



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Effekten av medveten beröring på beteendemässiga och psykiska symtom hos personer med demenssjukdom

En litteraturstudie

Författare: Evelina Hedberg och Tone Undvall

Handledare: Sigrid Stjernswärd

Kandidatuppsats

Hösten 2013

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Effekten av medveten beröring på beteendemässiga och psykiska symtom hos personer med demenssjukdom

En litteraturstudie

Författare: Evelina Hedberg och Tone Undvall

Handledare: Sigrid Stjernswärd

Kandidatuppsats

Hösten 2013

Abstrakt

En ökad åldrande befolkning leder till att demens påverkar allt fler människor. Merparten av personer som lider av demens kommer att uppvisa beteendemässiga och psykiska symtom. Farmakologisk behandling ska enligt riktlinjer ej vara det första behandlingsalternativet, delvis beroende på en mängd biverkningar som kan uppkomma. Syftet med denna litteraturstudie var att belysa medveten berörings effekter på beteendemässiga och psykologiska symtom vid demens. Nio vetenskapliga artiklar söktes systematiskt i databaser. Resultatet visar att medveten beröring har effekt på vissa symtom, speciellt rastlöst beteende. Ytterligare studier med större antal deltagare behövs för att utröna effekt och kostnadseffektivitet av medveten beröring.

Nyckelord

BPSD, Demens, Litteraturstudie, Medveten beröring

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Introduktion	2
Problemområde	2
Bakgrund	3
Demens	3
Beteendemässiga och psykologiska symtom vid demens	4
Medveten beröring	8
Sjuksköterskans roll	10
Perspektiv och utgångspunkter	11
Syfte	12
Metod	12
Urval	12
Datainsamling	15
Data analys	16
Etisk avvägning	16
Resultat	16
Effekter vid hyperaktivitet	17
Effekter vid affektivitet och psykosymtom	21
Patientens upplevelse utifrån vårdgivarens perspektiv	21
Diskussion	22
Diskussion av metod	22
Diskussion av resultat	24
Slutsats och kliniska implikationer	29
Författarnas arbetsfördelning	29
Referenser	30
Bilaga 1 (Matris)	36

Introduktion

Problemområde

År 2010 beräknades 140 000 personer i Sverige lida av en demenssjukdom (Socialstyrelsen, 2010). Den största riskfaktorn för att drabbas är hög ålder (Dehlin & Rundgren, 2007). Antalet som insjuknar i demens förväntas stiga betydligt de kommande åren då befolkningen i Sverige blir allt äldre (Socialstyrelsen, 2010).

Nästantill alla personer med demenssjukdom uppvisar någon gång under sjukdomen ett eller flera av de beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD) som kan uppkomma vid demens (Brayne, Davidson, McKeith, Matthews, Savva & Zaccai, 2009; Cerejeira, Lagarto & Mukaetova-Ladinska, 2012; Dehlin & Rundgren, 2007; Socialstyrelsen, 2010). Dessa beteenden har visat sig minska livskvalitén både för patienten men också för den vårdande personalen (Ha, Livingston, Park, Ryu & Yu, 2011). BPSD är även den främsta orsaken till vård i särskilt boende för personer med demens (Cerejeira, Lagarto & Mukaetova-Ladinska, 2012; Ekwall & Sjöström, 2010).

BPSD bör initialt inte behandlas med läkemedel på grund av risk för kraftiga biverkningar av dessa (Läkemedelsverket, 2008). Det finns litteratur som stödjer icke-farmakologisk behandling av BPSD, Bostani, Dettmore och Kolanoski (2009) anser att det finns otillräcklig forskning inom området. Tidigare studier har visat att medveten beröring kan vara en metod för att minska BPSD (Alfred & Rowe, 1999; McGonigal & Schuette, 2006; Remington, 2002) varför författarna till denna studie valt att undersöka vilka effekter medveten beröring har på BPSD.

Bakgrund

Demens

Demens är en av de stora folksjukdomarna i Sverige (Wendel, 2013). Risken för att drabbas stiger med åldern, cirka 10-15% av befolkningen i åldersgruppen 80-90 år beräknas lida av demens (Dehlin & Rundgren, 2007).

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders upplaga fem (DSM-V) klassificerar psykiska handikapp, besvär och sjukdom. DSM-V definierar uttalad neurokognitiv sjukdom vilken inkluderar demens genom faktorerna; Bevis på en signifikant kognitiv försämring i en eller fler av följande, komplex uppmärksamhet, exekutiva störningar, inläring och minne, språk, motorisk problematik och social kognition. Den kognitiva nedsättningen ska inte uppkomma kopplat till ett delirium och ska inte kunna förklaras med någon annan psykisk störning (American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force, 2013).

Begreppet demenssjukdom är ett samlingsnamn för flera olika sjukdomstillstånd och kan delas in i tre grupper beroende på vilka processer i hjärnan symtomen uppkommer av. Ett eller flera sjukliga förlopp i hjärnan utan känd etiologi bildar gruppen primärgenerativa demenssjukdomar, vilken innefattar Alzheimers sjukdom, frontallobsdemens och Huntingtons sjukdom (Larsson & Rundgren, 2010). Kärlskador i hjärnan kan leda till utveckling av demens och bildar den näst största gruppen av demenssjukdomar, vaskulär demens. Till denna grupp hör multiinfarkt- och strokerelaterad demens. Den tredje gruppen, sekundär demens, innefattar demenssjukdomar som uppkommit på grund av andra processer i kroppen. Även demenssymtom som uppkommit som biverkning av läkemedel hör till denna grupp. I fall där en person drabbats av fler än en typ av demenssjukdom kallas tillståndet för blanddemens (Dehlin & Rundgren, 2007).

De olika grupperna har varierade kliniska symtom och det är därför av vikt att en specifik diagnos kan fastställas inför framtida behandling (Läkemedelsverket, 2008). I

Socialstyrelsens riktlinjer för demensvård (2010) uttrycks att sjukvården idag inte har tillräckligt bra verktyg för att diagnostisera demens. Många som lider av sjukdomen har inte

fått någon diagnos, vilket leder till att behandlingen inte optimeras. Personer som uppvisar symtom på demens genomgår en basal utredning för fastställande av diagnos. För att få en klar bild av patienten innehåller utredningen flera steg; intervjuer med patient, anhöriga, kognitiva test, bedömning av fysisk, psykisk förmåga, blodprovstagning och datortomografi av hjärnan (a.a.). Utredningen syftar även på att ta reda på i vilket stadium sjukdomen befinner sig samt vilken orsak som kan ligga bakom (Dehlin & Rundgren, 2007).

Sjukdomens utveckling ser olika ut beroende av diagnos. Förloppet vid Alzheimers sjukdom delas ofta in i tre faser. Vid nyinsjuknandet ses störningar så som lättare minnessvårigheter, initiativlöshet och trötthet. I sjukdomens andra fas är minnessvårigheterna mer uttalade, patienten kan få svårt med både tal och skrift. I den tredje och sista fasen tillkommer förutom ytterligare svårigheter med minne även fysiska begränsningar. Det är ofta svårt för personen att sköta hygien och andra grundläggande funktioner. Lewy body demens har ett snabbare förlopp och vaskulär demens karaktäriseras av ett akut insättande (Dehlin & Rundgren, 2007). Det finns ännu ingen bot mot demenssjukdomar, behandlingen går ut på att lindra de symtom som uppkommer (Ekwall & Sjöström, 2010).

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens

Uttrycket BPSD står för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens, begreppet uppkom 1996 och är ett samlingsnamn för vanligt förekommande icke kognitiva symtom hos personer med demenssjukdom (Läkemedelsverket, 2008). BPSD-symtomen kan enligt DSM-V specificera demensdiagnosen genom att räkna in om beteendemässiga symtom förekommer eller ej (American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force, 2013). En definition av begreppet saknas, Dehlin och Rundgren (2007) menar att begreppet inkluderar tolkningssvårigheter av sinnesintryck, beteende, tankens innehåll och stämningsläge. I Läkemedelsverkets rekommendationer om behandling vid BPSD (2008) delas symtomen upp i de fyra kategorierna affektiva symtom, psykosymtom, hyperaktivitet och apati vilka bekräftas av DSM-V (American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force, 2013). En stor del av personerna som drabbas av demenssjukdom kommer att någon gång under sjukdomen uppvisa BPSD symtom (Brayne, Davidson, McKeith, Matthews, Savva & Zaccai, 2009; Cerejeira, Lagarto & Mukaetova-Ladinska, 2012; Dehlin & Rundgren, 2007; Socialstyrelsen, 2010)

Till affektiva symtom hör depression, maniskt tillstånd och ångest (Läkemedelsverket, 2008). Det har visat sig att personer med demenssjukdom oftast inte uppvisar de klassiska symtomen på depression såsom hopplöshet och suicidtankar, istället manifesteras hon/han av oro, bristande intresse till aktiviteter och kroppslig spänning (Cerejeira, Lagarto & Mukaetova-Ladinska, 2012). Hallucinationer och vanföreställningar hör till gruppen psykossymtom och beräknas drabba 38-58% av alla som lider av en demenssjukdom (Dehlin & Rundgren, 2007). Hyperaktivitet inkluderar flera olika beteenden som är vanligt förekommande vid demens. Direkt aggressivt beteende såsom slag och knuffar, vandringsbeteende och rastlöshet, verbala uttryck såsom rop, svordom, upprepningar och sömnstörningar hör till denna kategori (Läkemedelsverket, 2008; Ekwall & Sjöström, 2010). Apati definieras som "känslolöshet, likgiltighet, bristande engagemang och intresse" (Nationalencyklopedin, 2013). I en studie av Bergh, Engedal, Šaltytė Benth och Selbæk (2013) visade sig apati vara ett av de mest förekommande symtomen i den population av 931 personer med demenssjukdom som studerades.

