

# Den fysiska boendemiljöns betydelse och främjandet av god livskvalitet för personer med demens

## – En systematisk litteraturstudie

Frank Östman

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildningen: Sjukskötare (YH)

Vasa 2019



## EXAMENSARBETE

Författare: Frank Östman

Utbildning och ort: Sjukskötare, Vasa

Handledare: Lena Sandén-Eriksson

Titel: Den fysiska miljöns betydelse och främjandet av god livskvalitet för personer med demens  
– En systematisk litteraturstudie

---

Datum: 8.5.2019

Sidantal: 46

Bilagor: 1

---

### Abstrakt

Syftet med denna systematiska litteraturstudie är att ta reda på vilka faktorer som starkast påverkar livskvalitet och välmående hos personer som insjuknat i demens. Vidare är syftet att undersöka hur man genom utformningen och planeringen av den fysiska boendemiljön kan stödja och främja en hög livskvalitet för demenssjuka personer på t.ex. ett åldrings-, stöd- eller demensboende. Examensarbetets frågeställningar är: Vad är det som gör att äldre personer med demens upplever livskvalitet och välmående i vardagen? Hur kan man förbättra dementa åldringars livskvalitet och välmående genom att anpassa faktorer i deras fysiska boendemiljö?

Som teoretisk utgångspunkt har skribenten valt att använda Aaron Antonovskys teori om ”Känsla av sammanhang” (KASAM), vilket utgör ett bra teoretiskt verktyg för att lättare förstå hur dementa påverkas av sin omgivning och boendemiljö. Det vetenskapliga materialet i studien består av referentgranskade artiklar som hittats via sökning i databaserna SAGE Pub, Emerald Insight, PubMed, Elsevier och Tandfonline. Artiklarna finns samlade i en översiktstabell i slutet av arbetet (Bilaga 1), och de har vidare blivit analyserade genom innehållsanalys.

I resultatet framkommer betydelsen av flera faktorer för livskvaliteten, t.ex. uppfyllandet av basala behov, självbestämmanderätt, frihet, integritet och trygghet, sociala relationer och meningsfulla aktiviteter. Vidare framkom att den fysiska boendemiljöns kvalitet överlag har en stor betydelse för dementas livskvalitet. T.ex. genom användning av vägledande design, hemmalik inredning och specialanpassad demensmiljö kan man påvisa en ökad livskvalitet, minskade neuropsykiatriska symptom och ökad social hälsa hos dementa.

---

Språk: Svenska

Nyckelord: Åldringsvård, Demens, Livskvalitet, Fysisk boendemiljö

---

# OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Frank Östman

Koulutus ja paikkakunta: Sairaanhoidaja, Vaasa

Ohjaaja: Lena Sandén-Eriksson

Nimike: Fyysisen elinympäristön merkitys ja dementiaa sairastavien ihmisten hyvän elämänlaadun edistäminen - Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

---

Päivämäärä: 8.5.2019

Sivumäärä: 46

Liitteet: 1

---

## Tiivistelmä

Tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on selvittää mitkä tekijät vaikuttavat eniten dementiaan sairastuneen ihmisen elämänlaatuun ja hyvinvointiin. Lisäksi tavoitteena on tutkia miten muotoilemalla ja suunnittelemalla fyysistä asuin ympäristöä esim. vanhainkodeissa, tukiasunnoissa tai dementia kodeissa voidaan tukea ja edesauttaa dementiasairaana ihmisen hyvää elämänlaatua. Opinnäytetyön kysymyksenasettelut ovat: Mitkä asiat vaikuttavat siihen, että dementiaan sairastuneet ikäihmiset kokevat elämänlaatua ja hyvinvointia arjessa? Miten voidaan muistisairaiden vanhusten elämänlaatua ja hyvinvointia parantaa mukauttamalla heidän fyysisen asuin ympäristönsä tekijöitä?

Teoreettisena lähtökohtana kirjoittaja on valinnut Aaron Antonovskyn teorian "Koherenssin tunne" (SOC/KASAM), mikä on oiva teoreettinen väline, jotta voimme paremmin ymmärtää lähiympäristön ja asuin ympäristön vaikutusta dementiaa sairastaviin ihmisiin. Tutkielman tieteellinen materiaali koostuu vertaisarvioituista artikkeleista, jotka löytyivät tietokannoista SAGE Pub, Emerald Insight, PubMed, Elsevier ja Tandfonline. Artikkelit on koottu yleiskatsaustaulukkoon työn lopussa (Liite 1), ja ne on lisäksi analysoitu sisällönanalyysillä.

Tuloksista käy ilmi monen eri asian merkitys elämänlaadulle, esim. perustarpeiden täyttyminen, itsemääräämisoikeus, vapaus, koskemattomuus ja turvallisuus, sosiaaliset suhteet ja mielekäs toiminta. Lisäksi käy ilmi, että fyysisen asuin ympäristön laadulla ylipäätensä on suuri merkitys dementiaa sairastavien elämänlaadulle. Käyttämällä esimerkiksi suuntaa-antavaa designia, kodinomaista sisustusta ja yksilöityä dementia ympäristöä pystyttiin osoittamaan kasvavaa elämänlaatua, vähempiä neuropsykiatrisia oireita ja lisääntyvää sosiaalista terveyttä dementiaa sairastavilla.

---

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Vanhustenhoito, Dementia, Elämänlaatu, Fyysinen elinympäristö

---

## **BACHELOR'S THESIS**

Author: Frank Östman

Degree Programme: Nurse, Vasa

Supervisor: Lena Sandén-Eriksson

Title: The importance of the physical living environment and the promotion of good quality of life for people with dementia - A systematic literature study

---

Date: 8.5.2019

Number of pages: 46

Appendices: 1

---

### **Abstract**

The aim of this systematic literature review is to examine the factors that most strongly affect the quality of life and well-being of people who suffer from dementia. Furthermore, the aim is to explore how the design and planning of the physical living environment can support and promote a high quality of life for people with dementia living in an elderly care facility, assisted living facility or dementia care residence. The research questions of the thesis are: What are the factors that make elderly people with dementia experience quality of life and well-being in everyday life? How can you improve the quality of life and well-being of demented elderly people by adapting factors in their physical living environment?

As the theoretical framework for this study, the writer has decided to use Aaron Antonovsky's theory of "Sense of coherence" (SOC), which forms a good theoretical tool for understanding how people with dementia are affected by their surroundings and living environment. The scientific material in the study consists of peer-reviewed articles found via search in the databases SAGE Pub, Emerald Insight, PubMed, Elsevier and Tandfonline. The articles, which have been compiled in an overview table at the end of the study (Appendice 1), have further been analysed through content analysis.

The results of this study show the importance of several factors for the quality of life, e.g. fulfilment of basic needs, self-determination, freedom, integrity and security, social relations and meaningful activities. Furthermore, it emerged that the quality of the physical living environment generally has a strong significance for the quality of life of people with dementia. E.g. through the use of guiding design, home-like interior design and a tailored dementia environment, one can demonstrate an increased quality of life, reduced neuropsychiatric symptoms and increased social health in people with dementia.

---

Language: Swedish

Keywords: Elderly care, Dementia, Quality of life, Physical living environment

---

# Innehållsförteckning

1 Inledning.....	1
2 Bakgrund .....	2
2.1 Allmänt om demens .....	2
2.2 Typer av Demens .....	2
2.3 Symptom vid Alzheimers.....	3
2.4 Uppkomsten av Alzheimers .....	4
2.5 Diagnostisering av Alzheimers .....	5
2.6 Behandling av Alzheimers .....	6
2.7 Förebyggande av Alzheimers.....	6
2.8 Tidigare forskning.....	7
3 Teoretisk utgångspunkt .....	7
3.1 Känsla av sammanhang – Sense of Coherence .....	9
3.1.1 Begriplighet (comprehensability) .....	10
3.1.2 Hanterbarhet (manageability) .....	10
3.1.3 Meningsfullhet (meaningfulness) .....	11
3.2 Sambandet mellan de tre komponenterna .....	11
3.3 Fördjupning.....	11
3.4 Exempel på användning av KASAM-teorin .....	12
4 Syfte och frågeställningar.....	12
5 Metodbeskrivning.....	13
5.1 Systematisk litteraturstudie som metod.....	13
5.2 Urval .....	14
5.3 Sökprocess .....	15
5.4 Innehållsanalys.....	15
5.5 Studiens genomförande.....	16
6 Etiska överväganden.....	16
7 Resultatredovisning .....	17
7.1 Grundläggande behov och involvering i de dagliga sysslorna .....	18
7.2 Frihet, trygghet och privatliv.....	19
7.3 Sociala faktorer .....	20
7.4 Meningsfulla aktiviteter .....	22
7.5 Arkitektoniska faktorer och neuropsykiatriska symptom.....	23
8 Diskussion .....	26
8.1 Resultatdiskussion.....	27
8.2 Metoddiskussion .....	30
8.3 Klinisk implikation och slutledning .....	32
Källförteckning.....	33

## Bilaga 1

## 1 Inledning

Människans välmående påverkas i hög grad av den fysiska, psykiska och sociala miljö hon vistas i. Det är därför kanske ännu mer intressant att fundera över hur vistelsemiljön påverkar en människa som insjuknat i demens och inte längre uppfattar omvärlden på samma sätt som en frisk människa.

Med detta examensarbete vill skribenten ta reda på vilka faktorer som starkast påverkar livskvaliteten och välmående hos personer som insjuknat i demens. Skribenten vill också undersöka hur man genom utformningen och planeringen av den fysiska boendemiljön kan stödja och främja en hög livskvalitet för demenssjuka personer på ett åldrings-, stöd- eller demensboende.

Examensarbetet är relevant på så sätt att antalet demensdiagnoser årligen ökar exponentiellt, inte bara i Finland och Europa, utan i hela världen. Detta betyder att behovet av kunskap, resurser och kostnader för planering och utförande av god demensvård kommer att öka enormt i framtiden.

Den finländska befolkningen blir i medeltal äldre, vilket även betyder att antalet personer med minnes- och demenssjukdomar såsom Alzheimers ökar. Enligt uppskattning finns det i Finland i dag ca 35 000 personer som lider av lindriga minnessjukdomar, 85 000 personer som lider av medelsvåra till svåra minnessjukdomar och ca 120 000 personer som lider av lindrigt försvagad kognitiv förmåga eller sjukdom. (THL, 2018).

Globalt sett fanns år 2010 ca 35,6 miljoner människor med diagnosen demens i hela världen. Det upptäcks hela 7,7 miljoner nya fall årligen, vilket statistiskt sett betyder att en person insjuknar i demens var fjärde sekund. Om denna utveckling fortsätter i samma takt beräknar man att det år 2050 kommer att finnas ca 115,4 miljoner dementa i världen. (WHO, 2012)

Hos finländare var år 2013, demens som dödsorsak, högst i hela EU i jämförelse med den totala befolkningmängden (stat.fi, 2016)

## **2 Bakgrund**

I detta kapitel redogörs för vad litteraturen säger om det ganska vida omfattande begreppet ”demens”, med en mer ingående beskrivning av Alzheimers sjukdom, vilket är den överlägset vanligaste förekommande typen av demens. Skribenten har valt att redogöra för demens i allmänhet, olika typer av demens, symptom vid Alzheimers, uppkomsten av Alzheimers samt behandling och förebyggande av Alzheimers. Till sist nämns även en tidigare finländsk studie som behandlar boendemiljöns inverkan på livskvalitet hos dementa inneboende.

### **2.1 Allmänt om demens**

Den medicinska definitionen för demens är en försämring av flera intellektuella funktioner vilket leder till en begränsning av individens sociala och yrkesmässiga funktioner. (Jaatinen & Raudasoja, 2004)

Demens är således inte en specifik sjukdom, utan snarare ett samlingsbegrepp för flera olika mentala symptom som uppkommer till följd av sjukdom som påverkar hjärnan och dess nervbanor. Exempel på sådana typiska symptom är glömska, problem med kommunikation och språk, koncentrationssvårigheter, problem med att tänka logiskt samt nedsatt bedömnings- och iakttagelseförmåga. Risken för att insjukna i demens ökar med stigande åldern, men trots detta hör demens inte till en frisk och normal åldringsprocess (Svenskt demenscentrum, 2017).

### **2.2 Typer av Demens**

Det finns många olika typer av demens, och dessa uppstår på olika sätt. Demens kan skilja sig i fråga om symptom och svårighetsgrad, men i de flesta fallen uppstår demens till följd av s.k. neurodegenerativa sjukdomar där hjärnceller bryts ner och dör. Till denna grupp av demens hör: Alzheimers, Lewy-body-demens, Frontallobsdemens samt demens till följd av Parkinsons- eller Huntingtons sjukdom.

Vid hjärt- och kärlsjukdomar såsom ateroskleros, stroke och hjärtinfarkt finns det risk för att patienten drabbas av syrebrist i hjärnan med hjärnskador som följd, varpå demensliknande symptom kan uppstå. I sådana fall talar man om s.k. vaskulär demens.

Även långt gångna infektionssjukdomar till följd av virus, bakterier, parasiter och prioner kan leda till hjärnskador med demens som följd, t.ex. Creutzfeldt-Jakobs sjukdom eller HIV/AIDS.

Demens kan också bero på en kemisk obalans i kroppen orsakad av ett toxin (t.ex. droger), undernäring eller metaboliska störningar. Till denna form av demens hör Wernicke-Korsakoffs-syndrom och leukodystrofi.

Det finns också ca 100 övriga kända sjukdomstillstånd som kan leda till tillfällig eller permanenta demensliknande symptom t.ex. hjärntumör, alkoholism, vitaminbrist, depression, sköldkörtelsjukdomar, bieffekter av medicin eller slag mot huvudet.

