård, vilken leder till kostnader för hälsovård och socialtjänst. Detta innebär att PCO blir billigare i längden (Ballard m.fl., 2018).

## Diskussion

### Metoddiskussion

Litteraturoversikt valdes som metod då det ger en god översikt över kunskapsläget som råder. Detta ger kunskaper för vårdpersonal att bedriva evidensbaserad vård och vi får en bild av vilken information som saknas och vad som kräver mer forskning (Rosén, 2017).

### Söktermer och databaser

I syftet vi utgick från inriktade vi oss först och främst mot effekten av livskvalitet. Antalet träffar i databaserna blev dock få och endast av kvantitativ typ. Vi bestämde oss därför för att bredda syftet. Ett effektivare sätt för att inte bli för låsta på ett enskilt område, hade varit att utgå från ett bredare syfte vid start för att se vilken information som fanns tillgänglig och därefter smalnat av syftet.

Efter att enbart gjort sökningar i PubMed och Cinahl började vi även använda oss av PsycINFO som databas. Chansen att finna relevanta artiklar med hög validitet ökar genom att använda flera olika databaser som har fokus på omvårdnad (Henricson, 2017). PsycINFO gav många relevanta resultat och visade sig vara en passande databas för vårt ämne. Där hittade vi även kvalitativa artiklar och artiklar som använt mixad metod, vilket kompletterade resultatet med beskrivningar av upplevelser hos främst vårdpersonal. De kvantitativa artiklarnas resultat bestod däremot till störst del av mätningar av symptom. Metoder kompletterar varandra på så sätt att mätningar ger ett mer konkret resultat medan information via intervjuer ger ett resultat som omfattar helheten genom individers egna upplevelser. Med hjälp av dessa metoder har det i studien både framkommit negativa och positiva mätbara effekter såväl som tolkningsbara kvalitativa resultat som blir lättare att diskutera. Detta som i studien av Boersma m.fl. (2017) där personalen först inte upplevde någon konkret förbättring själva men där personerna som intervjuade personalen märkte en tydlig förbättring.

Eftersom vårt syfte från början utgick från att undersöka effekten som PCO har på livskvaliteten hos personer med demens, är också våra sökord i flera sökningar anpassade efter just livskvalitet. Sökorden hade istället kunnat utökats till att innehålla ytterligare områden. Detta kunde möjligtvis ha resulterat i fler relevanta artiklar innehållande ett jämnare fördelat resultat med avseende på olika effekter av PCO. Mycket av resultatet som istället framkom gällde specifikt livskvaliteten medan bland annat ADL och depression fick mindre utrymme.

Vid några sökningar framkom ett mindre antal träffar än vad som rekommenderats, vilket skulle kunna ha berott på för många, alternativt för få sökord. Bland de träffar vi fått har vi med olika kombinationer av orden ändå lyckats hitta både kvalitativa och kvantitativa artiklar som ger god information inom vårt område. Med hjälp av Svensk MeSH hade en större variation av sökord kunnat framkomma, sökningarna hade gjorts mer skiftande och därmed kunnat ge ett mer nyanserat resultat.

PIO har använts som sökstrategi. Detta med tanke på att vi inte ville begränsa oss till att endast använda artiklar som jämför resultatet med en kontrollgrupp. Eftersom vi ville undersöka effekten av en metod var det inte nödvändigt med en kontrollgrupp då effekt även yttrar sig när den specifika metoden implementerats hos en enskild grupp. Med tanke på att flera studier ändå inkluderade kontrollgrupper hade även PICO som användningsmetod kunnat användas.

## **Urval och artikelanalys**

Inklusionskriterierna ansågs vara nödvändiga för att motsvara syftet. Vid sökningar av artiklar var ambitionen att främst hitta studier som utförts de senaste åren. Då antalet träffar var många kunde sökningarna begränsas genom ett specifikt angivet tidsintervall. Inom ämnet för arbetet är det dock möjligt att tidigare forskning finns som kan ge värdefull information, vilket också var en anledning till att inte begränsa alla sökningar med ett tidsintervall.

Granskningen av artiklar hade kunnat göras mer ingående och tidigare under arbetets gång. En fördel vore att enbart ha fokuserat på artikelsökningarna under arbetets början. Det hade då kunnat undvikas att granskning av artiklar skedde under påbörjat författande. Detta hade underlättat arbetsgången, tydliggjort innehållet av granskningen och minskat antalet tillfällen då texten behövt redigeras.

En viss svårighet har upplevts vid analys av de kvantitativa artiklarna då en del av resultatet inte är signifikant. Detta resultat har ändå valts att ha med eftersom det ansågs relevant i de specifika studierna. Dessutom kan skillnaden mellan signifikans och icke-signifikans i många fall vara hårfin. Att p-värdet  $<0,05$  används är av ren tradition. Har exempelvis två olika studieresultat ett p-värde på 0,06 respektive 0,04 anses resultaten i praktiken detsamma, trots att det ena bedöms signifikant och det andra icke signifikant (Billhult & Gunnarson, 2012). Om fler studier undersöker samma sak och ändå får ett liknande p-värde kan alltså resultatet peka på lika trender och därför vara av lika stor relevans. I de kvalitativa studierna blir resultatet mer tolkningsbart och ofta tematiskt. Där har istället diskussion och slutsats varit

mer aktuell vid analys. Kvalitativa resultat uppfattar vi mer omfattande och varierande och därför även lättare att diskutera.

Enligt Henricsson (2017) kan det vara problematiskt att dra slutsatser från resultatet när olika mätinstrument används. I de studier som använt enkäter kan reliabiliteten påverkas eftersom deltagarna kan tolka frågorna olika eller missuppfatta formuleringen (Henricsson, 2017). I några av de studerade artiklarna framkommer att enkäter har använts vilket därmed kunde leda till en lägre reliabilitet, samtidigt presenteras även olika mätinstrument vid datainsamlingen, vilket också påverkar reliabiliteten.

## Resultatdiskussion

Tidigare studier har visat att PCO ger positiva effekter på symtom och livskvalitet hos personer med demens på boende, samt stärker relationen mellan vårdpersonal och patienter (Svensk sjuksköterskeförening, 2016) (Panzini m.fl., 2017). En induktiv ansats med avseende på innehållet i texten utan bakomliggande teorier har däremot använts i denna studie (Danielson, 2017).

## Huvudfynd

Flera studier visar på att BPSD-symtom (Chenoweth m.fl., 2009) (Rokstad m.fl., 2013) (Bharwani m.fl., 2012) och även specifikt agitationssymtom (Ballard m.fl., 2018) (Bharwani m.fl., 2012) (Chenoweth m.fl., 2014) (Chenoweth m.fl., 2009) (Rokstad m.fl., 2013) förbättras med hjälp av PCO. Samtidigt framkommer i flera studiegrupper ingen förändrad symtombild alls. Resultatet angående BPSD är alltså tvetydigt. I de grupper där förändring skett gällande dessa typer av symtom, har de både ökat respektive minskat. Då symtomet agitation mätts för sig, har goda resultat framkommit. Majoriteten som undersökt detta har visat på minskad agitation hos personer med demens efter implementering av PCO på vårdenheter. Eftersom BPSD består av många olika symtom kan det tänkas att vissa symtom inte visat på förbättring och att det därmed väger upp förbättringen som skett gällande agitation. Det behövs mer forskning för att fastställa vad som orsakar detta. Rimligtvis kan det vara så att PCO inte förbättrar alla symtom som ingår i begreppet BPSD.

