

**FYSISK BERÖRING SOM BEHANDLINGSMETOD VID  
BETEENDEMÄSSIGA OCH PSYKISKA SYMTOM VID  
DEMENS SJUKDOM**

**TOUCH AS TREATMENT OF BEHAVIORAL AND  
PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS OF DEMENTIA**

Examinationsdatum: 120302  
Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng  
Kurs 36  
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Författare: Malin Algernon  
Malin Dahlgren

Handledare: Lena Axelsson

Examinator: Fredrik Saboonchi

# **SAMMANFATTNING**

## **Bakgrund**

Demenssjukdom innebär att hjärnceller skadas och dör vilket leder till att hjärnans funktioner bryts ned med en kognitiv funktionsnedsättning till följd. Vidare försämras vanligtvis minnet och den drabbades personlighet kan komma att påverkas. Även förmågan att kommunicera försämras och uppfattningen och förståelsen för omgivningen kan förvanskas. Det beräknas att cirka 90 procent av alla svårt demenssjuka personer någon gång drabbas av beteendemässiga och psykiska symtom. Exempel på dessa symtom kan vara agitation, aggression, ångest och sömnstörningar. Behandlingen mot beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) ska inriktas mot en individuell omvårdnad men kan kombineras med farmakologisk behandling vid behov. Det har dock visat sig att många demenssjuka personer står på kontinuerlig farmakologisk behandling och att denna saknar ordentlig effekt och leder till allvarliga biverkningar. En alternativ behandlingsmetod till den farmakologiska behandlingen skulle kunna vara fysisk beröring.

## **Syfte**

Att beskriva effekter av fysisk beröring på beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD).

## **Metod**

För att svara på syftet utformades föreliggande uppsats som en litteraturstudie i vilken 16 artiklar har granskats.

## **Resultat**

Resultatet visar på att olika beröringsmetoder har varierande effekter på olika beteendemässiga och psykiska symtom. En förbättring av kommunikation och välbefinnande kunde också ses. Massage i olika former visade överlag på de tydligaste effekterna med en minskning av agitation och aggression, reducerade stressnivåer, förbättrad sömn, ökad kommunikation samt bättre välbefinnande som följer av behandling. Både närstående samt vårdpersonal ställde sig positiva till fysisk beröring som behandlingsmetod och uttryckte bland annat att relationen mellan givare och mottagare förbättrades.

## **Slutsats**

Fysisk beröring visade på positiva effekter och skulle kunna utgöra en alternativ eller komplementär behandlingsmetod till farmakologisk behandling av beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom. Vidare skulle beröring kunna användas i omvårdnaden av demenssjuka personer för såväl direkt symtomlindring som för att öka välbefinnande. Beröringen kan ges av såväl närstående som vårdpersonal. Vidare sågs inga tydliga bieffekter av behandlingen, dock var reaktionerna på beröring individuella vilket bör tas hänsyn till.

Nyckelord: Demenssjukdom, Fysisk beröring, BPSD, omvårdnad.

## **INNEHÅLLSFÖRTECKNING**

### **SAMMANFATTNING**

### **BAKGRUND**

**1**

**Prevalens och samhällskostnader**

1

**Demenssjukdom**

1

**Symtom vid de vanligaste demenssjukdomarna**

2

**Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom – BPSD**

3

**Farmakologisk behandling av BPSD**

5

**Icke farmakologisk behandling av BPSD**

6

**Välbefinnande**

6

**Livskvalitet hos personer med demenssjukdom**

7

**Fysisk beröring**

7

**Effekter av beröring**

8

**Demenssjukdomar och fysisk beröring**

9

**Problemformulering**

10

### **SYFTE**

**10**

### **FRÅGESTÄLLNINGAR**

**10**

### **METOD**

**11**

**Insamling och urval**

11

**Bearbetning och analys**

13

**Tillförlitlighet**

14

### **FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN**

**14**

### **RESULTAT**

**14**

**Skilda beröringsmetoder har olika effekt på BPSD**

14

**Förbättrat välbefinnande av taktil massage**

18

<b>Beröring kan förbättra kommunikation och interaktion</b>	<b>18</b>
<b>Fysisk beröring i omvårdnaden av personer med demenssjukdom</b>	<b>19</b>
<b>DISKUSSION</b>	<b>20</b>
<b>Metoddiskussion</b>	<b>20</b>
<b>Resultatdiskussion</b>	<b>21</b>
<b>Slutsats</b>	<b>26</b>
<b>REFERENSER</b>	<b>27</b>
<b>BILAGA I</b>	
<b>BILAGA II</b>	

## **BAKGRUND**

Att drabbas av en demenssjukdom påverkar hela människan, hennes person och hennes kognition. Den drabbade kan uppleva att hon förlorar förbindelsen med sig själv. Ofta innebär även sjukdomen en reduktion av kontakten med omvärlden i takt med att sjukdomen progredierar. Samtidigt kan den drabbade tvingas förlita sig på sin omgivning i större utsträckning. Tidigare dagliga rutiner kan behöva förändras och ny mening i tillvaron kan behöva skapas utifrån att nya behov uppkommer. Demenssjuka personer är utsatta och behöver mötas med en förståelse för deras egen person och livsvärld (Svanström, 2009).

### **Prevalens och samhällskostnader**

År 2005 var 29,3 miljoner av världens befolkning diagnostiserade med demenssjukdom. År 2020 uppskattas det att ungefär 50 miljoner människor kommer att vara drabbade av någon form av demenssjukdom (Brodaty et al., 2011). I Sverige är cirka 148000 personer drabbade av någon form av demens (Socialstyrelsens författningssamlingar [SOSFS], 2010:b). Antalet drabbade av demenssjukdomar ökar konstant, framförallt beroende på att medellivslängden i vårt samhälle har stigit. Risken att drabbas av en demenssjukdom fördubblas vart femte år från och med 60 års ålder. Det innebär att personer mellan 65-70 år löper en risk på en och en halv procent för att få sjukdomen medan en person på 95 år eller äldre med 45 procent sannolikhet kommer att insjukna i en demenssjukdom (Socialdepartementet, 2003). Hälften av alla demenssjuka personer bor i ett särskilt boende och det beräknas att av alla drabbade flyttar cirka 50 procent av dem som insjuknar till denna typ av boende inom två och ett halvt till tre år (Statens Beredning för medicinsk Utvärdering [SBU], 2008).

De globala kostnaderna för demens beräknades år 2005 ligga på drygt 315 miljarder dollar, vilket då enbart inkluderar de samhälleliga utgifterna för sjukdomen (Brodaty et al., 2011). År 2007 beräknades den årliga kostnaden i Sverige för personer med demens till 50 miljarder kronor (SOSFS 2010:b). Demenssjukdom innebär ett stort lidande för den enskilda individen samt dennes närstående som alla drabbas av sjukdomen. Vidare ställs också samhället i stort inför utmaningen att erbjuda vård och omsorg till denna växande sjukdomsgrupp (Almberg och Jansson, 2003).

### **Demenssjukdom**

Demenssjukdom innebär att hjärnans funktioner bryts ner till följd av skada eller sjukdom. Det leder till skador på hjärncellerna som tillslut dör (Almberg & Jansson, 2003). Gemensamt för alla typer av demens är att den drabbade får en försämrad minnesfunktion samt ofta även en kognitiv svikt (SBU, 2008).

Av de insjuknade har cirka 50-70 procent Alzheimers sjukdom, 20- 30 procent har en vaskulär demens, dessa siffror varierar något beroende på vilken population som undersöks. Vanligt förekommande är också blanddemens som är en kombination av olika demenssjukdomar, exempelvis Alzheimers sjukdom och vaskulär demens. Utveckling av demens kan även ske sekundärt till andra sjukdomar, exempelvis Parkinsons sjukdom (Marcusson, Blennow, Skoog & Wallin, 2011).

För att få en demensdiagnos ska patienten genomgå en grundläggande demensutredning. Detta för att med säkerhet utesluta att symtomen inte beror på konfusion med annan bakomliggande orsak. Socialstyrelsen rekommenderar i sina riktlinjer att grunden för en bedömning ska utgöras av anamnes, intervju med anhöriga samt tester av fysiska och psykiska funktioner och aktivitetsförmåga (SOSFS 2010:b). Även kognitiva tester i form av Mini Mental Test (MMT) bör genomföras för att analysera patientens kognitiva funktion. MMT är ett frågeformulär bestående av 11 frågor som används för att avgöra en persons kognitiva nivå av den mentala kapaciteten (Folstein, Folstein & McHugh, 1975). Vidare är det en fördel om också en datortomografi utförs. För att utesluta differentialdiagnoser såsom hyperkalcemi eller förändrad sköldkörtelfunktion, humant immunbristvirus (HIV), neuroborreliosis eller neurosyfilis bör blodprov tas (SOSFS 2010:b).

Demenssjukdomar påverkar den kognitiva funktionen vilket innebär en risk för den drabbade att denne förlorar sin autonomi. Detta kan ske dels genom att förmågan att godkänna vård och behandlingar försvåras. Dels genom omgivningens antagande att den sjuke inte har tillräcklig kognitiv förmåga att själv fatta sina beslut och därför tar över detta. Ett gott omhändertagande av denna patientgrupp kan därför grundas på tre etiska principer: att göra gott, att inte skada samt att bevara den personliga autonomi (Woods & Pratt, 2005).

### Komplikationer och mortalitet

Mitchell et al. (2009) fann i sin studie att de tre vanligaste komplikationerna till en demenssjukdom är pneumoni, feberepisoder samt problem med att äta. Av deltagarna i studien drabbades cirka 41 procent av pneumoni, 53 procent av feberepisoder samt 86 procent av problem med ätandet. Dödligheten inom sex månader efter utvecklandet av någon av dessa komplikationer var inemot 47 procent för pneumoni, 45 procent för dem som drabbats av feberepisoder samt 39 procent för patienterna som hade problem med att äta. Av de personer som avlidit hade cirka 37 procent pneumoni, 32 procent feberepisoder och 90 procent problem med ätandet de sista tre månaderna av livet.

I en kanadensisk studie (Wolfson et al., 2001) beräknas livslängden efter insjuknande i demens till drygt sex och ett halvt år. De som drabbades av sjukdomen i yngre ålder samt kvinnor visade på längst överlevnad. Faktorer som exempelvis utbildningsnivå hade ingen betydelse för längden på överlevnad. Vidare sågs en trend mot att personer med vaskulär demens i jämförelse med individer med trolig Alzheimers sjukdom hade en kortare livslängd.

### **Symtom vid de vanligaste demenssjukdomarna**

En kognitiv funktionsnedsättning är det primära symtomet vid demenssjukdom (SBU, 2008). Demenssjukdomar orsakar alltid en minnessvikt samt ofta en personlighetsförändring hos den drabbade. Ytterligare symtom på sjukdomen är bland annat ett degenererande intellekt och en försämrad förmåga till kommunikation samt att förståelsen av sin omgivning är nedsatt. Detta leder i sin tur ofta till att den sjuke känner ängslan och otrygghet (Ragneskog, 2011).

Beroende på typ av demenssjukdom kan symtomen variera, vanligt är dock att dessa oftast uppkommer smygande under en längre tid. Det första tecknet på sjukdomen

brukar vara ett försämrat minne, vanligen av det episodiska minnet där svårigheter att komma ihåg nyligen given information uppkommer (Isik, 2010). Även kognitiva funktioner påverkas och förmågan att tänka och associera snabbt blir sämre (Marcusson, Blennow, Skoog & Wallin, 2011). Vartefter skadorna i hjärnan ökar kan patienten drabbas av förvirring, desorientering, försämrat omdöme samt minskad förmåga att kommunicera. Ytterligare symtom är irritabilitet, humörsvängningar, aggression samt försämring av det semantiska minnet, dessa uppkommer vanligtvis vid försämring av sjukdomen (Isik, 2010). Psykiatriska symtom relaterade till Alzheimers sjukdom är mycket vanliga. Dessa beror till viss del på den drabbades oförmåga att uppfatta, tolka och förstå sin omgivning (Marcusson, Blennow, Skoog & Wallin, 2011).

Vid frontal- och temporallobsdemens är en förändring av personligheten det primära symtomet. Det sociala beteendet förändras och hämningslöshet kan uppkomma. Minne och perception kan dock vara relativt intakta i början av sjukdomen (Snowden, Neary & Mann, 2002). Apati är ett vanligt symtom som förekommer i 95-100 procent av fallen och ger sig vanligen uttryck som en oförmåga hos patienten att utföra vardagliga rutiner eller starta nya aktiviteter. Känslomässig avtrubbning och likgiltighet återfinns ofta hos dessa patienter, i många fall även agitation och åtstörningar (Rajaram, Herrmann & Lanctôt, 2009). Oro och depression är andra vanliga symptom som ofta uppkommer tidigt i sjukdomsförloppet (Snowden, Neary & Mann, 2002).

Vaskulär demens uppkommer på grund av cerebrovasculära skador. De kognitiva symtomen kommer därför vanligen snabbt samt stegvis (Toney, McCue, Minoshima & Lewis, 2011). Minnet påverkas emellertid enbart i liten utsträckning, om inte alls. De exekutiva funktionerna försämras vanligen tidigt i sjukdomsskedet, exempelvis med påverkan på omdöme. Även fluktuationer förekommer (Román, 2003). Beteendeförändringar med olämpligt agerande eller humörsvängningar är ytterligare symptom (Schneck, 2008).

Vid Lewy body demens påverkas inte minnesfunktionen i samma utsträckning som vid övriga demenssjukdomar. De primära symtomen på en kognitiv funktionsnedsättning är istället framförallt en inskränkning av de exekutiva funktionerna. Vidare är vanligtvis såväl tankegång som agerande ofta förlångsammade (Geldmacher, 2004). Fluktuationer drabbar ungefär 75 procent och utgörs framförallt av skiftningar i vakenhet och uppmärksamhet (Neef & Walling, 2006). Hallucinationer är ett typiskt tecken på Lewy body demens. Vanligtvis förekommer även vanföreställningar. Apati och depression är andra symtom, cirka 40 procent av de drabbade kommer någon gång under sjukdomsförloppet att utveckla en omfattande depression.

### **Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom - BPSD**

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) innefattar alla symtom vid demenssjukdom förutom den kognitiva funktionsnedsättningen. Prevalensen för BPSD är hög och ökar i takt med sjukdomens progression (Pieroni, 2006). Av dem som är svårast sjuka i demens beräknas 90 procent lida av någon typ av BPSD (Defanti et al., 2007). Utvecklandet av dessa symtom kan sättas i relation till

institutionalisering, vårdares stress, snabb kognitiv försämring, minskade dagliga aktiviteter samt låg livskvalitet. Andra orsaker till utvecklandet av BPSD skulle kunna vara bakomliggande sjukdom, miljömässiga faktorer, psykisk hälsa, interaktion med andra människor och medicinering (Pieroni, 2006).