(Dementia Care Central, 2018)

## 2.3 Symptom vid Alzheimers

Alzheimers utgör den absolut vanligaste typen av demenssjukdom och förekommer i ungefär 60 till 70 procent av fallen. Alzheimers kännetecknas av minnesförlust, förvirring, emotionell instabilitet och förlust av mental förmåga. Sjukdomen är degenerativ vilket innebär att symptomen förvärras ju längre tiden går. Detta eftersom sjukdomen påverkar hjärnan, och allt fler hjärnceller dör ju längre sjukdomstiden fortskrider. (WHO, 2017).

De första tecknen på Alzheimers utgörs oftast av problem med minnet. Personen börjar glömma mer än bara personers namn och får allt större svårigheter med att hålla koll på t.ex. bilnycklar, plånboken, datum och händelser. Dessutom kan personen uppleva en nedsatt förmåga att uttrycka sig verbalt och att förstå andra (= **afasi**), ha svårigheter med att orientera sig i både kända och okända omgivningar, svårigheter med utförande av vissa rörelser såsom användning av köksapparater eller knäppning av skjortknappar (= **apraxi**). Vidare får personen problem med att göra snabba tankeassociationer och hjärnverksamheten blir långsammare. Även förmågan att hantera stress försämras. Denna första fas kan pågå under många år innan diagnosen faktiskt fastställs. Minnesluckor kan förekomma även hos friska personer och bero på annat än demens, t.ex. stress eller vitamin B12-brist. Därför är det svårt

att fastställa att det faktiskt rör sig om demens och inte något annat. Det kan också vara svårt att klargöra när demensen inträtt. (WHO, 2017)

Den andra fasen kännetecknas av att tidigare symptom blir allt tydligare och mer begränsande för individen. Personen upprepar sig också vid tal, och samma frågor och berättelser repeteras gång på gång. Personen glömmet saker konstant, har svårigheter att hitta ord, dagliga sysslor fungerar inte längre och användning av hushållsapparater kan vara mycket betungande. Personen tappar ofta bort sig t.o.m. i bekant miljö och behöver oftast hjälp med personlig vård. (WHO, 2017)

Den tredje och sista fasen av Alzheimers kännetecknas av inaktivitet och ett nästan totalt beroende av hjälp från andra. Minnesstörningarna är allvarliga och de fysiska tecknen och symptomen blir ännu mer uppenbara. Personen är omedveten om tid och plats, har svårt att känna igen släktingar och vänner, har svårt att gå och upplever ofta förändringar i beteendet som kan eskalera och inkludera aggression. (WHO, 2017)

## **2.4 Uppkomsten av Alzheimers**

Man vet att symptomen uppkommer till följd av skador på hjärncellerna med patologiska proteinansamlingar på hjärncellernas ytor som följd. Proteinansamlingarna består av s.k. beta-amyloider vilka rent kemiskt är mycket vidhäftande och med tiden klibbar dessa fast i varandra till en plack. Detta får till följd att nervsignaler blockeras, inflammation uppstår och kroppens eget immunförsvar förstör de avtrubbade nervcellerna till följd av en autoimmun respons.

Alzheimers är delvis en ärftlig sjukdom och flertalet riskgener är kopplade till ökad sannolikhet för insjuknande. Förutom riskgener finns även s.k. deterministiska gener som med 100% sannolikhet garanterar att man insjuknar senare i livet. Endast ca 1% av de som insjuknar bär på deterministiska gener. (Alzheimer's Association, 2017).

## 2.5 Diagnostisering av Alzheimers

Följande kriterier har satts upp av Världshälsoorganisationen (WHO) för att diagnosen **demens** (inte Alzheimers) skall kunna fastställas:

- 1. Försämrad minnesförmåga som påverkar dagliga aktiviteter, men inte så att det omöjliggör ett oberoende liv.*
- 2. Försämring av andra intellektuella funktioner och nedsatt förmåga att hantera information. (Både 1 och 2 måste finnas.)*
- 3. Man ska vara medveten om omgivningen alltså inte vid grumlat medvetande.*
- 4. Försämring av känslomässig kontroll och motivation eller en förändring i socialt beteende vilket visar sig som en känslomässig instabilitet, benägenhet för irritation, likgiltighet eller ohämmat socialt beteende.*
- 5. Symptomen i punkt 1 och 2 ska ha funnits i minst 6 månader. (WHO, 2017)*

Kriterierna ovan gäller även Alzheimers. För att kunna diagnosticera att det rör sig specifikt om Alzheimers och inte någon annan typ av demens krävs utlåtande av specialist i neuropsykiatri, baserat på klinisk undersökning och anamnes.

MMT/MMSE (Mini Mental Test/Mini Mental State Examination) är ett enkelt test med vilket man kan bedöma en persons minne och mentala förmåga. Testet tar mellan 5 och 10 minuter att utföra och kan användas för att undersöka personens förmåga att följa enkla kommandon, uppmärksamhet, beräkning, återkallelse, språk, samt tids- och rumsuppfattning.

Utöver MMSE innefattar en undersökning även test av t.ex. syn-, språk och känsel-funktioner. Alzheimerspecifika prov tas från blod och hjärn-/ryggmärgsvätska. Hjärnans koncentration av signalsubstanserna serotonin, dopamin, noradrenalin och acetylkolin är lägre än normalt hos en Alzheimersjuk person i jämförelse med en frisk individ.

Vid undersökning av sjuka hjärnceller i mikroskop kan man tydligt se plackbildning. Vid CT- eller MRI-undersökning av en Alzheimerpatients hjärna kan man påtagligt se hur hjärnbarken och hippocampus krympt ihop samtidigt som ventrikelhålrummen förstörats. (Alzheimer's Association, 2017).

## 2.6 Behandling av Alzheimers

Det finns ännu idag ingen behandlingsmetod för att bota Alzheimers eller helt stoppa sjukdomens framskridande, däremot finns det flera läkemedel och icke-farmakologiska behandlings- och terapimetoder som hjälper att förebygga symptomen. (Alzheimer's Association, 2017)

Exempel på klassiska typer av läkemedel som används vid Alzheimers är kolinesterashämmare (t.ex. Donepezil, Rivastigmin, Galantamin) och NMDA-receptorantagonister (t.ex. Memantin).

Tack vare de senaste årens forskningsframsteg finns dock idag flera potentiella läkemedelskandidater med "sjukdomsmodifierande effekt". De flesta är inriktade på att hämma produktion av B-amyloid, dess plackbildande effekt, eller öka kroppens förmåga att bryta ner och transportera bort placket från hjärnan. I praktiken innebär detta att sjukdomens förlopp direkt kunde stoppas. (Marcusson m.fl., 2011, s.77–83)

## 2.7 Förebyggande av Alzheimers

Liksom vid många andra sjukdomar spelar också livsstilen en stor roll för risken att insjukna. Primärprevention, dvs. förebyggande av sjukdomen innan den bryter ut är av stor betydelse eftersom inget direkt botemedel finns när man väl insjuknat i Alzheimers.

Riskfaktorer är t.ex. rökning, riklig alkoholkonsumtion, fetma och övervikt, högt blodtryck, högt kolesterol, diabetes, ensamhet, låg fysisk och kognitiv aktivitet samt depression. Även lågt intag av omega 3, antioxidanter, B-vitamin och spårämnen anses ha en viss inverkan. En del forskning finns som pekar på att ansamling av tungmetaller i kroppen, användning av NSAID-läkemedel och obalans i östrogennivåerna kan utgöra en riskfaktor för utveckling av Alzheimers. (Quinn. J, 2013, s.163–169)

Förebyggande faktorer är t.ex. regelbunden motion, mångsidig konsumtion av omega 3-fettsyror och antioxidanter, god utbildning samt mentalt stimulerande- och sociala aktiviteter. Även hormonersättande behandling har för kvinnor visat sig ha en viss skyddande effekt. (Kaypä Hoito, 2018)

## 2.8 Tidigare forskning

Vetenskapliga bevis som stöder tanken om att den fysiska omgivningen har en betydande roll för dementas välmående har ökat allt mer under de senaste åren. I en tidigare finländsk randomiserad kontrollerad studie (Topo m.fl., 2012) ville man utarbeta ett verktyg, ”Residential Care Environment Assessment” (RCEA), för utvärdering av den fysiska vårdmiljön i vilken dementa människor vistas. Studien utfördes under ca ett års tid, och under denna period samlade man in data från 10 olika vårdhem i södra Finland. Totalt deltog 135 inneboende dementa i studien.

Genom randomiserade kontrollerade interventioner och icke-farmakologiska metoder försökte man minska på beteendestörningar och psykologiska symptom hos de dementa inneboende, och samtidigt dokumenterade man effekten m.h.a. anteckningar, fotografering och användning av RCEA-verktyget. Uppföljning gjordes även efter 12 månader.

I studiens resultat framkom att det fanns många möjligheter till förbättring av vårdhemmen med tanke på vårdmiljö och personcentrerad vård. Förbättringar behövdes främst inom områdena ”komfort”, ”möjligheter till engagemang”, ”aktivitet” och ”uttryck av identitet”. Man kom också fram till att det fanns stora variationer mellan vårdhemmen, och att det i praktiken kunde vara svårt att uppnå förbättringarna t.o.m. under den ganska intensiva interventionsstudiens gång. (Topo m.fl., 2012)

## 3 Teoretisk utgångspunkt

Den teoretiska utgångspunkten i denna studie var den teoretiska modellen KASAM/SOC som är en förkortning av ”Känsla av sammanhang” (Engelska: Sense Of Coherence), vilken har utarbetats av den amerikanskfödde sociologen, filosofiemagistern och beteendevetaren Aaron Antonovsky (1923–1994). Antonovskys familj var judisk, och han var största tiden av sitt liv verksam i Israel där han bland annat undersökte hälsotillståndet hos kvinnor som överlevt förintelsen i Tyskland på 1930–40-talet.

I mötet med dessa kvinnor slogs han av hur en stor del av dem, nästan en tredjedel, var vid mycket god fysisk och psykisk hälsa trots allt de hade genomgått. Antonovsky ville försöka förklara hur detta föreföll sig och ställde frågan: ”Hur kommer det sig att människor som upplevt stress, påfrestningar och sjukdom ändå förblir vid- och upplever sig ha en god

hälsa?” Denna frågeställning ledde så småningom till det salutogena tankesättet och senare teorin KASAM.

För att ännu lättare förstå denna teori och varför den kom till bör man först förstå Antonovskys syn på människan och medicinsk vetenskap och hur hans synsätt skilde sig från den då rådande forskningsparadigmen.

Antonovsky ansåg att den dåtida medicinska vetenskapen var allt för **patogent** inriktad, dvs. allt för fokuserad på sjukdom och sjukdomsfaktorer. Läkarna och forskarna var alltså mest intresserade av att veta varför människor insjuknar och hur dessa sjukdomstillstånd skulle botas. Antonovsky ansåg att man istället borde tänka mer **salutogent**, dvs. fokusera mer på kartläggning av de faktorer som gör att en människa bibehåller sin hälsa och de faktorer som gör att hon orkar kämpa vidare när hon väl insjuknat eller stöter på motgångar och svårigheter i livet. Det var Antonovsky som först myntade ordet *salutogenes* ("hälsans ursprung"), vilket kommer från det latinska ordet *salus* = hälsa och det grekiska ordet *genesis* = början. (Antonovsky, 2005, s.29–34)

Antonovsky kritiserade också den dåvarande **reduktionistiska** människosynen där man delade in människor i organsystem, kategorier och diagnoser istället för att se till människan själv och de omkringliggande faktorerna i hennes liv. Antonovsky tänkte mer **holistiskt**. Han betonade helheten och menade att varje människa t.ex. har en unik livsstil och livshistoria, hon ingår i en viss kulturell grupp och har en viss ålder och kön. Antonovsky ansåg att sådana unika livsfaktorer samverkar och till stor del avgör en människas hälsa, samt hur hon möter och löser sina livs- och hälsoproblem.

Antonovsky värdesatte också betydelsen av människans självbestämmanderätt över sitt liv. Han såg människan som en självständig varelse som själv kan avgöra hur hon vill leva sitt liv och vad som är viktigt för henne. Fråntas människan denna möjlighet genom att andra bestämmer och kontrollerar henne reduceras hon till ett objekt, och hennes förmåga att uppleva mening i tillvaron försvinner. Således menade Antonovsky att självbestämmanderätten utgör en hörnsten i den friska individens liv, eftersom denna då har möjlighet att både acceptera och ta ansvar för de uppgifter, möjligheter och motgångar som livet innebär. (Antonovsky, 2005, s.9–23)

Många av Antonovskys tankar är för oss idag självklara och utgör en grundsten i de värden och principer som vår hälso- och sjukvård är uppbyggt på. Trots detta ansågs Antonovskys

tankar länge som allt för nytänkande och t.o.m. rebelliska. Han fick till en början ingen större uppmärksamhet av sina kollegor och kårmedlemmar (sociologerna).

(Tamm, 2012, s.205–227)

### 3.1 Känsla av sammanhang – Sense of Coherence

I mötet med de israeliska kvinnorna kom Antonovsky fram till en viktig slutsats; den s.k. känslan av sammanhang (KASAM) utgjorde i samtliga fall en betydande faktor i frågan om personernas hälsa och goda förmåga att hantera stressande situationer. Med andra ord: Ju större känsla av sammanhang en människa upplever, desto friskare och motståndskraftigare mot stress och ohälsa är hon. (Antonovsky, 1983)

Känsla av sammanhang (KASAM) definierades ursprungligen av Antonovsky på detta sätt:

*”Sense of coherence (SOC) is a global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic feeling of confidence that (1) the stimuli from one’s internal environments in the course of living are structured, predictable and explicable; (2) the resources are available to one to meet the demands posed by these stimuli; and (3) these demands are challenges, worthy of investment and engagement.”*

(Antonovsky, 1987)

Översatt till svenska:

*”Känslan av sammanhang är en global hållning som uttrycker i vilken utsträckning man har en genomträngande och varaktig men dynamisk känsla av tillit att (1) de stimuli som härrör från ens inre och yttre värld under livets gång är strukturerade, förutsägbara och begripliga, (2) de resurser som krävs för att man skall kunna möta de krav som dessa stimuli ställer på en finns tillgängliga, och (3) att dessa krav är utmaningar, värda investering och engagemang.”* (Antonovsky, 2005, s.46)

För att uppnå en stark känsla av sammanhang (KASAM) behövs alltså tre komponenter, vilka är: **begriplighet, hanterbarhet** och **meningsfullhet**

### 3.1.1 Begriplighet (comprehensability)

Begriplighet innebär att man förstår situationen man befinner sig i, dvs. det man upplever samt den information man ges och blir utsatt för skall vara begriplig och om möjligt förutsägbar.

