

Hälsouniversitetet
Arbetsterapeutprogrammet

Slutversion
-språkgranskad

TITEL:

**En beskrivning av sinnesstimulering som aktivitet
vid omsorgen om personer med demenssjukdom
- en systematisk litteraturstudie.**

Författare: Annika Johansson

Handledare: Pia Käcker

Godkänd version: _____
Signatur av handledare

Antal sidor: 39

Datum: 10.06.10

Hälsouniversitetet
Arbetsterapeutprogrammet

Arbetets art: Uppsatsarbete omfattande 15 högskolepoäng, 90 poängsnivå, inom ramen för arbetsterapeutprogrammet, 180 hp.
Titel: En beskrivning av sinnesstimulering som aktivitet vid omsorgen om personer med demenssjukdom - en systematisk litteraturstudie.
Titel på engelska: A Description of Sensory Stimulation as an Activity in the Care of People with Dementia - A systematic literature review.
Författare: Annika Johansson
Handledare: Pia Käcker
Termin: Vårterminen 2010
Antal sidor: 39

SAMMANFATTNING

Vården och omsorgen om personer med demenssjukdom syftar till att bibehålla funktioner och att erbjuda ett meningsfullt innehåll i dagen. Det finns flera arbetsmetoder att använda inom demensomsorgen för att stimulera sinnen, förbättra kommunikation och öka välbefinnande hos individen. Syftet med denna uppsats var att undersöka hur sinnesstimulering som aktivitet för personer med demenssjukdom beskrivs i vetenskaplig litteratur samt att diskutera resultatet i förhållande till arbetsterapeutisk teori. För att besvara syftet gjordes en systematisk litteraturstudie med sökning i flera databaser. Åtta artiklar hittades som uppfyllde inklusionskriterierna. Artiklarna kvalitetsgranskades och bearbetades utifrån syftet och frågeställningarna samt i förhållande till den arbetsterapeutiska modellen Model of Human Occupation, MoHO. Resultatet visar att sinnesstimulerande aktiviteter kan ge en positiv effekt på beteende och sinnesstämning. Interventionerna kan minska agitation och apati, förbättra kommunikationen, ge mer glädje och ökat välbefinnande. De sinnesstimulerande aktiviteterna kan ske i specialdesignat rum eller integreras i vardagliga aktiviteter. Sinnesstimulering som aktivitet ska ske ostrukturerat och utan krav i en trygg och tillåtande atmosfär och i en anpassad omgivning. Enligt modellen MoHO är begreppet volition, individens intresse och motivation, samt den sociala och fysiska miljön betydelsefullt inom demensomsorgen.

Nyckelord: Model of Human Occupation, Miljö, Välbefinnande, Arbetsterapi.

Faculty of Health Sciences
Occupational Therapy Programme

Title: A Description of Sensory Stimulation as an Activity in the Care of People with Dementia - A systematic literature review
Author: Annika Johansson
Term: Spring 2010

ABSTRACT

Care of people with dementia is aimed at maintaining their functions and achieving a meaningful life for them. There are several methods to stimulate the senses, improve communication, and increase wellbeing for the individual. The purpose of this study was to investigate how sensory stimulation as an activity in the care of people with dementia is described in scientific literature, and to discuss the results related to occupational theory. To achieve this aim, a systematic literature review was performed in several databases. Eight articles were found to meet the inclusion criteria. The articles were analyzed and processed according to the purpose and questionnaire, and were related to the Model of Human Occupation. The results reveal that sensory stimulation activity can have a positive effect on behaviour and mood for demented persons. The interventions can reduce agitation and apathy, improve communication, give more enjoyment, and increase wellbeing. The sensory stimulation activity can be carried out in a special designed room or integrated within the daily activities in a safe and permissive atmosphere. According to MoHo, it is the conception volition that is important, the individual's interest and motivation, and the social and physical environment.

Key words: Model of Human Occupation, Environment, Wellbeing, and Occupational therapy.

1. INLEDNING.....	1
2. BAKGRUND	1
2.1 DEMENS	1
2.1.1 Demenssjukdom	1
2.1.2 Demensbehandling	2
2.1.3 Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom.....	3
2.2 ARBETSMETODER FÖR SINNESSTIMULERING.....	4
2.2.1 Reminiscens.....	4
2.2.2 Validation	4
2.2.3 Musikaktiviteter.....	5
2.2.4 Utevistelse	5
2.2.5 Beröring.....	5
2.2.6 Snoezelen.....	5
2.3 AKTIVITET OCH DELAKTIGHET.....	6
2.4 THE MODEL OF HUMAN OCCUPATION	7
3. PROBLEMFORMULERING.....	8
3.1 SYFTE	8
3.1.1 Frågeställningar	8
4. METOD	8
4.1 DESIGN.....	8
4.2 LITTERATURSÖKNING.....	8
4.3 URVAL.....	9
4.4 ANALYSMETOD	12
4.5 ETISKA ÖVERVÄGANDEN.....	13
5. RESULTAT	13
5.1 FORSKNINGSOMRÅDEN	13
5.2 BEGREPPET SINNESSTIMULERING.....	14
5.3 SINNESSTIMULERANDE AKTIVITETER	15
5.4 ARBETSMETODER.....	15
5.5 VÄLBEFINNANDE.....	16
5.6. KONKLUSION AV ARTIKLARNAS RESULTAT.....	16
5. 7 ANALYS UTIFRÅN THE MODEL OF HUMAN OCCUPATION.....	17
5.7.1 Vilja	17
5.7.2 Vänjande.....	17
5.7.3 Utförandekapacitet	17
5.7.4 Miljö	18
6. DISKUSSION.....	19
6.1 METODDISKUSSION	19
6.1.1 Etiska frågeställningar.....	21
6.2 RESULTATDISKUSSION	22
6.2.1 Aktuella begrepp	22
6.2.2 Sinnesstimulering som rum och som synsätt.....	22
6.2.3 Välbefinnande och kvalitetstid.....	23
6.2.4 Implementering av sinnesstimulerande aktiviteter.....	24
6.3 SLUTSATS.....	26
REFERENSER	27
Bilaga 1	
Bilaga 2	
Bilaga 3	

1. INLEDNING

Sinnesstimulerande aktiviteter kan vara en möjlig väg att öka välbefinnandet hos en person med demenssjukdom och att öka möjligheten till kontakt med denne. Sinnesintryck kan locka till aktivitet genom att ge igenkänning och genom att hjälpa till att komma ihåg kunskaper. Detta kan ske bland annat genom att känna en välbekant doft eller att få höra sin ungdoms musik spelas. Personliga intressen och minnen skapar identitet hos människan och genom att stimulera sinnen kan en person med demenssjukdom få hjälp att bibehålla sin identitet och självkänsla (Kärman & Olofsson, 2008).

I mitt arbete som arbetsterapeut inom demensomsorgen har frågan ofta ställts hur olika situationer ska hanteras eller vilken metod som är den bästa för att möta en person med demenssjukdom, både av mig själv, annan personal och anhöriga. Två viktiga aspekter är, dels hur personen uppfattar situationen med sina sinnen och reagerar på den, dels vad personal och anhöriga kan göra för att underlätta genom att anpassa kraven och miljön. Mitt intresse är att undersöka vad forskarna skriver om sinnesstimulering för att få mer kunskap om möjligheterna att tillvarata sinnesstimulering i vardagens aktiviteter.

Arbetsterapeuten utgår från aktivitet och aktivitetsförmåga i sitt arbete. Människans sinnen stimuleras ständigt av omgivningen och av de aktiviteter hon utför. En person med demens får svårigheter att tolka sinnesintryck och en nedsatt förmåga att klara vardagen. Personen är i behov av stöd på olika sätt, allteftersom sjukdomen fortskrider. Målet med arbetsterapi är att den enskilda individen ska ges möjlighet att leva ett meningsfullt liv utifrån sina förutsättningar. Arbetsterapeutiska åtgärder sker i förebyggande, förbättrande och vidmakthållande syfte (Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, FSA, 2005).

De interventioner som arbetsterapeuter genomför ska baseras på vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet (FSA, 2005), vilket ligger som grund för detta arbete att studera forskning som finns inom sinnesstimuleringsområdet. Avsikten med uppsatsen är att få mer kunskap om vad forskningen säger om sinnesstimulerande aktiviteter och dess effekter för personer som drabbats av demenssjukdom.

2. BAKGRUND

2.1 DEMENS

2.1.1 Demenssjukdom

Demens är ett samlingsbegrepp för flera olika demenssjukdomar, där Alzheimers sjukdom är den vanligast förekommande. Andra demenssjukdomar är exempelvis vaskulär demens, frontotemporal demens, Picks sjukdom och demens vid Parkinsons sjukdom. Det finns också blandformer av dessa men det de har gemensamt är att det är inget normalt åldrande utan sjukdomar i hjärnan som orsakar olika demenssymptom. Demenssjukdom uppstår då nervceller förtvinar eller förstörs och då transmittorsubstanser inte samverkar på ett riktigt sätt. Detta kan bero på bildandet

av plack och tangels som vid Alzheimers sjukdom eller på bristande blodcirkulation som vid vaskulär demens (Armanius Björling, Basun, Beck-Friis m fl., 2004). Det finns mycket pågående forskning kring orsaker till och behandling av demenssjukdomar. Den sker som grundforskning på molekylär och cellulär nivå, som klinisk forskning för att pröva nya typer av behandling och som omvårdnadsforskning (Ekman, Eriksdotter Jönhagen, Fratiglioni m fl., 2007).

Inom den svenska sjukvården ligger WHO:s klassifikation International Classification of Diseases, ICD-10, till grund för demensdiagnostiken (Armanius Björling m fl., 2004). Vid fastställandet av en demensdiagnos ska personen uppvisa flera symptom samt att symptomen ska ha varat minst ett halvt år (Åstrand, 2001). Tidiga symptom vid demenssjukdom är minnesstörning såsom närminnesstörningar och problem att lära in nya saker, svårigheter att hitta i nya miljöer, desorientering i tid och rum, nedsatt planeringsförmåga och nedsatt förmåga till abstrakt tänkande. Andra tecken på en demensproblematik är olika personlighetsförändringar som social tillbakadragenhet och humörsvängningar samt en minskad förmåga att klara stress (Armanius Björling m fl., 2004).

Demenssjukdomen delas in i tre svårighetsnivåer, mild, medelsvår och svår demens (Åstrand, 2001; Armanius Björling m fl., 2004).

- *Mild demens*. I den tidiga fasen av sjukdomen klarar personen ett självständigt liv med visst stöd. Försämrat minne uppträder och personen börjar förlägga saker.

Uppmärksamheten försämras och förmågan att planera och organisera påverkas.

- *Medelsvår demens*. I mellanfasen blir personen med demenssjukdom allt mer beroende av hjälpinsatser, såsom hemtjänst och dagvård, på grund av de kognitiva svårigheterna. Minnes- och orienteringssvårigheterna ökar och det abstrakta tänkandet påverkas. Läs-, skriv- och talsvårigheter uppträder. Personen kan drabbas av vanföreställningar, hallucinationer, sömnsvårigheter och beteendeförändringar såsom apati, oro och aggressivitet. Sjukdomens fyra A återfinns i denna fas av sjukdomen, vilka är amnesi (minnesförlust), afasi (språksvårigheter), apraxi (svårighet att utföra rörelser) och agnosi (oförmåga att identifiera föremål).

- *Svår demens*. I den tredje fasen av sjukdomen har personen ett omfattande hjälpbehov och bor ofta i ett boende för personer med demenssjukdom. Sjukdomens fyra A förstärks i denna fas. Personen är desorienterad och har betydande kommunikationssvårigheter. Personens beteende kan förändras. En person med demenssjukdom har svårt att ta emot och bearbeta intryck från omgivningen, vilket kan leda till ett beteende som är svårt att bemöta och hantera (Ekman m fl., 2007). Beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD) är samlingsnamnet för de problematiska beteenden som återfinns hos demensdrabbade personer (Åstrand, 2001). BPSD kan innebära nedstämdhet, sömnsvårigheter, ångest, oro, misstänksamhet, svartsjuka, aggressivitet, agitation, vandrings- och skrikbeteende.

2.1.2 Demensbehandling

Under 1990-talet började så kallade bromsmediciner att användas. Det finns två huvudtyper av medicin, kolinesterashämmare och melanmin, vilka verkar på lite olika sätt. Medicinerna behandlar symptomen vid demens och riktar sig mot minnesproblemen och de intellektuella svårigheterna (Armanius Björling m fl., 2004).

En annan del av behandlingen är att ge en person med demenssjukdom ett bra

bemötandet och att arbeta för att bibehålla de kvarvarande funktionerna så länge som möjligt, genom att låta personen vara delaktig i olika sysslor efter sin förmåga. Efter hand behövs det allt mer stöttning och det är individuellt hur mycket och på vilket sätt denna stöttning behöver ske (Armanius Björling m fl., 2004). Att ge ett bra bemötande gentemot personen är viktigt för att denne ska behandlas värdigt och känna sig delaktig. Ofta är känslorna intakta och intryck går direkt till känslocentrum utan att bearbetas av intellektet. Eftersom minnet är dåligt kommer personen kanske inte ihåg en händelse, men känslan av händelsen kan sitta kvar länge och vara svår att bearbeta. Är det en känsla av obehag kan ilska och frustration ge ett aggressivt beteende medan däremot en känsla av välbehag kan ge glädje länge (Cars & Zander, 2007).

