Fysisk aktivitet för personer med demens på resurserat serviceboende

En systematisk litteraturstudie

Madelene Mörner

FT15

2018

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Fysioterapi
Identifikationsnummer:	19000
Författare:	Madelene Mörner
Arbetets namn:	Fysisk aktivitet för personer med demens på resurserat gruppboende
Handledare (Arcada):	Cia Törnblom
Uppdragsgivare:	Arcada, Folkhälsan välfärd AB.

Sammandrag:

Demens är en folksjukdom som blir allt vanligare och drabbar oftast den åldrande befolkningen. Det finns faktorer som leder till att den här gruppen av människor inte aktiveras fysiskt.
I de åldrande grupperna krävs fysisk aktivitet för att minska fallrisk, bibehålla rörelseförmåga och den mentala hälsan. Personer med demens kan ha svårt att planera och genomföra vardagssysslor, därför krävs det extra stöd och kunskap för att anpassa fysisk aktivitet specifikt för den här gruppen då de inte har samma förutsättningar att själva ta ansvar för den fysiska aktiviteten. Syftet med detta arbete är att på basis av tidigare forskad evidens undersöka om det finns träningsmetoder som är specifikt gynnsamt för människor med olika typer av minnessjukdom. Detta examensarbete är ett beställningsarbete av folkhälsan välfärd AB. Arbetet utfördes som en systematisk litteraturstudie. Som teoretisk referensram valdes ”boken om demenssjukdomar” som tar upp diverse begränsningar hos personer med demens vad gäller aktivitet och påverkan på gångförmågan och rörligheten. Utöver det valdes FYSS rekommendationer om fysisk aktivitet för dementa. Som underlag används Forsberg & Wengströms litteratur ”att göra systematiska litteraturstudier” för att följa de riktlinjer som krävdes. Utgående från litteraturstudiens resultat kan man uppskatta att försämringar på ADL stagnerar vid både korttidsmätningar och långtidsmätningar. Gällande mobilitet, muskelstyrka och balans kunde man dra slutsatsen att detta förbättrades och fungerade på lång sikt. Vidare gällande de kognitiva funktionerna verkar fysisk aktivitet inte göra någon påverkan enligt de studier som inkluderats i resultatet. Depressiva symptom kunde minska vid fysisk aktivitet utgående från resultatet. Flertalet studier använde sig av HIFE-programmet. Då detta program fokuserar på balans, benstyrka samt gång och förflyttning kunde man dra slutsatsen att det lämpar sig väl för personer med demens för att minska fallolyckor och för att upprätthålla den fysiska förmågan. Som slutsats kan man konstatera att mer forskning inom området behövs.

Nyckelord:	Demens ,fysisk aktivitet
Sidantal:	36
Språk:	svenska
Datum för godkännande:	

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Physiotherapy
Identification number:	19000
Author:	Madelene Mörner
Title:	Physical activity for people with dementia on resourced service accommodation.
Supervisor (Arcada):	Cia Törnblom
Commissioned by:	

Abstract:
Dementia is a common disease that is becoming more common and often affects the aging population. There are factors that cause this group of people not to be physically activated. In the aging groups, physical activity is required to reduce fall risk, maintain mobility and mental health. People with dementia may find it difficult to plan and carry out everyday activities, so extra support and knowledge are needed to adapt physical activity specifically for this group as they do not have the same conditions to take responsibility for the physical activity themselves. The purpose of this work is to investigate, on the basis of previous research, whether there are training methods that are specifically beneficial for people with different types of memory disease. This degree project is an ordering work of public health welfare AB. The work was carried out as a systematic literature study. As the theoretical reference frame, the "book on dementia" was chosen, which addresses various limitations of people with dementia in terms of activity and impact on walking ability and mobility. In addition, FYSS
Dementia is a common disease that is becoming more common and often affects the aging population. There are factors that cause this group of people not to be physically activated. In the aging groups, physical activity is required to reduce fall risk, maintain mobility and mental health. People with dementia may find it difficult to plan and carry out everyday activities, so extra support and knowledge are needed to adapt physical activity specifically for this group as they do not have the same conditions to take responsibility for the physical activity themselves. The purpose of this work is to investigate, on the basis of previous research, whether there are training methods that are specifically beneficial for people with different types of memory disease. This degree project is an ordering work of public health welfare AB. The work was carried out as a systematic literature study. As the theoretical reference frame, the "book on dementia" was chosen, which addresses various limitations of people with dementia in terms of activity and impact on walking ability and mobility. In addition, FYSS recommendations on physical activity for dementia were chosen. As a basis, Forsberg & Wengström's literature is used "to do systematic literature studies" to follow the guidelines that were required. Based on the results of the literature study, it can be estimated that deterioration in ADL stagnates in both short-term and long-term measurements. Regarding mobility, muscle strength and balance, it could be concluded that this improved and worked in the long term. Furthermore, regarding the cognitive functions, physical activity does not appear to make any impact according to the studies included in

the results. Depressive symptoms could decrease with physical activity based on the result. On the basis of the result by the fact that most studies have used the HIFE program. As this program focuses on balance, leg strength as well as walking and movement, it could be concluded that it is well suited for people with dementia to reduce fall accidents and to maintain physical ability. In conclusion, more research is needed in this area.

Keywords:	Dementia, physical activity p
Number of pages:	36
Language:	Swedish
Date of acceptance:	

INNEHÅLL

1 Inledning ... 8

2 Bakgrund ... 9

2.1 Alzheimers ... 9
2.2 Lewybody ... 10
2.3 Vaskulär demens ... 11
2.4 Frontotemporal demens ... 11
2.5 Alkoholrelaterad demens ... 12
2.6 Fysisk aktivitet och demens ... 13
2.7 Centrala begrepp ... 13

3 syfte och undersökningsfrågor ... 14

4 Teoretisk referensram ... 14

4.1 Begränsningar till aktivitet ... 14
4.2 Påverkan på gångförmåga och rörlighet ... 15
4.3 Rekommendationer till fysisk aktivitet ... 15
4.4 Anpassa fysisk aktivitet för personer med demens ... 16

5 metod ... 17

5.1 Urvalsprocess ... 17
5.1.1 Inklusionskriterier ... 20
5.1.2 Exklusionskriterier ... 20
5.2 Etiska överväganden ... 20
5.3 Kvalitetsgranskning ... 21

6 Resultat ... 22

6.1 Effekter av fysisk aktivitet på personer med demens ... 27
6.2 Fysisk aktivitet som lämpar sig för personer med demens ... 28

7 Diskussion ... 29

7.1 Metoddiskussion ... 31

8 Konklusion ... 32

Källor **34**

1 INLEDNING

Demens är en folksjukdom som blir allt vanligare och drabbar oftast den åldrande befolkningen. Det finns faktorer som leder till att den här gruppen av människor inte aktiveras fysiskt. Bristande initiativförmåga, minnessvårigheter, förståelse för sin omgivning och orientering leder till att dessa människor inte kan tillgodogöra sig träning på samma sätt. (Demenscentrum 2017)

Det finns en stark koppling mellan fysisk aktivitet och välbefinnande. I de åldrande grupperna krävs fysisk aktivitet för att minska fallrisk, bibehålla rörelseförmåga och den mentala hälsan för att nämna några faktorer. Personer med demens kan ha svårt att planera och genomföra vardagssysslor, därför krävs det extra stöd och kunskap för att anpassa fysisk aktivitet specifikt för den här gruppen då de inte har samma förutsättningar att själva ta ansvar för den fysiska aktiviteten. (Demenscentrum 2017)

Detta är ett beställningsarbete av Folkhälsan välfärd AB som bedriver ”projekt träna” tillsammans med stiftelsen brummerska hemmet. Målsättningen med projektet är att ge träningsstöd åt äldre svenskspråkiga personer bosatta i Folkhälsans seniorboende så att regelbunden motion ingår i eller blir en del av deras dagliga rutiner för upprätthållande av funktionsförmågan hos äldre. Genom att i detta examensarbete undersöka tidigare forskning om fysisk aktivitet för dementa kan resultatet sedan användas för att utveckla insatser för denna grupp på resurserat serviceboende.
Ur ett fysioterapeutiskt perspektiv bör kunskap om demens och dess medförande hinder i vardagen både vad gäller fysiska funktioner, mentala aspekter och kognitiva förmågor ingå. Eftersom den här gruppen behöver extra stöd och lika mycket träning som övrig åldrande befolkning vore det en fördel att veta om det finns någon viss typ av träning eller tillvägagångssätt som passar den här gruppen bättre för att förbättra olika faktorer hos individerna. Det är av intresse att ta reda på om minnet kan påverkas och om det i så fall finns skillnad mellan korttidsminnet och långtidsminnet. Intressanta faktorer att ta i beaktande är emotionella, kognitiva förmågan och om det påverkar ADL. De fysiska funktionerna som är intressanta är om fallrisk minskar, bättre balans och rörelseförmågan. Detta i kombination med kunskap om sjukdomen och hur man bör hantera och instruera

personer med demens i olika situationer kan medföra att inaktiviteten minskar och livskvaliteten ökar hos den här gruppen.