Beteendemässiga symtom är generellt sett de symtom som vårdare (såväl närstående som vård- och omsorgspersonal) av demenssjuka har svårast att hantera och leder ofta till att den drabbade tvingas söka specialistvård eller flytta till ett särskilt boende. Exempel på dessa symtom är aggression, agitation, vandringsbeteende, apati, sexuell hämningslöshet samt negativt eller påträngande beteende. Hamstring, skrikande, svärande och skuggande är också exempel på BPSD (Purandare, Burns & Burns, 2000).

Agitation är ett vitt begrepp som beroende på författaren eller forskarens tolkning också innefattar aggression. Hos personer med Alzheimers sjukdom beräknas cirka 32 procent lida av agitation (Purandare, Burns & Burns, 2000). Cohen-Mansfield (1996) delar i sin bedömningsmall Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI) in agitation i fysiskt aggression, fysiskt icke-aggressiva beteenden, verbal aggression samt verbala icke-aggressiva beteenden. Den första gruppen, fysisk aggression, utgörs exempelvis av våldsamhet i form av slag, sparkar och fasthållande. Fysiskt icke-aggressiva beteenden kan exemplifieras med utförande av repetitiva handlingar, vandringsbeteende och rastlöshet. De flesta beteendemässiga och psykiska symtom kan gå över av sig själva, dock är det mindre troligt att agitation gör det (Pieroni, 2006).

Vad gäller den verbala aggressionen så kan skrikande, svärande och utbrott räknas hit. Verbala icke-aggressiva beteenden skulle kunna vara negativism i form av gnäll, upprepningar av meningar eller uppmärksamhetssökande. Verbala och fysiskt aggressiva beteenden förekommer i störst utsträckning hos personer med kognitiv svikt och svaga sociala relationer. Fysisk aggressivitet är vanligast hos män medan verbal aggression kan kopplas samman med en ökad frekvens av depression och hälsoproblem. Personer som har ett icke-aggressivt beteende tenderar att ha en måttlig till svår kognitiv svikt med en oförmåga att klara av dagliga aktiviteter. Verbala icke-aggressiva beteenden ses framförallt hos kvinnor med dålig hälsa, depression och kronisk smärta. Fysiska icke-aggressiva beteenden försämras i takt med att sjukdomen progredierar medan fysisk aggressivitet främst ses hos personer med svår kognitiv svikt (Cohen-Mansfield, 1996).

Psykiska symtom innefattar psykotiska och affektiva symtom, ångest och sömnstörningar. Exempel på psykotiska symtom är hallucinationer, vanföreställningar och svårigheter att identifiera. Visuella och auditiva hallucinationer förekommer i 32 respektive 17 procent hos personer med demenssjukdom. Vanföreställningar bestod framförallt i paranoia och en känsla av förföljelse. Det främsta affektiva symtomet är depression. Det finns emellertid en viss problematik här då depression i sig kan leda till en reversibel kognitiv svikt liknande demenssjukdom. Vidare kan depression och demenssjukdom förekomma samtidigt utan att samband mellan dem finns. Då depression och demens har liknande symtom, som exempelvis apati, förlorat intresse, sömnstörningar och agitation kan det vara svårt att avgöra huruvida depression förekommer hos en demenssjuk. Ångest kan ha flera anledningar och ta sig många uttryck. Den kan vara relaterad till rädsla för hälsan, framtiden eller för att lämnas



ensam för att nämna några exempel och kan yttra sig som förföljande av exempelvis vårdpersonal och närstående eller olika fobier (Purandare, Burns & Burns, 2000).

En finsk studie visar att det är mycket vanligt att demenssjuka har både psykiatriska och beteendemässiga symtom. Forskarna kommer fram till att 48 procent av studiens deltagare visade tecken på psykotiska drag i form av hallucinationer, paranoia och vanföreställningar. Vidare hade 43 procent av deltagarna depressiva tendenser, 26 procent var agiterade och 26 procent var apatiska (Pitkala, Laurila, Strandberg & Tilvis, 2004). Hos demenssjuka personer är aggression ett vanligt förekommande symtom, framförallt inom institutionell vård som exempelvis sjukhus och äldreboenden (Ragneskog, 2001).

SBU skriver i sin rapport (2008) att BPSD framförallt beror på biologiska faktorer men att beteendemässiga symtom även kan utvecklas i störda relationer ofta kopplade till den sjuke personens kognitiva svikt. Det kan då ge upphov till missförstånd och feltolkningar. I vilken grad biologiska eller miljömässiga element inverkar på BPSD är oklart varpå behandlingen av dessa måste inriktas på såväl omvårdnad som farmakologisk terapi.

### **Farmakologisk behandling av BPSD**

Behandlingen av BPSD bör framförallt utgöras av en individanpassad omvårdnad utifrån trolig orsak till uppkomsten av symtomen. Det kan exempelvis handla om att förbättra en icke fungerande kommunikation eller tillgodose otillfredsställda behov. Om den individuella omvårdnaden dock saknar effekt eller om symtomen blir för svåra föreslår Socialstyrelsen att läkemedelsbehandling bör sättas in (SOSFS 2010:a). Vid farmakologisk behandling av BPSD är andra generationens antipsykotiska läkemedel vanligen använda. Till denna grupp läkemedel hör bland annat Risperidon som är det farmaka som av de antipsykotiska läkemedlen används mest (Läkemedelsverket, 2008). Amano, Inuzuka och Ogihara (2009) föreslår en användning av Risperidon vid agitation, aggression samt psykiatriska symtom vid demenssjukdom då studier visat på goda effekter på reducering av dessa symtom. Dock finns risk för extrapyramidala symtom. Vidare kan denna typ av läkemedel även leda till en ökad dödlighet. Det är därför av vikt att ge tydlig information till patienten och dennes anhöriga om riskerna med medicineringen samt att deras godkännande ges innan påbörjad behandling. Användandet av läkemedel ska ske i minsta möjliga dos samt under kortast möjliga tid.

Liperoti, Pedone & Corsonello (2008) gör i sin studie gällande att det finns begränsad evidens som stödjer effekterna av antipsykotiska läkemedel. Dessutom påpekas det att icke-farmakologiska behandling av BPSD bör vara förstahandsvalet på grund av riskerna med antipsykotika samt den låga evidensen för dess effekt. Farmakologiska alternativ saknas till denna läkemedelsgrupp men artikelförfattarna föreslår en fortsatt forskning med syfte att ta fram alternativa behandlingsmetoder med inriktning mot individuella behov hos patienten och dennes familj. Dessa skulle kunna kombineras med farmakologisk behandling.

Benzodiazepiner bör inte användas till demenssjuka då dessa kan påverka den kognitiva förmågan, leda till en ökad fallrisk, ökad agitation samt är

beroendeframkallande. Det finns också en risk att eventuell utsättning av läkemedlet kan leda till utvecklande av BPSD-symtom i form av exempelvis oro och ångest (Läkemedelsverket, 2008).

Pitkala, Laurila, Strandberg och Tilvis (2004) visade i sin forskning att 87 procent av deltagarna stod på någon typ av psykofarmaka dagligen. Författarna menar att intaget av dessa mediciner är för stort då de inte är helt ofarliga för brukaren. En annan studie (Sink, Holden & Yaffe, 2005) visar på att farmakologisk behandling av neuropsykiatriska symtom vid demenssjukdom inte är särskilt effektivt. Även SBU (2008) beskriver den farmakologiska behandlingen av beteendestörningar relaterade till demenssjukdom har ringa effekt. Dödligheten har vidare även visat sig stiga vid användning av atypiska antipsykotiska läkemedel.

### **Icke farmakologisk behandling av BPSD**

Då alla demenssjukdomar är kroniska ska behandlingen inriktas på symtomlindring samt bevarande av livskvalitet under alla faser av sjukdomen. Målet är även att underlätta vardagen för den sjuke (SOSFS 2010:b). Enligt SBU (2002) bör den farmakologiska behandlingen av beteendemässiga och psykiska symtom kompletteras med psykosociala metoder. Exempel på dessa skulle kunna vara aktivitetsprogram, musik och dans, beteendeterapi, ljusterapi eller fysisk beröring i form av mjuk massage. Detta för att skapa en omvårdnad anpassade efter patientens individuella behov.

Skovdahl (2004) menar att en enbart farmakologisk behandling av aggression kan likställas med ett övergrepp mot individen och att ett aggressivt beteende alltid måste tolkas, analyseras och förstås för att kunna bemötas på rätt sätt utifrån den enskilda individens behov. Att behandla aggressivitet med hjälp av medicinering innebär enkom symtomlindring utan att ta hänsyn till orsaken till problemet. Skovdahl fann även att taktil stimulering kan användas för att lindra aggressivitet och rastlöshet om den utförs utefter individuella förutsättningar och behov.

Demenssjukdomar är progredierande vilket innebär att nästan alla någon gång kommer att behöva vård för sin sjukdom. Vilken vård som behövs eller när den är nödvändig är högst individuellt och det gäller att vårdgivaren har möjlighet att kunna möta den sjukas behov så att förutsättningar för autonomi, integritet och självständighet upprätthålls (Marcusson, Blennow, Skoog & Wallin, 2011).

### **Välbefinnande**

Omvårdnadsteoretikerna Benner och Wrubel (s. 160, 1989) definierar välbefinnande på följande sätt: "Well-being is defined as congruence between one's possibilities and one's actual practices and lived meanings and is based on caring and feeling cared for". Välbefinnandets betydelse för hälsa beskrivs av World Health Organization (WHO) som att hälsa är ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom eller funktionshinder (WHO, 2011).

## **Livskvalitet hos personer med demenssjukdom**

Livskvaliteten hos demenssjuka personer har visat sig främst vara beroende av den sjukas ålder samt beteendemässiga och psykiska symtom relaterat till demenssjukdomen. Ju färre beteendemässiga och psykiska symtom samt ju äldre personen är desto bättre upplevs livskvaliteten vara. Fysiska funktionshinder påverkade inte livskvaliteten i samma utsträckning (Banerjee et al., 2006). Wetzels, Zuidema, Jonghe, Verhey & Koopmans (2010) beskriver utifrån sin studie att livskvaliteten hos demenssjuka personer framförallt försämras av symtom på sjukdomen som depression, agitation, psykos och den kognitiva funktionsnedsättningen. Ingen skillnad i livskvalitet mellan olika typer av demenssjukdomar kunde ses.

## **Fysisk beröring**

Beröring definieras i Svenska akademiens ordbok som verkligt vidrörande, kontakt förbindelse eller som personers eller sakers samvaro eller samtidighet (Svenska Akademiens ordbok, 2011).

Gemensamt för synonymer eller förklaringar till ordet är att de innebär någon form av kontakt eller möte. Att beröras är att mötas och kommunicera. Beröring kan delas in i tröstande, vårdande, beskyddande, social och diagnostisk. Kroppskontakt är nödvändigt för vårt välbefinnande och betyder en upplevelse av både känsel och känsla. När beröring ges med välmening kan denna ge mottagaren bekräftelse av sin existens (Wigforss-Percy, 2006).

Att använda sig av massage och beröring är ingenting nytt inom läkekonsten. Dokument från antika Grekland, Italien, Japan, Kina, Egypten och Indien vittnar om att användningen av massage som behandlingsmetod är av gammalt ursprung. Hippokrates och Galenos använde sig båda av massage när de behandlade sina patienter (Wigforss-Percy, 2006). Hippokrates beskrev läkekonst såsom ”konsten att gnida” (Field, 2000).

Idag används olika former av beröring i vården (Henricson & Billhult, 2010).

### Massage

Massage är en form av hudstimulering där antingen djupare strukturer som muskler och nerver stimuleras eller en lättare typ av beröring ofta kallad mjuk massage. Massage kan ges på hela kroppen eller endast delar av kroppen såsom händer, fötter, axlar och rygg. Mjuk massage är en lättare typ av massage. Mjuk massage är ett begrepp som inkluderar olika typer av fysisk beröring såsom taktil massage, aromaterapimassage, efflurage, hudmassage och beröringsmassage (SBU, 2002).

Taktil massage är en annan form av mjuk massage där huden berörs lätt samt med en omslutande kontakt (Ardeby, 2003). Ofta består massagen för demenssjuka personer av 20 minuters hand- eller fotmassage och kan ses som ett sätt att bemöta de sjukas fysiska kontaktbehov på ett adekvat sätt utan att överskrida professionsgränser

(Henricson & Billhult, 2010). Taktill massage har visat sig ha positiva effekter på sömn, smärta, avslappning, humör och känsloläge (Andersson, Törnqvist & Wändell, 2009).

Aromaterapimassage är en beröringsmetod där lätt fysisk beröring kombineras med essentiella aromatiska oljor (Wigforss-Percy, 2006). Behandlingsmetoderna för mjuk massage används ibland inom demensvården i Sverige (SBU, 2002).

### Terapeutisk beröring

Terapeutisk beröring är en gammal beröringsform som finns beskriven i såväl hieroglyfer som kilskrift. Denna typ av beröring utgår ifrån ett synsätt där sjukdom beror på en brist av vigör och vitalitet. Något som friska personer har i överflöd. Vigör och vitalitet kan föras över från en frisk människa till en sjuk person genom beröring för att på så sätt öka dennes hälsa. Det sker genom att den friska personen lägger sina händer på den sjuke med intentionen att förbättra den andres hälsa. Beröringen bör ske i cirka 10-15 minuter (Krieger, 1975).

### Reflexologi

Reflexologi eller Zonterapi är en metod som innebär att man anbringar ett tryck mot reflexpunkter, dessa punkter finns på olika delar av kroppen såsom händerna, öron eller fötter. Ofta bearbetas fötterna. Reflexpunkterna på fötterna är förknippade med olika delar av kroppen, och har samband med inre organ och körtlar. Genom att utöva tryck mot reflexpunkterna försöker man komma åt och lindra symtom i de delar av kroppen som är förbundna med dessa punkter. Metoden är av gammal härkomst och har använts i bland annat Egypten, Kina, Indien och Grekland. Reflexologi vidareutvecklades av den amerikanske läkaren William F Fitzgerald i början av 1900-talet (Crane, 2000).

### Akupressur

Akupressur är en metod som ursprungligen kommer från den kinesiska medicinen. Metoden innebär en stimulering av akupressurpunkter genom att det utövas ett tryck mot dem. När tryck utövas mot punkterna frigörs bland annat endorfiner. Detta gör att smärta kan minska. Andra effekter är att välbefinnande och avslappning infinner sig. Orsaken till detta kan vara att oxytocin frigörs vid beröring. Välbefinnande och avslappning kan också ha att göra med det faktum att personen blir omhändertagen. Detta är den västerländska synen på metoden (SLL, 2011).

