

## **God vård för lindring av beteendemässiga och psykiska symptom vid demens**

Skapandet av lättillgängligt informationsmaterial för  
personal inom äldreomsorgen

Panda Eriksson

Marie Järnström

Cathrine Karjalainen

Susanna Ås

Examensarbete för sjukskötare (YH) -examen

Utbildning till sjukskötare, Åbo

Åbo 2022

## EXAMENSARBETE

Författare: Panda Eriksson, Marie Järnström, Cathrine Karjalainen och Susanna Ås

Utbildning och ort: Sjukskötare (YH), Åbo

Titel: God vård för lindring av beteendemässiga och psykiska symptom vid demens – Skapandet av lättillgängligt informationsmaterial för personal inom äldreomsorgen

---

Datum: 26.04.2022

Sidantal: 59

Bilagor: 1

---

### Abstrakt

*God vård för lindring av beteendemässiga och psykiska symptom vid demens – Skapandet av lättillgängligt informationsmaterial för personal inom äldreomsorgen* är ett funktionellt examensarbete som strävar efter att belysa god vård samt icke-farmakologiska vårdmetoder vid bemötandet av beteendemässiga och psykiska symptom (BPSD) hos personer med minnessjukdom. Symptomen innefattar bland annat agitation, depression, aggressivt beteende så som att slå och sparka, verbala utrop och vandringsbeteende. Majoriteten av personer med minnessjukdom lider i något skede av sin sjukdom av dessa symptom, vilket förutom att skapa mänskligt lidande och påverka personens vardag även starkt kan försvåra vårdarbetet inom äldreomsorgen.

I *God Medicinsk Praxis* rekommenderas som förstahandsvård icke-medicinska metoder, men riktlinjerna benär inte ut hurdana vårdmetoder som finns tillgängliga. Arbetets syfte är att samla in och bearbeta information om icke-farmakologisk hantering av BPSD och baserat på detta skapa och presentera lättillgängligt informationsmaterial för personal inom äldreomsorgen.

Arbetets grund baserar sig på en litteratursökning och en diskussion kring socialpsykolog Tom Kitwoods teori om god demensvård i relation till vårdvetare Katie Erikssons caritative vårdteori. Den insamlade informationen om att motverka uppkomsten av och lindra beteendemässiga och psykiska symptom hos personer med minnessjukdom har samlats och presenterats i lättillgänglig form på hemsidan *Demensresan* ([demensresan.wordpress.com](http://demensresan.wordpress.com)), som är examensarbetets slutliga produkt.

---

Språk: svenska

Nyckelord: BPSD, minnessjukdom, demens, personskap, beteendemässiga och psykiska symptom

## OPINNÄYTETYÖ

Tekijät: Panda Eriksson, Marie Järnström, Cathrine Karjalainen ja Susanna Ås

Koulutus ja paikkakunta: Sairaanhoidaja, Turku

Nimike: Muistisairaahan käytös- ja tunne-elämän oireiden hyvä hoito – saavutettavan materiaalin luominen ikäihmisten parissa työskenteleville

---

Päivämäärä: 26.04.2022

Sivumäärä 59

Liitteet 1

---

### Tiivistelmä

*Muistisairaahan käytös- ja tunne-elämän oireiden hyvä hoito – saavutettavan materiaalin luominen ikäihmisten parissa työskenteleville* on toiminnallinen opinnäytetyö, joka pyrkii valaisemaan hyvää hoitoa sekä lääkkeettömiä hoitomenetelmiä muistisairaiden käytös- ja tunne-elämän oireiden (BPSD) hoidossa. Oireisiin kuuluvat esimerkiksi levottomuus, masennusoireet, aggressiivinen käytös kuten lyöminen tai potkiminen, huutaminen ja harhaileminen tai vaeltelu. Enemmistö muistisairaista kärsii jossain sairauden vaiheessa näistä oireista, jotka voivat aiheuttaa inhimillistä kärsimystä ja vaikuttaa jokapäiväiseen elämään, mutta myös vaikeuttaa suuresti hoitotyötä.

*Käypä hoito* -suosituksissa kehoitetaan lähtökohtaisesti hoitamaan muistisairaiden käytös- ja tunne-elämän oireita (BPSD) lääkkeettömillä hoitomenetelmillä, mutta suosituksissa ei kuitenkaan avata, millaisia hoitomenetelmiä on käytettävissä. Opinnäytetyön tarkoituksena on kerätä tietoa lääkkeettömistä hoitomenetelmistä BPSD:n hallintaan ja ennaltaehkäisyyn, sekä koota ja työstää tätä saavutettavan tietopakettin muotoon, kohderyhmänään vanhainhoidossa työskentelevä hoitohenkilökunta.

Opinnäytetyö perustuu kirjallisuusselvitykseen, sekä keskusteluun sosiaalipsykologi Tom Kitwoodin hyvästä muistisairauden hoitotyön teoriasta suhteessa hoitotieteilijä Katie Erikssonin karitatiiviseen hoitoteoriaan. Kerätty materiaali BPSD-oireiden ennaltaehkäisemisestä ja lievittämisestä on koottu ja esitetty saavutettavassa muodossa *Demensresan*-sivustolle ([demensresan.wordpress.com](http://demensresan.wordpress.com)), joka on opinnäytetyön lopputuote.

---

Kieli: ruotsi

Avainsanat: BPSD, muistisairaus, dementia, persoonuus, käytös- ja tunne-elämän oireet

## BACHELOR'S THESIS

Authors: Panda Eriksson, Marie Järnström, Cathrine Karjalainen and Susanna Ås

Degree Programme: Bachelor of Nursing, Turku

Title: Good Care for the Relief of Behavioural and Psychological Symptoms in Dementia – the Creation of Easily Accessible Informative Material for Elderly Care Staff

---

Date: 26.04.2022

Number of pages 59

Appendices 1

---

### Abstract

*Good Care for the Relief of Behavioural and Psychological Symptoms in Dementia – The Creation of Easily Accessible Informative Material for Elderly Care Staff* is a functional Bachelor's thesis that strives to shed light on good care and non-pharmacological methods in the treatment of behavioural and psychological symptoms (BPSD) in people with dementia. Symptoms can include e.g. agitation, depression, aggression such as hitting or kicking, verbal outcries and wandering. Most people with dementia suffer from these symptoms at some stage of their illness, which can create human suffering and affect the person's everyday life, but also greatly complicate the giving of care from the perspective of the care workers.

Current care guidelines primarily recommend non-pharmacological methods in BPSD care, but the guidelines do not outline what kind of specific care methods are available. The purpose of this thesis was to gather and process material on non-pharmacological treatments for the prevention and management of BPSD, as well as presenting it via the creation of an informative website on the subject for nurses and other staff.

The thesis is based on a literature search and a discussion of social psychologist Tom Kitwood's theory of good dementia care in relation to nursing theorist Katie Eriksson's *caritas* theory. The information on counteracting the onset of and alleviating BPSD has been collected and presented in an easily accessible form on the website *Demensresan* ([demensresan.wordpress.com](http://demensresan.wordpress.com)), which is the final product of the thesis.

---

Language: Swedish

Key words: BPSD, dementia, personhood, behavioural and psychological symptoms

## Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Bakgrund .....	2
3	Syfte och frågeställningar.....	3
4	Litteratursökning .....	3
5	Teoretisk referensram .....	5
6	Den minnessjuka hjärnan.....	7
6.1	Alzheimers sjukdom.....	8
6.2	Lewykroppsdemens.....	10
6.3	Pann- och tinninglobsdegeneration .....	10
6.4	Vaskulär kognitiv nedsättning.....	11
7	God vård vid demens.....	11
7.1	Personcentrering .....	12
7.2	De anhörigas roll .....	12
7.3	Livshistorien som bas för en god vård.....	13
7.4	Miljöinsatser .....	14
7.5	Den dagliga vården.....	15
7.6	Den goda vårdaren.....	16
8	Aktiviteter som stöder den goda vården.....	20
8.1	Musikterapi.....	21
8.2	Massage .....	22
8.3	Aromaterapi .....	23
8.4	Ljusterapi .....	24
8.5	Multisensorisk stimulering .....	25
8.6	Reminiscensmetoden .....	25
8.7	Validationsterapi.....	27
8.8	Husdjursterapi.....	27
8.9	Konstterapi.....	28
8.10	Fysisk aktivitet.....	29
9	Beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD).....	30
10	Hantering av beteendemässiga och psykiska symptom vid demens .....	34
10.1	Bedömning av helhetssituationen.....	35
10.2	Medicinering.....	36
11	Från teori till praktik.....	37
12	Hemsidan <i>Demensresan</i> .....	38
12.1	Design av hemsida.....	39
12.2	Demensresan.....	40
12.3	Varifrån kommer jag?.....	41

12.4	Resesällskap.....	41
12.5	Reseguider .....	42
12.6	Sevärdheter och aktiviteter .....	44
12.7	Hinder på vägen.....	45
12.8	Om projektet.....	46
13	Etik och tillförlitlighet .....	47
14	Diskussion .....	50
	Källförteckning.....	54

Bilaga            God Medicinsk Praxis -riktlinjer

## 1 Inledning

I Finland beräknas det idag finnas omkring 190 000 människor med någon form av minnessjukdom. Denna folksjukdom har blivit allt mera vanlig i Finland och allt efter att befolkningen åldras så kommer antalet personer som insjuknar att öka i framtiden. (THL, 2022). Minnessjukdomen för med sig att den insjuknades personlighet förändras vilket berör hela patientens närmaste omgivning. I början är det mest psykiskt stöttande men när sjukdomen framskrider behövs allt mera hjälp och uppföljning i vardagen. Framskriden minnessjukdom och beteendemässiga symptom är största orsaken för behovet av flytt till särskilt boende. (God medicinsk praxis, 2021). Särskilt boende används här som ett gemensamt namn för att samla flera olika sorters gruppboenden för personer med behov av stöd. Det innefattar till exempel serviceboende, intensifierat serviceboende, äldreboende, vårdhem och långtidsboende.

Det är viktigt att personalen inom äldreården har kunskap och förståelse för beteendemässiga och psykiska symptom vid minnessjukdom och även medel till hands för att kunna hjälpa och lindra dessa symptom hos patienten. I takt med att sjukdomen framskrider ökar behovet av vård, eftersom funktionsförmågan och förmågan i att växelverka blir nedsatt (God medicinsk praxis, 2021). God vård vid demens är enligt psykogerontologen och socialpsykologen Tom Kitwood (2019) tätt sammankopplad med god interaktion mellan vårdgivare och patient. Utöver grundvård behöver vårdaren stötta patienten i att tillgodose övriga allmänmänskliga behov, såsom behov av tröst och trygghet, sysselsättning och en känsla av identitet (Kitwood, 2019, ss. 92-95). I den dagliga vården betyder detta att vardagen bör vara förutsägbar, att de dagliga sysslorna bör utföras i lugn takt och att patienten får medverka aktivt enligt egna förutsättningar (Scales, Zimmermann, & Miller, 2018).

Om behoven hos en person med minnessjukdom inte tillgodoses i tillräcklig grad kan hen utveckla beteendemässiga eller psykiska symptom, så kallade BPSD (Ooi, Yoon, How, & Poon, 2018). BPSD förekommer hos upp till 97% av personer som lider av minnessjukdom. De mest vanliga är apati, depression, agitation och ångest. (Scales *et al*, 2018). Detta sänker livskvaliteten för personen med minnessjukdom och skapar motstridiga känslor hos närstående.

I Finland används God Medicinsk Praxis som bas för vårdarbetets utformning. För hantering av BPSD finns utarbetade riktlinjer och dessa beskriver tillvägagångssättet vid fall av BPSD. Då dessa problem uppstår bör man gå igenom att den goda vården håller måttet och personens grundbehov fylls. Ifall problem hittas här bör man i första hand sträva efter att åtgärda dessa, och eventuellt öka personens tillgång till olika former av hälsofrämjande aktiviteter. Efter att dessa icke-farmakologiska metoder prövats kan medicinering tas i bruk vid behov. Hanteringen av BPSD som den presenteras i God Medicinsk Praxis riktlinjer är kortfattad då det kommer till de icke-farmakologiska metodernas användning. Här förespråkas icke-farmakologiska metoder som det huvudsakliga tillvägagångssättet för hantering av BPSD, men hur detta ska gå till i praktiken är ytligt beskrivet. (God medicinsk praxis, 2021).

## 2 Bakgrund

Beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD) behandlas ofta genom medicinering, särskilt då det handlar om aggression och våldsamt beteende (Bessey & Walaszek, 2019). Enligt Taipale *et al* (2014) är sannolikheten för att en person med Alzheimers sjukdom i Finland använder sig av en eller flera typer av antipsykotika sex gånger så stor och antidepressiva läkemedel tre gånger så stor som för en person som inte lider av sjukdomen. Både antipsykotika och bensodiazepiner har visats sig påverka kognitionen negativt, något som står i strid med de målsättningar som finns för vård av minnessjukdomar. Utöver försämrad kognition ökar användningen av antipsykotika även bland annat risken för stroke och mortaliteten över lag. (Taipale *et al*, 2014). Samtidigt kan man ifrågasätta effektiviteten av läkemedlen för behandlingen av de symptom som faller under kategorin BPSD, eftersom studier har visat att upp till hälften av de patienter som behandlats med antipsykotika har upplevt att deras symptom förvärrats. Tillståndet har samtidigt förbättrats för endast en tredjedel av dem som fått behandlingen. (Trinkley, Strum, Porter, & Nahata, 2018).

Trots att vetenskap om läkemedelsbehandlingen avigsidor finns används dessa läkemedel i hög grad inom vården av personer med minnessjukdom för att minimera de besvär som uppkommer av BPSD (Taipale *et al*, 2014). I God Medicinsk Praxis riktlinjer för hantering av beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD) beskrivs den icke-farmakologiska hanteringen i tre steg: 1) Bedöm och uteslut förvirring, smärta och andra faktorer relaterade till hälsotillstånd eller miljö, 2) Bedöm beteendesyndromet: hur det tar sig i uttryck, vilka är de utlösande faktorerna och till vilken grad stör symptomet det dagliga



livet samt 3) Inled icke-farmakologisk behandling. Först då dessa behandlats går man vidare till farmakologisk behandling. (God medicinsk praxis, 2021). För en detaljerad beskrivning se Bilaga.

Orsakerna till den fortsatt vanligt förekommande läkemedelsanvändningen kan vara många. Något som ofta nämns i den allmänna debatten är att läkemedelsbehandling behövs i högre grad på grund av att användningen av icke-farmakologiska metoder brister. Detta kan bland annat bero på bristen på personal, tidsbrist och att man inom personalen håller fast vid gamla vanor utan egentlig orsak. (Fredriksson, 2017; Grekula, 2022).

Inför arbetet gjordes en mindre kartläggning bland sex personer som arbetar eller har arbetat inom äldreomsorgen. Kartläggningen innefattade korta frågor om dessa personers kunskaper inom området och vad de själva anser kan vara orsaker till den bristande användningen av icke-farmakologiska metoder. Personerna ombads berätta om vad de vet om BPSD samt vad de upplever som utmanande i vården av personer med minnessjukdom. Något de lyfte fram under diskussionerna var frustration på grund av kunskapsbrist och brist på utbildad personal, samt hur utmattning hos personalen leder till brist på både motivation och empati. En noggrannare utformning av frågeställningen skapades utgående från dessa diskussioner.

### **3 Syfte och frågeställningar**

Syftet med detta arbete är att samla in och bearbeta information om icke-farmakologisk hantering av BPSD och på basis av den insamlade informationen skapa och presentera lättillgängligt informationsmaterial för personal inom äldreomsorgen.

Frågeställningar:

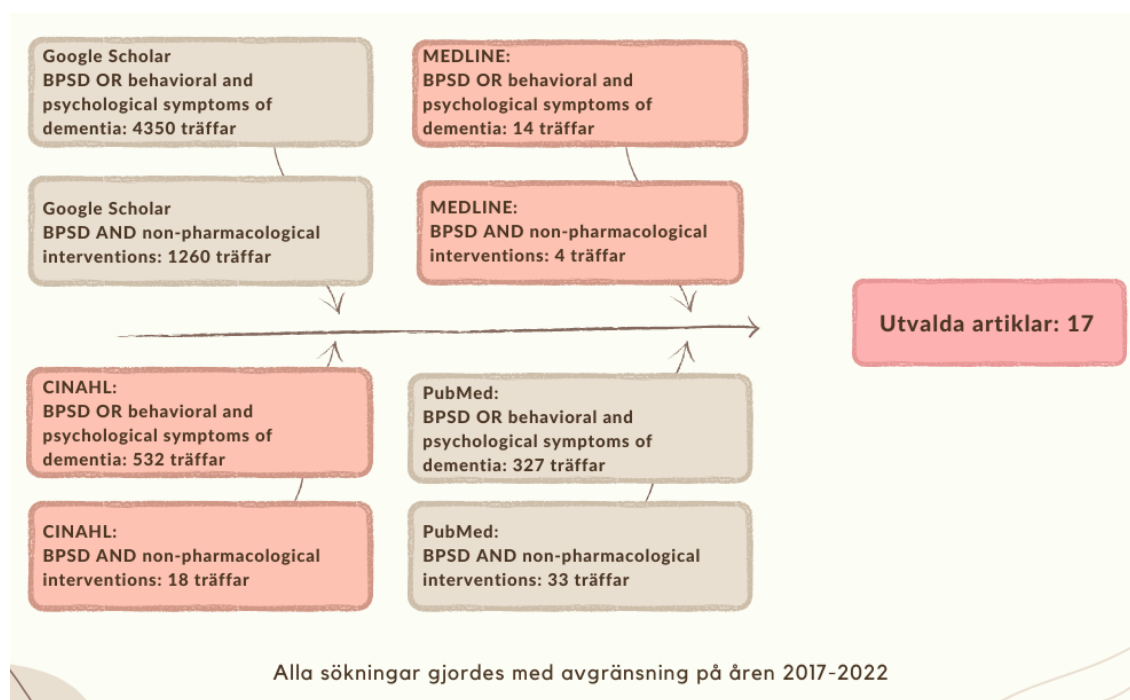
- 1) Vilka icke-farmakologiska metoder finns för att förebygga och lindra BPSD på särskilt boende?
- 2) Hur göra information om icke-farmakologiska metoder lättillgänglig för personal inom äldreomsorgen?

### **4 Litteratursökning**

Litteratursökningen har gjorts i databaserna Google Scholar, CINAHL, PubMed och MEDLINE med sökordet "BPSD" eller "behavioral and psychological symptoms of

dementia”, samt kombinationen ”BPSD” + ”non-pharmacological interventions” för att få en överblick över den aktuella forskningen på området. Som begränsningar användes åren 2017–2022.

Utgående från träffarna valdes 17 relevanta artiklar ut. Kraven på relevans var att artikeln fokuserade på icke-farmakologiska vårdmetoder och att artikelns centrala fokus låg i BPSD som fenomen, inte enbart att symptomen nämndes som en del av en bredare referensram. Valen innefattade också översiktsartiklar över icke-farmakologisk vård av BPSD, eftersom det uppfattades som viktigt att skapa en övergripande bild av fenomenet för att kunna fortsätta processen i form av kedjesökning. Ur de valda artiklarna valdes alltså vidare relevanta referenser med i litteraturöversikten, och fortsatt sökning gjordes specifikt på sådana icke-farmakologiska vårdmetoder som lyftes fram i översiktsartiklarna. Utöver detta användes relevant litteratur i bokform. Litteraturöversiktsprocessen illustreras i Figur 1.



**Figur 1. Litteraturöversiktens gång.**

För att få en överblick över vården av minnessjukdomar samt mera specifikt hanteringen av BPSD i ett finskt sammanhang har även Duodecims God Medicinsk Praxis använts som källa (God medicinsk praxis, 2021). Utöver detta har Katie Erikssons caritativa teori (1994) samt Tom Kitwoods teori om god vård vid demens (2019) använts som referensram. Erikssons tankar kring människans absoluta värdighet överlappar med Kitwoods teori om personcentrerad vård och bägge är centrala inom demensvården. Gemensamt för bägge är även den kärlek som ligger i centrum och som bas för den vård som utförs.