De tvetydiga resultaten tyder på att det inte finns några enhetliga svar på om PCO som metod alltid ger ett positivt resultat eller alltid är en passande metod för att uppnå bästa möjliga livskvalitet för personer med demens. Anledningen till ökningarna av både BPSD (Chenoweth m.fl., 2009) (Rokstad m.fl., 2013) och agitation (Chenoweth m.fl., 2014) som sågs i totalt tre studiegrupper är svår att tyda. Det är möjligt att PCO-metoderna som använts i dessa grupper helt enkelt fungerar sämre än vanlig vård för personer med demens. Mer troligt är dock att dessa ökningarna var slumpmässiga eller orsakades av något annat. Detta med tanke på att en ökning var icke-signifikant, att en ökning återgick till ursprungligt mätvärde vid uppföljningen respektive att en ökning skedde i en grupp där PCO inte användes i samma grad som hos övriga grupper. En annan möjlighet är att PCO skapade en stress under studieperioden hos de boende som då blev omvårdade på ett nytänkande och främmande sätt men som i längden kan tänkas ge ett positivt resultat. Här blir det viktigt att vårdpersonalen



vågar ha ett öppet förhållningssätt till PCO, har tålamod och vågar tro på förändring och att framför allt sjuksköterskorna tar sitt huvudansvar med en holistisk syn på patienten.

En litteraturoversikt av Kim & Parks (2017) visade att PCO minskar agitation, BPSD och depression, samt ökar livskvaliteten hos personer med demens. Agitation sågs minska på kort tid när PCO användes intensivt och baserades på aktiviteter. Livskvaliteten hos individerna var beroende av mer långsiktig behandling med PCO. Vi har inte undersökt tidsaspekten av PCO i våra studier, vilket kan vara en anledning till de motsägelsefulla resultaten. Det är möjligt att i de studier där agitationen ökat, har behandlingsmetoden eventuellt inte varit vare sig intensiv eller baserad på aktivering av deltagarna. Att livskvaliteten däremot ses öka i studierna vi undersökt kan bero på att PCO-metoderna inte varit intensiva, utan mer långsiktiga.

De samband som framkommer mellan ADL, aktiviteter, livskvalitet och PCO (Terada m.fl., 2013) (Sjögren m.fl., 2013) (Edvardsson m.fl., 2014) (Hendriks m.fl., 2016) i flera artiklar kan tolkas som att aktivitet och autonomi, beskrivet som ADL, i det stora hela ökar livskvaliteten för personer med demens. Det resultat som framkommer i studien av Edvardsson m.fl. (2014) kan antingen tolkas som att PCO leder till ett ökat deltagande i aktiviteter alternativt att vårdhem som bedriver PCO aktiverar de boende mer. Det samband som i studien av Terada m.fl. (2013) framkommer mellan ADL och livskvalitet kan tolkas bekräftas i Sjögrens m.fl. (2013) studie där stödet av omgivningen leder till ökad livskvalitet. Logiskt sett skulle omgivningens stöd kunna bestå i att motivera till aktivering eller assistera vid ADL, med tanke på att det även i Teradas m.fl. (2013) studie framkommer ett samband mellan ADL och livskvalitet. Indirekt kan alltså samband tolkas finnas mellan PCO och ökad livskvalitet i alla tre studier (Terada m.fl., 2013) (Sjögren m.fl., 2013) (Edvardsson m.fl., 2014). Med tanke på de positiva reaktionerna av utomhusaktiviteter i Hendriks m.fl. (2016) studie kan samma samband ses även där.

I två artiklar (Chenoweth m.fl., 2009) och (Chenoweth m.fl., 2014) där deltagarna följdes upp efter studiens avslut höll resultatet inte i sig. Att förändringen som skett inte varade inom alla undersökta områden kan tyda på att PCO är något som personal kontinuerligt måste arbeta med och som först ger effekt på längre sikt. Precis som påståendet av Thornton (2011) om att det finns ett generellt motstånd relaterat till implementering av PCO på grund av att det är tidskrävande, så kan svårigheter uppstå om metoden inte fullföljs under en längre tid än en studieperiod. Utan denna insikt hos vårdgivare och vårdpersonal så läggs inga resurser på PCO och därmed skapas ingen förståelse för att det i längden kan spara tid och pengar (Thornton, 2011).

Det är anmärkningsvärt att de studerade artiklarna har så många motsägelsefulla resultat. Detta indikerar att mer forskning behövs om respektive metod för att klarlägga vilka metoder alternativt aspekter i respektive metod som är framgångsrika i arbetet med personer med demens på vårdhem. De teman där resultaten visar på förbättring är främst agitation, livskvalitet, ADL och ett minskat antal fall. Det är viktigt att fortsätta forskningen för att säkerställa att goda resultat inom ett område inte sker på bekostnad av ett annat, såsom att

exempelvis minskad agitation hos en grupp individer inte beror på att de istället blivit deprimerade eller att färre fall sker på grund av minskad möjlighet att röra på sig.

Det faktum att PCO i en studie (Chenoweth m.fl., 2014) används med fokus på en mer personcentrerad boendemiljö samt i flera andra studier används med fokus på interaktioner av vårdpersonalen bekräftas viktigt även av Stranz & Sörensdotter (2016). Båda utredda vårdhem poängterar vikten av en personcentrerad boendemiljö som i stort sett är motsatt till institutionaliserade boendemiljöer samt skapandet av goda vårdrelationer. Det innebär att en mer hemlik miljö samt god kommunikation och tid för patienten tycks ge positiva effekter för personer med demens.

I en avhandling av Ericsson (2011) framkommer vikten av sociala relationer och interaktioner mellan vårdpersonal och personer med demens. Om personalen inte var lyhörd gentemot patienterna ledde det till ett minskat välbefinnande. Detta sågs även i studien av Yasuda & Sakakibara (2017) där ett samband upptäcktes mellan välbefinnande och sociala interaktioner hos personer med demens. Det framkom även i avhandlingen att patienternas kognitiva förmåga ofta underskattades av personal som ibland körde över deras vilja då de inte gjorde vad som förväntades. Detta handlade i de flesta fall om att personalen underskattade patienternas kognitiva förmåga på grund av sjukdomen (Ericsson, 2011). I artikeln av Savundranayagam m.fl. (2016) beskrivs hur personer med demens vägrar fullfölja instruktioner när vårdpersonal agerade rakt på sak istället för att resonera med individen. Detta visar hur viktigt det är att se människan bakom sjukdomen och att känna till patientens livshistoria.