De fyra olika symtomkategorierna kan förekomma i alla stadier av demenssjukdom men har visat sig variera i prevalens relaterat till vart i sjukdomen patienten befinner sig. Psykossymtom ses främst hos personer med mild demens, aggression och apati är vanligt förekommande hos personer med långt skriden demenssjukdom. Affektiva syndrom tycktes minska i samband med att sjukdomen blev mer uttalad (Bergh, Engedal, Šaltytė Benth & Selbæk, 2013). Dehlin & Rundgren (2007) menar att BPSD främst förekommer i demenssjukdomens mellersta stadie.

Orsaker

Det finns flera olika teorier om varför BPSD uppstår. Socialstyrelsen (2010) belyser flera olika bakomliggande orsaker till symtomen. Smärta eller annan somatisk orsak, för stora krav på den demenssjuke, kommunikationsproblem, brist på aktiviteter, svårigheter med orientering till miljön och läkemedel är alla exempel på orsaker till BPSD.

BPSD kan också ses som en direkt koppling till den skada i hjärnan demenssjukdomen härstammar från (Dehlin & Rundgren, 2007). Ekwall och Sjöström (2010) menar att symtomen alltid bör tolkas som ett försök från patienten att förmedla något. Relaterat till de

symtom som är karakteristiska för demenssjukdom kan det vara svårt att tolka exakt vad personen vill få fram. Afasi är ett av symtomen som gör det svårt både för den sjuke att förmedla sig och för vårdpersonalen att förstå (Larsson & Rundgren, 2010). Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) (2002) belyser även stress som en av de faktorer som kan utlösa BPSD. För att på bästa sätt få en klar bild över vad symtomen beror på i det enskilda fallet är det av vikt att en utredning genomförs. I en sådan observeras hur beteendet manifesteras det vill säga hur ofta det förekommer, vilken tid under dygnet, om det finns något i omgivningen som kan ha provocerat fram reaktionen. I samband med detta undersöks om beteendet kan bero på att personens möjligheter till att få de basala behoven såsom miktion, sömn och nutrition är begränsade. En läkemedelsgenomgång för att finna olämpliga läkemedel bör genomföras, även en somatisk undersökning för att utesluta kroppslig eller psykisk sjukdom som utlösande orsak till beteendet bör inkluderas i utredningen (Läkemedelsverket, 2008).

Negativa konsekvenser

BPSD påverkar både patient, anhöriga och familj negativt (Dehlin & Rundgren, 2007). En studie av Ha, Livingston, Park, Ryu och Yu (2011) visar att förekomsten av BPSD minskade livskvalitén hos både patienter och vårdpersonal. Aggressivt beteende, verbala symtom och psykossymtom har uttryckts vara speciellt krävande ur vårdpersonalens perspektiv (Cerejeira, Lagarto & Mukaetova-Ladinska, 2012). Aggressivt beteende vilket inkluderas i begreppet har flera negativa konsekvenser för patienten, förekomsten av skador jämfört med icke aggressiva patienter är tio gånger så hög. Patienter som uppvisar aggressivt beteende har även visat sig erhålla mer psykofarmaka (Balasubramanyam et al. 2010). BPSD uppges vara den främsta faktorn till att vård i ordinärt boende blir problematiskt, vilket leder till att många av de demenssjuka som uppvisar symtomen vårdas på särskilt boende (Cerejeira, Lagarto & Mukaetova-Ladinska, 2012; Ekwall & Sjöström, 2010).

Behandling

Behandlingen vid BPSD skall anpassas efter individens symtom, och sträva efter att vara icke-farmakologisk. Målet med all behandling av personer med demens ska vara inriktat på att patienten har så få läkemedel som möjligt (Dehlin & Rundgren 2007; Socialstyrelsen,

2010). I första hand kan den omgivande miljön anpassas, och vårdpersonalen ska alltid eftersträva ett gott bemötande (Socialstyrelsen, 2010). Enkla åtgärder som att minska ljud och ljus under natten har visat sig minska aggression. Trots att det finns litteratur som stödjer användandet av icke-farmakologisk behandling, finns det otillräcklig vetenskaplig forskning inom området (Bostani, Dettmore & Kolanoski, 2009).

Musikterapi läggs av Svansdottir (2007) fram som ett säkert och effektivt behandlingsalternativ. Även studier på effekten av Aromaterapi som behandling av BPSD har utförts, dock med skiftande resultat (Chung, Fung & Tsang, 2012).

Vid svåra symtom där patienten själv eller vårdpersonal är i fara, och där omvårdnad inte har tillräcklig effekt för att dämpa symtomen, kan läkemedel användas. Vid depression används SSRI-preparat. Vid aggressivitet används bensodiazepiner och/eller antipsykosmedel (Läkemedelsverket, 2008). Antipsykotiska läkemedel används på indikation av aggressivt beteende av två anledningar. Den första är att dämpa psykologiska symtom, som depression. Framst används det dock för den sederande effekten (Duxbury och Pulsford, 2006). Av antipsykotika är det två läkemedel som har bevisad vetenskaplig effekt. Effekten av Risperidon är positiv, men svag. Haloperidol har en större positiv effekt, men för att uppnå den behövs höga doser, vilket kan leda till biverkningar (Läkemedelsverket, 2008).

Användandet av antipsykotiska läkemedel har visat sig korrelera med snabbare nedsättning av de kognitiva funktionerna (Duxbury & Pulsford, 2006). Motorisk påverkan, så som parkinsonism samt dyskinesi, och ökad risk för stroke har kunnat påvisas (Läkemedelsverket, 2008). Även dystoni, dåsighet, hjärtpåverkan samt delirium har visat sig vara möjliga biverkningar till antipsykotiska läkemedel (Ballard & Howard, 2006).

Ett annat sätt att minska aggression är att genom fysiskt tvång, antingen genom att hålla fast patienten eller använda olika bältesanordningar för att säkerställa att patienten hålls still (Duxbury & Pulsford, 2006). Även beröring beröring kan vara ett behandlingsalternativ vid uppvisade BPSD-symtom (SBU, 2002).

Medveten beröring

Wigforss (2006) menar att äldre personer, både de som bor hemma och de som bor på särskilt boende, har ett behov av kroppskontakt som inte tillfredsställs. Boende på institution har ett särskilt stort behov av beröring som är medveten och planerad, och som inte enbart är kopplad till omvårdnadssituationer. Beröring som inte är planerad, till exempel när ett medicintekniskt moment ska genomföras och patienten hastigt vidrörs då armen behöver flyttas, är den vanligaste typen av beröring när det gäller äldre personer som bor på institution. Detta gör att beröring av sjuksköterskor oftare är associerat till ett tekniskt moment än till ett försök att tillfredsställa ett emotionellt behov hos patienten (Gleeson & Timmins, 2004).

Särskilt äldre personer med nedsatt kognitiv förmåga har uppvisat markant förbättring av hälsostatus efter medveten beröring. Beröring är viktigt för att relationen mellan sjuksköterska och patient ska utvecklas och räknas som icke-verbal kommunikation. Det har visat sig vara en effektiv metod att kommunicera med äldre med kognitiv nedsättning. Förutom att ha en lugnande effekt kan beröring ge stimulation och värme (Gleeson & Timmins, 2004). Även ökat välbefinnande och minskat aggressivt beteende har kunnat påvisas (McGonigal & Schuette, 2006).

Med begreppet medveten beröring avser författarna till arbetet att beröringen ska vara medveten och planerad, inte endast en bieffekt av praktiskt omvårdnadsarbete. De metoder vi har valt att fokusera på är mjuk beröring, där syftet ej är att nå djupa muskelgrupper. Mjuk massage har visat sig kunna minska BPSD (SBU, 2002). De behandlingar som presenteras nedan är alla exempel på medveten beröring.

Taktil beröring

Utövare ska med respekt och omtanke mjukt vidröra patienten, i syfte att öka välbefinnande och avslappning. Vid taktil beröring skickar receptorerna på huden signaler till hjärnan, som leder till en frisättning av hormonet oxytocin som verkar avslappande. Förutom ökat välbefinnande kan sömnsvårigheter minska av beröringen. Det har inte visat sig finnas några biverkningar av metoden (Grafström & Skog, 2003).

Som ett komplement till övrig omvårdnad kan taktil beröring användas vid behandling av patienter med demens. Genom att minska stress och verka analgetiskt kan taktil massage dämpa oro och aggressivitet. Taktil beröring kan ges på olika delar av kroppen, exempelvis händer och fötter. Variationer i hur ofta och hur länge behandlingen pågår förekommer (SBU, 2002). I en studie av Edvardsson, Rasmussen och Sandman (2003) beskrev vårdgivare att taktil massage underlättade kontakten med personer som lider av demenssjukdom. I stunden av beröring sågs personen inte längre som en krävande patient utan som en person.

Terapeutisk beröring

Metoden går ut på att utövaren lägger sina händer på eller precis över patienten i ca 10-15 minuter. Tekniken grundar sig i teorin att varje människa har ett komplext energifält, vilket påverkar vår hälsa och ohälsa. Då det inte finns något motsvarande ord på engelska eller svenska användas prana från sanskrit. En person som lider av sjukdom har ett underskott av prana, medan en frisk person har ett överflöd. Blockering i energierna kan vara en anledning till underskott av prana, vilket leder till sjukdom. Utövaren använder sina händer som ett redskap för att först identifiera energier och sedan styra dessa så att balans uppstår. Behandlaren måste gå in i ett meditativt stadie för att kunna utföra detta. Patienterna uppgav en känsla av värme i kroppsdelen som var påverkad av sjukdom vid beröring. Även en känsla av avslappning och välmående infann sig, tillsammans med högre hemoglobin värden (Krieger, 1975). En senare studie bekräftade att hemoglobinvärdet ökade hos personen som behandlats med terapeutisk beröring (Abrishami, Farsi, Hasanpoor, Hooshmand & Movaffaghi, 2006).