Antonovsky delade in information i "information" och "brus". Information är tydlig, strukturerad, sammanhängande och begriplig vilket ökar känslan av begriplighet. Brus å andra sidan är otydligt, kaotiskt, slumpmässigt och obegripligt vilket har motsatt effekt. Människor som är bra på att förutspå, begripa och förklara händelser i livet upplever större KASAM. (Antonovsky, 1987)

Exempel: En anhörig ringer och ger ett tråkigt besked per telefon. Det blir mycket enklare att förstå och acceptera situationen om den som ger beskedet är tydlig, talar sammanhängande och ger svar på alla frågor man har. Hela situationen blir ännu begripligare om man dessutom var beredd på det tråkiga beskedet.

### 3.1.2 Hanterbarhet (manageability)

Hanterbarhet innebär att man upplever situationen som hanterlig, dvs. man har en känsla av kontroll trots att situationen kanske uppfattas som svår och ibland obegriplig.

Antonovsky definierade "hanterbarhet" som den grad till vilken en människa upplever att **resurser** står till hennes förfogande. Med dessa resurser kan hon sedan möta de utmaningar som situationen innebär. Resurser kan utgöras av många olika saker t.ex. egna kunskaper och färdigheter, andra människor eller tron på Gud. Människor som upplever att de har tillräckliga resurser kan hantera och kontrollera händelser i livet och upplever därmed större KASAM. (Antonovsky, 1987)

Det tråkiga beskedet innebär för personen i exemplet ovan en stor påfrestning både psykiskt och fysiskt. P.g.a. sina resurser i form av tidigare erfarenheter, stöd från anhöriga och sin tro lyckas personen trots detta kämpa vidare och hantera situationen utan att bli handlingsförlamad och psykiskt nedbruten. Personen förblir inte i ett sörjande tillstånd, utan hittar sätt att övervinna svårigheterna. Hon ser sig inte som ett offer som blivit orättvist behandlad av livet, utan inser istället att hon har möjligheten att klara av situationen.

### 3.1.3 Meningsfullhet (meaningfulness)

Meningsfullhet innebär att en person ser en mening med livet i stort, och att det känns meningsfullt att sätta tid och energi på åtminstone en del av de utmaningar hon möter. (Antonovsky, 1987)

Personen i exemplet ovan kanske har en hög känsla av meningsfullhet, och ser därför det tråkiga beskedet som en utmaning, en stärkande upplevelse eller som Guds vilja. Hon accepterar händelsen och ser en mening även i det tråkiga och svåra.

## 3.2 Sambandet mellan de tre komponenterna

Dessa tre komponenter kan förekomma i olika grad och kombinationer hos olika människor vid olika tidpunkter. Detta leder i sin tur till olika problem och copingstrategier.

Enligt Antonovsky själv var det intressantaste exemplet en människa som upplever en händelse i livet som både totalt obegripligt och omöjlig att hantera, men trots detta inte ger upp eftersom personen anser att det finns en mening med att fortsätta och att kämpa sig igenom svårigheterna. Personen gör då allt för att förstå situationen och lära sig att hantera den.

Detta till skillnad från en människa som både begriper situationen och anser att hon kan hantera den, men på grund av sin låga känsla av meningsfullhet inte förmår att agera eftersom det känns lönlöst. Antonovsky såg meningsfullhet som den viktigaste komponenten, eftersom den självständigt kan "hjälpa eller stjälpa" en människas KASAM. (Antonovsky, 2015, s. 42–62)

## 3.3 Fördjupning

Teorin är mycket omfattande och det är omöjligt att sammanfatta alla delar till en kort text. Här följer några saker som skribenten väljer att inte ta upp här men som ändå är värda att kort nämna.

- Man kan ytterligare dela in KASAM i **stark** eller **rigid** sådan.

- Man kan dela in de påfrestande händelserna i livet, s.k. **stressorer**, i **kroniska, livshändelser** och **dagliga**.
- KASAM kan mätas på olika sätt genom att ställa frågor till personen och poängsätta svaren enligt låg eller hög KASAM. (Tamm, 2012, 205–227)

### 3.4 Exempel på användning av KASAM-teorin

I en svensk studie som publicerades 2015 undersökte man livssituationen för personer i parförhållanden/familjer där den ena partnern insjuknat i demens. Syftet med studien var att poängsätta personerna på KASAM-skalan och jämföra de demenssjuka med sina respektive friska livskamrater samt eventuella, vuxna barn. Man ville också ta reda på vilka faktorer som ansågs bidra till ett meningsfullt, hanterbart och begripligt vardagsliv för personerna med tanke på demenssjukdomen.

Man kom bl.a. fram till att de demenssjuka i allmänhet hade högre KASAM-poäng än sina friska partners. De dementa ansåg att möjligheten att få umgås med personer som förstod dem gjorde deras liv mer begripligt och hanterbart.

Deras friska partners ansåg att lärandet och kunskapen om demens var till stor hjälp för att klara av att hantera och förstå vardagliga situationer. Personernas vuxna barn upplevde det som meningsfullt att få ta hand om sina sjuka föräldrar och de hade lite högre KASAM-poäng än sina friska, icke-dementa, föräldrar.

Man kom fram till att långsiktigt praktiskt stöd kompletterat med information och socialt stöd kan bidra till känslan av sammanhang hos dementa och deras anhöriga (Alm m.fl., 2015).

## 4 Syfte och frågeställningar

Syftet med detta examensarbete är att ta reda på vilka faktorer som främst påverkar livskvaliteten och måendet hos patienter med demensdiagnos såsom Alzheimers demens. Vidare vill skribenten undersöka hur man genom utformning och planering av den fysiska boendemiljön kan stödja och främja en hög livskvalitet för demenssjuka personer på ett åldrings-, stöd- eller demensboende.

Detta främst för att få en ökad förståelse för ämnet och i bästa fall komma fram till nya intressanta synvinklar rörande ämnet. Förhoppningsvis kommer examensarbetet att innehålla en sammanställning av sådan forskning som är färsk, relevant och intressant också för övriga läsare som önskar fördjupa sig i ämnet.

Frågeställningarna som examensarbetet utgått ifrån är alltså följande:

- Vad är det som gör att äldre personer med Alzheimers demens upplever livskvalitet och välmående i vardagen?
- Hur kan man förbättra dementa åldringars livskvalitet och välmående genom att anpassa faktorer i deras fysiska boendemiljö?

## **5 Metodbeskrivning**

Den metod som använts i examensarbetet är systematisk litteraturstudie, utgående från vetenskapliga artiklar vilka berör arbetets syfte och frågeställningar. En tydlig beskrivning av metod, urval och sökprocess är viktigt i en systematisk litteraturstudie, och därför presenteras dessa delar i detta kapitel.

### **5.1 Systematisk litteraturstudie som metod**

I en systematisk litteraturstudie utgår man från klart formulerade frågeställningar, vilka man försöker besvara enligt en noggrant uppgjord (systematisk) plan. Data som besvarar frågeställningarna består av vetenskapliga tidskriftsartiklar eller -rapporter inom ett valt område som redan publicerats. Dessa artiklar sammanställs, granskas kritiskt och analyseras sedan av den som utför den systematiska litteraturstudien. (Forsberg & Wengström, 2008, s.30–31)

Datainsamlingen går till på så sätt att man identifierar, väljer och analyserar den vetenskapliga litteraturen, vilken bör vara relevant, tillförlitlig och kvalitetsbedömd. Man bör förfina sökkriterierna på ett sådant sätt att väldigt få relevanta artiklar kvarstår när sökningen är gjord. Efter detta filtrerar man ytterligare bort svaga artiklar utgående från de minimi-kvalitetskrav man ställt upp. (Forsberg & Wengström, 2008, s.30–31)

Man kan sammanfatta de viktigaste delarna i en systematisk litteraturstudie enligt följande

- Man har en tydlig frågeställning som går att besvara.
- Man skräddarsyr informationssökningen så att alla relevanta artiklar hittas.
- Man har ställt upp tydliga inklusions-/exklusionskriterier som bestämmer vilka artiklar som används och vilka som filtrerats bort.
- Man presenterar varje utvald artikels metodval och resultat.
- Man presenterar de bortfiltrerade studierna och varför de exkluderats.
- Man genomför en tydlig analys av de valda artiklarna.
- Man redovisar alla delar i den systematiska litteraturstudien i form av en rapport innehållande syfte, frågor, metod, resultat, analys, konklusion och diskussion.

(Forsberg & Wengström, 2008, s.32)

## 5.2 Urval

Samtliga vetenskapliga artiklar som använts i denna systematiska litteraturstudie har hittats genom sökning i Finna. Artiklarna kunde hittas i databaserna SAGE Pub, NCBI PubMed, Emerald Insight, Elsevier och Tandfonline.

Inklusionskriterierna vid sökningen var enligt följande:

Artiklarna handlade på ett eller annat sätt om livskvalitet för dementa, och hur den fysiska boendemiljön påverkar livskvaliteten, välmående, humör, beteende eller ADL (Activities of Daily Living) för åldringar med lätt till svår demens, såsom Alzheimers demens.

Vidare ställdes följande krav på artiklarna: Endast referentgranskade artiklar (peer-reviewed articles) som publicerats år 2008 eller senare. Artiklarna fick vara publicerade var som helst i världen, men språket begränsades till enbart engelska. Den stora majoriteten av sökresultaten var dessutom redan engelskspråkiga artiklar. Både kvantitativa och kvalitativa artiklar togs med.

En stor del av sökresultaten var systematiska översiktsartiklar (systematic reviews), vilka gav goda idéer till nyckelord vid informationssökningsprocessen, men artiklarna i sig exkluderades från resultaten. Även dubletter förekom vid sökningen vilka exkluderades. De övriga artiklarnas titlar och abstrakt lästes igenom. En stor del exkluderades på basis av att de inte alls berörde ämnet, var forskningsplaner utan resultat, sammanfattningar av forskning, riktlinjer eller att de helt enkelt inte var tillräckligt relevanta i denna studie.

### 5.3 Sökprocess

Sökord som användes i olika kombinationer vid informationssökningsprocessen var följande: Alzheimer's disease, Alzheimer, Alzheimer\*, Dementia, Physical Environment, Living Environment, Built Environment, Physical Living Environment, Home Environment, Home, "Affected by environment", Health, ADL, Quality of life, QoL,

De sökordskombinationer som gav bäst resultat och slutligen användes var följande:

Sökvillkor: (Alla fält:Alzheimer\* AND Alla fält:"physical environment" AND Alla fält:"home" AND Alla fält:quality of life) gav 23 träffar

Sökvillkor: (Alla fält: Alzheimer\* AND Alla fält: "physical environment" AND Alla fält: "home" AND Alla fält: QoL) gav 86 träffar

Sammanlagt hittades 109 artiklar. De flesta av dessa exkluderades på basis av titeln och/eller abstraktet. Efter detta kvarstod 27 artiklar, vilka lästes igenom och 16 av dessa inkluderades och innehållet i dessa har beskrivits i studiens resultatdel.

### 5.4 Innehållsanalys

Innehållsanalys betyder i korthet att forskaren försöker presentera en stor mängd insamlat datamaterial på ett lättbegripligt, systematiskt och strukturerat sätt. Datamaterialet klassificeras så att man lättare kan identifiera olika mönster och teman, vilka används för att beskriva och kvantifiera olika fenomen. Det finns många sätt att göra innehållsanalys på, beroende på vilken typ av material man använt och vilka mål analysen har. Slutmålet är att få en djupare förståelse för det material man bearbetar, och därmed kunna organisera materialet till en lättförståelig helhet inför eventuell vidare tolkning. (Forsberg & Wengström, 2008, s.149–151)

Inom kvalitativ forskning använder man ofta ett s.k. induktivt tillvägagångssätt, vilket innebär att data i form av text eller observationer tolkas till en ny, egen teori. Vid deduktion utgår man däremot från en teori, genom vilken man väljer att tolka materialet. (Henricsson, 2013, s. 335)

## 5.5 Studiens genomförande

Skribenten har i denna studie samlat in vetenskapliga artiklar som tangerar studiens frågeställningar och syfte. Artiklarna lästes igenom och de viktigaste delarna i texten markerades. Väsentliga data såsom författare, artiklarnas namn, syfte, metod och resultat fördes sedan in i en typ av översiktstabell (Bilaga 1). Detta för att underlätta vidare analys.

De utvalda artiklarna har blivit analyserade genom innehållsanalysmetoden för att på så sätt försöka hitta svar på studiens frågeställningar. Mestadels kvantitativa, men även kvalitativa artiklar har använts.

Artiklarnas resultat lästes noga igenom och jämfördes för att kunna identifiera olika gemensamma mönster och teman. Vid genomgången av artiklarna skrevs olika *kodord* upp, vilket gjorde det enklare att vidare kategorisera artiklarna.

Vid granskning av artiklarnas resultat och jämförelse av kodorden kunde flertalet *underliggande teman* identifieras, vilka senare slogs ihop till *huvudteman*. Delar av de olika artiklarnas resultat gavs olika färgkoder, som arbetsredskap under arbetets gång, enligt vilket huvudtema det tillhörde. Totalt bildades fem (5) huvudteman vilka utgjorde huvudrubriker i resultatdelen.