## **Effekter av beröring**

Vid fysisk beröring utsöndras oxytocin från hypothalamus. Oxytocin som är både ett hormon och en transmittorsubstans har visat sig förhöja smärtröskeln samt bidra till en mer bestående smärtlindring. Oxytocin verkar också mot aggressivitet, främjar nyfikenhet samt ökar blodförsörjningen till den del av hjärnan där den emotionella intelligensen står att finna. Blodtrycket sjunker vid påverkan av hormonet som dessutom har en avslappnande effekt och leder till ett ökat välbefinnande. Beröringen påverkar även utsöndringen av gastrin ocholecystokinin vilket ytterligare för med sig effekter såsom exempelvis lugn, slöhet och sömn samt förbättrar matsmältningen

(Birkestad, 2004). En reducering av depression, oro och nivåer av stresshormoner har visats hos personer som fått beröring (Field, 2000). Massage sänker kortisolnivåerna och ger en ökning av serotonin samt dopamin vilka är involverade i behandlingen av depression och dess stressymtom. Förutom depression har även depressionsrelaterade symtom, smärta, sjukdomar i immunförsvaret, autoimmuna sjukdomar och stress reducerats eller förbättrats av massagebehandlingar (Field, Hernandez-Reif, Diego, Schanberg & Kuhn, 2005).

En studie undersökte en grupp vuxna personer med depression. Med EEG (elektroencefalografi) undersöktes dessa människors aktivitet i frontalloben innan och efter att dem givits beröring. EEG innan beröringen visade på aktivitet på högra sidan av frontalloben vilket är relaterat till ett nedstämt humör. Samma undersökning efter beröringen visade en ökad EEG aktivitet i den vänstra delen av frontalloben som istället är associerat med ett glatt humör eller en aktivitet placerad i mitten av frontalloben. En annan förklaring till fysiska effekter av beröring skulle kunna vara att massage leder till en ökning av den vagala aktiviteten (Field, 2000).

Fysisk beröring samt samtal vid måltidssituationer med äldre personer har även visat sig öka deras kaloriintag (Gleeson & Timmins, 2005).

Robertsson (2003) menar att massage har många fördelar utöver avslappning och förbättrad cirkulation. Många upplever smärtlindring och behöver mindre läkemedel för smärta. Andra fördelar med massage som författaren beskriver är: förbättrad sömn, minskad huvudvärk, lägre blodtryck, minskade ödem, minskade nivåer av stresshormonet kortisol, förbättrat immunförvar, ökad aptit och förbättrad matsmältning.

Harris och Richards (2009) föreslår i en artikel att handmassage och ryggmassage kan vara effektiva som alternativ till farmakologisk behandling för att minska fysisk och psykisk stress samt för att ge äldre människor en bättre livskvalité.

Den fysiska beröringen har visat sig ha lugnande, tröstande och avslappnande effekter på mottagaren samt att denne känner sig värnad om. Positiva effekter har även upptäckts också hos givaren som känner sig mer sedd (Gleeson & Timmins, 2005).

I en studie (Smith, Sullivan & Baxter, 2009) intervjuades friska, vuxna personer som under sex månader fått massage minst två gånger. Det visade sig att deltagarna upplevde en tillit till terapeuten och kände en ökad personlig kontakt med denna. De uppskattade också att terapeuten visade ett äkta intresse för deras välbefinnande. Vidare upplevde studiens deltagare att massagen gav upphov till en känsla av bekvämlighet och omsorg samt en kontakt och förbindelse med givaren. Dessa upplevelser verkade förstärka varandra samt inverka på en ökad känsla av tillit och avslappning vilket bidrog till att massagen upplevdes som positiv.

### **Demenssjukdomar och fysisk beröring**

Beröring, i form av massage används idag i demensvården som ett komplement till farmakologisk behandling mot oro, ångest, aggressivitet, agitation samt depression. Beröringen anses leda till lugn och ro och ett ökat välbefinnande. Beröring,

exempelvis i form av mjuk massage har visat sig kunna öka förmågan till kommunikation och interaktion hos personer som har svårigheter med detta. Massagen har också visat sig ha goda effekter på sömnen. En stund med massage innebär också att patienten får egentid med vårdaren och dennes uppmärksamhet under en stund (Wigforss-Percy, 2006; Läke­medelsverket, 2008).

Beröring är en subjektiv upplevelse. Demenssjuka personer kan ha en låg autonomi samt en försämrad förmåga till kommunikation vilket medför att fysisk beröring riskerar att bli en kränkning och ett övergrepp av den sjuke. Beröring ska därför endast ges efter att personen i fråga eller dennes närstående gett sitt godkännande (SBU, 2002). Den fysiska beröringen riskerar annars att bli en kränkning och ett övergrepp av den sjuke. Även givaren av beröringen måste känna en frivillighet att utföra denna (Gleeson & Timmins, 2005). Vi lever idag i ett mångkulturellt samhälle och upplevelsen av beröring är kulturellt betingat varpå givaren av beröringen måste vara insatt i olika kulturers förhållningssätt till denna (Wigforss-Percy, 2006).

## **Problemformulering**

Andel personer som insjuknar i demens är konstant ökande i hela världen. Med allt fler insjuknade ställs större krav på vård och omsorg att ta hand om dessa personer. Upp till 90 procent av personer med svår demenssjukdom drabbas av BPSD vilket innebär ett stort lidande för den sjuke samt dennes närstående. Det saknas en farmakologisk behandling som är fullt tillfredsställande mot BPSD. Läke­medelsbehandling kan medför en risk för allvarliga biverkningar och vissa farmaka kan leda till en ökad dödlighet. Den farmakologiska behandlingen av BPSD kan kombineras med en psykosocial behandling anpassad efter individen där fysisk beröring skulle kunna vara ett alternativ.

Fysisk beröring har visats ha såväl fysiska som psykiska effekter, varför denna behandlingsmetod eventuellt skulle kunna vara användbar inom omvårdnaden av personer med BPSD.

## **SYFTE**

Att beskriva effekter av fysisk beröring som behandlingsmetod vid beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD).

## **FRÅGESTÄLLNINGAR**

Hur påverkar fysisk beröring beteendemässiga och psykiska symtom hos de demenssjuka?

Hur påverkar fysisk beröring välbefinnandet hos demenssjuka med BPSD?

På vilket sätt är fysisk beröring användbart inom omvårdnaden av demenssjuka personer med BPSD?

## **METOD**

Metoden som valts är en systematisk litteratur studie. Enligt Forsberg och Wengström (2003) är det en förutsättning för att kunna göra en litteraturstudie att det finns artiklar av god vetenskaplig kvalitet som kan utgöra grund för analys och slutsatser.

Litteraturöversikten är byggd på vetenskapliga artiklar som har valts ut enligt inklusionskriterier. Resultatet består av information insamlat från peer-reviewed (granskade av en oberoende expert innan artikeln är publicerad) vetenskapliga artiklar där frågorna, med utgångspunkt i syftet ställs till litteraturen. Studier väsentliga för syftet har inkluderats (Forsberg & Wengström 2003).

### **Insamling och urval**

De vetenskapliga artiklarna har sökts med hjälp av vedertagna MeSH (Medical Subjects Headings) termer i databasen PubMed samt fritextsökning. Sökning har även gjorts i databaserna AMED, Cinahl och PsychINFO. I AMED söktes artiklar fram som berörde området för sjukgymnastik och komplementärmedicin. PubMed har valts då det är en bred databas som täcker medicin- och omvårdnadsfrågor. Cinahl behandlar omvårdnad, sjukgymnastik och arbetsterapi. Där gjordes ytterligare sökning, då det är möjligt att granska om artiklarna var peer-reviewed. PsychINFO användes för att söka artiklar omfattande psykologisk forskning inom medicin och omvårdnad. Sökorden som använts har valts utifrån studiens syfte.

Inklusionskriterier var från början artiklar skrivna på engelska som skulle vara högst tio år gamla. Då det var svårt att finna tillräckligt många relevanta artiklar var det nödvändigt att utvidga tidsramen. De artiklar som söktes fram i sökmotorerna är därför skrivna mellan 1999 och 2011. Tidsramen för artikelsökningen utvidgades till 12 år. Exklusionskriterier vid sökning av artiklar var artiklar utan abstract samt reviewartiklar. De utvalda artiklarna är peer-reviewed och etiskt granskade. Databasen Ulrich användes för att kontrollera detta.

I och med problemet med att hitta tillräckligt många artiklar gjordes även sökningar på enskilda BPSD. Det enda symtomet som gav några träffar var agitation tillsammans med termerna acupressure och massage varpå endast dessa sökningar är presenterade i nedanstående tabell.

Manuell sökning gjordes också, då referenslistor till ett stort antal review artiklar och avhandlingar lästs igenom. I den manuella sökningen påträffades många av de artiklar som redan inkluderats i arbetet genom databassökning, men även andra intressanta artiklar som dock var för gamla med hänsyn till inklusionskriterierna. Den manuella sökningen bidrog därför ej till ytterligare artiklar.

Databassökningen av originalartiklar redovisas i tabell 1. I tabellen återges sökmotorer, datum för sökning, sökord, begränsningar, antal träffar, abstract och artiklar som granskats samt de vetenskapliga artiklar som valts ut till studiens resultat. Ett flertal av artiklarna

återkom vid flera sökningar. De abstract och artiklar som redan lästs har uteslutits. Därav de fåtal lästa abstract och artiklar redovisade i tabellen. Det slutliga antalet artiklar var 16 stycken.

Tabell 1. Sökförfarande vid val av vetenskapliga artiklar.

Sökmotorer	Datum	Sökord	Begränsningar	Träffar	Antal lästa abstract	Antal granskade artiklar	Valda artiklar
<b>AMED</b>	2011-11-03	”Massage” AND ”Dementia”	Engelska artiklar 12 år	6	3	1	1
<b>Cinahl</b>	2011-11-03	”Acupressure” AND ”Agitation” NOT ”Review”	Engelska artiklar 12 år Abstract Available Peer-reviewed	2	2	2	2
<b>Cinahl</b>	2011-11-03	”Dementia” AND ”Touch” Not ”Review”	Engelska artiklar 12 år Abstract Available Peer-reviewed	27	13	5	3
<b>Cinahl</b>	2011-11-03	”Hand massage” AND ”Dementia” NOT ”Review”	Engelska artiklar 12 år Abstract Available Peer-reviewed	2	2	2	2
<b>Cinahl</b>	2011-11-03	”Massage” AND ”Agitation” NOT ”Review”	Engelska artiklar 12 år Abstract Available Peer-reviewed	10	5	3	3
<b>PsychINFO</b>	2011-11-03	”Dementia” And ”Massage”	Engelska artiklar 12 år Abstract Available	4	1	1	1
<b>PsychINFO</b>	2011-11-03	”Dementia” AND ”Physical contact”	Engelska artiklar 12 år Abstract Available	8	3	1	1
<b>PsychINFO</b>	2011-11-03	”Massage” And	Engelska artiklar	2	0	0	0



		“Agitation” (Abstracts Available)	12 år Abstract Available				
PubMed	2011-11-03	“Dementia Majr” AND “Massage Majr” NOT “Review”	Engelska artiklar 12 år Abstract Available	8	1	1	1
PubMed	2011-11-03	“Dementia Majr” AND “Touch Majr” NOT “Review” (Abstracts Available)	Engelska artiklar 12 år Abstract Available	6	0	0	0
PubMed	2011-11-03	“Therapeutic touch Majr” AND “Dementia Majr” NOT “Review”	Engelska artiklar 12 år Abstract Available	7	2	2	1
PubMed	2011-11-03	“Massage therapy effects” AND “Dementia Majr” NOT “Review”	Engelska artiklar 12 år Abstract Available	7	0	0	0
PubMed	2011-11-03	“Tactile stimulation” AND “Dementia” NOT “Review”	Engelska artiklar 12 år Abstract Available	4	1	1	1

### Bearbetning och analys

Artiklarna lästes av författarna var och en för sig. En gemensam diskussion fördes sedan. Artiklarna lästes först igenom översiktligt, sedan lästes de noggrant flera gånger. Diskussion fördes kring det som funnits väsentligt. Färgpennor användes för att sortera ut information utifrån olika frågeställningar/teman. Engelsk-svensk ordbok användes för att förstå och återge artiklarna på bästa sätt. Kvaliteten i artiklarna granskades och klassificerades utifrån det bedömningsunderlag för klassificering och kvalitetsbedömning av kvalitativa och kvantitativa studier som modifierats av Berg, Denker och Skärsäter (1999) samt William, Stoltz och Bahtevani (2006). Mallen för granskning bifogas (bilaga I). Granskningen redovisas i en matris som bilaga till litteraturstudien (bilaga II).

## **Tillförlitlighet**

För att uppnå tillförlitlighet samt för att en liknande studie skall kunna upprepas har tillvägagångssättet och sökförfarandet redovisats noggrant (Forsberg & Wengström, 2003). Vid datainsamling har vedertagna sökord använts, såsom MeSH termer i PubMed och Subject Headings i Cinahl samt PsychINFO. Fritextsökning har också gjorts. Alla artiklar har lästs separat av författarna och en objektiv diskussion har därefter förts. De artiklar som valts har varit peer-reviewed originalartiklar, etiskt granskade. Alla artiklar som förekommer i studien redovisas samt arkiveras i 10 år (Forsberg & Wengström, 2003).

## **Forskningsetiska överväganden**

Genom att presentera såväl de studier som ger positiva som negativa resultat gentemot syftet uppnås en vetenskaplig hållning. Innehållet i artiklarna återges så sanningsenligt som möjligt efter att noggrant ha diskuterats. Inga data har på något sätt fabricerats eller på annat sätt förvanskas för att passa in i resultatet av forskningsöversikten (Lynöe & Juth, 2009).

Vid forskning på demenssjuka finns etiska aspekter som måste beaktas. Det handlar framförallt om bevarandet av den sjukas autonomi samt om skyddande av denna patientgrupp vilken generellt sett är extra sårbar (Arlebrink, 2006).

I och med den etiska problematik som står att finna vid forskning på demenssjuka personer tydliggörs vikten av att enbart artiklar som har blivit etiskt granskade har medtagits i föreliggande litteraturstudie.

## **RESULTAT**

Resultatet grundar sig på 16 artiklar vilka har granskats utifrån föreliggande uppsats syfte vilket också, tillsammans med frågeställningarna har legat till grund för resultatdelens disposition. Resultatet är indelat i följande rubriker: skilda beröringsmetoder har olika effekt på BPSD, förbättrat välbefinnande av taktil massage, beröring kan förbättra kommunikation och interaktion, fysisk beröring i omvårdnaden av demenssjuka.

### **Skilda beröringsmetoder har olika effekt på BPSD**

Utifrån de resultat som skönjts har denna del delats in i underrubrikerna: varierande resultat på agiterade beteenden, massage har tydligaste effekterna på aggressivitet med individuell variation, beröringens tveksamma effekt på affektiva symtom, förbättrad sömn med massage, beröringens påverkan på stress.