Vissa individer med demenssjukdom har visat sig ha god effekt av terapeutisk beröring, bland annat har positiv påverkan på sömn rapporterats. Andra patienter har inte uppvisat någon effekt av metoden (Aveyard, Doherty, Wright & Sykes, 2006).

Massage

Det finns olika typer av massagebehandlingar. Vissa är bara beröring av huden, vid andra är trycket hårdare och musklerna knådas hårt. Det har visat sig att massage verkar

ångestdämpande, lugnande och avslappande. Massage kan ges på både övre och undre extremiteter (Uvnäs Moberg, 2002). Sjuksköterskestudenter som genomgått utbildning i att massera, upplevde att personer med demens uppvisade flera positiva effekter av massage. Kroppsspråket ansågs mer avslappnat, andningen blev långsammare och ögonkontakten ökade. Även vårdpersonalen upplevde behandlingen som positiv för patienterna (Adler, 2009). Massage har visat sig kunna minska agiterat beteende hos personer med demenssjukdom (Alfred & Rowe, 1999; Remington, 2002).

Det finns också andra beröringssätt som kan inkluderas i begreppet medveten beröring. Helande beröring, reflexiologi och reiki är exempel på sådana beröringssätt. Författarna har uteslutit metoderna då inga studier som undersökt effekten på BPSD har påvisats under sökningarna.

Sjuksköterskans roll

I arbetet med patienter skall sjuksköterskan använda sig av en humanistisk människosyn (Socialstyrelsen, 2005). Den humanistiska människosynen innebär att patienten ska stå i centrum, och behandlas som ett subjekt snarare än ett objekt. Då alla patienter har olika förutsättningar ska de också behandlas olika. De specifika behov och livssituation en patient har ska beaktas. Människan ses som en helhet bestående av kropp och själ. Det är viktigt att se alla delar (Arlebrink, 1996).

Sjuksköterskan skall se till att de för patienten specifika omvårdnadsbehoven tillgodoses. Detta innebär fysiska, psykiska, sociala, kulturella samt andliga omvårdnadsbehov. Patientens lidande ska uppmärksammas och minimeras genom adekvata åtgärder (Socialstyrelsen, 2005). Vid BPSD skall en omfattande utredning göras för att om möjligt ta reda på orsaken. Sjuksköterskan ska här alltid sträva efter ett gott bemötande (Socialstyrelsen 2010). Det är väsentligt att tala lugnt, och upprepningar kan vara nödvändiga för att försäkra sig om att patienten förstår. Patienten måste få tid att göra sig förstådd, det är viktigt att inte avbryta eller vara stressad. Sjuksköterskan ska vara medveten om sitt kroppsspråk, då irriterat eller stressat uppträdande kan överföras till patienten (Grafström & Skog, 2003).

Personcentrerad omvårdnad av patienter med demens skall vara av högsta prioritet.

Denna syftar till att vårdpersonalen försöker skapa en relation med patienten. Tidigare intressen, upplevelser samt preferenser hos patienten används för att försöka förstå hennes/hans perspektiv. Det är viktigt att se patienten som en person och inte som en sjukdom (Socialstyrelsen, 2010).

För att få kontinuitet samt underlätta bedömningar i vården används multiprofessionella team. Patienter med demens behöver ofta insatser från flera olika yrkesgrupper utöver sjuksköterska, exempelvis biståndshandläggare, arbetsterapeut samt sjukgymnast (Socialstyrelsen, 2010). Sjuksköterskans roll i teamet är att leda, prioritera samt fördela omvårdnadsarbetet. Evidensbaserad kunskap skall styra vilken omvårdnad som utförs (Socialstyrelsen, 2005).

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) reglerar all vård som bedrivs. Vårdpersonal skall respektera patientens autonomi samt integritet. Behovet av kontinuitet samt säkerhet skall tillgodoses. Vård på lika villkor samt god hälsa för befolkningen eftersträvas.

Perspektiv och utgångspunkter

Watson (2008) menar att det är av vikt att inte bara se den medicinska delen av vården, såsom blodtrycksvärden och röntgenundersökningar, utan även den mer spirituella. Kärlek anses vara den absolut viktigaste källan till helande. Ett kärleksfullt förhållningsätt till patienten, men även till sig själv ska eftersträvas.

För att effektivisera omvården och öka lugn och inre ro hos patienten pekar Watson (2008) ut olika verktyg. Dessa kallar hon Caritas processer. För att bygga upp en bra relation med patienten är det viktigt att sjuksköterskan aktivt lyssnar och tar in vad som sägs, finns där för patienten och försöker se personen bakom sjukdomen och inte bara patienten. Förmågan att kunna avläsa och reflektera över situationen nämns som viktig. Då patienten känner att sjuksköterskan verkligen bryr sig om patienten, ökar förtroende, hopp och tro. Genom att ta en paus, och använda sig av andningsövningar innan patientkontakt ökar förmågan att vara närvarande.

Bemötandet anpassas efter patientens emotionella och kognitiva funktioner. Både verbal och icke-verbal kommunikation används för att bemöta känslor. Det är viktigt att tillåta patienten att ha både positiva och negativa känslor, och vara medveten om att ingen är enbart summan av sina känslor. För att minska emotionell tensions kan massage, andningsövningar, beröring av rygg, terapeutisk beröring, musik samt aromaterapier användas (Watson, 2008).

Det är viktigt att skapa en vårdmiljö som är helande och möter patientens individuella behov. Störande stimuli som starkt ljus och höga ljud, ska i högsta mån undvikas. Möblerna ska vara säkra, bekväma samt estetiskt vackra (Watson, 2008).

Syfte

Syftet med denna studie var att beskriva vilken effekt medveten beröring har på beteendemässiga och psykiska symtom vid demens.

Metod

Författarna har systematiskt sökt, kritiskt granskat och sammanställt litteratur, vilket enligt Forsberg och Wengström (2008) är hur en litteraturstudie genomförs.

Denna metodologiska ansats har använts då det finns tidigare forskning inom det valda området.

Urval

Författarna började med en inledande litteratursökning för att få en översikt om vilken forskning som fanns tillgänglig. Detta bör enligt Friberg (2006) göras för att lägga en grund före den egentliga litteratursökningen.

Enligt Bahtsevani, Stoltz och Willman (2011) bör relevanta källor väljas för studiens syfte. Vetenskapliga artiklar i PubMed, Amed och Cinahl söktes då dessa inriktar sig på medicin,

omvårdnad och komplementärmedicin. Databasen Psychinfo exkluderades då författarna endast fann dubletter av de redan utvalda studierna från PubMed, Amed och Cinahl. Sökningarna kompletterades med osystematiska informationssökningar då detta kunde komplettera den systematiska sökningen med eventuella nya idéer (Friberg, 2006). Även sekundärsökningar genomfördes utifrån artiklars referenslistor, vilket resulterade i en artikel som användes i resultatet.

Inklusionskriterier var artiklar skrivna på engelska eller svenska. Artiklarna var refereebedömda. Både kvalitativa och kvantitativa artiklar inkluderades. Sökningen begränsades till att inkludera studier från de senaste tio åren då detta kan ses som aktuell forskning.

Exlusionskriterier var artiklar som inriktar sig på frontallobsdemens då denna sjukdom oftast drabbar personer i medelåldern och har ett annorlunda förlopp (Armanius Björilin, 2004). Friberg (2006) menar att en vetenskaplig artikel bör vara över tre sidor lång, därav har en artikel med mindre sidosantal än tre exkluderats.

MeSH termer var Dementia, Massage och Therapeutic touch, sökord var Demens, massage, terapeutisk beröring, taktil massage, taktil stimulering och BPSD. Sökorden användes i olika kombinationer. Boolesk sökteknik användes. Med hjälp av närhetsoperatören AND kopplades sökord ihop. Detta gjorde att de artiklar som söktes och valdes ut innehöll samtliga sökord (Friberg, 2006).

I Tabell 1, 2 och 3 presenteras de olika sökningarna.

Tabell 1: Sökningar utförda i PubMed.

Datum	MeSH-term	Antal träffar	Antal Läst Abstract	Urval 1	Urval 2
2013-11-18	Dementia	48232	0	0	0
2013-11-18	Massage	1380	0	0	0
2013-11-18	Dementia AND Massage	14	8	2	1
2013-11-18	Therapeutic touch	285	0	0	0
	Dementia AND Therapeutic touch	9	7	5	3

Fritext

Datum	Sökord	Antal träffar	Antal Lästa Abstract	Urval 1	Urval 2
2013-11-18	Tactile Massage	30	0	0	0
2013-11-18	Dementia (MeSH) AND Tactile Massage	1	1	1	1
2013-11-18	BPSD	388	0	0	0
2013-11-18	BPSD AND Massage (MeSH)	1	1	0	0
2013-11-18	BPSD AND Therapeutic Touch (MeSH)	0	0	0	0
2013-11-19	Dementia AND Massage	38	6	2	1
2013-11-19	Dementia AND Therapeutic Touch	19	2	0	0
2013-11-19	Tactile Stimulation	2201	0	0	0
2013-11-19	Dementia AND Tactile Stimulation	3	1	1	1

Tabell 2: Sökningar utförda i Cinahl.