2 BAKGRUND

En utav våra vanligaste folksjukdomar är demens. Demens är ett samlingsnamn för olika typer av minnessjukdomar som innebär personlighetsförändringar och minnessvårigheter. Sjukdomen är ofta ett kroniskt tillstånd som leder till succesiv försämring. (Ragneskog. 2013 s.13) som påverkar kognitiva förmågor så som minne, språk, orienteringsförmåga och svårigheter att utföra vardagliga sysslor. Emotioner så som oro, nedstämdhet och irritation är vanligt förekommande. Demens orsakas av olika typer av hjärnskador och delas vanligen in i tre huvudgrupper; primärdegenerativ, vaskulär och sekundär demens. Primärdegenerativ demens orsakas av att hjärnceller succesivt dör och påverkar dess funktion. Symptomen varierar beroende på vilken del av hjärnan som skadas. De vaskulära sjukdomarna orsakas av blodproppar eller blödningar i hjärnan. Symptomen kommer då plötsligt. Sekundär demens innebär sjukdomar och skador som kan leda till demens. Utöver dessa tre huvudgrupper finns ytterligare en grupp som kallas blanddemens vilket innebär förekomsten av fler än en demenssjukdom. (Demenscentrum 2017)

Alzheimers är den vanligaste formen av demens och utgör 60 % av de olika demenssjukdomarna. 30 % av demenssjukdomarna är vaskulära. (Basun et al. 2013 s.12)

2.1 Alzheimers

Alzheimers sjukdom är den vanligaste typen av demens och kännetecknas av hjärnatrofi och proteininlagringar i hjärnan. Främst påverkas mediala temporalloben och parahippocampusområdet men även i parietalloberna och frontotemporalt syns atrofier. Det finns en påtaglig förlust av neuron och synapser. Proteininlagringarna finns i form utav plack och neurofibriller (tangles). Förutom detta finns nervceller som fylls av ett sjukligt förändrat tau-protein som vanligtvis stabiliserar nervcellen och dess förgreningar. Det

sker en kemisk modifiering som försämrar funktionen. Sjukdomen smyger sig på och fortskrider vilket sedan leder till en för tidig död, förloppet varierar från person till person. (Basun et al. 2013 s. 13-19)

Vanligt förekommande i början av sjukdomen är att närminnet försämras. Det kan yttra sig i att glömma nycklar i dörren, missa avtalade tider, glömma bort vad som sades på nyheterna kvällen innan med mera. Ofta befinner sig personen fortfarande i arbetslivet och det är vanligt att strategier utformas för att klara av vardagen. Senare i sjukdomsförloppet påverkas lokaliseringen, vanligt förekommande att personen går vilse. Även den exekutiva förmågan försämras. Det kan medföra att personen inte äter vid hunger osv. (Ekman et al. 2011 s.10)

De största riskfaktorerna är ålder och ärftlighet, det har också visat sig att skalltrauma kan påverka utvecklingen av alzheimers. I ett tidigt stadie är det semantiska minnet och personligheten intakt. Gradvis påverkas minnet, initiativförmågan, språket och planeringsförmågan. De visuospatiala förmågorna försämras vilket innebär sådant som gör att vi kan urskilja former och konturer, avstånd, rörelse och föremåls förhållande till varandra. Personer med demens blir så småningom beroende av andra att få hjälp med inköp, transport, matlagning m.m. Det är mycket vanligt med psykiska problem som apati, depression och ångest. (Basun et al. 2013 s. 13-19)

2.2 Lewybody

Lewybody-demens är en primär demensform med degeneration av hjärnans celler. Lewybodydemens kännetecknas på ett tidigt stadie av att personens drömsömn är rubbad, det visar sig genom rop och fäktningar. Senare i insjuknandet är det vanligt med synhallucinationer, parkinsonism, ihållande trötthet och försämrad uppmärksamhet. Ännu senare i sjukdomsförloppet är det vanligt förekommande att personen inte kan uppfatta saker tredimensionellt. Den här typen av demens beror på förekomst av lewykroppar som finns i hjärnbarken, hjärnstammen och även i nervsystemet. Det är ett skadligt protein som kallas alfa-synkelin och är även förekommande hos personer med Parkinsons. På grund av det finns likheter mellan lewybody-demens och Parkinsons sjukdom så som rigiditet, hasande gång och långsamma rörelser. (Demenscentrum 2017) Initialt liknar Lewybody-demens alzheimers vad gäller de kognitiva förmågorna men vanligtvis är

minnessvårigheterna inte lika påtagliga i lewybody demens. Kognitionen är fluktuerande och kan variera mellan minuter, timmar eller dagar. Den motoriska påverkan ses vanligtvis ej initialt utan dyker upp efter att kognitionen försämrats. (Basun et al. s.27 ff.)

2.3 Vaskulär demens

Vaskulär demens (blodkärlsdemens) är den näst vanligaste formen. Vanliga symptom är att personligheten förändras, initiativförmågan försämras och ofta förekommer problematik med gången. (Demenscentrum)

Vaskulär demens orsakas av förändringar i hjärnans blodkärl. Det kan röra sig om arterioskleros eller inflammation i de små eller stora kärlen. Till skillnad från alzheimers går insjuknandet snabbt och de kognitiva förmågorna är ojämnt nedsatta. Det finns olika undergrupper inom vaskulär demens; multinfarkt, småkärlsdemens, demens vid strategisk infarkt, blanddemens och ärftliga former. Vid multiinfarkt uppstår flera mindre infarkter i hjärnans grå substans som kännetecknas av ett ryckvis insjuknande. Vid småkärlsdemens är det den vita substansen som förändras och symptomen smyger sig på till skillnad av multiinfarktdemens. Vid strategiska infarkter uppstår enstaka infarkter i känsliga områden, i synnerhet hippocampus men kan också uppstå i talamus och parietalloberna. Blanddemens är en kombination av vaskulära skador och alzheimers som är starkt kopplade till en hög ålder. En ovanligare form är ärftliga faktorer som debuterar i tidigare ålder med svår migrän och leder till avancerad demens. (Basun et al. S.50 ff.)