Omsorgen ska ha sin grund i en humanistisk människosyn, vilket innebär att individens värdighet ska skyddas, bevaras och höjas (Armanius Björling m fl., 2004). Respekt, ödmjukhet och förståelse inför individen bidrar till en god relation och kommunikation. En bra relation mellan vårdaren och personen med demenssjukdom har stor betydelse för personens välbefinnande och relationen måste bygga på tillit och på lyhördhet för personens behov och förmåga (Ekman m fl., 2007). En tillitsfull och lugn stämning kan öka och bibehålla personens välbefinnande (Finnema, Dröes, Ribbe & Tilburg, 2000).

För att ge en god omvårdnad är det viktigt att personen med demens känner trygghet och att vårdaren möter personen där denne befinner sig (Ekman m fl., 2007). Att använda individuellt anpassade aktiviteter i omvårdnaden motverkar passivitet, stärker självkänslan och ger dagen struktur och meningsfullt innehåll. Det ger också möjlighet till avkoppling och välbefinnande och stimulerar sinnen (Socialstyrelsen, 2009). För att kunna identifiera behov och kunna förstå och bemöta en person med demenssjukdom behövs kunskap om individens bakgrund och levnadshistoria (Armanius Björling m fl., 2004).

2.1.3 Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom

Socialstyrelsen har arbetat fram preliminära nationella riktlinjer för demensomsorgen och lämnar förslag till rekommendationer om utredning och diagnostisering, läkemedelsbehandling, omsorg och omvårdnad samt anhörigstöd. De nationella riktlinjerna är tänkta att bidra till en likvärdig vård och att sprida kunskap om vetenskap och beprövad erfarenhet (Socialstyrelsen, 2009).

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) (2006; 2007) har också studerat forskningen kring demensfrågor och demensomsorgen och givit ut sammanställningar av kunskap. SBU har definierat olika problem och visat på hur dessa kan påverkas genom olika åtgärder.

2.2 ARBETSMETODER FÖR SINNESSTIMULERING

Utvecklandet av arbetsmetoder för att på bästa sätt möta personer med demenssjukdom pågår ständigt och generellt anses arbetet med att ha omsorg om personer med demenssjukdom vara baserat på ett gott bemötande, empati och tålmod. Målet för vården är att skapa en meningsfull vardag i en miljö som ger lugn och ro, trygghet och hemkänsla, med en lagom balans mellan aktivitet och vila (Armanius Björling m fl., 2004).

Personer med demenssjukdom drabbas av kognitiva svårigheter, såsom minnesproblem och oförmåga att tolka sinnesintryck, vilket kan leda till en förvrängd bild av omvärlden vilket i sin tur kan ge oro och ångest. Genom att stimulera olika sinnen kan minnen återväckas och ge igenkänning, för att på så sätt vara identitetsskapande och bidra till välbefinnande och en stärkt självkänsla (Cars & Zander, 2007). En person med en störd perceptionsförmåga har svårt att upprätthålla sin person i tid och rum och då kan sinnesstimulerade aktiviteter bidra till välmående (Kärrman & Olofsson, 2008).

Perception eller varseblivning innebär att vi människor tar emot signaler från omgivningen via våra fem sinnen. Hjärnan hämtar in, samordnar, tolkar och reagerar på information från omgivningen och från vår kropp. Den gör omvärlden begriplig för oss. Hjärnans arbete är förutsättningen för medvetande, känslor, vilja, tankeverksamhet och motorisk verksamhet. Detta är grunden för vår personlighet och för vår förmåga att skapa ett samspel med omgivningen (Eriksson, 2001).

2.2.1 Reminiscens

På 1960-talet skapades reminiscens av den amerikanske psykiatrikern Butler som en metod inom äldre vården, vilken bygger på personens minnen och på att upplevelser från barndomen och ungdomsåren finns kvar länge hos en person med demenssjukdom. Reminiscens betyder hågkomst och är både en process att nå sina minnen och en metod att stimulera och utforska dem (Isacs & Wallskär, 2004). Med reminiscens avses att tänka på eller tala om livserfarenheter i en vänlig och öppen atmosfär samt att dela minnen och reflektera över det förgångna, att bygga länkar med andra genom att dela tidigare erfarenheter och att reflektera över nuet. Med hjälp av en minnesväckare kan kommunikationen underlättas. Gamla fotografier eller andra föremål väcker minnen och ger något att samtala kring. Syftet är att öka självkänslan och den personliga identiteten genom att återkalla gamla minnen (Finnema et al, 2000).

2.2.2 Validation

Validationsmetoden utvecklades av Naomi Feil på 1960-talet. Att validera är ett sätt att arbeta med empati och kommunikation genom att känna in och erkänna individens känslor. Detta kan ske individuellt eller i grupp. Validation innehåller tre aspekter, en metod att klassificera beteendet hos personer med demenssjukdom, en metod för verbal och icke verbal kommunikation och en utvecklingsteori för desorienterade (Finnema et al, 2000). Målet är att återställa självkänsla, minska stress, lösa konflikter från det förgångna samt öka kommunikationsförmågan och välbefinnandet. Bakom de teoretiska antagandena i validation ligger grundläggande principer inom beteendereinriktad, analytisk och humanistisk psykologi (Feil, 1994).

Mycket av validationsteorin byggs kring Eriksons teorier om livsstadier och uppgifter. Ålderdomens uppgift är att sammanfatta livet, att finna en inre styrka och integritet. Integritet vid hög ålder innebär att individen ser sin styrka trots svagheter (Erikson, 2000).

2.2.3 Musikaktiviteter

Musik är ett vanligt kulturellt inslag i vården och många äldre har glädje av musiken. Musik kan användas som en social aktivitet och kan då anpassas efter de närvarandes önskemål och förmågor. Dans är en betydelsefull aktivitet och förmågan att dansa finns bibehållen trots svåra kognitiva handikapp. Att sjunga tillsammans ger glädje och möjlighet till kontakt med den äldre (Wijk, Bengtsson, Brunnström m fl., 2004). Ragneskog (2006) menar att musik i det praktiska vårdarbetet kan ha positiv påverkan vid många olika sjukdomstillstånd. Han skriver att musik kan lugna ängsliga patienter och ha en smärtlindrande effekt och att personer med demenssjukdom och kommunikationssvårigheter kan njuta av musik på flera olika sätt.

2.2.4 Utevistelse

I de nationella målen för folkhälsa (SOU 2000:91) slås naturens och de gröna områdenas betydelse för människans återhämtning från stress fast. Många äldre lider av psykisk oro och det finns ett stort behov av rekreation för dem. Utevistelse skänker människan sinnesupplevelser och ger också möjlighet att utföra meningsfulla aktiviteter. En person med demenssjukdom har ökad stresskänslighet, vilket kan ge upphov till aggressioner och förvirring, och behovet finns ofta att få vistas utomhus för att ta vara på kroppens förmåga att skapa lugn och ro (Dahlenborg, 2003). Hälsoeffekterna består av att natur och trädgårdar svarar mot olika känslor och stimulerar sinnen. Impulser från omgivningen väcker minnen och intryck som naturen ger möjlighet att bearbeta då den ställer måttfulla krav som människan klarar av (Wijk m fl., 2004).

2.2.5 Beröring

Ardeby (2005) genomförde i början på 1990-talet ett projekt på uppdrag av Socialstyrelsen där målet var att skapa tydliga begrepp om beröring och massage. Resultatet blev att begreppet taktil massage ska användas om den beröring som används systematiskt i vård och omsorg. I projektet genomfördes en studie som visade på goda resultat vid taktil massage i form av ökat välbefinnande och bättre kontakt med patienterna.

Känslan, det taktila sinnet, utvecklas allra först under fostertiden och tar troligen emot intryck längst. Hudens receptorer tar emot stimuli i form av kyla, värme, smärta, tryck och beröring och impulser förs vidare till hjärnan och vi görs medvetna om omvärlden. Beröring kan förmedla en känsla av lugn och ro och ge en möjlighet till kommunikation med en annan människa. Taktil massage är en omslutande, lugn beröring av huden vilket leder till att oxytocin, lugn- och ro-hormonet, frisätts (Uvnäs-Moberg, 1998).

2.2.6 Snoezelen

Snoezelen utvecklades ursprungligen i Holland för personer med medfödda eller förvärvade hjärnskador. Namnet är sammansatt av orden *snuffelen* som betyder snusa

och *doezelen* som betyder dåsa, där snusa står för det aktiva och dåsa för det passiva. Snoezelen är en metod som dels innefattar moment avsedda att lindra eller bota stress som uppkommer vid ett funktionshinder, dels moment som syftar till att vidmakthålla hälsa (Jönsson, 1999).

Snoezelen är en individorienterad aktivitet som stimulerar olika sensoriska perceptioner och erfarenheter genom att använda ljus, ljud, dofter och taktila material. Detta sker oftast i ett specialdesignat rum. Det kan också förekomma att delar av snoezelen används i den dagliga omvårdnaden. Syftet är att skapa en tillitsfull och avslappnande atmosfär. Det är också avsikten att skapa en bra kontakt med personen med demenssjukdom och att öka välbefinnandet hos denne (Finnema et al, 2000).

2.3 AKTIVITET OCH DELAKTIGHET

Världshälsoorganisationen (WHO) har utarbetat klassifikationen International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF (Socialstyrelsen, 2003), vars syfte är att skapa en struktur och ett standardiserat språk för funktionsförmåga och funktionshinder i förhållande till hälsa. ICF innehåller två delar, dels funktionstillstånd och funktionshinder bestående av komponenterna kroppsfunktion/anatomisk struktur samt aktivitet och delaktighet, dels kontextuella faktorer vars komponenter är omgivningsfaktorer och personliga faktorer. Hälsan påverkas enligt klassifikationen av dessa faktorer. Begreppen kroppsfunktion/anatomisk struktur, aktivitet, delaktighet, omgivningsfaktorer och personfaktorer interagerar med varandra och kan genom olika interventioner påverka en persons hälsotillstånd.

ICF definierar aktivitet som en persons utförande av en uppgift eller handling och delaktighet definieras som en persons engagemang i en livssituation. Aktivitetsbegränsning är de svårigheter en person kan ha vid utförandet av aktivitet och delaktighetsinskränkning är de problem en person kan ha gällande sitt engagemang i en livssituation (Socialstyrelsen, 2003).

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA) definierar aktivitet som individens utförande av meningsfulla aktiviteter i samspel med omgivningen. Aktivitetsförmåga definierar FSA som individens förmåga att utföra önskade uppgifter med syftet att tillfredsställa behov och nå livsmål (FSA, 2005).

Arbetsterapeutyrkets mål är att "främja patientens/kundens möjligheter att leva ett värdefullt liv i enlighet med sina egna önskemål och behov och i förhållande till omgivningens krav" (FSA, 2005, sid. 9). FSA beskriver arbetsterapiens filosofiska grundantaganden och arbetsterapiens människosyn och skriver bl. a. att "människan är av naturen aktiv och utvecklingsbar" och att "människans upplevelse och förståelse av omvärlden förutsätter aktivitet" samt att "människans hälsa kräver en balans mellan aktivitet och vila" (FSA, 2005, sid. 9).

2.4 THE MODEL OF HUMAN OCCUPATION

Kielhofner (2008) har utvecklat The Model of Human Occupation (MoHO) som en modell inom arbetsterapi med begrepp som vägleder arbetsterapeuter i praktiskt arbete. MoHO bygger på en socio-kulturell och psykologisk utgångspunkt med ett fokus på människans aktivitet och miljö och riktar sig till alla människor som har aktivitetsbegränsningar. Modellen är klientcentrerad och framhåller klientens individuella perspektiv och situation, den har en holistisk syn på klienten och sammanväver fysiska och psykiska aspekter till en helhet. Enligt MoHO kan miljön verka både främjande och hindrande för klientens möjligheter till aktivitetsutförande.

I MoHO liknas människan vid ett dynamiskt system bestående av

- *volition*, vilja, som är värderingar, intressen och självuppfattning
- *habituation*, vänjande, som innefattar roller och vanor
- *performance capacity*, utförandekapacitet, som är de fysiska och kognitiva färdigheterna och förmågan till utförande av aktivitet
- *environment*, miljö, vilket är den omgivande miljön, både den fysiska och sociala.

För att förstå aktivitetsproblem krävs kunskap om hur de personliga och omgivande faktorerna påverkas av varandra. MoHO är en generell modell avsedd att användas i kombination med andra modeller med specifikt fokus på olika utförandekomponenter (Kielhofner, 2008).

Kielhofner (2008) vidareutvecklar begreppen genom att skriva att vilja refererar till motivationen till aktivitet. Värderingar är vad en person finner viktigt och meningsfullt, intressen är vad personen finner roligt och meningsfullt att göra och självuppfattning är en persons känsla av kapacitet och effektivitet. Med vänjande menas hur aktivitet organiseras och med utförandekapacitet menas fysiska och mentala förmågor som möjliggör att utföra aktivitet. Miljön påverkar ständigt en persons aktivitet och aktivitetsutförande.

Kielhofner (2008) skriver att personer med kognitiva svårigheter inte alltid möts som individer med ett eget behov av meningsfulla aktiviteter. Han menar att det är viktigt att lära känna deras vilja, vanor, rutiner, utförandeförmåga och hur deras kontext och omgivande miljö ser ut. Detta behövs för att hjälpa dem att återfinna eller bibehålla sin identitet, genomföra sina önskemål eller för att känna igen problem och rädslor för att kunna ha en strategi att möta detta. Modellen MoHO visar, enligt Kielhofner (2008), att begreppet vilja är speciellt viktigt för personer med kognitiva problem, eftersom deras förmåga att visa sin vilja och fatta egna beslut påverkas. Vidare menar han att personen som förlorar sin känsla av förmåga och effektivitet känner fortfarande känslor av hjälplöshet och har behov av en förstående och engagerande miljö.