Datum	Sökord	Antal träffar	Antal Lästa Abstract	Urval 1	Urval 2
2013-11-19	Dementia	9119	0	0	0
2013-11-19	Massage	6020	0	0	0
2013-11-19	Dementia AND Massage	40	8	2	1
2013-11-19	Therapeutic Touch	438	0	0	0
2013-11-19	Therapeutic touch AND Dementia	23	3	1	0
2013-11-19	BPSD	118	0	0	0
2013-11-19	BPSD AND Massage	0	0	0	0
2013-11-19	BPSD AND Therapeutic Touch	0	0	0	0
2013-11-19	Tactile Stimulation	83	0	0	0
2013-11-19	Tactile stimulation AND Dementia	2	1	0	0

Tabell 3: Sökningar utförda i AMED.

Datum	Sökord	Antal träffar	Antal Läste Abstract	Urval 1	Urval 2
2013-11-19	Dementia	694	0	0	0
2013-11-19	Massage	903	0	0	0
2013-11-19	Dementia AND Massage	7	2	0	0
2013-11-19	Therapeutic touch	72	0	0	0
2013-11-19	Therapeutic Touch AND Dementia	3	1	1	0
2013-11-19	BPSD	2	1	0	0
2013-11-19	Tactile Stimulation	20	0	0	0
2013-11-19	Tactile Stimulation AND Dementia	1	1	0	0

Datainsamling

Under sökningen lästes de abstrakt som tycktes vara intressanta utifrån titel, om abstrakt indikerade att artikeln passade syftet valdes den till urval ett och lästes igenom. Fanns inte artikeln att tillgå i fulltext beställdes den.

Femton artiklar som passade in på studiens syfte hittades, dessa granskades enligt Bahtsevani, Stoltz och Willmans (2011) modell för kvalitetsgranskning som innehåller bedömning av bland annat forskningsmetod, urval och kommunicerbarhet. Författarna klassade 0-7 poäng som låg kvalitet, 8-13 poäng som medelgod kvalitet och 14-16 poäng som hög kvalitet. Artiklar med medelgod eller hög kvalitet bedömdes kunna användas i studien. Efter kvalitetsgranskningen kvarstod nio artiklar som inkluderades i studiens resultat, artiklarna presenteras i Bilaga 1.

Data analys

Författarna utgick enligt Friberg (2006) från fem punkter då studierna analyserades. Först lästes de valda artiklarna igenom enskilt av båda författarna för att skapa förståelse för vad de handlar om, resultatet stod i fokus. Efter det identifierades nyckelfynd i varje studies resultat. Författarna gjorde sedan en gemensam schematisk översikt över de olika resultaten för att få en överblick över det som analyserats.

Då en överblick skapats hittades likheter och skillnader mellan de olika resultaten, likheterna fördes samman till de teman och subteman som presenteras i litteraturstudiens resultat.

Forskningsetiska avvägningar

I Bahtsevani, Stoltz och Willmans (2011) modell för kvalitetsgranskning höjer ett etiskt resonemang i studien dess kvalité. Därför kontrollerades de studier som används i litteraturstudien utifrån ett etiskt förhållningssätt.

Då personer med demenssjukdom har begränsad autonomi anser SBU (2002) att samtycke av patient och anhöriga är särskilt viktiga. Att personen frivilligt ställer upp på massageinterventionen ses som avgörande för både patient och vårdgivare för att undvika att massagen ska upplevas som kränkande. Författarna kontrollerade att studierna som inkluderades har ett informerat samtycke från patient eller anhörig.

Resultat

Vid analys av studierna framkom tre huvudteman, hyperaktivitet, affektivitet och psykossymtom, samt patientens upplevelse utifrån vårdarens perspektiv. Nedan presenteras huvudteman tillsammans med subteman.

Effekter vid hyperaktivitet

Effekter vid fysisk aggressivitet

Effekten av terapeutisk beröring på agiterat beteende undersöktes i en studie (Deatrich, Hawranik & Johnston, 2008). Interventionsgruppen fick terapeutisk beröring av utbildad personal som gick in i ett meditativt stadium. Placebogruppen fick simulerad terapeutisk beröring vilket innebär beröring utan meditativt stadium. Symtomen mättes innan och efter interventionen som varade i fem dagar. Symtomen av fysisk aggressivitet minskade hos interventionsgruppen, men då en minskning även kunde påvisas i de övriga grupperna kan det inte säkerhetsställas att det är interventionen som bidragit till resultatet. Studien visar alltså ej signifikans att säga att terapeutisk beröring har effekt på fysisk aggressivitet.

Massage i olika former har visat sig ha varierande effekt på fysisk aggressivitet (Barret, Beattie, Cooke, Shum, Moyle & O'Dwyer, 2013; Colleen, Gessert och Holliday-Welsh, 2009; Cooke, Fu & Moyle, 2013). Lätt massage, så kallad effleurage visade sig ha god effekt då den utfördes under två veckor på äldre med kognitiv nedsättning. Det aggressiva beteendet minskade signifikant direkt kopplat till interventionen (Colleen, Gessert & Holliday-Welsh, 2009). Handmassage tillsammans med aromaterapi som genomförts varje vardag under sex veckor resulterade i en trend till minskning av fysisk aggressivitet. Minskningen kunde ses i slutet av de sex veckorna interventionen genomförts (Cooke, Fu & Moyle, 2013). Fotmassage hade däremot en tendens till att öka den fysiska aggressiviteten hos de som mottagit beröringen, massagen gavs då en gång om dagen under tre veckor till personer med demenssjukdom (Barret et al, 2013).

Även taktil beröring visar sig i studien av Kihlgren, Skovdahl och Sörlie (2007) ha varierande effekt på aggressivt beteende hos personer med demenssjukdom. I studien undersökte vårdgivares upplevelser av att ge taktil beröring. Den taktila beröringen gavs minst en gång i veckan under 28 veckor. Vårdgivare observerade minskning av aggressivitet hos en patient men också ökning av beteendet hos en annan under tidsperioden.

Huruvida medveten beröring har en effekt på aggressivt beteende över tid har undersökts genom uppföljningar. Terapeutisk beröring visade en minskning av aggressiva symtom, dock ej signifikant mot de andra grupperna, direkt i anknytning till intervention. Vid uppföljning efter två veckor visar det sig att symtomen ökade igen 24 timmar efter att interventionen upphört, denna ökning fortsatte till en uppföljning två veckor efter interventionens slut (Deatrich, Hawranik & Johnston, 2008). Detta kan sättas i förhållande till effekten av massage där uppföljningen efter två veckor visade att minskningen av beteendet som uppkommit direkt kopplat till interventionen kvarstod (Colleen, Gessert & Holliday-Welsh, 2009).

Effekter vid rastlösa beteenden

Tre olika studier undersökte huruvida terapeutisk beröring minskade symtomen rastlöshet, vankande, bankande samt sökande/vandringsbeteende hos patienter med demens. I Craven, Whitney och Woods (2005) studie gavs terapeutisk beröring två gånger dagligen i tre dagar. En signifikant skillnad mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen påvisas. Dock kunde ingen skillnad utskiljas mellan placebo- och interventionsgruppen. Även en annan studie gav terapeutisk beröring två gånger om dagen i tre dagar, skillnaden var dock att de undersökte effekten av att ge interventionen i två perioder. Tre dagars intervention följdes av tre dagars ”vanlig vård” utan terapeutisk beröring, sedan följde tre dagars intervention följt av tre dagars vanlig vård. Rastlösa beteenden visade sig signifikant minska i interventionsgruppen, men först efter andra periodens intervention. En viss skillnad kunde visas mellan intervention och placebogrupp, men detta kunde inte signifikant påvisas (Beck, Sinha & Woods, 2009). Minskning samt signifikant skillnad av generella rastlösa beteenden, vankande samt repeterade rörelser mellan grupperna påvisades när terapeutisk beröring gavs i fem dagar (Deatrich, Hawranik & Johnston, 2008).

Massage med lätt tryck på rygg och hand har visat sig vara effektiv vid rastlöst beteende. Vandring, opassande klädsel, försök att ta sig till en annan plats, hantera saker på ett opassande sätt, generell rastlöshet och att gömma undan saker är företeelser som inkluderats i begreppet rastlöshet. Handmassage med lätt tryck fem minuter på varje hand minskade beteendena signifikant i studien av Hicks-Moore och Robinson (2008). Handmassage tillsammans med aromaterapi minskade även rastlöshet men ej signifikant (Cooke, Fu & Moyle, 2013). Vandringsbeteende minskade även av massagen effleurage som med fördel

kan ges på rygg och axlar men även på händer (Colleen, Gessert & Holliday-Welsh, 2009). Fotmassage hade däremot ingen effekt på rastlösa beteenden (Barret et al., 2013).

Den signifikanta minskning av vandringsbeteende som uppkommit direkt i koppling till massagen effleurage bestod till uppföljningen två veckor efter att interventionen avslutades (Colleen, Gessert & Holliday-Welsh, 2009). En dag efter att interventionen med terapeutisk beröring avslutades visades en ökning av de rastlösa symtomen. Denna ökning fortsatte till uppföljningen två veckor efter att den sista interventionen gavs (Deatrich, Hawranik & Johnston, 2008).

Effekter vid verbala symtom

Stönande, överdrivet skratt samt snabbt och högt eller överdrivet tal är verbala symtom som undersökts i två studier med terapeutisk beröring. Behandlingar som gavs två gånger om dagen i tre dagar minskade signifikant verbala symtom (Craven, Whitney & Woods 2005). När interventionen istället gavs i två olika tre dagars perioder kunde inte samma positiva resultat påvisas. Ingen signifikant skillnad hittades (Beck, Sinha & Woods 2009). Deatrich, Hawranik och Johnston (2008) undersökte symtomen verbal agitation, svärande, konstant uppmärksamhetskrävande, repeterade meningar, konstiga ljud samt negativ attityd. Interventionsgruppens symtom förbättrades, men ingen signifikans kunde påvisas då även kontrollgrupperna uppvisade minskade symtom. Patienterna följdes upp efter en dag, en vecka samt två veckor, och de verbala symtomen skattades då återigen. Ingen signifikant skillnad kunde påvisas under tvåveckorsperioden (Deatrich, Hawranik och Johnston, 2008).