#### Varierande resultat på agiterade beteenden

Fysisk beröring och dess effekt på agitation kan överlag ses vid terapeutisk beröring, massage, mjuk massage och akupressur (Hicks-Moore et al., 2008; Remington, 2002; Sansone et al., 2000; Woods et al., 2005; Yang et al., 2005). Aromaterapi tillsammans med massage kan ha effekt på agitation, dessa resultat är dock inte signifikanta utan beskrivs

som att indikation på detta kan ses i jämförelse med såväl massage eller kommunikation som enskilda behandlingsmetoder (Smallwood et al., 2001).

Personer med Alzheimers sjukdom gavs i en studie massage i form av långsamma strykningar på framförallt nacke och axlar. Massagen gavs under den tidpunkt på dagen då deltagarna konstaterats vara mest agiterade. Denna tid hade fastställts efter observationer av deltagarna innan interventionens början. De agiterade beteendena sjönk inte signifikant men en indikation på effekt kunde ses då agiterade symtom förutom verbala uttryck reducerades. Hos fem av de nio deltagarna där en tydlig minskning av agitation kunde ses under interventionstiden sågs även en ökning av dessa beteenden veckan efter behandlingens slut (Rowe et al., 1999).

I en artikel beskrivs att massage har en positiv effekt på reduktion av agiterat beteende. Verbal agitation minskade efter behandling där massage gavs på framförallt händer, axlar och huvud vid sex tillfällen under två veckors tid. Resultaten sågs direkt efter interventionen och var kvarstående vid mätningar två veckor efter studiens slut (Holliday-Welsh et al., 2009). Handmassage visade sig över tid kunna reducera verbal agitation, dock kunde inte effekten förstärkas ytterligare då denna kombinerades med deltagarnas favoritmusik. Resultatet blev då detsamma. Även enbart lyssnande på favoritmusik gav samma minskning av verbal agitation (Hicks-Moore et al., 2008). Remington (2002) beskriver i sin forskning att handmassage tillsammans med lugnande musik inte hade någon signifikant effekt på verbal agitation. Emellertid beskriver författarinnan att enbart handmassage hade den bästa effekten på detta symtom. Vid fjärde och sista interventionstillfället hade samtliga behandlingsmetoder en reducerande verkan på verbal agitation i jämförelse med kontrollgruppen.

I studien av Hawranik et al. (2008) gavs personer med agiterat beteende terapeutisk beröring en gång per dag i fem dagar. Behandlingen visade inte på några effekter på verbal agitation. Woods et al. (2005) som också använde sig av terapeutisk beröring som interventionsmetod kunde uppvisa ett resultat av minskad frekvens och intensitet för uttryckande av olika läten hos deltagarna. Dessa personer gavs terapeutisk beröring två gånger dagligen under tre dagars tid.

Akupressur visade sig ha goda effekter på minskning av verbala attacker vilket kunde ses i direkt anslutning till behandlingen samt fyra veckor efter interventionens slut. Dock kunde ingen reduktion av icke-verbala attacker skönjas (Yang et al., 2005).

I en kvantitativ studie konstateras det att terapeutisk beröring har en positiv verkan på reduktion av fysisk icke-aggressiv agitation (Hawranik et al., 2008). Även två av massageinterventionerna uppvisade en minskning av denna symtomgrupp. Båda dessa studier kombinerade massage med musik (favoritmusik och lugnande musik) där deltagarna fick antingen enbart massage, lyssna på musik samtidigt som de fick massage eller endast lyssna på musik. Samtliga interventioner reducerade fysisk icke-aggressiv agitation och ingen skillnad i effekt kunde ses mellan behandlingsmetoderna (Hicks-Moore et al., 2008; Remington, 2002). Även akupressur visade på en förbättring av denna typ av symtom, såväl behandling med enbart akupressur, som i kombination med montessoribaserade aktiviteter i form av bland annat måleri, dukning av bord och fysiska övningar till rytmiskt musik (Lin, et al., 2009; Yang et al., 2005).

Massagebehandling visade effekt på fysisk agitation i form av exempelvis repetitiva beteenden, vandringsbeteende, gömmande av saker samt aggressiva uttryck i form av slag och sparkar (Holliday-Welsh et al., 2009).

Terapeutisk beröring påvisade en reducerande effekt av rastlöshet, resultaten var dock endast signifikanta i en studie. I den andra studien jämfördes gruppen som fick behandling med terapeutisk beröring med en kontrollgrupp samt en grupp som erhöll placebobehandling. Här sågs signifikanta resultat endast vid andra behandlingstillfället och enbart i jämförelse med kontrollgruppen (Woods et al., 2005; Woods et al. 2009). Vandringsbeteende dämpades av massagebehandling (Holliday-Welsh et al., 2009). Vid taktil massage kunde dock istället märkas en ökad rastlöshet hos en deltagare under interventionsperioden (Skovdahl et al., 2007).

Vid en kvantitativ studie gavs deltagarna aromaterapimassage och jämfördes med personer som fick antingen massage eller kommunikation tillsammans med aromaterapi. Ingen behandlingsmetod visade på signifikanta resultat. Aromaterapimassage i jämförelse med kommunikationsmetoden visade dock en mer stringent minskning av motoriska beteenden mellan klockan tre och fyra på eftermiddagen (Smallwood et al., 2001).

Massage tillsammans med oljor sänkte signifikant svåra i demensrelaterade beteendestörningar. I studien gavs deltagarna massage med essentiella oljor samt utan oljor under olika perioder av behandlingen. Inga signifikanta skillnader i resultat kunde ses mellan dessa två behandlingsmetoder (Bowles et al., 2002). Beröring tillsammans med verbal kommunikation minskade episoder av dysfunktionella beteenden. Ytterligare resultat var att behandlingen hade effekt upp till fem dagar efter den givits. Ju längre tidsperiod en person erhöll beröring och kommunikation, desto bättre blev dess verkan (Kim et al., 1999). Holliday-Welsh et al. (2009) undersökte även effekten av massage på socialt störande och olämpliga beteenden. Av fem undersökta grupper av symtom var dessa beteenden de enda som i studien inte uppnådde signifikanta resultat.

#### Massage har tydligaste effekterna på aggressivitet med individuell variation

Taktil massage visade sig reducera aggressivitet efter behandling under sex veckors tid. Två fallrapporter i studien gav två olika resultat. Fall nummer ett utgjordes av en dam med Alzheimers sjukdom som innan interventionen bland annat var lättretad. Efter studien uppfattades hon som mycket lugnare. Hennes aggressiva beteende hade försvunnit och hon log i större utsträckning. Fall nummer två var även det en dam med Alzheimers sjukdom. Hennes aggressiva beteenden påverkades emellertid inte av behandlingen (Suzuki et al. 2010). Behandling med taktil massage användes framgångsrikt i en kvalitativ studie på en person med aggressiva beteenden när hon hade varit upprörd eller arg. Massagen lugnade henne. Samma person, som tidigare varit väldigt aggressiv, beskrevs som mycket lugnare och trevligare under interventionen av sina vårdgivare (Skovdahl et al., 2007).

Liknande resultat har setts vid mjuk massage där en demenssjuk givits ryggmassage vid fysiskt aggressiva utbrott varpå personen lugnade ner sig. Personen i fråga hade varit aggressiv under en längre tid och medicinerades för detta, den farmakologiska behandlingen kunde dock avslutas under interventionen (Sansone et al., 2000). Ytterligare en deltagare beskrevs som mindre aggressiv av behandling med taktil massage. Emellertid kunde även en ökning av aggressivitet skönjas av massörerna hos en deltagare i den kvalitativa studien. (Skovdahl, 2007). Dessa resultat kan jämföras med massage där fysiskt aggressiva beteenden inte förbättrades av behandlingen (Remington, 2002; Hicks-Moore et al., 2008).

Akupressur som ensam behandling eller tillsammans med montessoribaserade aktiviteter visade på en positiv effekt på aggressivt beteende vilket minskade signifikant i samband med behandlingarna (Lin, et al. 2009; Yang et al., 2005). Terapeutisk beröring saknade effekt på fysiskt aggressivt beteende, vidare kunde en ökad aggressivitet hos deltagarna ses två veckor efter behandlingens slut. Det ska dock tilläggas att kontroll- och placebogruppernas deltagare visade på samma ökning av aggressivitet (Hawranik et al. 2008).

#### Beröringens tveksamma effekt på affektiva symtom

Fysisk beröring i form av handmassage samt beröring på axlar och armar tillsammans med lugnande tal fanns leda till en mer långsam puls både på morgonen och på eftermiddagen, vilket forskarna menade bero på en minskad ångest hos deltagarna (Kim et al., 1999). Mjuk beröring kunde inte visa på tydliga effekter på ångest, dock indikeras det en sänkning av symtomets frekvens under behandlingsperioden. Ingen stor skillnad ses i användandet av psykotropa läkemedel hos deltagarna innan och efter behandlingsperioden. Dessa fakta utgör en indikation på att effekten av mjuk beröring inte sträcker sig längre än själva behandlingstiden (Sansone et al., 2000). Vid den reflexologiska interventionen undersöktes också behovet av medicinering samt även av psykoterapi, inte heller här kunde någon skillnad ses innan och efter studien (Hodgson et al., 2008). Reflexologisk behandling ledde till en reduktion av ledsamhet, resultaten var dock på gränsen till signifikanta varpå dessa resultat inte kan konstateras med säkerhet (Hodgson et al., 2008). Detta kan jämföras med taktil massage där en deltagare i den kvalitativa studien upplevdes som mer ledsen samt hade lättare till tårar under behandlingsperioden (Skovdahl, 2007).

#### Förbättrad sömn med massage

Taktil massage visade på tydliga resultat vad gäller sömn och avslappning i samband med behandling då nästan alla deltagare somnade varje gång de fick massagen (Skovdahl et al., 2007). Liknande resultat kunde ses av mjuk massage där en person med sömnsvårigheter somnade när hon fick massage i sängen (Sansone et al., 2000). Suzuki et al. (2010, s. 684) beskriver hur störningar i dygnsrytmen försvann hos de två deltagare som utgjorde fallrapporter i artikeln. En av personerna uttryckte sig följande: ”Jag vaknade alltid upp på nätterna men de här dagarna har jag sovit ända till morgonen, och det beror på den här massagen.”

Massage i form av långsamma strykingar visade som tidigare nämnts ingen signifikant effekt. Dock sågs en minskning av antalet agiterade episoder som störde nattsömnen från cirka 8 till 4 under tiden för behandlingen hos de deltagare som led av störd sömn (Rowe et al., 1999).

#### Beröringens påverkan på stress

Tre av studierna undersökte stressnivåernas påverkan av behandling med fysisk beröring (Hodgson et al., 2008; Suzuki et al., 2010; Woods et al., 2009). Reflexologi använde sig av  $\alpha$ -Amylas i saliven som mätindex för psykisk stress vilket minskade signifikant under interventionen. Detta indikerar att reflexologi skulle kunna vara användbart mot stress (Hodgson et al., 2008). Woods et al. (2009) undersökte om terapeutisk beröring hade någon effekt på kortisolnivåerna i saliven för att utreda behandlingsmetodens effekt på stress. Inga tydliga resultat kunde ses i studien. Dock kunde en viss sänkning av kortisolnivåerna skönjas både i interventionsgruppen samt hos de deltagare som fick placebobehandling. Vidare undersökte Suzuki et al. (2010) den taktila massagens effekter

på psykisk stress genom att kontrollera katekolaminer i saliven. Katekolaminerna står i relation till Chomogranin A (CgA) vilket utgör indikator för psykisk stress. CgA var signifikant lägre efter interventionen med taktil massage.

### **Förbättrat välbefinnande av taktil massage**

I en studie skriven av Skovdahl et al. (2007) uttrycker samtliga deltagare välbefinnande i samband med interventionen vilket bland annat yttrade sig genom att givaren av behandlingen upplevde mottagaren som mer tröstad och mindre ledsen. För två deltagare spelade det roll var den taktila massagen gavs för att upplevelsen av välbefinnande skulle bli så stor som möjligt. I Skovdahls forskning (2007) ligger givarnas observationer av deltagarna till grund för resultatet. Givarna tyckte sig se att en majoritet av deltagarna blev lugnare, mer rofyllda och fick lättare att slappna av i samband med den taktila massagen. De kände också att de fått en ytterligare närhet till mottagarna.

Både Skovdahl (2007) och Suzuki (2010) beskriver en efterfrågan av taktil massage efter interventionernas början. Exempelvis brukade en deltagare fråga efter massagen (Suzuki, 2010). En annan medverkande ropade av glädje vid ett tillfälle när han blev erbjuden taktil massage (Skovdahl, 2007). I båda artiklarna (Skovdahl, 2007; Suzuki, 2010) beskrivs deltagarnas uppskattning för behandlingen, vilken tar sig uttryck på olika sätt. En del visade på en tacksamhet när de blev berörda, andra (bland annat en person med svårigheter att tala) klappade givarna på kinden och log. Dock visade det sig även att en del deltagare behövde tid för att förstå vad som hände med dem och vad den taktila massagen var för någonting. En deltagare ansåg efter första behandlingen att den var underlig och begrep inte varför någon tog på honom. Generellt sett behövde samtliga deltagare få behandlingen två gånger innan de kunde slappna av ordentligt. När motivation saknades hos deltagarna kunde de inte heller ta massagen till sig och den beskrevs istället som störande. I dessa fall avbröts alltid behandlingen (Skovdahl et al., 2007).

### **Beröring kan förbättra kommunikation och interaktion**

Såväl Skovdahl et al. (2007) och Suzuki et al. (2010) skildrar en ökad interaktion mellan mottagare och givare av den taktila massagen. Suzuki et al. (2010) beskriver i en av sina fallrapporter hur en kvinna som erhöll taktil massage blev mer kommunikativ. Personen var svår att kommunicera med då hon framförallt talade med sig själv och endast svarade på enkla frågor. Efter behandlingen kunde hon dock skratta och skämta med personalen. Vidare sökte hon också fysisk kontakt genom att klappa givaren av massagen på kinden. Även Skovdahl et al. (2007) skildrade hur en deltagare tog fysisk kontakt med en givare av massagen. Vårdpersonalen som gav massagen beskrev att interaktionen med mottagarna blev mer positiv och att deras relation blev varmare. En deltagare med aggressivt beteende som innan interventionen helst var ensam och beskrevs som svårkommunicerad var under behandlingen öppen för kontakt och kunde tala oavbrutet med sina vårdgivare.

Såväl mjuk massage som taktil massage visade på en ökad verbal förmåga hos vissa deltagare vilket ledde till en förbättrad kommunikation (Sansone et al., 2000; Skovdahl et al., 2007). Sansone et al. (2000) redogör i sina kvalitativa resultat för hur en skötare uttryckte en osäkerhet för hur en demenssjuk person upplevde mjuk massage. Personen i

fråga talade inte och visade inga känslor. När skötaren dock hade avslutat massagebehandlingen sökte den sjuke kontakt genom att flytta sin stol närmare givarens.

I de två fallrapporterna presenterade i Suzuki et al. studie (2010) ledde taktil massage till att de båda deltagarna fick lättare att kommunicera. Detta märktes framförallt hos den ena kvinnan som började svara på frågor som ställdes henne.