Kielhofner (2008) beskriver vidare *snoezelen* som en kontrollerad multisensorisk miljö. Han beskriver hur en arbetsterapeut i denna miljö kan hjälpa en person med demens att uttrycka sin vilja. Målet med interventionen kan vara att kartlägga och stödja personens vilja.

3. PROBLEMFORMULERING

Personer med demenssjukdom drabbas av kognitiva problem och får ofta svårigheter att tolka och bearbeta sinnesintryck, vilket kan leda till ett problematiskt beteende. Inom vård och omsorg används flera olika arbetsmetoder med sinnesstimulerande aktiviteter för att lindra symptom och bidra till välbefinnande. Inom arbetsterapi är MoHO en ledande modell med begrepp som bildar en teori kring människans aktivitet och aktivitetsförmåga och som riktar sig till alla individer.

3.1 SYFTE

Syftet med studien är att undersöka hur sinnesstimulering som aktivitet vid omsorg om personer med demenssjukdom beskrivs i vetenskaplig litteratur och hur resultatet kan kopplas till arbetsterapeutisk teoribildning.

3.1.1 Frågeställningar

- Hur definieras/beskrivs begreppet sinnesstimulering?
- Vilka sinnesstimulerande aktiviteter identifieras?
- Vilka arbetsmetoder behandlas?
- Vad skrivs om välbefinnande?
- Hur kan studiens resultat kopplas till arbetsterapeutisk teoribildning?

4. METOD

4.1 DESIGN

Utifrån studiens syfte valdes en systematisk litteraturstudie, vilket enligt Forsberg och Wengström (2008) innebär att skapa en syntes av data från tidigare empiriska studier. Avsikten med litteraturstudier är att fördjupa och utveckla kunskaperna i karaktärsämnet (Friberg, Dahlborg Lyckhage, Segesten & Östlundh, 2006).

4.2 LITTERATURSÖKNING

Denna litteraturstudie inleddes med en litteraturgenomgång för att identifiera intresseområdet. I enlighet med Friberg (2006) gjordes den inledande litteratursökningen för att skapa ökad förståelse för problemområdet och för att få hjälp att avgränsa forskningsproblemet. Därefter smalnades området ner i syftet med studien. Friberg (2006) liknar denna process vid en tratt, genom att problemområdet smalnas av och fokus sätts på det som ska undersökas.

Området sinnesstimulering visade sig vara omfattande och återfanns inom många ämnesområden och i olika sorters litteratur. Friberg (2006) skriver att text för ett litteraturbaserat arbete är alla former av det skrivna ordet, att texten ska vara offentlig och att källan ska finnas tillgänglig.

Nästa fas benämner Friberg (2006) den egentliga litteratursökningen. Här genomförs

den datainsamling som ska svara på syftet med studien, texterna väljs med systematik och en avgränsning sker eftersom texternas kvalitet bedöms. Beslut togs att texter till studien skulle vara forskningsartiklar publicerade i granskade vetenskapliga tidskrifter. Att tidskrifterna var referee-granskade kontrollerades i samband med sökningarna med hjälp av Ulrich's Periodical Directory. Artiklar som publicerats i ej granskade tidskrifter valdes bort. Artiklarna skulle även finnas tillgängliga med fulltext i databasen och om så inte var fallet valdes de bort. En tidsgräns sattes som innebar att artikeln inte skulle äldre än tio år.

Artikelsökningen skedde i databaser tillgängliga via Linköpings universitetsbiblioteks hemsida och Förbundet Sveriges Arbetsterapeuters hemsida. För att svara på syftet skulle artiklarna handla om sinnesstimulerade aktiviteter för personer med demenssjukdom. Sökord valdes ut och verktyget MeSH användes för att få sökorden översatta till engelska på ett korrekt sätt. Vid sökningen i de olika databaserna användes history och AND.

För att få vägledning i arbetet med urvalet av artiklar till studien, med sökord och med sökvägar i de olika databaserna togs en kontakt med bibliotekarie på Campus Norrköpings bibliotek.

4.3 URVAL

De databaser artikelsökningen skedde i var AMED, Cinahl, PsykINFO, Scopus, PubMed, OT-seeker, Cochrane och OTDBASE. Sökorden som valdes var *sensory stimulation*, *dementia*, *activity* och *wellbeing*, vilka svarar mot studiens syfte.

Sökordet *sensory stimulation* står för sinnesstimulering, vilket visade sig vara synonymt med snoezelen vid sökningarna i databaserna. Sökordet *quality of life* fanns med vid en första sökning, men valdes sedan bort i det fortsatta urvalet. Termen välbefinnande ansågs vara mer neutralt och lättare att bedöma effekterna av interventionerna utifrån. De databaser med en arbetsterapeutisk inriktning (OT-seeker och OTDBASE) fokuserar på välbefinnande och livskvalitet (tabell 1) medan de övriga databaserna har fler träffar på sökorden demens och sinnesstimulering. Även termen *sensory integration*, som innefattar ett närliggande område, valdes bort eftersom det är begreppet sinnesstimulering som ska studeras.

Forsberg och Wengström (2008) föreslår att databassökning ska kombineras med en manuell sökning av litteratur. Detta skedde genom att studera referenslistor i funna vetenskapliga artiklar. Av de sex artiklar som hittades via databasen OT-seeker (tabell 1) och med sökorden *sensory stimulation* och *dementia* var tre stycken litteraturstudier och referenslistorna studerades. Inga nya relevanta artiklar hittades genom denna manuella sökning utan det framkom en bild av att aktuella artiklar hade kartlagts.

Antalet träffar i respektive databas för olika kombinationer av sökord redovisas i tabell 1. Antalet sökordsträffar var stort men vid granskning av träffarna var antalet användbara artiklar begränsat.

Tabell 1. Antalet sökordsträffar i databaserna.

SÖK-ORD	AMED	Cinahl	Psyk-INFO	Scopus	PubMED	OT-seeker	Cochrane	OTD-BASE
Dementia	955	13393 3	9416	86074	106345	5499	121	143
Sensory stimulation	78	691	1057	40242	23709	36	4	489
Dementia Sensory stimulation	1	113	22	85	136	6	1	6846
Dementia Sensory stimulation activity		20	3	58	25	3	2	7013
Dementia Sensory stimulation wellbeing		10	2	5	22	1291	1	2178
Dementia Activity wellbeing		34		1956	1388	2069	34	2384
Dementia activity						24		952
Dementia Quality of life		12		12	5	1925		8782

Urvalskriterierna var att artiklarna skulle vara publicerade i granskade tidskrifter, finnas tillgängliga med fulltext via databaserna och inte vara äldre än tio år. För att öka antalet möjliga artiklar valdes att ta med artiklar med från år 1996. För att göra urvalet av artiklar lästes artiklarnas abstrakt och samtidigt kontrollerades att artiklarna svarade mot de kriterier som satts upp. Det första urvalet bestod av arton artiklar. Enligt Friberg (2006) kan en avvägning göras kring hur mycket som kan förväntas inom ramen för examensarbetet. Med anledning av detta beslutades att begränsa antalet studier.

Av de arton artiklarna i första urvalet var det tio artiklar som valdes bort. Tre av dessa var ovan nämnda litteraturstudier, en var en deskriptiv artikel och två valdes bort på grund av att det var ofullständiga artiklar. Den äldsta artikeln valdes bort, två

av artiklarna handlade om perifera områden av sinnesstimulering, dockor och tvillingar, och en artikel redovisade en utvärdering av implementering av snoezelen.

Åtta vetenskapliga artiklar inkluderades i litteraturstudien (bilaga 1). Dessa artiklar representerar ett tidsspänn på elva år och studerar effekten av sinnesstimulerande aktiviteter med lite olika perspektiv. Forsberg och Wengström (2008) skriver att litteraturstudier inom omvårdnad bör inkludera artiklar med olika typer av undersökningar, eftersom det då är lättare att fånga undersökningspersonernas upplevelser i vårdsituationen.

Alla databaser, utom AMED, visade sig vara relevanta för att finna artiklar till studien. OTDBASE gav många sökträffar, men artiklarna hittades ej i fulltext varför databasen valdes bort. Tabell 2 visar de sökord och databaser som bidrog med artiklar till studien. Artiklarna redovisas med artikelns ordningsnummer från bilaga 1.

Tabell 2. Artiklarnas fördelning över databaser och sökord.

Sökord	Cinahl	Psyk-INFO	Scopus	PubMed	OT-seeker	Cochrane
Dementia Sensory stimulation	3 5 6 7	2 6	1 2 3 4 5 6 7 8	3 6	2 3 6	
Dementia Sensory stimulation Activity	2 3	2	2 3 4 6	2 3 4	2 3	2 3
Dementia Sensory stimulation Well being	3 5 6		8			

De vetenskapliga artiklar som ingår i studien återfinns i flera av databaserna och de har flera hänvisningar till varandra i databasernas hänvisningar till liknande studier. Funktionen *Cited by*, i databasen Scopus, visar hur många gånger en artikel är citerad av andra författare. De utvalda artiklarna hittas samtliga där och de visar i genomsnitt 14,25 citeringar. Artikel 2 har 39 citeringar, medan artikel 6 från år 2008 endast har en citering och artikel 7 från år 2009 inte visar någon citering.

Holm (2000) presenterar en evidenshierarki för att kunna bedöma en vetenskaplig artikels evidensvärde. Hon skriver att det är av stor vikt att forskningen är av god kvalitet med väl designade undersökningar för att arbetsterapeuter ska kunna veta värdet av en behandlingsmetod och hur en metod ska genomföras för att nå bästa resultat för patienten/kunden. Denna studies artiklar granskades och deras

forskningsdesign bedömdes utifrån evidensnivåerna enligt Holm (2000).

Tabell 3 redovisar artiklarnas placering i Holms evidenshierarki utifrån studiernas forskningsdesign. Artiklarna redovisas med artikelns ordningsnummer från bilaga 1. Det framkommer att fem av artiklarna är randomiserade, kontrollerade studier.

Tabell 3. Artiklarnas placering i Holms evidenshierarki.

Evidensnivå	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Metaanalyser, många väl designade kontrollerade studier								
2. Randomiserade kontrollerade studier	X	X	X			X		X
3. Försök utan randomisering				X				
4. Beskrivande studier och fallstudier					X		X	
5. Fallbeskrivningar, kliniska exempel								

4.4 ANALYSMETOD

I enlighet med Friberg (2006) har artiklarna genomlästs flera gånger för att skapa en god kunskap om innehållet och förståelse för artiklarna. Artiklarnas metoder för urval, bortfall och antal deltagare granskades, likaså de undersöknings- och analysmetoder som beskrivs i artiklarna och på vilka resultaten bygger. Friberg (2006) skriver vidare att en litteraturstudie ska beskriva hur den valda litteraturen analyserats, vilket kan ske på olika sätt, och med ett fokus på de resultat som artiklarna presenterar. En sammanfattning gjordes av studiens artiklar, deras syften, metoder, resultat och diskussioner, vilket redovisas i bilaga 2.

Frågeställningar kan formuleras till litteraturen för att specificera de frågor som ska besvaras för att syftet med studien ska uppnås (Forsberg & Wengström, 2008). Frågeställningar arbetades fram i form av ett granskningsraster, vilket har använts som underlag för att få fram fakta från litteraturen. Materialet har granskats och grupperats utifrån frågeställningarna. Redovisningen sker i ordningsföljd och i förekommande fall med de grupper som funnits samt avslutas med en konklusion av artiklarnas resultat.

För att koppla resultatet till arbetsterapeutisk teoribildning har begreppen i MoHO (Kielhofner, 2008) använts som utgångspunkt. Materialet har granskats och grupperats utifrån MoHO:s begrepp. Det material i artiklarna som kan relateras till arbetsterapeutisk teori redovisas under respektive begrepp i MoHO.

4.5 ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Forsberg och Wengström (2008) skriver att etiska överväganden ska göras vid systematiska litteraturstudier, vilket gäller både vid urval och presentation av resultat. Samtliga artiklar i studien tar upp etiska aspekter och har hämtat tillstånd av deltagarna, när det varit möjligt, och/eller från företrädare för deltagarna. Artiklarnas författare har skaffat ett informerat samtycke till undersökningarna. I två av artiklarna (1, 6) redovisas att undersökningen godkänts av en etisk kommitté.

Alla artiklar i en litteraturstudie ska redovisas, likaså ska forskningsprocessen redovisas och alla resultat, även de som inte stödjer forskarens egen åsikt (Forsberg & Wengström, 2008).

5. RESULTAT

I presentationen av resultatet refereras inom parentes till de studerade artiklarna med respektive ordningsnummer enligt bilaga 1.