## 6 Etiska överväganden

I alla litteraturstudier är det viktigt att vara objektiv, skriva sanningsenligt, hänvisa till upphovsmän av litterära verk och artiklar utan att plagiera. Det litterära materialet ska i sin tur ha god vetenskaplig kvalitet och presenteras på ett sådant sätt att resultaten inte kan misstolkas eller ge en felaktig bild av verkligheten. Det är ej heller lämpligt att använda föråldrad vetenskap eller artiklar som inte anses ha blivit producerade på ett etiskt korrekt sätt. Man bör välja studier som blivit granskade och fått tillstånd av etisk kommitté eller där noggranna etiska överväganden gjorts. Skribenten har under arbetets gång haft samtliga ovanstående överväganden i åtanke. (Forsberg & Wengström, 2008, s.77)

## 7 Resultatredovisning

I detta kapitel presenteras studiens resultat, dvs. det som framkom vid innehållsanalys av de kvantitativa och kvalitativa vetenskapliga artiklar som inkluderades vid informationssökningen.

De *underliggande teman* och *huvudteman (huvudrubriker)* som identifierades i de vetenskapliga artiklarna var följande:

- *Fungerande grundvård, Att få sina grundläggande behov tillfredsställda, God vårdkvalitet, Personalens kompetens, ADL*  
→ ***Grundläggande behov och involvering i de dagliga sysslorna***
- *Valfrihet, Integritet, Trygghet, Själständighet, Lugn och ro, Rörelsefrihet*  
→ ***Frihet, trygghet och privatliv***
- *Att känna tillhörighet, Gemenskap, Interaktion, Att få hjälpa andra, Anhöriga, Vänner, Medboende, Personalen*  
→ ***Sociala faktorer***
- *Sysselsättning, Aktiviteter, Intellektuell stimulans, Meningsfullhet, Arbetsuppgifter, Gruppaktiviteter, Andliga behov* → ***Meningsfulla aktiviteter***
- *Rumsplanering, Vägledande design, Hemmalik miljö, Stimulerande miljö, Förståelig miljö och Störande faktorer i miljön* → ***Arkitektoniska faktorer och neuropsykiatriska symptom***

## 7.1 Grundläggande behov och involvering i de dagliga sysslorna

*”Fungerande grundvård”, ”Att få sina grundläggande behov tillfredsställda, ”God Vårdkvalitet”, ”Personalens kompetens” och ”Möjlighet för personen med demens att själv kunna delta i de dagliga sysslorna (ADL) så mycket som möjligt”* var regelbundet förekommande underliggande teman i forskningsresultaten som tangerade varandra. En miljö som bidrar till en fungerande vardag där de basala behoven tillgodoses, grundvården fungerar och patientens egen involvering i de dagliga sysslorna uppmuntras kommer starkt att påverka livskvaliteten och välmående hos dementa.

Smit m.fl. (2013) utförde en kvantitativ studie (N = 57) där man ville undersöka dementa patienters deltagande i olika sysselsättningar och analyserade hur dessa sysselsättningar påverkade deras välmående. Som observationsverktyg använde man sig av *”Dementia Care Mapping”* (DMC). Man kunde bl.a. påvisa att dementas välmående i hög grad var beroende av basala saker såsom att få sina grundläggande behov tillfredsställda. Dagsrutiner såsom att sova, göra toalettbesök, äta och dricka utgjorde en stor del av de dementas vardag, och korrelerade dessutom starkt med ökat välmående. Även att på olika sätt få sköta om sig själv eller att få ta emot fysisk vård utgjorde viktiga faktorer som ökade välbefinnandet hos deltagarna i studien.

Detta resultat kan jämföras en annan studie av Fleming. m.fl. (2014) där man använde sig av regressionsanalys och data från tidigare studier (N = 275) och kunde fastställa att boendemiljöer som främjar de dementas egna involvering i alla typer av dagliga sysslor (ADL) utgjorde en positiv inverkan på livskvaliteten.

I en studie utförd av Yu m.fl. (2017) kunde man via enkäter (N = 242) identifiera sex (6) faktorer i den fysiska boendemiljön och tre (3) servicefaktorer som påverkade livskvaliteten hos dementa. De två allra viktigaste faktorerna var enligt studien servicefaktorerna *”Daglig vårdservice”* och *”Städservice”*, vilka starkt påverkade äldres livskvalitet både överlag samt på det fysiska, psykiska och sociala planet. En ren och städad miljö minskade dessutom risken för infektioner. *”Vårdservice”* innefattade cateringtjänster, livsmedelshygien, regelbunden daglig vård samt vård av funktionsförförhindrade äldre.

I en kvalitativ studie som utfördes av Stewart-Archer m.fl. (2016) ville man genom intervjuer beskriva hur dementa (N = 136) definierade livskvalitet och hur de ansåg att deras livskvalitet på stödboendet kunde förbättras. Livskvalitet innebar för deltagarna att vissa kriterier skulle uppfyllas. Ca 22% nämnde att *”Få grundläggande behov tillfredsställda”*

var en viktig del av livskvaliteten. Med detta menades t.ex. att få hjälp med grundhygien. Även att *"Självständigt kunna utföra sysslor och klara sig i vardagen med så litet hjälp som möjligt"* nämndes som viktigt utav 21 % av deltagarna.

## 7.2 Frihet, trygghet och privatliv

Forskningsresultaten tyder också på att huruvida den demenssjuka har möjlighet till självbestämmanderätt, att få röra sig fritt, känna sig trygg och ha rätt till privatliv starkt kommer att påverka dennes livskvalitet och välmående. Ord såsom *"Valfrihet"*, *"Integritet"*, *"Trygghet"*, *"Självständighet"*, *"Lugn och ro"* och *"Rörelsefrihet"* är underliggande teman som hittas i flera studier.

I den kvantitativa enkätstudien av Yu m.fl. (2017) kunde man via regressionsanalys konstatera att *"Barriärfri design"* utgjorde en stark faktor för ökad livskvalitet. Förklaringen var i studien att en lättåtkomlig, barriärfri miljö minskar risken för att äldre faller eller får blåmärken och skador, vilket säkerställer deras fysiska hälsa och säkerhet. Äldre människor som bor på vårdhem med barriärfri design är dessutom mycket mer benägna att röra sig i sina boenden, och aktivt socialisera, vilket i sin tur förbättrar de sociala relationerna och livskvaliteten.

Detta kan jämföras med resultatet i den explorativa kvantitativa studien av Smit m.fl. (2013) där det nämns att *"Vandra omkring"* var en sysselsättning som ökade välbefinnandet hos de dementa; en sysselsättning som förstås förhindras i en fysiskt begränsande, icke-barriärfri miljö.

I den kvalitativa studien (N = 12) av Moyle m.fl. (2015) nämns *"Bibehållandet av den personliga självständigheten"* som ett viktigt tema med tanke på livskvaliteten för de demenssjuka som intervjuades. Vidare framkom att *"Alldeles för strukturerade rutiner"* och *"Oförmåga att förändra sin situation"* var mycket stressande och påfrestande faktorer. Att däremot kunna *"Göra aktiva val i vardagen"* och *"Påverka sitt liv"* var något som uppskattades hos deltagarna. Många deltagare betonade hur viktigt det är att *"Vårdarna lyssnar och tar önskemål i beaktande"*.

I studien av Stewart-Archer m.fl. (2016) där 136 stycken dementa intervjuades angående *"Livskvalitet"* ansåg hela 25 % av dessa (N = 34) att *"Frihet"* var en viktig faktor med tanke

på livskvaliteten. *"Frihet"* var överlag det populäraste svarsalternativet och definierades som: *"En obegränsad vilja att göra vad jag vill, när jag vill, hur jag vill"*.

Även *"Självständighet"* (N = 28) dvs: *"Att behöva bara lite eller ingen hjälp alls"*, *"Att klara av ålderdomen själv"* och *"Fysiskt och mentalt lugn i tillvaron"* (N = 20) ansågs av deltagarna vara viktiga faktorer.

Slutligen framkom i den kvantitativa kohortstudien (N = 326) av Bicket m.fl. (2010) att miljömässiga förändringar som ökar möjligheten till privatliv för invånarna, såväl som ibruktagandet av samtals- och alarmknappar samt telefoner kan minska på uppvisade neuropsykiatriska symptom hos de dementa, såsom förvirring, aggression, vandrande, samtidigt som livskvaliteten ökar.

### 7.3 Sociala faktorer

*"Att känna tillhörighet"*, *"Gemenskap"*, *"Interaktion"*, *"Att få hjälpa andra"*, *"Anhöriga"*, *"Vänner"*, *"Medboende"*, *"Personalen"* är underliggande teman som dyker upp i flera av artiklarna. En fysisk boendemiljö som stöder möjligheten till olika former av socialisering och gemenskap kommer därför att påverka livskvaliteten och välmående i hög grad hos dementa.

Interaktion med andra utgjorde en stor del av vardagen för personer med lätt till svår demens i en studie (N = 57) som utfördes på 10 olika demensavdelningar (Smit m.fl., 2013). Man kunde i studien identifiera totalt 23 olika aktiviteter som ökade välbefinnandet hos de inneboende. *"Artikulation"*, dvs. att interagera med andra, var den aktivitet som deltagarna spenderade 3:e mest tid på (17,62%) näst efter *"Matintag"* (20,48%) och att *"Vara passivt involverad"* (18,39%). Artikulation utgjorde den 5:e mest välmående-ökande aktiviteten, och även i denna studie framkom tydligt att de deltagandes välmående sjönk när de blev uteslutna eller inte fick respons vid försök till social interaktion. (Smit m.fl., 2013).

Det sistnämnda stöds av resultatet i en annan, nyligen publicerad observationell studie (N = 115) där det framkom att ett ökat deltagande i olika sociala aktiviteter bland dementa korrelerade positivt med deras goda humör och välmående. Tvärtom fann man också att dementas humör försämrades när de försökte socialisera men inte fick respons. (Beerens m.fl., 2018).

När man i en annan kvalitativ studie intervjuade långtidsvårdtagande på ett demensboende (N = 12) framkom vikten av social interaktion med tanke på livskvaliteten. Exempelvis tyckte flera deltagare att ”*vänner*” hjälpte till att göra livet meningsfullt, och att ”*prata med människor*” gjorde dem lyckliga. När en av deltagarna blev tillfrågad vad hon ansåg vara dagens höjdpunkt gav hon följande svar:

*”Dagens höjdpunkt är när jag får prata med andra människor, och jag får höra deras klagomål och oro, och jag försöker ge dem goda råd, vad jag skulle göra om jag befann mig i deras sits... och de lyssnar på mig.”*

Det här exemplet tolkades i studien som att altruism, dvs. att tänka på och hjälpa sina medmänniskor har en positiv inverkan på livskvaliteten. Också familjens, andra boendes och personalens betydelse lyftes upp av de flesta som deltog. Att få spendera tid med sin fru, maka, make, sina barn och barnbarn ansågs som något mycket viktigt. Vissa ansåg t.o.m. att de medboende och personalen utgjorde en del av deras familj, eller åtminstone var goda vänner. (Moyle m.fl., 2015)

Att inte ha möjlighet att spendera tid med familjen, att p.g.a. sin minnessjukdom inte minnas vänner eller att förlora kamrater p.g.a. flytt eller dödsfall var däremot sådant som upplevdes som otrevligt/negativt. De flesta höll också med om att de gärna skulle vilja hinna prata mer med ”*den trevliga, men stressade personalen*”. (Moyle m.fl., 2015).

Familjens och vänners betydelse lyfts också upp i en tidigare nämnd studie (N =136) där 19% av de intervjuade deltagarna nämnde att ”*En engagerad familj*” och/eller ”*Vänner*” utgjorde bidragande faktorer till ökad livskvalitet. Regelbunden, meningsfull kontakt med familj och vänner uppskattades, men detta förhindrades ibland p.g.a. eget sjukdomstillstånd, vänners sjukdom och bortgång eller familjemedlemmarnas upptagenhet, vilket ansågs som beklämmande av deltagarna i studien. (Stewart-Archer m.fl., 2016).

Slutligen framkom också i den kvalitativa intervjustudien (N = 18) av Drageset m.fl. (2017) att ”*Tillhörighet och att bli erkänd av andra*” samt ”*Andlig närhet och samhörighet*” utgjorde viktiga faktorer för att äldre dementa skulle uppleva en känsla av mening och syfte i livet.

## 7.4 Meningsfulla aktiviteter

”Sysselsättning”, ”Aktiviteter”, ”Intellektuell stimulans”, ”Meningsfullhet”, ”Arbetsuppgifter”, ”Gruppaktiviteter”, ”Andliga behov” är underliggande teman som tillsammans grupperades i en kategori. En miljö som ger möjlighet till meningsfulla aktiviteter och främjar mental stimulans kan starkt kopplas till både livskvalitet och välmående bland dementa.

Högre livskvalitet hos dementa är direkt associerat med att bo i en miljö som ger möjligheter till att engagera sig i såväl själva miljön som i olika aktiviteter, vilket framkom ur en australiensisk kvantitativ studie (N = 275) som baserades på data från 35 olika vårdhem. Livskvaliteten definierades i studien enligt DEMQOL (proxy- och självrapportering), EAT och Barthel (Fleming m.fl., 2014).

Sysselsättningar som i en annan studie lyftes fram som speciellt välmående-framkallande hos dementa (N = 57) var att få ”Uttrycka sig”, ”Återkalla gamla minnen”, ”Utföra Arbetsuppgifter” och ”Erhålla intellektuell stimulans (t.ex. genom lekar/sällskapsspel)” där den sistnämnda aktiviteten utmärkte sig genom att den ledde till överlägset mest välmående utav alla 23 aktiviteter som identifierades i studien, men tidsmässigt var det den aktivitet som de deltagande sysslade med allra minst (0,05% av tiden). Detta kan t.ex. jämföras med ”Att sova/slumra” som rent tidsmässigt utgjorde 13,05% av aktiviteterna på boendet. Övriga viktiga sysselsättningar var t.ex. ”Religiösa aktiviteter” och ”Att få involvera sinnen” (Smit m.fl., 2013).