Det finns inte någon behandling vid vaskulär demens, det är därför viktigt att försöka förhindra sjukdomen i tid genom exempelvis fysisk aktivitet. (Ragneskog s. 56)

2.4 Frontotemporal demens

Frontotemporal demens är ett samlingsnamn för sjukdomar som orsakas av en neurodegenerativ process. Den här formen av demens kallas också för frontallob- eller pannlobsdemens. Det varierar var i hjärnan sjukdomsprocessen startar, vanligen i pannloberna med

även i temporalloberna. I båda fallen uppstår en förtvining av nervcellerna. (Demenscentrum)

Människor som drabbas av frontallobsdemens blir ohämmade,mimikfattiga och får lättare att börja gråta. Individen förstår inte sociala normer och kommer exempelvis för nära, talar högt, kommenterar andras utseende. De sociala normerna följs inte och kan då uppfattas som genant för omgivningen. Impulsivitet är vanligt och likaså att fatta långsiktiga beslut. I vissa fall uppstår apati, det finns ett bortfall av motivation och engagemang. (Ragneskog s.51) Symptomen på frontotemporal demens varierar beroende på vilket område i hjärnan som drabbas. Personligheten förändras och beteendet upplevs som omdömeslöst och egocentriskt. Svårigheter att initiera beslut gör att personen begränsas i vardagen. Tydliga associationer finns med frontala skador och avsaknad av empati och sympati. Det finns ett bortfall av förståelse för andras tankar och känslor. Hyperoralt beteende så som överkonsumtion och alkohol kan förekomma till följd av sjukdomen. Det är vanligt att hygien och klädsel försummas tidigt i förloppet och längre fram i sjukdomsprocessen förloras förmågan att hantera ADL. Det är viktigt att poängtera att dessa olika symptom är helt beroende av vilken typ av frontotemporal demens personen har och vilka delar av hjärnan som drabbas. (Basun et al. S. 35 ff.)

2.5 Alkoholrelaterad demens

Ett långvarigt alkoholmissbruk kan leda till brist på vitamin B1, som i sin tur kan ge skador på hjärnbarken. Vanligen uppstår problemen vid ett överdrivet drickande i kombination med näringsunderskott. Detta kan uppbringa en neuropsykiatrisk rubbning. Alkoholdemens kallas också Wernicke-Korsakoffs syndrom. Typiska symptom på Wernickes syndrom är förvirring och desorientering till tid och rum. Personen kan vara rastlös och drabbas av minnesstörningar. Förekomsten av rubbningar i balans och gång är vanliga symptom. Den här formen kan gå i regress. Den allvarligare formen av alkoholdemens är Korsakoffs som är mer irreversibel och anses bero på upprepade attacker av Wernickes. Det är i den här fasen som en progredierande demens startar med apati, passivitet, stillsam psykos. (Söderberg, 2019). Personen som drabbas har tydligt dåligt närminne och

fyller genast på minnesluckor med ny information. Det kan upplevas för omgivningen som att personen ständigt hittar på. (Basun et al. S.61)

2.6 Fysisk aktivitet och demens

Enligt WHO definieras fysisk aktivitet som all kroppsrörelse som är en följd av skelettmuskulaturens sammandragning och som resulterar i ökad energiförbrukning (WHO 2018). Effekterna av fysisk aktivitet förklaras av svenska folkhälsomyndigheten, påverkan av fysisk aktivitet bestäms av hur intensiv aktiviteten är, hur länge den pågår och hur ofta den utförs. Effekterna avgörs också av ålder, kön och miljö. Andra faktorer är om aktiviteten sker inomhus eller utomhus, om aktiviteten är lustfylld eller framkallar stress och om aktiviteten sker i grupp eller individuellt. (Folkhälsomyndgheten)

Fysisk aktivitet kan minska risken för demenssjukdom hos friska individer, i synnerhet mot vaskulär demens. Effekten antas bero på uppbromsning av det naturliga åldrandet som regelbunden fysisk aktivitet ger. (Ragneskog, 2013)

Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom anger fysisk aktivitet som metod för dementa. De poängterar utevistelse samt träning på gruppboende lett av fysioterapeut med anledning av att dementa personer har samma behov av fysisk aktivitet som övrig befolkning (socialstyrelsen,2013)

2.7 Centrala begrepp

Nedan följer centrala begrepp som används i examensarbetet och förklaringar till dessa.

Fysisk aktivitet är all kroppsrörelse som är en följd av skelettmuskulaturens sammandragning och som resulterar i ökad energiförbrukning (WHO 2018).

Resurserat serviceboende är boende anpassat för personer som har stort hjälpbehov. Där finns det dygnet runt tillgång till vård och omsorg.

Gruppträning är anpassad och planerad motion till en specifik grupp ledd av instruktör.

Individuell träning är anpassad och planerad motion till en person ledd av instruktör.

3 SYFTE OCH UNDERSÖKNINGSFRÅGOR

Syftet med detta arbete är att på basis av tidigare forskad evidens undersöka om det finns träningsmetoder som är specifikt gynnsamma för människor med olika typer av demens. Förhoppningen är att evidensen som hittas sedan kan tillämpas för att utforma gruppträning eller individuell träning som därefter kan användas på servicehem där personer med minnessjukdom bor.

- Vilka effekter finns det med fysisk aktivitet för personer med demenssjukdom?
- Vilken typ av fysisk aktivitet lämpar sig för personer med demenssjukdom på resurserat serviceboende?

4 TEORETISK REFERENSRAM

Som teoretisk referensram har jag valt ”boken om demenssjukdomar” som tar upp diverse begränsningar hos personer med demens vad gäller aktivitet och påverkan på gångförmågan och rörligheten. Utöver det har jag valt FYSS rekommendationer om fysisk aktivitet för dementa.

4.1 Begränsningar till aktivitet

Det finns ett antal begränsningar till aktivitet för personer med demens så som att klä sig, sköta sin hygien eller delta i diverse anordnade aktiviteter. Dessa faktorer som inskränker på individernas förmåga till deltagande kan således tas i beaktande även vad gäller fysisk aktivitet. Förutom de kognitiva svårigheterna är påverkande faktorer omdöme och initiativförmåga som är nedsatt. Detta är någonting som inte enbart behöver betraktas som ett

primärt sjukdomssymptom utan kan vara en naturlig anpassning till sjukdomsbilden. Vilja, vanor och intressen är andra aspekter att ta i beaktande då det självklart handlar om individen i första hand, dennes karaktärsdrag och tidigare vanor i livet. Personer med demens är vanligen särskilt känsliga för förändringar och kräver en stabil miljö och saker som känns igen. Detta kan förstås genom att om kompetensen minskar så krävs mer invanda mönster. (Basun et al. 2013 S.184-187)

4.2 Påverkan på gångförmåga och rörlighet

Det finns ett antal faktorer som påverkar på gångförmåga och rörlighet. Minnet sviktar vilket kan föranleda exempelvis fall om personen skall resa sig upp från sängen för att sätta sig i en stol. Personen kan ha svårt att ta instruktioner samt att förstå dem eller att göra sig själv förstådd. Den demenssjuke kan ha svårigheter att orientera sig i tid och rum, se konsekvenserna i sina egna beslut och brist på insikt om den egna funktionsförmågan. Vad gäller gånghjälpmedel kan det vara svårt med inlärning, personen kan inte lära sig hur denne skall använda sig av t.ex. rollator. Naturligtvis spelar också mentala faktorer in. Viljan att röra på sig kan påverkas av bristande emotionell kontroll och motivation. Det är då särskilt viktigt att ha personal som kan motivera och inspirera.
Den demenssjuke kan ha svårt att tolka synintryck och misstolkar avståndet till exempelvis två stolar och sätter sig istället däremellan och faller. Likaså finns svårigheter att bedöma avstånd när personer sätter ned fötterna och kanske då lyfter på fötterna extra högt vilket i sin tur påverkar balansen och ökar risken för fall. Det finns skillnader mellan olika demensformer vad gäller dessa svårigheter. Vid alzheimers är det vanligt med framåtlutad kroppshållning och förkortad steglängd medan de som drabbats av lewykroppdemens ofta tar små steg, är muskelstela samtidigt som motoriken är långsammare. (Basun et al. S.136-137)

4.3 Rekommendationer till fysisk aktivitet

Enligt FYSS bör personer med demens rekommenderas aerob och muskelstärkande träning för att förbättra förmågan till vardagliga aktiviteter. De rekommenderar stöd genom-exempelvis anhöriga eller genom gruppaktiviteter. Personer med demens har samma

behov av fysisk aktivitet som övrig befolkning samtidigt som det kan lindra och fördröja utvecklingen av demens. Effekterna av fysisk aktivitet kan förebygga hälsoproblem, risk för fall och ytterligare funktionssvikt. Enligt FYSS har man inte kunnat se några tydliga förändringar gällande de kognitiva förmågorna men menar att det ändå är en potentiell effektiv insats som är icke-farmakologisk med få biverkningar även för personer med etablerad demens.