5.1 FORSKNINGSSOMRÅDEN

I samtliga artiklar i denna litteraturstudie redovisar forskarna var undersökningarna sker, hur informanterna valts ut och vilka inklusionskriterier som har använts. Exklusionskriterier redovisas i tre artiklar (1, 2, 4), exempelvis om informanten har pace-maker eller en psykiatrisk diagnos. Det redovisade bortfallet i studierna är litet, de artiklar som redovisar bortfall (1, 2, 3, 6) visar att två till fem informanter inte har fullgjort undersökningarna. Fyra av studierna (1, 2, 3, 8) redovisar att en kontrollgrupp har använts i studierna. Artiklarna 4, 5 och 7, på nivå 3 och 4 i Holms evidenshierarki (Holm, 2000), har ingen jämförelsegrupp i sina undersökningar. Artikel 1 är en crossover-studie, artikel 6 innehåller två undersökningsgrupper och artikel 7 har en kvalitativ forskningsdesign och samlar in data tills mättnad nåtts. I samtliga artiklar redovisas de mätmetoder som använts för att registrera resultaten från undersökningarna. Det redovisas även vilka analysmetoder som använts och de resultat dessa givit, varifrån forskarna har dragit sina slutsatser.

De artiklar som ingår i denna litteraturstudie har sinnesstimulering som gemensamt forskningsområde men med olika utgångspunkter i de olika studierna. I två av artiklarna (1, 8) benämns forskningsområdet snoezelen, i tre artiklar (2, 3, 6) benämns området Multi-Sensory Stimulation (MSS), i två artiklar (5, 7) benämns området Multi-Sensory Environment (MSE), och i en artikel (4) behandlas Multi-Sensory Exercise program. I fyra (2, 3, 5, 6) av de åtta artiklarna skriver författarna även om snoezelen, varav två (2, 8) nämner att snoezelen är ett inregistrerat varumärke. Av de två artiklar som behandlar snoezelen likställs i den ena artikeln (1) snoezelen med MSE och i den andra (8) jämförs snoezelen med MSS (se tabell 4).

Forskarnas utgångspunkt är jämförande i fyra av artiklarna (1, 2, 3, 6), dvs. där andra arbetsmetoder jämförs med snoezelen, MSE eller MSS. I de andra artiklarna vill forskarna utveckla användandet av ett snoezelen-rum (5), utveckla användandet av snoezelen i hemmen (7), integrera sinnesstimulering i vården (8) eller kombinera fysiska och psykiska stimuli (4) (se tabell 4).

I artiklarna antingen utvärderas eller undersöks effekten av sinnesstimulering för personer med demenssjukdom. Även effekten för anhöriga och vårdpersonal behandlas i sju av artiklarna (1, 2, 3, 5, 6, 7, 8). I fem av artiklarna (1, 2, 3, 6, 8) studeras effekten på beteende och sinnesstämning, varav det i tre av dem (1, 2, 3) också studeras på agitation eller kognition. I en artikel (4) studeras sinnesstämning, kognition, glädje och delaktighet, i en artikel (5) studeras reaktioner på utrustning i sinnesstimuleringsrum och i en artikel (7) studeras beteende och kommunikation (se tabell 4).

Tabell 4. *Artiklarnas benämning på sinnesstimulering, forskningsområden och studerad effekt hos försökspersonerna*

Art.nr	Benämning på sinnesstimulering	Forskningsområde	Studerad effekt hos försökspersonerna
1 (2*)	Snoezelen = MSE (rum)	Jmf med reminiscens	Sinnesstämning och beteende, agitation
2 (2*)	MSS (tidigare Snoezelen)	Jmf med aktivitetsgrupp	Beteende och sinnesstämning, kognition
3 (2*)	MSS (tidigare Snoezelen)	Jmf med aktivitetsgrupp	Beteende och sinnesstämning, kognition
4 (3*)	MS träningsprogram (MSS)	Kombinerar fysik och kognition, berättande, bildspråk, musik	Sinnesstämning, kognition (glädje och delaktighet)
5 (4*)	MSE (Snoezelen-rum)	Utveckla användandet av rum	Beteende, negativ och positiv respons
6 (2*)	MSS (= Snoezelen)	Jmf med vanlig omvårdnad	Beteende och sinnesstämning
7 (4*)	MSE	I hemmen	Beteende, kommunikation
8 (2*)	Snoezelen (MSS)	Integrerat i omvårdnaden	Beteende och sinnesstämning

Artikelnummer från bilaga 1 * = skattad nivå i Holms evidenshierarki

Forskarna skriver i sina artiklar att undersökningarna har litet underlag och samtliga föreslår fortsatt forskning med större underlag för att erhålla resultat med större evidens. Antalet undersökningsspersoner varierar mellan 10 och 136 stycken i artiklarna, med ett medeltal på 50.

5.2 BEGREPPET SINNESSTIMULERING

Alla artiklarna har olika terminologi för sinnesstimulering; snoezelen, MSS eller MSE. Definitionerna för dessa begrepp liknar varandra och sammanfaller till stora delar. Två huvudkategorier kan utläsas, att det är ett rum för sinnesstimulering (1, 2, 3, 5, 6, 7) respektive att det är ett synsätt (4, 8).

- *Sinnesstimulering som rum*: Specialdesignade rum eller miljöer, innehållande syn, hörsel, lukt och känselstimulation genom ljus, musik, aromer och taktila objekt. Syftet är att stimulera de primära sinnen för att åstadkomma behagliga erfarenheter, vilket ska ske i en atmosfär av tillit och avspändhet utan krav på intellektuell aktivitet.

- *Sinnesstimulering som synsätt*: En process och/eller ett synsätt, som om processen är känd kan appliceras kreativt i omsorgsarbetet. En strategi med syfte att främja mer lämpligt beteende och att underlätta kommunikation. Avsikten är att stimulera sinnen ostrukturerat i en atmosfär av tillit, värme och förtroende. En åtgärd i vårdmiljön för att skapa en känsla av lugn hos personen med demenssjukdom.

5.3 SINNESSTIMULERANDE AKTIVITETER

De sinnesstimulerande aktiviteterna beskrivs med att de har tyngdpunkt på de primära sinnen. Det är ostrukturerade aktiviteter som sker spontant, kravlöst och utan direktiv. Sex av artiklarna (1, 2, 3, 5, 6, 7) beskriver ett specialdesignat rum, kallat för snoezelen-rum eller MSE-rum. Utrustningen i dessa rum är material som stimulerar syn, hörsel, lukt och känsel såsom en vattentub med rörliga bubblor, fiberoptik som ger rörliga mönster på väggarna, mjuka bollar, en fläkt som ger en bris, musikanläggning och doftsprejer. Det finns tyger av olika slag att känna på, kontraster som varm/kall och hård/mjuk och det finns vilstolar, böcker och filtar i rummen.

En artikel (4) beskriver de sinnesstimulerande aktiviteterna som att göra rörelserna, höra musiken och känna in historien som berättas. En annan artikel (8) beskriver en snoezelen-metod med de sinnesstimulerande aktiviteterna integrerade i vården, t ex. genom att patienterna får sova när de vill och göra saker i sin egen takt. Detta ska ske genom att man ändrar på organisationsnivå, investerar i snoezelen-material och anpassar dagliga scheman, aktiviteter, procedurer och tillvägagångssätt.

5.4 ARBETSMETODER

Artiklarna 1, 2, 3, 4, 6, 7 och 8 behandlar olika arbetsmetoder i studierna för att studera dess effekt i förhållande till Snoezelen, MSS eller MSE. De olika arbetsmetoderna beskrivs endast kortfattat. Reminiscens (1) beskrivs som en accepterad och lämplig metod för personer med demenssjukdom. Aktivitetsgrupp (2, 3) såsom kortspel, titta på foto och frågesport, beskrivs som en metod som används frekvent för personer med demenssjukdom och som har visat sig ha värde och validitet. Aktivering delar många grunddrag med MSS, men har som avsikt att fokusera på en uppgift.

Andra metoder är *Care at usual* (6), som är traditionell vård och omsorg samt integrerad snoezelen (8), som avser sinnesstimulering integrerad i vård och omsorg. En artikel (7) behandlar MSE som en metod i anhörigvård och en artikel (4) handlar om fysisk träning, kognitiv stimulering, berättande, bildspråk och musik. Berättande beskrivs som en process som stimulerar engagemang och delaktighet samt frammanar stimulation och användande av sinnen, vilket stärker den personliga identiteten och ökar uppmärksamheten. Bildspråk är en process för att stimulera

användandet av sinnen och utveckla personligheten genom att väcka gamla minnen och bilder.

5.5 VÄLBEFINNANDE

Ett ökat välbefinnande observeras hos personerna med demenssjukdom som en effekt av de sinnesstimulerande åtgärderna i alla artiklarna, även om resultaten inte är signifikanta. Välbefinnandet hos försökspersonerna beskrivs med olika termer. Fyra olika kategorier har identifierats för hur välbefinnande har beskrivits i artiklarna och dessa är effekten hos försökspersonerna, effekten på samspelet, effekten på livskvalitet och effekten i allmänna uttryck.

- *Effekt hos försökspersonerna.* I den första kategorin finns de uttryck som beskriver effekten i direkta termer: mer lycka, ökad belåtenhet, vänlighet, visar intresse, mindre rastlöshet, lugnare (1, 2, 3, 4, 5, 7, 8).

- *Samspel.* Här återfinns uttryck som visar på samspelet mellan försökspersonerna och anhöriga och/eller personal: gladare interaktion, känsla av samhörighet, djupare kommunikation, avslappnad atmosfär (2, 3, 7, 8).

- *Livskvalitet.* I denna kategori uttrycks effekten av sinnesstimulering som ökad livskvalitet och kvalitetstid (1, 2, 3, 4, 5, 7, 8).

- *Allmänna uttryck.* Fjärde kategorin innehåller uttryck som beskriver effekten i allmänna termer: bättre beteende, positiva förändringar, positiv respons, positiv effekt på sinnesstämning, avslappnande effekt (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8).

5.6. KONKLUSION AV ARTIKLARNAS RESULTAT

Studierna i de studerade artiklarna visar att arbetsmetoder innehållande sinnesstimulerande aktiviteter ger positiva effekter på beteende och sinnesstämning för personer med demenssjukdom. Personerna får bl.a. ett mer normalt tal, blir mer initiativrika och verkar mer avslappnade (1, 2, 3, 4, 5, 7, 8). Försökspersonerna uppvisar större glädje, lycka och belåtenhet (1, 2, 3, 4, 5, 7, 8) och det skapas bättre relationer och kommunikation med dem (2, 3, 5, 7, 8). Effekterna av de sinnesstimulerande aktiviteterna är omedelbara och kortvariga men de kan också hållas kvar över en längre tid om interventionerna fortsätter (1, 3, 5, 6). Det finns stora individuella skillnader för hur personerna med demenssjukdom reagerar på interventionerna (1). Effekten av arbetsmetoderna är också avhängigt av i vilken fas av sjukdomen som personen befinner sig (1, 2, 3). Kognitiva funktioner och minne är svårare att påverka än beteenden som agitation, rastlöshet och apati (2, 5, 8).

En sammanställning av de inkluderade artiklarnas syften, metoder, resultat och diskussioner redovisas i bilaga 2.

5. 7 ANALYS UTIFRÅN THE MODEL OF HUMAN OCCUPATION

5.7.1 Vilja

I de studerade artiklarna beskrivs hur försökspersonerna visar sitt intresse för de sinnesstimulerande aktiviteterna. Artikel 1 beskriver att snoezelen erbjuder många aktivitetsval som är lämpliga för personer med demenssjukdom och att snoezelen möjliggör att personen får göra vad den vill. I artikel 3 menas att en person med demenssjukdom fordrar lämplig stimulans och att detta tillgodoses med MSS som en del i omsorgen. En annan artikel (7) beskriver att försökspersonerna visar en nyfikenhet på utrustningen i ett MSE-rum, att de visar ett intresse av att interagera med den och att anhöriga rapporterar att personerna med demenssjukdom visar större motivation och mer delaktighet när de ges tillräckligt med tid i MSE-rummet.

Försökspersonernas värderingar framgår i artiklarna. Ord som beskriver att försökspersonerna visar en positiv respons är glädje, lycka och belåtenhet. En artikel (5) ger exempel på kommentarer från försökspersonerna som "o vad bra" och "det är underbart".

Artikel 4 handlar om att öka försökspersonernas engagemang och motivationen och att ta hänsyn till deras mål. Berättande bygger upp den personliga identiteten och stärker personliga åsikter, vilket möjliggör en större förståelse för sitt personliga sammanhang. Bilder skapar en process som utvecklar personen och dennes känslor.

Artikel 8 behandlar snoezelens möjligheter att införliva personliga omständigheter som livsstil, önskemål, behov och kulturella olikheter för att åstadkomma eller upprätthålla en känsla av välbefinnande. I artikeln skrivs att snoezelen har en god effekt på det behov som personen med demenssjukdom har av att upprätthålla sin värdighet. Samtliga artiklar, utom en (artikel 6), nämner begrepp som livskvalitet och välbefinnande.

5.7.2 Vänjande

Roller behandlas i artikel 7, som beskriver vårdgivarrollen som mer positiv och värdefull när anhöriga har tillgång till MSE och att anhöriga då lättare kan känna sig behövda och nyttiga för personen med demenssjukdom.

I en artikel (3) skrivs om att skapa vanor genom att hitta en lämplig stimulans som kan ges regelbundet i omsorgen om personer med demenssjukdom. I en annan artikel (8) studeras morgonrutinerna i vården, hur försökspersonerna utför morgonsysslorna och hur de kan utvecklas till en vana för personerna.

5.7.3 Utförandekapacitet

Aktivitetsförmågan är nedsatt hos personer med demenssjukdom och i artikel 7 beskrivs att de kognitiva nedsättningarna medför att det är svårt för personerna att delta i aktiviteter som innehåller någon form av kognitiva processer exempelvis frågelekar och sällskapsspel.