En minskning av verbala symtom kunde ses i Colleen, Gessert och Holliday-Welsh (2009) och Hicks-Moore och Robinsons (2008) studier. Effleurage minskade verbal agitation signifikant direkt i relation till massagen (Colleen, Gessert & Holliday-Welsh, 2009). Klagande, uppmärksamhetssökande, negativitet, skrik och upprepade meningar som alla är exempel på verbala symtom minskade även av handmassage. Minskningen uppstod snabbt efter interventionen och höll sig på samma låga nivå en timme efter avslutad massage (Hicks-Moore & Robinson, 2008). Handmassage och aromaterapi i kombination gav också en minskning av verbala symtom, men minskningen var ej signifikant (Cooke, Fu & Moyle,

2013). Barret et al (2013) fann en trend till ökning av verbala symtom efter tre veckor med fotmassage.

Två veckor efter interventionen med massagen effleurage följdes effekten upp. Verbal agitation hade då minskat ytterligare vilket visade på en god effekt av metoden (Colleen, Gessert & Holliday-Welsh, 2009). Samma trend återfanns vid terapeutisk beröring. Vid uppföljning efter två veckor kunde ingen ökning av symtomen påvisas (Deatrich, Hawranik och Johnston, 2008).

Effekter vid sömnstörningar

Taktil beröring hade viss påverkan på sömnproblematik. Vårdgivarna i Kihlgren, Skovdahl och Sörlies (2007) tidigare beskrivna studie rapporterade att merparten av patienterna somnade i anslutning till den taktila beröringen. Patienter som tidigare hade haft svårt att slappna av en längre stund observerades sova en god stund efter interventionen. Effekten av taktil beröring på BPSD undersöktes även i en studie av Abe et al (2010). Patienterna fick taktil beröring fem gånger i veckan under sex veckor. En patient i studien berättade för vårdgivarna att hon alltid brukat vakna upp flera gånger per natt men att hon under veckorna med taktil beröring sovit hela nätterna.

Sammanfattningsvis visade sig terapeutisk beröring visade sig ha en god effekt på rastlösa beteenden, samtliga tre studier uppvisade en signifikant minskning. Den positiva trenden återfanns ej vid verbala symtom, där enbart en av tre studier kunde uppvisa signifikant minskning (Beck, Sinha & Woods, 2009; Craven, Whitney & Woods 2005; Deatrich, Hawranik & Johnston, 2008). Taktil beröring hade ett flertal effekter, aggressivt beteende observerades minska men även öka. Sömnsvårigheter tycktes minska av metoden. (Kihlgren, Skovdahl & Sörlie, 2007; Abe et al 2010). Handmassage minskade aggressivt beteende, rastlöshet och verbala symtom (Cooke, Fu & Moyle, 2013; Hicks-Moore & Robinson, 2008). Även tekniken effleurage visade sig minska symtomen. Minskningen som uppstod i direkt anslutning till effleurage kvarstod i två veckor (Deatrich, Hawranik & Johnston, 2008). Fotmassage däremot visade sig inte ha samma fördelaktiga resultat på BPSD, en tendens till ökning av verbala symtom samt fysisk aggressivitet kunde observeras (Barret et al, 2013).

Effekter vid affektivitet och psykossymtom

Taktil berörings effekt på affektiva symtom vid demenssjukdom undersöktes i den tidigare nämnda studien av Abe et al. (2010). Ingen förändring av affektiva störningar kunde observeras efter de sex veckor som patienterna fick taktil beröring. Även effekten på psykossymtomen vanföreställningar av paranoid och icke-paranoid art samt hallucinationer observerades. Resultatet visade på att taktil beröring inte ledde till någon förändring efter interventionen.

Eventuell påverkan av taktil beröring på emotionell funktion mättes av Abe et al. (2010) vid början och slutet av interventionen genom att patienten intervjuas och observeras gällande emotionella funktioner, emotionell labilitet och motivation. En signifikant minskning i emotionell funktion sågs efter sex veckors behandling med taktil beröring en gång om dagen.

Patientens upplevelse av medveten beröring utifrån vårdgivarens perspektiv

Samtliga patienter med undantag av en som behandlades med terapeutisk beröring upplevdes av vårdgivare som mycket mottaglig för beröringen. Flera patienter uppgav att det kändes bra, och en patient beskrev att ryggen kändes bättre efter den taktila beröringen (Craven, Whitney & Woods, 2005).

Taktil beröring fick ett svalare mottagande av patienterna i början. Vid första sessionen hade patienterna svårt att förstå vad som var meningen med behandlingen. En patient uttryckte att det kändes märkligt, en annan att det var svårt att förstå vad beröringen innebar, varför personalen ansåg att det krävdes två moment av taktil beröring innan patienterna kunde känna njutning. Patienterna uttryckte att de fick en känsla av välbefinnande kopplat till interventionen. En patient tjöt av glädje då personalen meddelade att det var tid för taktil beröring. Vårdgivarna uttryckte att patienterna blev avslappnade, kommunikativa och enklare att ha att göra med under tiden som studien pågick (Kihlgren, Skovdahl & Sörlie, 2007). I en annan studie om taktil beröring visade sig patienterna mer positiva, och såg fram emot

behandlingen. Även taktilt beteende såsom att stryka handen mot sjuksköterskans kind observerades hos patienterna (Abe et al., 2010).

Upplevelsen av fotmassage visade samma varierande patientreaktioner. Positiva upplevelser och njutning blandades med att inte acceptera massagen. Agitation uppvisades stundtals mot personen som genomfört interventionen (Barret et al., 2013).

Diskussion

Diskussion av metod

En litteraturstudie genomfördes för att belysa den forskning som finns i ämnet medveten berörings påverkan på BPSD. Metoden valdes då tidigare studier som utforskat ämnet fanns tillgängliga.

Till en början ämnades endast effekten av taktil massage att studeras men då pilotsökningar resulterade i för få studier utvidgades begreppet till medveten beröring. Medveten beröring är inte någon vetenskaplig term, och används inte heller som samlingsnamn till de metoder som valts ut, vilket är en svaghet i studien. Först gjordes försök att hitta artiklar om enbart terapeutisk beröring eller massage. Då sökningen resulterade i ett otillräckligt urval togs beslutet att inkludera samtliga tre metoder och att benämna dem som medveten beröring. Det metoderna har gemensamt är att de handlar om beröring med ett mjukt tryck samt att behandlingen går att utföra på under 20 minuter. Metoderna skiljer sig beträffande var på kroppen de sker, samt att utövaren i terapeutisk beröring går in i ett meditativt stadium. Även olika tekniker i tryck och utförande används. Författarna anser att artiklarna trots dessa skillnader är tillräckligt lika för att kunna inkluderas. Wigfors (2006) menar att äldre på särskilda boenden är i stort behov av beröring som är medveten och planerad och inte enbart kopplad till omvårdnadssituationer, vilket tycktes passa in på alla de metoder som valdes.

Att beröringsmetoderna skiljer sig åt kan även vara intressant då de kan peka på att en viss behandling fungerar bättre på vissa symtom. Andra metoder skulle kunna inkluderas i

medveten beröring, men inga andra studier som mötte litteraturstudiens inklusionskriterier eller behandlade BPSD påträffades.

Polit och Beck (2009) menar att bias aldrig helt kan undvikas. Då författarna har tidigare erfarenhet av demenssjukvård kan detta ha påverkat val av sökord och hur resultatet har tolkats. I en litteraturstudie är författarnas bedömning av studier och urval central för resultatet. Kontinuerliga diskussioner för att klargöra egna åsikter, samt ett systematiskt arbete där sökningar och inläsning på artiklar först genomfördes enskilt för att sedan komma fram till ett urval gemensamt kan anses minska risken för att egna erfarenheter och åsikter har påverkat studiens utfall.

Sökningar i databaserna PubMed, Cinahl, AMED och Psychinfo genomfördes. Resultatet av sökningen i Psychinfo resulterade endast i dubletter av de redan utvalda studierna varför denna exkluderades från studien. Vid sökningar i PubMed har MesH-termer samt fritextsökningar använts för att göra sökningen så bred som möjligt. En boolesk söklogik med närhetsoperatoren AND användes, men även OR eller NOT hade kunnat inkluderas. NOT hade ytterligare avgränsat litteratursökningen, detta ansågs ej positivt då forskningen inom området var begränsad. Det är möjligt att OR däremot kunnat bredda sökningen. Risken att ha gått miste om relevanta artiklar har försökt att minimerats genom en noggrann litteratursökning, samt genom sekundärsökningar i valda artiklars referenslistor (Friberg, 2006).

Både kvalitativa och kvantitativa studier inkluderades. Detta gav en styrka då både upplevelser och mätbar data kunde presenteras i resultatet. Ett av inklusionskriterierna var att artiklarna publicerats under de senaste tio åren då detta ses som aktuell forskning. De artiklar som inkluderades i resultatdelen är publicerade åren 2005-2013.

Enligt Bahtsevani, Stoltz och Willman (2011) bör sökningen begränsas till de språk som behärskas. Artiklar på engelska, svenska, norska samt danska har därför sökts. Samtliga artiklar som använts är skrivna på engelska. Då ingen av författarna har engelska som modersmål kan felaktigheter i översättningen förekomma. Detta har försökt minimerats med noggrannhet i översättningen och genom att inte lägga in egna tolkningar av artikelns resultatdel.

Något som upplevs som en fördel är att studierna som inkluderats är utförda i fyra olika världsdelar. Detta kan tyda på att resultatet är applicerbart inte bara i Europa, utan även i Nordamerika, Oceanien samt Asien.