När det gäller typ av aktivitet verkar det som att olika aktiviteter kan ha positiv verkan. Många studier baseras på generell träning av mobilitet, med fokus på gångförmågan.Allt från stolövningar, aerobics, styrketräning med vikter, träningsprogram på ergometercykel till träning av andra färdighetsbaserade funktioner har rapporterat (FYSS 2018)

4.4 Anpassa fysisk aktivitet för personer med demens

Det finns en naturlig drivkraft hos människan att vilja uttrycka sig genom sina handlingar. Utgående från det antagandet har således personer som drabbats av demenssjukdom samma behov av att vara aktiva och kunna uttrycka sig genom aktivitet även om förmågan inte är densamma. Det är viktigt att aktiviteten ger glädje för stunden och således höjer livskvaliteten. Glädjen i aktiviteten är avgörande för ett lyckat resultat och påverkas av gruppdynamiken, att deltagarna ser varann och känner en sorts samhörighet. Även musik har visat sig ha stor påverkan då deltagarna kan känna lust att röra sig till musiken och det kan vara något man känner igen och kan sjunga med till samtidigt som rörelser utförs. I organiserade grupper krävs mindre grupper på 3-4 personer. Detta beror på att säkerheten och tryggheten skall bibehållas. En stor vikt läggs på ledaren som medvetet använder sig av dynamiken i gruppen så att aktiviteten känns så meningsfull som möjligt för deltagarna. (Björlin et al. 2002)

Att ta i beaktande vid fysisk aktivitet är att det för personer med demens kan ha svårt att uppfatta var ljud kommer ifrån, förstå vad som sägs och att responsen fördröjs. Som ledare är det viktigt att vara tydlig i sin kommunikation och att den är positiv. Det är exempelvis bättre att säga ”stå kvar” istället för ”sätt dig inte ner”. Vidare skall ledaren uttrycka sig enkelt och med en sak i taget och ge tid till deltagarna att respondera. (FYSS 2018)

5 METOD

Som underlag används Forsberg & Wengströms litteratur ”att göra systematiska litteraturstudier” för att följa de riktlinjer som krävs för att processen skall ske på ett korrekt och vedertaget sätt. Enligt Forsberg & Wengström krävs ett tillräckligt antal studier av god kvalitet för att göra en systematisk litteraturstudie. Processen vid en sådan studie är att söka, kritiskt granska och sammanställa litteraturen inom ett valt ämnesområde för att sedan få fram ett resultat, sammanställa och dra slutsatser. I början av processen görs en problemformulering, plan och sökstrategi. Därefter väljs litteratur i form av vetenskapliga artiklar varpå ett resultat bildas som kan sammanställas. (Forsberg & Wengström 2016. S. 30-31)

5.1 Urvalsprocess

Insamling av material för studien har skett via databaserna EBSCO, google scholar och Pubmed. Sökningen gjordes mellan 31.1-23.4. På dessa sökmotorer återfanns i flera fall samma artiklar vilket begränsade urvalet. De sökord som använts är Dementia, Exercise, Groupexercise, Nursing home, residental care, Physical activity, exercise program. Sökorden har kombinerats på olika vis. Manuell sökning har gjorts via referenser i de redan funna artiklarna. Ett första urval gjordes utifrån rubriker samt abstrakt. Totalt valdes 16 artiklar ut. Antalet träffar varierade i de olika databaserna vilket redogörs i tabellen nedan. Urvalet från dessa träffar baserades på de mest relevanta rubrikerna samt sammandragen. Flera utav träffarna behandlade varken ämnet eller besvarade forskningsfrågorna som eftersöktes och sållades således bort.

Tabell 1. Litteratursökning

Databas	Sökord	Antal träffar	Valda artiklar
Pubmed	Dementia AND exercise OR physical activity AND residental care OR nursing home	63	The Effect of a High-Intensity Functional Exercise Program on Activities of Daily Living: A Randomized Controlled Trial in Residential Care Facilities Feasibility of a Combined Aerobic and Strength Training Program and Its Effects on Cognitive and Physical Function in Institutionalized Dementia Patients. A Pilot Study
EBSCO	Dementia AND exercise OR physical activity AND residental care OR nursing home	89	Effects of a High-Intensity Functional Exercise Program on Dependence in Activities of Daily Living and Balance in Older Adults with Dementia Effects of a high-intensity functional exercise programme on depressive symptoms and psychological well-being among older people living in residential care facilities: A cluster-randomized controlled trial

Google Scholar	Dementia AND exercise OR physical activity AND residental care OR nursing home	239	Effect ofa High-Intensity Exercise Program on Physical Functio nand Mental Health in Nursing Home Residents with Dementia: An Assesso rBlinded Randomized Controlled Trial Optimizing Function and Physical Activity Among Nursing Home Residents With Dementia: Testing the Impact of Function-Focused Care
Pubmed	Dementia AND physical activity OR exercise	167	Long-term effects of a 12 weeks highintensity functional exercise program on physical function and mental health in nursing home residents with dementia: a single blinded randomized controlled trial Effects of Exercise on Cognitive Function in Older People with Dementia: A Randomized Controlled Trial
Google scholar	Dementia AND physical activity OR exercise	315	A community-based exercise programme to improve functional ability in people with

			Alzheimer's disease: a randomized controlled trial

5.1.1 Inklusionskriterier

För att avgränsa arbetet och hitta relevant material har inklusions- och exklusionskriterier använts.

Inklusionskriterier

- Artiklar publicerade 2008-2018.
- Artiklar som behandlar demens och fysisk aktivitet.
- Artiklar skrivna på svenska eller engelska
- Artiklar i fulltext

De artiklar som inte uppfyllde kraven på inklusionskriterierna valdes bort.

5.1.2 Exklusionskriterier

- Artiklar publicerade före 2008
- Artiklar som inte är relevanta för ämnet/ frågeställningarna
- Artiklar skrivna på andra språk än svenska eller engelska
- Artiklar med endast abstrakt eller mot betalning

5.2 Etiska överväganden

Examensarbetet skrivs med hänsyn till Arcadas mall för god vetenskaplig praxis. Genom arbetets gång används boken ”att göra systematiska litteraturstudier” av Forsberg & Wengström för att arbeta enligt de kriterier som finns. Checklistor som finns i boken användes för att metod och tillvägagångssätt skulle ske på ett korrekt sätt och minimera

risker för ett otillförlitligt resultat. Folkhälsan har givit riktlinjer till vad som får nämnas i arbetet och detta har följts för att inte inkräkta på anonymiteten.

5.3 Kvalitetsgranskning

Kvalitetsgranskning av artiklarna bör ske för att få en så god kvalitet av studien som möjligt. Det är viktigt att varje forskning evalueras i flera steg, olika metoder har framtagits för att underlätta en systematisk ansats. Kvalitetsbedömningen bör omfatta studiens syfte och frågeställningar, design, urval, mätinstrument, analys och tolkning. Publiceringsåret är även av vikt då kvalitetsgranskningen görs. (Forsberg & Wengström. 2015 s.104)

Enligt Forsberg & Wengström (2015 s.106-107) finns det många olika felkällor i en undersökning och följande frågor bör därför kunna besvaras med ett jakande svar.

- Finns det en i förväg bestämd hypotes (eller tydlig frågeställning)?
- Är studien upplagd på sådant sätt att det är möjligt att bekräfta eller förkasta hypotesen (eller besvara frågan)?
- Är försöksgruppen representativ och tillräckligt stor?
- Finns det en godtagbar kontrollgrupp?
- Är mätningarna och skattningarna av effekter tillförlitliga?
- Redovisas alla väsentliga uppgifter?
- Är det troligt att oönskade eller ovidkommande faktorer inte kan ha påverkat resultatet?
- Är de statistiska metoderna adekvata?