## 5 Teoretisk referensram

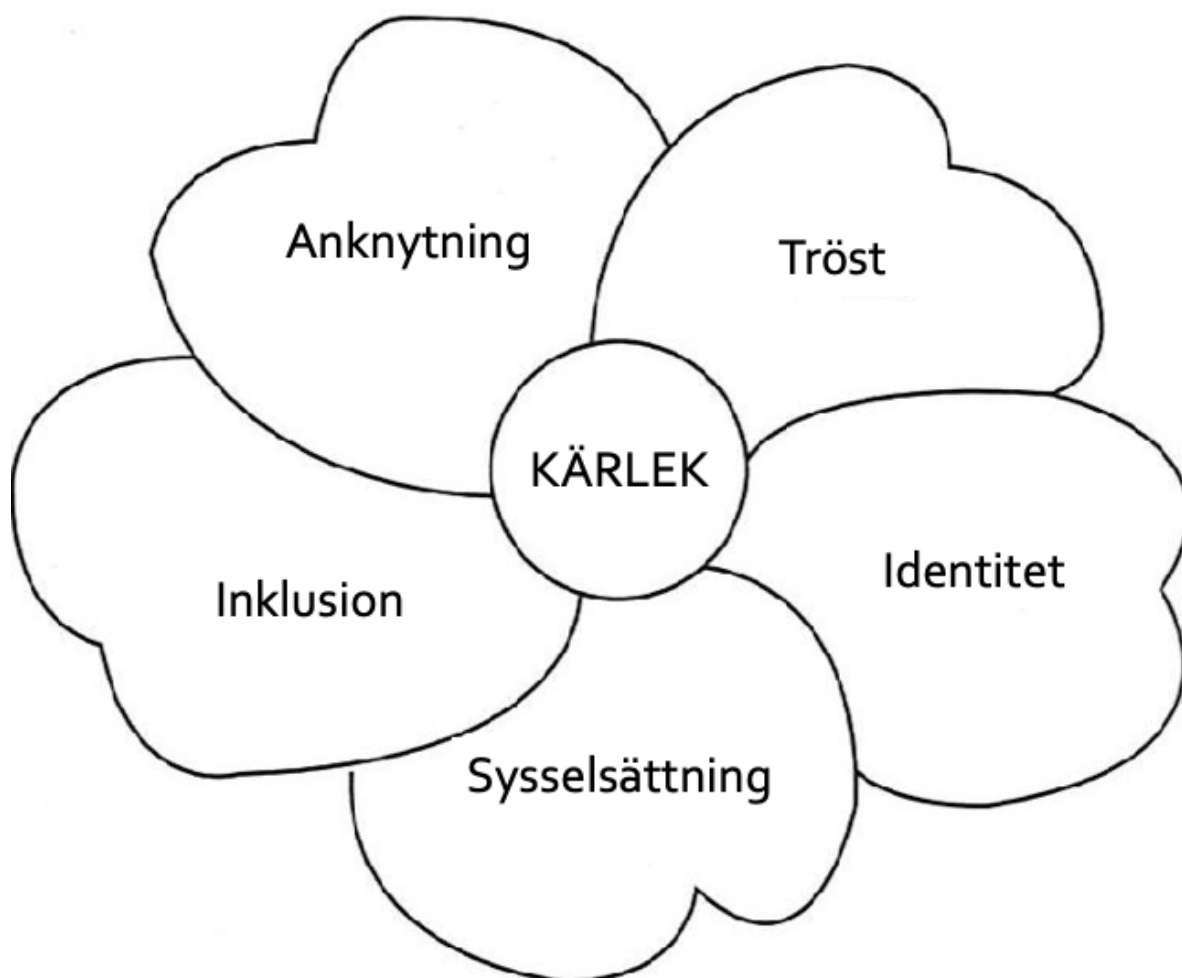
Socialpsykologen Tom Kitwood skrev år 1997 boken *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*. Verket kom ut på nytt i uppdaterad version med titeln *Dementia Reconsidered Revisited: The Person Still Comes First* år 2019. I boken beskriver Kitwood demens som ett sjukdomstillstånd som ofta berövar människan av sitt personskap (eng. "personhood"). Etiskt utgår vi ifrån att människor har ett absolut och lika värde, något som konceptet *mänskliga rättigheter* baserar sig på.

Kitwood definierar personskap som den status en människa anses få av sina medmänniskor i sina relationer och som en social varelse. Detta innefattar att en människa erkänns, respekteras och litas på. Att låta bli att erkänna detta är att beröva en människa hans personskap. Denna typ av avhumanisering kan ses världen över som ett sätt att bemöta människor som lider av olika former av funktionsnedsättning. Historiskt har funktionsnedsättning av olika typ förklarats exempelvis med att personen straffas för synder hen begått eller att hen är besatt av onda andar, och hit hör också minnessjukdomar. Kitwood menar att det finns en tendens att behandla personer som lider av en minnessjukdom som mindre än en person, och att man genom att göra detta ser på personen som mera av ett objekt för att på det viset kunna upprätthålla ett visst avstånd. Detta görs enligt Kitwood dels eftersom det är ångestfyllt att tvingas relatera till åldrandet och den skörhet och i förlängningen död som följer på denna, dels eftersom det är fullt lika ångestfyllt att tvingas relatera till upplevelsen av att sakta med säkert förlora sina mentala förmågor och i det långa loppet sig själv. För att undvika den ångest som skapas av detta väljer man att inte se personen. (Kitwood, 2019, ss. 18-19).

Personer som lider av minnessjukdomar har samma psykologiska behov som personer i övrigt. Medan människors behov av tröst, anknytning, inkluderande, sysselsättning och identitet ofta fylls automatiskt i vardagslivet kan minnessjukdomen leda till en bristande förmåga att ta de initiativ som behövs för att uppfylla grundläggande behov. Kitwood (2019) illustrerar de huvudsakliga psykologiska behoven hos en person med minnessjukdom i sin blommodell, som ses i Figur 2.

För att de grundläggande behoven ska uppnås hos personer med minnessjukdom behövs stöd av vårdgivare och detta stödbehov ökar i takt med att sjukdomen framskrider. För att vårdgivare ska kunna ge det stöd som behövs krävs att de har insikt i och kunskaper om mänskliga behov och vad det kan leda till om de inte fylls. Behovet av *tröst* är ett behov som ofta är starkt hos personer med demens vid upplevelser av förluster i form av till exempel

förlust av funktionsförmåga eller av det välbekanta levnadssätt som inte längre är möjligt att upprätthålla. För att uppnå en känsla av trygghet behöver en människa stabila och förutsägbara relationer. Vid demens kan världen upplevas otrygg och främmande vilket framhäver behovet av *anknytning*. (Kitwood, 2019, ss. 92-95).



**Figur 2. De huvudsakliga psykologiska behoven hos en person med minnessjukdom (omarbetad från (Kitwood, 2019, s. 92).**

Ett annat behov som ofta framkommer starkt är behovet av att *inkluderas* som en del av gruppen. Detta innebär inte enbart att fysiskt befinna sig i samma utrymme som andra människor, utan också att verkligen mötas och få den sociala interaktion som en människa enligt Kitwood (2019, ss. 92-95) behöver för att upprätthålla sitt personskap. Behovet av *syssetsättning* är allmänmänskligt och något som syns i alla delar av livet. Detta innefattar ofta arbete med någon form av projekt, till exempel matlagning eller stickning, beroende på personens intresseområden. Då kognitionsnivån försämras leder detta till en förlust av *identitet*, eftersom man förlorar delar av eller hela sin livshistoria. Också här har vårdgivaren

en viktig roll i att stödja upprätthållandet av identitetsberättelsen. Att fylla ett behov stödjer upprätthållandet av de övriga behoven och detta skapar en god cirkel. Centralt i Kitwoods teori är *kärleken*. Med detta menas både den minnessjukes starka behov av ovillkorlig kärlek och vårdgivarens förmåga att utgå från kärleken som grund för vårdandet. (Kitwood, 2019, ss. 92–95, Figur 2).

Vårdteoretikern Katie Erikssons caritativa teori har, liksom de psykologiska behov en människa enligt Kitwood (2019, ss. 92–95) har, sin kärna i den ovillkorliga kärleken. Kärlek, medkänsla och lindring av mänskligt lidande är centralt i den caritativa teorin. Eriksson (1992) definierar lidande som en fundamental del av livet, något ofrånkomligt. Lidandet kan ta tre olika former: livslidande, sjukdomslidande och vårdlidande. Livslidande innefattar livets naturliga gång och de reaktioner motgångar väcker i människan. Sjukdomslidande omfattar både kroppsligt och själsligt lidande som är relaterade till sjukdomen i någon form. Det kroppsliga sjukdomslidandet orsakas av fysiska reaktioner på sjukdomen medan det själsliga lidandet hänger ihop med den förnedring eller skuldkänsla en person kan uppleva i samband med sjukdomen. Vårdlidande kan definieras som lidande orsakat av vårdinsatser eller av frånvaro av oumbärlig vård. Vårdlidande kan också orsakas av maktutövning och kränkning av den absoluta värdigheten (Eriksson, 1994, ss. 82-97). Enligt den caritativa teorin kan lidande lindras genom kärlek, och lindrandet av lidande är vårdens huvudsyfte (Eriksson, 1992).

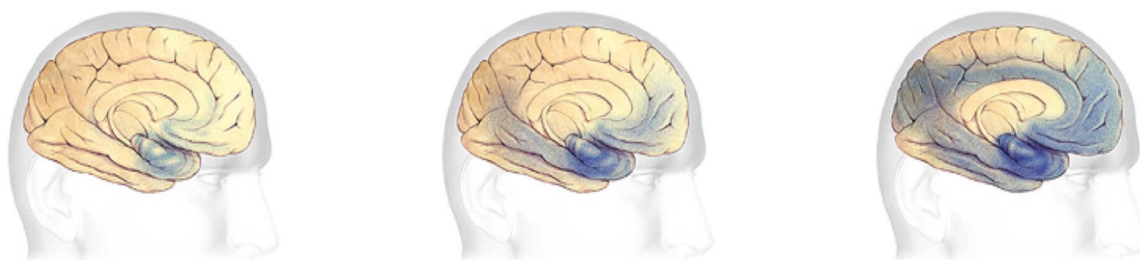
Det grundläggande motivet *caritas*, i Eriksson (2002) definierat som *kärlek och barmhärtighet*, kan anses vara motivet för all vård. I praktiken innebär detta att vårdgivaren i mötet med patienten är fördomsfri, undviker att ställa krav på patienten, behandlar patienten respektfullt och bekräftar patientens absoluta värdighet. Erikssons absoluta värdighet motsvarar i mycket Kitwoods personskap, och bägge är något som personer i vårdande ställning inom demensvården bör sträva efter att bekräfta hos sina patienter i alla situationer. (Eriksson, 1992; 2002).

## 6 Den minnessjuka hjärnan

Demens är ett tillstånd av omfattande kognitiv nedsättning, som har tydliga effekter på funktionsförmågan. Bakom tillståndet ligger vanligen en neurodegenerativ sjukdom. Vanligaste av dessa sjukdomar är Alzheimers sjukdom, vaskulär demens, Lewykroppsdemens samt pann- och tinninglobsdegeneration. (God medicinsk praxis, 2021).

## 6.1 Alzheimers sjukdom

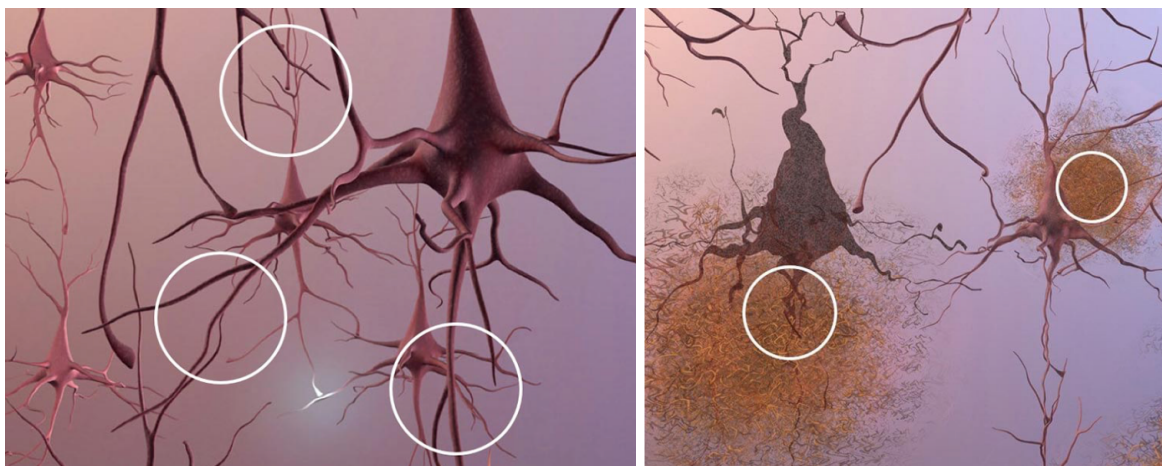
Alzheimers sjukdom är den vanligaste degenerativa minnessjukdomen. Sjukdomen utgör en selektiv skada i olika hjärnområden, samt i kontakter mellan dessa och i det neurokemiska systemet vilket medför försämrad funktionsförmåga. Framskridande av sjukdomen sker vanligen långsamt och i etapper, vilket utgör olika faser i sjukdomen. (God medicinsk praxis, 2021; Figur 3.).



**Figur 3. Sjukdomens utvecklingen i hjärnan vid Alzheimers sjukdom från preklinisk till svår fas (Alzheimer's Association, 2022).**

Utmärkande för Alzheimers sjukdom är den plackbildning som uppstår av beta-amyloidproteiner i hjärnan och förhindrar nervcellernas kommunikation samt ger upphov till en inflammationsreaktion (Tanila, Hiltunen & Myllykangas, 2018; Figur 4). Nervimpulserna störs också av fibriller som uppstår av kollapsade proteiner inne i cellen (Alzheimer's Association, 2022). Dessa förändringar leder i sin tur i längden till utbredd nervcellsdöd, något som har märkbara effekter på det kognitiva statuset. (Tanila, Hiltunen, & Myllykangas, 2018).

Sjukdomsfaserna delas in enligt symptom, från preklinisk till svår Alzheimers sjukdom, vilka i sin tur varierar beroende på vilken del av hjärnan som drabbas (Figur 3. Sjukdomens framskridande kan också ses från ett neuropatologiskt perspektiv då faserna delas in i transentorinalstadiet, limbiska stadiet och neokortikala stadiet (God medicinsk praxis, 2021). I den prekliniska fasen, transentorinalstadiet, uppkommer vanligen inga kliniska symptom, och kallas därför också symptomfri fas (Erkinjuntti, 2016). Även om sjukdomen inte visat symptom ännu i denna fas har det redan skett förändringar i hjärnan. Förändringarna i hjärnan kan påbörja upp till 20 år före diagnosen ställs och det första området som drabbas är hippocampus. (Alzheimer's Association, 2022).



**Figur 4. Illustration av nervceller i den friska hjärnan (till vänster) och den Alzheimersjuka hjärnan (till höger). Vid Alzheimers sjukdom syns tydligt den plackbildning som förhindrar nervcellernas kommunikation och kraftigt bidrar till den kognitiva nedsättning som är typisk för sjukdomen. (Alzheimer's Association, 2022).**

I den begynnande fasen, limbiska stadiet, har förändringarna i hjärnan nått hippocampus och den inre tinningloben, vilket leder till att kliniska symptom syns i vardagen som försvårad inlärning och nedsättning i det episodiska minnet. Det framkommer vanligen tydliga språkliga nedsättningar. I den lindriga fasen, neokortikalstadiet, tar förändringarna upp en allt större del av hippocampus och tinningloben. Förutom det försämrade minnet medför detta ytterligare kognitiva nedsättningar. Detta kan synas som att patienten inte kan ta hand om sin ekonomi själv och undviker att röra sig i okänd miljö. I denna fas kan patienten också drabbas av depression, ångest och tillbakadragenhet. I medelsvår och svår Alzheimers sjukdom är största delen av tinninglobens inre förstört. Kliniska symptom i medelsvår Alzheimers sjukdom är tydligt nedsatt sjukdomskänsla, och att patienten inte känner igen sina egna behov. Det framkommer också allt mer beteendesympom, och hallucinationer är speciellt vanliga i denna fas. Funktionsförmågan är betydligt försämrade och i denna fas kan patienten endast vara korta stunder ensam och behöver mycket hjälp i vardagen. I den kliniska fasens s.k. svåra Alzheimers sjukdom fungerar minnet endast sporadiskt. (Erkinjuntti, 2016). Beteendesympom såsom vanföreställningar, depression, ångest och agitation är allt vanligare och förekommer ofta hos alla i någon form (Cummings, 2009). Utöver beteendesympom kan patienten ha olika knyckningar i kroppen och epileptiska anfall. För en del vaknar olika reflexer som till exempel sug- och gripreflexen, vilket förklarar varför patienten griper fast i föremål och har svårt att släppa greppet. (Erkinjuntti, 2016).

## 6.2 Lewykroppsdemens

Lewykroppsdemens är en degenerativ sjukdom i hjärnan, vars främsta neuropatologiska orsak är ansamlingar av alfasynuklein inne i nervcellerna. Dessa proteinansamlingar kallas Lewykroppar. Lewykroppsdemens börjar vanligen långsamt och till centrala symptom hör rubbingar i uppmärksammandet, vakenheten och informationshantering. (God medicinsk praxis, 2021). Lewykroppsdemens kännetecknas också specifikt av hallucinationer men också hämningslöshet, sömnstörningar och ångest förekommer (Cummings, 2020). Personer med Lewykroppsdemens är särskilt känsliga för antipsykotika och redan små doser kan orsaka markant nedsättning i rörelseförmågan samt göra personen förvirrad. (God medicinsk praxis, 2021).

Lewykroppsdemens liknar den demens som framkommer i samband med Parkinsons sjukdom (Väyrynen, Kruger, & Remes, 2018). Det som patologiskt skiljer dessa två åt är lokaliseringen av Lewykropparna. I Parkinson-relaterad demenssjukdom befinner sig Lewykropparna främst i den svarta substansen i de basala ganglierna, där de bland annat stör dopaminproduktionen. Detta leder till den för sjukdomen kännetecknande parkinsonismen. De förekommer också i viss mån i hjärnbarken, men främst gäller detta Lewykroppsdemens, då Lewykropparna finns speciellt mycket i limbiska systemets strukturer. (God medicinsk praxis, 2021).

## 6.3 Pann- och tinninglobsdegeneration

Pann- och tinninglobsdegeneration är ett samlingsnamn för minnessjukdomar som består av atrofiframkallande sjukdomar i pann- och tinningloben. Denna typs sjukdomar börjar vanligen tidigare än andra minnessjukdomar, ofta i arbetsförålder. Vad som ligger bakom sjukdomen är oklart, men man anser att genetiken spelar en stor roll vid uppkomsten av sjukdomen. (God medicinsk praxis, 2016).

Symptombilden för pann- och tinninglobsdegeneration delas in i två varianter, pannlobsdemens och primär progressiv afasi. Gemensamt för dessa är att minnet oftast försämras först relativt sent, till skillnad från övriga minnessjukdomar. I pannlobsdemens är det vanligt att de sociala förmågorna försämras i ett tidigt skede, och även förmågan att känna sympati och empati. (God medicinsk praxis, 2021). Till centrala symptom hör också hämningslöshet, upprymdhet, apati och avvikande motorisk aktivitet (Cummings, 2020). Detta kan synas som förändringar i den insjuknades personlighet och beteende. Till skillnad från pannlobsdemens hör personlighetsförändringar inte till typiska symptom för primär



progressiv afasi. I denna typ är det språkliga svårigheter som ses som de främsta och mest centrala symptom. (God medicinsk praxis, 2021).

#### **6.4 Vaskulär kognitiv nedsättning**

Vaskulär kognitiv nedsättning (VCI, Vascular cognitive impairment) är ett samlingsnamn på demenstillstånd orsakade av cerebrovaskulära sjukdomar, vilket även kallas vaskulär demens (God medicinsk praxis, 2021). Cerebral amyloid angiopati, dvs avlagring av aminosyror i hjärnans blodkärl och kärlväggförändringar såsom arterioloskleros och ateroskleros, anses vara centrala vid uppkomsten av vaskulär kognitiv nedsättning (Van der Flier *et al*, 2018).

Vaskulär kognitiv nedsättning delas in i tre undergrupper: småkärlssjukdomar, storkärlssjukdomar och infarkt i kritiska områden. Den centrala sjukdomsmekanismen i småkärlssjukdom är att de genomsläppliga blodkärlen förträngs. Detta ger sakta framskridande symptom som till exempel dysfagi (sväljningssvårighet) och dysartri (svårighet att producera ord). Storkärlssjukdom beror på hjärtrelaterade hjärninfarkter och trombos i artärerna, vilka leder till skador på hjärnbarken. Detta ger symptom som nedsatt uppmärksamhet och vakenhetsgrad. Infarkt i de kritiska områdena (exempelvis hippocampus), kan vara små och ändå orsaka betydliga kognitiva förändringar eller till och med typiska demensliknande symptom. Vården för vaskulär kognitiv nedsättning, oberoende av typ, bygger på att behandla den bakomliggande sjukdomen för att förebygga progressiviteten. (Erkinjuntti & Melkas, 2016).

### **7 God vård vid demens**

De förändringar i hjärnan som en person som drabbas av minnessjukdom genomgår har olika typer av konsekvenser beroende på person och typ av minnessjukdom. Exempelvis kan de förändringar i personlighet som pannlobsdemens ofta för med sig leda till bristande sociala förmågor (God medicinsk praxis, 2021), något patienterna behöver stöd i att klara av. Långt framskriden Alzheimers sjukdom å sin sida medför ofta en betydlig försämring i funktionsförmåga och patienten behöver stöd i daglig verksamhet på alla plan (Erkinjuntti, 2016). Det de olika minnessjukdomarna har gemensamt är att vårdbehovet ökar i takt med att sjukdomen framskrider (God medicinsk praxis, 2021). För att upprätthålla en god livskvalitet och lindra de lidande som uppkommer är det viktigt att man i vården strävar efter att fylla de behov som personen har och stödja i det som hen inte längre är kapabel till att

göra på egen hand (Kitwood, 2019, ss. 92, 93; Eriksson, 1994, s. 95). Till detta hör stöd i att möta de psykologiska behov personen har och som hen sakta men säkert förlorar förmågan till att möta på egen hand (Kitwood, 2019, ss. 92-93).