I intervjuer med dementa på vårdhem framkom vikten av att ”Ha någonting att göra” för att känna livskvalitet (Moyle m.fl. 2015). Aktiviteter behövde enligt deltagarna (N = 12) inte nödvändigtvis ske i grupp utan kunde också ske enskilt. Ungefär hälften av deltagarna nämnde att de uppskattade enskilda aktiviteter såsom ”Korsord”, ”Stickning”, ”Att sy”, ”Titta på TV/filmer” eller ”Lyssna på musik”. Flera av deltagarna var ense om hur viktigt det var att ha tillgång till bra dagstidningar och korsord. En av de intervjuade männen ansåg dock att korsorden de tilldelades på hemmet oftast var på tok för lätta eller rentav löjliga. Han kommenterade vidare:

*”De ger mig heller inte så värst många tidningar, eftersom de tror att jag är för ointelligent för att förstå dem”*

De gruppaktiviteter som oftast nämndes som viktiga var att få *"Gå på gudstjänst"* och *"Göra saker med familjen"*. Vidare betonade flera av deltagarna vikten av att personalen organiserar gruppaktiviteter på boendet så *"Att man inte bara lämnar att sitta framför TV:n"*. Till sist framkom också att alla är olika, och att man inte kan anpassa aktiviteter enligt allas önskemål. Inte alla ansåg att fler gruppaktiviteter skulle innebära ökad livskvalitet. (Moyle m.fl. 2015)

## 7.5 Arkitektoniska faktorer och neuropsykiatriska symptom

*"Rumsplanering"*, *"Vägledande design"*, *"Hemmalik miljö"*, *"Stimulerande miljö"*, *"Förståelig miljö"* och *"Störande faktorer i miljön"* är underliggande teman som tangerar varandra och som påverkar dementa både fysiskt, psykiskt och socialt.

Överlag kan man konstatera att en ökad kvalitet på den fysiska miljön korrelerar positivt med en ökad livskvalitet hos dementa. I den kvantitativa studien (N = 275) av Fleming m.fl. (2014) kunde man påvisa att kvaliteten på boendemiljön var viktigare för dementas livskvalitet än faktorer såsom ålder, längden på vårdtiden, civilstånd, kognitiv förmåga, medicinering och psykiska störningar. I studien mätte man livskvalitet genom DEMQOL/Barthel-poäng, och den fysiska miljöns kvalitet mättes genom användning av *"The Environmental Audit Tool"* (EAT) vilket bestod av 15 faktorer. Dessa var *"anläggningsunderhåll, renlighet, räckan, ringklocksknappar, ljusintensitet, bländande ljus, ljusjämnhet, längd på korridorer, hemmalik miljö, rumsautonomi, telefoner, taktill stimulering, visuell stimulering, privatliv och utomhusområde"*.

Liknande resultat finner man i en annan studie där det framkom att en högre kvalitet på livsmiljön i stödboendena verkade vara associerat med färre neuropsykiatriska symptom (NPS) och högre livskvalitet (QOL) hos de inneboende. Detta gällde speciellt för de inneboende utan demens, men eftersom många dementa i allmänhet lider av många neuropsykiatriska symptom, drog man slutsatsen att miljöpåverkan även har en signifikant, indirekt terapeutisk effekt på dementa inneboendes livskvalitet. (Bicket m.fl., 2010)

I en mindre observationell fallstudie (N = 6) kom man fram till att omplacering av dementa inneboende till en specialbyggd, hemmalik akut-demensavdelning (från en traditionell geriatrisk psykiatriavdelning) gav ett positivt utslag på de dementas humör och beteende.

Den hemmalika miljön var utformad enligt de senaste rönen för vad som utgör en god demensvårdsmiljö. (Mazzei m.fl., 2013)

Efter flytten spenderade de inneboende i medeltal 24 % mindre tid i sjukskötarens kansli, och mera tid i sina sovrum samt i matsalen. De spenderade också mera tid i de allmänna utrymmena och var mer benägna att aktivera sig i hushållsutrymmena. Antalet gånger som patienterna vandrade av och an per dag minskade överlag, men när de väl vandrade gjordes det i längre sessioner än tidigare. Patienterna isolerade sig också aningen mera, men överlag minskade patienternas oro och tendens att rycka i dörrhandtag. Patienterna reagerade dock olika på miljöombytet, och deras beteendemönster påverkades inte alltid på ett förutsägbart, linjärt sätt. (Mazzei m. fl. 2013)

Liknande resultat kom man fram till i en annan studie (N = 39) där man poängsatte dementas hälsa, humör och funktionsförmåga m.h.a. olika skalor (MMSE, GDS, Visual Analog Mood Scales, QoL-AD, TNI) innan och efter flytt hemifrån till en specialanpassad demensavdelning. Resultatet gav stöd för att förflyttningen från hemmet till demensavdelningen hade potential att påverka de dementas humör positivt utan att för den skull försämra livskvaliteten eller öka förekomsten av neuropsykiatriska symptom. De dementas humör påverkades i allmänhet positivt även om sjukdomen i övrigt fortskred och de kognitiva förmågorna försämrades under de 6 månader som studien fortskred (Springate m.fl., 2014)

Morgan-Brown m.fl. (2013) utförde en ögonblicksobservation där man under en 6-veckor lång period samlade in dagliga kvantitativa data från två irländska vårdinrättningar (N = 36) innan och efter renovering och implementering av hemmalik miljö. Syftet var att undersöka hur de dementas sysselsättningsgrad och sociala engagemang påverkades av miljön. Även i den studien kunde man påvisa att de inneboende spenderade mera tid i de allmänna utrymmena och var mer benägna att aktivera sig i hushållsutrymmena i de hemmalika vårdinrättningarna.

Wong m.fl. (2013) utförde en kvalitativ studie där man lät yrkespersoner inom vård och inomhusdesign med erfarenhet av demensvård bilda fokusgrupper (N = 36) och diskutera öppna frågor gällande demens och inomhusmiljö. Man kunde i studien identifiera 5 huvudfaktorer som påverkade dementas beteende och psykologiska symptom. Dessa var: ”Akustik” (i form av störande ljud från elapparater, delade högljudda rum, susande luftkonditionering, akustisk rumsbehandling), ”Ljussättning”, (i form av bländande lampor, alldeles för mörka rum, lite tillgång till naturligt dagsljus, irriterande ljusreflektioner i

fönster/speglar/golv), ”Temperatur” (i form av hetta på sommaren, och kyla på vintern), ”Luftfuktighet/ventilation” (i form av dålig inomhusluft, hög luftfuktighet, mögelbildning) samt ”Förändringar i miljön” (t.ex. förflyttning av möbler eller renovering, vilket gjorde att de dementa inte kände igen sig längre).

I en annan experimentstudie (N = 27) delade man in vårdpersonalen och dementa på 4 olika franska demensvårdsavdelningar i två olika fokusgrupper. På de två första avdelningarna använde vårdarna sina egna privata vardagskläder, och på de två andra avdelningarna användes vårduniform. I studien kom man fram till att det fanns en tydlig korrelation mellan vårdarnas användande av egna vardagskläder och uppmätt ökad livskvalitet hos de dementa (enligt mätning med QoL-Alzheimer’s Disease-skalan).

Vårdarna upptäckte att när de bar sina egna kläder kände de dementa lättare igen dem och gav ofta komplimanger om deras utseende. Vårdarna upplevde också att de dementa kommunicerade annorlunda med dem, var mindre krävande, mer självständiga och mer aktiva. Dessutom kände sig vårdarna mer bekväma med att bemöta, umgås med, och uppmuntra de dementa att delta i olika sysslor när de fick använda sina egna kläder.

De anhöriga förstod inte alltid till en början att vårdarna faktiskt var vårdare när de inte bar typisk vårduniform. Efter att de anhöriga fått detta klargjort för sig stärktes också vårdarnas kontakt till dem, eftersom kommunikationen kändes mer avslappnad och naturlig. (Charras & Gzil, 2013)

Marquardt & Schmieg (2009) ville i sin kvantitativa undersökning (N = 450) identifiera särdrag i den arkitektoniska designen på 30 olika äldreboenden och poängsätta dementa äldres förmåga att hitta rätt, röra sig och fungera självständigt i olika miljöer. Resultaten bekräftade att människor med ökad grad av demens blir alltmer beroende av en kompenserande boendemiljö. Man konstaterade bl.a. att användning av raka layouter i inomhusdesignen, t.ex. raka korridorer utan några förändringar i riktning gjorde stor skillnad på hurvida de dementa hittade rätt i sin omgivning. Denna effekt stärktes om de dementa oberoende av var man befann sig i boendet hade fri sikt till viktiga ”knutpunkter” såsom det egna rummet, köket och vardagsrummet. Däremot försämrades de dementas orienteringsförmåga om det fanns för många knutpunkter i boendet, dvs. fler än en matsal och fler än ett vardagsrum, eller om det på boendet fanns för många inneboende per vardagsrum. (Marquardt & Schmieg, 2009)

Nordin m.fl., (2017) utförde i sin kvantitativa studie en analys m.h.a. mätinstrumentet S-SCEAM för att hitta en association mellan boendemiljön och de inneboendes välmående på olika vårdhem. Man kom fram till att kognitivt stöd i den fysiska omgivningen utgjorde den viktigaste faktorn för en ökning i de inneboendes sociala välbefinnande.

Exempel på viktiga kognitiva stöd i boendemiljön som nämndes i forskningen var t.ex. *"Dörningång som kontrastmässigt sticker ut i omgivningen"*, *"En familjär, hemlik miljö"*, *"Vägvisande skyltar"*, *"Logiska, lättförståeliga rumslayouter"*, *"Till storleken små boenden"*, *"Icke-monoton miljö"* och *"Inredning med familjära möbler och fotografier i klientrum"*.

Socialt välbefinnande definierades i studien enligt "Pleasant Events Schedule-AD" (PES-AD) och innefattade hur ofta de dementa deltog i gemensamma sociala aktiviteter såsom att *"Lyssna på musik"*, *"Titta på TV"*, *"Äta middag tillsammans med vänner/familj"*, *"Åka på utflykt"* samt hur mycket de äldre uppskattade aktiviteterna enligt poängsättning.

I studien hittade man dock ingen signifikant association mellan den fysiska miljön och invånarnas psykologiska välbefinnande. Psykologiskt välbefinnande definierades i studien enligt "World Organization-5 Well-being index" (WHO-5).

## 8 Diskussion

I detta kapitel diskuteras studiens resultat och metod.

I resultatdiskussionen redogör skribenten för de viktigaste fynden som kom fram i resultatet samt argumenterar för och mot dessa. I metoddiskussionen lyfter skribenten fram styrkor och svagheter med studiens valda metod.

Frågeställningarna som examensarbetet utgått ifrån var alltså följande:

- Vad är det som gör att äldre personer med Alzheimers demens upplever livskvalitet och välmående i vardagen?
- Hur kan man förbättra dementa åldringars livskvalitet och välmående genom att anpassa faktorer i deras fysiska boendemiljö?

## 8.1 Resultatdiskussion

Utgående från de forskningsartiklar som använts i denna studie kan man dra slutsatsen att det inte finns en enda enkel definition på livskvalitet för dementa, eftersom det kan innebära olika saker beroende på vem man frågar, eller beroende på vilket kvantitativt mätinstrument man väljer att använda (t.ex. DemQOL, QoL-ALZ, Barthel, Dementia Care Mapping m.m.).

I forskningarna lyftes ändå många faktorer upp som tillsammans bidrar till ökad livskvalitet. Många av dessa faktorer kunde sägas vara allmänmänskliga grundbehov, av vilka de flesta skribenten inte anser signifikant avviker från vanliga människors grundbehov. Med andra ord: Mycket av det som i resultatet påvisades vara viktigt för livskvaliteten hos dementa gäller i hög grad också för friska människor, och en stor del av resultaten kunde också användas som grund i all evidensbaserad åldringsvård.

Alla människor är styrda av sina grundläggande, fysiologiska behov. Därtill styrs vi av vår vilja att uppleva en känsla av trygghet, gemenskap och meningsfullhet i vardagen. I forskningsresultaten, t.ex. i artiklarna av Smit m.fl. (2013) och Stewart-Archer m.fl. (2016) framkom att livskvaliteten i hög grad kommer att påverkas av huruvida dessa behov tillgodoses. I fråga om dementa personer är det dock inte längre givet att de klarar av att ta hand om sig själva och utföra dagliga sysslor såsom matlagning, påklädning, hygienrutiner, besöka toaletten, hitta till sin säng osv. En dement persons livskvalitet kan därför sägas vara direkt beroende av huruvida omgivningen stöder och upprätthåller personens återstående funktionsförmåga och individualitet. En god boendemiljö för dementa bör därför vara utformad på ett sådant sätt att de sviktande förmågorna hos den dementa kompenseras. ADL-förmågorna bör uppmuntras, stödjas och om möjligt främjas genom utformningen av boendemiljön genom implementering av olika typer av praktiskt och kognitivt stöd.

I vårdsammanhang gäller också att boendemiljön bör vara så praktiskt utformad som möjligt ur vårdpersonalens perspektiv. Det går kanske inte att kompensera en vårdares bristfälliga kompetens eller dåliga patientbemötande genom själva designen på vårdmiljön. Dock kunde man utgående från forskningsresultaten resonera som så, att en vårdmiljö som förenklar, försnabbar och effektiverar grundvården i slutändan leder till ökad livskvalitet hos de dementa. Dels genom att bättre kvalitet på grundvården och sjukvården direkt korrelerar med ökad livskvalitet, vilket t.ex. Yu m.fl. (2017) kunde påvisa i sin forskning, men en effektiverad och försnabbad vård innebär också att vårdpersonalen har mer tid över för

socialisering med klienterna och planering av aktiviteter på boendet, vilket i forskningarna framkom som andra viktiga faktorer med tanke på livskvalitet (Moyle m.fl., 2015).