Diskussion av resultat

Syftet med studien var att undersöka vilka effekter medveten beröring har på beteendemässiga och psykiska symtom hos personer med demenssjukdom. Läkemedelsverket (2008) och DSM-V (2013) inkluderar fyra olika symtom till begreppet BPSD; affektivitet, hyperaktivitet, psykosymtom och apati. Av de studier som återfanns i sökningarna behandlade merparten hyperaktivitet. Apati har inte undersökts, varför inget resultat kunnat presenteras på medveten berörings effekter på BPSD-symtomet apati.

För att undersöka huruvida interventionerna har haft effekt på BPSD har symtomen mätts innan, i vissa fall under, samt efter behandlingarna. De inkluderade studierna har använt sig av olika skalor, och olika tidsintervall. De skalor som använts är Cohen Mansfield Agitation Inventory, Cohen-Mansfield Agitation Inventory-Short Form och BEHAVE-AD. Skalorna är olika omfattande och undersöker olika symtom, vilket har fått konsekvensen att det är ojämnt med data. Ett exempel på det är att då det inte finns någon data om taktil beröring och rastlösa samt verbala symtom kan ingen slutsats dras om metodens effektivitet.

De analyserade studierna har alla olika tidsintervall på interventionerna. Tiden då beröringen förekom varierar från tre dagar till 28 veckor. Resultaten mäts även de i olika tidsperspektiv, i vissa studier utfördes mätningar direkt efter interventionen medan det i andra mäts i slutet av dagarna/veckorna som studien pågått. I den aspekten finns svårigheter då studiernas resultat ska jämföras. Terapeutisk berörings effekter på BPSD mättes i alla studier direkt i koppling till interventionen under de dagar som studierna pågick. Symtomen observerades varje dag vilket underlättat en jämförelse mellan studierna och terapeutisk berörings effekter (Beck, Sinha & Woods, 2009; Craven, Whitney & Woods 2005; Deatrich, Hawranik & Johnston, 2008). Taktil beröring mättes i slutet av de sex veckorna interventionen pågick i studien av Abe et al. (2010) vilket gjort det svårt att bedöma om taktil beröring har en effekt direkt

kopplat till interventionen eller om effekten uppstår först efter några veckor. Effekten av taktil beröring undersöks även av Kihlgren, Skovdahl & Sörlie (2007) som genomfört en kvalitativ studie på ämnet. I resultatet framgår inte när effekter kunde observeras. Då studien pågick i 28 veckor är det även här svårt att dra slutsatser om taktil berörings effekter i något tidsperspektiv. Olika typer av massage har även dem undersökts i olika tidsperspektiv. Effekten av handmassage mättes direkt i koppling till interventionen i studien av Hicks-Moore och Robinson (2008) och i slutet av den andra veckan i studien av Cooke, Fu och Moyle (2013) vilket visar på att handmassage hade effekt direkt i koppling till massagen. Även effleurage mättes i direkt koppling till interventionen vilket visar på att metoden har direkt effekt på BPSD-symtom (Hicks-Moore & Robinson, 2008). För att kunna implementera metoderna i vården för att minska BPSD är det bra att veta när metoden kan ge förväntad effekt. Att ge taktil massage kan bli ett tidskrävande projekt om effekten endast kan ses efter flera veckor av intervention, terapeutisk beröring som visade sig ha effekt efter endast tre dagar kan då vara en mer effektiv metod.

Huruvida effekten av de olika metoderna är ihållande undersöks i studierna genom uppföljning. Det visade sig att fysisk aggressivitet och rastlösa beteenden ökade till den nivån som uppmättes innan interventionen påbörjades en tid efter terapeutisk beröring slutat ges (Deatrich, Hawranik & Johnston, 2008). Detta tyder på att terapeutisk beröring är en metod som bör utföras kontinuerligt för att fysisk aggressivitet och verbala symtom ska kunna minska över tid. Uppföljning genomfördes även efter interventionen med massagetekniken effleurage och visade att minskningen av BPSD som uppkommit direkt i koppling till interventionen kvarstod två veckor efter (Hicks-Moore & Robinson, 2008). Detta kan tyda på att vissa metoder ger effekt under en längre tid och behöver således inte genomföras lika ofta.

SBU (2002) menar att samtycke till beröring är särskilt viktigt hos personer med demenssjukdom då deras autonomi är begränsad. Personen ska frivilligt ställa upp på interventionen. Hur patienten upplever beröringen är här en viktig aspekt då en positiv upplevelse är avgörande för om beröringen ska kunna genomföras. Även HSL (1982:763) betonar att vårdgivare skall respektera patientens autonomi samt integritet. I flera studier har patientens upplevelse undersökts vilket har visat på att det finns en god tolerans för medveten beröring. Patienter uttryckte sin uppskattning över beröringen till personen som utfört

metoden. Det finns dock de som upplevt den medvetna beröringen som negativ, många hade i början svårt att förstå varför beröring skulle ges men upplevde efter ett antal interventioner att det endast var positivt (Kihlgren, Skovdahl & Sörlie, 2007; Craven, Whitney & Woods, 2005).

Watson (2008) menar att det är av vikt att se bortom den medicinska delen av vården och se till spirituella behov. Kärlek anses vara centralt och ett kärleksfullt förhållningssätt till patienten ska eftersträvas. Hon beskriver att massage, beröring och terapeutisk beröring kan minska emotionella tensioner. Sjuksköterskan ska känna efter vilken nivå patienten befinner sig på och efter det anpassa bemötandet. Det är viktigt att alla känslor som kan förekomma hos patienten accepteras. För att bemöta känslor kan både verbal och ickeverbal kommunikation användas. Medveten beröring är en form av icke verbal kommunikation och har visat sig stärka relationen mellan vårdgivare och patient. Vårdgivare uttryckte att patienterna som fått taktill massage blev mer kommunikativa vilket ger en god förutsättning till förbättrad kommunikation mellan patient och vårdgivare (Kihlgren, Skovdahl & Sörlie, 2007).

Den stärkta relationen ger även en förutsättning för personcentrerad omvårdnad vilken Socialstyrelsen (2010) belyser som en grund i demensvården.

Beröring upplevdes i vissa fall som främmande första gången den gavs vilket kan bero på flera olika saker. I vissa studier utövades beröringen av en person som patienten inte tidigare mött (Barret, et al., 2010; Beck, Sinha & Woods, 2009; Craven, Whitney & Woods, 2005; Deatrich, Hawranik & Johnston, 2008; Hicks-Moore & Robinson, 2008). Att bli berörd är enligt vår synpunkt något som tillhör den privata sfären. Då en okänd person utövar beröringen kan detta upplevas som en överträdelse av denna vilket kan resultera i att beröringen känns olustig. Något som talar emot detta resonemang är studien av Kihlgren, Skovdahl och Sörlie (2007) där de som utövade den taktila beröringen var vårdgivare som arbetade på boendet sedan tidigare och således redan kände patienterna. Beröringen upplevdes trots detta som olustig vid första interventionen. Vidare reflektion kan vara att det tar en tid att acceptera beröring, vid första interventionen kan det vara svårt att förstå i vilket syfte den utförs. Även in studien av Beck, Sinha och Woods (2009) uppkommer det positiva resultatet först efter den andra perioden av terapeutisk beröring vilket visar på att det kan krävas en tid

innan patienten kan slappna av och se beröringen som positiv. Fotmassage resulterade in en ökning av BPSD (Barret et al., 2013) vilket är oklart vad det beror på. En massageterapeut utan tidigare erfarenhet av demensvård utförde interventionen vilket kan ha resulterat i att hon/han har uppvisat osäkerhet inför patienten. Irriterat eller stressat uppträdande kan överföras från personal till patient vilket kan vara det som skett då fotmassage resulterade i ökade BPSD-symtom (Grafström & Skog, 2003).

Samtliga artiklar om terapeutisk beröring som analyserades var från USA. Terapeutisk beröring utvecklades i New York (Deatrich, Hawranik & Johnston, 2008) och det finns universitet som har utbildningar i behandlingen. Förekomsten i Sverige verkar vara begränsad. Varken Socialstyrelsen (2010), SBU (2002), eller Läkemedelsverket (2008) tar upp terapeutisk beröring som ett behandlingsalternativ. Författarna har diskuterat och kommit fram till att anledning är att behandlingen kan ses som ovetenskaplig och "kvacksalveri". I sjuksköterskans kompetensbeskrivning står det att befintliga rutiner kritiskt ska granskas, samt att ny kunskap ska implementeras. Omvårdnaden ska vara evidensbaserad (Socialstyrelsen, 2005). Istället för att ha fördomar mot en okänd metod borde resultaten från forskning få tala för behandlingens effektivitet. Dock bör det poängteras att de studier som valts ut har haft relativt få deltagare och att det därför inte är säkert att resultatet är generaliserbart. Detta gäller samtliga studier, även de där massage och taktill beröring studeras.

För att utesluta chansen att det är endast beröringen och inte kombinationen med det meditativa stadium och manipulering av energier som har effekt hade samtliga studier en placebogrupp där imiterad terapeutisk beröring gavs. I resultatet framkom det vid flera symtom att ingen signifikant skillnad kunde påvisas mellan interventions och placebogrupp (Beck, Sinha & Woods, 2009; Craven, Whitney & Woods, 2005; Deatrich, Hawranik & Johnston, 2008). Rastlöshet var det enda symtomet där en signifikant skillnad kunde påvisas mellan interventionsgruppen och de två övriga grupperna (Deatrich, Hawranik & Johnston, 2008). Med tanke på ovanstående resultat är det svårt att utesluta att det är beröringen i sig och inte det meditativa stadiet och manipulering av energier som är den komponenten i terapeutisk beröring som har effekt. Det går dock inte helt att utesluta, då samtliga studier visar en trend till skillnad mellan intervention och placebogrupp (Beck, Sinha & Woods, 2009, Craven, Whitney & Woods, 2005; Deatrich, Hawranik & Johnston, 2008). Watson (2008) menar att genom att använda sig av andningsövningar eller meditation innan

patientkontakt får vårdpersonalen lättare att fokusera på patienten och vara närvarande, vilket kan leda till att patienten får ett ökat lugn och trygghet. Teorin talar för vikten av det meditativa stadiet i terapeutisk behandling.