Tittar man på resultaten som framkommit gällande strategier och kunskap respektive vårdpersonalens arbetstillfredsställelse så är i stort sett alla resultat positiva. Detta indikerar att det finns stora anledningar att, även utifrån personalens perspektiv, implementera PCO. Det enda resultatet som inte överensstämmer med de övriga under dessa teman är resultatet av de kvantitativa mätningar där det via frågeformulär inte framkom någon ökad arbetstillfredsställelse hos vårdpersonal som utövat PCO. Detta faktum kan diskuteras vidare med tanke på att reliabiliteten i enkäter kan påverkas av missuppfattningar och/eller individuella tolkningar (Henricsson, 2017).

### **Motsägelsefulla resultat**

De motsägelsefulla resultat som framkommer i denna studie tyder på att olika PCO-metoder ger olika resultat, vid olika institutioner samt för olika individer. De metoder som använts vid implementering av PCO i studierna är uppbyggda på olika sätt. Vissa metoder används exempelvis utifrån att vårdpersonalen får en utbildning i metoden och därefter arbetar med den under en viss period. Andra metoder utgår från att forskare eller metodutvecklare genomför metoden eller granskningen. En teori är att dessa varianter är grunden till att de deltagande reagerar på olika sätt. Möjligtvis kan det vara så att stress uppstår när individer som de boende inte känner (forskare/metodutvecklare) involveras i vården. En annan tänkbar förklaring är att stress uppstår när vårdpersonalen som de boende känner börjar agera annorlunda än vid det omvårdnadsarbete som under lång tid varit vardaglig rutin.

Två olika metoder för PCO har exempelvis använts i Rokstad m.fl. (2013) och det är möjligt att detta är en orsak till de olika resultaten. I den grupp där depressionen ökade sågs samtidigt en minskad agitation hos deltagarna. Detta kan tänkas bero på att deltagarna blivit mer deprimerade, vilket gör att den minskade agitationen i gruppen egentligen inte beror på att deltagarna mådde bättre. Detta är något som behöver undersökas närmare i fler studier för att fastställa om det beror på slumpmässiga orsaker eller inte.

Det faktum att olika PCO-metoder fungerar bäst på olika institutioner kan även bekräftas av Stranz & Sörensdotter (2016) som i sin studie jämför PCO vid två olika institutioner för personer med demens i England respektive Sverige. I studien följs hur vårdpersonalen arbetar med PCO på olika sätt. Resultaten som framkommer tyder på att fokus på det svenska boendet låg på att reducera agitation och ångest med lugn och ro och i det engelska boendet på att utöka patientens livsvärld genom stimulering (Stranz & Sörensdotter, 2016). En "bra" PCO-metod kan även tolkas olika utifrån hur vårdpersonal upplever att patienterna beter sig på olika vårdenheter. Därefter är det möjligt att vårdbehovet ser olika ut och att PCO därför används på olika sätt (Stranz & Sörensdotter, 2016). Resultatet av omvårdnaden ger då rimligtvis främst effekt på de symtom som vårdpersonalen upplever mest problematiska och därför fokuserar på att motverka. Detta kan teoretiskt sett vara en anledning till att resultatet i denna studie är motsägelsefullt. Vården ser också olika ut i olika länder vilket även framkommer i studien av Stranz & Sörensdotter (2016). Eftersom artiklarna i denna studie kommer från flera olika länder ger det en bred bild över hur arbetet med PCO och dess effekter ter sig. Oavsett vilket land som studien utförts i framkommer liknande resultat. Med tanke på att det inom olika kulturer förekommer olika sociala koder och normer kan PCO tolkas olika vilket även framkommer i studien av Stranz och Sörensdotter (2016). Viktigt blir därför att vidare forskning sker med avseende på hur PCO används och inte bara kring effekterna som följer.

### **Kliniska implikationer och vidare forskning**

Trots motsägelser inom vissa områden av resultatet, pekade mycket på att PCO ledde till positiva förändringar hos både patienter och vårdpersonal. Hälso- och sjukvård kan långsiktigt tjäna på implementering av PCO då metoden bland annat visat sig förebygga fall som annars kan leda till skador och ökade kostnader för vården. PCO har tidigare framkommit vara tidskrävande att implementera men på lång sikt gynnsam inom flera områden. Därmed krävs en långsiktig plan för hälso- och sjukvård samt uppföljningar även efter studieavslut. De positiva resultat som framkommit hos vårdpersonalen leder till en god laganda vilket vidare ger ökad tillfredsställelse på arbetsplatsen och därmed en bättre omvårdnad av patienten. Samtidigt är flera resultat som framkommit för patienten motsägelsefulla. Bland annat tyder effekterna på agitation och depression att mer forskning krävs samt en mer långsiktig planering och studieperiod. Detta för att öka möjligheten att få ett mer trovärdigt resultat.

## Slutsats

PCO som vårdmetod framkommer i denna litteraturstudie överlag ge en förbättrad livskvalitet. Resultatet visar på goda effekter för såväl patienter som för vårdpersonal. Framförallt framkommer det i en majoritet av studierna en minskad agitation, en ökad förmåga till ADL och fysisk aktivitet hos patienterna samt en ökad arbetstillfredsställelse för vårdpersonalen. Mycket av resultatet är däremot motsägelsefullt. Olika PCO-metoder tycks ge olika effekter för olika individer, boende på olika typer av vårdhem. Viktigt framkommer vara att vårdpersonal, speciellt den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan, ser personen bakom sjukdomen för att skapa goda vårdrelationer. Mer forskning behövs för att fastställa vilka effekter PCO leder till på vårdhem.

## Referenslista

- Armanius Björilin, G., Basun, H., Beck-Friis, B., Ekman, S.-L., Eriksdotter Jönhagen, M., Gustafsson, L., ... Wimo, A. (2004). Vardagslivets aktiviteter, möjligheter och begränsningar. I Armanius Björilin, G., Basun, H., Beck-Friis, B., Ekman, S.-L., Eriksdotter Jönhagen, M., Gustafsson, L., ... Wimo, A. (Red.), *Om demens* (2a uppl. s. 187-207). Stockholm: Liber AB.
- Ballard, C., Corbett, A., Orell, M., Williams, G., Moniz-Cook, E., Romeo, R., ... Fossey, J. (2018). Impact of person-centred care training and person-centred activities on quality of life, agitation, and antipsychotic use in people with dementia living in nursing homes: A cluster-randomised controlled trial. *PLoS medicine*, 15(2), e1002500. doi: 10.1371/journal.pmed.1002500
- Bharwani, G., Parikh, P. J., Lawhorne, L. W., VanVlymen, E., & Bharwani, M. (2012). Individualized behavior management program for alzheimer's/dementia residents using behavior-based ergonomic therapies. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 27(3), 188-195. doi: <http://10.1177/1533317512443869>
- Billhult, A. & Gunnarson, R. (2012). Analytisk statistik. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 318-326). Lund: Studentlitteratur.
- Birtwell, K. & Dubrow, M. L. (2018). Psychological support for people with dementia: A preliminary study. *Counselling & Psychotherapy Research*, 18(1), 79-88. doi:10.1002/capr.12154
- Boersma, P., Dröes, R. M., Lissenberg-Witte, B., van Meijel, B., & van Weert, J. C. M. (2017). Does working with the veder contact method influence the job satisfaction of caregivers? A non-randomized controlled trial in nursing homes for people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 29(12), 2017-2032. doi:<http://10.1017/S1041610217001582>
- 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. *International Psychogeriatrics*, 26(7), 1147-60. doi:[10.1017/S1041610214000398](http://10.1017/S1041610214000398)
- Chenoweth, L., King, M. T., Jeon, Y., 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. *The Lancet Neurology*, 8(4), 317-325.  
doi:[10.1016/S1474-4422\(09\)70045-6](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(09)70045-6)