### **Fysisk beröring i omvårdnaden av personer med demenssjukdom**

Akupressur ledde till att interventionsdeltagarna lättare tog emot hjälp vid utförande av dagliga aktiviteter, detta gällde både akupressur i sig samt tillsammans med montessoribaserade aktiviteter. Vid båda interventionerna kunde ett intresse från såväl vårdpersonal som närstående ses för behandlingsmetoden (Lin, et al. 2009; Yang et al., 2005). Massage visade sig också leda till att deltagarna i större utsträckning tog emot omvårdnad som erbjöds dem. Vid samma intervention uttryckte även närstående ett intresse för att själva lära sig metoden om den visade sig ha effekt. En person kände det som att massagebehandlingen var det första positiva som hänt sin närstående sedan han diagnostiserats med sin demenssjukdom (Holliday-Welsh et al., 2009).

Sansone et al. (2000) beskriver i sin artikel en person med svår depression vägrade att äta. En i vårdpersonalen upptäcker här att om hon gav personen lätt ryggmassage samtidigt som hon erbjöd mat så åt denne bra.

I de två granskade studierna där vårdpersonal getts utbildning i mjuk massage eller taktil massage har det uttryckts en belåtenhet gällande givande av massagen samt dess effekter (Skovdahl et al., 2007; Sansone et al., 2000). Givare av taktil massage beskrev stunderna för behandlingarna med ord som: lugna, vackra, härliga, goda, tysta och varma för både dem själva som för mottagarna (Skovdahl et al., 2007). Av den utbildade vårdpersonalen uppgav 76 procent att de tyckte om att ge massage även om det innebar en ytterligare arbetsbelastning. Sextiotvå procent tyckte sig se en lindring av deltagarnas ångest. En person uttryckte glädje över att kunna göra någonting för att få sina vårdtagare att må bättre (Sansone et al., 2000).

I studien av Sansone et al. (2000) utbildades även närstående till demenssjuka personer i mjuk massage. Tydligaste effekten som märktes av detta var att relationerna mellan den sjuke och dennes nära ömsesidigt förbättrades. Ett exempel på detta är en herre som börjar massera sin fru. Hon är svårt demenssjuk och har ett vandringsbeteende vilket gör att hon är i konstant rörelse samt att hon har sönder saker. Maken uttryckte en smärta över sin frus agiterande beteenden. Han beskriver dock att när han satte sig bredvid henne och gav henne den mjuka massagen så satt hon för en gångs skull stilla, hon var lugn och hennes agiterade beteenden avstannade. Han upplevde det som att hon var mänsklig med honom igen och för honom tjänade det som en påminnelse av hur hon hade varit innan insjuknandet.

## DISKUSSION

### Metoddiskussion

Syftet med föreliggande studie var att undersöka effekten av fysisk beröring som symtomlindring vid beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom. Att göra en systematisk litteratur studie bedömdes lämpligt då tidigare forskning redan utförts inom ämnesområdet. Studiens syfte har legat till grund för de sökord som använts vid sökning av originalartiklar (Forsberg & Wengström, 2003).

Inklusionskriterier var från början originalartiklar skrivna på engelska, tio år gamla som skulle vara peer-reviewed. Tidsramen fick dock utökas för att finna lämpligt antal artiklar av god kvalitet. Vidgången av tidsramen tros inte kunna påverka studiens kvalitet eller resultat nämnvärt då effekten av massage eller fysisk beröring på beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom inte kan ses som tidsberoende. Effekten av de olika typerna av behandlingsmetoderna för fysisk beröring på demenssymtom förmodas inte vara beroende av att artiklarna är två år äldre. Dock innebär den utvidgade tidsramen att tre av artiklarna är äldre än tio år. Två artiklar från 1999 och en från år 2000. Författarna Polit och Beck (2008) rekommenderar att originalartiklarna till resultatet inte bör vara mer än 15 år gamla.

Exklusionskriterier vid sökning har varit reviewartiklar samt artiklar utan abstract. Detta tillägg gjorde att antalet träffar minskade men uteslöt samtidigt irrelevanta artiklar. Artiklarna söktes fram i databaserna AMED, Cinahl, PubMed och Psych INFO. Användandet av flera sökmotorer ökade möjligheten att finna relevanta artiklar samt ökade det systematiska sökandet.

Vid sökningen efter artiklar har vedertagna MESH-termer i PubMed och Subject headings i AMED, Cinahl och PsychINFO använts. Fritextsökning har också gjorts. Genom att använda MESH-termer och subjects headings har lämpliga sökord valts anpassade till de sökmotorer som använts (Friberg, 2006).

Vid kombinerings av sökord har de boelska sökoperatörerna AND och NOT använts. AND har valts för att koppla ihop sådana sökord som önskades återfinnas i sökningen. NOT användes för begrepp som var oönskade i urvalet av artiklar, exempelvis ordet review då reviewartiklar inte var aktuella då endast originalartiklar ämnades inkluderas. Anledningen till att Sökoperatör OR inte användes var att sökningen inte lades upp på detta sätt. OR används för att kombinera olika synonymer för begrepp samt få träffar på antingen det ena begreppet eller det andra eller båda begreppen tillsammans. Det är möjligt att antalet sökningar skulle blivit färre och sökningen mer systematisk om sökoperatör OR använts (Friberg, 2006).

Den manuella sökningen innebar att referenslistor till ett stort antal reviewartiklar och avhandlingar granskades. Relaterade artiklar vid databassökning undersöktes också. Vid den manuella sökningen påträffades dock ingen ytterligare artikel. Artiklar motsvarande syftet hade redan inkluderats i arbetet eller uppfyllde inte inklusionskriterierna. Kvaliteten i artiklarna granskades utifrån bedömningsmall för klassificering och kvalitetsgranskning av originalartiklar modifierad av Berg, Denker och Skärsäter (1999) och William, Stoltz och Bahtevani (2006).



Artiklarna inkluderade i litteraturstudien kommer från studier utförda i de fyra olika världsdelarna Europa, Nordamerika, Asien och Oceanien. Detta visar att tillämpningen av fysisk beröring som behandlingsmetod för beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom existerar i olika typer av kulturer.

Av de 16 artiklarna som ingår i förevarande litteraturstudie är en artikel en kvalitativ studie och 13 kvantitativa studier, två artiklar bygger på såväl kvantitativ som kvalitativ ansats. Det hade varit värdefullt om det funnits möjlighet att inkludera mer än en kvalitativ artikel i resultatet. De kvalitativa studierna beskriver på ett mer uttrycksfullt sätt hur personer med demenssjukdom, vårdpersonal och närstående upplever den fysiska beröringen och dess effekter. Emellertid bygger två av artiklarna på både kvantitativa som kvalitativa resultat. En frågeställning i uppsatsen var huruvida välbefinnandet hos demenssjuka personer med BPSD påverkades av fysisk beröring. Detta beskrevs endast i två av de granskade artiklarna varpå det resultatet har en begränsad tillförlitlighet.

Av de kvantitativa artiklarna är 10 randomiserade kontrollerade studier. Detta kan ge viss tyngd till resultatet, som Forsberg och Wengström beskriver att ”Randomiserade kontrollerade studier har högt bevisvärde och anses som det bästa studieupplägget för att testa hypoteser och påvisa effektivitet” (2003, s. 95). Randomiserat slumpmässig fördelning av deltagarna i olika grupper och en kontrollgrupp ökar tillförlitligheten hos resultaten i en undersökning. Detta ger en god intern validitet. Ett slumpmässigt urvalsförfarande är också en god förutsättning för att kunna generalisera utifrån urvalet. För att kunna generalisera utifrån urvalet måste det vara representativt för populationen som undersöks. Detta ger en god extern validitet. Det vill säga om det går att dra slutsatser om utfallet för population utifrån urvalet. Här har naturligtvis storleken på undersökningsgruppen samt bortfallet också en stor betydelse (Forsberg & Wengström, 2003).

I de studier som inkluderats i föreliggande uppsats är den undersökta populationen ofta liten och bortfallet ibland stort vilket negativt påverkar resultatets generaliserbarhet. I resultatet ingår även en artikel som bygger på en prospektiv studie av kvasiexperimentell design. Skillnaden ligger då i att deltagarna inte slumpmässigt delats in i kontroll och experimentell grupp, men att man följer ett strikt schema för att utreda effekterna av interventionerna. Tre prospektiva, icke experimentella originalartiklar har inkluderats. I dessa har jämförelser mellan deltagarnas funktionella förmåga innan och efter behandlingen gjorts (Forsberg & Wengström, 2003). Avsaknad av kontrollgrupp samt det icke-slumpmässiga urvalet kan negativt påverka validiteten och generaliserbarheten av artiklarnas resultat.

## **Resultatdiskussion**

Syftet med föreliggande uppsats var att beskriva effekterna av fysisk beröring på beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom.

Av resultatet framkom att beröring i olika former har påvisat goda effekter på BPSD samt bidragit till en bättre kommunikation och ökat välbefinnande. Vidare har fysisk beröring visat sig kunna utgöra en alternativ metod i omvårdnaden av demenssjuka personer för såväl närstående som vård och omsorgspersonal. Dock har olika beröringsmetoder uppvisat olika resultat.

De granskade interventioner som undersökt effekten av terapeutisk beröring visade på otydliga resultat där Hawranik et al. (2008) beskrev en signifikant reduktion av rastlöshet av beröringsmetoden. Detta resultat kan sättas i relation till Woods et al. (2009) studie som endast visade på signifikant reduktion av rastlöshet vid andra behandlingstillfället och då enbart i jämförelse med kontrollgrupp (en grupp fick också placebobehandling). Vid mätning av kortisolnivåerna i samma studie blev resultaten detsamma för dem som fått terapeutisk beröring och placebobehandling. Hawranik et al. (2008) beskriver en effekt på fysisk icke-aggressiv agitation som enda positiva resultat i studien. Därtill kunde en ökad aggressivitet ses hos samtliga deltagare i såväl kontroll-, placebo- som interventionsgrupp efter behandlingarnas avslutande. Studiens samtliga deltagare gavs både terapeutisk beröring och placebobehandling i olika omgångar samt utgjorde kontrollgrupp varpå såväl terapeutisk beröring som placebobehandlingen kan ligga till grund för detta. Omständigheter som inte hade med studien i sig att göra kan vara orsaken till den ökade aggressiviteten, exempelvis miljömässiga faktorer då samtliga deltagare bodde på samma boende.

Resultaten från de olika interventionerna är alltså varken samstämmiga eller alltid särskilt gynnsamma vilket försvårar en konklusion kring beröringsmetodens effekter. Ernst (2006) menar att det finns en osäkerhet i huruvida denna form av beröring skulle ha några egentliga effekter då forskning inte kunnat visa på andra resultat än placeboeffekter av behandling med denna metod. Detta korrelerar möjligen med de otillfredsställande resultat på BPSD som samtliga, i denna uppsats, granskade artiklar om terapeutisk beröring uppvisat. Att placebobehandlingen i många fall gett samma resultat som den terapeutiska beröringen leder också tankarna till om det måhända är beröringen i sig som här har betydelse för resultaten.

Gemensamt för de studier som kombinerat beröring med andra aktiviteter så som exempelvis lyssnande på favoritmusik, lugnande musik eller montessoribaserade aktiviteter kunde inga ytterligare resultat ses vid jämförelse med enbart beröring som behandlingsmetod (Hicks-Moore et al., 2008; Remington, 2002; Lin, et al. 2009). Bowles et al. (2002) visar i sin forskning att beröring utan oljor har samma effekt som beröring med essentiella oljor, detta skulle kunna utgöra en indikation på att aromaterapins effekter på BPSD framförallt är relaterade till beröringen i behandlingsmetoden.

I de studier som undersökte musik tillsammans med handmassage sågs samma resultat för massage som lyssnande på musik. Musiken som metod att reducera beteendemässiga och psykiska symtom har bland annat granskats av Wall och Duffy (2010) vilka fann liknande effekter av musik som de i uppsatsen analyserade artiklarna. Artikelförfattarna menar på att en fördel med musik som behandlingsmetod är att den kan användas också på svårt demenssjuka personer där andra stimuli kanske inte längre har effekt. Detta skulle möjligen även kunna gälla för beröring som behandlingsmetod.

Beröring kunde hos ett fåtal deltagare leda till en ökad aggression, ledsamhet och rastlöshet (Hodgson et al., 2008; Skovdahl et al., 2007). Dessa var de enda negativa effekter av beröring som framkom i granskade artiklar. Emellertid bör i detta sammanhang tilläggas att den kanske största risken med fysisk beröring som behandlingsmetod är att den kan leda till en kränkning av autonomi och integritet om

den inte ges med försiktighet och lyhördhet för mottagarens intresse och vilja (Gleeson & Timmins, 2005; SBU, 2002). Beröring har i föreliggande studie visat sig ha flera fördelar för demenssjuka personer. Det bör dock påpekas att beröring inte alltid är lämpligt användas och att den måste ges med en lyhördhet för mottagarens reaktion på den fysiska kontakten. Hos personer med demenssjukdomar där den verbala kommunikationsförmågan kan vara försämrad måste givaren vara mer uppmärksam på positiva och negativa gensvar på behandlingen från mottagaren. Dessa kan exempelvis märkas på om personen i fråga verkar mer orolig eller lugnare. Vidare kan exempelvis också ansiktsuttryck, ögonkontakt observeras vid beröring för att försöka förstå mottagarens upplevelse av denna. Det kan även poängteras att en person som en gång visat sig tycka om beröringen en annan gång kan uppleva den som hotande, kränkande eller på annat sätt negativ (Davidhizar & Giger, 1997).

De artiklar som granskats i föreliggande uppsats har deltagarna bland annat givits beröring på händer, nacke, axlar, armar och rygg (Bowles et al., 2002; Hicks-Moore et al., 2008; Kim, 1999; Lin et al., 2009; Remington, 2002; Woods et al., 2005; Woods et al., 2009). Beroende på var på kroppen beröring ges kan den också uppfattas olika. Äldre personer som stod under lång tids vård beskrev i Routasalo och Isolass studie (1996) att de upplevde beröring av sjuksköterskor som varm, generös och tröstande. Patienterna beskrev också att de inte ville få beröring där de hade ont medan sjuksköterskorna helst undvek de mer intima delarna av kroppen såsom exempelvis kvinnors bröst och mage. De ställen på kroppen som upplevdes säkrast att beröra var händer, armar, rygg axlar och fötter. När sjuksköterska och patient hade en djupare relation kunde sköterskan kännas en ökad säkerhet att även röra vid patientens kinder och hår. Davidhizar och Giger (1997) menar att beröring kan tolkas negativt genom att den upplevs som sexuell, hotande eller skadande, som fysisk eller psykisk kränkning eller som ett invaderande av den personliga sfären. Därtill kan beröringen uppfattas som ett övergrepp eller påminna om tidigare upplevt övergrepp.