Centralt i demensvården är kärleken, både som det behov personen har av ovillkorlig kärlek och som en grund för vårdandet. Med utgångspunkt i den caritativa teorin sker vården på basis av medkänsla och syftar i huvudsak till lindring av mänskligt lidande. (Eriksson, 1992). Med en god vård kan man motverka uppkomsten av beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD). I de fall där den goda vården brister kan BPSD uppkomma, och då krävs åtgärder för att hantera dessa. (Scales, Zimmermann, & Miller, 2018).

## 7.1 Personcentrering

En personcentrerad vård är enligt Kitwood (2019) fokuserad på personen och helhetsvården av personen i motsats till en vårdvariant där utförandet och avklarandet av sysslor och uppgifter ligger i centrum. Det är alltså viktigare hur man gör något än att något blir gjort. Brooker och Latham (2016) har tagit konceptet vidare och utvecklat VIPS-definitionen för att specificera innebörden av personcentrering inom demensvården. VIPS står för att man *Värdesätter* personer med demens och deras närstående och aldrig förminskar människovärdet eller personens rättigheter oberoende av kognitiv status. Personer med demens behandlas alltid som unika *Individer* med respekt för deras livshistoria och personlighet. Varje persons personliga uppfattning av verkligheten accepteras och olika *Perspektiv* ges lika värde. Slutligen erkänner man att allt mänskligt liv grundar sig på sociala förhållanden och att personer med demens behöver en berikad *Social miljö* som kompenserar för kognitiva brister. Då fokus hela tiden ligger på människan och samspelet människor emellan bidrar detta till upprätthållande av god livskvalitet demensresan igenom. (Brooker & Latham, 2016).

## 7.2 De anhörigas roll

Även i det skede av sjukdomen då det blir aktuellt med flytt till särskilt boende har anhöriga en stor roll och goda människorelationer ger ökad livskvalitet och upprätthåller hälsa och en känsla av att livet är betydelsefullt (Minnesförbundet, u.å.a). En nära kontakt med anhöriga även efter flytt till särskilt boende fortsätter vara viktigt för individen, men mängden kontakt som är optimal varierar från person till person. Att fortsätta vara en del av varandras liv, även om situationen förändras, fungerar som stöd för upprätthållande av identiteten hos en

person med minnessjukdom. Tätare besök har visat sig minska frekvensen av BPSD. (Hayward *et al*, 2021).

För att anhöriga ska kunna upprätthålla en god relation till personen med minnessjukdom och ge det stöd som behövs är det viktigt att också de får stöd. Detta eftersom en minnessjukdom starkt påverkar hela familjen och den minnessjuka personens flytt till särskilt boende är en stor livsförändring för alla involverade. De anhöriga bör alltid känna sig välkomna att besöka sin närstående och det är viktigt att ta deras önskemål och behov i beaktande. Också stöd av anhöriga hör till en god demensvård. (Hallikainen & Mönkäre, 2019).

### **7.3 Livshistorien som bas för en god vård**

I takt med att minnessjukdomen framskrider ökar behovet av vård och detta innebär ofta att det blir aktuellt med flytt till särskilt boende då situationen hemma blir ohållbar (God medicinsk praxis, 2021). Målet med vården är att den ska vara helhetsinriktad och högklassig. Varje patient ska ha en individuell vårdplan som uppdateras regelbundet. Vårdbeslut fattas tillsammans med patienten och i samråd med anhöriga. Vårdplanen fungerar som bas i en personcentrerad vård, där vårdaren genom att beakta patientens intressen och preferenser stöder patienten i att fylla sina individuella behov. (Aejmelaeus & Liedepohja, 2015). Då personens egen förmåga att upprätthålla den egna livshistorien och således också identiteten brister är det vårdgivarens ansvar att stödja det till den grad som behövs (Kitwood, 2019, ss. 92-95), vilket kan göras med hjälp av kontinuerligt vårdplansarbete. (Aejmelaeus & Liedepohja, 2015).

Redan i ett tidigt skede av minnessjukdomen vore det optimalt för patienten att fundera över framtiden. Detta eftersom studier har visat att demensresan blir en trevligare upplevelse om en välgjord vårdplan som patienten själv haft en aktiv roll i att göra upp förbereds i ett tidigt skede. Patienten kan berätta för sina anhöriga om hur hen vill ha det och eventuellt skriva ner sådant som hen tycker att är viktigt inför framtiden. (Kitwood, 2019, ss. 98-101).

Livshistorien är central för en god demensvård. I takt med att kognitionen försämras blir vårdgivarens roll allt större i upprätthållandet av personens livshistoria. Att göra detta är viktigt för att bibehålla personens egen identitet, en av komponenterna i personskapet. (Kitwood, 2019, ss. 92-95). Närstående kan också ha viktig information till exempel om patientens tidigare smärtupplevelser, fungerande lindringsmetoder samt om patientens livsåskådning och personliga tro. Informationen som fås från diskussionerna kan användas

som bas för planering av meningsfulla aktiviteter, så som att möjliggöra för en person som arbetat som bagare att delta i sådan verksamhet, och för att möjliggöra mera personliga diskussioner mellan vårdgivare och patient. Detta stöder samtidigt minnesfunktionen. (Scales, Zimmermann, & Miller, 2018).

I Finland finns det färdiga modeller för hur de individuella behoven kan föras fram åt de yrkesgrupper som ansvarar för vården av en person med minnessjukdom. På Minnesförbundets hemsida (Minnesförbundet, u.å.c) finns en färdig blankett som kan printas ut och fyllas i redan i ett tidigt skede av minnessjukdomen. Blanketten kartlägger personens livshistoria och upplevelser på ett enkelt sätt för att vårdpersonal ska kunna bekanta sig med personens bakgrund och ta individuella önskemål och tankar i beaktande i vården.

## 7.4 Miljöinsatser

Enligt Wang, Gong, Albayrak och Tischa (2020) kan en opassande miljö ligga bakom BPSD. Viktigt är att personen så mycket som möjligt kan påverka och föra fram sina önskemål om miljön hen lever i. BPSD-symptom kan uppkomma till exempel på grund av för många personer runt om den minnessjuka personen, olika odörer, hårda ljud och buller, belysning, för hög eller för låg temperatur och även vädret kan framkalla olika BPSD.

En personligt utformad fysisk miljö som är hemlik har på särskilda boenden visat sig lugna minnessjuka personer både verbalt och motoriskt. Det egna rummet bör vara lätt att hitta och ta sig till. Det kan hjälpa om den minnessjuka kan ha sina egna bekanta möbler och föremål samt egna kläder vid boendet, dessa kan förebygga förvirring. Minnessjuka personer behöver en bekant omgivning och därför är det bra att sakerna har sin egen plats och ommöblering undviks om möjligt. Hinderfria utrymmen som är lätt åtkomliga och har tydliga skyltar vad utrymmena är hjälper att hitta rätt och minskar på misslyckande och känsla av oförmåga som sedan leder till frustration. Att kunna reglera belysning och ljud är viktigt för att förhindra överstimulering. (Koponen & Saarela, 2010, s. 490).

Vidare beskriver Koponen och Saarela (2010, s. 490) att olika föremål kan under sjukdomens lopp ändra sin betydelse för den minnessjuka. En handväska som tidigare har varit viktig för en patient med minnessjuka kan i något skede börja skapa oro, om hen inte längre förstår vad väskan används till. Ett annat exempel är rädslan för att ens kläder ska stjälas. För en del personer med minnessjukdom kan det verka positivt att alltid ha likadana kläder på sig för att minska rädslan och ångesten för att bli bestulen i samband med att en klädesomgång är i tvätten. (Koponen & Saarela, 2010, s. 490).

Ytor bör åtskiljas från varandra med hjälp av exempelvis kontraster, olika belysning och olika färger. Detta gör det spatiala mer begripligt, vilket ger en trygghetskänsla. Boendemiljön bör vara lätt åskådlig och långa korridorer bör undvikas. Blanka ytor uppfattas som hala och våta och bör undvikas på ett boende för minnessjuka personer. Färger bör användas för att urskilja möbler från omgivningen men mönster bör användas sparsamt för att förhindra förvirring. Möbler bör vara höjdanpassade och ha stöd och greppmöjlighet för att vara lättare att använda. Bord och stolar får gärna vara grupperade för 3–4 personer så att alla har möjlighet till sällskap, vilket skapar välbefinnande och trygghet. Större grupper kan orsaka oro på grund av överstimulering. Utsikt över naturen kan minska på stress, oro och aggressivitet. (Wijk, 2020, ss. 194-197).

I en bra boendemiljö bör man ha möjlighet till en vardag där man kan välja vad man vill göra och med vem. Det ska också finnas möjlighet att vara ensam eller att umgås enligt eget intresse. (Skovdahl, Kihlgren, & Blomqvist, 2020, ss. 191-192). Behovet av att inkluderas som en del av gruppen är allmänmänskligt och ofta starkt hos personer med minnessjukdom (Kitwood, 2019, ss. 92-95). Detta innebär att miljön bör stödja mellanmänskliga möten och social interaktion för att främja upprätthållandet av personskapet. Miljön ska stöda vardagen, vara hemtrevlig och även hjälpa de anställda att skapa omväxling och meningsfullhet på ett personcentrerat sätt för personerna med minnesjukdom. (Skovdahl, Kihlgren, & Blomqvist, 2020, ss. 189-191).

Även den sociala miljön inverkar på personer och kan orsaka BPSD. Här beskriver Wang *et al* (2020) att orsakerna kan vara ny och obekant personal eller att personalen har för lite interaktion med personerna med minnessjukdom. Eftersom anknytningen är särskilt viktig för personer med minnessjukdom och deras behov av stabila relationer är stort är det centralt att lägga vikt på skapandet och upprätthållandet av dessa relationer (Kitwood, 2019, ss. 92-95). Wang *et al* (2020) skriver även att tillfällen då besökare hälsar på de minnessjuka kan vara påfrestande och kontrasten vara stor efter besöket, vilket kan synas i form av BPSD-symptom. En annan faktor som kan ge upphov till symptom är andra som vistas på samma boende: både andras fysiska närvaro eller exempelvis att man ogillar någon annans beteende kan tas sig uttryck i BPSD-symptom.

## **7.5 Den dagliga vården**

Den dagliga vården är av stor betydelse för att stödja välmående och motverka uppkomsten av BPSD hos personer med minnessjukdom. Vardagen ska gärna vara förutsägbar och följa

samma rutiner för att förenkla livet så mycket som möjligt och på detta sätt minimera stress. (Scales, Zimmermann & Miller, 2018; Koponen & Saarela, 2010, s. 486). Det är ändå viktigt för personen att aktivt delta i de dagliga sysslorna, eftersom sysselsättning är ett allmänmänskligt behov och att utföra de sysslor en människa är van vid bidrar till att bevara personskapet (Kitwood, 2019, ss. 92-95). De helheter som utgör de vardagliga sysslorna bryts ner i mindre delar (exempelvis att klä på sig på morgonen kan börja med att ta på ena strumpan) och personen stöds i aktiviteten både muntligt och genom fysisk assistans. Till detta hör också att arbeta i lugn takt och ge personen tillräckligt med tid för respons. Till de mera utmanande dagliga göromålen hör intimare sysslor, så som tandvård och dusch. Personer med demens kan motsätta sig den här typen av vårdinsatser, eftersom de kan anses vara påträngande och ibland smärtsamma. Den här oviljan kan man motverka genom att skapa individuella vårdprotokoll där personens preferenser tydliggörs. Man kan också använda sig av olika metoder för att skapa en trygg atmosfär, såsom att spela avslappnande musik eller använda sig av aromaterapi. Detta motverkar irritation, agitation, aggression och fysiskt obehag. (Scales, Zimmermann & Miller, 2018; Koponen & Saarela, 2010, s. 486).

## **7.6 Den goda vårdaren**

Vid vård av personer med minnessjukdom är det centralt att vårdaren utgår från kärleken till människan. Att bekräfta den absoluta värdigheten hos personen är något den goda vårdaren alltid bör sträva efter. (Eriksson, 1992; 2002). Viktigt är också att vårdaren håller i åtanke det lidande personen har i relation till de förluster hen gått igenom och ständigt går igenom under demensresans lopp (Eriksson, 1994, ss. 82-97). Dessa är främst förlust i funktionsförmåga och välbekanta levnadssätt, något som har djupgående effekter på personskapet. En central del av den goda vårdarens uppgifter är att stödja personen i upprätthållandet av detta personskap (Kitwood, 2019, ss. 92-95) och att lindra de olika former av lidande sjukdomen innehåller (Eriksson, 1994, ss. 82-97). En demenssjukdom för med sig ofrånkomliga förändringar i livet som personen tvingas förhålla sig till. Detta är utgångspunkten för det demensrelaterade livslidandet. Vid en demenssjukdom orsakas fysiskt lidande främst av den kognitiva nedsättning som följer på sjukdomsutbrottet och de fysiska effekter detta har. Det själsliga lidandet här omfattar bland annat den känsla av skam en minnessjukdom ofta för med sig i och med de förluster i funktionsförmåga som obönhörligen följer på en diagnos. Inom demensvården kan detta exempelvis innebära stereotypisering eller avhumanisering, något som har direkt skadliga effekter på personens hälsa.

Inom det caritiva synsättet ingår vårdaktiviteterna *ansa*, *leka* och *lära*. Kärnan för vårdaktiviteten *ansa* är skapandet av trygghetskänsla. För att åstadkomma detta strävar man inom demensvården efter att skapa en hemlik och bekant miljö och uppmuntra till goda relationer vårdare och patient emellan. Centralt här är beröring. Beröringen kan vara fysisk eller psykologisk och ske till exempel genom ögonkontakt. Behovet av att vidröra varandra är allmänmänskligt och fungerar som ett sätt att bekräfta den andres existens. Vårdaktiviteten *leka* är ett uttryck för hälsa. I leken befinner man sig i gränslandet mellan verklighet och fantasi. Här har patienten kontrollen och vårdaren är i en underordnad ställning, vilket innebär att vårdaren inte ifrågasätter patienten och tillåter hen att bekräfta sin egen identitet. *Lärandet* bygger på leken och innebär att både patient och vårdare tar vara på inlärningsmöjligheter i vardagen. Vårdarens uppgift blir att stödja patienten i att utvecklas bland annat genom att ge möjlighet till uttryck av starka känslor så som frustration, rädsla och kärlek. (Eriksson, 1987, ss. 24-32).

God vård vid demens är tätt sammankopplad med god interaktion. Kitwood (2019) listar tolv olika typer av positiv interaktion som stärker känslan av personskap, något som är centralt i vården av personer med minnessjukdom. Användningen av dessa interaktionstyper i det dagliga vårdarbetet stödjer också Erikssons tankar kring den goda vården, där stor vikt läggs på att se till att personen i vårdande ställning känner sig delaktig i vården och upplever att hen respekteras som den unika individ hen är (Eriksson, 1994, s. 95).

En motpol till detta är de sjutton typer av skadlig interaktion som underminerar personskapet och enligt Kitwood (2019, ss. 18-19) har sina rötter i vårdarens rädsla att relatera till sin egen dödlighet och till risken att själv förlora sina mentala förmågor. För att undvika den avhumanisering av vårdtagaren som detta ofta leder till bör vårdaren enligt Eriksson (1994, ss. 57-62) våga möta och göra upp med sitt eget lidande. Detta kräver mod. Till de sjutton negativa interaktionerna hör bland annat *objektifiering* då man behandlar personen som ett ting, *patologisering* där personen ses som sin diagnos istället för den unika individ hen är och *manipulation* där personen luras till att göra något mot sin egen vilja (Kitwood, 2019, ss. 51–54, Figur 5).

Viktigt för en god vård är att vårdaren i mötet med den minnessjuka personen är fördomsfri och låter bli att stereotypisera och stigmatisera personen, samt bör ha en förmåga att tänka utanför lådan och ha förmågan att frångå rådande rutiner och se saker från personens synvinkel. Viktigt är också att vara fullt närvarande i mötet och inte låta egna motstridiga känslor påverka vårdarbetet negativt. (Eriksson, 1994, s. 92).



**Figur 5. De tolv positiva interaktionstyper inom demensvården som stärker personskapet (Kitwood 2019, ss. 105–109) och de sjutton negativa interaktionstyper som underminerar personskapet (Kitwood 2019, ss. 52–53).**

Sättet vårdaren bemöter patienten har stor betydelse för hur patienten uppfattar interaktionen. Då vårdaren utgår från *caritas* som motiv i vården (Eriksson, 1992; 2002) bemöter hen personen kärleksfullt och barmhärtigt, undviker stigmatisering och patologisering och strävar efter att hela tiden bekräfta personens absoluta värdighet. Vårdaren bemöter personen *erkännande* och ser hen som den unika individ hen är. Personens namn används, känslor tas i beaktande och hens tankar tas på allvar. Denna form av bemötande fungerar stärkande för personens identitetskänsla, ett av de grundläggande psykologiska behoven. (Kitwood, 2019, ss. 105-109, 144-145).

Beröring är centralt inom vården och en viktig del av *ansandet*. Förutom det rent fysiska ansandet beskriver Eriksson (1987, ss. 24-26) också ett socialt ansande. Detta omfattar till exempel småprat och ögonkontakt. Syftet med dessa är att visa omsorg. *Omfamning*, fysisk



eller psykologisk, innebär att finnas där för en person i hans stund av lidande, utan att ignorera eller försöka hindra känslor och upplevelser som personen har. Det allmänmänniska behovet av tröst beskrivet av Kitwood (2019, s. 93) möts via dessa typer av interaktion och hos en person med minnessjukdom finns ofta ett stort behov av just tröst. Detta på grund av de förluster i funktionsförmåga och identitet som kontinuerligt upplevs. Att använda sig av *timelation* är ett sätt för vårdaren att interagera med patienten på ett sätt som inte kräver återkoppling av personen med minnessjukdom. Detta är särskilt värdefullt vid allvarlig kognitiv nedsättning, där personens förmåga till social interaktion kan vara kraftigt nedsatt. (Kitwood, 2019, ss. 105-109, 144-145).

Den goda vårdaren bör sträva efter att fylla de psykologiska behov som en person med minnessjukdom ofta har svårt att fylla på egen hand (Kitwood, 2019, s. 92). Att arbeta med dessa bör vara en naturlig del av det dagliga arbetet. Till detta hör att vid dagliga sysslor vara medveten om sin egen roll och hur stor inverkan vårdarens kunskap och attityd har på slutresultatet. Vårdarens kunskap är i ständig utveckling och *lärandet* både i form av inläring av sakkunskap och det lärandet som sker i relationen mellan vårdare och vårdtagare bidrar till denna kunskapsutveckling. (Eriksson, 1987, ss. 30-32). Exempelvis under påklädning tillsammans med en person, som är i behov av stöd för att klara av aktiviteten kan vårdaren använda sig av *förhandling*. Då uppmuntras patienten till att delta i beslutfattningsprocessen såsom att välja kläder för dagen. Aktiviteten utförs sedan genom *samarbete*. Detta innebär att ingen är i maktposition, utan sysslorna görs tillsammans på ett sätt som är bekvämt för personen. Samarbete utgör grunden för vårdarbetet.

Arbetet inom demensvården bör också vara *faciliterande* till sin natur. Detta innebär att vårdaren bör vara redo för facilitering i alla situationer, men ändå undvika att hjälpa till där hjälpbehovet saknas. (Kitwood, 2019, ss. 105-109; 144-145). Att delta aktivt i aspekter som hör livet till, stärker personens känsla av personskap och bidrar till att möta de psykologiska behov en person enligt Kitwood (2019, ss. 92-95) har. Att bidra till det dagliga livets göromål utgör grunden för att möta det sysselsättningsbehov varje människa har. På detta läggs sedan meningsfulla aktiviteter. (Kitwood, 2019, ss. 105-109; 144-145).

Ett sätt att tillföra kvalitet till vården är att ta varje tillfälle i akt att *fira* både mindre och större bedrifter. Hit hör förutom födelsedagsfirandet och firandet av andra bemarkelsedagar också små segrar såsom att lyckas knäppa alla knappar i skjortan. För upprätthållande av personskapet bör vårdaren vara ödmjuk nog att ta emot de gåvor patienten erbjuder och samtidigt förstå det allmänmänniska behov som personen har av att få ge gåvor åt viktiga

personer i omgivningen. En vårdares uppgift är också att stödja personer med minnessjukdom i kreativt *skapande* och skapa utrymme för *lekfulla aktiviteter*. Den lekfulla aktiviteten, till exempel att spela sällskapspel eller dra skämt tillsammans, ger personen ett tillfälle att uttrycka sig och få en känsla av samhörighet utan att aktiviteten har ett mål i sig. För att få detta att lyckas krävs ibland facilitering och samarbete. (Kitwood, 2019, ss. 105-109, 144-145). En viktig del av *leken* är skapandet, genom vilket personen kan uppleva en hälsosam vila och samtidigt bekräfta sin identitet. Skapandet är ett sätt att uttrycka sina känslor och kan innefatta bl. a. målande, tecknande eller att sjunga tillsammans. (Eriksson, 1987, ss. 26-30). Genom att ge utrymme för den här typen av aktivitet möter man personens behov av inklusion (Kitwood, 2019, ss. 93-94).