Samtliga artiklar behandlar effekter på beteende och/eller sinnesstämning hos försökspersonerna, såsom en lugnande effekt på agitation, spontanare tal, lättare att ta initiativ och att roa sig.

Personer med demenssjukdom har en försämrad uppfattning av sensoriska stimuli, vilket gör att normala stimuli uppfattas som förvirrande. I en artikel (3) beskrivs att MSS medför att försökspersonerna är mer alerta och uppmärksamma gällande olika objekt i omgivningen och att sinnesstimulerade aktiviteter medför förbättringar på en praktisk nivå för försökspersonerna.

I artikel 4 menas att ökad fysisk aktivitet är korrelerad till funktionell förbättring och att det är nödvändigt att skapa träningsprogram som ökar hälsan för personer med demenssjukdom. Resultaten på den funktionella förmågan är beroende av dessa programs varaktighet och individernas delaktighet i aktiviteterna.

5.7.4 Miljö

Alla åtta artiklarna behandlar miljön, både den fysiska och den sociala miljön. Hur forskarna i de olika artiklarna behandlar begreppet miljö kopplat till begreppen i den arbetsterapeutiska modellen MoHO redovisas i en sammanställning i bilaga 3.

- *Fysisk miljö*. De studerade artiklarna beskriver att sinnesstimulering sker i ett speciellt rum och/eller integrerat i hemmet/vårdboendet. En artikel (2) beskriver MSS både i ett rum, i hemmen och på vårdavdelningarna och en artikel (6) beskriver MSS integrerat i omsorgen under hela dygnet. Gemensamt för artiklarna är att miljön bör innehålla engagerande attribut, såsom ljus, dofter, musik och föremål att vidröra. Miljön ska vara anpassad och rik på bra och meningsfulla stimuli som både lockar till engagemang och främjar avslappning. I två artiklar (3, 6) behandlas speciellt vikten av att miljön ger personerna med demenssjukdom tillräckliga och meningsfulla sinnesintryck.

I fyra av artiklarna (1, 5, 6, 7) beskrivs mer om det rum där sinnesstimulering ska äga rum. Det är enligt artikel 1 ett engagerande rum där personerna med demenssjukdomar kan upptäcka omgivningen. I artikel 5 anses att utvecklandet av MSE-miljöer är nödvändigt eftersom det främjar avslappning och stimulering. I artikel 6 skrivs att MSS sker i ett specifikt designat rum och i artikel 7 beskrivs MSE som ett specialdesignat rum eller miljö med ljus, musik, dofter och taktila objekt.

- *Social miljö*. Alla artiklar behandlar att sinnesstimulering är beroende av personals och/eller anhörigas uppträdande och bemötande. Goda relationer och personer som är välkända för personen med demenssjukdom skapar en god atmosfär och bidrar till minskad stress. Enligt artikel 1 är det positivt för den sociala miljön om samma personal kan närvara och i artikel 2 skrivs att personal som arbetar enskilt med personen med demenssjukdom skapar en bra atmosfär. I artikel 3 betonas hur viktigt det är med goda relationer och med välkänd personal och att en god social miljö verkar avslappnande.

Personal i demensomsorgen och anhöriga till personer med demenssjukdom vilka visar inlevelse, är följsamma, lyssnande och empatiska medverkar till goda relationer och bättre interaktion. Det är enligt artikel 5 viktigt att personalen har en tillåtande

inställning och visar lyhördhet, flexibilitet och personlig värme, vilket underlättar kommunikationen. I artikel 8 skrivs att ett personorienterat synsätt, personalens uppträdande och ett kontinuerligt behandlingsprogram bidrar till att skapa en god social miljö.

En artikel (7) handlar om hur MSE påverkar samhörighet och bidrar till en positiv atmosfär mellan personen med demenssjukdom och dennes anhörige, vilket ger en bättre interaktion, avslappnad stämning och är positivt för familjens relationer. I två artiklar (1, 8) skrivs om snoezelens påverkan på personalen och vad som krävs av dem. Artikel 1 visar att snoezelen kan minska den stress personalen kan uppleva medan artikel 8 behandlar att det fordras att personalen besitter skicklighet och kunskaper för att lyckas med att applicera snoezelen i vården.

Två artiklar (4, 8) behandlar hur personalen kan påverka livskvaliteten för personerna med demenssjukdom. Enligt artikel 4 kan personal anpassa miljön samt använda kommunikation och socialisering för att ge kvalitet i vården. I artikel 8 beskrivs att personalen är viktig för att främja livskvaliteten för personer med demenssjukdom.

6. DISKUSSION

6.1 METODDISKUSSION

Ämnesområdet för denna uppsats har valts utifrån författarens intresse av att lära mer om sinnesstimulerande aktiviteter och avsikten med den har varit att skaffa mer kunskap om forskningen kring arbetsmetoder och sinnesstimulering inom demensomsorgen. För att på bästa sätt svara mot syftet föll valet på ett naturligt sätt på att genomföra en litteraturstudie, vilket har givit författaren möjlighet att kartlägga och granska den forskning som finns inom området samt hämta in kunskaper från forskningens grundkälla. Det finns bra metodböcker som handlar om att genomföra en litteraturstudie och dessa har givit ett bra stöd. Personliga tyckanden och hur man själv väljer ges det utrymme för enligt Forsberg och Wengström (2008) och Friberg (2006), vilket har givit inspiration i arbetet med uppsatsen.

Den förberedande litteraturgenomgången var omfattande och kändes välbehövlig för att öka kunskapen om sinnesstimulering, sinnesstimulerande aktiviteter och arbetsmetoder. Valet att enligt Friberg (2006) använda en tratt som en metafor i avgränsningsprocessen var positivt för att få hjälp med att sätta fokus på det väsentliga och identifiera problemet och formulera syftet. Utan det tänkesättet hade arbetet med problemformuleringen förmodligen försvårats.

Att läsa alla texterna gav en bra hjälp att lära känna intresseområdet samt att förstå och organisera begrepp. Enligt Friberg (2006) är en problemformulering inför en litteraturstudie mer styrande än inför en empirisk studie, den är en varudeklaration om vad studien kommer att handla om. Denna förberedande studie av litteraturen för att fånga problemområdet bedöms ha varit värdefull, men fick dock begränsas för att inte ta för mycket utrymme i anspråk i förhållande till hela studien. Detta kan ha påverkat författarens förkunskap.

I en litteraturstudie är det texter som är det material som ska analyseras för att svara på syftet (Friberg, 2006). Valet att använda texter i form av vetenskapliga artiklar hämtade ur granskade tidskrifter anser författaren vara det enda möjliga tillvägagångssättet för att kunna uppfylla syftet med studien, som var att undersöka hur sinnesstimulering beskrivs i vetenskaplig litteratur.

Författaren hade kontakt med en bibliotekarie vilket gav ökad kunskap om sökprocessen. Detta var en styrka i arbetet med att välja sökord och göra urvalet av artiklar. Sökorden vid sökningen hämtades ur MeSH, vilket är ett elektroniskt verktyg för att översätta termer från svenska till engelska. Sökordet *sensory stimulation* gav träffar även för snoezelen. I det svenska språket i allmänhet uppfattas, enligt författarens mening, sinnesstimulering som ett vidare begrepp innefattande stimulering av våra sinnen på många andra olika sätt förutom snoezelen. Författaren gjorde valet att fortsätta att använda MeSH-termen i studien och att studera området sinnesstimulering och snoezelen. Det valet innebar att problemområdet begränsades och att studien blev mer inriktad mot personer med svårare demenssymptom. Det torde ses som positivt med denna begränsning för att studien då blir mer fokuserad när området är snävare.

En första avgränsning av artiklar sker vid val av inklusions- och exklusionskriterier (Friberg, 2006). En avgränsning i början av sökandet gjordes med att artiklarna inte skulle vara äldre än tio år. Det visade sig finnas ett relativt litet antal forskningsartiklar om sinnesstimulerande aktiviteter för personer med demenssjukdomar och urvalet av artiklar blev litet. Enligt Forsberg och Wengström (2008) är det en förutsättning att det finns tillräckligt många studier som underlag till en litteraturstudie. Författaren valde att utöka tidsgränsen med tre år. Detta innebar att flera artiklar kunde granskas gentemot de övriga kriterierna som satts upp, vilket möjliggjorde att få tillräckligt antal artiklar av en god kvalitet och som täckte det område som skulle undersökas. För att välja ut artiklarna lästes titlar och även abstrakt i de fall då det uppstod tveksamhet om artikelns inriktning. Processen att välja ut relevanta texter var tidsödande men författaren bedömer att tillvägagångssättet var nödvändigt för att finna bra artiklar till uppsatsen. Med en större kunskap om de olika databasernas olika söksystem hade processen underlättats.

En andra avgränsning av artiklar till litteraturstudien skedde vid kvalitetsgranskningen av dem (Friberg, 2006). Artiklarna värderades utifrån om de var fullvärdiga artiklar och hade en vetenskaplig design och de som inte klarade dessa kriterier valdes bort. Artiklarna granskades också mot review-artiklar, för att se om de valts ut i dessa och för att därigenom få hjälp att avgöra att artikeln har kvalitet och status. Chung och Lai (2009) har i sin litteraturstudie hittat desamma artiklar, och författaren anser att detta är ett stöd i att urvalet är bra.

Åtta artiklar valdes ut att ingå i studien (bilaga 1). Dessa artiklar anses vara relevanta för studien och de ger ett perspektiv på forskningen under de senaste åren. De valda artiklarna återfinns i många av databaserna (tabell 2). De har också testats i databasen Scopus' *Cited by*, för att kontrollera deras citeringar i andra artiklar, vilket gav ett resultat som visar att de valda artiklarna har ett gott renommé. Dessutom granskades artiklarnas vetenskapliga nivå och deras evidensnivå bedömdes för att sedan placeras in i Holms evidenshierarki (tabell 3). Alla dessa åtgärder tillsammans

anser författaren vara kriterier för att artiklarna har en god kvalitet, vilket de enligt Forsberg och Wengström (2008) ska ha.

En systematisk litteraturstudie ska svara på en tydligt formulerad fråga genom att identifiera, välja, värdera och analysera relevant forskning (Forsberg & Wengström, 2008). Flera åtgärder har vidtagits för att granska litteraturen. Det kan vara författarens osäkerhet som gjort att det ansetts nödvändigt med så många olika granskningar för att lita på att studierna är av bra kvalitet och har bästa bevisvärde. Utan granskningen av de utvalda artiklarna hade resultatet av studien varit mindre generaliserbart.

Analysförfarandet redovisades så att läsaren ska få en förståelse för tankegångarna. Här kan författaren själv välja ett lämpligt sätt enligt Forsberg och Wengström (2008) och Friberg (2006). Författaren valde att arbeta fram lämpliga frågeställningar till artiklarna och resultatet av analysen redovisas i rubriker utifrån frågorna. Författaren valde detta sätt för att det ger en god överblick i texten över hur analysförfarandet gått till och vilka resultat analysen gav. Detta enligt Forsberg och Wengström (2008) som skriver att det underlättar för läsaren med en tydlig struktur.

Slutligen valde författaren att använda begreppen i MoHO (Kielhofner, 2008) för att analysera artiklarnas texter utifrån arbetsterapeutisk teori. Valet att analysera materialet med arbetsterapeutiska begrepp som grund visade sig ge en bild av att dessa begrepp är väldigt centrala i omsorgen om personer med demenssjukdom. Metoden fungerade bra och det hittades material till alla fyra begreppen. Författaren anser att analysen av textmaterialet enligt MoHO:s begrepp gav ytterligare en dimension till uppsatsen och bidrog till att belysa den arbetsterapeutiska begreppsfären. Enligt Forsberg och Wengström (2008) är undersökningsfältet i en litteraturstudie tidigare dokumenterad kunskap och syftet är att sammanföra data till ny kunskap. För läsare med liten kunskap om arbetsterapi och dess begrepp antas detta kunna ge ny information.

6.1.1 Etiska frågeställningar.

De analyserade artiklarna är alla publicerade i granskade tidskrifter. Författaren har valt att studera granskade artiklar för att möta de etiska kraven enligt Forsberg och Wengström (2008), vilka är att studierna ska vara etiskt korrekta och följa forskningsetiska principer.

En annan etisk aspekt är att det ofta kommer upp etiska frågor att ta ställning till i arbetet med personer med demensproblematik. Eftersom sjukdomen medför ett försämrat minne och bristande möjligheter till logiskt tänkande, innebär det att problem av etisk karaktär uppstår. Personen med demenssjukdom saknar ofta sjukdomsinsikt, vilket gör att de etiska ställningstagandena blir ännu svårare att göra, för att inte kränka personens integritet. Författaren vill trycka på vikten av att ständigt hålla den etiska diskussionen levande i det dagliga arbetet. Arbetsterapeuternas etiska kod (FSA, 2005) är exempel på ett hjälpmedel att använda.