Danielson, E., (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 329-343). Lund: Studentlitteratur.

Edvardsson, D., Petersson, L., Sjögren, 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. *International Journal of Older People Nursing*, 9(4), 269-276. doi:10.1111/opn.12030.

Ericsson, I. (2011, maj). Demens inget hinder för välbefinnande. *Omvårdnadsmagasinet, maj*, 16-19.

Eriksson, H. (2007). *Neuropsykologi*. Stockholm: Liber AB.

Fahlander, K., Karlsson, K. & Vikström, D. (2009). *Demensboken*. Lund: Studentlitteratur AB

Friberg, F. (2017). Tankeprocessen under arbetet. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 37-48). Lund: Studentlitteratur

Hendriks, I. H., van Vliet, D., Gerritsen, D. L., & Dröes, R. (2016). Nature and dementia: Development of a person-centered approach. *International Psychogeriatrics*, 28(9), 1455-1470. doi: [http:10.1017/S1041610216000612](http://10.1017/S1041610216000612)

Henricson, M., (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 471-479). Lund: Studentlitteratur.

Karlsson, E. K. (2017). Informationssökning. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 81-97). Lund: Studentlitteratur.

Kim, S. K., & Park, M. (2017). Effectiveness of person-centered care on people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Clinical interventions in aging*, 12(2017), 381-397. doi:10.2147/CIA.S117637

Livingston, G., Sommerlad, A, Orgeta, V., Costafreda, S. G., Huntley, J., Ames, D ...  
Mukadam, N (2017). Dementia prevention, intervention, and care

l. *The lancet*, 390(10113), 2673-2734. doi:[10.1016/S0140-6736\(17\)31363-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31363-6)

Läkemedelsverket. (2019). *Demens*. Hämtad 2019-02-26, från [https://lakemedelsboken.se/kapitel/psykiatri/demens.html#s7\\_27](https://lakemedelsboken.se/kapitel/psykiatri/demens.html#s7_27)

McIntosh CJ, Westbrook J, Sheldrick R, Surr C, & Hare DJ. (2012). The feasibility of Dementia Care Mapping (DCM) on a neurorehabilitation ward. *Neuropsychological Rehabilitation*, 22(6), 920–941. doi:10.1080/09602011.2012.711642

Moore, S.L., Sakamoto, M. L. & Johnson, S. T. (2017). "I'm still here": Personhood and the early-onset dementia experience. *Journal of Gerontological Nursing*, 43(5), 12-17. doi:10.3928/00989134-20170309-01.

Panzini, R. G., Mosqueiro, B. P., Zimpel, R. R., Bandeira, D. R., Rocha, N. S. & Fleck, M. P. (2017). Quality-of-life and spirituality. *International Review of Psychiatry*, 29(3), 263-282. doi:10.1080/09540261.

Rasin, J. & Kautz, D. D. (2007). Knowing the resident with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 33(9), 30-36.

Rokstad, A. M. M, Røsvik, J., Kirkevold, Ø., Selbaek, G., Saltyte Bent, J. & Engedal, K. (2013). The Effect of Person-Centred Dementia Care to Prevent Agitation and Other Neuro- psychiatric Symptoms and Enhance Quality of Life in Nursing Home Patients: A 10-Month Randomized Controlled Trial. *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders*, 36(5/6), 340-353. doi:10.1159/000354366.

Rosén, M. (2017). Systematisk litteraturöversikt. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 429-444). Lund: Studentlitteratur.

Savundranayagam, M. Y., Sibaliya, J., & Scotchmer, E. (2016). Resident reactions to person-centered communication by long-term care staff. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 31(6), 530-537. doi:10.1177/1533317515622291

SBU. (2009). Ställ tydligare frågor så får du bättre svar. Hämtad 2019-03-29 från <https://www.sbu.se/sv/publikationer/vetenskap-och-praxis/stall-tydligare-fragor-sa-far-du-battre-svar/>

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

SFS 2017:30. Hälsa- och sjukvårdslag. Stockholm: Socialdepartementet.

Sjögren, K., Lindkvist, M., Sandman, P., Zingmark, K., & Edvardsson, D. (2013). Person-centredness and its association with resident well-being in dementia care units. *Journal of Advanced Nursing*, 69(10), 2196-2206. doi:10.1111/jan.12085

Socialdepartementet (2015). *På väg mot en god demensvård – Samhällets insatser för personer med demenssjukdomar och deras anhöriga*. Stockholm: Socialdepartementet

Socialstyrelsen. (2014). *Nationell utvärdering - vård och omsorg vid demenssjukdom 2014*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2018). *Vård och omsorg vid demenssjukdom - sammanfattning med förbättringsområden*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2017). *Vård och omsorg vid demenssjukdom - stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Stranz, A. & Sörensdotter, R. (2016). Interpretations of person-centered dementia care: Same rhetoric, different practices? A comparative study of nursing homes in England and Sweden. *Journal of aging studies*, 38(2016), 70-80. doi: 10.1016/j.jaging.2016.05.001

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Svensk sjuksköterskeförening om... Personcentrerad vård*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Synonymer (u.å.). *Lexikon för svenska synonymer*. Hämtad 2019-02-28 från <https://www.synonymer.se/>

Terada, S., Oshima, E., Yokota, O., Ikeda, C., Nagao, S., Takeda, N., . . . Uchitomi, Y. (2013). Person-centered care and quality of life of patients with dementia in long-term care facilities. *Psychiatry Research*, 205(1-2), 103-108. doi:http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.psychres.2012.08.028

Thornton, L. (2011). Person-centred dementia care: an essential component of ethical nursing care. *Canadian Nursing Home*, 22(3), 10-14.



Yasuda, M. & Sakakibara, H. (2017). Care staff training based on person-centered care and dementia care mapping, and its effects on the quality of life of nursing home residents with dementia. *Aging & Mental Health*, 21(9), 991-996. doi: 10.1080/13607863.2016.1191056.