*Avslappning* är ett viktigt behov att möta och som vårdare bör man se till att personen får tillräckligt med tid och möjlighet för detta. Detta kan ske på olika sätt beroende på individen, och detta är något man i interaktionen bör vara lyhörd för. Somliga slappnar gärna av i sällskap, medan andra föredrar att dra sig tillbaka och tillbringa tid ensam. En förutsättning för att kunna slappna av är en känsla av trygghet och vårdaren är i nyckelposition när det gäller att skapa en trygg atmosfär. (Kitwood, 2019, ss. 105-109, 144-145). Den egna identiteten bekräftas genom *leken* (Eriksson, 1987, ss. 26-30), där vårdaren bidrar till att skapa utrymme för en hälsosam vila, där patienten får rum att anpassa sig till den rådande situationen. I fall där personens verklighetsuppfattning skiljer sig från vårdarens, kan vårdaren via *validation* (Feil, 1992) acceptera personens verklighetsuppfattning och i stället för att korrigera godta att verkligheten kan se olika ut för olika personer. Detta behöver alltså inte bli ett hinder för fortsatt interaktion. En person med minnesjukdom gynnas sällan av att få sitt perspektiv ifrågasatt och korrigerat. (Kitwood, 2019, ss. 105-109, 144-145).

## 8 Aktiviteter som stöder den goda vården

Aktiviteter skapar både sysselsättning och inklusion. Sysselsättningen bevarar, som Kitwood (2019, ss. 92-95) beskriver, personskapet. Att göra saker tillsammans är en del av den goda sociala miljön, upprätthåller och skapar förhållanden och bidrar till välmående. För att en aktivitet ska fungera som ett stöd i demensvården är det ändå viktigt att uppmärksamma att den ska vara meningsfull för individen. Detta betyder att aktiviteten ska vara något som personen njuter av att göra och som hen kan delta i oberoende av funktionsförmåga. Många aktiviteter kräver ingen särskild utbildning eller speciella material, men de tar ofta tid i anspråk. (Scales, Zimmermann, & Miller, 2018). Enligt Kitwood (2019, ss. 92-95) kan man till exempel fokusera på såna sysslor som personen själv redan är van med.

Eftersom den behagliga aktiviteten både är sysselsättning och inklusion är den en viktig del av icke-farmakologiska behandlingsmetoder för beteendemässiga och psykiska symptom vid minnessjukdom. I *God medicinsk praxis* -rekommendationerna (God medicinsk praxis, 2021) bör i första hand patientens BPSD-symptom behandlas så adekvat som möjligt utan medicinering. Vid milda symptom bör man avvakta och följa med symptomen för att få en bättre inblick över symptomen och vad de kan bero på, eftersom endel symptom är övergående (Koponen & Saarela, 2010, s. 486). Icke-farmakologiska metoder kan ändå användas i vardagen även innan symptom. Med hjälp av själva vårdmiljön och behandlingen hjälper man den minnessjuka att kompensera brister som hen har i funktionsförmågan, och hjälper dem upprätthålla den återstående funktionsförmågan.

Undersökningar kring olika icke-farmakologiska behandlingar och interventioner visar goda resultat vad kommer till effekter i samband med insatserna men det har varit svårt att bedöma effekterna på lång sikt. Därför är det viktigt att man tillämpar metoderna kritiskt och att man alltid har fokuset på den minnessjukes välmående. (Demenscentrum, 2008). För att hitta lösningar på de utmaningar som man möter i vardagen bör vårdgivaren vara flexibel och lösningsinriktad, och inte ge upp för snabbt. Ofta kan en metod som inte fungerar för en person vara helt rätt för en annan. (Ooi *et al*, 2018). (Ooi, Yoon, How, & Poon, 2018)

I det här kapitlet nämns också terapier på flera ställen, men detta betyder inte att dessa aktiviteter endast kan utföras av terapeuter. Alla aktiviteter som beskrivs här är sådana som är möjliga att utföra inom ramarna för vårdarbetet.

## 8.1 Musikterapi

Världshälsoorganisationen (WHO) har nyligen lyft upp musikterapeutiska möjligheter i sin *scoping*-översikt som handlar om olika kulturterapeutiska metoders roll hos patienter med minnessjukdom (Fancourt & Finn, 2019). Musik fungerar stimulerande kognitivt, socialt och emotionellt (Särkämö, 2018). Musik aktiverar friska områden i hjärnan som är närliggande till skadade områden och detta kan ha en positiv effekt på det skadade området och leda till ökad aktivitet i hela hjärnan (Owens, 2014). Speciellt effektivt verkar musicerande tillsammans, så som körsång, vara, troligen eftersom det förutom det musikaliska även innefattar en stark social aspekt (Särkämö, 2022).

Musik fungerar kompensatoriskt vid förlust av verbal förmåga och kan motverka känslan av isolering. Musikaliskt minne bibehålls ofta bättre över tid än andra delar av minnet och kan underlätta och genom sin förmåga att aktivera sinnet på ett allmänt plan är musik en viktig

form av terapi i vården av minnessjukdom. Genom kontinuerlig användning av musik i vardagen kan en känsla av regelbundenhet och trygghet skapas vilket minskar stressbelastningen.

Musikterapi kan indelas i två olika typer: mottagande och deltagande. Mottagande innebär att personen lyssnar på musik till exempel via hörlurar, utan aktivt deltagande, medan deltagande innebär ett fysiskt engagemang genom exempelvis att spela ett instrument eller delta i körsång. Musikterapin kan vara en del av den individuella vården eller som en del av det gemensamma, till exempel på ett boende. Effekterna av musikterapi för förebyggande av BPSD har i allmänhet varit goda, särskilt i fråga om ångest, agitation och apati. (Scales, Zimmermann, & Miller, 2018). Chang *et al* (2015) visar i sin studie att musikterapi som ges på individuell basis en gång i veckan och/eller kompletteras med musikterapi i grupp är optimalt för lindring av ångest och depressivt tillstånd. Millán-Calenti *et al* (2016) sammanställde studier om musikterapi som terapiform vid agitation och fann att musikövningar baserat på individuella preferenser som bland annat omfattar rytmövningar, sång och dans hade effekt.

För att musikterapi ska ha önskad effekt är det viktigt att ta personens personliga musiksmak i beaktande. Här kommer vikten av vetskap om personens livshistoria in. Om musiktypen är fel kan terapins effekt minska. Musikterapi som terapiform är lätt att tillgodose, särskilt på individnivå. En viss nivå av organisation krävs för gruppverksamhet, och om den leds av en musikterapeut tillkommer kostnader. Ofta räcker det redan långt att tillföra musik på vardaglig basis, så länge man försäkras sig om att musikvalet är personifierat och att musiken inte upplevs som störande. (Scales, Zimmermann, & Miller, 2018).

## 8.2 Massage

Massage är en terapiform där taktil stimulering såsom att pressa, gnida och på andra sätt manipulera kroppens mjuka vävnader för att minska på spänningar och lindra smärta. Massage används också ofta för att motverka stress. (National Center for Complementary and Integrative Health, 2019). Massage är en form av *ansning* (Eriksson, 1987, ss. 24-26), en icke-verbal form av kommunikation som kan användas som ett komplement då den normala kommunikationen brister. Genom beröring kan man kommunicera omtanke och en känsla av trygghet på ett icke-verbalt sätt och det oxytocin som frigörs som en effekt av beröringen, ökar på känslan av lugn hos den person som får massage. Det finns också indikationer på att massageterapi kan motverka kognitiv nedsättning. Massage kan till

exempel göras på nacke och rygg, händer, fötter och huvud. Genom att variera var på kroppen massagen utförs kan effekterna variera. (Scales, Zimmermann, & Miller, 2018).

Massage har visat sig huvudsakligen ha direkta positiva följder på agitation, aggression, depression, stress, ångest och störande vokaliseringar. Den begränsade forskning som finns verkar speciellt stöda handmassage (se exempelvis Gellis, McClive-Reed & Brown, 2009), vilket snabbt kan minska på agitationssymptom. I vissa fall kan massage ändå öka agitationsnivåerna hos den som får massageterapi, och därför är det viktigt att bedöma situationen och avbryta massagen om den verkar ha negativa effekter (Scales, Zimmermann, & Miller, 2018). I två mindre forskningsprojekt undersöktes massagens och beröringens effekt på personer med minnessjukdom och det verkar vara en god lindring även för ångestsymptom (Cohen-Mansfield, 2001).

Så som i all beröring måste den basera sig på samtycke och bör vara behaglig ur personens subjektiva synvinkel. Beröring kan med som en del av den dagliga vården, till exempel genom att lägga vikt vid den beröring som förekommer i samband av hud- och hårvård.

### **8.3 Aromaterapi**

Aromaterapi innefattar användningen av naturliga essentiella oljor med olika typer av dofter som når kroppen via luftvägarna eller huden. Den vanligaste administreringsmetoden är via luftvägarna. Komponenterna från oljorna kommer då in i kroppen via näsans slemhinnor och via lungorna. Också vid direkt administrering på huden finns en doftkomponent där dessa komponenter i lägre grad upptas via andningsorganen än vid direktinhalering. För inhalering av komponenter av essentiella oljor kan tillbehör utvecklat specifikt för detta syfte användas. Direkt inhalering av ångorna från essentiella oljor tillsatta i en behållare med varmvatten eller att dofta på ett tygstycke fuktat med essentiella oljor är välbeprövade och enkla metoder för aromaterapi. (Michalak, 2018). Aromaterapeutiska oljor kan även användas som en del av massage och hudvård. Cohen-Mansfield (2001) märkte i en liten studie att handmassage med aromaterapeutiska oljor verkade lindrande på ångestsymptom.

Eteriska oljor har också visat sig ha effekt tillsammans med användning av psykofarmaka. I en studie av Mascherona *et al* (2020) har oljorna administrerats upp till fyra gånger per dygn genom att ha spridits som doft i omgivningen. Detta administreringssätt anses ha fördelar som till exempel att det är lätt att hålla administreringen regelbunden och lätt att administrera eftersom det inte kräver något samarbete av patienten. De eteriska oljorna har främst haft

effekt vid lindring av depression, ångest, sömnproblematik, apati, aggression, agitation, irritation och avvikande motoriska aktiviteter. (Mascherona *et al*, 2020).

Alla tycker inte om starka dofter, och man kan även vara väldigt känslig för olika sorters doftämnen. Allergiker och astmatiker kan till exempel reagera med andningsproblem eller hudsymptom. Eteriska oljor bör alltid spädas ut i annan olja eller hudkräm om de appliceras direkt på huden för att inte verka irriterande. Doften bör förstås även vara behaglig för personen som behandlas för att ha positiv effekt.

## 8.4 Ljusterapi

Ljusterapi innebär att man tillhandahåller ljus av rätt intensitet, varaktighet och vid rätt tidpunkt för att få positiva effekter på sinnesstämning och sömnkvalitet. (Schirani & St. Louis, 2009). Normalt åldrande medför ofta en nedgång i sömnkvalitet och vid minnessjukdom accentueras den här problematiken ytterligare. Dålig sömnkvalitet hos personer med minnessjukdom ger en ökad risk för BPSD. Därför är det viktigt att upprätthålla en normal dygnsrytm med en tillräckligt lång nattsömn. (Scales, Zimmermann, & Miller, 2018).

Symptom som kan lindras med hjälp av ljusterapi är agitation, depression och sömnstörningar. I en spansk forskning märkte man att ljusterapin både lättade på sömnsvårigheter och förbättrade allmän kognition (Rubiño *et al*, 2020). Enligt Sekiguchi, Iritani och Fujita (2017) verkar ljusterapi mest effektivt vid sömnsvårigheter i milda till mellansvåra demenssjukdomar, men studien var liten och mer forskning kring terapiformen behövs. Andra studier har visat på att ljusterapi kan leda till ökad agitation i vissa fall, och därför är det viktigt att man följer upp behandlingen för att utvärdera lämpligheten. Resultaten från olika studier på området är blandade och det finns ingen entydig evidens för ljusterapins effektivitet, även om enskilda studier har visat positiva resultat. (Scales, Zimmermann, & Miller, 2018).

Ljusterapi som terapiform kräver inga omfattande investeringar, eftersom dagsljus kan användas. I de fall där en tillräcklig mängd dagsljus inte kan tillgodoses kan lampor specifikt utformade för ljusterapi användas. (Scales, Zimmermann, & Miller, 2018). Sekiguchi, Iritani och Fujita (2017) använde ljusterapilampor varje morgon, medan Rubiño *et al* (2020) hade ett mer systematiskt ljusschema där deltagarna genomgick ljusterapi på 7000–10 000 lux på ögonnivå 90 minuter åt gången fem morgnar i rad. Det finns ändå inte klara forskningsresultat för hur ofta och hur mycket ljus som borde användas för optimal effekt.

## 8.5 Multisensorisk stimulering

Multisensorisk stimulering, även kallad Snoezelen-metoden, härstammar från Holland och har ursprungligen utvecklats för personer som lider av inlärningssvårigheter. Metoden stimulerar alla de primära sinnena vilket bidrar till multisensorisk stimulans. Snoezelen sker i ett rum som är inrett för detta ändamål och enligt personliga behov och önskemål. Multisensorisk stimulation och Snoezelen-metoden kan användas som en del i vardagen eller på olika schemalagda tillfällen enligt individuella behov. (Skovdahl, Kihlgren, & Blomqvist, 2020, ss. 265-266).

Rummen är inredda med olika föremål och taktila material som ska stimulera känseln, synen, hörseln, smaksinnet, luktsinnet, balansen samt led- och muskelsinnena: vid behov ska alla sinnen kunna stimuleras. Rummens inredning består av till exempel kuddar i olika mjuka material, ljus-, ljud- och vibrationseffekter, dofter och lugn musik med meditativ effekt som stimulerar alla sinnen. Det kan även finnas enskilda hörn eller andra utrymmen som är upplagda för sinnesstimulering. Där kan det finnas musik och olika sorts gungor och gungstolar som ger taktil stimulering, målningar och bilder kan finnas i omgivningen som samtidigt väcker minnen. Något smått att äta kan vara bra att ha framme i rummen samt olika föremål som värmekuddar och tyngdtäcken som skapar välbehag för användaren. (Skovdahl, Kihlgren, & Blomqvist, 2020, ss. 265-266).

Ett annat exempel är rum som inretts för vila och för njutning. Det kan finnas sand på golvet för att möjliggöra känslan av sand mellan tårna, dagsljuslampor som påminner om solljus, eller ett spa-rum, där man kan njuta och slappna av. Multisensorisk stimulering kan även vara helt enkla vardagliga saker som fotvård, rakning eller att laga en fin i håret (Aremyr & Wijk, 2015), vilket även anknyter till Erikssons (1987, ss. 24-26) tanke om *ansning*. Multisensorisk stimulering hjälper att upprätthålla och använda den motoriska och sensoriska kapaciteten som den minnessjuka personen har kvar, men man har tyvärr inte kunnat påvisa kliniskt signifikanta effekter i beteende, kognition eller humör. (Demenscentrum, 2008).

## 8.6 Reminiscensmetoden

Ordet reminiscens betyder svagt minne eller hågkomst. Upplevelser och minnen från personens förflutna finns ofta kvar en lång tid, trots att man drabbats av en minnessjukdom. Inom demensvården kan dessa minnen användas i den dagliga vården och bemötandet genom att stärka och binda ihop de minnen som finns kvar och skapa diskussioner kring

dessa, vilket ökar känslan av delaktighet och skapar trygghet. På många ställen används redan så kallade minneslådor som innehåller exempelvis texter och föremål kopplade till personens förfluta. Dessa kan handla om personens skoltid, barndomshem, högtider, årstider och föremål/sånger kopplade till dem som man sedan kan använda under reminiscensterapisessionerna. (Ternström, 2013). I kapitel 7.2 presenteras även Minnesförbundets *Min egen mapp* -modell, som är en blankett med hjälp av vilken personens bakgrund kan kartläggas (se Minnesförbundet, u.å.c). Reminiscensmetoden går tillbaka till 1980-talet och anses vara en av de mest använda psykosociala insatserna i vården av minnessjuka. Metoden går ut på att man hedrar individen, att man diskuterar och tillsammans minns patientens erfarenheter och händelser i livet. Genom att öka den kognitiva stimulationen strävar man till att öka välmåendet. (Scales, Zimmermann & Miller, 2018).

Grunden för reminiscensmetoden är stimulering av minnet och det som metoden går ut på. Stimuleringen leder till ett ökat intresse för kommunikation genom att man delar med sig av sina livserfarenheter, upplevelser och minnen genom diskussion. Gamla foton, dagstidningar, filmer och till exempel husgeråd kan användas för att väcka upp minnen från det förflutna. Med hjälp av musik och konst kan personen även återuppleva gamla, betydelsefulla minnen. Reminiscensens mening är att identiteten och integriteten stärks hos den minnessjuka, vilket leder till en känsla av kontinuitet. Reminiscensmetoden är mycket mångsidig och kan lätt anpassas enligt behov. Man kan göra det tillsammans med en individ eller tillsammans med andra i en grupp. Anhörigas del i denna metod är viktig för att man ska kunna skapa en helhetsbild över den minnessjukas livshistoria. Metoden skapar även en bättre kommunikation och en förbättrad samvaro mellan alla involverade och personalen får ett bättre förståande över patienternas livssituation. (Skovdahl, Kihlgren, & Blomqvist, 2020, ss. 267-270).

Reminiscensmetoden är bland de populäraste interventionerna i psykosocial omvårdnad för minnessjuka. Undersökningar visar en signifikant effekt på den kognitiva förmågan, minskande av BPSD-symptom och en förbättrad sinnesstämning efter interventionerna. (Demenscentrum, 2008). Enligt Cerga-Pashoja *et al* (2018, s. 2) finns det ändå inte särskilt starka vetenskapliga bevis för hur effektiv reminiscensmetoden slutligen är då det kommer till behandling av BPSD. Scales, Zimmermann och Miller (2018) menar däremot att det finns bevis på att reminiscensterapi inverkar på nedstämdhet, agitation, ångest och humöret på ett positivt sätt under korta tidsperioder. Metoden verkar ha den största inverkan mot depressionssymptom och på humöret (Scales, Zimmermann, & Miller, 2018).



Reminiscensmetoden kan användas när som helst som en del av diskussionen och den dagliga vardagen, men i studier har man även närmat sig metodiken mer systematiskt i form av inbokade pass á 30–60 minuter upp till ett par gånger i veckan. Metoden är inte förknippade med negativa effekter, men naturligtvis kan livshistorien innehålla minnen som väcker dold smärta och sorg. I Finland lever ännu flera generationer som till exempel genomgått krig eller tiden precis efter kriget, vilket kan innebära erfarenheter av både trauma och ärvt trauma. Även mer personliga traumaupplevelser kan ta sig uttryck. Viktigt är att vårdaren är beredd att stöda patienten och kunna bemöta även traumatiska och negativa livsupplevelser. (Skovdahl, Kihlgren, & Blomqvist, 2020, ss. 267-270).

## 8.7 Validationsterapi

Validationsterapi är en sorts psykosocial terapiform som baserar sig på psykologiska metoder där vårdarens roll är att validera och godkänna patientens uppfattning av verkligheten, även då den antagligen ser lite annorlunda ut (Feil, 1992). Vårdaren utövar validation genom att fokusera på det känslomässiga innehållet i patientens beteende eller verbala uttryck, istället för att konkret tolka det hen säger. Själva bemötandet baserar sig på detta fokus och på kommunikationstekniker som stöder mild, icke-hotfull kommunikation. (Scales, Zimmermann & Miller 2018).

Exempel på icke-hotfulla kommunikationstyper som kan användas är att använda icke-aggressivt vokabulär, att upprepa det personen sagt genom att frasera om, att uppehålla ögonkontakt och mild ton, att inte ifrågasätta aggressivt utan använda mer allmänna termer om man inte förstått och att, om passande, även använda fysisk kontakt (Mitchell & Agnelli, 2015). Scales, Zimmerman och Miller (2018) beskriver att det inte finns entydiga forskningsresultat gällande validationsterapi. Även om man inte kan rekommendera validationsterapi som en specifik terapiform kan ändå metoderna härledas tillbaka till Kitwoods tankar om personcentrerat bemötande inom vården vid demens. Att tilltala patienter med minnessjukdom med respekt och förståelse borde vara ett grundläggande värde i grundvården.

## 8.8 Husdjursterapi

Husdjursterapi kallas även för djur-assisterad terapi och hänvisar till terapeutiskt arbete med husdjur som hjälp. Det finns till exempel husdjur som fungerar som emotionellt stöd, ridterapi och ”kompisdjur”, där patienten tar hand om husdjuret som en del av det

terapeutiska arbetet. Bernabei *et al* (2013) beskriver hur husdjursterapi använts inom vården både för psykiska och fysiska sjukdomar, även minnessjukdom, med tanken att djuren stöder socialt umgänge och emotionellt stöd samt även sinnesstimulering. Att vara tillsammans med husdjur kan till exempel sänka blodtrycket och öka produktionen av neurotransmittorer som associeras till avslappning och socialt sällskap. Detta kunde i sin tur hjälpa med BPSD-symptom genom att till exempel lindra passivitet samt genom att skapa flera sociala och verbala interaktioner i vardagen. (Filan & Llewellyn-Jones, 2006; Bernabei *et al*, 2013).