I och med att demenssjukdomar är obotliga ska behandlingen utgöras av symtomlindring samt främjande av livskvalitet (SOSFS 2010:b). Samtliga artiklar som studerats i resultatet uppvisar någon effekt på BPSD (Bowles et al., (2002); Hawranik et al., 2008; Hicks-Moore et al., 2008; Hodgson et al., 2008; Holliday-Welsh et al., 2009; Kim, 1999; Lin, et al., 2009; Remington, 2002; Rowe et al., 1999; Sansone et al., 2000; Skovdahl et al., 2007; Smallwood et al., 2001; Suzuki et al., 2010; Woods et al., 2005; Woods et al., 2009; Yang et al., 2007). I och med att beröring kan reducera BPSD kan detta måhända innebära en förbättring av livskvaliteten hos de demenssjuka personer som blir behandlade med beröring. Dock framstår typ av beröring samt individuella upplevelser av denna såsom avgörande för uppfattningen av livskvalitet.

En viktig aspekt av begreppet livskvalitet är välbefinnande (Dehlin, Hagberg, Rundgren, Samuelsson & Sjöbäck, 2008). Taktil massage (som enda metod att undersöka välbefinnande) visade sig förbättra känslan av välbefinnande hos interventionernas deltagare. Detta sågs framförallt genom direkta uttryck av just välbefinnande i samband med taktil massage, efterfrågan av behandling eller som glädje vid erbjudande om taktil massage (Skovdahl et al., 2007; Suzuki et al., 2010). Vidare ska behandlingen av demenssjukdomar också utgöras av symtomlindring (SOSFS 2010:b). Beteendemässiga symtom har tidigare beskrivits som ett av de svåraste symtomen vid demenssjukdom för både vårdpersonal och närstående att hantera (Purandare, Burns & Burns, 2000). Olika typer av beröring visade sig dock

främja kontakten mellan givare och vårdtagare. Motståndet till assistans vid dagliga aktiviteter som exempelvis måltidsintag och skötsel av hygien sågs minska och personerna i fråga mottog lättare erbjuden hjälp. En ökad interaktion mellan givare och mottagare av beröringen ledde till ett mer positivt förhållande vilket beskrivs av såväl vårdpersonal som närstående. Därtill uttrycktes en glädje i beröring som ytterligare en metod att använda för att lindra BPSD (Lin, et al. 2009; Holliday-Welsh, 2009; Sansone et al., 2000; Skovdahl et al., 2007; Suzuki et al., 2010; Yang et al., 2008).

En del av upplevelsen av välbefinnande är att känna sig behandlad med omtänksamhet (Benner och Wrubel, 1989). Taktill massage visades öka kontakten och interaktionen mellan givare och mottagare. Vidare uttryckte deltagare välbefinnande i samband med interventionerna (Sansone et al., 2000; Skovdahl et al., 2007; Suzuki et al., 2010). Måhända kan uttrycken av välbefinnande kopplas till att dessa personer känner sig behandlade med omtänksamhet.

Den farmakologiska behandlingen har otillfredsställande effekter samt innebär stora risker för allvarliga biverkningar men används trots det i stor utsträckning hos personer med BPSD (Amano, Inuzuka & Ogihara, 2009; Liperoti, Pedone & Corsonello, 2008). Fysisk beröring uppvisade ingen effekt på användandet av psykofarmaka i de kvantitativa studierna som förblev detsamma för samtliga deltagare (Hodgson et al., 2008 ; Sansone et al., 2000). Hos en person i en kvalitativ studie kunde dock medicinering mot aggressivt beteende avslutas (Sansone et al., 2000). Detta kan utgöra exempel på att effekterna av fysisk beröring är individuella. Ytterligare exempel på detta är att aggression, ledsamhet och rastlöshet ökade hos vissa deltagare som erhöll beröring medan symtomen reducerades hos andra vid samma behandling (Hodgson et al., 2008; Skovdahl et al., 2007).

Aggression som är ett av de vanligaste symtomen vid demenssjukdom kan utvecklas på grund av personliga orsaker som depression, psykos eller smärta. Dock kan även omgivande faktorer som stressade vårdare (vårdpersonal eller närståendevårdare), social stimulans eller relationen mellan vårdgivare och vårdtagare vara avgörande för uppkomsten av aggressivt beteende (Cipriani, Vedovello, Nuti & Di Fiorino, 2011). Beröring visade sig främja kontakten mellan givare och mottagare samt ledde hos vissa deltagare till en förbättrad förmåga till kommunikation. Effekten av beröring på aggression beskrivs framförallt i de kvalitativa resultaten vilka visar på en minskning av symtomet vid behandling med massage i olika former (Sansone et al., 2000; Skovdahl et al., 2007; Suzuki et al. 2010). Även de båda akupressurstudierna beskrev goda resultat på aggressivitet som enda kvantitativa artiklar (Lin, et al. 2009; Yang et al., 2008). Vidare beskrevs deltagare som lugnare och trevligare i samband med interventionerna (Sansone et al., 2000; Skovdahl et al., 2007; Suzuki et al. 2010). Detta tyder på att det kan finnas ett samband mellan de positiva effekterna på kommunikation och kontakt mellan patient och vårdare samt reduktion av aggression hos deltagarna.

Fysisk beröring tycks också kunna ha direkta effekter på pågående aggressiva utbrott där samtliga beskrivna fall lugnades av beröring och aggressiviteten avtog (Sansone et al., 2000; Skovdahl et al., 2007). Läkemedelsverket (2008) föreslår oxazepam (Oxascand och Sobril) eller klometiazol (Heminevrin) som behandling för att snabbt lugna aggressiva personer. Oxazepam som är en benzodiazepin bör dock inte

användas till demenssjuka på grund av risk för kognitiv försämring, ökad fallrisk samt ökad agitation. Om personen fått läkemedlet kontinuerligt under en tid kan också utsättningen leda till olika beteendemässiga och psykiska symtom (Läkemedelsverket, 2008). Enligt Fass riskerar klometiazol att leda till en kraftig sedering samt ökad agitation och konfusion hos äldre personer. Både oxazepam och klometiazol är också beroendeframkallande (Fass, 2011). Vid aggressiva utbrott skulle beröring möjligtvis kunna utgöra ett komplement eller ett alternativ till farmakologisk behandling då metoden är lätt att tillgå, kan ha snabb effekt och få biverkningar.

Reflexologi och mjuk massage visade tecken på minskad smärta efter behandling (Hodgson et al., 2008; Sansone et al. 2000). Husebo, Ballard, Sandvik, och Aarsland (2011) har i en studie undersökt huruvida behandling av smärta kan minska agitation hos demenssjuka personer. Det visade sig att smärtbehandling signifikant reducerade agiterat beteende hos deltagarna. Det kan därför möjligen tänkas att reflexologi och massage i sin påverkan på smärta även kan minska agitation.

I samtliga studier där sömnrubbnings undersöktes minskades dessa av fysisk beröring. Störningar i dygnsrytm reducerades och behandlingen ledde ofta till att deltagarna somnade (Rowe et al., 1999; Sansone et al., 2000; Skovdahl et al., 2007; Suzuki et al., 2010). Även här skulle massage kanske kunna utgöra komplement till farmakologisk behandling.

Harris och Richards (2009) menar att hand och ryggmassage kan ha effekt på fysisk och psykisk stress. Detta påstående kan jämföras med studierna av Hodgson et al. (2008) och Suzuki et al. (2010) vilka presenterade sänkningar av  $\alpha$ -Amylas och CgA-värde i saliv efter behandling med fysisk beröring. Salivproverna utgjorde mätvärden för psykisk stress vilket alltså antogs reduceras (Hodgson et al., 2008; Suzuki et al., 2010). Ytterligare en jämförelse kan göras med terapeutisk beröring som utförde en liknande undersökning där kortisol i saliven mättes hos deltagarna som indikator på deras stressnivåer. Här kunde inga tydliga resultat skönjas (Woods et al., 2009). En slutsats är därför att typ av fysisk beröring kan vara avgörande för påverkan på stress.

En av de vanligaste komplikationerna till demenssjukdom problem med att äta vilket cirka 86 procent av demenssjuka personer beräknades drabbas av någon gång (Mitchell et al. 2009). En kvalitativ studie visade på ett ökat intag av mat vid fysisk beröring vid måltidsintag (Sansone et al., 2000).

Kommunikationen förbättrades av fysisk beröring och tog sig uttryck i ökade verbal förmåga, fysiskt kontaktsökande samt ökad interaktion med omgivningen (Sansone et al., 2000; Skovdahl et al., 2007; Suzuki et al., 2010). Demenssjuka personer lider ofta av en försämrad kommunikation vilket riskerar att leda till en inskränkt autonomi (SBU, 2008). Genom en förbättrad kommunikation kan alltså positiva effekter möjligen också ses på personlig autonomi.

När personligheten ter sig försvagad på grund av demenssjukdomen kan framförallt närstående uppleva att givandet av omvårdnad känns meningslöst och det finns en risk att omvårdnaden börjar utföras monotont och utan reflektion. Ett sätt att i dessa situationer återigen uppnå en känsla av meningsfullhet i omvårdnaden skulle kunna vara att i interaktion med vårdaren få fram glimtar av personen som han eller hon var innan sjukdomen (Jenkins & Price, 1996). Beröring visade sig ge mottagarna en förbättrad interaktion och kommunikation med givarna vilket kan exemplifieras av glädjetryck och

ökad verbal förmåga och fysiskt kontaktsökande (Sansone et al., 2000; Skovdahl, et al., 2007; Suzuki et al., 2010). En man beskrev det som att han i samband med beröringstillfällena påminnes av hur hans fru var innan hon blev sjuk (Sansone et al., 2000). Närstående till personer med demenssjukdom visade intresse för att lära sig ge fysisk beröring. Majoriteten av den vårdpersonal som utbildats i taktil massage ställde sig positiva till metoden trots att den utgjorde ytterligare ett arbetsmoment. Stunderna för massagen beskrevs med ord som lugna, härliga och varma för både givare och mottagare (Holliday-Welsh et al., 2009; Lin, et al. 2009; Skovdahl et al., 2007; Sansone et al., 2000; Yang et al., 2008). Vidare upplevde en närstående till en demenssjuk person som fick behandling med fysisk beröring att detta var det första positiva som hände den sjuke efter att diagnosen satts (Holliday-Welsh et al., 2009).

Fysisk beröring vid institutionell vård av demenssjuka kan också tänkas vara mer ”synlig” för närstående som behandlingsmetod i jämförelse med exempelvis farmakologisk behandling av BPSD då beröring bland annat fordrar en fysisk närvaro av personal. Vidare kan beröring även möjligen upplevas som en del av en mer allmänmänsklig omsorg.

## **Slutsats**

Fysisk beröring tycks kunna ha positiva effekter på reduktion av BPSD, dock var vissa resultat osäkra. Fysisk beröring tycks också kunna bidra till ökad kommunikation samt tyder på ett ökat välbefinnande. Vidare uppfattades beröring som en användbar metod i omvårdnaden av demenssjuka av såväl närstående som vård- och omsorgspersonal. Massage i olika former visade på de tydligaste effekterna, dessa bekräftades också i större utsträckning med signifikans i forskningen. Dock var reaktionerna på beröring individuella och även en ökad aggression, rastlöshet och ledsamhet kunde ses hos vissa interventionsdeltagare. Det är därför viktigt att givaren av beröringen är uppmärksam på mottagarens reaktioner vid behandling. I övrigt visade beröring som behandlingsmetod inte på några allvarliga biverkningar, kan utföras av både närstående och vårdpersonal och har en snabb effekt.

## Behov av ny forskning

Forskning inom området för fysisk beröring som symtomlindring vid beteendemässiga och psykiska störningar vid demenssjukdom är begränsad. Många av de studier som bedrivits har studerat beröringens effekt på äldre personer med intakt intellekt. Behov ses av större randomiserade studier på demenssjuka personer som det går att dra mer generella slutsatser av. Ytterligare studier på beröring som komplement till farmakologisk behandling av BPSD kan också vara av nytta. Då massage som beröringsmetod generellt sett visade på de tydligaste effekterna skulle eventuella nya studier kanske inrikta sig på denna teknik.

Fler kvalitativa studier på ämnet är också önskvärt för att undersöka den subjektiva upplevelsen av beröring. Denna typ av forskning skulle också kunna ge värdefull information om effekter på exempelvis välbefinnande

Av intresse är också att undersöka huruvida massagebehandling av närstående i hemmet kan leda till att personer med demenssjukdom kan bo kvar hemma längre relaterat till minskade beteendemässiga och psykiska symtom.

## REFERENSER

\* (Resultatartiklar)

Almberg, B., Jansson, W. (2003). *Fånga stunden: Hur man bemöter och förhåller sig till personer med demenshandikapp*. Trelleborg: Liber.

Amano, N., Inuzuka, S., Ogihara, T. (2009). Behavioral and psychological symptoms of dementia and medical treatment. *Psychogeriatrics: the official journal of the japanese phycogeriatric society*. 9(2):45-9.

Andersson, K., Törnqvist, L., Wändell, P. (2009). Tactile massage within the primary health care setting. *Complementary therapies in clinical practice* 15(3) 158-60.

Ardeby, S. (2003). *När orden inte räcker: om händer hud nervsystem ur ett taktilt perspektiv samt bakgrunden till originalmetoden taktil massage*. Stockholom: Ambosantus.

Arlebrink, J.(2006). *Grundläggande vårdetik: Teori och Praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Banerjee, S., Smith, S.,Lamping, D., Harwood, R., Foley, B., Smith, P., Murray, J., Prince, M., Levin, E., Mann, A., Knapp, M. (2006). Quality of life in dementia: more than just cognition. An analysis of associations with quality of life in dementia. *Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry* 77(2): 146-8.

Benner, P., Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring: Stress and coping in health and illness*. Addison-Wesley publishing company: Kalifornien.

Berg, A., Dencker, K. & Skärsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar (Evidensbaserad omvårdnad,1999:3)*. Stockholm: SBU, SFF.

Beröring. (2011). *Svenska akademiens ordbok*. Hämtad 18 oktober 2011 från <http://g3.spraakdata.gu.se/saob/>

Birkestad, G. (2004). *Beröring i vård och omsorg: En teoretisk sammanfattning*. Solna: Ófeigur Förlag.

\*Bowles, J., Griffiths, D-M., Quirk, L., Brownrigg, A., Croot, K.(2002). Effects of Essential Oils and Touch on Resistance to Nursing Care Procedures and Other Dementia Related Behaviors in a Residential Care Facility. *The International Journal of Aromatherapy*. 12(1): 22-29.

Brodaty, H., Breteler, M., Dekosky, S., Dorenlot, P., Fratiglioni, L., Hock, C., Keningsberg, P., Sceltens, P., De Strooper, B. (2011). The world of dementia beyond 2020. *Journal of the American geriatrics society* 59(5): 923-7.