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats. Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 59-82). Lund: Studentlitteratur.

# Bilagor

## Bilaga 1

| <b>Artikels namn</b><br><b>Författare</b><br><b>Publiceringsår</b><br><b>Land</b> | <b>Syfte</b> | <b>Material och metod</b> | <b>Resultat</b> | <b>Kommentarer om kvalitet</b> |
|---|--------------|---------------------------|-----------------|--------------------------------|
|---|--------------|---------------------------|-----------------|--------------------------------|

|   |   |  |   |  |
|---|---|--|---|--|
| <p>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<br/>Rokstad, A. M. M, Røsvik, J., Kirkevold, Ø., Selbaek, G., Saltyte Bent, J. &amp; Engedal, K. 2013<br/>Norge</p> | <p>Att undersöka om modellerna DCM (Dementia Care Mapping) eller VPM (the Vips Practice Model) är mer effektivt än demensutbildning till vårdpersonal för att minska agitation och andra neuropsykiatriska symtom samt höja livskvaliteten hos personer med demens på boende.</p> | <p>Studien är kontrollerad och randomiserad. 447 personer med demenssjukdom fullföljde den 10 månader långa studien. En DCM-grupp och VPM-grupp jämfördes med en kontrollgrupp för att utvärdera skillnader i metodernas effekt. Deltagarnas agitation mättes med "Agitation rating scale" (BARS). Neuropsykiatriska symtom mättes med Neuropsychiatric inventory questionnaire (NPI-Q). Depression mättes med Cornell scale for depression in dementia (CSDD). Livskvalitet mättes med Quality of life in late-stage dementia (QUALID) scale.</p> | <p>Det var inte någon signifikant skillnad i agitation mellan grupperna vid behandlingsslut. Neuropsykiatriska symtom förbättrades i både DCM- och VPM-grupperna jämfört med kontrollgruppen. Mätningar av livskvalitet var bättre i DCM- gruppen jämfört med kontrollgruppen. Mätningar av depressioner var lägre i VPM- gruppen än i kontrollgruppen.</p> | <p>Hög kvalitet. Tydlig förklaring av metoderna i undersökningsgrupperna. Lätt att förstå med tydliga beskrivningar av metoderna som använts. Tydliga tabeller till resultatet som är lätta att förstå. Etiskt granskad.</p> |
|---|---|--|---|--|

|  |   |   |  |   |
|--|---|---|--|---|
| <p>Care staff training based on person- centered care and dementia care mapping, and its effects on the quality of life of nursing home residents with dementia.</p> <p>Yasuda, M. &amp; Sakakibara, H.</p> <p>2017</p> <p>Japan</p> | <p>Avgöra hur pedagogiskt ingripande av vårdpersonal, baserat på PCC och DCM (Dementia Care Mapping), kan förbättra statusen hos patienter med demens på vårdhem.</p> | <p>DCM har använts, vilket är ett verktyg för att bedöma livskvalitet samt välmående (WIB-värden) genom observation. Observationerna utfördes under sex timmar vid start, slut och ett tillfälle under studiens gång. Var femte minut registrerades deltagarnas beteende med hjälp av ett kodsysteem.</p> | <p>Vid första och andra mätningen visades inga större skillnader gällande WIB-värde, vid tredje mätningen sågs en signifikant ökning av värdet. Beteendekoden "interaction with others" var betydligt högre vid den tredje mätningen jämfört med den första och andra. Denna kategori var också den som sjönk mest hos de med minskande WIB-värden. WIB-värde och "interaction with others" verkar ha ett signifikant samband.</p> | <p>Hög kvalitet. Etiskt granskad. Stort bortfall (50) relaterat till antal boende (90) men tydlig rekryteringsfigur, samt andra tabeller.</p> |
|--|---|---|--|---|

|   |  |   |   |  |
|---|--|---|---|--|
| <p>Impact of person-centred care training and person-centred activities on quality of life, agitation, and antipsychotic use in people with dementia living in nursing homes: A cluster-randomised controlled trial</p> <p>Ballard, C., Corbett, A., Orell, M., Williams, G., Moniz-Cook, E., Romeo, R., ... Fossey, J.</p> <p>2018</p> <p>Storbritannien</p> | <p>Utvärdera effekten av personcentrerad vård på livskvalitet, agitation och användningen av neuroleptika hos personer med demens på vårdboende.</p> | <p>69 vårdboenden deltog i studien. På vissa boenden fick patienterna vanlig vård, medan andra använde WHELD, som är en utbildning för personal i personcentrerad vård. Studien pågick under nio månader och mätningar med DEMQOL-proxy gjordes vid start och slut.</p> | <p>En signifikant förbättrad livskvalitet, minskad agitation samt förbättring av neuropsykiatriska symtom sågs på de boenden där WHELD användes jämfört med övriga boenden. Ingen förändring sågs avseende användandet av neuroleptika. Med WHELD registrerades fler positiva interaktioner mellan personal och boende. WHELD visades vara mer kostnadseffektivt.</p> | <p>Hög kvalitet. Etiskt granskad. Lätt att förstå, konkret beskrivning av metod och resultat med tydliga tabeller/figurer.</p> |
|---|--|---|---|--|

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| <p>Person- centered care and quality of life of patients with dementia in long-term care facilities</p> <p>Terada, S., Oshima, E., Yokota, O., Ikeda, C., Nagao, S., Takeda, N., . . . Uchitomi, Y.</p> <p>2013</p> <p>Japan</p> | <p>Klargöra relationen mellan långtidsvård och livskvalitet hos personer med demens.</p> | <p>Tvärsnittsstudie. Informationen har tillhandahållits via intervjuer med vårdpersonal, expertutlåtanden, artikelgranskningar samt frågeformulär som utvärderar personcentrerad vård. 216 personer deltog i studien. Jämförelse gjordes mellan sjukhus och boende. Kognitiv nedsättning mättes med NM-scale, aktiviteter i dagliga livet mättes med N-ADL-scale. Livskvalitet mättes med QOL-D och bestod av 31 områden som är indelade i sex kategorier.</p> | <p>Det var totalt 112 deltagare boende på 3 olika vårdhem. Enligt NM-scale hade de flesta måttlig till allvarlig demens. N-ADL-poängen visade på en mer allvarlig försämring hos de på boende än på sjukhus. Omvårdnadspoängen var högre på vårdhemmen än på sjukhus. Samband sågs mellan 4 QOL-D-kategorier och personcentrerade poäng på boendena.</p> | <p>Medelhög kvalitet. Ingen information om artikeln är etiskt granskad. Tydlig, relativt kort och lätt granskad artikel. Relevanta tabeller till resultatet.</p> |
|--|--|--|--|--|