Inom minnessjukdomssammanhang används ofta hundar. Hundar är naturligt nyfikna och sociala djur, och det är lätt att transportera dem till exempel till vårdhem. I vissa fall har man även använt robotar eller leksaker som ser ut som hundar eller katter för att ersätta levande husdjur, och även i dessa fall (se till exempel Bernabei *et al*, 2013) har man uppnått vissa effekter, så som minskad agitation. Scales, Zimmerman och Miller (2018) påpekar att även om det inte finns särskilt mycket forskning om effekterna av husdjursterapi så kan det vara ett intressant alternativ att arbeta vidare med inom vården av BPSD, eftersom det handlar om en relativt billig vårdmetod. I en meta-analytisk översiktsstudie av Lai, Chang, Ng *et al* (2019) konstaterades att det fanns endast svag evidens för att husdjursterapi minskar på depressionssymptom hos personer med demens.

Lai, Chang och Ng *et al* (2019) konstaterade också att det inte verkar finnas nackdelar för djurens välmående i denna terapiform. Alla djur är naturligtvis inte sociala av sig. I Finland finns till exempel Suomen Karva-kaverit ry – Finlands lurviga kompisar rf, en förening via vilken kompis hundar besöker särskilda boenden. Nackdelar är förstås att vid riktiga djur kan det uppstå problem med hygien samt med djurmjällsallergier. Även om husdjur ofta är en positiv upplevelse kvarstår ju faktum att alla förstås inte är förtjusta i djur.

## 8.9 Konstterapi

Konstterapi är en metod som kan användas som ett konkret hjälpverktyg för personer med minnesjukdom. Konst hjälper i att uttrycka sig själv och därmed förstärka identitetskänslan. Konstterapi kan som metod vara antingen ostrukturerad där man själv får välja vad man vill göra och vilka material man vill använda, eller så kan den förverkligas som en strukturerad metod, med en handledare. Den senare nämnda anses vara mera passande och mera givande för en person med långt skriden minnessjukdom. Konstterapi är en lätt metod att använda sig av, eftersom man kan anpassa den för olika deltagare med olika behov och olika färdigheter. (Emblad & Mukaetova-Ladinska, 2021). Handledarens roll är inte att

bedöma den konst personen skapar, vare sig på en estetisk eller diagnostisk nivå, utan handleda i att växa på en personlig nivå i en trygg och uppmuntrande, möjliggörande omgivning (Deshmukh, Holmes, & Cardno, 2018).

Det har inte i regel funnits väldigt mycket forskning kring konstterapeutisk vård av personer med demenssjukdom (se till exempel Chancellor, Duncan & Chatterjee, 2014), men nyare forskning tyder på att i samband med konstterapi förbättras kommunikationen och personens olika behov kan mötas genom ett förbättrat självförtroende. Positiva förändringar som sker i samband med konstterapi är en förbättring av den kognitiva förmågan och det har en positiv inverkan på beteende- och känslomässiga faktorer som ökar det allmänna välbefinnandet hos minnessjuka personer. BPSD-symptom som kan reduceras med hjälp av konstterapi är till exempel apati och agitation. (Emblad & Mukaetova-Ladinska, 2021).

## **8.10 Fysisk aktivitet**

Fysisk aktivitet fungerar som förebyggande mot minnessjukdomar samt även andra hälsoproblem som till exempel fallskador, men den har även en sekundär effekt vid redan uppstådd minnessjukdom genom att uppehålla fysiska förmågor. Vikten och effekten av fysisk aktivitet är densamma för både friska personer och personer med minnessjukdom. (Taraldsen, Helbostad, & Saltvedt, 2016).

På långtidsboende blir ofta den fysiska aktiviteten lidande och bristen på vardagsmotion leder till passivitet. För att motarbeta en negativ effekt på livskvaliteten behövs olika motionsformer och träningsprogram för att motarbeta och förhindra funktionsnedsättning. Olika former av motion hjälper även förutom att uppehålla funktionell kapacitet, också med att skapa en känsla av tillhörighet, autonomi samt en allmän känsla av välbehag. I en studie av Sampaio, Marques-Aleixo, Seabra & Carvalho (2021) förverkligades en motionsregim i sex månader för personer med BPSD-symptom, och i studien hade den fysiska aktiviteten en reducerande inverkan på BPSD och en positiv inverkan på deltagarnas livskvalitet. Effektiviteten av den fysiska aktivitetens inverkan på personer med BPSD syns inte nödvändigtvis för personen själv men i studien konstaterades att både vårdaren och nära anhöriga lättare märkte effekterna. (Sampaio, Marques-Aleixo, Seabra, & Carvalho, 2021).

Eftersom personer med minnessjukdom oftast har en nedsatt förmåga i att ta initiativ och därmed även minskad motivation så har vårdaren ett stort ansvar att skapa möjligheter för att kunna vara fysiskt aktiv. Fysisk aktivitet är en lätt tillgänglig, kostnadseffektiv och icke-

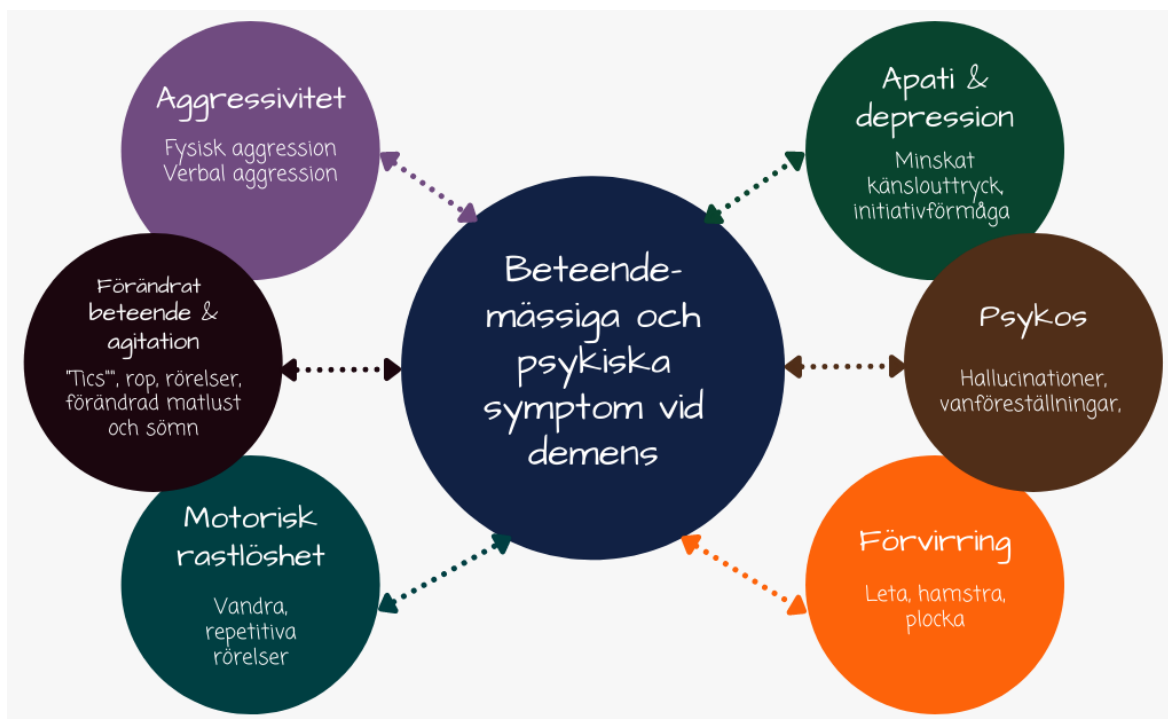
farmakologisk behandling som sällan för med sig negativa sidoeffekter. (Taraldsen, Helbostad, & Saltvedt, 2016).

Fysiskt aktiv kan man vara i samband med andra vardagliga sysslor, så som matlagning, utevistelse, trädgårdsarbete, i form av promenader eller genom avslappningsövningar. Aktiviteterna kan göras i grupp eller ensam, till exempel i form av handledd stolgympa, cykla på en konditionscykel eller till och med i form av hantlar och gympagummiband för sängliggande patienter. I vissa fall måste man vara spontan och påhittig för att uppmuntra till att vara fysiskt aktiv: man kan använda sig av komponenter som musik, dans och bollar eller liknande. Det viktiga är att hitta fysiska aktiviteter som ökar välmående både fysiskt och psykiskt. (Ternström, 2013).

Personanpassad fysisk aktivitet har positiv inverkan på koncentrationsförmågan, minnet och att klara av vardagliga sysslor samt på känslö- och tankerelaterade funktioner. (Skovdahl & Edberg, 2020, s. 254). Fysisk aktivitet i form av aerobisk, styrke- och balansträning som görs kombinerat med olika kognitiva inslag visar sig ha den bästa effekten. Ännu krävs det vidare forskning i hurdan typ av träning, mängden av träningen och varaktigheten på den fysisk aktivitet för att uppnå de bästa resultaten för minnessjuka personer. (Taraldsen, Helbostad, & Saltvedt, 2016). Enligt viss evidens skulle fysisk aktivitet av olika slag ha positiv effekt på agitation och depression (Scales, Zimmermann, & Miller, 2018). Fysisk aktivitet kan även minska på aggression, rastlöshet och förbättra nattsömmen (Taraldsen, Helbostad, & Saltvedt, 2016).

## **9 Beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD)**

Majoriteten av personer med en demenssjukdom upplever i något skede av minnessjukdomen beteendemässiga och psykiska symptom. Dessa kallas BPSD, beteendemässiga och psykiska symptom vid demens. Symptomen består av en bred, heterogen grupp icke-kognitiva symptom, så som till exempel agitation, aggression och ångest. (Cerejeira, Lagartoa, & Mukaetova-Ladinska, 2012; Ooi, Yoon, How, & Poon, 2018). Upp till 97 % av personer med demens lider av minst ett BPSD-symptom, varav de vanligaste symptomen är apati, depression, irritation, agitation och ångest (Scales, Zimmermann, & Miller, 2018). BPSD-symptomen är sammanfattade i Figur 6.



**Figur 6. Översikt över BPSD-symptom.**

Som termen BPSD föreslår innefattar den både psykiska och beteendemässiga symptom. Inom ramen för detta arbete benämns alla dessa som symptom, men en etisk diskussion kring terminologin och bemötande av olika sorts beteende som symptomatiska förs i kapitel 13. Symptomen kan vara både fysiska och verbala. Beteendemässiga symptom är konkreta handlingar, så som att vandra runt, slå, sparka eller kasta saker, medan psykiska symptom är exempelvis depression, ångest, agitation, förvirring eller psykos. (Skog, 2016, ss. 140-141).

Att vandra runt, "tvinnna på", leta efter något, plocka runt med grejer eller allmän motorisk rastlöshet är exempel på beteendemässiga symptom som kan förekomma. Dessa kan också innefatta andra personer (t.ex. följa efter någon istället för att vandra utan mål). Ooi, Yoon, How & Poon (2018) menar att ett vandringsbeteende möjligen kan bero på tristess, obehag, eller att patienten är oorienterad i plats eller tid. Ofta handlar det om patienten "tvinnar på", alltså vandrar runt utan uttalade klara mål för vart hen är på väg. Det kan också handla om att patienten söker efter en person, plats eller sak då minnet svikit, eller att det är en vana från tidigare. Vandrande kan vara förknippat till någon specifik tid eller situation vilket kan göra det lättare att hitta grunden i varför personen har ett vandrande beteende. En person kan förknippa olika ting (till exempel nycklar) med att vara på väg någonstans enligt sina tidigare vanor, och dessa kan fungera som *triggers*, alltså utlösande faktorer, för vandringsbeteendet.

Det går inte att entydigt klassificera symptom som beteendemässiga eller psykiska i grunden, eftersom de lätt går om varandra i både orsak och uttryck. Det kan även vara väldigt svårt att särskilja olika psykiska symptom från varandra eftersom minnessjukdomen i sig kan försvåra kommunikationen, vilket i sin tur försvårar diagnostiken. Det vanligaste symptomet vid BPSD är ett psykiskt symptom: apati (Geda *et al*, 2013). Detta är ett väldigt problem av ett flertal orsaker: För det första är det svårt att diagnostisera rätt eftersom demens-relaterad apati ofta misstas för depression (Starkstein & Hayhow, 2019) och för det andra tyder forskningen på att apati har en accelererande effekt på nedsättningen av kognitiv funktion hos patienter med demens (Nobis & Husain, 2018; Zhu, Grossman, & Sano, 2019). Depression är ändå i sig också ett BPSD-symptom, vilket kan försvåra differentieringsdiagnostiken (Geda *et al*, 2013; Kolanowski *et al*, 2017).

Kolanowski *et al* (2017) beskriver att apatin är förknippad med den neurodegenerativa processen, vilket även betyder att den kan förvärras ju längre demenssjukdomen framskrider, men även att det är svårt att mäta apati. Apati hos patienter med demens kan ta sig uttryck till exempel så att patienten slutar visa känslouttryck, inte verkar bry sig om omgivningen eller visar nedsatt intresse och uppmärksamhet för vad som händer samt att hens initiativtagningsförmåga kraftigt går nedåt (Marin, 1990).

Agitation, hallucinationer och villfarelser samt sömnproblem hör också till psykiska symptom (Geda *et al*, 2013). Agitation kan ta sig uttryck som beteendesymptom till exempel i form av opassande verbala utrop, rörelser eller tics som inte ha direkt igenkännliga orsaker (Kolanowski *et al*, 2017). Att patienten är upprörd och uttrycker sig starkt verbalt är alltså inte ett symptom, utan agitation som symptom hänvisar till utrop och rörelser som inte passar in i sammanhanget.

Kolanowski *et al* (2017) beskriver att agitationssymptom ofta blir starkare ju längre demenssjukdomen fortskrider men att i sig är agitation även är ett symptom som reagerar väl på interventioner där personens behov bemöts. Bättre kommunikation leder alltså till mindre agitation, och även genom att förbättra omgivningen förbättras situationen (till exempel genom att se till att patienten inte är över- eller understimulerad på sinnesnivå). Direkt psykos kan även förekomma hos personer med minnessjukdom, speciellt i sena skeden av demenssjukdomen då neurodegenerationen fortskridit och personen lider av både funktionell och kognitiv nedsättning. (Kolanowski *et al*, 2017).

Förutom klassificeringen beteendesymptom/psykiska symptom kan symptomen även delas upp i aggressiva eller provocerande/icke-aggressiva och icke-provocerande. Enligt denna

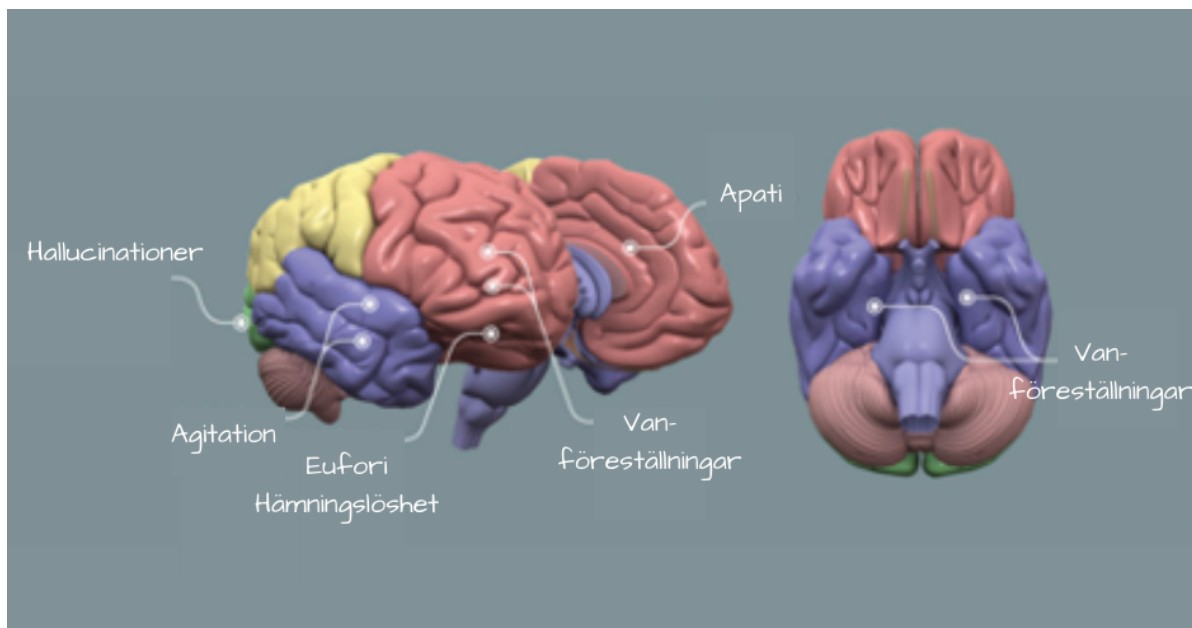
klassificering är aggressiva/provocerande symptom till exempel det då personen nyper, knuffar, biter, spottar, svär, river i hår eller kläder, skriker eller är sexuellt aggressiv/gränslös, medan icke-aggressiva/provocerande symptom är till exempel att vandra, upprepa frågor, följa efter andra, "hamstra" eller gömma saker och apati. (Skog, 2016, ss. 140–141; 2019, s. 146). Cerejeira *et al* (2012) lyfter också fram att BPSD kan innefatta hallucinationer, vanföreställningar samt förändring i matlust och sömn, vilket kan ta sig uttryck som förändrat beteende.

Aggression kan räknas som både ett beteendemässigt och psykiskt symptom, men då aggressionen tar sig uttryck i till exempel sparkar, nypande, slag eller andra fysiska metoder handlar det om beteendemässiga symptom. Aggression är inte ett särskilt prevalent symptom men hos personer som uppvisar aggression som symptom är det ofta frågan om ett beteende som kan sitta väldigt hårt och kan vara svårt att behandla. (Kolanowski *et al*, 2017). Aggressivt beteende ses mer hos manliga patienter och patienter som har en funktionsnedsättning och därmed större behov av direkt, fysisk vård. Därtill förknippas det med premorbida neurotiska symptom och tidigare erfarenheter av negativa förhållanden och stress. (Geda *et al*, 2013). Kolanowski *et al* (2017) beskriver också att aggressionssymptom ofta fortskrider och förvärras om inte det görs en effektiv intervention i saken.

Differentieringsdiagnostiskt är inte BPSD-symptomen länkat till en viss minnessjukdom, utan de kan förekomma i alla former av minnessjukdom och i olika skeden av sjukdomen. Det finns ändå vissa korrelationer mellan diagnos och BPSD-symptom. I Alzheimers sjukdom kommer de psykiska symptomen som depression, apati och ångest först, medan beteendesymptomen (så som att vandra runt) och psykossymptom (så som hallucinationer) kan dyka upp vid mellansvår sjukdomsbild. Ju mer kognitionen sjunker, desto starkare blir symptomen. Vid Lewykroppsdemens finns hallucinationer, vanföreställningar och liknande psykosliknande symptom starkt närvarande från ett ganska tidigt skede, och sjukdomen kännetecknas även av konstigt beteende under REM-sömn. (God medicinsk praxis, 2021).

Pann- och tinninglobsdegeneration kännetecknas också av starka symptom tidigt i sjukdomen. Symptomen kan mycket väl börja som beteendesymptom i form av till exempel brist på inhibition, förändrat kränkande beteende, bristande omdöme och apati. Beteendet kan bli mer kränkande och störande med tiden, ofta i form av repetitiva, sexualiserade och aggressiva beteendemönster. För vaskulära kognitiva sjukdomar är BPSD-symptomen väldigt varierande, men innefattar i regel depressiva symptom och även

personlighetsförändringar. (God medicinsk praxis, 2021). Kopplingar mellan degeneration av vissa delar av hjärnan och specifika BPSD har identifierats (Cummings, 2020; Figur 7).



**Figur 7. Det finns en koppling mellan symptomen apati, vanföreställningar, eufori, hämningslöshet, agitation och hallucinationer och specifika områden i hjärnan (Cummings, 2020).**

En av de viktigaste aspekterna i bemötandet av BPSD-symptomatik är att minnas att symptomen har olika triggers och olika respons för olika personer (Scales, Zimmermann, & Miller, 2018). Samma föremål eller situation kan leda till olika respons hos olika personer, eller till stark respons hos någon och ingen respons alls hos någon annan. Symptomen är alltså starkt individuella, vilket innebär att även lösningarna måste vara individuella och kräver att vårdpersonalen är villig att testa olika vägar att bemöta personen och hans symptom. Naturligtvis är det viktigt att först försäkra allas säkerhet om symptomen innefattar aggression som kan skada patienten själv, andra patienter eller personalen.