- Cipriani, G., Vedovello, M., Nutii, A., Di Fiorino, M. (2011). Aggressive behavior in patients with dementia: correlates and management. *Geriatrics and gerontology international* 11(4):408-13.
- Cohen-Mansfield, J. (1996). Conceptualization of agitation: results based on the Cohen-Mansfield agitation inventory and the agitation behavior mapping instrument. *International psychogeriatrics* 8(3): 309-315.
- Crane, B. (2000). *Reflexologi: En illustrerad guide*. Köping: Solrosens Förlag AB.
- Davidhizar, R., Giger, J. (1997). When touch is not the best approach. *Journal of clinical nursing*. 6(3): 203-6.
- Defanti, C., Tiezz, A., Gasparini, M., Congedo, M., tiraboschi, P., Tarquini, D., Pucci, E., Porteri, C., Bonito, V., Sacco, L., Stefanini, S., Borghi, L., Colombi, L., Marcello, N., Zanetti, O., Causarano, R., Primavera, A. (2007). Ethical questions in the treatment of subjects with dementia. Part I. Respecting autonomy: awareness, competence and behavioural disorders. *Neurological sciences: official journal of the Italian neurological society and of the Italian society of clinical neurophysiology*. 28(4): 216-31.
- Dehlin, O., Hagberg, B., Rundgren, Å., Samuelsson, G., Sjöbäck, B. (2008). *Gerontologi*. Stockholm: Natur och kultur.
- Ernst, E. (2006). Laying on of hands: magic or medicine? *Supportive care in cancer: official journal of the multinational association of supportive care in cancer*. 15(2): 121-2.
- Field, T. (2000). *Touch therapy*. Philadelphia: Churchill Livingstone.
- Field, T., Hernandez-Reif, M., Diego, M., Schanberg, S., Kuhn, C. (2005). Cortisol decreases and serotonin and dopamine increase following massage therapy. *The international journal of neuroscience*. 115 (10):1397-413.
- Fisk, J. (2007). Ethical considerations for the conduct of antidementia trials in Canada. *The canadian journal of neurological sciences*. 34(1): 32-6.
- Folstein, M., Folstein, S., McHugh, P. (1975). Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*. 12(3):399-406.
- Forsberg, C., Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Geldmacher, D. (2004). Dementia with Lewy bodies: Diagnosis and clinical approach. *Cleveland clinic journal of medicine*. 71(10): 789-90.
- Gleeson, M., Timmins, F. (2005). A review of the use and clinical effectiveness of touch as a nursing intervention. *Clinical effectiveness in Nursing*. 9 (1-2) 69-77.
- Harris, M. Richards, K. (2009). The physiological and psychological effects of slow-stroke back massage and hand massage on relaxation in older people. *Journal of Clinical Nursing*. 19(7-8), 917-



26.

\*Hawranik, P., Johnston, P., Deatrach, J. (2008). Therapeutic Touch and Agitation in Individuals With Alzheimer's Disease. *Western Journal of Nursing Research*. 30(4): 417-34.

Henricson, M., Billhult, A. (2010). *Taktil Beröring och lätt massage: från livets början till livets slut*. Lund: Studentlitteratur.

\*Hicks-Moore, S., Robinson, B. (2008) Favorite music and hand massage. *Dementia* 7(1): 95-108.

\*Hodgson, N., Andersen, S.(2008). The Clinical Efficacy of Reflexology in Nursing Home Residents with Dementia. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 14(3): 269-75.

\*Holliday-Welsh, D., Gessert, C., Renier, C.(2009). Massage in the Management of Agitation in Nursing Home Residents with Cognitive Impairment. *Geriatric Nursing* .30(2): 108-17.

Husebo, B., Ballard, C., Sandvik, R., Nielsen, O., Aarsland, D. (2011). Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. *British medical journal* 343: d4065.

Isik, A. (2010). Late onset Alzheimer's disease in older people. *Clinical interventions in aging*. 11(5): 307-11.

Jenkins, D., Price, B. (1996). Dementia and personhood: A focus for care? *Journal of advanced nursing* 24(1):84-90.

\*Kim, E-J., Buschmann, M-T. (1999) The effect of expressive physical touch on patients with dementia. *International Journal of Nursing Studies*.36(3): 235-43.

Klometiazol (2011). I *Fass.se*. Hämtad den 14 November, 2011, från [http://www.fass.se/LIF/produktfakta/artikel\\_produk\\_t.jsp?NplID=19680321000019&DocTypeID=3&UserTypeID=0](http://www.fass.se/LIF/produktfakta/artikel_produk_t.jsp?NplID=19680321000019&DocTypeID=3&UserTypeID=0)

Krieger, D. (1975). Therapeutic touch: The imprimatur of nursing. *American journal of nursing*. 75 (5): 784-7.

\*Lin, L-C., Yang, M-H., Kao, C-C., Wu, S-C., Tang, S-H., Lin, J-G.(2009). Using Acupressure and Montisori-Based Activities to Decrease Agitation for Residents with Dementia: A Cross-Over trial. *Journal of The American Geriatrics Society*57(6):1022-29.

Liperoti, R., Pedone, C., Corsonello, A. (2008). Antipsychotics for the Treatment of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD). *Current neuropharmacology*. 6(2):117-24.

Lynöe, N., Juth, N. (2009). *Medicinska etikens ABZ*. Kina: Liber.

Läkemedelsverket. (2008). *Läkemedelsbehandling och bemötande vid beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom-BPSD*. Uppsala: Läkemedelsverket.

Marcusson, J., Blennow, K., Skoog, I., Wallin, A.(2011). *Alzheimers sjukdom: och andra kognitiva sjukdomar*. Stockholm: Liber.

Mitchell, S., Teno, J., Kiely, D., Shaffer, M. Jones, R., Prigerson, H., Volicer, L., Givens, J., Hamel,

- M. B. (2009). The Clinical Course of Advanced Dementia. *The new England journal of medicine*. 361(16): 1529-38.
- Neef, D., Walling, A. (2006). Dementia with Lewy bodies: An emerging disease. *American family physician*. 73(7):1223-9.
- Oxazepam (2011). I *Fass.se*. Hämtad den 14 November, 2011, från [http://www.fass.se/LIF/produktfakta/artikel\\_produk.t.jsp?NplID=19880219000026&DocTypeID=3&UserTypeID=0](http://www.fass.se/LIF/produktfakta/artikel_produk.t.jsp?NplID=19880219000026&DocTypeID=3&UserTypeID=0)
- Pieroni,S. (2006). Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Prescriber* 17(22): 58-64.
- Pitkala, KH., Laurila, JV., Strandberg, TE., Tilvis, RS. (2004). Behavioral symptoms and the administration of psychotropic drugs to aged patients with dementia in nursing homes and in acute geriatric wards. *International Psychogeriatrics* 16(1):61-74.
- Polit, D., Beck, C-T. (2008). *NURSING RESESRCH: Generating and Assesing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Willkins.
- Purandare, N., Burns, A., Burns, A. (2000). Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Reviews in clinical gerontology* 10(3): 245-260.
- Ragneskog, H. (2011). *Omvårdnad och omsorg vid demens*. Göteborg: Printema Förlag.
- Rajaram, D., Herrmann, N., Lanctôt, K. (2009). Behavioral and psychological symptoms of frontotemporal dementia: a review. *The Canadian review of Alzheimer's disease and other dementias* 12(2): 9-13.
- \*Remington,R. (2002).Calming Music and Hand Massage With Agitated Elderly. *Nursing Research* 51(5): 317-23.
- Román, G.(2003). Vascular Dementia: Distinguishing Characteristics, Treatment, and Prevention. *Journal of the American geriatrics society*. 51(5):296-304.
- Routasalo, P., Isola, A. (1996). The right to touch and be touched. *Nursing ethics*. 3(2): 165-176.
- \*Rowe, M., Alfred, D. (1999). The effectiveness of slow-stroke massage in diffusing agitated behaviors in individuals with Alzheimer´s disease. *Journal of Gerontological Nursing* 25(6): 22-34.
- \*Sansone, P., Schmitt, L. (2000). Providing Tender Touch Massage to Elderly Nursing Home Residents: a Demonstration Project. *Geriatric Nursing* 21(6): 303-8.
- Schneck, M. (2008). Vascular dementia. *Topics in stroke rehabilitation*. 15(1): 22-6.
- Sink, KM., Holden, KF., Yaffe, K. (2005). Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia: a review of the evidence. *JAMA*. 293(5):596-608.
- Skovdahl, K. (2004). *Krävande beteenden i samband med demens - förekomst och olika*

*förhållningssätt* (Doktorsavhandling, Karolinska Institutet, Neurotec – Institutionen).

\*Skovdahl, K., Sörlie, V., Kihlgren, M. (2007). Tactile stimulation associated with nursing care to individuals with dementia showing aggressive or restless tendencies: an intervention study in dementia care. *International Journal of Older People Nursing*.2(3): 162-70.

\*Smallwood, J., Brown, R., Coulter, F., Irvine, E., Copland, Claire. (2001). Aromatherapy and behavior disturbances in dementia: a randomized controlled trial. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*16(10):1010-13.

Smith, J., Sullivan, J., Baxter, D. (2009). The culture of massage therapy: valued elements and the role of comfort, contact, connection and caring. *Complementary therapies in medicine* 17(4): 181-9.

Snowden, J., Neary, D., Mann, D. (2002). Frontotemporal dementia. *The British Journal of Psychiatry*. 199(4): 140-3.

Socialdepartementet (2003): *På väg mot en god demensvård: Samhällets insatser för personer med demenssjukdomar och deras anhöriga* (Ds 2003:47). Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.

SOSFS 2010:a: *Beteendemässiga och psykiska symtom samt konfusion vid demenssjukdom*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOSFS 2010:b: *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 : stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2002). *Mjuk massage vid demenssjukdom*. (SBU-rapport:4) Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2008). *Demenssjukdomar: en systematisk litteraturöversikt*. (SBU-rapport: 172E). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Stockholms läns landsting (2011). *Akupunktur och Akupressur*. Hämtad 14/11-2011.

<http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Fakta-och-rad/Behandlingar/Akupunktur-och-akupressur/>

Stockholms läns landsting (2011). *Akupunktur och Akupressur*. Hämtad 14/11-2011.

<http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Fakta-och-rad/Behandlingar/Akupunktur-och-akupressur/>

\*Suzuki, M., Tatsumi, A., Otsuka, T., Kikutchi, K., Mizuta, A., Makino, K... Saruhara, T. (2010). Physical and Psychological Effects of 6-Week Tactile Massage on Elderly Patients With Severe Dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias* 25(8): 680-86.

Svanström, R. (2009). *När livsvärldens mönster brister – erfarenheter av att leva med demenssjukdom*. (Doktorsavhandling, Växjö Universitet, Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete).

Toney, L., McCue, T., Minoshima, S., Lewis, D. (2011). Nuclear medicine imaging in dementia: A practical overview for hospitalists. *Hospital practice*. 39 (3): 149-160.

Wall, M., Duffy, A. (2010). The effects of music therapy for older people with dementia. *British Journal of Nursing*. 19(2): 108-13.

Wetzels, R., Zuidema, S., Jonghe, J., Verhey, F., Koopmans, R. (2010). Determinants of quality of life in nursing home residents with dementia. *Dementia and geriatric cognitive disorders*. 29 (3): 189-97.

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

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet (2:a uppl.)*. Lund: Studentlitteratur.

Wimo, A., Jönsson, L., Gustavsson, A., McDaid, D., Ersek, K., Georges, J., Gulácsi, L., Karpati, K., Kenigsberg, P., Valtonen, H. (2011). The economic impact of dementia in Europe in 2008-cost estimates from the Eurocode project. *International journal of geriatric psychiatry*. 26(8): 825-32.

Wolfson, C., Wolfson, D., Asgharian, M., M'Lan, C., Ostbye, T., Rockwood, K., Hogan, D. (2001). A reevaluation of the duration of survival after the onset of dementia. *The new England journal of medicine*. 344 (15): 1111-6.

Woods, B., Pratt, R. (2005). Awareness in dementia: Ethical and legal issues in relation to people with dementia. *Aging & mental health*. 9(5): 423-9.

\*Woods, D., Craven, R., Whitney, J. (2005). The Effects of Therapeutic Touch on Behavioral Symptoms of Persons with Dementia. *Alternative Therapies in Health and Medicine*. 11(1): 66-74.

\*Woods, D., Beck, C., Sinha, K. (2009). The Effect of Touch on Behavioral Symptoms and Cortisol in Persons with Dementia. *Forschende Komplementärmedizin*. 16(3): 181-9.

World health organization. (2011). *Health topics: Mental health*. Hämtad 22/11-2011  
[http://www.who.int/topics/mental\\_health/en/index.html](http://www.who.int/topics/mental_health/en/index.html)

\*Yang, M., Wu, S., Lin, J-G., Lin, L-C. (2005). The efficacy of acupressure for decreasing agitated behavior in dementia: a pilot study. *Journal of Clinical Nursing*. 16(2): 308-15.

Tabell 1. Bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
<b>Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT)</b> är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och välgenomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
<b>Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial ( CCT)</b> är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
<b>Icke- kontrollerad studie (P)</b> är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
<b>Retrospektiv studie (R)</b> är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
<b>Kvalitativ studie (K)</b> är vanligen en undersökning där avsikten är att studera	Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvals-		Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven.

fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	process; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Bristfällig resultatredovisning.
---	---	---	----------------------------------

*\* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.*

Tabell 2. Redovisning av sortering, granskning och kvalitetsbedömning av vetenskapliga artiklar.