|  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
| <p>PerCEN: A cluster randomized controlled trial of person-centered residential care and environment for people with dementia</p> <p>Chenoweth, L., Forbes, I., Fleming, R., King, M. T., Stein-Parbury, J., Luscombe, G., ... Brodaty, H.</p> <p>2014</p> <p>Australien</p> | <p>Syftet är att undersöka effektiviteten av PCE (Person-Centered Dementia Environment) samt PCE kombinerat med PCC (Person-Centered Care).</p> | <p>En randomiserad kontrollerad kohortstudie. 601 personer deltog från 38 olika boenden. Bedömning gjordes före och efter studien, samt åtta månader efter studien för att utvärdera effekten av PCE, PCC och PCE kombinerat med PCC. Utvärderingarna gjordes med Person-Centred Environment and Care Assessment Tool (PCECAT) som är ett värderingsverktyg.</p> | <p>Endast en liten andel deltagare var kapabla att fylla i formuläret om livskvalitet, för de som gjorde det pekar resultaten på en förbättring oavsett vilken metod som användes. Med PCE och PCC enskilt sågs en minskning av agitation. Ingen skillnad i agitation sågs vid metoderna kombinerat. Kvaliteten på omvårdnadsåtgärder förbättrades efter studien i de boenden med PCE + PCC, förbättringen sågs dock inte vid åtta-månaders uppföljningen.</p> | <p>Medelhög kvalitet. Etiskt granskad. Rörig artikel med tanke på det förarbete och urval som gjordes samt många varianter av undersökningsgrupper. Saknar en lättförståelig konkret beskrivning av PCE.</p> |
|--|---|--|--|--|

|   |  |   |  |   |
|---|--|---|--|---|
| <p>Person- centredness and its association with resident well-being in dementia care units</p> <p>Sjögren, K., Lindkvist, M., Sandman, P-O., Zingmark, K. &amp; Edvardsson, D.</p> <p>2013</p> <p>Sverige</p> | <p>Undersöka sambandet mellan personcentrerad vård och ADL, livskvalitet, smärta, depressiva symtom samt agitation hos personer med demens, boende på vårdhem.</p> | <p>Kartläggning av 1261 personer med demens, boende på stödboende och 1169 personer i vårdpersonalen på 151 vårdhem. Mätskalor användes vid bedömningarna för att mäta personcentrerad vård tillsammans med ADL, livskvalitet, smärta, depressiva symtom och agitation.</p> | <p>Samband fanns mellan personcentrerad vård och förmåga till ADL. Personer på boenden med högre nivåer av personcentrerad vård hade större livskvalitet och förmåga till ADL än de på boenden med lägre nivåer av personcentrerad vård.</p> | <p>Hög kvalitet. Svensk studie; gör engelskan mer lättbegriplig. Etiskt granskad. Luddig frågeställning som upplevs svår att dra en konkret slutsats ifrån.</p> |
|---|--|---|--|---|



|   |  |   |   |   |
|---|--|---|---|---|
| <p>Caring for aged dementia care resident study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: A cluster-randomised trial.</p> <p>Chenoweth, L., King, M. T., Jeon, Y., Brodaty, H., Stein-Parbury, J., Norman, R., . . . Luscombe, G.</p> <p>2009</p> <p>Australien</p> | <p>Syftet är att undersöka effektiviteten av personcentrerad vård jämfört med dementia-care-mapping (DCM) samt med traditionell demensvård och samtidigt utvärdera eventuell minskning av svårbehandlade BPSD-symtom. Studien syftar även till att undersöka om metoderna kan förbättra livskvaliteten samt minska användandet av neuroleptika och/ eller minska olycksfall.</p> | <p>Deltagare valdes från 15 olika vårdhem. Tre av författarna tränades själva för att sedan utföra personalutbildning i de respektive metoderna. För den personcentrerade vårdmetoden gavs även telefonstöd åt personalen, under de 4 månader som metoden implementerades. Personal ihop med två av författarna kartlade, enligt DCM, deltagarnas välmående, 6 timmar/dag under 2 dagar. Mätinstrument som användes var TESS-NH(the therapeutic environment screening survey for nursing homes), CMAI(Cohen-Mansfield agitation inventory), QUALID(Quality of life in late-stage dementia) och QUIS(the quality interactions schedule).</p> | <p>236 av 289 deltagare slutförde studien. Jämfört med dem som inte genomförde studien hade de liknande CMAI- och neuropsykiatriska symtompöäng men lägre QUALID-pöäng. De flesta negativa delar av QUIS, såsom fasthållning, kunde inte genomföras då pöängen var för låga. Vid studiens start upptäcktes att personcentrerade boenden hade ett större antal RCS-patienter (Greater Care Needs). Agitationen ökade under studiens gång, med vanlig vård och kvarstod vid uppföljningen. Jämförelsevis så var agitationen lägre vid uppföljningen med DCM. Med personcentrerad vård minskade agitationen och ytterligare minskning sågs vid uppföljningen. Användandet av neuroleptika var högre vid uppföljning av den personcentrerade vården och antal fall var lägre med DCM.</p> | <p>Hög kvalitet. Etiskt granskad. Tydlig urvalsprofil. Delvis svårtydliga tabeller. Hög andel av rekryterade deltagare som slutförde studien.</p> |
|---|--|---|---|---|

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| <p>Individualized behavior management program for alzheimer's/dementia residents using behavior-based ergonomic therapies.</p> <p>Bharwani, G., Parikh, P. J., Lawhorne, L. W., VanVlymen, E., &amp; Bharwani, M.</p> <p>2012</p> <p>USA</p> | <p>Syftet är att framhäva BBET (the Behavior-Based Ergonomic Therapy) som en potentiell personcentrerad icke-farmakologisk metod. Detta genom att visa på effektiviteten av modellen med hjälp av kvalitativa och kvantitativa studieresultat från vårdhemmet.</p> | <p>BBET består av flera olika behandlingsmetoder till låga kostnader. Hänsyn togs till varje deltagares inläring, personlighet, beteende och kognitiva funktion för att utveckla ett set med individuella behandlingsmetoder. Dessa kunde vara inom områden som musik, film, spel och pussel samt minnesrekvisita för att ge trygghet eller stimulering beroende på bedömningar av individen. Fördelar med BBET utvärderades med hjälp av 18 deltagare på en demensvårdsenhet på ett icke vinstdrivande vårdsamfund.</p> | <p>Studien resulterade i en minskning av fall med 32,5% och en markant minskning i agitation. I mars 2010 hölls 56 timmar terapi/ månad för att successivt öka till 208 timmar i augusti 2010.</p> | <p>Medelhög kvalitet. Lång metod i förhållande till det lilla resultatet. Redovisas lite effekter; motsvarar inte studiens syfte fullt ut. Liten undersökningsgrupp. Ingen information om artikeln är etiskt granskad.</p> |
|--|--|--|--|--|