Forskningarna i mitt arbete bedöms med skalan 1-3 vilket innebär att 1 visar på hög kvalitet, 2 visar på medelkvalitet och 3 motsvarar låg kvalitet. De forskningar som visar på 3 inkluderas ej i undersökningen. De forskningar som uppnår kraven för 2 och 3 inkluderas. 16 artiklar kvalitetsgranskades varav 10 stycken uppnådde kraven för att innefattas i studien enligt denna kvalitetsgranskning.

Tabell 2. Kvalitetsgranskade artiklar

Artikel (nr)	Författare	Bedömning 1-3
1.	Littbrand et al.	1
2.	Littbrand et al.	2
3.	Fjellman Wiklund et al.	3
4.	Bossers et al.	2
5.	Lindelöf et al.	3
6.	Toots et al.	1
7.	Barreto et al.	3
8.	Conradsson et al.	1
9.	Olsen et al.	3
10.	Telenius et al.	1
11.	Galik et al.	2
12.	Telenius et al.	1
13.	Blankevoort et al.	3
14.	Toots et al.	1
15.	Inskip et al.	3
16.	Vreugdenhil	1

6 RESULTAT

I Littbrands (2009) studie undersökte man om ett högintensivt viktbärande träningsprogram kunde påverka ADL hos äldre personer med demens på gruppboende. De som inkluderades i studien var alla 65-100 år. Deltagarna skulle ha minst 10 poäng på MMT (mini mental test). Det är ett enkelt och ofta använt test som ger en grov uppskattning av den kognitiva förmågan. Testpersonen ombeds besvara frågor, rita enkla figurer och upprepa några ord som testledaren säger. Resultatet anges i poäng med 30 som maxpoäng vilket motsvararmild begynnande demens.

191 personer inkluderades i studien varav 100 av dessa led av demens. Interventionsgruppen fick genomföra träning i 45 min vid 29 tillfällen inom loppet av 2-13 veckor lett av

fysioterapeut/ arbetsterapeut. Kontrollgruppen fick delta i stimulerande aktiviteter så som sång, tv, läsning, konversationer.

I studien upptäcktes ingen signifikant skillnad mellan grupperna. Man kunde se att försämringen av ADL hos de dementa i interventionsgruppen stagnerade och att mobiliteten inomhus förbättrades. Övergripande förbättringar inom ADL kunde ses på kort tid. Slutsatsen var att träningen borde fortskrida för att effekten skulle upprätthållas. Studien visade på att deltagare i interventionsgruppen fortsatte att upprätthålla den fysiska kapaciteten efter 3-månaders uppföljning. (Littbrand et al. 2009)

I Bussers (2014) undersöktes genomförbarheten med kombinerad aerob träning och styrketräning med dementa på gruppboende. Effekten på kognitivitet och psykiska funktioner studerades. Deltagarna var alla över 70 år med diagnosen demens. Deltagarna var icke rullstolsbundna och kunde gå med eller utan käpp i 10 meter. Undersökningen delades upp i två faser. I första fasen undersöktes genomförbarheten av kombinerad aerob träning och styrketräning med en grupp på 18 deltagare från fyra olika avdelningar på samma boende. I den andra fasen deltog 18 deltagare från de resterande 4 avdelningarna på samma boende. Interventionen varade i 6 veckor med 5 tillfällen à 30 minuter. 3 av sessionerna innefattade promenader och 2 tillfällen utövades styrketräning. Interventionsgruppen jämfördes med kontrollgrupp som ej deltog i programmet. Alla deltagare fullföljde programmet. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan grupperna gällande kognitiviteten. Vid ”visual attention test” hade effekterna ökat hos interventionsgruppen. Vid gångtest var det en signifikant skillnad mellan grupperna med fördel för interventionsgruppen. Studien visar på att det är genomförbart med kombinerad aerob träning och styrketräning på boende för dementa. Förbättringarna av den visuella uppmärksamheten och gångtesten i interventionsgruppen kan användas som bas i framtida större RCT-studier. (Bussers et al. 2014)

I Toots (2016) studie undersöktes effekterna av ett högintensivt träningsprogram (HIFE) på ADL och balans. HIFE är en förkortning av ”high intensity functional exercise” och är ett träningsprogram utformat vid Umeå universitet. Man undersökte om träningseffekterna skiljde sig mellan olika typer av demens. Deltagarna var samtliga dementa över 65 år. Samtliga hade på MMT över 10 poäng. Deltagarna kunde med hjälp av armstöd resa

sig från stol. Interventionsgruppen var 93 deltagare och delades in i grupper om 3-8 deltagare som leddes av två fysioterapeuter. Kontrollgruppen var 93 deltagare som leddes av arbetsterapeut. Kontrollgruppen deltog i aktiviteter så som sång, lyssna på musik och läsning. Interventionsgruppen deltog i gruppträningstillfällen enligt HIFE-programmet 5 ggr/ 2 veckor. Varje tillfälle varade i ca 45 min. Perioden varade 4 månader och samtliga sessioner var 40 st.

Hife-programmet inriktar sig på styrka i nedre extremiteten, balans och rörlighet. Balansen förbättrades i interventionsgruppen enligt uppföljning efter 4 månader. Försämring i ADL minskade i interventionsgruppen för de med andra typer av demens än alzheimer. (Toots et al. 2016)

I Conradssons (2010) utvärderades effekten av HIFE-programmet på depressiva symptom och psykologiskt välbefinnande hos äldre med behov av stöttning i ADL på gruppboende. 191 personer mellan 65-100 år deltog i studien. Samtliga deltagare hade över 10 poäng i MMT. 52% var av deltagarna var dementa. Samtliga kunde resa sig med hjälp av stöd av person eller armstöd. Interventionsgruppen fick träna 45 min vid 5 tillfällen under loppet av 2 veckor. Under 3 månader leddes träningssessionerna av fysioterapeut vid totalt 29 tillfällen. Kontrollgruppen leddes av arbetaterapeut och deltog i sittande aktiviteter så som sång, läsning och konversationer. Grupperna var randomiserade. Träningsprogrammet inriktades på styrka i nedre extremitet, gång och balans. Övningarna bestod av funktionella rörelser som används i det dagliga livet. Ingen signifikant skillnad kunde ses mellan grupperna gällande depressiva symptom. Bland gruppen dementa kunde man se ett ökat välbefinnande i interventionsgruppen efter 3 månader. Slutsatsen av detta var att mer forskning krävs för att fastställa resultatet gällande förbätttring av välbefinnandet hos dementa. (Conradsson et al. 2010)

I Telenius (2015) studie undersöktes effekten av HIFE-programmet på balans, styrka, rörlighet ADL, livskvalitet och neuropsykiatriska symptom. 170 personer deltog i studien. Samtliga deltagare var personer över 55 år med demens på gruppboende. Samtliga kunde ställa sig upp från stol självständigt eller med hjälp av en person, kunde gå självständigt eller med käpp 6 m. Exklusionskriterierna var psykoser, medicinsk instabilitet samt allvarliga kommunikationsproblem. Grupperna var randomiserade.

Interventionsgruppen fick träning 50-60 min 2 ggr/ vecka i 12 veckor. De indelades 3-8 personer i varje grupp lett av fysioterapeut. Alla fysioterapeuter var utbildade i HIFE-programmet. Kontrollgruppen fick sociala aktiviteter i 50-60 min 2ggr/vecka. De fick göra saker som läsa, lyssna på musik och spela spel. Resultatet visade på signifikant skillnad mellan grupperna med fördel för interventionsgruppen. Muskelstyrkan i interventionsgruppen hade förbättrats och graden av apati var lägre än i kontrollgruppen. (Telenius et al. 2015)

I Galiks (2013) studie undersöktes hur funktionsfokuserad vård påverkar personer med nedsatt kognitivitet på vårdhem. Studien pågick i 6 månader, baserad på 4 boenden. Interventionen var att lära mentorer/ assistenter på vårdhem att engagera boenden med nedsatt kognitivitet i funktionella och fysiska aktiviteter. Interventionen koordinerades och implementerades av sköterska utbildad i FFC (functional focused care). I kontrollgruppen genomgick mentorerna FFC-utbildning på 30 min, information tillhandahölls om fördelar och strategier om fysisk aktivitet för kognitivt nedsatta boenden. Interventionsgruppen fick samma insats och dessutom en 15-minuters diskussion om motivationstekniker för att motivera de kognitivt nedsatta individerna på boendena. I interventionsgruppen kunde man se klara förbättringar gällande mängden av fysisk aktivitet och implementeringen i vardagliga rutiner. Fallen hade minskat signifikant mer i interventionsgruppen än i kontrollgruppen. Studien tillhandahåller evidens om att boenden på vårdhem säkert och framgångsrikt kan engageras till mer fysisk aktivitet. (Galik et al. 2013)