## **10 Hantering av beteendemässiga och psykiska symptom vid demens**

Hantering av beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD) är viktigt och minskar mänskligt lidande, bromsar fortskridningen av symptomutvecklingen samt sparar både vårdresurser och finansiella resurser. Genom att med jämna mellanrum kartlägga symptomen och sätta in vårdinsatser skapar man god vård och säkerställer att patientens mående följs med. Om BPSD-symptom uppkommer eller om de plötsligt blir värre bör man säkerställa att det inte handlar om somatiska problem, sjukdomar eller liknande, så som



exempelvis smärta eller klåda. Symptomen bör aktivt vårdas om de stör eller tynger patienten eller påverkar hans funktionsförmåga i vardagen, även socialt, samt om symptomen skapar farosituationer för patienten, för vårdare eller för andra. (God medicinsk praxis, 2021).

## 10.1 Bedömning av helhetssituationen

Då beteendemässiga- eller psykiska symptom uppkommer behöver dessa lindras. För att kunna hantera dessa symptom bör man först definiera problemet. Vanliga symptom är agitation, apati, motorisk rastlöshet och förvirring. (Scales, Zimmermann, & Miller, 2018). Enligt Wang, Gong, Albayrak och Tischa (2020) ligger faktorerna bakom BPSD i det neurologiska och kognitiva statuset, i psykosociala faktorer och i personens allmänna hälsa. I och med att faktorerna till viss mån är inbyggda är de svåra att ändra på. Hanteringen bör göras personcentrerat. De faktorer som kan modifieras för att lindra BPSD-symptom är den sociala- och den fysiska miljön samt de individuella behoven.

I många fall är symptomen inte direkt relaterade till demenssjukdomen. En amerikansk studie visade att 34 % av personer med BPSD ett eller flera underliggande somatiska problem. De vanligaste var urinvägsinfektion (14,5 %), förhöjt blodsocker (5,9 %) och anemi (5,1 %). (Gitlin, Winter, Dennis, Hodgson, & Hauck, 2010). Övriga somatiska problem kan vara övriga infektioner, förstoppning, urinretention, olika former av fysiskt obehag så som smärta och klåda, eller reaktioner på förändringar i medicinering (Ooi, Yoon, How, & Poon, 2018; God medicinsk praxis, 2021). Detta understryker vikten av att utesluta somatiska problem innan man går vidare i hanteringen av BPSD. För bedömning av smärta hos personer som har nedsatt förmåga att uttrycka sig verbalt kan man använda sig av *Abbey Pain Scale*. Skattningen görs på basis av personens röstuttryck, ansiktsuttryck, kroppsspråket och eventuella fysiska förändringar. (Cronfalk, 2020, s. 305).

Då man uteslutit icke-demensrelaterade problem, bör man göra en noggrannare symptombedömning. För att få en klar bild är en strukturerad bedömning att föredra. Bedömningarna klarlägger hur svåra symptomen är och hur ofta de förekommer. Ett verktyg som används är NPI-skalan (eng. "*neuropsychiatric inventory*") som är utvecklad för att undersöka just BPSD-symptomatik. Det finns olika varianter, och en av dessa är NPI-NH (eng. "*neuropsychiatric inventory – nursing home*") som används primärt vid särskilt boende. Utredningen görs genom att vårdaren bedömer patientens tillstånd på basis av

formuläret. Resultatet ger en klar bild av nuläget och fungerar som referenspunkt då man följer upp effekterna av icke-farmakologiska insatser. (Skovdahl & Edberg, 2020, s. 238).

Då kartläggningen av det aktuella läget gjorts är det dags att fundera på möjliga orsaker till uppkomsten av symptomen. Orsakerna kan vara person-, vårdar- eller omgivningsrelaterade. Till personrelaterade orsaker hör bristfälligt mötta behov av olika slag och dessa består av fysiska, psykologiska och sociala behov. I takt med att sjukdomen framskrider minskar personens förmåga att möta dessa behov på egen hand, och detta kan leda till frustration. För en person med demens kan det vara svårt att uttrycka dessa behov verbalt och därför kan bristen istället synas i form av beteendemässiga och psykiska symptom. Minnessjukdomen skapar även en förändrad kapacitet att möta sin omgivning och en ökad känslighet för stressfaktorer. BPSD-symptom uppkommer då omgivningens krav överstiger stresstoleransen. Vårdpersonalens arbetsbörda och stress samt kunskapsnivå om demens och patientens situation kan starkt påverka symptomen och interaktionen. Även faktorer som till exempel bristande aktivitet och avsaknad av struktur och rutin påverkar. (Kales, Gitlin, & Lyketsos, 2015).

Då den utförliga bedömningen är genomförd görs en behandlingsplan upp för att åtgärda det som konstaterats vara bristfälligt. Det är viktigt att uppmärksamma att behoven bör utredas för att de inte ska fortskrida och utvecklas. BPSD-symptomen har beskrivits som bland de svåraste följderna hos personer med minnessjukdom både för personerna själva, men också för närstående samt för vårdare. (Scales, Zimmermann, & Miller, 2018). Uppgörandet av behandlingsplanen efterföljs av en tät och regelbunden uppföljning där man utvärderar åtgärdernas effekt. Om symptomen fortgår görs en ny bedömning.

## **10.2 Medicinering**

I de fall då ovanstående alternativ inte hjälper mot de besvär personen upplever kan medicinering ses som ett alternativ. Beroende på vilken typ av symptom som personen uppvisar kan olika typer av läkemedel användas. Anses symptomen relaterade till depression eller ångest kan serotoninpreparat prövas. Antidepressiva läkemedel har över lag visat sig effektivt lindra agitation, ångestsymptom och rastlöshet. Vid avslutande av läkemedelsbehandling med antidepressiva läkemedel bör man vara uppmärksam på att symptom kan återkomma eller till och med förvärras. Om läkemedelsbehandlingen inte har önskat resultat och symptomen fortsätter besvära patienten kan man övergå till andra generationens antipsykotika. Här används ofta risperidonpreparat som har visat sig vara

effektivt för lindring av beteendesymptom hos personen med minnessjukdom inom särskilt boende, särskilt agitation och aggression. I vissa fall kan det även anses berättigat att kombinera antidepressiva läkemedel med antipsykotika. Vid användning av antipsykotika bör man vara uppmärksam på förekomsten av sedering och extrapyramidala bieffekter, till exempel parkinsonism, och justera dosen enligt detta. Man bör även vara medveten om att risken för cirkulationsstörningar i hjärnan hos den minnessjuke patienten ökar, liksom också mortaliteten. (God medicinsk praxis, 2021).

Det är inte rekommenderat att förskriva antipsykotika åt patienter med minnessjukdom förutom i allvarliga fall av aggression eller våldsamt beteende (Bessey & Walaszek, 2019; Taipale *et al*, 2014). Därför bör de endast användas kortvarigt och vid mycket allvarliga psykotiska symptom. Läkemedelsbehandlingen bör utvärderas med tre till sex månaders mellanrum för att följa upp läkemedlets effekter och biverkningar och avgöra ifall det är berättigat att fortsätta behandlingen. (God medicinsk praxis, 2021).

## 11 Från teori till praktik

För att kunna göra ett funktionellt arbete behövs en idé som är relaterad till utbildningslinjen och samtidigt kan länkas till arbetslivet (Vilkka & Airaksinen, 2003, s. 16). Det funktionella arbetet omfattar skapandet av en produkt, till exempel en broschyr eller en hemsida. Produkten bör fungera som informationsspridare, handledare eller vara rationaliserande för verksamheten. I ett funktionellt arbete behöver man inte nödvändigtvis använda sig av en egentlig forskningsmetodik, men det är viktigt att rapportera resultatet på ett för allmänheten lättillgängligt sätt, samt att kritiskt utvärdera det praktiska tillämpningarna. (Vilkka & Airaksinen, 2003, ss. 9, 42, 56).

Detta funktionella examensarbete utgick från idén om att utveckla lättillgänglig information om icke-farmakologisk hantering av beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD). Idén uppstod med grund i författarnas egna erfarenheter av vården av personer med minnessjukdom, samt samhälleliga diskussioner kring övermedicinering. För att bredda grunden för argumentation (enligt Vilkka & Airaksinen, 2003, s. 58) gjordes en mindre kartläggning av vårdares kunskaper om BPSD och icke-medicinsk hantering av symptomen. Detta i samband med författarnas egna erfarenheter av demensvård ledde till antagandet att det finns brister i kunskap om de icke-farmakologiska metoderna för lindring av BPSD. Fenomenet illustreras också i God medicinsk praxis -rekommendationerna (God medicinsk praxis, 2021) där läkemedelsbehandlingen finns tydligt beskriven, medan de icke-

farmakologiska metoderna endast nämns kortfattat. Detta trots att de icke-farmakologiska metoderna är det som rekommenderas som förstahandsmetod för att lindra BPSD. Trots att viss information om icke-farmakologiska metoder finns bland annat i God medicinsk praxis -rekommendationerna för lindring av BPSD, är den inte lättillgänglig, något den produkt som utvecklas som en del av detta funktionella examensarbete strävar efter att vara. Denna produkt riktar sig främst till personal inom äldreomsorgen.

För att klargöra orsakerna till de beteendemässiga och psykiska symptom som ofta uppträder under minnessjukdomens förlopp gjordes en fördjupande insikt i hur sjukdomarna uppkommer rent fysiskt och de effekter detta har på kognitionen samt i hur den nedsatta kognitionen leder till en försämrad förmåga att möta sina egna grundläggande behov. På basis av det har sedan en fördjupning i den goda vården gjorts kring terapiformer som kan användas som del av den icke-farmakologiska behandlingen gjorts.

För att göra informationen så lättillgänglig för så många som möjligt gjordes valet att skapa en hemsida som kanal för att nå ut till målgruppen. Informationen på hemsidan baserar sig på den information som samlats in och bearbetats inom ramen för examensarbetet.

## **12 Hemsidan *Demensresan***

Informationsmaterialet som producerats inom ramen för detta examensarbete omfattar god vård vid demens i syfte att motverka uppkomsten av och lindra BPSD-symptom. För att vara lättillgänglig och nå ut till målgruppen på bred basis valdes att presentera detta material i form av en hemsida. En välfungerande hemsida bör möta de behov en besökare har (Craig, 2022). I likhet med Maslows (1943) behovshierarki är också behoven hos webbsidebesökaren sinsemellan relaterade. Grundläggande behov bör fyllas före man kan gå vidare till nästa nivå. Detta innebär att webbsidan i första hand ska vara lätt att hitta och komma ihåg och bör därför ha ett namn som är både slående och beskrivande.

För att webbsidan ska vara intresseväckande och på så sätt öka chansen att besökarna tar till sig av den information som webbsidan presenterar bör designen vara attraktiv och tilltala målgruppen. Webbsidan bör vara lätt att använda och erbjuda tillförlitligt innehåll som är passande för målgruppen. Flexibilitet är även viktigt och besökarnas feedback bör fungera som en källa till inspiration och förändring. (Craig, 2022).

En analys kring hemsidan som produkt går i kapitel 14 Diskussion.

## 12.1 Design av hemsida

En ny hemsida skapades på Wordpress med adressen [www.demensresan.wordpress.com](http://www.demensresan.wordpress.com). Wordpress är ett hemsideprogram som möjliggör att användare gratis kan skapa hemsidor med hjälp av färdiga byggblock. I grunden skapades Wordpress för att bygga bloggar och upprätthålla dessa. För detta examensarbete valdes Wordpress eftersom det baserar sig på ett öppet kodspråk som fritt får modifieras för eget bruk, och är enkelt samt gratis att både ta i bruk och även använda och personifiera enligt egen stil. Därtill kan man inom ramarna för Wordpress skapa flera användarkonton för samma hemsida, vilket innebär att man tillsammans kan jobba på samma projekt, utan att behöva utse en s.k. "webbmaster".

Alla gratis wordpress-sidor följer samma namngivningslogik, med det egna servernamnet först följt av wordpress.com. För denna hemsida valdes namnet Demensresan eftersom det ansågs beskrivande för den typ av demensvårdarbetet förespråkar. Grunden till hemsidan byggdes upp genom att ett Wordpress-tema valdes och sedan modifierades med hjälp av Wordpress egna "customize theme"-verktyg. Detta innefattade till exempel valet av färger, fonter, bilder och hur blocken på hemsidan är uppbyggda och placerade. Därefter bjöds alla andra skribenter även in för att bygga upp själva innehållet på hemsidan. De visuella aspekterna editerades vartefter för att bättre fungera med innehållet.

Som tema valdes det avgiftsfria temat *Edin* efter att ha testat många olika teman. Detta tema valdes eftersom det i jämförelse med många andra passade bäst för ändamålet. Temat modifierades genom att testa flera olika formgivningar, och en lugnande gråaktig gammelfärg valdes som huvudfärg. Samma färg används både i layouten och ikoner på hemsidan.

Bilderna till hemsidan valdes från hemsidan *Unsplash* (Unsplash, u.å.) som är en bildbank med gratis högklassiga fotografier. För att beskriva de miljöinsatser som kan göras för att förbättra omgivningen för personer med minnessjukdom användes *Papunets* bildbank (Papunet, 2022). Papunet är en hemsida för tillgänglig kommunikation. Bilderna är avgiftsfria att använda enligt sidans egen licens, vilket var viktigt för att inte bryta etiska regler för uppbyggnad av hemsida. Bilderna söktes för att stöda temat och därför användes bland annat sökorden 'senior', 'dementia' och 'elderly'.

Tillgängligheten på hemsidan togs i beaktande enligt bästa förmåga. Alla bilders alternativa texter (alt-texter, alltså textsnuttar som läses upp av rutläsare hos personer som använder dessa för att surfa på nätet) fylldes noggrant och beskrivande i. I de bildmaterial som

användes på hemsidan som innehöll mycket text laddades även samma information upp i textfilsform (PDF och/eller Word) för att möjliggöra användningen av rutläsar- och textprogram för personer som behöver dessa. I textmaterialet användes ett enkelt, tillgängligt språk. Detta ansågs motiverat för att kunna möjliggöra läsandet av hemsidan för så många som möjligt, men samtidigt kan tillgängligheten alltid utvecklas vidare och göras bättre.

## 12.2 Demensresan

Den centrala tanken i begreppet ”demensresan” är en avpatologisering och avstigmatisering av minnessjukdomen. Demensresan förespråkar en personcentrerad helhetsvård som strävar efter upprätthållande av personskapet och livskvaliteten sjukdomstiden igenom. All information som tagits fram och presenteras på hemsidan har sin grund i den personcentrerade helhetsvården och därför har ”demensresan” valts som ledande koncept.

För att illustrera demensresan skapades en bild av en kappsäck med texten ”DEMENSRESAN” på. Kring denna bild placerades fem rubriker med länkar till demensresans olika delar. Dessa fem delar utgör tillsammans de komponenter som är viktiga för att resan ska bli så lyckad som möjligt och syns på skärmdumpen i figur 8.



Figur 8. Skärmdump från hemsidan Demensresans huvudsida. Här ses hemsidans struktur.

### 12.3 Varifrån kommer jag?

Sidan *Varifrån kommer jag?* baserar sig på examensarbetets kapitel 7.3 Livshistorien som bas för en god vård, samt kapitel 6 Den minnessjuka hjärnan. På sidan beskrivs vikten av kännedom om personens livshistoria för möjliggörandet av en personcentrerad vård. Dessutom beskrivs de vanligaste minnessjukdomarna i korthet. Dessa strävar tillsammans efter att skapa en bakgrund och motivera vikten av att tillsammans bygga upp en meningsfull vardag, något som är centralt i upprätthållandet av en god livskvalitet.

Bakgrundsinformation om hurdana minnessjukdomar finns baserat på God medicinsk praxis (2021) och dess funktion är att öka läsarens förståelse för personens situation och beteende. Det är relevant till exempel att förstå att BPSD inte beror på dåligt beteende, utan att det *de facto* handlar om symptom. Som resurs har Minnesförbundets blankett för kartläggning av livshistorien *Min egen mapp: Mina minnen och tankar om livet* (Minnesförbundet, u.å.c) länkats på hemsidan.

### 12.4 Resesällskap

Sidan *Resesällskap* baserar sig på examensarbetets kapitel 7.2 De anhörigas roll. Här beskrivs värdet av goda familje- och vänskapsrelationer under demensresans gång. Den genomsyrande tanken är att personen med minnessjukdom drar stor nytta av stöd både från familj och vänner, vilket även innebär att de närstående bör stödas i sin relation till den insjuknade. Minnessjukdomar påverkar inte endast personen som insjuknat, utan även de anhöriga. *Resesällskap* -sidan understryker vikten av att den goda demensvården även innefattar stöd av anhöriga.

Då covid-19 -pandemin bröt ut på våren 2020 förändrades mycket i vardag och praxis på särskilda boenden. Då examensarbetet skrevs på våren 2022 fanns endel restriktioner fortfarande till viss mån kvar. Restriktionerna kan till exempel innebära att man inte kan besöka sina närstående lika enkelt som innan pandemin, att det finns krav på skyddande mask, vilket kan försvåra kommunikationen, eller att det finns restriktioner på mängden besökare. Därför sattes det även till en paragraf på *Resesällskap*-sidan om att möjliggöra elektronisk kontakt mellan personer med minnessjukdom som bor på särskilt boende och deras anhöriga. Trots att det inte är samma sak som ett besök ansågs det viktigt att uppmuntra läsaren till att komma ihåg alternativa kontaktformer i en värld där pandemier kan skapa restriktioner som starkt påverkar vardagen för invånare på särskilt boende.

Även kamratstöd är en viktig stödform för många som insjuknar i minnessjukdom. Kamratstöd baserar sig på att personer med minnessjukdom och deras närstående träffas och delar sina erfarenheter av att leva med minnessjukdom. Konceptet öppnas upp på *Resesällskap*- sidan och som resurser har Minnesförbundets kamratstödsresurser länkats till. (Minnesförbundet, u.å.b; u.å.d).

## 12.5 Reseguides

Sidan *Reseguides* baserar sig på kapitel 7.5 Den dagliga vården samt 7.6 Den goda vårdaren. I detta kapitel beskrivs bemötandet av personer med minnessjukdom. Detta görs genom att inledningsvis presentera det behovsbaserade tänkesätt som Kitwoods teori baserar sig på. Kitwoods blomma innehåller de psykologiska behov en person med minnessjukdom har och behöver stöd i att möta (se kapitel 5, Figur 2). Under *Reseguides* beskrivs den typ av vård som visats fungera väl för att upprätthålla livskvalitet och motverka uppkomsten av BPSD vid vård av personer med minnessjukdom. Den dagliga vården behandlas ur praktisk synvinkel och konkreta tips ges (Figur 9). Detta tillvägagångssätt valdes för att konkretisera de riktlinjer som ofta presenteras i ett mer abstrakt format.



<h1>Tips vid den dagliga vården</h1> 	
<p>TIPS FÖR EN SMIDIG VARDAG</p>	
	<p><b>RUTIN</b></p> <p>För att minimera stress bör vardagen vara förutsägbar och innehålla samma rutiner</p>
<p><b>DELAKTIGHET</b></p> <p>För att stödja den egna identiteten bör alla få delta aktivt i dagliga sysslor på det sätt man är van vid</p>	
	<p><b>UPPDELNING</b></p> <p>För att motverka stressreaktioner bör man bryta ned de vardagliga sysslorna i mindre delar</p>
<p><b>LUGNT TEMPO</b></p> <p>Arbeta i lugn takt och ge personen tillräckligt med tid för respons</p>	
	<p><b>INDIVIDUELLA VÅRDPROTOKOLL</b></p> <p>För att motverka stressreaktioner vid skötsel av personlig hygien bör man göra upp tydliga protokoll med personens preferenser och källor till obehag</p>
<p><b>TRYGG ATMOSFÄR</b></p> <p>Använd olika metoder, såsom musik eller aromaterapi, för att skapa en trygg atmosfär</p>	

Figur 9. Bildmaterial ur sidan *Reseguirer* på hemsidan. Figuren innehåller konkreta tips för en demensvänlig daglig vård.



**Figur 10. Kontrastering av positiva och negativa interaktionstyper inom demensvården som de presenteras på hemsidan under sidan *Reseguiden*.**

Baserat på Kitwoods (2019, ss. 52-53, 105-109) negativa och positiva interaktioner kontrasterades olika typer av bemötande i en figur på hemsidan. Interaktionstyperna har konkretiserats genom praktiska exempel för att göra det lättare att greppa innebörden (Figur 10). De positiva interaktionstyperna som förespråkas anses gynna den goda relationen vårdgivare och vårdtagare emellan, något som i förlängningen har goda effekter på livskvaliteten och motverkar uppkomsten av BPSD.

## 12.6 Sevårdheter och aktiviteter

*Sevårdheter och aktiviteter* baserar sig på kapitel 8 Aktiviteter som stöder den goda vården, samt kapitel 7.4 Miljöinsatser. Miljöinsatserna listas i löpande textformat och illustreras med bildexempel av en stol med ordentliga armstöd som hjälper användaren att sätta sig, resa sig upp och sitta stadigt; av en strömbrytare med stark kontrastfärg mot den omgivande väggen; av ett fotografi som exempel på ett personligt föremål som kan hjälpa förebygga förvirring; av en färggrann dörr som hjälper den spatiella förståelsen samt av ett dansande par för att illustrera vikten av den sociala miljön.