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| <p>Everyday activities for people with dementia in residential aged care: associations with person-centredness and quality of life.</p> <p>Edvardsson, D., Petersson, L., Sjögren, K., Lindkvist, M. &amp; Sandman, P-O.</p> <p>2014</p> <p>Sverige</p> | <p>Syftet är dels att utforska antalet personer med demens som deltar i dagliga aktiviteter. Det undersöks även om personer som deltar i fler dagliga aktiviteter i större utsträckning bor på mer personcentrerade vårdhem, samt om de har högre livskvalitet, jämfört med personer som inte deltar i dagliga aktiviteter.</p> | <p>En tvärsnittsstudie användes för att samla in data från totalt 1471 frågeformulär angående individernas deltagande i aktiviteter samt för att utvärdera personcentrering och livskvalitet. Urvalet gjordes från personal på totalt 159 olika äldreboenden i Sverige.</p> | <p>Endast 18% av de boende deltog i aktiviteter varje dag, så som att koka kaffe, duka bord, städa eller vattna blommor. 62% deltog vid promenader. 27% deltog i sällskapsspel. 14% deltog på utflykter och 13% vid kyrkobesök. De individer som deltagit i vardagliga aktiviteter levde på mer personcentrerade enheter och hade signifikant högre livskvalitet samt högre kognitiva poängtal jämfört med boende som inte deltagit i vardagliga aktiviteter.</p> | <p>Hög kvalitet. Etiskt granskad. Lätt att förstå med tanke på att den är svensk. Flera syften som ska besvaras enbart med hjälp av frågeformulär. Kan varit relevant med även en kvalitativ metod. Smalt resultat; svårt bevisa samband.</p> |
|---|---|---|---|---|

|  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| <p>Knowing the resident with dementia</p> <p>Rasin, J. &amp; Kautz, D. D.</p> <p>2007</p> <p>USA</p> | <p>Undersöka kunskapen och strategierna som används av vårdpersonal som arbetar med äldre personer med demens på stödboenden.</p> | <p>Utforskande kvalitativ studie. Fem fokusgrupper med totalt 23 deltagare ur personalen intervjuades med semistrukturerade intervjuer.</p> | <p>Med personcentrerad vård såg personalen individen bakom specifika beteenden. Kunskap fanns om autonomi, värdighet, respekt och självkänsla. Negativt beteende gentemot personal togs inte personligt utan ansågs lika gärna kunna grunda sig på händelser i individens förflutna. Personalen som arbetade personcentrerat hade ett starkt band till patienterna.</p> | <p>Hög kvalitet. Liten studie, liten studiegrupp. Konkret beskrivet och tydligt indelat i personcentrerings- och behovcentreringskunskap. Oklart om studien är etiskt granskad.</p> |
|--|---|---|---|---|

|   |   |  |  |  |
|---|---|--|--|--|
| <p>Resident reactions to person-centered communication by long-term care staff.</p> <p>Savundranayagam, M. Y., Sibalija, J., &amp; Scotchmer, E.</p> <p>2016</p> <p>USA</p> | <p>Att undersöka deltagarnas reaktioner på personcentrerad kommunikation samt, av personalen, missade tillfällen med personcentrerad kommunikation, vid vardagliga omvårdnadsrutiner.</p> | <p>Totalt 13 personal och 13 boende deltog på långtidsboendet. Ljudinspelningar skedde 4 gånger under en 12-månadersperiod. Varje yttrande kodades utifrån 4 utvalda personifierade kommunikationskoder från DCM. 5 respektive 2 definitioner användes för att uttrycka positiva samt negativa yttranden. Summan av dessa användes för att räkna ut respektive positiva/negativ variabel per konversation.</p> | <p>Personcentrerad kommunikation sågs vara en signifikant förutsättning för positiva reaktioner av de boende (<math>P &lt; 0,001</math>). Missade kommunikativa tillfällen sågs vara en signifikant förutsättning för negativa reaktioner (<math>P &lt; 0,05</math>). Tre positiva variabler framkommer som "Self-disclosure", "Going Along With Conversation" och "Politeness". Två negativa variabler framkommer som "Resistiveness to care" och "distress".</p> | <p>Hög kvalitet. Etiskt granskad. 2 tydliga hypoteser/teorier som understödjer syftet. Tydlig metod; urval och analys. Fullföljer syftet med tydliga teman i resultatet.</p> |
|---|---|--|--|--|

|   |  |   |  |  |
|---|--|---|--|--|
| <p>Does working with the veder contact method influence the job satisfaction of caregivers? A non-randomized controlled trial in nursing homes for people with dementia.</p> <p>Boersma, P., Dröes, R. M., Lissenberg-Witte, B., van Meijel, B., &amp; van Weert, J. C. M.</p> <p>2017</p> <p>Nederländerna</p> | <p>Syftet är att fastställa om vårdpersonalens tillfredsställelse för arbetet ökade efter implementering av VCM (Veder Contact Method) samt vilka specifika aspekter som förbättrades.</p> | <p>Quasi-experimentiell design. Experiment- och kontrollgrupp valdes ut som vårdgivare från 4 olika vårdhem och totalt 12 avdelningar. I experimentgruppen implementerades VCM och i kontrollgruppen användes TAU (Care As Usual). Kvantitativa mätningar gjordes vid två tillfällen (T0, T1) med enkäter (LQWQ) och kvalitativa mätningar med hjälp av fokusgrupper och intervjuer vid T1. Kvantitativ data analyserades med SPSS för Windows version 22 och kvalitativa data kodades med hjälp av RE-AIM.</p> | <p>51% samt 45% av deltagarna i experiment- respektive kontrollgrupp slutförde studien. Resultatet av fokusgrupperna och kvantitativa mätningar visar på ingen eller ytterst liten förbättring i arbetstillfredsställelse efter implementering av VCM. Resultatet av intervjuerna visar på en viss förbättrad tillfredsställelse för vårdgivarna; då omvårdnadskompetens förbättrades, när VCM visades fördelaktigt för vårdtagarna och med tanke på att gruppträningen vid implementeringen ledde bättre samarbete.</p> | <p>Hög kvalitet. Lång metod i relation till resultatet. Speciellt svårförståelig dataanalys. Samtidigt mycket intressanta fynd. Etiskt granskad.</p> |
|---|--|---|--|--|

|  |   |   |  |   |
|--|---|---|--|---|
| <p>Nature and dementia:<br/>Development of a person-centered approach.</p> <p>Hendriks, I. H., van Vliet, D., Gerritsen, D. L., &amp; Dröes, R.</p> <p>2016</p> <p>Nederländerna</p> | <p>Syftet är att utveckla och prova ut en metod för individanpassade aktiviteter i naturen för personer med demens.</p> | <p>En kvalitativ deskriptiv studie. Inklusionskriterier: diagnostiserad demens, ingen afasi och naturintresse. 34 individer indelade i fokusgrupper intervjuades, intervjuerna spelades in och analyserades. Med resultatet som grund utvecklades en första metod och därefter relevanta aktiviteter. Aktiviteterna implementerades hos deltagarna efter ett beslutsverktyg om deras upplevelse, behov och önskningar. Deskriptiv analys mättes med SPSS.</p> | <p>Tre aktiviteter valdes ut: promenader, trädgårdsarbete samt stimulering av sinnen (exempel sitta utomhus och titta på naturen). Positiva beteenden framkom i stor grad under aktiviteterna. Högst poäng fanns för relatering till personal/volontärer och relatering till omgivningen. Alla deltagare njöt av aktiviteten och nästan alla skulle vilja göra om det. Några upplevde att det bringade tillbaka minnen och vissa nämnde att de njöt av att vara med andra under aktiviteten.</p> | <p>Medelhög kvalitet. Oklart om studien är etiskt granskad. Tydligt resultat som besvarar studiens fyra frågeställningar och metoden där tillvägagångssättet beskrivs för varje frågeställning.</p> |
|--|---|---|--|---|