För att medveten beröring ska kunna ges krävs att utövaren har en utbildning i behandlingen. Terapeutisk beröring gavs i samtliga studier av utövare med lång utbildning och erfarenhet. För att bli utövare inom terapeutisk beröring krävs utbildning samt en längre tids praktik. Det skulle alltså vara svårt, både ekonomiskt och tidsmässigt, att se till att vårdpersonal som arbetar med personer med demens skulle vara utbildade i terapeutisk beröring. Utbildningen för massage och taktil beröring behöver inte vara lika tidskrävande. Beroende på viken typ av massage som eftersträvas ges olika utbildningar. Tekniken effleurage kräver inte mer än några timmars utbildning. Taktil beröring kan läras på 36 timmar. Det enda som krävs för att behandlingarna ska kunna ges är alltså max 36 timmars utbildning till personalen. Då BPSD symtom sänker livskvaliten hos både patienten själv men även vårdpersonalen (Ha, Livingston, Park, Ryu & Yu, 2011) borde en utbildningen av personalen som möjligtvis kan minska symtomen ses som en rimlig investering.

Ur ett kostnadseffektivitetsperspektiv kan det argumenteras att då BPSD ökar risken för skador med tio gånger (Balasubramanyam et al, 2010), borde det spara pengar i till exempel minskade sjukhusbesök om medveten beröring kan minska symtomen. Ytterligare forskning med inriktning på metodens kostnadseffektivitetsperspektiv behövs för att dra vidare slutsatser om ämnet.

Då inga av forskarna till de analyserade studierna hade kontroll över när och hur mycket läkemedel som gavs till patienterna kan effekten av medveten beröring inte ställas emot den farmakologiska. Eftersom Läkemedelsverket (2008) och Socialstyrelsen (2010) betonar att första åtgärden vid BPSD symtom skall vara icke-farmakologisk är det värt att testa medveten beröring. Den största fördelen är att metoden tillskillnad mot läkemedel inte har några kända biverkningar (Grafström & Skog, 2003).

Slutsats och kliniska implikationer

Medveten beröring har i det presenterade resultatet visat sig ha ett flertal positiva effekter på personer med demenssjukdom som uppvisar BPSD. Vissa negativa effekter har även kunnat påvisas. Det måste dock tas i beräkning att då studierna som analyserats har begränsat antal deltagare och är utförda under en kort tidsperiod är det svårt att dra slutsatser om hur stor effekten är samt när den uppkommer. Då det enda som behövs för att utföra metoden är utbildning är den relativt billig att utföra och har inga bevisade biverkningar. Det finns alltså ingen risk med att administrera behandlingen, och vinsterna kan bli många, både ökad livskvalitet och minskad arbetsbelastning. Det är dock av vikt att alltid ta i beaktning att patienten frivilligt tar emot behandlingen.

Resultatet talar för behovet av fortsatt forskning i ämnet för att utröna om det är aktuellt att implementera medveten beröring som behandling av BPSD.

Författarnas arbetsfördelning

Alla steg i litteraturstudien genomfördes gemensamt av båda författarna. Genom diskussioner och god kommunikation har en gemensam ståndpunkt utvecklats där båda författarna varit eniga om syfte och metod. Artiklar som valdes ut lästes igenom var för sig för att skapa en förståelse för innehållet, alla andra delar av studien har arbetats fram tillsammans.

Referenser

Abe, T., Fujiwara, K., Hayashi, T., Kikuchi, K., Kimoto, A., Makino, K., Mizuta, A., Nakagomi, T., Otsuka, T., Saruhara, T., Suzuki, M & Tatsumi, A. (2010). Physical and Psychological Effects of 6-Week Tactile Massage on Elderly Patients With Severe Dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & other Dementias*, 25(8) Pages 680-686

Abrishami, F., Farsi, M., Hasanpoor, M., Hooshmand, P., & Movaffaghi, Z. (2006). Effects of therapeutic touch on blood hemoglobin and hematocrit level. *J Holistic Nursing*, Volume 24. Pages 41-49.

Adler, P (2009). Teaching Massage to Nursing Students of Geriatrics Through Active Learning. *J Holistic Nursing*, Volume 2. Pages 51-56.

Alfred, D & Rowe, M. (1999). The effectiveness of slow-stroke massage in diffusing agitated behaviors in individuals with Alzheimer's disease. *Journal of gerontological nursing*, Jun;25 (6) 22-34

American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. (5. ed.) Arlington, Va.: American Psychiatric Association.

Arlebrink, J. (1996). *Grundläggande vårdetik: Teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Armanius Björlin, G. (2004). *Om demens: [klinisk bild, utredning, vård och omvårdnad, konfusionstillstånd, genetik och biokemi, patologi, minnesfunktioner, vardagslivets aktiviteter, sexualitet och demens, frågor om tvång och självbestämmande, hälsoekonomi]*. (2., [rev.] uppl.) Stockholm: Liber.

Aveyard, B., Doherty, D., Sykes, M., Wright, S (2006). Therapeutic touch and dementia care: an ongoing journey. *Nursing older people*, Volume 18. Pages 27-31.

Barrett, S., Beattie, E., Cooke, M., Moyle, W., O'Dwyer och Shum, D. (2013). Foot massage versus quiet presence on agitation and mood in people with dementia: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* (in press), doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.10.019.

Bahtsevani, C., Willman, A & Stoltz, P. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*, (3., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Balasubramanyam, V., Davila, J., Doody, R., Kalavar, J., Kunik, M., McNeese, T., Morgan, R., Schulz, P., Snow, AL., Steele, A och Walder, A. (2010). Consequences of Aggressive Behavior in Patients With Dementia. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 22, 40-47

Ballard, C., Howard, R. (2006). Neuroleptic drugs in dementia: benefits and harm. *Nature review Neuroscience*, June 1. Page 492-500.

Beck, C., Sinha, K och Woods, D. (2009). The effects of Therapeutic Touch on Behavioral Symptoms and Cortisol in Persons with Dementia. *Forschende Komplementärmedizin*. Volume 3. Pages:181-189.

Bergh, S., Engedal, K., Šaltytė Benth, J., och Selbæk, G. (2013). The course of neuropsychiatric symptoms in nursing-home patients with dementia over a 53-month follow-up period. *International Psychogeriatrics*, Published online: 23 September 2013

Bostani, M., Dettmore, D. och Kolanoski, A. (2009). Aggression in persons with dementia: use of nursing theory to guide clinical practice. *Geriatric nursing*, Jan-Feb; 30(1):8-17.

Brayne, C., Davidson, J., McKeith, I., Matthews, F., Savva, G och Zaccai, J. (2009). Prevalence, correlates and course of behavioural and psychological symptoms of dementia in the population. *The British Journal of Psychiatry*, 194: 212-219

- Cerejeira, J., Lagarto, L., och Mukaetova-Ladinska, EB. (2012). Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Frontiers in neurology*, Volume 3, Article 73
- Colleen, M., Gessert, C & Holliday-Welsh, D. (2009). Massage in the management of Agitation in Nursing Home Residents with Cognitive Impairment. *Geriatric Nursing*, Volume 30 Pages 108-117.
- Craven, R., Whitney, J och Woods, D. (2005). The effect of therapeutic touch on behavioral symptoms of persons with dementia. *Alternative Therapies Health Medicine*, Voulme 11. Pages 66-77.
- Deatrich, J., Hawranik, P. och Johnston. (2008). Terapeutic touch and agitation in individuals with Alzheimers Disease. *Western Journal of Nursing Research*, Volume 30. Pages 320-436.
- Dehlin, O. och Rundgren, Å. (2007). *Geriatrik*. (2., [omarb. och utök.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Duxbury, J och Pulsford, D. (2006). Aggressive behaviour by people with dementia in residential care settings: a review. *Journal of psychiatric and Mental Health Nursing*, Voulme 13, 611-618.
- Edvardsson, JD., Rasmussen, B och Sandman, PO. (2003). Meanings of giving touch in the care of older patients: becoming a valuable person and professional. *Journal of Clinical Nursing*, Volume 12. Pages 601–609
- Ekwall, A och Sjäström, K. (2010). *Psykisk ohälsa*. 118-132 I Ekwall, A. (red.) (2010). *Äldres hälsa och ohälsa: en introduktion till geriatrisk omvårdnad*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Forsberg C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Natur och Kultur: Stockholm.

Friberg, F. (red.) (2006). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Fu, CY., Cooke, M & Moyle, W. (2013, July). A randomized controlled trial of the use of aromatherapy and hand massage to reduce disruptive behaviour in people with dementia. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, Volume 13. Retrieved November 18, 2013 from <http://www.biomedcentral.com/1472-6882/13/165>

Fung, JK., Chung, R och Tsang H. (2012). A systematic review of the use of aromatherapy in treatment of behavioral problems in dementia. *Geriatrics & Gerontology International*, Volume 12, Issue 3, pages 372–382

Gleeson, M., Timmins, F. (2004). Touch: A Fundamental aspect of communication with older people experienceing dmenetia. *Nursing Older People*, Voulme 16. Page 18-22.