6.2 RESULTATDISKUSSION

6.2.1 Aktuella begrepp

Författaren har funnit att när forskarna beskriver *sensory stimulation*, sinnesstimulering, menas snoezelen eller med snoezelen likvärdiga sinnesstimuleringsmetoder. Dessa kallas multi-sensory environment (MSE) eller multi-sensory stimulation (MSS) i de forskningsartiklar som har studerats. SBU (2006) definierar snoezelen som sensorisk stimulering av flera sinnen och multisensorisk stimulering definieras som samtidig stimulering av flera sinnen. Jönsson (1999) skriver, att med sinnesstimulering inom snoezelen menas stimulering av de primära sinnen. Resultatet av analysen av artiklarna visar att de sinnesstimulerande aktiviteterna beskrivs med att de har tyngdpunkt på stimulering av de primära sinnen och att det är aktiviteter som sker spontant, kravlöst och utan struktur eller direktiv och det är utgångspunkten som forskarna har haft i sina studier.

Författaren har erfarit att begreppen kring arbetsmetoder, sinnesstimulering och sinnesstimulerande aktiviteter är besvärliga att särskilja och de beskrivs inte heller i någon litteratur som författaren har funnit inom ramen för denna uppsats. Författaren definierar arbetsmetod som en metod som används för att nå ett visst resultat och målet med interventionen. Sinnesstimuleringsmetod definierar författaren som en arbetsmetod som innehåller moment som ger stimulering av sinnen och med sinnesstimulerande aktiviteter avses de aktiviteter som ger sinnesstimulering.

6.2.2 Sinnesstimulering som rum och som synsätt.

Författaren har funnit att forskarna i de analyserade artiklarna ser på sinnesstimulering på två olika sätt, dels som aktiviteter i ett rum, dels som aktiviteter integrerade i demensomsorgen. Även Chung och Lai (2009) har i sin litteraturstudie identifierat att det finns två former av snoezelen för personer med demenssjukdom, det konventionella sessionsbaserade programmet och snoezelen integrerad i vård och omsorg. Socialstyrelsen (2009) skriver att snoezelen vanligen sker i ett särskilt inrett rum, att det sker individuellt eller i grupp och på schemalagda tider eller att det utförs integrerat i dagliga livet. Integrerad snoezelen tilltalar författaren. Då finns det möjlighet att vara flexibel i omvårdnadsarbetet och använda kunskap från snoezelen direkt i vardagen på boendet eller i hemmet. Chung och Lai (2009) anser dock att det är att frångå kärnan i snoezelen när man arbetar för en integrerad snoezelen. Kärnan i snoezelen är enligt dem att arbeta enskilt med individen i ett sinnesstimuleringsrum. Jönsson (1999) skriver att snoezelen består av mellanmänniska relationer, stimulering av de primära sinnen och genomtänkta formgivna miljöer och produkter. Vidare skriver han att snoezelen gör det möjligt att befrämja kommunikation och delaktighet, minska stress, skapa känslor av egenvärde, öka uppmärksamheten och koncentrationsförmågan. Resultatet av denna uppsats stärker författarens åsikt att sinnesstimulering lämpligen sker integrerat under hela dygnet och att tyngdpunkten bör ligga på att använda snoezelen som ett synsätt att arbeta efter. Chung och Lai (2009) skriver att styrkan med integrerad snoezelen är att det främjar en vårdkultur som bygger på principerna för multi-sensorisk stimulering av personer med demenssjukdom.

Arbetsmetoden snoezelen har som syfte att minska problematiskt beteende och att

främja önskvärt beteende samt att öka interaktionen och kommunikationen med andra. Avsikten är att skapa ett välbefinnande för personen med demenssjukdom i en lugn och avslappnad miljö där denne kan använda sina sensoriska förmågor (Socialstyrelsen, 2009). Enligt författarens erfarenhet gör både omvårdnadspersonal och anhöriga ett mycket bra omvårdnadsarbete utifrån erfarenhet och kunskap om av vad som brukar fungera i en viss situation genom att prova vilken metod som fungerar bäst för den enskilda individen i den specifika situationen. Författarens erfarenhet är att kunskapen om snoezelen inte är allmänt känd. Målet med de aktiviteter som väljs i omvårdnaden om personen med demenssymptom syftar dock till att skapa en bra och meningsfull dag, att öka välbefinnandet och öka möjligheten till kontakt.

Författaren har funnit att forskarna i de analyserade artiklarna betonar miljöns betydelse, både den sociala och den fysiska. I den arbetsterapeutiska modellen MoHO (Kielhofner, 2008) läggs också ett fokus på miljöns betydelse för aktivitetsutförandet. All aktivitet sker i en komplex och mångfacetterad omgivning, utförandet influeras av och ges en mening av den fysiska, sociala och kulturella kontexten. Den omgivande miljön kan underlätta eller motverka den enskilda individens möjligheter till aktivitetsutförande. Författarens erfarenhet stämmer med de resultat som studien visar och med det MoHO anför om den omgivande miljöns betydelse. Det bemötande som ges gentemot personen med demenssjukdom är avgörande för vilken kontakt som skapas. Det finns mycket som kan förändras i den fysiska miljön för att det ska vara så bra som möjligt för den enskilda individen. Den fysiska miljön kan anpassas på olika sätt för att underlätta för en person med demenssjukdom, t.ex. med bra belysning och gamla välkända möbler, med namnskyltar och färgsättning för att underlätta orientering och genom att undvika snubbelrisker (Armanius Björling m fl., 2004).

SBU (2007) beskriver att praktiska aktiviteter kan förbättras exempelvis med insatser vid hygienbestyren på morgonen och förändringar vid måltiderna. Den sociala miljön är viktig för delaktighet och kommunikation. Har personalen och anhöriga ett bra bemötande bidrar det till att skapa goda relationer, trygghet och samhörighet. Betydelsen av aktivitet och av delaktighet i livssituationen betonas enligt ICF och detta påverkas av hur både den fysiska och sociala miljön ser ut (Socialstyrelsen, 2003). Även resultatet av denna uppsats visar att omgivningen är en enhet som påverkar hur personen med demenssjukdom fungerar.

6.2.3 Välbefinnande och kvalitetstid

Forskarna i artiklarna har studerat effekten hos försökspersonerna av de sinnesstimulerande aktiviteterna. Det de har studerat är förändringar i beteende och sinnesstämning. Resultaten säger att försökspersonerna är gladare, mer tillfreds, lyckligare och verkar mer avslappnade. Forskarna har dock inte kunnat vetenskapligt bevisa att de sinnesstimulerande interventionerna ger en god effekt för personerna med demenssjukdom. De har konstaterat en effekt på beteende och sinnesstämning av andra arbetsmetoder också. Även SBU (2007) skriver om insatser för att ge glädje och välbehag och drar slutsatsen att både sinnesstimulering och aktivitetsgrupp kan ge samma positiva effekter. Författaren drar slutsatsen att det kan vara så, att det är det att en intervention utförs, som ger en positiv effekt. Författaren vill betona vikten av att verkligen använda den kunskap som finns om hur betydelsefullt det är med

sinnenstimulering och aktiviteter för att öka välbefinnandet för personer med demenssjukdom. SBU (2007) skriver vidare att det ännu inte finns tillräckliga vetenskapliga bevis för att med säkerhet avgöra att en viss insats brukar ha önskad effekt men att detta inte ska tolkas som att insatserna inte alls har effekt.

Vid analysen av texterna framkom fyra kategorier rörande hur forskarna har beskrivit välbefinnandet, som effekter hos försökspersonerna, som effekter på samspel, som livskvalitet och som allmänna effekter. I sju av de analyserade artiklarna skrivs om livskvalitet och välbefinnande och även begreppet kvalitetstid förekommer. Livskvalitet är en subjektiv upplevelse hos den enskilda individen, men det är dock ett svårt begrepp att använda vid omsorgen om personer med demenssjukdom, eftersom personen själv inte klarar av att uttrycka och genomföra sin innersta vilja. Däremot kan välbefinnandet lättare bedömas genom att läsa av hur personen ser ut att må genom att studera och observera denne. Med kvalitetstid menas att tiden utnyttjas till en stunds bra samvaro med personen för att förbättra kontakten och uppleva gemenskap. Finnema et al (2000) skriver att snoezelen är en individorienterad aktivitet och MoHO (Kielhofner, 2008) betonar individinriktade interventioner. Författaren drar slutsatsen att det är betydelsefullt att ta till vara de små naturliga stunderna till enskild samvaro med en person med demenssymptom. Socialstyrelsen (2009) betonar också betydelsen av individuellt anpassade aktiviteter som kan ge avkoppling och välbefinnande.

Människan kan påverka sitt välbefinnande genom aktivitet och handling samtidigt som en balans mellan aktivitet och vila är viktigt för människans hälsa (FSA, 2005). En person med demenssjukdom som upplever en oförmåga att utföra de aktiviteter som är betydelsefulla, kan få försämrad självkänsla och behöver då stöd med aktiviteter som stärker självkänslan och ger välbefinnande. Personer med svår demenssjukdom har ofta aktivitetsproblem och svårighet att vara delaktiga i sin livssituation och behöver stöd för sitt välbefinnande (Kielhofner, 2008). Exempelvis kan en person vara initiativlös och behöva hjälp med att hitta en stimulerande aktivitet, medan en annan person kan vara orolig och vandra av och an och behöva stöd i form av en lugnande aktivitet. Detta stöder att det är viktigt att arbeta individuellt med varje person utifrån dennes perspektiv, vilket socialstyrelsen (2009) också framför.

6.2.4 Implementering av sinnesstimulerande aktiviteter

Den personcentrerade omvårdnaden har prioritet 1 enligt socialstyrelsens rekommendationer. Det innebär att behålla och bevara individens personlighet och att sträva efter att förstå vad som är bäst för individen utifrån dennes perspektiv (Socialstyrelsen, 2009). MoHO (Kielhofner, 2008) är en klientcentrerad modell som fokuserar på individen och individens perspektiv. Individens delaktighet betonas och interventionerna bygger på individens intresse och motivation. I en arbetsterapeutisk intervention används individuellt anpassade aktiviteter.

Även dagliga aktiviteter har prioritet 1 enligt socialstyrelsen (2009). Personer med demenssjukdom ska erbjudas möjlighet att delta i individuellt anpassade aktiviteter och fysisk aktivitet. Socialstyrelsen menar att personens försämrade förmåga att utföra olika aktiviteter i det dagliga livet leder till initiativlöshet och passivitet och detta kan motverkas genom att personen får möjlighet att delta i hushållssysslor,

utomhusvistelse, underhållning, musik och dans. Fördelarna med dessa aktiviteter är att de stärker självkänslan, stimulerar sinnen och ger avkoppling och välbefinnande. I den arbetsterapeutiska modellen MoHO är det främst begreppet *volition*, vilket innefattar människans värderingar, intressen och självuppfattning, som är betydelsefullt i samband med omsorgen om personer med demenssjukdom (Kielhofner, 2008). Det är viktigt att bekräfta och förstärka personens identitetskänsla och självuppfattning (SBU, 2007). Det kan ske med hjälp av minnesväckare för att återuppliva minnen och genom att bekräfta de känslor som uttrycks (Finnema et al, 2000).

Det finns flera arbetsmetoder att använda som innehåller sinnesstimulerande aktiviteter. Verkaik, van Weert & Francke (2005) skriver att icke-kognitiva metoder verkar ge de bästa resultaten och enligt Socialstyrelsen (2009) ska sinnesstimulering ske i en miljö som inte ställer så stora krav på uppmärksamhet och intellektuell förmåga. SBU (2006) menar att både multisensorisk stimulering, reminiscens, musik, beteendeterapi och beteendeterapi i kombination med fysisk aktivitet ger förbättring av livskvalitet och välbefinnande.

Personer med BPSD ska erbjudas personorienterade omvårdnadsinsatser och anpassning av vårdmiljön och endast i undantagsfall ska läkemedel prövas, enligt Socialstyrelsen (2009). Att använda snoezelen bedöms till prioritet 8 enligt rekommendationerna från Socialstyrelsen (2009). Även reminiscens, validation och realitetsorientering får prioritet 8 och massage och aromaterapi får prioritet 6 till personer med svår demenssjukdom. Chung och Lai (2009) drar slutsatsen att det finns ingen evidens för effektiviteten med snoezelen för personer med demenssjukdom och att det inte heller finns någon nytta med integrerad snoezelen i de dagliga omsorgsrutinerna. Verkaik et al (2005) däremot har funnit att det finns viss evidens för att sinnesstimulering i ett specialdesignat rum reducerar apati för personer med demenssjukdom i den senare fasen av sjukdomen. Enligt SBU (2006) kan beteendemässiga symptom reduceras genom patientfokuserad träning av färdigheter, musik, beröring, handmassage och individualiserad morgontoalett. Detta visar att forskarna har kommit fram till olika slutsatser. Författarens har funnit att det är viktigt att använda den kunskap som finns om betydelsen av aktiviteter och att är viktigt att tillgodose behovet av individuella sinnesstimulerande aktiviteter i vardagen.

“En hemlik, anpassad och berikad fysisk miljö kan bidra till att underlätta orientering, ökad interaktion, minskad oro och agitation samt ökat välbefinnande” (Socialstyrelsen, 2009, sid.38). Socialstyrelsen (2009) rekommenderar ett småskaligt boende specifikt anpassat för personer med demenssjukdom och att boendet ska vara personligt utformat, hemlikt och ha en berikad miljö. Den psykosociala boendemiljön ska kännetecknas av trygghet och ge möjlighet för personen med demenssjukdom att få ett meningsfullt innehåll i dagen. Författaren anser att det inom ramen för Socialstyrelsens rekommendationer finns ett utrymme för att använda kunskaperna kring integrerad snoezelen och sinnesstimulerande aktiviteter, genom att lägga fokus på aktiviteter som inte ställer för stora krav.

