

Omvårdnadsåtgärder som minskar oro och ångest hos personer med demenssjukdom

– en litteraturstudie

Interventions to reduce anxiety in people with dementia
– A literature study

Hanna Bengtsson
Emma Borg Andersson

Fakulteten för hälsa, natur- & teknikvetenskap

Omvårdnad/Sjuksköterskeprogrammet

Grundnivå/15hp

Handledare: Karin Ekholm & Karin Sandberg

Examinerande lärare: Anna Nordin

Datum: 2019-03-29

SAMMANFATTNING

| | |
|--------------|--|
| Titel: | Omvårdnadsåtgärder som minskar oro och ångest hos personer med demenssjukdom – en litteraturstudie Interventions to reduce anxiety in people with dementia - A literature study |
| Fakultet: | Fakulteten för hälsa, natur- och teknikvetenskap |
| Institution: | Institutionen för Hälsovetenskaper |
| Ämne: | Omvårdnad |
| Kurs: | Examensarbete i omvårdnad, 15 hp, grundnivå |
| Författare: | Hanna Bengtsson & Emma Borg Andersson |
| Handledare: | Karin Ekholm & Karin Sandberg |
| Sidor: | 26 sidor |
| Nyckelord: | Demenssjukdom, oro, ångest, omvårdnadsåtgärder |

Bakgrund: Idag lever cirka 50 miljoner människor runt om i världen med demenssjukdom. År 2040 beräknas över 81 miljoner människor att leva med demenssjukdom. Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens som oro och ångest är vanligt bland personer med demenssjukdom och utbredningen av oro och ångest kan variera mellan de olika demenssjukdomarna. **Syfte:** syftet med litteraturstudien var att beskriva omvårdnadsåtgärder som minskar oro och ångest hos personer med demenssjukdom i deras hemmiljö. **Metod:** Litteraturstudien utgick ifrån Polit & Becks (2016) nio steg. Databassökningarna genomfördes i Cinahl, PubMed och PsycINFO. Artiklarna var samtliga kvantitativa och granskades genom granskningsmallen Guide to an Overall Critique of a Quantitative Research. Efter granskningen kvarstod totalt nio kvantitativa artiklar i urval 3, vilka utgör litteraturstudiens resultat. **Resultat:** Resultatet utmynnades i tre teman: anpassa boendemiljön samt göra den mer personlig, lyssna, sjunga eller röra sig till musik samt stimulera genom beröring och sinnesintryck. Resultatet visade flera omvårdnadsåtgärder inom de olika temana som kan minska oro och ångest hos personer med demenssjukdom. **Slutsats:** Litteraturstudien visade att anpassa boendemiljön samt göra den mer personlig, lyssna, sjunga eller röra sig till musik samt stimulera genom beröring och sinnesintryck minskade oro och ångest hos personer med demenssjukdom.

Innehållsförteckning

| | |
|---|----|
| Bakgrund | 4 |
| <i>Demenssjukdom</i> | 4 |
| <i>Demenssjukdomens svårighetsgrader</i> | 5 |
| <i>Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens</i> | 5 |
| <i>Sjuksköterskans ansvar</i> | 6 |
| <i>Omvårdnadsåtgärder</i> | 6 |
| <i>Problemformulering</i> | 7 |
| <i>Syfte</i> | 7 |
| Metod | 8 |
| <i>Litteratursökning</i> | 8 |
| <i>Inklusions- och exklusionskriterier</i> | 9 |
| <i>Urvalsprocessen</i> | 11 |
| <i>Urval 1</i> | 11 |
| <i>Urval 2</i> | 11 |
| <i>Urval 3</i> | 11 |
| <i>Databearbetning och analys</i> | 11 |
| <i>Forskningsetiska överväganden</i> | 11 |
| Resultat | 13 |
| <i>Anpassa boendemiljön samt göra den mer personlig</i> | 13 |
| <i>Lyssna, sjunga eller röra sig till musik</i> | 14 |
| <i>Stimulera genom beröring och sinnesintryck</i> | 14 |
| Diskussion | 16 |
| <i>Resultatdiskussion</i> | 16 |
| <i>Metoddiskussion</i> | 19 |
| <i>Slutsats</i> | 19 |
| <i>Klinisk betydelse</i> | 20 |
| <i>Förslag till fortsatt forskning</i> | 20 |
| Referenslista | 21 |
| Bilaga 1 Artikelmatris | |

Bakgrund

Demenssjukdom

Idag lever cirka 50 miljoner personer med demenssjukdom runt om i världen och cirka 10 miljoner insjuknar varje år (World Health Organisation 2017). I Sverige lever 130 000 till 150 000 personer med demenssjukdom och uppskattningsvis insjuknar 20 000 till 25 000 personer varje år (Socialstyrelsen 2017). År 2040 beräknas över 81 miljoner personer leva med demenssjukdom världen över (Ferri et al. 2005).