I Telenius (2015) studie undersöktes långtidseffekterna av HIFE-programmet på personer med demens på gruppboende. De som inkluderades i studien var dementa över 55 år. De kunde stå upp själva eller med hjälp av en person samt förmågan att gå 6 meter med eller utan käpp. De som exkluderades var medicinskt instabila, psykotiska eller hade allvarliga kommunikationsproblem. Studien var en randomiserad kontrollstudie. Interventionsgruppen fick delta i högintensiv träning med fokus på styrka och balans 2 gånger/ vecka. Varje tillfälle varade i 50-60 minuter. Kontrollgruppen fick delta i aktiviteter där man utförde sittande rörlighetsövningar och stretching, spelade spel, kommunicerade, läste, och lyssnade på musik. Detta gjordes 2 gånger/ vecka och varade i 50-60 minuter. Uppföljning gjordes efter 12 veckor och efter 6 månader.

Interventionsgruppen förbättrade resultaten i bergs balanstest efter 6 månader. Interventionsgruppen visade också bättre resultat vid mätning av agiation. Slutsatsen var att träningsprogrammet hade goda långtidseffekter på både balans och agiation. (Telenius 2015)

I Toots (2015) studie undersöktes effekten av fysisk aktivitet på kognitiva funktioner hos personer med demens. Deltagarna var dementa över 65 år med poäng över 10 på MMT. Kriterier för att inkluderas i studien var att personerna var i behov av assistans i minst en aktivitet i vardagen och benägna att kunna ställa sig upp från en stol med hjälp av armstöd eller av en person. Deltagarna skulle förstå svenska. 141 kvinnor och 45 män deltog i studien som utfördes på 16 olika vårdhem. Interventionsgruppen delades in i små grupper lett av en fysioterapeut och en arbetsterapeut. De träffades vid 40 olika tillfällen som varade i 45 minuter där 5 tillfällen fördelades på 2 veckor. Programmet baserades på HIFE. Målet enligt programmet var att öka styrkan i nedre extremiteten samt att förbättra balansen och rörligheten. Kontrollgruppen träffades lika mycket som interventionsgruppen och deltog i aktiviteter som läsning, lyssna på musik, sång och konversationer. Uppföljningen gjordes efter 4 månader samt efter 7 månader för att undersöka långtidseffekterna. Inga effekter kunde ses på kognitiviteten i någon av grupperna. (Toots 2015)

I Vreugdenhils (2012) studie utvärderades effektiviteten på att förbättra kognitiviteten, fysiska funktionen och ADL hos personer med alzheimer`s. I studien användes ett hembaserat träningsprogram (Home Support Exercise Program) utformat av Canadian Centre for Activity and Aging. I studien deltog 40 patienter med alzheimer`s som samtliga bodde hemma, antingen tillsammans med familjemedlem (informell vårdare) eller emottog dagliga besök av vårdare. Exklusionskriterierna var fysiska nedsättningar som hämmade individer att fullt ut kunna delta, eller andra allvarliga sjukdomar förutom alzheimer. Individer som deltagit i annat träningsprogram i mer än en vecka exkluderades. Interventionsgruppen deltog i ett 4-månaders hemträningsprogram. Kontrollgruppen fick den vanliga behandlingen endast. Interventionsgruppens träningsprogram inkluderade dagliga hembaserade övningar samt promenader. Deltagarna uppmanades att utföra träningen dagligen övervakat av vårdare. Träningsprogrammet innehöll tio enkla övningar anpassat för äldre svagare personer och fokuserade på styrka i övre och nedre extremitet samt balans. Personerna med alzheimers samt vårdarna fick genomgång av träningsprogrammet och

tillhandahölls en manual på övningarna med säkerhetsinformation. Uppföljning gjordes efter 4 månader och då utvärderades förändringarna på kognitiviteten, den fysisk funktionen, ADL och depression. I alla funktionella domäner kunde man se klara förbättringar i interventionsgruppen i jämförelse med kontrollgruppen. Man kunde även se förbättringar i kognitiviteten samt ADL i interventionsgruppen i jämförelse med kontrollgruppen. (Vreugdenhil 2012)

6.1 Effekter av fysisk aktivitet på personer med demens

Gällande ADL har försämringar stagnerat hos personer med demens och effekter på korttids-mätningar har visat på förbättringar (Littbrand et al. 2009). HIFE-programmet har visat på minskad försämring i ADL i olika typer av demens men ej hos de med Alzheimer`s sjukdom. (Bussers et al. 2014)

Man har ej kunnat påvisa någon förändring i kognitiviteten i en studie (Conradsson et al.) Medan enligt Vreugdenhil (2012) visar på motsatsen där kognitiviteten förbättrats av hembaserade träningsprogram där frekvensen/ vecka var betydligt högre än i studien utan förbättring.

I Littbrands studie (2009) påvisades att mobiliteten inomhus förbättrades genom fysisk aktivitet. Studien visade att träning minskade försämring i självständighet i ADL och förbättrade balansen vid jämförelse med kontrollgruppen, både vid 4 månader (direkt efter interventionsperioden) och vid 7 månader, dock enbart bland deltagare med icke-Alzheimers demens. Träning hade positiva effekter på självvald gånghastighet, vid jämförelse med kontrollgruppen, när detta testades utan stöd men inte när gånghjälpmedel eller levande stöd användes under gångtesterna. Inga skillnader mellan grupperna sågs för kognition eller depressiva symtom. Bland de deltagare som hade depressiva symptom när studien startade, minskade symtomen signifikant vid 4 och 7 månader både i träningsgruppen och i kontrollgruppen. (Littbrand et al. 20)
Enligt intervjuer med deltagarna i träningsgruppen upplevdes den intensiva träningen som utmanande men genomförbar då den var individuellt utformad och anpassad.14 Deltagare beskrev att träningen gav njutning, att de upplevde förbättringar i både mental och

kroppslig styrka, att den väckte minnen från tidigare aktiviteter, samt att de återupptäckte kroppsliga förmågor. (Toots et al. 2016).
,

En kombination av aerob träning och styrketräning visade på förbättring av gångförmågan och balansen (Bussers et al. 2014). I Toots studie (2015) där HIFE-programmet användes som träningsform förbättrades balansen, styrkan och rörligheten signifikant i jämförelse med de som ej tränade. Galiks studie (2013) visade på mindre risk för fall.

Graden av apati har minskat enligt Conradssons studie (2010) men ej visat någon förändring gällande depression. Man har kunnat se ökning av välbefinnandet i samma studie.

6.2 Fysisk aktivitet som lämpar sig för personer med demens

Av de artiklar som granskats i denna studie har 6 stycken innefattat HIFE-programmet. Studierna har inte analyserat hur väl själva programmet lämpar sig för just gruppen dementa, utan snarare effekterna. Då samtliga analyserade artiklar i denna studie har varit genomförbara kan vi utgå ifrån att programmet lämpar sig för dementa. Detta tar då inte hänsyn till andra faktorer så som ledarskap, antal deltagare osv som kan påverka tillämpningen av den fysiska aktiviteten.