Författaren till denna studie drar slutsatsen att sinnesstimulerande aktiviteter är en möjlig väg att öka välbefinnandet hos en person med demenssjukdom och att öka kontakten med denne. Sinnesstimulering kan öka välbefinnandet genom en positiv

stimulans av alla fem sinnen (Verkaik et al, 2005). En vanlig daglig aktivitet ger många olika stimuli till sinnen. I de flesta aktiviteter hittas något till varje sinne. Författaren menar, att sinnesstimulering i vardagsaktiviteter och i den vanliga miljön där personen vistas dagligen, är ett bra sätt att ge sinnesstimulering till personer med demenssjukdom.

6.3 SLUTSATS

Syftet med denna studie har varit att undersöka hur sinnesstimulering som aktivitet vid omsorg om personer med demenssjukdom beskrivs i vetenskaplig litteratur, samt att koppla resultatet till arbetsterapeutisk teori. En litteraturstudie har genomförts och författaren anser att syftet har besvarats. Studien ger en bild av hur forskningen kring sinnesstimulering ser ut samt hur artiklarnas innehåll relateras till den arbetsterapeutiska modellen MoHO.

Bevisvärdet på artiklarna i denna studie är generellt sett på en god nivå och forskningsansatserna är varierande. Därmed ger resultatet från studierna, som är beskrivna i de vetenskapliga artiklarna, en bra bild av effekten för försökspersonerna då den har studerats från olika synvinklar. De resultat som forskarna presenterar visar att interventionerna av *sensory stimulation* ger en effekt på försökspersonernas beteende och sinnesstämning, men effekten är inte statistiskt säkerställd. En intervention som ger god effekt för en person kanske saknar effekt för en annan person. De individuella variationerna är stora för vad som passar den enskilde individen i den situation den befinner sig. En miljö med en tillåtande atmosfär och en anpassad omgivning bidrar positivt till individens aktivitetsutförande och välbefinnande. Sinnesstimulerande aktiviteter är aktiviteter som sker ostrukturerat utan krav eller direktiv med syfte att förbättra beteende och sinnesstämning för att öka välbefinnandet hos personer med demenssjukdom. Det kan ske i specialinredda rum eller integrerat i omsorgen. Arbetsterapeutisk teori betonar, enligt modellen MoHO, den enskilda individens motivation och vilja till aktivitet samt den sociala och den fysiska miljöns betydelse.

Forskarna i de studerade artiklarna nämner att det är litet forskat om sinnesstimulering för personer med demenssjukdomar och även de efterlyser mer forskning. Förslag till fortsatt forskning är studier som belyser interventioner med sinnesstimulering. Fler studier efterlyses också inom arbetsterapeutisk forskning som ger mer kunskap om sinnesstimulerande aktiviteter och hur de kan införlivas i praktisk verksamhet.

Författaren har erfaren en skillnad i betydelsen av begreppet sinnesstimulering mellan vad forskningsartiklarna handlar om och författarens uppfattning, att begreppet i svenskan mer avser sinnesstimulering i allmänhet. Detta är något som det skulle vara intressant att forska vidare på och undersöka vad vårdpersonal och personal inom demensomsorgen, lägger för innebörd i begreppet sinnesstimulering.

REFERENSER

(* markerar de artiklar som analyserats i denna studie.)

Ardeby, S. (2005) *Arbeta med beröring och bemötande*. Stockholm; Ambosantus AB.

Armanius Björling, G., Basun, H., Beck-Friis, B., Ekman, S-L., Englund, E., Eriksdotter Jönhagen, M., Gustafson, L., Lannfelt, L., Nygård, L., Sparring Björkstén, K., Terzis, B., Wahlund, L-O. & Wimo, A. (2004) *Om demens. 2:a upplagan*. Stockholm; Liber AB.

* Baillon, S., Van Diepen, E., Prettyman, R., Redman, J., Rooke, N. & Campbell, R. (2004) A comparison of the effects of Snoezelen and reminiscence therapy on the agitated behaviour of patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 19; 1047 - 1052.

* Baker, R., Bell, S., Baker, E., Gibson, S., Holloway, J., Pearce, R., Dowling, Z., Thomas, P., Assey, J. & Wareing, L-A. (2001) A randomized controlled trial of the effects of multi-sensory stimulation (MSS) for the people with dementia. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 81 - 96.

* Baker, R., Holloway, J., Holtkamp, C. C. M., Larsson, A., Hartman, L. C., Pearce, R., Scherman, B., Johansson, S., Thomas, P. W., Wareing, L. A. & Owens, M. (2003) Effects of multi-sensory stimulation for people with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (5), 456 - 477.

Cars, J. & Zander, B. (2007) *Samvaro med dementa. Råd och stöd till anhöriga och personal om bemötande*. Stockholm; Gothia Förlag AB.

Chung, J. C. C. & Lai, C. K. Y. (2009) Snoezelen for dementia (Review) *The Cochrane Collaboration*. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

Dahlenborg, I. (2003) *Trädgård - en möjlighet i all vård*. Demensförbundet. Klippan: Ljungbergs tryckeri.

Ekman, S-L., Eriksdotter Jönhagen, M., Fratiglioni, L., Graff, C., Jansson, W., Robinson, P., Tjernberg, L. & Wahlund L-O. (2007) *Alzheimer*. Karolinska Institutet University Press.

Erikson, Erik H. (2000) *Den fullbordade livscykeln*. 3.e utg. Stockholm; Bokförlaget Natur och Kultur.

Eriksson, H. (2001) *Neuropsykologi. Normalfunktion, demenser och avgränsade hjärnskador*. Stockholm; Liber AB.

Feil, N. (1994) *Validation - Feilmotoden. Hur man hjälper desorienterade äldre-äldre*. Lund; Studentlitteratur.

Finnema, E., Dröes, R-M., Ribbe, M. & van Tilburg, W. (2000) The effects of emotion-oriented approaches in the care for persons suffering from dementia: a review of the literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 15, 141 - 161.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm; Bokförlaget Natur & Kultur.

Friberg, F. (red.); Dahlborg Lyckhage, E.; Segesten, K. & Östlundh, L. (2006) *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund; Studentlitteratur.

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA). (2005) *Etisk kod för arbetsterapeuter*. Stockholm; Globalt Företagstryck AB.

* Heyn, P. (2003) The effect of a multisensory exercise program on engagement, behavior, and selected physiological indexes in persons with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*. 18; 247 - 251.

Holm, M. B. (2000) Our Mandate for the New Millennium: Evidence-Based Practice, 2000 Eleanor Clarke Slagle lecture. *American Journal of Occupational Therapy*, 54, 575 - 585.

* Hope, K. W. (1998) The effects of multisensory environments on older people with dementia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 5, 377 - 385.

Isacs, L. & Wallskär, H. (2004) *Låt minnena leva - En handbok i reminiscensmetoden*. Stockholm; Förlagshuset Gothia AB.

Jönsson, F. (1999) *Sensoriska miljöer, snoezelen och sinnesrum*. Stockholm; Bokförlaget SinnLitt.

Kielhofner, G. (2008) *Model of Human Occupation. Theory and application*. 4th ed. Lippincott Williams & Wilkins.

Kärman, A-C. & Olofsson, L. (2008) *Sinnesstimulering i demensvården*. Stockholm; Gothia Förlag AB.

* Milev, R. V., Kellar, T., McLean, M., Mileva, V., Luthra, V., Thompson, S. & Peever, L. (2008) Multisensory Stimulation for Elderly With Dementia: A 24-Week Single-Blind Randomized Controlled Pilot Study. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*. 23: 372 - 376.

Ragneskog, H. (2006) Musik som ett verktyg i vården. *Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet* www.vardalinstitutet.net Tematiska rum. Besökt 090715 kl. 13.25.

* Riley-Doucet, C. K. (2009) Use of Multisensory Environments in the Home for People with Dementia. *Journal of Gerontological Nursing*. Vol. 35, No 5.

SBU - Statens beredning för medicinsk utvärdering (2006) *Sammanfattning av SBU:s rapport om: Demenssjukdomar - En systematisk litteraturoversikt*. (Rapportnr 172) www.sbu.se Besökt 090415 kl. 10.00.

SBU - Statens beredning för medicinsk utvärdering (2007) *Vård av personer med demenssjukdom - vad vet vi i dag?* Falköping; Elanders tryckeri.

Socialstyrelsen (2003) *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa - kortversion*. Svensk version av International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) www.socialstyrelsen.se Besökt 091019 kl. 10.45.

Socialstyrelsen (2009) *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2009 - Stöd för styrning och ledning. Preliminär version*. www.socialstyrelsen.se Besökt 091124 kl.10.30.

Statens Offentliga Utredningar (SOU 2000:91) Nationella mål för folkhälsan. www.regeringen.se Besökt 090715 kl. 11.45.

Uvnäs-Moberg, K. (1998) Oxytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions. *Psychoneuroendocrinology Nov; 23* (8): 819 - 35.

* van Weert, J. C. M., van Dulmen, A. M., Spreeuwenberg, P. M. M., Ribbe, M. W. & Bensing, J. M. (2005) Behavioral and Mood Effects of Snoezelen Integrated into 24-Hour Dementia Care. *Journal of American Geriatrics Society*. 53: 24 - 33.

Verkaik, R., van Weert, J. C. M. & Francke, A. L. (2005) The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviors of people with dementia, a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 20: 301 - 314.

Wijk, H. (red.), Bengtsson, A., Brunnström, G., Edvardsson, D., Grahn, P., Josephsson, S., Larsson, E-L., Larsson, M., Norling, I., Nyström, K., Paulsson, J., Ragneskog, H., Sandman, P-O., Wikström, B-M. & Willander, J. (2004) *Goda miljöer och aktiviteter för äldre*. Lund; Studentlitteratur.

Åstrand, R. (2001) *Den lilla boken om demens*. Stockholm; Erik Sparre Medical AB.

Bilaga 1.

Artiklar inkluderade i denna studie

- 1.** Baillon, S., Van Diepen, E., Prettyman, R., Redman, J., Rooke, N. & Campbell, R. (2004) A comparison of the effects of Snoezelen and reminiscence therapy on the agitated behaviour of patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 19; 1047 - 1052.
- 2.** Baker, R., Bell, S., Baker, E., Gibson, S., Holloway, J., Pearce, R., Dowling, Z., Thomas, P., Assey, J. & Wareing, L-A. (2001) A randomized controlled trial of the effects of multi-sensory stimulation (MSS) for the people with dementia. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 81 - 96.
- 3.** Baker, R., Holloway, J., Holtkamp, C. C. M., Larsson, A., Hartman, L. C., Pearce, R., Scherman, B., Johansson, S., Thomas, P. W., Wareing, L. A. & Owens, M. (2003) Effects of multi-sensory stimulation for people with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (5), 456 - 477.
- 4.** Heyn, P. (2003) The effect of a multisensory exercise program on engagement, behavior, and selected physiological indexes in persons with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*. 18; 247 - 251.
- 5.** Hope, K. W. (1998) The effects of multisensory environments on older people with dementia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 5, 377 - 385.
- 6.** Milev, R. V., Kellar, T., McLean, M., Mileva, V., Luthra, V., Thompson, S. & Peever, L. (2008) Multisensory Stimulation for Elderly With Dementia: A 24-Week Single-Blind Randomized Controlled Pilot Study. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*. 23: 372 - 376.
- 7.** Riley-Doucet, C. K. (2009) Use of Multisensory Environments in the Home for People with Dementia. *Journal of Gerontological Nursing*. Vol. 35, No 5.
- 8.** van Weert, J. C. M., van Dulmen, A. M., Spreeuwenberg, P. M. M., Ribbe, M. W. & Bensing, J. M. (2005) Behavioral and Mood Effects of Snoezelen Integrated into 24-Hour Dementia Care. *Journal of American Geriatrics Society*. 53: 24 - 33.

Bilaga 2

Sammanställning av artiklarnas syfte, metod, resultat och diskussion

Artikel 1.

Syfte: Att utvärdera effekten av snoezelen på humör och beteende i jämförelse med reminiscens.

Metod: Studien är en randomiserad crossover-studie. Två grupper randomiserades och de 20 deltagarna erhåller både MSS och reminiscens. Interventionen ges med tre sessioner av antingen MSS eller reminiscens/vecka under två veckor, sedan uppehåll en vecka och därefter sker byte av intervention till tre sessioner av antingen reminiscens eller MSS/vecka under två veckor. Sessionerna ges enskilt med en personal och effekten mäts genom att observera sinnesstämning och beteende under sessionerna. Agitation och hjärtfrekvens mäts vid fyra tillfällen under hela undersökningsperioden.

Resultat: Ingen statistisk signifikant skillnad i agitation visar sig mellan de båda grupperna, ej heller i hjärtfrekvens eller vad gäller positiva förändringar i sinnesstämning.

Diskussion: Snoezelen kan ha en bättre lugnande effekt på agitation för några personer, men det är stora individuella variationer för hur försökspersonerna reagerar på de båda interventionerna. Både snoezelen och reminiscens har en positiv effekt på sinnesstämning och beteende för personer med demens. Snoezelen kan åstadkomma en avgränsad stund av välmående för personer med svår demenssjukdom.

Artikel 2.

Syfte: Att undersöka kortvarig och långvarig effekt av MSS på beteende, sinnesstämning och kognition, generalisering av effekterna till dagvården och hemmet samt effektens varaktighet över tid i jämförelse med en aktivitetsgrupp.