Aktiviteterna är uppdelade så att alla de valda aktiviteterna har en egen undersida. Alla aktiviteter som listas inom ramen för kapitel 8 Aktiviteter som stöder den goda vården är uppöppnade i löpande textformat förutom validationsterapi. Valet gjordes att inte lyfta upp denna aktivitet på hemsidan på grund av att det saknades evidens för att validationsterapi som särskild terapiform skulle vara fungerande.

Eftersom det inom de flesta aktivitetsformerna inte finns klara evidensbaserade vårdsscheman tillgängliga med tanke på vårdformens eller aktivitetens rekommenderade styrka eller frekvens var det en fråga om etik att inte heller rekommendera direkta vårdsscheman på hemsidan. Istället lyftes olika exempel fram på olika sätt att utnyttja aktiviteten eller vårdmetoden inom det dagliga vårdarbetet.

## 12.7 Hinder på vägen

Sidan *Hinder på vägen* baserar sig på kapitel 9, Beteendemässiga och psykiska symptom vid demens och kapitel 10, Hantering av beteendemässiga och psykiska symptom vid demens. På sidan hittas ett verktyg för hantering samt förslag på icke-medicinska behandlingsmetoder.

För att göra processen tydlig valdes flödesschema som bas för presentation av informationen, detta för att göra informationen lätt för läsaren att ta till sig. Genom att följa flödesschemat går läsaren igenom informationen strukturerat och risken för att viktig information åsidosätts minskar. Det flödesschema som författarna utvecklat baserat på tillgänglig evidensbaserad information, strävar till att fungera som ett verktyg för bedömning av BPSD och för identifiering av de faktorer i vården som kan verka bidragande till uppkomsten av symptomet. Detta flödesschema fungerar som en utförligare form av de tre första rutorna i God Medicinsk Praxis instruktion för behandling av BPSD, de som täcker den icke-farmakologiska behandlingen (God medicinsk praxis, 2021). Detta flödesschema är kortfattat för att läsaren ska få nödvändig information på kort lästid (Figur 11).

I de fall läsaren vill fördjupa sig inom ett visst område gjordes valet att länka vidare till andra relevanta webbsidor för mera information. För att konkretisera användningen av flödesschemat skapades ett exempelfall med personen Berit, 78 år, som lider av en minnessjukdom och bor på särskilt boende. Hon har visat tecken på BPSD och i exempel-fallet går flödesschemat igenom för att lindra hennes symptom.



**Figur 11.** Material ur sidan *Hinder på vägen* på hemsidan. Figuren presenterar det flödesschema som skapats för hanteringen av BPSD.

## 12.8 Om projektet

Hemsidan innefattar också en undersida där projektet introduceras. Sidan innefattar information om att hemsidan byggts upp inom ramen för ett examensarbete för sjukskötare vid yrkeshögskolan Novia, samt introducerar de fyra författarna och handledarna. Valet gjordes att lägga till namnen på både författare och handledare för att det uppfattades som etiskt viktigt att det finns utskrivet vem som står bakom informationen som presenterats på hemsidan. Det uppfattades även som viktigt av författarna att lyfta fram att hemsidan byggts

upp som ett examensarbete, eftersom ingen av författarna tills vidare till exempel är legitimerade sjukskötare i Finland.

### **13 Etik och tillförlitlighet**

Inom slutarbetet har Den forskningsetiska delegationens *God vetenskaplig praxis* -principer (2012, ss. 6-7) följts med tanken att försäkra den vetenskapliga tillförlitligheten. Detta innebär att allt referensmaterial behandlats med hänsyn till god hänvisningspraxis: enligt principerna är dokumentationen grundlig och hederlig, och det arbete som forskare och andra yrkesmänniskor gjort respekteras genom att hänvisningarna till deras publikationer gjorts grundligt och ändamålsenligt. Den skapade slutprodukten och informationen som delas via den är evidensbaserad och återges till författarnas bästa vetenskap och förmåga ärligt, med noggrannhet och öppenhet. Datainsamlingen överensstämmer också med kriterierna för vetenskaplig forskning enligt Den forskningsetiska delegationens *God vetenskaplig praxis*-principer.

Genom att se till att alla författare verkligen fördjupat sig ordentligt i ämnet har den vetenskapliga etiken beaktats: detta ses bland annat genom valet av forskningslitteratur, där en bred variation i referensmaterial använts. Examensarbetet bygger på allt från vårdvetenskap, medicinsk forskning, den tredje sektorns yrkeskunnigas material till kritiska röster från närstående till personer som själva lider av BPSD för att försäkra att det återskapade materialet verkligen återspeglar en så omfattande och realistisk bild som möjligt. Detta strävar till att höja reliabiliteten: allt material som lyfts fram på hemsidan baserar sig på liknande resultat ur flera olika källor. Allt material är ändamålsenligt hänvisat till både inom examensarbetestexten och hemsidan.

För att säkerställa att arbetet uppfyller de etiska rekommendationer som gäller för yrkeshögskoleexamensarbeten i Finland gicks även Rådet för yrkeshögskolornas rektorer Arene r.f.:s rekommendationslista igenom (Arene rf, 2019, s. 13) Författarna konstaterade att arbetet uppfyller etiska rekommendationer: ingen av författarna har jäv att redovisa, processen är bekant och frågor om nyttjanderätt och publikation av examensarbetet är genomgångna, och ingen av författarna har heller finansiella kopplingar att rapportera om i samband med examensarbetet. Inte heller innefattar examensarbetet forskningsmetodik som skulle kräva forskningstillstånd och/eller etikprövning.

Innan själva informationssökningen påbörjades projektet med en förhandsförfrågan kring BPSD-symptomatik och demensvård bland bekanta sjukskötare och närvårdare (n = 6) som arbetar inom äldreomsorgen i Finland. Tanken med förhandskartläggningen var att höra sig för om yrkeskunniga även hade uppfattat liknande problematik som författarna märkt på fältet i samband med praktik och inhopparbete. En intervjusubjektpool på 6 personer räcker förstås inte för att ge ett tillförlitligt resultat, men valet kan motiveras med att författarna själva också uppfattat problemet på fältet samt med tidsbristen. Inom ramen för examensarbetet fanns inte möjlighet att göra en större undersökning, vilket skulle ha höjt tillförlitligheten. Förfrågningen gjordes endast som en förhandskartläggning.

Inom examensarbetet används Jeffrey L. Cummings NPI-NH -instrument. NPI-instrumentet är licenserat till Cummings, men instrumentet är gratis tillgängligt för icke-kommersiella projekt, inkluderande forskning och kliniskt arbete (Cummings, 2009).

Trots att de flesta aktiviteter som stöder den goda vården saknar entydig evidens vad gäller effekten på BPSD, något som delvis kan bero på att direkta effekter av denna typ av behandling kan vara svårstuderade. Det anses ändå motiverat att inkludera dessa eftersom de ger mening i vardagen och stödjer upprätthållandet av personskapet. (Scales, Zimmermann, & Miller, 2018). Då hemsidan skapades ansågs det vara en viktig fråga att säkerställa att de aktiviteter och instrument som lyfts upp är evidensbaserade och etiska. De aktiviteter som lyfts upp har motiverats på hemsidan med hjälp av referentgranskad forskning. Hänvisningarna har synliggjorts på varje del av hemsidan i text (artiklar, böcker) och som direktlänkar (webbmaterial). Detta syns i skärmdumpen i Figur 12.

Källor:

- Cerejeira, J., Lagartoa, L., & Mukaetova-Ladinska, E. B. (2012). Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Front Neurol*, 3, 73.
- Geda, Schneider, Gitlin, Miller, Smith, Bell, ... Murray. (2013). Neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: past progress and anticipation of the future. *Alzheimers Dement*, 9(5), 602-608.
- God medicinsk praxis. (2022) *Ohje potilaille ja läheisille: Muistipotilaiden käytösoireet (masennus, ahdistuneisuus, levottomuus, aistiharhat, harha-ajatukset)*.
- Kitwood, T. (2019). *Dementia Reconsidered Revisited: the Person Still Comes First*. London: Open University Press.
- Kolanowski, Boltz, Galik, Gitlin, Kales, Resnick, ... Scerpella. (2017). Determinants of behavioral and psychological symptoms of dementia: A scoping review of the evidence. *Nurs Outlook*, 65(5), 515-529.
- Marin, R. S. (1990). Differential diagnosis and classification of apathy. *Am J Psychiatry*, 147(1), 22-30.
- Nobis, L., & Husain, M. (2018). Apathy in Alzheimer's disease. *Curr Opin Behav Sci*, 22, 7-13.
- Ooi, C., Yoon, P., How, C., & Poon, N. (2018). Managing challenging behaviours in dementia. *Singapore Medical Journal*, 59(10), 514-518.
- Scales, K., Zimmermann, S., & Miller, S. J. (2018). Evidence-Based Nonpharmacological Practices to Address Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *The Gerontologist*, 28(S1), 88-102.
- Skog, M. (2019). *Detta är demens: Fakta om en fortbildning*. Stockholm: Gothia Fortbildning.
- Starkstein, S., & Hayhow, B. (2019). Apathy in Dementia: Time to Stand Up. *Am J Geriatr Psychiatry*, 27(4), 406-407.
- Zhu, C. W., Grossman, H. T., & Sano, M. (2019). Why Do They Just Sit? Apathy as a Core Symptom in Alzheimer's Disease. *Am J Geriatr Psychiatry*, 27(4), 395-405.

Här kan du ladda ner flödesschemat för bedömning av BPSD-symptom som [PDF-fil \(klicka här\)](#)

**Figur 12. Skärmdump från hemsidan ur sidan *Hinder på vägen*. Direktlänkarna syns i rosa.**

Utanför den vetenskapliga tillförlitligheten finns även andra etiska frågor som beaktats inom examensarbetet. Ett av de största etiska problemen som uppstår vid behandlingen av temat BPSD är terminologin. I detta slutarbete används BPSD som en förkortning för beteendemässiga och psykiska symptom vid demens, eftersom detta är den vanligaste benämningen på sådant beteende som ofta förekommer hos personer med minnessjukdom. Som linjedragning valdes i ett tidigt skede att prata om BPSD eller beteendemässiga symptom i stället för beteendestörningar. Därtill valdes att diskutera personer med minnessjukdom eller demenssjukdom, inte dementa personer. Orsakerna bakom dessa val hade att göra med patologiseringen och stigmatiseringen av personer som uppvisar s.k. avvikande beteende i samband med sin minnessjukdom samt att se personen som helhet i stället som endast sin diagnos. Genom att prata om beteendemässiga symptom i stället för beteendestörningar vill författarna lyfta fram att beteendeavvikelse inte utgör en störning, utan är en naturlig reaktion på omöta grundläggande behov.

BPSD-kritiker har ändå beskrivit omfattande etiska problem i att klassificera beteendemönster som patologiska ("symptom") då de själva uppfattar dem som en naturlig respons på en svår sjukdom och situation. Ett exempel är Macaulay (2018) som använt sin mammas situation som ett case i sin kritik gentemot patologiseringen av BPSD. Macaulay konstaterar i fri översättning att "orden vi använder för att namnge beteende har stor inverkan på hur vi uppfattar och tolkar dem" (2018, s. 180). Med andra ord, då vårdpersonalen pratar om beteendesymptom i stället för beteende skapas en självuppfyllande profetia: patientens beteende bemöts som ett symptom, vilket sedan kan göra att patienten själv inte känner sig hörd och sedd, vilket kan leda till vidare "symptom". Macaulay (2018) uppfattar att problemet är i att dessa beteenden bemöts med övermedikalisering:

*"Många av dessa beteenden är mänsklig respons på omöta fysiska, emotionella och/eller psykosociala behov - reaktioner som enkelt kan uppfattas som normala under omständigheterna där någon känner sig hotad eller rädd. Dessa reaktioner kan även förvärras av medicineringen som opassande används för att behandla dem. Som demenspionjär och författare Dr. Allen Power föreslår borde vi kalla det "BPSOD": Behavioral and Psychological Symptoms of the Over-medicalization of Dementia: beteendemässiga och psykiska symptom vid övermedikaliseringen av demens."* (Macaulay 2018, egen översättning).

I och med att den vetenskapliga litteraturen använder BPSD som en etablerad term har författarna trots kritiken mot termen valt att prata om BPSD i hänvisning till dessa symptom, men istället att beakta den etiska problematiken genom att med utgångspunkt i Erikssons *caritas* (1994) diskutera behoven hos personer med minnessjukdom utan att stigmatisera.

## 14 Diskussion

Beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD) är vanliga och upp till 97 % av personer med minnessjukdom drabbas av dessa i någon form (Scales, Zimmermann, & Miller, 2018). Eftersom det är allmänt känt att det som ger sig i uttryck som BPSD inte alltid är demensrelaterat, utan kan ha somatiskt ursprung i form av till exempel urinvägsinfektion eller smärta, är det viktigt att man utreder de egentliga orsakerna till det observerade beteendet. BPSD har ofta sin grund i omöta behov. En god demensvård har som mål att möta personens alla behov, både fysiska, psykologiska och sociala (Kitwood, 2019, ss. 92-95). Att möta de fysiska och sociala behoven är ofta mindre komplicerat än att möta de psykologiska. De psykologiska behoven består enligt Kitwood (2019) av anknytning, tröst, identitet, delaktighet och sysselsättning. Kärnan i allt detta är det grundläggande behovet av ovillkorlig kärlek. Att möta dessa behov är något som blir allt svårare för den minnessjuka



personen att göra på egen hand i takt med att sjukdomen framskrider. Här kommer i första hand eventuella anhöriga in som stöd i detta, och i förlängningen även vårdaren. Att stödja någon i att möta den här typen av behov kräver att vårdaren har en förmåga att vara fullkomligt närvarande i stunden och att hen är lyhörd för tecken på frustration. Den goda demensvården är central för att motverka uppkomsten av och lindra BPSD. Till den goda vården hör förutom de dagliga sysslorna på personens villkor, ett gott bemötande och en trygg vardagsrutin även särskilda stödjande aktiviteter såsom musikterapi och massage. Dessa aktiviteter har varierande grad av evidens då det gäller hanteringen av BPSD, men många används ändå regelbundet och sätter en guldkant på tillvaron hos personerna.

Det har länge funnits en tendens både i samhället generellt och inom vården att avhumanisera personer med minnessjukdom. Detta innebär att dessa människors personskap ifrågasatts och att de i värsta fall förminskats och objektifierats. Som en motpol till detta finns den personcentrerade vården, något som man strävar efter inom demensvården. Eriksson (1994) beskriver människan som något heligt och unikt som innehar en absolut värdighet och denna definition omfattar också personer med minnessjukdom under sjukdomens alla faser. Under sjukdomens alla faser är det också viktigt att hålla fast vid personskapet, det som utgör individens kärna (Kitwood, 2019, ss. 18-19).

Vid kontinuerlig kognitiv försämring blir vårdarens roll i upprätthållandet av personskapet allt större, och detta innebär också att vårdarens ansvar ökar. Att våga bära detta ansvar är en utmaning på flera plan. Vårdaren är tvungen att möta sina egna rädslor kring åldrande och död för att inte låta den egna ångesten i relation till detta finnas i vägen för det sanna mellanmänniskliga mötet. Utöver detta måste vårdaren ha mod nog att utmana rådande normer inom vården och i situationer där patientens behov kräver det också våga ha ett tillvägagångssätt som avviker från kollegernas.

För att en vårdare ska kunna ge god vård krävs det ändå att vissa grundförutsättningar fylls. En vårdare som upplever att arbetet hen utför inte uppskattas, att arbetsmängden är för stor och att resurserna för utförandet av ett gott arbete inte finns kan sällan ge en god vård. Som den mindre kartläggning bland vårdpersonal som utfördes som en del av detta examensarbete indikerade kan effekterna av kunskapsbrist och brist på utbildad personal leda till utmaningar för vårdaren. Också vårdaren har behov som behöver mötas, och ifall dessa ignoreras antingen av vårdaren själv, kollegiet eller arbetsgivaren kan detta leda till utmattning. Detta i sin tur kan ha negativa effekter på måendet på arbetsplatsen och leda till brist på motivation och empati. (Minnesförbundet, 2021).

Att ha tillräckliga kunskaper om minnessjukdomar och de beteendemässiga och psykiska symptom (BPSD) de kan omfatta är viktigt för att vårdaren i längden ska kunna känna att det jobb hen utför är meningsfullt och detta ökar också trivseln på arbetsplatsen. Minnesförbundets styrelse konstaterade med hänvisning till detta under sitt årsmöte 2021 att det finns ett behov av mera utbildning kring minnessjukdomar på alla utbildningsstadierna. De går så långt som att säga att utbildning kring minnessjukdomar borde ha en omfattning på minst 30 sp och att personer som arbetar inom demensvården borde ha reella möjligheter till fortbildning (Minnesförbundet, 2021). Hit kunde förutom kunskap i en god demensvård också höras kunskaper i sjukdomarnas särdrag och utveckling, till exempel effekterna av den plackbildning som ses vid Alzheimers sjukdom (Tanila, Hiltunen, & Myllykangas, 2018). Om man som vårdare har insikt i de fysiska förändringar som sker kan detta också öka förståelsen för en minnessjuk persons utmaningar.

Kännedomen om kunskapsbehovet inom demensvården har inom detta examensarbete resulterat i en produkt i form av en hemsida. Informationsmaterialet på hemsidan omfattar god vård vid demens i syfte att motverka uppkomsten av och lindra BPSD. Viktigt vid presentation av informationen var att sättet den presenterades på skulle verka avpatologiserande och avstigmatiserande på minnessjukdomen. För att nå detta valdes Demensresan som ledande koncept. Att se minnessjukdomen som en resa är ett sätt att flytta fokus från sjukdomen till människan, något som konkret kan göras via den personcentrerade vården. Med detta i åtanke har patient som begrepp valts bort till förmån för person med minnessjukdom. I konceptet Demensresan tas detta ett steg vidare och dessa personer benämns resenärer. Vårdarna kallas här för *Reseguiden*, eftersom deras huvudsakliga uppgift är att stödja i att möta de behov resenärerna har och i olika grad saknar förmågan att möta på egen hand. De finns också med som stöd vid *Hinder på vägen*, något som i Demensresan är synonymt med beteendemässiga och psykiska symptom. För att kunna hantera dessa behöver Reseguiden kunna effektivt bedöma de symptom som uppkommit och för att stödja i detta har ett verktyg för strukturerad bedömning utvecklats som en del av examensarbetet. Detta verktyg liksom hela hemsidan är i nuläget en prototyp, men har potential att kunna användas på fältet. De sex personer som besvarade den mindre inledande kartläggningen ombads även kort utvärdera den skapade hemsidaprodukten efter att den första färdiga versionen laddats upp. Feedbacken från dessa personer styrker författarnas teori om att produkten kunde vara användbar på fältet, men att den behöver vidareutvecklas för att kunna användas i det vardagliga arbetet inom demensvården. Detta var tyvärr inte möjligt inom ramarna för detta examensarbete, men prototypen kunde med fördel utvecklas vidare.

Även i Demensresan som koncept finns det rum för vidareutveckling. Detta bland annat genom ett tydliggörande av konceptet som sådant och de kategorier det innefattar (*Resenär, Resesällskap, Reseguiden* etc.). De kategorier som presenteras på hemsidan är de som ansetts vara de huvudsakliga med tanke på målgruppen. Det finns ändå rum för att bredda konceptet och inkludera och utöka till exempel anhörigas perspektiv (*Resesällskap*) och livets slutskede (*Resmålet*). I detta examensarbete har fokus i huvudsak legat på sidorna *Reseguiderna* och *Hinder på vägen*, detta med tanke på vad som vore mest värdefullt för målgruppen att få mera kunskaper om. Demensresan kunde fungera som bas för fortsatta projekt på temat och de olika delkategorierna kunde utvecklas och breddas. Bland de aktiviteter som stöder den goda vården har musikterapi högst evidens, och också det är ett område av demensresan som med fördel kunde vidareutvecklas. På samhällelig nivå skulle det finnas rum för en kunskapsbank i stil med Demensresan. En sådan kunde genom att fungera som lättillgänglig kunskapskälla bidra med att sprida kännedom om god demensvård och i förlängningen bidra till avpatologisering och avstigmatisering av sjukdomen, både i samhället och inom vården.