The High-Intensity Functional Exercise Program (the HIFE Program) utvecklades år 2001–2002 av fysioterapeuterna Håkan Littbrand, Erik Rosendahl och Nina Lindelöf inför forskningsprojektet the Frail Older People – Activity and Nutrition Study in Umeå (the FOPANU Study) vid Umeå universitet. Programmet reviderades år 2011 inför forskningsprojektet the Umeå Dementia and Exercise Study (the UMDEX Study). HIFE Programmets målsättning är att förbättra deltagarens benstyrka, balansförmåga samt gång- och förflyttningsförmåga. Kriterierna för övningarna är att vara funktionella och i viktbärande positioner. De skall vara genomförbara utan tillgång till välutrustade lokaler. Övningarna är speciellt utformade för äldre personer med olika grad av funktionsförmåga, från personer Då går självständigt till personer som behöver mer hjälp vid förflyttning. Övningarna skall innehålla möjligheter till att träna progressivt, genom ökad svårighet i

en specifik övning eller byte till annan övning. HIFE-programmets övningsbank innehåller 39 övningar indelade i fem huvudkategorier:

- Statisk och dynamisk balansträning i kombination med benstyrketräning
- Dynamisk balansträning i gående
- Statisk och dynamisk balansträning i stående
- Benstyrketräning med kontinuerligt balansstöd
- Gångträning med kontinuerligt balansstöd

I Bussers studie (2014) undersöktes genomförbarheten med kombinerad aerob träning och styrketräning med dementa på gruppboende. Studien visade på att det är genomförbart med kombinerad aerob träning och styrketräning på boende för dementa.

I Vreugdenhils studie använde man sig av Home support exercise program som lämpade sig väl för personer med demens. Programmet innehåller 10 enkla och funktionella övnignar för att upprätthålla rörlighet, balans och styrka och för ökat oberoende. (canadian centre for activity and aging 2018)

I ljuset av dessa artiklar som analyserats kan man utgå ifrån att fysisk aktivitet för dementa är genomförbart både på boende samt i hemmet på grupp/ individnivå. Huruvida ett specifikt träningsprogram är bättre än ett annat går inte att fastställa. Dock visar studierna att program utformat för gruppen äldre med inriktning på funktionella övningar fungerar mycket väl.

7 DISKUSSION

Syftet med detta arbete var att undersöka vilka effekter det finns med fysisk aktivitet för personer med demenssjukdom och vilken typ av fysisk aktivitet som lämpar sig för personer med demenssjukdom på resurscerat gruppboende. Då forskningen var begränsad så tog jag även del utav studier som gjort i hemmet och alltså inte inkluderade resurscerat boende.

6 av studierna innefattade HIFE-programmet som intervention och i dessa studier kunde man se förbättringar av ADL, gång, balans och ökat välbefinnande. Man kunde ej se några

förbättringar gällande kognitivtetet eller påverkan på depression. Då övergripande delen av de studierna som analyserats i detta arbete innefattat HIFE-programmet vill jag reservera mig angående huruvida programmet skulle vara bättre än något annat program. Anledningen till detta var att i sökningen och urvalet av artiklar så återfanns detta program i stor utbredning samtidigt som det var brist på annan forskning. Därav skulle ytterligare forskning krävas inom området, i synnerhet för att besvara frågan vilken fysisk aktivitet som lämpar sig bäst. I ljuset av resultatet kan man utgå ifrån att program med funktionella övningar inriktade mot gruppen äldre är att rekommendera även för personer med demens. Faktorer som ledarskap för gruppträning och kommunikation mellan ledare och deltagare borde kompletteras till denna studie för att på ett mer konkret sätt finna lämpligt träningsprogram för äldre med demens.

Ingen utav forskningsartiklarna i detta arbete kunde visa effekt av fysisk aktivitet på den kognitiva förmågan. Det tåls att poängtera att ytterst liten forskning gjorts inom området och det skulle krävas mer för att säkerställa resultatet.
Resultaten av effekten på fysisk aktivitet för personer med demens i detta arbete kan förhoppningsvis motivera till att införa gruppträning för denna målgrupp.

Den första forskningsfrågan ” Vilka effekter finns det med fysisk aktivitet för personer med demenssjukdom?” kan besvaras genom att utgående från litteraturstudiens resultat kan man uppskatta att försämringar på ADL stagnerar vid både korttidsmätningar och långtidsmätningar. (Littbrand et al. 2009) Gällande mobilitet, muskelstyrka och balans kan man dra slutsatsen att detta förbättras och fungerar på lång sikt. (Telenius 2015)
Vidare gällande de kognitiva funktionerna verkar fysisk aktivitet inte göra någon påverkan enligt de studier som inkluderats i resultatet. Depressiva symptom kan minska vid fysisk aktivitet utgående från resultatet. (Conradsson et al. 2010)

Den andra forskningsfrågan ”Vilken typ av fysisk aktivitet lämpar sig för personer med demenssjukdom på resurserat serviceboende?” kan besvaras på basis av resultatet genom att flertalet studier använt sig av HIFE-programmet. Då detta program fokuserar på balans, benstyrka samt gång och förflyttning kan man dra slutsatsen att det lämpar sig väl för personer med demens för att minska fallolyckor och för att upprätthålla den fysiska förmågan. Mer forskning kring området skulle behövas och därmed kan det inte fastställas

att HIFE-programmet skulle vara att föredra då de flesta artiklar i denna studie innefattat HIFE-programmet.

7.1 Metoddiskussion

Efter diskussion med min handledare kom vi fram till att en systematisk litteraturstudie skulle lämpa sig bäst för detta arbete. Resonemanget kring detta var att en systematisk litteraturstudie ger möjlighet att sammanställa evidens utifrån flera olika forskningar och det passade utifrån detta arbetes syfte och frågeställningar. Sökutbudet var begränsat så i efterhand kan det ifrågasättas om det istället hade varit till fördel att göra en allmän litteraturöversikt då antalet artiklar var så få.
Efter att ha valt sökord och databaser upptäckte jag att samma artiklar dök upp i de olika databaserna och det begränsade urvalet. Då artiklarna relevanta för studien valts ut gjordes en kvalitetsgranskning och jag använde metoden GRADE där studierna graderades i skala 1-3 där de artiklar som graderats 1-2 inkluderats i studien. Artiklarna har validerats enligt kriterier för att utesluta felkällor för att på så vis få ett så rättvist resultat som möjligt. Kvalitetsgranskningen var mest utmanande av de olika skeendena i processen för att få ett så korrekt utfall som möjligt av studierna och således var detta mycket tidskrävande. Detta är metoder jag ej använt mig av tidigare och med hänsyn till detta så lämnas utrymme för möjliga felkällor i bedömningen.
I studien har hänsyn tagits åt de etiska principerna genom Checklistor som finns i boken av Wengström och Forsberg för att metod och tillvägagångssätt skulle ske på ett korrekt sätt och minimera risker för ett otillförlitligt resultat. Folkhälsan gav riktlinjer till vad som får nämnas i arbetet och detta har följts för att inte inkräkta på anonymiteten.

Totalt inkluderades 10 artiklar i arbetet med skala 1-2 i kvalitetsgranskningen. Jag bedömmer att resultatet gör artiklarna rättvisa och att det mest primära framgår tydligt samt att forskningsfrågorna besvaras. För att säkerställa resultaten ytterligare skulle krävas mer forskning, med tanke på de få artiklarna har resultatet framförts så rättvist som möjligt.

8 KONKLUSION

Syftet med arbetet var att på basis av tidigare forskad evidens undersöka om det fanns träningsmetoder som är specifikt gynnsamt för människor med olika typer av minnessjukdom.

Man kan uppskatta att försämringar på ADL stagnerar vid både korttidsmätningar och långtidsmätningar. Gällande mobilitet, muskelstyrka och balans kan man dra slutsatsen att detta förbättras och fungerar på lång sikt. Vidare gällande de kognitiva funktionerna verkar fysisk aktivitet inte göra någon påverkan enligt de studier som inkluderats i resultatet. Depressiva symptom kan minska vid fysisk aktivitet utgående från resultatet. Flertalet studier har använt sig av HIFE-programmet. Då detta program fokuserar på balans, benstyrka samt gång och förflyttning kan man dra slutsatsen att det lämpar sig väl för personer med demens för att minska fallolyckor och för att upprätthålla den fysiska förmågan. Mer forskning kring området skulle behövas och därmed kan det inte fastställas att HIFE-programmet skulle vara att föredra då de flesta artiklar i denna studie innefattat HIFE-programmet.