Metod: Studien är en randomiserad kontrollerad studie och 50 deltagare randomiserades till att delta i antingen sessioner med MSS eller i aktivitets-sessioner. Båda typerna av intervention skedde enskilt med personal. Åtta sessioner om vardera 30 minuter genomfördes under fyra veckor. Beteende och sinnesstämning bedömdes före sessionerna, efter fyra sessioner och efter åtta sessioner för att studera omedelbar effekt. Därefter följde en uppföljande bedömning efter en månad.

Resultat: Både MSS- och aktivitets-sessionerna visar signifikanta förbättringar vid mätning av omedelbar effekt på beteende såsom mer spontant tal, bättre relationer, initiativrikare, visar sig mindre uttråkade, gladare och alertare. Mellan grupperna är förbättringen signifikant endast för MSS gällande ökad uppmärksamhet mot omgivningen och aktivitetsgruppen visade signifikant högre värden gällande aktivitet med ting. Deltagarnas kognitiva värden var oförändrade i båda grupperna under studien. Mätning av överföring av effekt visade att på dagvården hade aktivitetsgruppens deltagare förbättrad språkförmåga, medan deltagarna i MSS visade en oförändrad språkförmåga under studien. I hemmen visade deltagarna i MSS signifikanta förbättringar i sinnesstämning och beteende jämfört med aktivitets-deltagarna. Ingen effekt på längre tidsintervall visas utan beteendet försämras under uppföljningsperioden.

Slutsats: Både MSS och aktiviteter framträder som effektiva och lämpliga metoder för personer med demenssjukdom.

Diskussion: Varje intervention är passande på olika stadier i demenssjukdomen, aktiviteter är kanske lämpligare tidigt, medan MSS ställer lägre krav och är lämpligare i ett senare skede av sjukdomen.

Artikel 3.

Syfte: Att utvärdera om MSS är effektivare för att förändra beteende, sinnesstämning och kognition än aktiviteter som att spela kort eller att titta på foto.

Metod: En randomiserad, kontrollerad studie genomfördes i tre länder; England, Holland och Sverige. Totalt 136 deltagare randomiserades antingen till en MSS-grupp eller till en aktivitets-grupp. Deltagarna fick åtta 30-minuters enskilda interventioner under fyra veckor. Bedömning skedde före, i mitten av och efter sessionerna för att bedöma effekten på kort tid. En månad efter sessionerna bedömdes effekten över en längre tid och om effekten infann sig även i hemmen och på vårdavdelningen.

Resultat: Det visar ingen signifikant skillnad mellan grupperna gällande omedelbar effekt. Förändringen i kognition och beteende var jämförbar mellan grupperna och skillnaderna var inte signifikanta. Det finns heller ingen skillnad i beteende mellan grupperna hemma eller på dagvården. Det finns en begränsad förbättring för deltagarna både i MSS och aktiviteter omedelbart efter sessionerna och under sessionerna. Deltagarna i MSS fick tillbaka mer minnen medan aktivitetsdeltagarna var mer uppmärksamma på omgivningen.

Slutsats: MSS har inte funnits vara mer effektiv än aktiviteter, varken på kort eller lång sikt.

Diskussion: Det är viktigt med personal i grupperna som känner personerna med demenssjukdom, som förstår deras beteenden bättre och vet vad de gillar. De förbättringar som anhöriga skattade direkt efter undersökningen var borta vid uppföljningen, men det diskuteras att även små förbättringar är positiva för både anhöriga och för personen med demens. Personer på en lägre kognitiv nivå verkar ha mer glädje och nytta av MSS än personer med en högre kognitiv nivå, och vice versa.

Artikel 4.

Syfte: Att utvärdera effekten av ett multisensoriskt träningsprogram på kognition (engagemang), beteende (sinnesstämning) och fysiologiska indicier (blodtryck, puls, vikt).

Metod: Studiens design är kvasiexperimentell med test före och efter undersökningen. Ett lämpligt urval på 13 personer fick prova ett utarbetat program med fysiska övningar, berättelser, bilder och musik tre gånger/vecka under åtta veckor. Mätningar gjordes före och efter programmets genomförande.

Resultat: Åtta deltagare klassas till att visa positiva förändringar i sinnesstämning, vilket visar sig som positiv respons såsom att de är gladare, lugnare och vänligare och fem deltagare visar ingen signifikant förbättring i sinnesstämning.

Slutsats: Resultatet visar en förbättring i vilopuls, sinnesstämning och engagemang vid fysisk aktivitet. Ett multisensoriskt synsätt vid träningsprogram antas vara till fördel för personer med Alzheimers sjukdom.

Artikel 5.

Syfte: Att utvärdera effekterna på beteende i en sensorisk miljö och hur personerna med demenssjukdom reagerar på utrustningen i rummet.

Metod: Studien är ett projekt med syfte att utveckla användandet av ett sinnesstimuleringsrum, där 29 personer valdes ut för att prova utrustningen. Data samlades in genom att personalen fyllde i ett frågeformulär där de bedömde deltagarnas reaktion på de olika delarna av utrustningen i rummet. Personalen deltog i sessionerna och totalt mättes 45 sessioner i rummet under åtta månader. Skattningen gav en individuell skala för varje deltagares respons på varje enskild utrustning.

Resultat: Evidens har funnits för att 13 av deltagarna ger positiv respons på utrustningen. Åtta av deltagarna visade negativ respons och det var taktil utrustning som upplevdes negativ. Mätning av responsen i rummet visade att 36 av sessionerna givit en positiv effekt på sinnesstämning genom att deltagarna visade lycka och belåtenhet. Spontant tal förbättrades men ingen evidens är funnen för att minnet förbättrades. Resultaten visar att sessionerna har givit en positiv förändring men det tyder på att de har endast kortvarig effekt. Personalen bedömer att sessionerna främst har givit en avslappnande effekt på försökspersonerna.

Diskussion: Personalen refererar till sessionerna som en period av kvalitetstid, vilket givit en djupare kommunikation.

Artikel 6.

Syfte: Att undersöka om MSS har god effekt på beteende jämfört med vanlig omsorg.

Metod: Studien är en singel-blind randomiserad, kontrollerad studie där de 21 deltagarna randomiserades i tre grupper, två undersökningsgrupper och en kontrollgrupp. Den ena undersökningsgruppen fick en MSS-session/vecka under tolv veckor och den andra fick tre MSS-sessioner/vecka under tolv veckor. MSS-sessionerna varade 30 minuter. Deltagarna i kontrollgruppen fick inte någon intervention alls. Därefter gavs inte MSS till någon under tolv veckor. Deltagarna observerades enligt en skala vid 0, 4, 8, 12 och 24 veckor. Anhöriga gjorde en blindbedömning vid 4, 8, 12 och 24 veckor.

Hypotes: Att snoezelen har god effekt på sinnesstämning.

Resultat: Ingen signifikant skillnad är funnen enligt skalan i någon tidsperiod för någon av grupperna. Vid mätningarna vecka 8 och 24 fanns signifikant skillnad enligt skalan mellan undersökningsgrupperna och kontrollgruppen som visar att MSS förbättrar beteendet. Under de olika tidsperioderna visar det signifikant skillnad i beteende mellan grupperna veckorna 12 och 24. Vid en blindbedömning bedömde anhöriga att de personer med demens som erhållit MSS hade förbättrats.

Diskussion: Personer som behandlades med snoezelen förbättrades mer än kontrollgruppen och denna effekt höll i sig även efter 12 veckor.

Slutsats: MSS kan vara ett användbart tillskott vid omsorgen av personer med demenssjukdom.

Artikel 7.

Syfte: Att undersöka möjligheten till och effektiviteten av att använda MSE i hemmen.

Metod: En kvalitativ forskningsdesign användes med strukturerade intervjuer och självskattande checklistor för de anhöriga att använda vid observationen. Fullt utrustade MSE-rum installerades i försökspersonernas hem för att användas av personerna med

demenssjukdom och deras anhöriga. Data samlades in tills mättnad nåtts, vilket skedde när tio familjer hade studerats.

Resultat: Tre teman identifieras i materialet: 1) effekter av MSE på personernas beteende: anhöriga identifierade en positiv effekt på uppförande, såsom mindre rastlöshet och en bättre kognitiv nivå. Negativt var att en del personer blev oroliga av vissa delar i MSE-rummet.

2) Effekter av MSE på anhörigas börda: MSE ger en avslappnad atmosfär och en känsla av välbefinnande. Anhöriga känner sig värdefulla för den de vårdar och upplever sin roll mer meningsfull.

3) Effekten av MSE på relationerna i familjen: MSE ger en gladare och sorglösare interaktion mellan anhöriga och personerna med demenssjukdom.

Slutsats: MSE kan vara en lämplig icke farmakologisk metod i hemmen för att öka livskvalitet.

Diskussion: MSE förbättrar kommunikationen och relationerna mellan personen med demens och anhöriga. Negativt är att anhöriga är besvikna att MSE inte kan användas som distraktion för att ge egen tid till återhämtning för anhöriga.

Artikel 8.

Syfte: Att undersöka effekten av snoezelen, integrerad i vården, på beteende och sinnesstämning.

Metod: Studien har en kvasiexperimentell design med test före och efter intervention. Totalt 120 deltagare ingår i studien, fördelat på sex vårdhem och tolv avdelningar, vilka antingen bedriver integrerad snoezelen eller vanlig omvårdnad. Deltagarna i undersökningsgruppen fick ett individuellt 24-timmars snoezelen-program baserat på levnadshistoria och intressen att följa och personalen på dessa avdelningar fick gå kurser för att lära sig att arbeta med snoezelen. Deltagarna i kontrollgruppen fick traditionell omvårdnad. Mätningar gjordes vid undersökningens början och efter 18 månader genom observationer och intervjuer. Snoezelens effektivitet studerades dessutom genom att morgonrutiner videofilmades och deltagarnas beteende bedömdes.

Resultat: Alla mätpunkter visar på en positiv förändring till förmån för experimentgruppen. En signifikant behandlingseffekt med snoezelen-vård finns för apatiskt, aggressivt och upproriskt beteende, depression och behållandet av värdighet. Under morgonrutinerna visade sig snoezelen ha en god effekt på välbefinnande som glädje och på beteende som tal med normala meningar, rastlöshet och inaktivitet.

Slutsats: Snoezelen verkar ha positiv effekt på störande och inåtvänt beteende.

Diskussion: Resultatet visar att integrerad snoezelen är effektivt i demensomsorgen. Kombinationen av en individualiserad, personcentrerad omsorg och en vårdplan för integrerad MSS omfattande hela dygnet kan bli mycket lyckad. Resultatet visar att integrerad snoezelen har en generell effekt på sinnestämning och beteende. Att motverka apati och förlorad värdighet är lättare än att behandla agitation, rastlöshet, oro och kognitiva kompetenser som språkförmåga.

Bilaga 3

Sammanställning av hur begreppet miljö behandlas i artiklarna

Artikel 1 beskriver att snoezelen äger rum i ett engagerande rum där personerna med demenssjukdomar kan upptäcka omgivningen. Personalen kan uppleva stress men studien visar att snoezelen kan minska detta. Det är positivt för den sociala miljön om samma personal kan delta i interventionerna.

Artikel 2 beskriver MSS både i ett rum och i hemmen och på vårdavdelningarna. Personalen jobbar enskilt med personen med demenssjukdom för att skapa en bra atmosfär.

Artikel 3 tar upp att många vårdhem saknar möjligheterna att ge personerna med demenssjukdom meningsfulla sinnesintryck, miljön kanske saknar sinnesstimulerande saker, maten är kanske tråkig och menlös och aktiviteterna utförs utan stimulans. I artikeln betonas hur viktigt det är med goda relationer och med välkänd personal. En god social miljö är avslappnande och främjar viljan att utforska omgivningen, vilket är speciellt viktigt för personer med demenssjukdom.

Artikel 4 behandlar olika personals sätt att arbeta med miljö. En personal kanske använder designade rum för att främja en anpassad och rikare miljö för personer med demens, medan en annan personal kanske använder kommunikation, socialisering och andra övningar för att ge kvalitet i vården.

I artikel 5 anses att utvecklingen och användandet av MSE-miljöer och av utrustningen i rummen är nödvändigt eftersom det främjar avslappning och stimulering. Det är viktigt med en tillåtande inställning från personalen med lyhördhet, flexibilitet och personlig värme, vilket underlättar kommunikation.

I artikel 6 skrivs att MSS vanligen förekommer i ett rum specifikt designat för sinnesstimulering, men att MSS även har integrerats i vanlig omsorg under hela dygnet. Många personer med demenssjukdom lider av att de inte har tillräcklig tillgång till sensorisk stimulans och andra personer får för mycket stimulans från sin omgivning.

Artikel 7 beskriver MSE som ett specialdesignat rum eller miljö med ljus, musik, dofter och taktila objekt. I studien tillhandahålles ett rum till familjen att vistas i. MSE-miljön skapar samhörighet och en positiv atmosfär mellan anhörig och personen med demens, vilket ger en bättre interaktion. Personen blir mer avslappnad och mottaglig för omgivningen och MSE är användbart för familjens interpersonella relationer.

Artikel 8 handlar om att vårdgivarna kan göra mycket på sjukhemmen för att främja livskvaliteten för personer med demenssjukdom. Snoezelen integrerat i omvårdnaden ger ett kontinuerligt och pågående behandlingsprogram under dygnets alla timmar. Personalens uppträdande och personorienterade synsätt är en del av programmet.