Demensvård kan många gånger upplevas som både besvärligt, tids- och resurskrävande, vilket är helt förståeligt. Det är då lätt hänt att stressade vårdare försöker kontrollera situationen och få vårdarbetet att löpa snabbare genom att på fel sätt begränsa den demenssjukes frihet och självbestämmanderätt. Såsom t.ex. Yu m.fl. (2017), Smit m.fl. (2013) och Moyle m.fl. (2015) kunde påvisa i sina forskningar är detta ingen bra långsiktig lösning, eftersom dementa många gånger upplever detta som mycket kränkande och frihetsberövande. Det vore med tanke på detta viktigt att boendemiljön är utformad på så sätt att dementa kan röra sig och vandra omkring fritt utan att vårdarbetet störst, eller att de försätter sig själv eller andra i fara.

Att få utföra meningsfulla sysslor i vardagen var som tidigare nämnt en viktig faktor som framkom i flera av forskningarna. Fleming m.fl. (2014) nämnde t.ex. att en högre livskvalitet hos de dementa var associerat med möjligheten till att engagera sig i såväl själva miljön som i olika aktiviteter. Studien kunde användas som stödargument för att implementeringen av olika typer av specialanpassade aktivitetsrum för dementa vore en god idé vid framtida bygge av demensavdelningar. Dyliga aktivitetsrum skulle bl.a. innebära att de dementa fick möjligheten att röra sig fritt och engagera sig i miljön på ett stimulerande och säkert sätt, utan att vårdarbetet skulle störas på den övriga avdelningen.

Studien som påvisade den stora betydelsen av vårdarnas val av kläder var enligt skribenten väldigt intressant och tankeväckande. Att en sådan förefallande liten detalj som personalens klädsel kan ha en så stor inverkan inte bara på de dementa inneboendes livskvalitet, humör och beteende, utan också vårdarnas trivsel var fascinerande. Artikeln ger enligt skribenten stöd för att dyliga icke-farmakologiska, psykologiska metoder kan utgöra väldigt effektiva komplement till behandling av dementas neuropsykiatriska symptom och beteendestörningar med traditionell medicinering. (Charras & Gzil, 2013)

I denna studie användes Aaron Antonovskys KASAM-teori och salutogena modell som teoretisk utgångspunkt eftersom den i högsta grad kan användas som verktyg inom demensvård och för att lättare förstå hur man genom den fysiska boendemiljön kan påverka och stöda en person som lider av demens.

Demensvård utifrån ett **salutogent** synsätt innebär att man inte främst fokuserar på demenssjukdomen och symptomen, utan att man istället fokuserar på bibehållandet av

personens återstående hälsa och de faktorer som gör att denne orkar kämpa vidare och klara av vardagen trots sin sjukdom. Eftersom många typer av demens, t.ex. Alzheimer, i dagsläget inte kan botas eller reverseras är bibehållandet av funktionsförmågan av största vikt.

Antonovskys **holistiska** synsätt är också av stor betydelse vid bemötandet och vården av dementa. Han betonade som sagt helheten och menade att varje människas unika livsstil och livshistoria till stor del samverkar och avgör en människas hälsa, samt hur denna möter och löser sina livs- och hälsoproblem. Många dementa minns kanske inte riktigt sin livshistoria, vad de brukade tycka om förut, vilket yrke de haft eller vem de brukade umgås med innan de insjuknade. Då är det viktigt att personalen och anhöriga hjälper dem att minnas. Även genom implementering av kognitivt stöd i miljön kan man stödja en minnessjuk person, t.ex. i form av inredning som påminner dem om gamla hobbyer, eller fotografi på vänner och bekanta.

När man utformar en optimal demensboendemiljö ligger mycket av fokus på att försöka göra miljön så **begriplig** som möjlig, eftersom en demenssjuk inte uppfattar omvärlden på samma sätt som en frisk individ. Syftet med användningen av kognitivt stöd i omgivningen (såsom färggranna dörrposter, avlånga korridorer, synliga skyltar osv.) är således att göra miljön begripligare och lättare att navigera i.

Ytterligare är det viktigt att genom boendemiljön försöka förse den demenssjuke med praktiska medel att kunna **hantera** sin sjukdom och situation. På basis av forskningsresultaten kunde man t.ex. säga att alla faktorer som på något sätt stöder de demenssjukas involvering i de dagliga sysslorna och kompenserar de sviktande praktiska förmågorna kommer att leda till att individen upplever en ökad känsla av hanterbarhet och således KASAM.

Enligt Antonovsky utgjorde ändå **meningsfullhet** den viktigaste faktorn med tanke på upplevd KASAM, och för en person som är svårt demenssjuk är detta också kanske den enda faktor som är aktuell efter att sjukdomsinsikten och de praktiska ADL-förmågorna försvunnit helt, och personen är helt beroende av andras hjälp. Genom en hög upplevd känsla av meningsfullhet är det enligt Antonovsky ändå möjligt att leva ett liv med god livskvalitet.

## 8.2 Metoddiskussion

Fokus i denna studie låg på att identifiera de faktorer i boendemiljön som enligt forskningen verkar korrelera starkast med livskvalitet och välmående för dementa äldre. Dessa faktorer skulle antingen utgöra en direkt del av boendemiljön, eller helst gå att indirekt påverka genom utformningen av den fysiska boendemiljön. För att begränsa arbetet gjordes därför ett aktivt val att inte söka efter, och utesluta sådana artiklar som berörde faktorer som annars utgör mycket viktiga delar av god demensvård, exempelvis personalens bemötande, medicinering eller nutrition. Detta eftersom de inte direkt kunde kopplas till den fysiska miljöns utformning.

Studiens syfte var från allra första början att hitta vetenskapliga artiklar som specifikt berörde diagnosen ”Alzheimers demens”, men eftersom de flesta studier som hittades vid informationssökningen inte särskilde på olika typer av demensdiagnoser slopades detta kriterium, och alla artiklar som berörde ”demens” togs med. Eftersom den stora majoriteten av alla med demens statistiskt sett lider av just Alzheimers demens, och eftersom de flesta demensdiagnoser har mycket liknande symptom, kunde man ändå säga att resultaten är mycket trovärdiga med tanke på specifikt Alzheimers.

Studiens frågeställningar specificerades och omformulerades flera gånger under den tid som informationssökningen gjordes. Skribenten insåg i ett tidigt skede hur otroligt brett området var, och hur viktigt det var med tydliga, välformulerade frågeställningar vid val av olika sökordskombinationer. Detta för att antalet sökträffar inte skulle bli övermäktigt, men ändå ge relevanta resultat.

Den metod som användes i detta examensarbete, dvs. systematisk litteraturstudie, fungerade enligt skribenten väl för att hitta svar på frågeställningarna. Informationssökningen gjordes i februari 2018, och det slutliga urvalet av artiklar gjordes under en större del av studiens gång. Om skribenten hade använt andra kombinationer av sökord eller sökt i fler databaser hade ytterligare relevanta artiklar säkerligen kunnat hittas. Det kan också väl hända att nya relevanta forskningar gjorts sedan informationssökningen gjordes i februari 2018.

I fråga om de kvantitativa artiklar som presenterats i resultatdelen av detta examensarbete är det värt att nämna att skribenten använt sig av den skrivna textdelen i artiklarna, dvs. forskarnas skriftliga förklaring på vad deras siffermässiga mätdata visade i studierna. Detta för att möjliggöra innehållsanalys av resultatet i examensarbetet. Orsaken till att både

kvalitativa och kvantitativa artiklar användes i examensarbetet var för att skribenten ansåg att dessa kompletterade varandra, samt att det skulle ha inneburit en onödig självbegränsning att enbart hålla sig till t.ex. kvalitativa artiklar.

Syftet med examensarbeten överlag, precis som vid all forskning, är att på olika sätt hitta ny kunskap genom tolkning av t.ex. tidigare inbringad kunskap, mätningar och observationer. Eftersom tolkning kan göras på många sätt behöver forskaren motivera sina tolkningar, granska sin studie kritiskt och visa på trovärdighet i sina resultat. Det finns olika sätt att bedöma en studies trovärdighet i vilken man använt sig av kvalitativ innehållsanalys, t.ex. genom att urskilja ”*Den röda tråden*” vilken bör löpa genom hela arbetet och logiskt koppla samman bakgrund, syfte, metod, resultat, diskussion och slutsats. Trovärdighet handlar alltså om hur väl och noggrant forskaren beskrivit och utfört sin studie. För att närmare beskriva en artikels kvalitet och trovärdighet talar man ofta om begrepp såsom giltighet, rimlighet, relevans, meningsfullhet, överförbarhet och tillförlitlighet (Höglund-Nielsen & Granskär, 2017, s.146–149)

Skribenten har i denna studie försökt att hitta vetenskapliga artiklar, exkluderat irrelevant data och systematiskt kategoriserat och presenterat data i resultatet. Samtliga artiklar var referentgranskade artiklar, varav de allra flesta var från åren 2013–2017, och den äldsta från 2009. Skribenten anser att de artiklar som användes inte var föråldrade, utan utgjorde information som är högst relevant i dagsläget. En del artiklar var definitivt mer trovärdiga än andra pga. t.ex. deltagarantal och metod, men tillsammans gav de, enligt skribenten, en övergripande och trovärdig bild över ämnet i fråga. Skribenten har efter bästa förmåga försökt att återge artiklarnas resultat så exakt och objektivt som möjligt, utan att låta resultatet färgas av egna subjektiva åsikter eller feltolkningar. Även i resultatdiskussionen har skribenten försökt diskutera och tolka artiklarna på ett trovärdigt och rimligt sätt, samt försökt ansluta resultatet till den teoretiska bakgrunden.

Tidigare i resultatdiskussionen framkom att skribenten anser att en stor del av resultaten kunde användas som grund, inte bara inom demensvård, utan också i all evidensbaserad åldringsvård. Med andra ord anser skribenten att resultaten i hög grad är överförbara till andra vårdsituationer än vad som specifikt framkom i studierna. Detta examensarbete är kanske inte meningsfullt på så vis att det tillför någonting revolutionerande nytt till områdena ”demensvård” eller ”planering av boendemiljöer”, men det kan ändå sägas vara meningsfullt på så vis att det lyfter upp ett betydelsefullt ämne, fördjupar förståelsen av den kunskap som redan finns och ger stöd för att vidare forskning i ämnet är en god idé.

I flera av forskningsartiklarna utgjorde äldre kvinnor en majoritet av de som deltog i studierna. Man kunde förstås diskutera om resultaten i studierna skilt sig ifall könskvoten varit mer jämn, eller om män istället utgjort största delen av deltagarna procentuellt. Skribenten anser ändå att resultaten är högst relevanta för både kvinnor och män och går att applicera på bägge könen.

En orsak till att detta examensarbete utfördes som en systematisk litteraturstudie och inte som t.ex. kvalitativ intervjustudie eller enkätstudie var att skribenten antog att intervjuer med dementa personer skulle utgöra en alltför tidskrävande och svår process, och i slutändan inte leda till trovärdiga, goda resultat. Många av de artiklar som användes i arbetet var trots allt sådana där dylika kvalitativa metoder hade använts med gott resultat. Detta visar på att intervjuer med dementa personer inte bara är möjligt, utan är viktigt med tanke på framtida forskning som görs. Många har säkert den förutfattade meningen att dementa personer inte förmår att själva uttrycka sina åsikter och känslor, och att man istället bör vända sig till anhöriga för intervju, eller använda sig av objektiva kvantitativa metoder vid forskning, men så är inte realiteten enligt skribenten.

En svaghet med denna studie kunde sägas vara att det i resultatet inte framkommer vilken typ av demens, eller vilken grad av demens de deltagande i studierna hade, eftersom skillnaden mellan lätt-, medelsvår-, och svår demens ibland är avgörande.

### **8.3 Klinisk implikation och slutledning**

Det finns med tanke på befintliga vetenskapliga bevis definitivt goda skäl till att fortsätta vidareutveckla kunskapen om den fysiska vårdmiljöns betydelse för livskvalitet och hälsa, inte bara inom demensvård, utan inom all långtids- och åldringsvård. Effektiv planering och användning av vårdmiljöer utgör potentiellt ett mycket effektivt verktyg i kampen mot de framtida utmaningar som en åldrande befolkning och exponentiellt ökande antal demensdiagnoser utgör. En vårdmiljö som leder till bättre vård, patienters ökade välmående och minskade neuropsykiatriska symptom leder också potentiellt i slutändan till minskat behov av medicinering, minskad vårdtyngd, mindre antal sjukskrivningar pga. stress bland personal, och potentiellt minskade vårdkostnader på sikt. En effektiv och väl designad vårdmiljö är kanske inte alltid nödvändigtvis dyrare att bygga än en konventionell sådan, men kräver noggrann planering.

## Källförteckning

Alm, A.K., Hägglund, P., Karl-Gustaf, N. and Ove, H. (2015) *Sense of Coherence in Persons with De-mentia and Their Next of Kin—A Mixed-Method Study*. *Open Journal of Nursing*, 5, s. 490–499.

Antonovsky, A., 1983. *The sense of coherence: Development of a research instrument*. San Fransisco: Jossey-Bass Publishers.

Antonovsky, A., 1987. *Unravelling the mystery of health*. San Fransisco: Jossey-Bass Publishers.

Alzheimer's Association., 2017. *What is dementia?* [Online]

<https://www.alz.org/what-is-dementAia.asp> [hämtat: 13.11.2017].