## Källförteckning

- Aejmelaeus, R., & Liedenpohja, M. (23.9.2015). *En vårdplan som betjänar patienten kräver samarbete*. Hämtat 21.3.2022 från Valvira: <https://www.valvira.fi/web/sv/-/en-varldplan-som-betjanar-patienten-kraver-samarbete>
- Alzheimer's Association. (2022). *Alzheimer's Association*. Hämtat 12.3.2022 från Inside the Brain: [https://www.alz.org/alzheimers-dementia/what-is-alzheimers/brain\\_tour\\_part\\_2](https://www.alz.org/alzheimers-dementia/what-is-alzheimers/brain_tour_part_2)
- Aremyr, G., & Wijk, H. (2015). *Miljöanpassningar som bidrar till ökad delaktighet*. Myndigheten för delaktighet . Sundbyberg: Myndigheten för delaktighet. Hämtat 3.4.2022 från [https://www.demenscentrum.se/sites/default/files/globalassets/publicerat\\_pdf/miljoanpass\\_kunskapsmtrl\\_mfd.pdf](https://www.demenscentrum.se/sites/default/files/globalassets/publicerat_pdf/miljoanpass_kunskapsmtrl_mfd.pdf)
- Arene rf. (2019). Hämtat från Etiska rekommendationer för examensarbeten på yrkeshögskolor: [https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/ETISKA%20REKOMMENDATIONER%20FÖR%20EXAMENSARBETEN%20PÅ%20YRKESHÖGSKOLOR\\_2020.pdf](https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/ETISKA%20REKOMMENDATIONER%20FÖR%20EXAMENSARBETEN%20PÅ%20YRKESHÖGSKOLOR_2020.pdf)
- Bernabei, V., De Ronchi, D., La Ferla, T., Moretti, F., Tonelli, L., Ferrari, B., . . . Atti, A. R. (2013). Animal-assisted interventions for elderly patients affected by dementia or psychiatric disorders: A review. *J Psychiatr Res*, 47(6), 762-773.
- Bessey, L. J., & Walaszek, A. (2019). Management of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Current Psychiatry Reports*, 21(66), 1-11.
- Brooker, D., & Latham, I. (2016). *Person-centred dementia care - Making services better with the VIPS framework* (Vol. 2: a upplagan). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Cerejeira, J., Lagartoa, L., & Mukaetova-Ladinska, E. B. (2012). Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Front Neurol*, 3, 73.
- Cerga-Pashoja, A., Doukani, A., & Giannakopoulou, P. (2018). Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: An Overview of Theoretical Frameworks and Associated Non-Pharmacological Treatments for BPSD. *Care Weekly*, 2, 32-42.
- Chancellor, B., Duncan, A., & Chatterjee, A. (2014). Art therapy for Alzheimer's disease and other dementias. *J Alzheimers Disease*, 39(1), 1-11.
- Chang, Y.-S., Chu, H., Yang, C.-Y., Tsai, J.-C., Chung, M.-H., Liao, Y.-M., . . . Chou, K.-R. (2015). The efficacy of music therapy for people with dementia: A meta-analysis of randomised controlled trials. *J Clin Nurs*, 24(23-24), 3425-40.
- Cohen-Mansfield, J. (2001). Nonpharmacologic Interventions for Inappropriate Behaviors in Dementia: A Review, Summary, and Critique. *Am J Geriatr Psychiatry*, 9, 361-381.
- Craig, W. (8.4.2022). *Human Behavior Theories That Can be Applied to Web Design*. Hämtat 19.4.2022 från WebFX: <https://www.webfx.com/blog/web-design/human-behavior-theories-that-can-be-applied-to-web-design/>

- Cronfalk, B. S. (2020). Palliativ vård till personer som har en demenssjukdom. i A.-K. Edberg, & A.-K. Edberg (Red.), *Att bemöta personer med demenssjukdom*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Cummings, J. L. (1.6.2009). *The Neuropsychiatric Inventory Nursing Home Version (NPI-NH) Comprehensive Assessment of Psychopathology in Patients with Dementia Residing in Nursing Homes*. Hämtat 12.3.2022 från Dementia Management Strategy: <http://www.dementiamanagementstrategy.com/file.axd?id=c9f7405f-3596-4f5f-9f8d-f322e5188678>
- Cummings, J. L. (2020). The Neuropsychiatric Inventory: Development and Applications. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 33(2), 73-84.
- Demenscentrum. (2008). *Läkemedelsbehandling och bemötande vid Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom – BPSD*. Hämtat 18.2.2022 från [https://www.demenscentrum.se/sites/default/files/globalassets/utbildning\\_pdf/verkt\\_ygslada\\_pv/bpsd\\_rekommendationer.pdf](https://www.demenscentrum.se/sites/default/files/globalassets/utbildning_pdf/verkt_ygslada_pv/bpsd_rekommendationer.pdf) 8 mars 2022
- Deshmukh, S., Holmes, J., & Cardno, A. (2018). Art therapy for people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev*, 9(9), CD011073.
- Emblad, S. Y., & Mukaetova-Ladinska, E. B. (2021). Creative Art Therapy as a Non-Pharmacological Intervention for Dementia: A Systematic Review. *J Alzheimers Dis Rep*, 5(1), 353-364.
- Eriksson, K. (1987). *Vårdandets idé*. Stockholm: Norstedts Förlag.
- Eriksson, K. (1992). The Alleviation of Suffering - The Idea of Caring. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 6(2), 119-123.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Arlöv: Berlings .
- Eriksson, K. (2002). Caring Science in a New Key. *Nursing Science Quarterly*, 15(1), 61-65.
- Erkinjuntti, T. (11.1.2016). *Alzheimerin taudin kulku*. Hämtat 7.2.2022 från Duodecim: Käypä hoito: <https://www.kaypahoito.fi/nix00516>
- Erkinjuntti, T., & Melkas, S. (22.9.2016). *Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen (VCI) ja vaskulaarinen dementia (VD)*. Hämtat 11.3.2022 från Duodecim: Käypä hoito: <https://www.kaypahoito.fi/nix01587>
- Fancourt, D., & Finn, S. (2019). *What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review*. Köpenhamn: WHO Regional Office for Europe.
- Feil, N. (1992). Validation therapy. *Geriatric Nursing*, 13(3), 129-133.
- Filan, S. L., & Llewellyn-Jones, R. H. (2006). Animal-assisted therapy for dementia: a review of the literature. *Int Psychogeriatr*, 18(4), 597-611.
- Forskningsetiska delegationen. (14.11.2012). *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland*. Hämtat 17.4.2022 från TENK: [https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

- Fredriksson, A.-L. (12.3.2017). *Då händerna inte räcker till: Psykosmedicin och remmar för äldre med demens*. Hämtat 12.3.2022 från Svenska Yle: <https://svenska.yle.fi/a/7-1173029>
- Geda, Schneider, Gitlin, Miller, Smith, Bell, . . . Murray. (2013). Neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: past progress and anticipation of the future. *Alzheimers Dement*, 9(5), 602-608.
- Gellis, Z., McClive-Reed, K., & Brown, E. (2009). Treatments for Depression in Older Persons with Dementia. *Ann Longterm Care*, 17(2), 29-36.
- Gitlin, L. N., Winter, L., Dennis, M. P., Hodgson, N., & Hauck, W. W. (2010). A biobehavioral home-based intervention and the well-being of patients with dementia and their caregivers: the COPE randomized trial. *JAMA*, 304(9), 983-991.
- God medicinsk praxis. (21.9.2016). *Ohje potilaille ja läheisille: Otsa-ohimolohkorappeumat (frontotemporaalidementia, etenevä sujumaton afasia ja semanttinen dementia)*. Hämtat 5.3.2022 från God medicinsk praxis: <https://www.kaypahoito.fi/nix01594>
- God medicinsk praxis. (29.1.2021). *Muistisairaudet*. Hämtat 7.2.2022 från God medicinsk praxis: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50044>
- Grekula, V. (25.2.2022). *Hoivayksikkö myönsi psyykenlääkkeiden ylikäytön ja aliravitsemuksen Ylen jutussa – juttu luettiin myös aluehallintovirastossa, ja sitten alkoi tapahtua*. Hämtat 8.3.2022 från Yle: <https://yle.fi/uutiset/3-12334070>
- Hallikainen, M., & Mönkäre, R. (16.4.2019). *Muistisairaahan tukeminen – ohjeita läheisille*. Hämtat 28.3.2022 från Terveyskirjasto Duodecim: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00899>
- Hayward, J. K., Gould, C., Palluotto, E., Kitson, E., Fisher, E. R., & Spector, A. (2021). Interventions promoting family involvement with care homes following placement of a relative with dementia: A systematic review. *Dementia*, 21(2), 618-647.
- Kales, H. C., Gitlin, L. N., & Lyketsos, C. G. (2015). Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMJ*, 350, h369.
- Kitwood, T. (2019). *Dementia Reconsidered Revisited: the Person Still Comes First*. (D. Brooker, Red.) London: Open University Press.
- Kolanowski, A., Boltz, M., Galik, E., Gitlin, L. N., Kales, H. C., Resnick, B., . . . Mac. (2017). Determinants of behavioral and psychological symptoms of dementia: A scoping review of the evidence. *Nurs Outlook*, 65(5), 515-529.
- Koponen, H., & Saarela, T. (2010). *Muistisairaudet*. Porvoo: WS Bookwell.
- Lai, N., Chang, S., Ng, S., Tan, S., Chaiyakunapruk, N., & Stanaway, F. (2019). Animal-assisted therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev*, 11, CD013243.
- Macaulay, S. (2018). The Broken Lens of BPSD: Why We Need to Rethink the Way We Label the Behavior of People Who Live With Alzheimer Disease. *J Am Med Dir Assoc*, 19(2), 177-180.
- Marin, R. S. (1990). Differential diagnosis and classification of apathy. *Am J Psychiatry*, 147(1), 22-30.

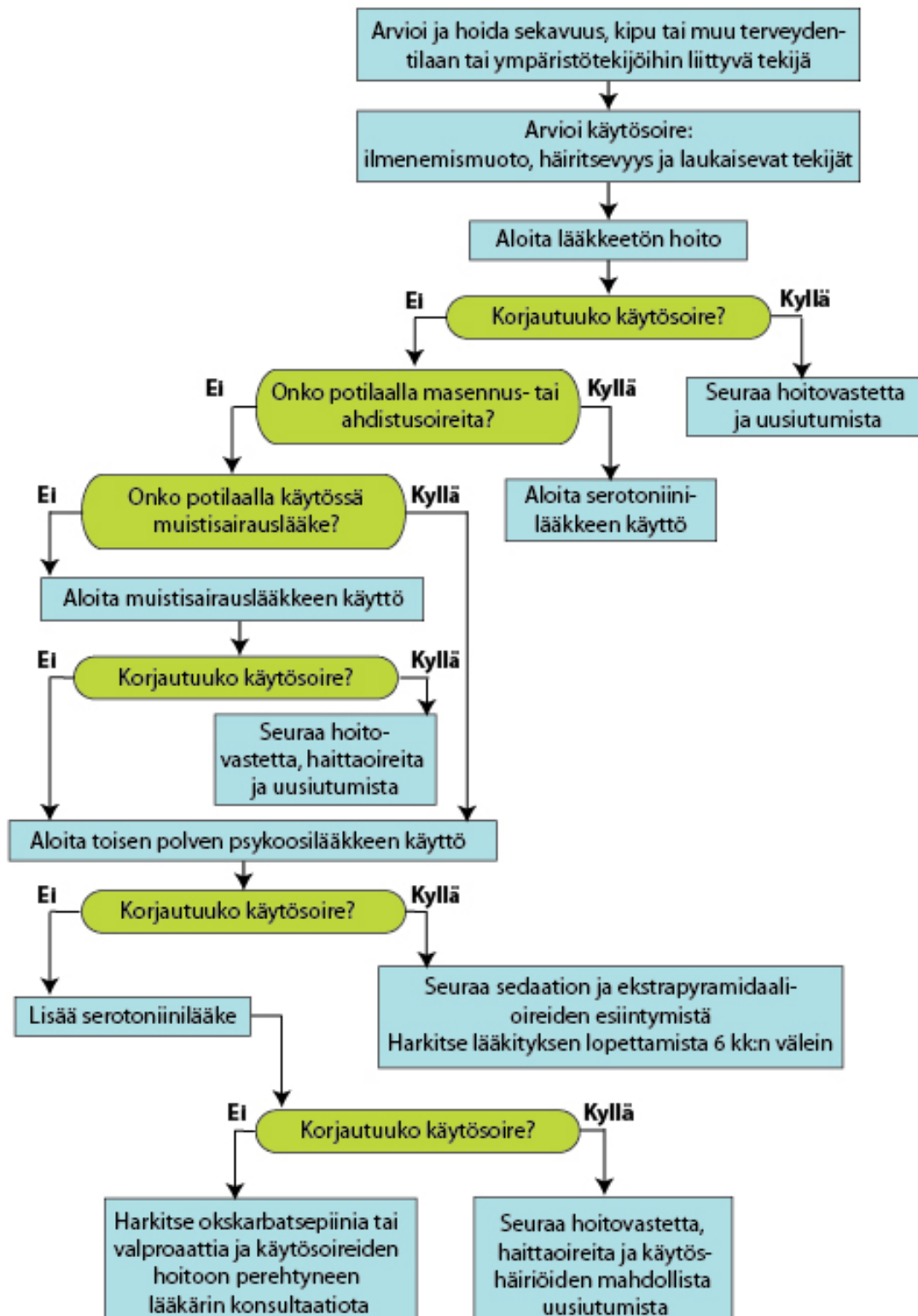
- Mascherona, I., Ferretti, M., Soldini, E., Biggioger, M., Maggioli, C., & Fontana, P. E. (2020). Essential oil therapy for the short-term treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia: a monocentric randomized pilot study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 33(8), 2251-2259.
- Maslow, A. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-394.
- Michalak, M. (2018). Aromatherapy and methods of applying essential oils. *Arch Physiother Glob Res*, 22(2), 25-31.
- Millán-Calenti, J., Lorenzo-López, L., Alonso-Búa, B., de Labra, C., González-Abraldes, I., & Maseda, A. (2016). Optimal nonpharmacological management of agitation in Alzheimer's disease: Challenges and solutions. *Clinical Interventions in Aging*, 11, 175-184.
- Minnesförbundet. (11.11.2021). *Muistiliiton liittovaltuusto: Henkilöstön määrä ei riitä takaamaan muistisairaalan laadukasta hoivaa vaan tarvitaan erityisosaamista*. Hämtat 19.4.2022 från Minnesförbundet:  
<https://www.muistiliitto.fi/fi/ajankohtaista/muistiliiton-liittovaltuusto-henkiloston-maara-ei-riita-takaamaan-muistisairaalan-laadukasta-hoivaa-vaan-tarvitaan-erityisosaamista>
- Minnesförbundet. (u.å.a). *Elämää muistisairauden kanssa*. Hämtat 17.4.2022 från Minnesförbundet:  
[https://www.muistiliitto.fi/application/files/8215/8088/7370/Elamaa\\_muistisairauden\\_kanssa\\_saavutettava\\_verkko.pdf](https://www.muistiliitto.fi/application/files/8215/8088/7370/Elamaa_muistisairauden_kanssa_saavutettava_verkko.pdf) 04 2022
- Minnesförbundet. (u.å.b). *Information och stöd*. Hämtat 17.4.2022 från Minnesförbundet:  
<https://www.muistiliitto.fi/sv/stod-och-tjanster/vard-och-rehabilitering/information-och-stod>
- Minnesförbundet. (u.å.c). *Min egen mapp*. Hämtat 19.4.2022 från  
[https://www.muistiliitto.fi/application/files/9714/9642/5040/Min\\_egen\\_map\\_-\\_Mina\\_minnen\\_och\\_tankar\\_om\\_livet.pdf](https://www.muistiliitto.fi/application/files/9714/9642/5040/Min_egen_map_-_Mina_minnen_och_tankar_om_livet.pdf)
- Minnesförbundet. (u.å.d). *Minneslotsen*. Hämtat 19.4.2022 från Minneslotsen:  
<https://www.muistiluotsi.fi/?sv>
- Mitchell, G., & Agnelli, J. (2015). Person-centred care for people with dementia: Kitwood reconsidered. *Nursing Standard*, 30(7), 46-50.
- National Center for Complementary and Integrative Health. (5.2019). Hämtat från Massage Therapy: What you need to know:  
<https://www.nccih.nih.gov/health/massage-therapy-what-you-need-to-know>
- Nobis, L., & Husain, M. (2018). Apathy in Alzheimer's disease. *Curr Opin Behav Sci*, 22, 7-13.
- Ooi, C., Yoon, P., How, C., & Poon, N. (2018). Managing challenging behaviours in dementia. *Singapore Medical Journal*, 59(10), 514-518.
- Owens, M. (2014). Remembering through music: Music therapy and dementia. *Age in Action*, 29(3), 1-5.
- Papunet. (2022). Hämtat 11.4.2022 från Papunet: <https://papunet.net>

- Rubiño, J., Gamundí, A., Akaarir, M., Canellas, F., Rial, R., & Nicolau, M. C. (2020). Bright Light Therapy and Circadian Cycles in Institutionalized Elders. *Front Neurosci*, *14*, 359.
- Sampaio, A., Marques-Aleixo, I., Seabra, A., & Carvalho, J. (2021). Physical exercise for individuals with dementia: potential benefits perceived by formal caregivers. *BMC Geriatrics*, *6*.
- Scales, K., Zimmermann, S., & Miller, S. J. (2018). Evidence-Based Nonpharmacological Practices to Address Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *The Gerontologist*, *28*(S1), 88-102.
- Schirani, A., & St. Louis, E. K. (2009). Illuminating Rationale and Uses for Light Therapy. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, *5*(2), 155-163.
- Sekiguchi, H., Iritani, S., & Fujita, K. (2017). Bright light therapy for sleep disturbance in dementia is most effective for mild to moderate Alzheimer's type dementia: a case series. *Psychogeriatrics*, *17*(5), 275-281.
- Skog, M. (2016). *Kommunikation & demenssjukdom - ökad förståelse i samtal och möten*. Stockholm: Gothia Fortbildning.
- Skog, M. (2019). *Detta är demens: Fakta om en utbildning*. Stockholm: Gothia Fortbildning.
- Skovdahl, K., & Edberg, A.-K. (2020). Hälsofrämjande aktiviteter. i A.-K. Edberg, *Att möta personer med demenssjukdom* (3:1 uppl., ss. 253-254). Lund: Studentlitteratur AB.
- Skovdahl, K., Kihlgren, M., & Blomqvist, K. (2020). Stöd för kommunikation. i A.-K. Edberg, & A.-K. Edberg (Red.), *Att möta personer med demenssjukdom* (ss. 266-269). Lund: Studentlitteratur AB.
- Starkstein, S., & Hayhow, B. (2019). Apathy in Dementia: Time to StandUp. *Am J Geriatr Psychiatry*, *27*(4), 406-407.
- Särkämö, T. (2018). Music for the ageing brain: Cognitive, emotional, social, and neural benefits of musical leisure activities in stroke and dementia. *Dementia*, *17*(6), 670-685.
- Särkämö, T. (2022). Singing the blues away: reduction of depression in dementia by recreational choir singing. *Lancet Healthy Longevity*, *3*(3), E124-E125.
- Taipale, H., Koponen, M., Tanskanen, A., Tolppanen, A.-M., Tiihonen, J., & Hartikainen, S. (2014). High prevalence of psychotropic drug use among persons with and without Alzheimer's disease in Finnish nationwide cohort. *European Neuropsychopharmacology*, *24*(11), 1729-1737.
- Tanila, H., Hiltunen, M., & Myllykangas, L. (2018). Alzheimerin taudin patofysiologia - mitä uutta? *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, *134*(24), 2511-2518.
- Taraldsen, K., Helbostad, J. L., & Saltvedt, I. (22.11.2016). Hämtat 12.3.2022 från Fysisk aktivitet vid demens: <http://www.fysss.se/wp-content/uploads/2017/09/Demens.pdf> den



- Ternström, M. (7.2013). *Fysisk aktivitet*. Hämtat 3.3.2022 från bpsd.se:  
[http://www.bpsd.se/wp-content/uploads/2012/02/1A0\\_fysisk\\_aktivitet\\_till\\_hemsidan\\_20131.pdf](http://www.bpsd.se/wp-content/uploads/2012/02/1A0_fysisk_aktivitet_till_hemsidan_20131.pdf)
- THL. (12.1.2022). *Muistisairaudet*. Hämtat 2.2.2022 från THL:  
<https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet>
- Trinkley, K., Strum, A., Porter, K., & Nahata, M. (2018). Efficacy and Safety of Atypical Antipsychotics for Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia Among Community Dwelling Adults. *Journal of Pharmacy Practice*, 33(1), 7-14.
- Unsplash. (u.å.). Hämtat 9.4.2022 från Unsplash: [www.unsplash.com](http://www.unsplash.com)
- Van der Flier, W., Skoog, I., Schneider, J., Pantoni, L., Mok, V., Chen, C., & Scheltens, P. (2018). Vascular cognitive impairment. *Nature Reviews*, 15(4), 18003.
- Väyrynen, H., Kruger, J., & Remes, A. (2018). Tunnistatko Lewyn kappale -taudin? *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 134(18), 1789-96.
- Wang, G., Gong, H., Albayrak, A., & Tischa, J. (2020). Personalising Management of Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia in Nursing Homes: Exploring the Synergy of Quantitative and Qualitative Data. *BioMed Research International*, Article ID 3920284, 1-16.
- Wijk, H. (2020). Den fysiska miljön som stöd för mötet och omvårdnadens genomförande. i A.-K. Edberg, *Att möta personer med demenssjukdom*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Vilkka, H., & Airaksinen, T. (2003). *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Zhu, C. W., Grossman, H. T., & Sano, M. (2019). Why Do They Just Sit? Apathy as a Core Symptom in Alzheimer's Disease. *Am J Geriatr Psychiatry*, 27(4), 395-405.

## God Medicinsk Praxis -riktlinjer



© Suomalainen Lääkäriseura Duodecim

(God medicinsk praxis, 2021)