Grafström, M & Skog, M. (2003) *Geriatrisk omvårdnad och geriatrik*. (1 uppl.) Stockholm: Bonnier Utbildning AB

Ha, JH., Livingston, G., Park, DH., Ryu, SH., och Yu, J. (2011). Persistence of neuropsychiatric symptoms over six months in mild cognitive impairment in community-dwelling Korean elderly. *International Psychogeriatric*, Volume 23, Issue: 02 Pages 214-220

Hicks-Moore, S., Robinson, B (2008). Favorite music and hand massage: Two Interventions to decrease agitation in residents with dementia. *Dementia*, Volume 7 (1) Pages: 95-108

Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)

Kihlgren, M., Skovdahl, K och Sörлие, V (2007). Tactile stimulation associated with nursing care to individuals with dementia showing aggressive or restless tendencies: an intervention study in dementia care. *Internationl Journal Older People Nursing*, Volume 3. Pages 162-170.

Krieger, D (1975). Therapeutic Touch: The Imprimatur of Nursing. *The American Journal of Nursing*, Vol. 75, No. 5. Page 784-787.

Larsson, M. och Rundgren, Å. (2010). *Geriatriska sjukdomar*. (3., [uppdaterade och utök.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Läkemedelsverket. (2008). *Behandling och bemötande vid beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom – BPSD*. Hämtad den 15 November 2013 från:
http://www.lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/BPSD-rek_webb.pdf

McGonigal, M & Schuette, D (2006). Nonpharmacologic management of agitated behaviors in persons with Alzheimer disease and other chronic dementing conditions. *J Gerontological Nursing*, Volume 32. Pages 9-14.

Nationalencyklopedin. (2013). *Apati*, Hämtad den 17 november 2013 från
<http://www.ne.se/lang/apati/116175>

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2009[2010]). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (7., [updated] ed.) Philadelphia PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Remington, R.(2002). Calming Music and Hand Massage With Agitated Elderly. *Nursing Research*, September/October Vol 51, No 5 pages: 317-323

SBU (2002). *Mjuk massage vid demenssjukdom*. Hämtad den 18 November från:
<http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Alert/Mjuk-massage-vid-demenssjukdom/>

Socialstyrelsen. (2010). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010*. Hämtad den 14 november 2013 från:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18012/2010-5-1.pdf>

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad den 18 november 2013 från Socialstyrelsen,

http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Svansdottir & Snaedal. (2007). Music therapy in moderate and severe dementia of Alzheimer's type: a case-control study. *Aging & Mental Health*, Volume 11, Issue 3. Pages 330-338

Uvnäs Moberg, K. (2002). *Lugn och beröring: oxytocinets läkande verkan i kroppen*. (1. uppl.) Natur och kultur: Stockholm.

Watson, J. (2008). *Nursing: the philosophy and science of caring*. (Rev. ed.) Boulder, Colo.: University Press of Colorado.

Wendel, A-M. (2013). *Demens*. Hämtad den 15 november 2013 från:
<http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Skanes-universitetssjukhus/Organisation-A-O/Kunskapscentrum-for-geriatrik/Kunskapsbank/Demens/>

Wigforss Percy, A. (2006). *Massage och hälsa*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1 (Matris)

Författare, År, Land	Syfte	Design	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Kvalitet
Abe, T., Fujiwara, K., Hayashi, T., Kikuchi, K., Kimoto, A., Makino, K., Mizuta, A., Nakagomi, T., Otsuka, T., Saruhara, T., Suzuki, M & Tatsumi, A. 2010 Japan	Att klargöra effekterna av taktil massage på psykisk- samt fysisk funktion, BPSD och stressnivåer hos personer med demenssjukdom.	Kontrollerad studie. Deltagarna delades in i två grupper, en grupp fick taktil massage fem gånger i veckan under sex veckor. Den andra gruppen fick under samma tid vanlig vård. Forskarna har använt sig av både kvalitativa och kvantitativa mätinstrument. Stressnivåer mättes genom provtagning av CgA i saliven.	28 (12)	Den emotionella funktionen minskade i interventionsgruppen. Aggressivitet minskade. Intellektuell funktion minskade i kontrollgruppen. CgA nivåer minskade hos interventionsgruppen och förblev oförändrade i kontrollgruppen. Patienterna upplevde den taktila massagen som positiv.	II
Barret, S., Beattie, E., Cooke, ML., Shum, O., Moyle, W & O'Dwyer, S 2013 Australien	Att undersöka effekten av fot massage på agitation och humör hos personer med demens på äldreboende.	Randomiserad kontrollerad studie. En grupp fick 10 minuters fot massage en gång per dag, måndag till fredag i tre veckor. Kontrollgruppen fick en personal som närvarade tyst på rummet i samma intervall.	53 (2)	Kunde inte påvisa någon signifikant skillnad mellan grupperna. Gav inget resultat på agitation. Patienterna upplevde fot massagen på varierade sätt, vissa tyckte att det var njutbart, andra inte.	I
Beck, C., Sinha, K & Woods, DL.	Att undersöka terapeutisk berörings	Randomiserad kontrollerad studie. Interventionsgruppen gavs terapeutisk	65 (1)	Rastlöshet och skrikande visade sig minska signifikant av terapeutisk	II

2009 USA	effekt på beteendemässiga symtom hos personer med demenssjukdom samt eventuellt påverkan på kortisolnivåer.	beröring med kontakt på axlar och nacke. Simulerad terapeutisk beröring gavs till placebogrupper, vanlig vård gavs till kontrollgruppen. Beteenden observerades med BARS, MMSE och mBARS		beröring.	
Colleen, M., Gessert, C & Holliday-Welsh, D. 2009 USA	Att öka förståelsen av massages möjliga roll för att minska agitation och problematiska beteenden hos äldre med kognitiv nedsättning.	Prospektiv studie. Massage utövades 6 tillfällen under två veckor. Beteende mättes med MDS tillsammans med Cohen-Mansfield definitioner av agiterat beteende fem minuter innan intervention och i femminuters intervall i en timme efter. Uppföljning genomfördes 7 och 14 dagar efter sista massagen.	54 (2)	Vandringsbeteende, verbal agitation, psykisk agitation och vårdvägran minskade signifikant direkt kopplat till interventionen och under uppföljningen.	II
Cooke, M., Fu, CY & Moyle, W. 2013 Australien	Undersöka effekten av aromaterapi med och utan hand massage på störande beteende hos personer med demenssjukdom på äldreboende.	Randomiserad kontrollerad studie. Delades in i tre grupper: 1. Aromaterapi och hand massage 2. Endast aromaterapi 3. Placebo MMSE användes för att mäta kognition. CMAI-SF för att mäta störande beteende.	61 (6)	Ingen signifikant skillnad kunde ses mellan grupperna.	II
Craven, R., Whitney, J & Woods, D 2005 USA	Att studera effekten av terapeutisk beröring på frekvens och intensitet av BPSD	Randomiserad kontrollerad studie. Interventionsgruppen fick terapeutisk beröring med kontakt på nacke och axlar. Placebogrupper fick simulerad terapeutisk beröring, kontrollgruppen fick vanlig vård. Beteende observerades var 20 minut under 10 timmar/dag. Beröringen gavs två gånger per dag i tre dagar. MMSE, RAMBC och ARBS används för att mäta.	57 (0)	Rastlöst beteende minskade signifikant av terapeutisk beröring.	II
Deatrich, J.,	Jämföra effekten av	Randomiserad kontrollerad studie. Deltagarna	51 (0)	Ingen signifikant skillnad mellan	II

<p>Hawranik, P & Johnston, P. 2008 USA</p>	<p>terapeutisk massage, simulerad terapeutisk massage och vanlig vård på agiterat beteende hos personer med Alzheimers sjukdom.</p>	<p>delades in i tre grupper. 1. Terapeutisk beröring 2. Simulerad terapeutisk beröring 3. Vanlig vård Terapeutisk beröring samt simulation utfördes en gång om dagen i fem dagar. CMAI användes innan interventionen samt i de sista två uppföljningsmätningarna. CMAI-SV användes efter alla fem interventioner samt vid första uppföljningen</p>		<p>grupperna när det kom till fysisk aggressivitet samt verbal aggressivitet. Terapeutisk beröring visade sig rastlöst beteende. Under de fem dagarna interventionen genomfördes minskade fysisk aggressivitet i alla grupper i studien. Aggressiviteten visade sig stiga i de två veckorna efter interventionen.</p>	
<p>Hicks-Moore, S & Robinson, B. 2008 Kanada</p>	<p>Undersöka effekten av favoritmusik och hand massage på agiterat beteende hos demenssjuka personer på äldreboende.</p>	<p>Randomiserad kontrollerad studie. Tre grupper: 1. Tre behandlingar. Endast hand massage, endast favoritmusik och dessa två kombinerat. 2. Kontrollgrupp fick vanlig vård. CMAI 10 minuter före och 1 timme efter interventionen.</p>	<p>41 (6)</p>	<p>Ingen signifikant skillnad mellan behandlingssätten. Verbal agitation och icke-aggressiva beteenden minskades i direkt koppling till både hand massage, favoritmusik och dessa i kombination. Minskningen bestod till en vecka efter.</p>	<p>II</p>
<p>Kihlgren, M., Skovdahl, K & Sörlie, V. 2007 Sverige</p>	<p>Att beskriva vårdgivarens upplevelse av att ge taktil massage till personer med medelsvår demenssjukdom som uppvisar aggressivt och rastlöst beteende samt vilka skillnader som kunde observeras hos patienterna efter taktil massage.</p>	<p>Kvalitativ undersökning. Personerna fick 20-60min taktil massage minst en gång i veckan i 28 veckor. Resultatet bygger på dokumentation utförd av vårdgivare.</p>	<p>40 (0)</p>	<p>Både personalen och patienter upplevde taktil massage som positivt. Personalen beskrev att de tyckte sig få en bättre relation till patienterna efter att de givit massage. Hos personer som uppvisat BPSD symtom påverkades dessa av taktil massage.</p>	<p>I</p>