Ur ett fysioterapeutiskt perspektiv visar denna studie att fysisk aktivitet för personer med demens är fungerande samt tillämpbart på gruppboende. Mer forskning behövs kring ämnet för att fastställa de mest relevanta metoderna.

KÄLLOR

Artiklar

Blankevoort, C. G., Van Heuvelen, M. J., Boersma, F., Luning, H., De Jong, J., & Scherder, E. J. (2010). Review of effects of physical activity on strength, balance, mobility and ADL performance in elderly subjects with dementia. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, *30*(5), 392-402.

Bossers, W. J., Scherder, E. J., Boersma, F., Hortobágyi, T., van der Woude, L. H., & van Heuvelen, M. J. (2014). Feasibility of a combined aerobic and strength training program and its effects on cognitive and physical function in institutionalized dementia patients. A pilot study. *PloS one*, *9*(5), e97577.

Conradsson, M., Littbrand, H., Lindelöf, N., Gustafson, Y., & Rosendahl, E. (2010). Effects of a high-intensity functional exercise programme on depressive symptoms and psychological well-being among older people living in residential care facilities: a cluster-randomized controlled trial. *Aging & mental health*, *14*(5), 565-576.

Daily Living and Balance in Older Adults with Dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, *64*(1), 55-64.

de Souto Barreto, P., Denormandie, P., Lepage, B., Armaingaud, D., Rapp, T., Chauvin, P., ... & Rolland, Y. (2016). Effects of a long-term exercise programme on functional ability in people with dementia living in nursing homes: Research protocol of the LEDEN study, a cluster randomised controlled trial. *Contemporary clinical trials*, *47*, 289-295.

Fjellman-Wiklund, A., Nordin, E., Skelton, D. A., & Lundin-Olsson, L. (2016). Reach the Person behind the Dementia-Physical Therapists' Reflections and Strategies when Composing Physical Training. *PloS one*, *11*(12), e0166686.

Forbes, D., Forbes, S., Morgan, D. G., Markle-Reid, M., Wood, J., & Culum, I. (2008). Physical activity programs for persons with dementia. *Cochrane Database Syst Rev*, *3*.

Galik, E., Resnick, B., Hammersla, M., & Brightwater, J. (2013). Optimizing function and physical activity among nursing home residents with dementia: testing the impact of function-focused care. *The Gerontologist*, *54*(6), 930-943.

Garuffi, M., Costa, J. L. R., Hernández, S. S. S., Vital, T. M., Stein, A. M., Santos, J. G. D., & Stella, F. (2013). Effects of resistance training on the performance of activities of daily living in patients with Alzheimer's disease. *Geriatrics & gerontology international*, *13*(2), 322-328.

Inskip, M., Mavros, Y., Sachdev, P. S., & Singh, M. A. F. (2016). Exercise for individuals with Lewy body dementia: a systematic review. *PloS one*, *11*(6), e0156520.

Lindelöf, N., Lundin-Olsson, L., Skelton, D. A., Lundman, B., & Rosendahl, E. (2017). Experiences of older people with dementia participating in a high-intensity functional exercise program in nursing homes:" While it's tough, it's useful". *PloS one*, *12*(11), e0188225.

Littbrand, H., Lundin-Olsson, L., Gustafson, Y., & Rosendahl, E. (2009). The Effect of a High-Intensity Functional Exercise Program on Activities of Daily Living: A Randomized Controlled Trial in Residential Care Facilities. *Journal of the American Geriatrics Society*, *57*(10), 1741-1749.

Littbrand, H., Carlsson, M., Lundin-Olsson, L., Lindelöf, N., Håglin, L., Gustafson, Y., & Rosendahl, E. (2011). Effect of a High-Intensity Functional Exercise Program on Functional Balance: Preplanned Subgroup Analyses of a Randomized Controlled Trial in Residential Care Facilities. *Journal of the American Geriatrics Society*, *59*(7), 1274-1282.

Littbrand, H., Rosendahl, E., Lindelöf, N., Lundin-Olsson, L., Gustafson, Y., & Nyberg, L. (2006). A high-intensity functional weight-bearing exercise program for older people dependent in activities of daily living and living in residential care facilities: evaluation of the applicability with focus on cognitive function. *Physical therapy*, *86*(4), 489-498.

Olsen, C. F., Telenius, E. W., Engedal, K., & Bergland, A. (2015). Increased self-efficacy: the experience of high-intensity exercise of nursing home residents with dementia–a qualitative study. *BMC health services research*, *15*(1), 379.

Rolland, Y., Pillard, F., Klapouszczak, A., Reynish, E., Thomas, D., Andrieu, S., ... & Vellas, B. (2007). Exercise program for nursing home residents with Alzheimer's disease: A 1-year randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, *55*(2), 158-165.

Telenius, E. W., Engedal, K., & Bergland, A. (2015). Effect of a high-intensity exercise program on physical function and mental health in nursing home residents with dementia: an assessor blinded randomized controlled trial. *PloS one*, *10*(5), e0126102.

Telenius, E. W., Engedal, K., & Bergland, A. (2015). Long-term effects of a 12 weeks high-intensity functional exercise program on physical function and mental health in nursing home residents with dementia: a single blinded randomized controlled trial. *BMC geriatrics*, *15*(1), 158.

Thuné-Boyle, I. C. V., Iliffe, S., Cerga-Pashoja, A., Lowery, D., & Warner, J. (2012). The effect of exercise on behavioral and psychological symptoms of dementia: towards a research agenda. *International Psychogeriatrics*, *24*(7), 1046-1057.

Toots, A., Littbrand, H., Lindelöf, N., Wiklund, R., Holmberg, H., Nordström, P., ... & Rosendahl, E. (2016). Effects of a High-Intensity Functional Exercise Program on Dependence in Activities of

Toots, A., Littbrand, H., Boström, G., Hörnsten, C., Holmberg, H., Lundin-Olsson, L., ... & Rosendahl, E. (2017). Effects of Exercise on Cognitive Function in Older People with Dementia: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Alzheimer's Disease*, *60*(1), 323-332.

Vreugdenhil, A., Cannell, J., Davies, A., & Razay, G. (2012). A community-based exercise programme to improve functional ability in people with Alzheimer's disease: a randomized controlled trial. *Scandinavian journal of caring sciences*, *26*(1), 12-19.

Elektroniska källor

Canadian centre for activity and aging Tillgänglig: https://www.uwo.ca/ccaa/training/courses/hsep.html
Hämtad: 21.11.2018

Demenscentrum, 2017 Tillgänglig:http://www.demescentrum.se/Fakta-om-demens/Vad-ar-demens/ Hämtad: 03.02.2018

Demenscentrum,2017 Tillgänglig:http://www.demenscentrum.se/Nyheter/traning-positivt/ Hämtad: 03.02.2018

FYSS, 2018 Tillgänglig: http://www.fyss.se/wp-content/uploads/2018/02/21.-Demens.pdf Hämtad: 02.05.2018

Socialstyrelsen 2013 Tillgänglig: *http://www.demenscentrum.se/globalassets/utbildning_pdf/demens-abc/guiden_nya_pdf/guiden_kapitel_5.pdf* Hämtad: .23.08.2018

Svenska folkhälsomyndigheten, 2018 Tillgänglig: https://www.folkhalsomyndigheten.se/far/inledning/vad-ar-fysisk-aktivitet/ Hämtad: 15.03.2018

WHO, 2018 Tillgänglig: http://www.who.int/topics/physical_activity/en/ Hämtad: 14.03.2018

Widrgen, B, 2017 Tillgänglig: http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=1374 Hämtad: 09.03.2018

Böcker

Basun, Hans et al., 2013, *Boken om demenssjukdomar* 1 uppl., Stockholm: Liber AB, 368 s.

Ekman, S-L et al.,2011, *Alzheimer* 1 uppl., Stockholm: Karolinska Institutet University Press, 112 s.

Ragneskog, H (2013). *Demensboken-omvårdnad och omsorg*. Printema Förlag: Göteborg, 288 s.