Beerens, H.C., Zwakhalen, S.M.G., Verbeek, H., Tan, F.E.S., Jolani, S., Downs, M., de Boer, B., Ruwaard, D. & Hamers, J.P.H., 2018. The relation between mood, activity, and interaction in long-term dementia care. *Aging & Mental Health*, 22(1), s. 26–32.

Bicket, M.C., Samus, Q.M., McNabney, M., Onyike, C.U., Mayer, L.S., Brandt, J., Rabins, P., Lyketsos, C. & Rosenblatt, A., 2010. The physical environment influences neuropsychiatric symptoms and other outcomes in assisted living residents. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(10), s. 1044–1054.

Charras, K. & Gzil, F., 2013. Judging a Book by Its Cover: Uniforms and Quality of Life in Special Care Units for People With Dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*®, 28(5), s. 450–458.

Dementia Care Central., 2018. *What are the Risk Factors and Causes of Alzheimer's Disease and Other Related Dementias?* [Online]

<https://www.dementiacarecentral.com/aboutdementia/facts/causes/> [hämtat 2.4.2018]

Drageset, J., Haugan, G. & Tranvåg, O., 2017. Crucial aspects promoting meaning and purpose in life: Perceptions of nursing home residents. *BMC Geriatrics*, 17(1).

Fleming, R., Goodenough, B., Low, L.F., Chenoweth, L. & Brodaty, H., 2016. The relationship between the quality of the built environment and the quality of life of people with dementia in residential care. *Dementia*, 15(4), s. 663–680.

God medicinsk praxis, *Minnessjukdomar*, 2018. [Online]

<http://www.kaypahoito.fi/web/svenska/rekommendationer/rekommendation?id=gvr00014#s1>

[hämtat 2.3.2019]

Höglund-Nielsen, B. & Granskär, M., 2017. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (3. Uppl.). Lund: Studentlitteratur., s. 146–149

Jaatinen, T. & Raudasoja, J., 2004. *Kansamme taudit*. (3. uppl.). Tammerfors 2011: Juvenes Print., s. 262–266.

Leung, M.Y., Chan, I.Y.S. & Olomolaiye, P., 2013. Relationships between facility management, risks and health of elderly in care and attention homes. *Facilities*, 31(13/14), s. 659–680.

Marcusson, J., Blennow, K., Skoog, I., Wallin, A. & Röhl, A., 2011. *Alzheimers sjukdom och andra kognitiva sjukdomar* (3., [omarb. och utök.] uppl.). Stockholm: Liber., s. 77–83

Marquardt, G. & Schmiege, P., 2009. Dementia-Friendly Architecture: Environments That Facilitate Wayfinding in Nursing Homes. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*®, 24(4), s. 333–340.

Mazzei, F., Gillan, R. & Cloutier, D., 2014. Exploring the Influence of Environment on the Spatial Behavior of Older Adults in a Purpose-Built Acute Care Dementia Unit. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*®, 29(4), s. 311–319.

Morgan-Brown, M., Newton, R. & Ormerod, M., 2013. Engaging life in two Irish nursing home units for people with dementia: Quantitative comparisons before and after implementing household environments. *Aging & Mental Health*, 17(1), s. 57–65.

Moyle, W., Fetherstonhaugh, D., Greben, M., Beattie, E. & AusQoL group., 2015. Influencers on quality of life as reported by people living with dementia in long-term care: A descriptive exploratory approach. *BMC Geriatrics*, 15(50).

Nordin, S., McKee, K., Wijk, H. & Elf, M., 2017. The association between the physical environment and the well-being of older people in residential care facilities: A multilevel analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 73(12), s. 2942–2952.

Official Statistics of Finland (OSF), 2016. *Causes of death*. [Online]

[https://www.stat.fi/til/ksyyt/2015/ksyyt\\_2015\\_2016-12-30\\_kat\\_003\\_en.html](https://www.stat.fi/til/ksyyt/2015/ksyyt_2015_2016-12-30_kat_003_en.html)

[hämtat 20.4.2018]

Quinn, J., 2013. *Dementia*. Wiley. s. 163–169

Springate, B.A., Talwar, A.K. & Tremont, G., 2014. Effects of an Assisted Living Facility Specifically Designed for Individuals with Memory Disorders: A Pilot Study. *Journal of Housing For the Elderly*, 28(4), s. 399–409.

Smit, D., Willemse, B., de Lange, J. & Pot, A.M., 2014. Wellbeing-enhancing occupation and organizational and environmental contributors in long-term dementia care facilities: An explorative study. *International Psychogeriatrics*, 26(1), s. 69–80.

Stewart-Archer, L.A., Afghani, A., Toyne, C.M. & Gomez, F.A., 2016. Subjective quality of life of those 65 years and older experiencing dementia. *Dementia*, 15(6), s. 1716–1736.

Svenskt Demenscentrum., 2013. *Demenssjukdomar, faktablad från Svenskt Demenscentrum* [Online] [http://www.demenscentrum.se/globalassets/faktablad\\_pdf/fakta\\_demens\\_low.pdf](http://www.demenscentrum.se/globalassets/faktablad_pdf/fakta_demens_low.pdf) [hämtat: 13.11.2017].

Tamm, M., 2012. *Psykosociala teorier vid hälsa och sjukdom*. (3. Uppl.) Lund: Studentlitteratur AB., s. 162–168, 205–227

THL, *Minnessjukdomar*, 2015. [Online]

<https://www.thl.fi/sv/web/folksjukdomar/minnessjukdomar> [hämtat 20.4.2018]

Topo, P., Kotilainen, H. & Eloniemi-Sulkava, U., 2012. Affordances of the Care Environment for People with Dementia - An Assessment Study. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 5(4), s. 118-138.

WHO, 2017a. *Dementia* [Online]

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/> [hämtat: 14.11.2017].

WHO, 2017b. *Dementia facts sheets* [Online]

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia> [hämtat 23.4.2018]

WHO, 2012. *Dementia – a public health priority*. [Online]

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf)

[hämtat 20.4.2018]

Wong, J.K.W., Skitmore, M., Buys, L. & Wang, K., 2014. The effects of the indoor environment of residential care homes on dementia suffers in Hong Kong: A critical incident technique approach. *Building and Environment*, 73(C), s. 32-39.

Yu, J., Ma, G. & Jiang, X., 2017. Impact of the built environment and care services within rural nursing homes in China on quality of life for elderly residents. *Engineering, Construction and Architectural Management*, 24(6), s. 1170–1183.

## Bilaga 1 - Artikelöversiktstabell

Tidskrift Volym Sidnummer Databas	Författare Titel Årtal	Syfte	Design Metod Antal respondenter	Resultat
<p><i>Dementia</i>, 15(4), s. 663– 680.</p> <p>SAGE Pub</p>	<p><b>Fleming, Goodenough, Low, Chenoweth, Brodaty</b></p> <p>The relationship between the quality of the built environment and the quality of life of people with dementia in residential care (2014)</p>	<p>Syftet med studien var att hitta och beskriva förhållandet mellan livskvaliteten (QoL) för dementa och kvaliteten på deras boendemiljö, baserat på tidigare forskning.</p>	<p>Kvantitativ studie: Linjär regression av variabler som använts i tidigare studier och som är associerade med livskvaliteten för dementa samt kvaliteten på livsmiljön. (DEMQOL/EAT/Barthel)</p> <p>Data insamlad från 275 olika personer som bodde på 35 olika vårdhem i Sydney, Australien.</p> <p>N = 275</p>	<p>Det fanns en mycket stark positiv korrelation mellan ökad kvalitet (QoL) på livsmiljön och ökad livskvalitet hos dementa.</p> <p>Kvaliteten på boendemiljön var enligt studien viktigare för livskvaliteten än faktorer såsom ålder, längden på vårdtiden, civilstånd, kognitiv förmåga, medicinering och psykiska störningar.</p> <p>Högre livskvalitet hos de dementa var associerat med att bo i en miljö som innebar möjligheter att engagera sig i såväl själva miljön som i olika aktiviteter.</p> <p>En välbekant miljö som främjade integritet, social interaktion och involvering i ADL utgjorde en positiv inverkan på livskvaliteten.</p>

<p><i>Engineering, Construction and Architectural Management</i>, 24(6), s. 1170–1183.</p> <p>Emerald Insight</p>	<p><b>Yu, Ma, Jiang</b></p> <p>Impact of the built environment and care services within rural nursing homes in China on quality of life for elderly residents (2017)</p>	<p>Syftet var att undersöka den byggda miljöns och vårdservicens betydelse för livskvaliteten hos äldre bosatta i ålderdomshem på landsbygden i Kina.</p>	<p>Kvantitativ enkätstudie där 242 patienter på vårdhem deltog. Frågorna berörde klienternas och vårdhemmens bakgrund, vårdservice, boendemiljön och livskvalitet. Kvantitativa data analyserades genom faktoranalys, reliabilitetstest och multipel regressionsmodellering.</p> <p>N = 242</p>	<p>Man hittade 6 faktorer i den fysiska boendemiljön (avstånd mellan rummen, storleken på rum, barriärfri design, inomhusmiljö, brandsäkerhet och stödboende) varav de 4 förstnämnda direkt påverkade livskvaliteten hos äldre.</p> <p>Man hittade 3 servicefaktorer (daglig vårdservice, städservice och hälsovårdsservice) varav de 2 förstnämnda direkt påverkade livskvaliteten hos de äldre.</p>
<p><i>Aging &amp; Mental Health</i>, 22(1), s. 26–32</p> <p>NCBI PubMed</p>	<p><b>Beerens, Zwakhalen, Verbeek, Tan, Jolani, Downs, de Boer, Ruwaard, Hamers</b></p> <p>The relationship between mood, activity and interaction in long-term dementia care. (2018)</p>	<p>Syftet var att identifiera sambandet mellan humör, aktivitet, engagemang, plats under aktiviteter och social interaktion i vardagen hos dementa som bor på långtids-vårdhem.</p>	<p>Kvantitativ, observationell studie där man gjorde 84 tillfälliga bedömningar av deltagarnas humör och jämförde dessa med engagemang i aktiviteter, plats under aktiviteten samt social interaktion.</p> <p>N = 115</p>	<p>Det fanns en positiv korrelation mellan dementas goda humör och deltagandet i olika aktiviteter/sociala sammanhang.</p> <p>De dementas humör försämrades när de försökte socialisera men inte fick respons.</p>

<p><i>American Journal of Alzheimer's Disease &amp; Other Dementias</i>®, 29(4), s. 311–319.</p> <p>SAGE Pub</p>	<p><b>Mazzei, Gillan, Cloutier</b></p> <p>Exploring the influence of environment on the spatial behaviour of folder adults in a purpose-built acute care dementia unit. (2013)</p>	<p>Syftet var att undersöka hur den fysiska miljön påverkar beteendet (vandrande, ryckande i dörrar, att uppsöka sällskap eller dra sig undan) bland personer med demens vilka först bodde på en traditionell geriatrisk psykiatriavdelning men sedan blev omplacerade till en specialbyggd akut-demensavdelning.</p>	<p>Kvantitativ, observationell fallstudie där 2 st. studeranden samlade in data under 6 månaders tid från två olika avdelningar.</p> <p>N = 6</p>	<p>Efter omflyttningen:</p> <p>Patienterna spenderade 24% mindre tid i sjukskötarens kansli, och mera tid i sina sovrum samt i matsalen. Patienterna isolerade sig aningen mera. Antalet gånger som patienterna vandrade av och an per dag minskade överlag, men när de väl vandrade gjordes det i längre sessioner än tidigare. Överlag minskade patienternas tendens att rycka i dörrhandtag.</p> <p>Patienterna reagerade olika på miljöombytet, och deras beteendemönster påverkades inte alltid på ett förutsägbart, linjärt sätt.</p>
<p><i>Aging &amp; Mental Health</i>, 17(1), s. 57–65.</p> <p>NCBI PubMed</p>	<p><b>Morgan-Brown, Newton, Ormerod</b></p> <p>Engaging life in two Irish nursing home units for people with dementia: Quantitative comparisons before and after implementing household environments. (2013)</p>	<p>Syftet var att undersöka hur de dementas sysselsättningsgrad och sociala engagemang påverkades av miljön innan och efter renovering/implementering av hemmalik miljö.</p>	<p>Kvantitativ studie: Ögonblicksobservation där man under en 6-veckor lång period samlade in dagliga kvantitativa data från två irländska vårdinrättningar.</p> <p>N = 36</p>	<p>Resultaten från båda vårdinrättningarna slogs ihop och visade bl.a. att de inneboende spenderade mera tid i de allmänna utrymmena och var mer benägna att aktivera sig i hushållsutrymmena i de hemmalika vårdinrättningarna.</p>