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ
Bowles, J., Griffiths, D., Quirk, L., Brownrigg, A., Croot, K. 2002 Australien	Effects of essential oils and touch on resistance to nursing care procedures and other dementia related behaviors in a residential care facility	Att beskriva effekten av aromaterapimassage på viljan att ta emot omvårdnad samt på demensrelaterade och beteendemässiga störningar.	Deltagarna delades in i grupp A och B. Åldersfördelningen var 72-92 år. Varje grupp fick först ingen massage alls och observerades under denna period. Sedan masserades de med kräm i fyra veckor. Vilket följdes av massage med kräm där essentiella oljor tillsatts i fyra veckor. Sedan byttes behandlingen för grupperna till den motsatta i fyra veckor.	n=56 (1)	I Studien gav beröring och aromaterapi med essentiella oljor en signifikant minskning av svårigheten av demensrelaterade beteendestörningar.	P II
Hawranik, P., Johnston, P., Deatrich, J. 2008 Kanada	Therapeutic Touch and Agitation in Individuals With Alzheimer's Disease	Att undersöka om skillnader uppstår på agiterat beteende hos personer med Alzheimers sjukdom vid terapeutisk beröring i jämförelse med placebobehandling och kontrollgrupp utan behandling.	Deltagarna delades slumpmässigt in i tre grupper där alla grupper gavs samtliga behandlingar men i olika ordning. Behandlingarna bestod av terapeutisk beröring, simulerad terapeutisk beröring samt vanlig daglig omvårdnad. Behandlingarna gavs under fem dagar per behandlingsmetod.	n=51 (0)	Ingen signifikant skillnad kunde ses mellan de tre behandlingsmetoderna gällande minskning av fysiskt aggressivt och verbalt agiterat beteende. En reducering av fysiska icke aggressiva beteenden kunde dock ses av terapeutisk beröring i jämförelse med de två andra behandlingarna.	RCT II
Hicks-Moore, S., Robinson, B. 2008 Kanada	Favorite music and hand massage: Two interventions to decrease agitation in residents with dementia	Att testa om favoritmusik och handmassage var effektivt som metod för reducering av agiterat beteende vid demenssjukdom.	Deltagarna delades in i tre grupper där de fick handmassage, lyssna på favoritmusik eller båda delarna. Dessa grupper jämfördes med en kontrollgrupp. Deltagarna delades slumpmässigt in i grupperna.	n=41 (6)	Signifikant minskning av agiterat beteende kunde ses i alla tre interventionsgrupperna direkt efter behandling och en timma senare. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan de tre behandlingsformerna, men en signifikant skillnad mellan behandlingsgrupper och kontrollgrupp. Ingen signifikant minskning av fysisk aggressiva	RCT I

					beteenden kunde ses av någon av interventionerna. Men en signifikant minskning av verbalt agiterat beteende kunde ses över tid. Även en signifikant minskning av icke aggressivt beteende.	
Hodgson, N., Andersen, S. 2008 USA	The Clinical Efficacy of Reflexology in Nursing Home Residents with Dementia	Att undersöka om reflexologi påverkade graden av ångest, smärta och sinnesstämning hos demenssjuka.	Deltagarna delades slumpmässigt in i två grupper varav grupp ett fick behandling med reflexologi i fyra veckor följt av fyra veckor med besök som kontrollintervention. Grupp två fick genomgå samma interventioner fast i omvänd ordning. Deltagarna observerades i samband med varje intervention utifrån olika bedömningsunderlag gällande smärta och affektion. Vidare togs prov på saliv samt puls och blodtryck.	n=21 (0)	Reflexologi visade sig signifikant minska smärta hos deltagarna. Ledsamhet minskades men inte signifikant. Även prover på amylas i saliven togs, dessa var signifikant lägre under perioden deltagarna fick reflexologisk behandling.	RCT II
Holliday-Welsh, D., Gessert, C., Renier, C. 2009 USA	Massage in the Management of Agitation in nursing home residents with cognitive impairment	Att undersöka effekten av massage hos kognitivt nedsatta personer med demenssjukdom boendes på äldreboenden.	Deltagarna fick massage sex gånger under två veckor. Agitation kontrollerades en minut innan samt i femminuters intervaller efter behandling samt efter sju och 14 dagar efter sista behandlingstillfället.	n=54 (2)	Massage gav en signifikant förbättring av fyra av fem undersökta agiterande beteenden: Verbal agitation, vandringsbeteende, fysisk agitation samt motstånd till omvårdnad. Resultatet visade kvarstående effekt två veckor efter interventionens slut. Olämpligt och/eller störande beteende påverkades inte av interventionen. Närstående visade intresse av att själva lära sig metoden.	P II



Kim, E. Buschmann, M. 1999 Korea	The effect of expressive physical touch on patients with dementia	Att undersöka effekten av fysisk beröring tillsammans med verbal kommunikation på oro och dysfunktionella beteenden hos personer med demenssjukdom.	Deltagarna fick handmassage samt beröring på armar och axlar tillsammans med lugnande tal (verbalisering) på morgnarna och eftermiddagarna. Deltagarna fick behandling i 10 dagar. På den femte och tionde dagen av interventionen samt fem och tio dagar efter interventionens slut mättes deltagarnas dysfunktionella beteenden.	n= 30 (1)	Studien visar att fysisk beröring med verbalisering har en positiv effekt vad gäller att sänka oro och dysfunktionella beteenden hos demenssjuka personer. Efter behandling med fysisk beröring och kommunikation kunde en pulsminskning ses såväl på morgonen som eftermiddagen. Under behandlingsperioden sjunker de dysfunktionella beteendena linjärt under behandlingens första 10 dagar för att sedan stiga linjärt för att vid 20:e dagen vara nästan densamma som vid utgångsläget.	CCT I
Lin, L., Yang, M., Kao, C., Wu, S., Tang, S., Lin, J. 2009 Taiwan	Using acupressure and Montessori-based activities to decrease agitation for residents with dementia: A cross-over trial	Att undersöka akupressur och Montessoribaserade aktiviteter effekter på agitation hos demenssjuka.	Deltagarna delades slumpmässigt in i tre grupper där alla grupper fick akupressur, behandling med montessoribaserade metoder samt gavs under en period närvaro av en medlem i forskningslaget. Behandlingen skedde emellertid i olika ordning för de olika grupperna. Deltagarna fick behandling sex dagar per vecka i fyra veckor per behandlingsmetod.	n= 133 (0)	Både Montessoribaserade behandlingsmetoder och akupressur gav en signifikant sänkning av aggressivt och agiterat beteende i jämförelse med behandlingen som bestod av närvaro. Det fysiskt icke aggressiva beteendena förbättrade även de. Vidare underlättades omvårdnaden av patienten signifikant av Montessoribaserade behandlingsmetoder och akupressur jämfört med närvaro.	RCT I
Remington, R. 2002 USA	Calming Music and Hand Massage With Agitated Elderly	Att undersöka om lugnande musik och handmassage har effekter på agiterat beteende vid demenssjukdom.	Jämförelse mellan fyra grupper där grupp 1 fick lyssna på musik, grupp 2 fick handmassage, grupp 3 fick både lyssna på musik och handmassage, grupp 4 var kontrollgrupp. Deltagarna delades slumpmässigt in i en av de fyra grupperna. Metoden för mätning av agiterat beteende var Cohen Mansfield agitation Inventory scale (CMAI)	n= 68 (0)	Signifikanta skillnader i reduktion av agiterande beteenden kunde ses i alla tre interventionsgrupper i jämförelse med kontrollgruppen. Ingen av interventionerna visade signifikant skillnad vad gäller för fysisk aggressivt beteende. Men en signifikant reduktion av fysiskt icke aggressivt beteende kunde ses. Verbalt agiterat beteende påverkades ej signifikant under tidsperioden, av någon av interventionerna. Signifikansnivå 0,05. Hand massage var den interventionsmetod som tydligast kunde ses sänka den verbala agitationen hos deltagarna. Hand massage var också den interventionsmetod som tydligast sänkte agitation	RCT I

					hos deltagarna under samtliga mättillfällen.	
Rowe, M Alfred, D 1999 USA	The effectiveness of slow-stroke massage in diffusing agitated behaviors in individuals with Alzheimers disease	Att undersöka och beskriva effektiviteten av Slow stroke massage på agiterade beteenden hos demenssjuka med Alzheimers sjukdom i eget boende.	De agiterade beteendena Registrerades fem dagar per vecka under en tre veckors period. Där första veckan var veckan innan behandling. Vecka två var perioden för behandling och den tredje veckan var då veckan efter behandling. Ett icke slumpmässigt urval av 14 närstående vårdare till alzheimerssjuka personer med eget boende hade valts ut ,dessa utförde massagen och registreringarna. De anhöriga hade fått utbildning i slowstroke massage av Alzheimer Assosiation, antingen i hemmet eller hos Alzheimer Assosiation. Massagen gavs vid tillfällen personerna var agiterade och utfördes av de närstående.	n=9 (2)	I studien konstateras att verbala yttranden var de mest frekventa av alla agiterade beteenden. Alla agiterade beteenden var lägre hos deltagarna under veckan som massage gavs med undantag för verbala yttranden.	P II
Sansone, P. Schmitt, L. 2000 USA	Providing Tender Touch Massage to Elderly Nursing Home Residents: A Demonstration Project	Att undersöka effekten av mjuk massage på två grupper av patienter vid ett ålderdomshem. Dels personer med kronisk smärta dels personer med demens som visar oro och agiterade beteenden.	Projektet pågick under ett år, och delades in i tre tremånaders faser. Vid slutet av den tredje fasen hade alla 59 deltagarna fått mjuk massage i tre månader. Varje vecka fick givarna rapportera mätvärden på smärta, oro och agitation samt övriga upplevelser av den mjuka massagen.	n= 59 (0)	Av projektet kunde dras såväl kvalitativa som kvantitativa resultat. Till de kvalitativa resultaten hör sjuksköterskans upplevelse av att ha funnit ett sätt att hantera de boendes aggressiva beteenden. En annan sköterska upplevde att metoden hade goda effekter på sömnproblem hos de dementa. Metoden visade sig även ha betydelse för nutrition och nedstämdhet. Familjemedlemmar och närstående som deltog i projektet upplevde att de återigen fann ett sätt att komma nära sina anhöriga på ett sätt som de trots gått förlorad i och med sjukdomen. Till de kvantitativa resultaten hör att ångest minskar markant för dementa personer med agiterat beteende under behandling med mjuk massage	P K II

					men att de snabbt stiger igen då behandlingen sätts ut. Behandlingsresultaten är kortsiktiga.	
Skovdahl, K., Sörlie, V., Kihlgren, M. 2007 Sverige	Tactile stimulation associated with nursing care to individuals with dementia showing aggressive or restless tendencies: an intervention study in dementia care	Att beskriva effekten av taktill massage hos demenssjuka personer med aggressivt eller rastlöst beteende. Även givarens upplevelser undersöks.	Fem personer med BPSD-symtom gavs taktill massage en till sju gånger per vecka under 28 veckors tid. Studien bygger på givarnas dokumentation utifrån interventionsresultaten.	n=40 (0)	Alla deltagare upplevde stimuleringen som positiv och avslappnande, många gånger ledde den taktilla stimuleringen till att mottagarna somnade. Dock kunde en viss oro märkas hos vissa deltagare i början av interventionen men denna försvann då de förstått och vant sig vid den taktilla stimuleringen. Givarna av beröringen upplevde en förbättrad relation till mottagarna.	K I
Smallwood, J., Brown, R., Coulter, F., Irvine, E., Copland, C. 2001 Storbritannien	Aromatherapy and behaviour disturbances in dementia: A randomized controlled trial	Undersöka om aromaterapimassage kan ha avslappnande effekter hos demenssjuka med beteendemässiga störningar	En randomiserad, kontrollerad studie där 21 personer slumpmässigt delades in i en av tre grupper där de antingen gavs aromaterapi och massage, konversation och massage eller endast massage. Resultaten jämfördes med varandra.	n=21 (0)	Tecken på att Aromaterapimassage kan minska agitation kunde ses, dessa resultat är dock inte signifikanta. Tiden för behandling visade sig vara betydelsefull då aromaterapimassage i jämförelse med aromaterapi hade signifikanta effekter mellan tre och fyra på eftermiddagen.	RCT II
Suzuki, M., Tatsumi, A., Otsuka, T., Kikunchi, K., Mizuta, A., Makino, K., Kimoto, A., Fujiwara, K., Abe, T., Nakagomi, T., Hayashi, T., Saruhara, T. 2010 Japan	Physical and Psychological Effects of 6-Week Tactile Massage on Elderly Patients With Severe Dementia	Att klargöra fysiska och psykiska effekter av taktill massage hos personer med demenssjukdom.	Deltagarna delades in i två grupper varav den ena gruppen erhöll taktill massage fem gånger i veckan under sex veckors tid. Den andra gruppen fungerade som kontrollgrupp. Såväl kvalitativa som kvantitativa mätinstrument användes för att granska effekten på beteendemässiga och psykiska symtom. Vidare mättes även CgA i saliven som en indikator på stressnivå.	n=28 (12)	Aggression hade minskat signifikant vid studiens slut hos gruppen som fick taktill massage. Hos kontrollgruppen uppmättes en signifikant försämring av den intellektuella och känslomässiga funktionen. CgA-värdet i saliven visade en signifikant minskning efter intervention med taktill massage. Dessa resultat återfanns inte i interventionsgruppen. Studien inkluderade även två kvalitativa fallrapporter. Dessa tyder på en efterfrågan och uppskattning av massage, en förbättrad interaktion mellan mottagare och givare av massage.	RCT K II

Woods, D, Craven, R., Whitney, J. 2005 USA	The effect of therapeutic touch on behavioral symptoms of persons with dementia	Att undersöka om terapeutisk beröring kan påverka frekvens och intensitet av beteendemässiga symtom hos demenssjuka.	Deltagarna delades slumpmässigt in i tre grupper, där en grupp gavs terapeutisk beröring, en grupp fick placebobehandling och den tredje gruppen fick vanlig omvårdnad. Behandlingen gavs under tre dagar. Deltagarnas beteende observerades tre dagar innan interventionen, under densamma samt tre dagar efter.	n=57 (0)	Terapeutisk beröring minskade överlag intensiteten och frekvensen av de beteendemässiga symtomen hos deltagarna vid jämförelse med placebo-behandlingen och kontrollgruppen. Endast rastlöshet och störande läten reducerades signifikant när experimentgruppen jämfördes med kontrollgruppen. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan placebogruppen och kontrollgruppen.	RCT II
Woods, D., Beck, C., Sinha, K. 2009 USA	The Effect of Therapeutic Touch on Behavioral Symptoms and Cortisol in Persons with Dementia	Att undersöka effekten av terapeutisk beröring på beteendemässiga symtom och kortisol hos demenssjuka på omsorgsboende.	Deltagarna får antingen behandling med terapeutisk beröring, placebobehandling som till utseendet liknar terapeutisk beröring eller ingen behandling alls utöver den dagliga omsorgen. Deltagarnas beteenden observeras under perioden för studien, salivprov togs också.	n=65 (1)	Terapeutisk beröring hade en signifikant effekt på reduktion av rastlöshet. I övrigt kunde inga signifikanta skillnader uppmätas mellan interventionsgruppen, placebogruppen och kontrollgruppen. En viss reduktion av kortisolnivåer kunde ses hos såväl interventionsgruppen som placebogruppen.	RCT II
Yang, M-A., Wu, S-C., Lin, J-G., Lin, L-C. 2005 Kina	The efficacy of acupressure for decreasing agitated behavior in dementia: a pilot study	Att undersöka effekten av akupressur på agiterat beteende relaterat till demenssjukdom.	Deltagarna gavs akupressur under fyra veckor varpå de under sex veckors tid fick besök vilket fungerade som kontrollbehandling mot interventionen.	n=20 (11)	Akupressur hade signifikant bättre effekter på reduktion av agiterande beteenden i jämförelse med kontrollbehandlingen. Signifikant reduktion av fysiska och verbala beteenden och icke fysiska attacker kunde ses. En signifikant minskning av motstånd till omvårdnad kunde också noteras av akupressur. Ingen effekt på icke verbala attacker kunde ses.	RCT III

Exempel på del av matris för redovisning av sortering, granskning och kvalitetsbedömning av vetenskapliga studier utarbetad efter Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006).

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög, II = Medel, III = Låg. Källa: Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006, 84).