## Bilaga 2

### Mall för granskning av vetenskapliga artiklar

| <b>Börja med slutet!</b><br><b>1. Konklusion och/eller diskussion.</b><br>(eng. Conclusion/discussion)  | <b>Egna anteckningar</b> |
|---|--------------------------|
| <p>Försök att inledningsvis skapa Dig en uppfattning om forskarens konklusioner och/eller diskussion. Det ger dig en utgångspunkt i den fortsatta läsningen. Det är viktigt att veta vad presentationen av artikeln ska leda till för att kunna bedöma relevansen i vad som representerar underlaget för forskarens argumentation.</p> <p>a) Vilka resultat dominerar diskussionen och/eller konklusionen?</p> <p>b) Formulera Din uppfattning om konklusionen/diskussionen. Det kommer att vara en värdefull utgångspunkt i Din vidare läsning.</p>  |                          |
| <b>2. Syfte</b> (eng. Purpose, Aim)   |                          |
| <p>a) Vad är syftet med studien/undersökningen? *</p> <p>b) Finns det några specifika frågeställningar formulerade? *</p> <p>c) Verkar det rimligt i förhållande till Din egen utgångspunkt? *</p>  |                          |
| <b>3. Bakgrund</b><br>(eng. Introduction, Background, Literature review, Conceptual framework)  |                          |
| <p>a) Refererar författaren till tidigare forskning? Om ja, vilken?</p> <p>b) Presenteras en teori som utgör ramen för studien? Om ja, vilken/vilka? *</p> <p>c) Finns viktiga termer och/eller begrepp definierade? Om ja, vilken/vilka? *</p> <p>d) Förtydligas eller förklaras det i bakgrunden varför denna studie är nödvändig? Om ja, med vilka argument?</p> <p>e) Beskriver forskaren sin egen förståelse eller sitt eget synsätt (viktigt i studier med kvalitativa data). Om ja, hur?</p> <p>f) Verkar bakgrunden rimlig i förhållande till Din egen utgångspunkt och författarens syfte?</p> |                          |



|  |  |
|--|--|
| <p><b>4. Metod</b> (eng. Method: Study setting, Sample, Participants, Procedure, Intervention)</p>   |  |
| <p>a) Vilken typ av studie utfördes (ex. experiment. hermeneutisk textanalys)? *</p> <p>b) I vilken miljö genomfördes studien ex. sjukhus, skola, laboratorium)? *</p> <p>c) <u>Urval</u> (vem, vilka, vad undersöktes)? Beskrivs ev. försökspersoner, var de unika på något sätt eller "normaltyper". *</p> <p>d) Hur gick man tillväga för att välja deltagare/försökspersoner (ex. slumpmässigt urval, konsekutivt, strategiskt urval)? *</p> <p>e) Hur många deltagare/försökspersoner ingick i studien? *</p> <p>f) Erhölls godkännande från etisk kommitté? Beskrivs det hur försökspersonernas identitet skyddades och frivillighet garanterades? *</p> <p>g) Hur gick datainsamlingen till (ex. mätningar, enkäter, intervjuer, observationer)? *</p> <p>h) Verkar metoden för datainsamlingen och ev. val av försökspersoner rimliga och relevanta i förhållande till Din egen utgångspunkt och forskarens syfte? *</p> <p>i) På vilket sätt <u>analyserades</u> materialet (statistiska metoder, begreppsanalys. viss tolkningsmetod etc)? *</p> <p>j) Användes beskrivande statistik (tabeller, figurer, stapeldiagram etc) och/eller statistiska analyser? Om ja, vilka?</p> <p>k) Vid statistisk analys, vilka variabler undersöktes?</p> <p>l) Beskrivs hur validitet och reliabilitet (kvantitativa analyser), trovärdighet och överförbarhet (kvalitativa analyser) säkerstälts?</p> <p>m) Tycker Du att metodavsnittet ger en tydlig beskrivning av tillvägagångssättet? Skulle det vara möjligt att göra om (replikera) studien genom att följa metodbeskrivningen? *</p> <p>n) Verkar metoden som helhet rimlig i förhållande till Din egen utgångspunkt och forskarens syfte? Finns det svagheter av betydelse för just Dina syften? *</p> |  |

|  |  |
|--|--|
| <b>5. Resultat</b> (eng. Results, Findings)  |  |
| a) Beskriv resultaten av undersökningen. *<br>b) Om statistiska analyser använts identifiera de resultat som är statistiskt signifikanta och ange signifikansnivån.<br>c) Vid tolkande analyser, ange teman och/eller kategorier. Verkar resultaten logiska, tillförlitliga och trovärdiga?  |  |
| <b>6. Diskussion och/eller konklusion</b> (eng. Discussion, Conclusion, Implications for further research)   |  |
| <b>Läs nu diskussion och konklusion igen.</b><br>a) Vilka slutsatser drar forskaren? *<br>b) Vilka begränsningar diskuterar forskaren?<br>c) Räkna upp förslag på fortsatt forskning, forskarens och/eller egna.<br>d) Verkar detta rimligt i förhållande till Din egen utgångspunkt och forskarens syfte? *   |  |
| <b>7. Innebörden av studien för den praktiska vården</b> (eng. Clinical implications, Implications for practice)   |  |
| a) Vilka resultat kan ha betydelse för den praktiska vården enligt forskaren?<br>b) Anser Du att resultaten är lämpliga att omsätta i praktiskt vårdarbete? Om ja, i vilken miljö?<br>c) Hur skulle användandet av dessa resultat förändra arbetet på Din avdelning? Beskriv utifrån tidsaspekter, arbetsbelastning, ekonomi, juridiska och etiska aspekter, kvalitet för vem/vilka grupper. |  |
| <b>8. Sammanfattande helhetsbedömning</b>  |  |
| a) Syftet: varför har undersökningen gjorts?<br>b) Genomförandet: på vilket sätt har undersökningen gjorts?<br>c) Kvaliteten: hur bra <u>anser du</u> att undersökningen är?<br>d) Relevans: är denna studien relevant för dina patienter?   |  |

\*Frågor som använts vid kvalitetsgranskning