<p><i>International Psychogeriatrics</i>, 26(1), s. 69–80.</p> <p>NCBI PubMed</p>	<p><b>Smit, Willemse, de Lange, Pot</b></p> <p>Wellbeing-enhancing occupation and organizational and environmental contributors in long-term dementia care facilities: an explorative study. (2013)</p>	<p>Syftet var att undersöka hur olika typer av vardagliga sysselsättningar kan öka välmående hos dementa patienter.</p>	<p>Kvantitativ explorativ studie där man genom ”Dementia Care Mapping” undersökte dementa patienters deltagande i olika sysselsättningar och analyserade hur detta påverkade deras välmående.</p> <p>N = 57</p>	<p>Sysselsättningar som innebar att de dementa fick uttrycka sig, återkalla gamla minnen, erhålla intellektuell stimulans eller utföra arbetsuppgifter utgjorde de 4 främsta välmående-framkallande sysselsättningarna.</p> <p>Övriga sysselsättningar som ökade välbefinnandet: Att interagera med andra, sköta om sig själv, äta och dricka, vandra omkring, ta emot fysisk vård, religiösa aktiviteter, involvera sinnen och att få grundläggande behov tillfredsställda (såsom att besöka toaletten).</p>
<p><i>American Journal of Alzheimer's Disease &amp; Other Dementias</i>®, 28(5), s. 450–458.</p> <p>SAGE Pub</p>	<p><b>Charras, Gzil</b></p> <p>Judging a book by its cover: Uniforms and quality of life in special care units for people with dementia. (2013)</p>	<p>Syftet var att undersöka hur vårdarnas användning av vårduniformer eller egna kläder påverkar livskvaliteten för dementa på ett boende.</p>	<p>Naturlig experimentell design där två fokusgrupper i 4 olika franska demensvårdsavdelningar jämfördes. På de två första avdelningarna använde vårdarna sina egna vardagskläder, på de två andra användes uniform. Livskvaliteten hos de dementa mättes mha. ”QoL-Alzheimer’s Disease”-skalan.</p> <p>N = 27</p>	<p>Det fanns en stark korrelation mellan vårdarnas användande av egna vardagskläder och uppmätt ökad livskvalitet hos de dementa.</p> <p>När vårdarna bar egna kläder kände de dementa lättare igen dem och gav ofta komplimanger om deras utseende.</p> <p>Vårdarna upplevde att de dementa kommunicerade annorlunda med dem, var mindre krävande, mer självständiga och mer aktiva.</p> <p>Vårdarna kände sig mer bekväma att bemöta, umgås med, och uppmuntra de</p>

				<p>dementa att delta i olika sysslor när de fick använda egna kläder.</p> <p>De anhöriga förstod inte alltid att vårdarna faktiskt var vårdare när de inte bar uniform. Efter att de anhöriga fått detta klargjort för sig stärktes också vårdarnas kontakt till dem, eftersom kommunikationen kändes mer avslappnad och naturlig.</p>
<p><i>Facilities, 31(13/14), s. 659–680.</i></p> <p>Emerald Insight</p>	<p><b>Leung, Chan, Olomolaiye</b></p> <p>Relationships between facility management, risks and health of elderly in care and attention homes. (2013)</p>	<p>Syftet var att identifiera olika faktorer som berör ledarskap och risker på vårdhem i Hong Kong och se hur dessa komponenter korrelerar med patienternas sjukdomar och upplevda symptom.</p>	<p>Kvantitativ enkätundersökning där åldringar fick svara på frågor angående åsikter och upplevelser av egen sjukdomsstatus samt ledarskap och risker på vårdhemmet.</p> <p>Partiell korrelationsanalys och Pearsons korrelationsanalys gjordes på den insamlade data.</p> <p>N = 81</p>	<p>Man kunde identifiera 13 faktorer, varav 4 st. (rumsplanering, störande ljud, skyltning och matservering) korrelerade starkt med riskerna på boendet. (T.ex. risk för fallolyckor, infektioner, beteendestörningar, risk för att gå vilse osv)</p> <p>Några av korrelationerna påverkades ytterligare av vissa sjukdomar. (T.ex. demens, stroke, balanssvårigheter osv)</p>

<p><i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i>, 25(10), s. 1044–1054.</p> <p>NCBI PubMed</p>	<p><b>Bicket, Samus, McNabney, Onyike, Mayer, Brandt, Rabins, Lyketsos, Rosenblatt</b></p> <p>The physical environment influences neuropsychiatric symptoms and other outcomes in assisted living residents. (2010)</p>	<p>Syftet var att hitta sambandet mellan den fysiska miljön på stödboenden och de inneboendes livskvalitet, neuropsykiatriska symptom och fallrisk.</p> <p>Man ville ytterligare ta reda på om det fanns en observerbar skillnad mellan de dementa och icke-dementa inneboendena.</p>	<p>Kvantitativ prospektiv kohortstudie där 326 slumpvis utvalda inneboenden på 21 st. olika stödboenden deltog.</p> <p>Screening gjordes mha. "Therapeutic Environmental Screening Scale for Nursing Homes and Residential Care" (TESS-NH/RC) för att poängsätta stödboendena och deras förmåga att behandla demens hos patienterna.</p> <p>N = 326</p>	<p>En högre kvalitet på livsmiljön i stödboendena verkade vara associerat med färre neuropsykiatriska symptom (NPS) och bättre livskvalitet (QOL) hos de inneboende, speciellt hos de inneboende <u>utan</u> demens.</p> <p>Många dementa lider även av NPS, därför kan miljöpåverkan även ha en signifikant terapeutisk effekt på dementa inneboende. Miljömässiga förändringar som ökar privatlivet för invånarna, såväl som ibruktandet av samtals/alarmknappar och telefoner kan minska NPS och förbättra QOL.</p> <p>Den fysiska boendemiljön korrelerade också i de flesta fall med livskvaliteten, men mindre starkt med fallrisken.</p>
<p><i>BMC Geriatrics</i>, 15(50).</p> <p>NCBI PubMed</p>	<p><b>Moyle, Fetherstonagh, Greben, Beattie</b></p> <p>Influencers on quality of life as reported by people living with dementia in long-term care: a descriptive exploratory approach. (2015)</p>	<p>Syftet med studien var att beskriva begreppet "livskvalitet" (QoL) ur de dementa långtidsvårdtagarnas perspektiv. Man ville även identifiera vilka faktorer som påverkar QoL och hitta strategier för att förbättra QoL.</p>	<p>Kvalitativ studie: Deskriptiv explorativ metod där 12 stycken personer, som tidigare deltagit i en australiensisk, kvantitativ studie gällande livskvalitet, valdes ut slumpvis och intervjuades.</p> <p>Data analyserad tematiskt ur ett realistiskt, induktivt och datadrivet perspektiv.</p> <p>N = 12</p>	<p>Man hittade 3 olika teman med faktorer som direkt avgjorde, påverkade eller förbättrade livskvaliteten: Dessa var: "Bibehållandet av den personliga självständigheten", "Att ha någonting att göra" samt "Vikten av social interaktion".</p>

<p><i>Dementia</i>, 15(6), s. 1716–1736.</p> <p>SAGE Pub</p>	<p><b>Stewart-Archer, Afghani, Toye, Gomez</b></p> <p>Subjective quality of life of those 65 years and older experiencing dementia. (2016)</p>	<p>Syftet var att beskriva hur människor med demens definierar livskvalitet och hur livskvaliteten kan förbättras.</p>	<p>Kvalitativ beskrivande komponent i ”mixed method”-tvärsnittsstudie där dementa inneboende på olika former av stödboenden i Kanada blev intervjuade.</p> <p>N = 136</p>	<p>Deltagarna i studien definierade livskvalitet (QoL) enligt uppfyllandet av följande kriterier (i viktighetsordning): ”Frihet”, ”Att få grundläggande behov tillfredsställda”, ”Självständighet”, ”Fysiskt och mentalt lugn i tillvaron”, ”Meningsfullhet”, ”God fysisk hälsa”.</p> <p>Deltagarna ansåg att följande faktorer skulle främja livskvaliteten mest (i viktighetsordning): ”Personalens kompetens”, ”God fysisk hälsa”, ”Att ha en engagerad familj samt ”Att få återvända hem”. Ca. 18% ansåg att de ”var nöjda och att ingenting behövde förändras”.</p>
<p><i>Building and Environment</i>, 73(C), s. 32-39.</p> <p>Elsevier</p>	<p><b>Wong, Skitmore, Buys, Wang</b></p> <p>The effect of the indoor environment of residential care homes on dementia suffers in Hong-Kong: A critical incident technique approach. (2013)</p>	<p>Syftet med studien var att utforska kontexten och erfarenheterna av hur inomhusmiljön påverkar beteendet och olika psykologiska symptom hos dementa personer som bor i bostadshem i Hong Kong.</p>	<p>Kvalitativ studie: Critical incident technique där 36 st. yrkespersoner inom vård och inomhusdesign med erfarenhet av demensvård delades in i 6 fokusgrupper. Man diskuterade öppna frågor gällande inomhusmiljö.</p> <p>N = 36</p>	<p>Man kunde identifiera 5 huvudfaktorer i den fysiska inomhusmiljön som påverkade de dementas beteende/psykologiska symptom:</p> <p><u>Akustik</u> (t.ex. störande ljud från elapparater, delade rum, susande luftkonditionering, akustisk rumsbehandling)</p> <p><u>Ljussättning</u> (t.ex. bländande lampor, mörka rum, lite tillgång till naturligt dagsljus, ljusreflektioner i fönster/speglar/golv)</p> <p><u>Temperatur</u> (t.ex. för varmt på sommaren, för kallt på vintern)</p>

				<p><u>Luftfuktighet/ventilation</u> (t.ex. dålig inomhusluft, hög luftfuktighet, mögelbildning).</p> <p><u>Förändringar i miljö</u> (t.ex. förflyttning av möbler, renovering)</p>
<p><i>American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias</i>®, 24(4), s. 333–340.</p> <p>SAGE Pub</p>	<p><b>Marquardt, Schmiege</b></p> <p>Dementia-Friendly Architecture: Environments That Facilitate Wayfinding in Nursing Homes. (2009)</p>	<p>Syftet med studien var att identifiera särdrag i den arkitekturmässiga byggnadsdesignen (på äldreboenden) som stödjer dementa inneboendes förmåga att hitta rätt, röra sig och fungera självständigt.</p> <p>Man ville ytterligare implementera resultaten i utformningen av nybyggnad/ombyggnad av de befintliga anläggningarna. En publikation om designkriterier skulle utvecklas.</p>	<p>Kvantitativ undersökning där man systematiskt analyserade och poängsatte dementa äldres förmåga att hitta rätt i ålderdomshem med olika typer av arkitektonisk design.</p> <p>Data insamlades i 30 st. olika äldreboenden i Tyskland.</p> <p>N = 450</p>	<p>Resultaten bekräftade att människor med ökad grad av demens blir alltmer beroende av en kompenserande boendemiljö.</p> <p>De viktigaste stödjande faktorerna som hjälpte de dementa äldre att hitta rätt, röra sig och fungera självständigt var följande:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ett litet antal inneboende per vardagsrum.</li> <li>• Användning av raka layouter i inomhusdesignen utan några förändringar i riktning.</li> <li>• I äldreboendet finns endast en matsal och ett vardagsrum.</li> </ul>
<p><i>Journal of Housing For the Elderly</i>, 28(4), s. 399–409.</p> <p>Tandfonline</p>	<p><b>Springate, Talwar, Tremont</b></p> <p>Effects of an Assisted Living Facility Specifically Designed for Individuals with Memory Disorders: A Pilot Study. (2014)</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka effekterna av en förbättrad miljö och demensvårdsprogram på dementas kognition, humör och livskvalitet innan och efter flytten från hemmet till en AL-anläggning avsedd speciellt för individer med minnesproblem som annars var relativt friska</p>	<p>Kvantitativ studie: Amerikansk pilotstudie där man poängsatte dementas hälsa, humör, välmående och funktionsförmåga mha. olika skalor (MMSE, GDS, Visual Analog Mood Scales, QoL-AD, The Neuropsychiatric Inventory) innan och efter att de flyttat från hemmet till en specialanpassad demensavdelning. Skalmätningarna gjordes 2 veckor, 4 månader samt 6 månader efter förflyttningen.</p> <p>Data analyserades med deskriptiv analys.</p> <p>N = 39</p>	<p>Resultatet gav stöd för att förflyttningen från hemmet till demensavdelningen hade potential att positivt påverka de dementas humör utan att för den skull försämra livskvaliteten eller öka förekomsten av neuropsykiatriska symptom.</p> <p>De dementas humör påverkades i allmänhet positivt även om sjukdomen i övrigt fortskred och de kognitiva förmågorna försämrades under studiens gång (6 månader)</p>

<p><i>Journal of Advanced Nursing</i>, 73(12), s. 2942–2952.</p> <p>NCBI PubMed</p>	<p><b>Nordin, McKee, Wijk, Elf</b></p> <p>The association between the physical environment and the well-being of older people in residential care facilities: A multilevel analysis. (2017)</p>	<p>Syftet var att undersöka sambandet mellan den fysiska miljön och det psykiska och sociala välbefinnandet hos äldre som bor på vårdhem.</p>	<p>Kvantitativ studie: Cross-sectional survey-design där man samlade in data från 200 personer på 20 olika vårdcentraler.</p> <p>Personernas demografiska- och hälsodata samlades in via medicinska journaler och intervjuer. Deltagarnas välbefinnande och upplevd kvalitet på vården bedömdes via frågeformulär och intervjuer.</p> <p>Miljökvaliteten bedömdes med ett strukturerat observationsinstrument.</p> <p>Multilevel-analysis gjordes på insamlade data.</p> <p>N = 200</p>	<p>Resultatet visade att kognitivt stöd i den fysiska miljön var förknippat med en ökning i de inneboendes sociala välbefinnande efter att ha kontrollerat självständighet och upplevd vårdkvalitet.</p> <p>Man hittade dock ingen signifikant association mellan den fysiska miljön och invånarnas psykologiska välbefinnande.</p>
---	---	---	---	---

<p><i>BMC Geriatrics</i>, 17(1). NCBI PubMed</p>	<p><b>Drageset, Haugan, Tranvåg</b></p> <p>Crusial aspects promoting meaning and purpose in life: perceptions of nursing home residents. (2017)</p>	<p>Syftet med studien var att utforska avgörande faktorer som främjar upplevelsen av mening och syfte i vardagen hos äldre som bor på vårdhem.</p>	<p>Kvalitativ studie: Explorativ hermeneutisk design med datainsamling genom intervjuer.</p> <p>18 stycken äldre deltog i studien, varav en del led av olika grader av demens.</p> <p>N = 18</p>	<p>Man hittade 4 faktorer som bidrog till en känsla av mening och syfte i livet.</p> <p>Dessa var:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fysiskt och mentalt välbefinnande.</li> <li>• Tillhörighet och erkännande.</li> <li>• Högt uppskattade aktiviteter.</li> <li>• Andlig närhet och samhörighet.</li> </ul>
--	---	--	--	--