Demenssjukdom är ett syndrom som syftar på ett ärftligt eller förvärvat försämringstillstånd av personens minnesfunktion under en längre period. För att kunna diagnostisera en demenssjukdom krävs det att personen har ett symtom utöver minnesnedsättning. Det kan vara exempelvis förvirring, kommunikationsnedsättning, nedsatt orienteringsförmåga eller att personen har svårare för aktiviteter i det dagliga livet (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU] 2006). Det finns olika typer av demenssjukdomar. Symtomen och sjukdomsförloppet varierar beroende på vilken demenssjukdom personen har (Socialstyrelsen 2017). Nedan beskrivs de vanligaste demenssjukdomarna.

Alzheimers sjukdom är den vanligaste typen av demenssjukdom och omfattar omkring 50 till 60 procent av alla demenssjukdomar. Symtomen för sjukdomen utvecklas gradvis men ett tidigt symtom är nedsättning av det episodiska minnet, det vill säga nyinlärd kunskaper. Vid försämring av sjukdomen uppkommer symtom som exempelvis språksvårigheter, nedsatt initiativ-, planerings-, orienterings- och koordinationsförmåga samt depression. Över 80 procent av de som har Alzheimers sjukdom utvecklar beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom [BPSD] (Basun 2013a).

Vaskulär demenssjukdom är den näst vanligaste demenssjukdomen i Sverige. Omkring 25 till 30 procent av alla med en demenssjukdom har vaskulär demens. Sjukdomen uppstår ofta plötsligt som en följd av blodkärlsförändringar, i form av blodpropp eller hjärnblödning, vilket orsakar syrebrist och hjärncellsdöd i det drabbade området. Symtomen kan variera beroende på vilken del av hjärnan som är drabbad. Negativ inverkan på minnet uppstår efter skador i tinningloberna. Förändringar i personligheten uppkommer efter skador i pannloberna och nedsättning av den analytiska förmågan uppstår efter skador i hjässloberna (Socialstyrelsen 2017; Wahlund 2013).

Lewykroppsdemens är den senast tillkomna typen av demenssjukdom och utgör cirka fem till tio procent av alla demenssjukdomar. Symtom vid Lewykroppsdemens har likheter med symtom vid Alzheimers sjukdom men nedsättningar i minnet är inte lika tydliga inom Lewykroppsdemens. Personer med denna typ av demenssjukdom har ofta en bättre verbal minnesförmåga jämfört med personer med Alzheimers sjukdom men en sämre planerings- och organisationsförmåga. Vid Lewykroppsdemens är symtom som fluktuerande kognition, fall, förvirringstillstånd, synhallucinationer och senare parkinsonism vanliga (Basun 2013b).

Frontallobsdemens omfattar tre till fyra procent av alla demenssjukdomar i Sverige (Kilander 2013). Sjukdomen utvecklas smygande och är lokaliserad till de främre delarna av hjärnan. Sjukdomen uppstår oftast vid 50 till 60 årsåldern men kan också uppstå mycket tidigare. Tidiga tecken på frontallobsdemens är förändringar i personligheten, språknedsättning och en bristande omdömesförmåga, medan minnet ofta är välfungerande i det tidigare skedet av

sjukdomen. Senare i sjukdomsförloppet blir problemlösningsförmågan och den abstrakta tankeförmågan påverkad (Socialstyrelsen 2017).

Demenssjukdomens svårighetsgrader

Demenssjukdom delas in i tre olika svårighetsgrader: mild, måttlig och svår demenssjukdom. Vid mild grad av demenssjukdom klarar personen självständigt av det vardagliga livet till största del (Socialstyrelsen 2017). Glömskan blir allt mer påtaglig och kan leda till att personen får svårt att hålla reda på datum och tid. Personen kan även behöva stöttning med att handla mat och hjälp vid mer komplicerade sysslor som exempelvis att betala räkningar (Drivdal Berentsen 2008). Personen har svårt att sätta ord på saker och kan ha svårt att upprätthålla en röd tråd i en konversation då upprepningar, stakande och svårt att finna de rätta orden är vanligt (Skog 2013). Vid måttlig grad av demenssjukdom behöver personen en utökad hjälp av hälso- och sjukvårdspersonal för att klara av vardagen (Socialstyrelsen 2017). Personen börjar nu att tappa allt mer uppfattning kring sin tillvaro. Problemlösningsförmågan försämras och det är också vanligt att personens kommunikationsförmåga försämras. Sysslor i det vardagliga livet som att laga mat, tvätta kläder och byta om kan vara svårt. Förlust av dessa funktioner kan leda till bland annat ångest hos personen med demenssjukdom (Drivdal Berentsen 2008). Vid svår grad av demenssjukdom är personen i behov av mycket hjälp för att klara dagliga aktiviteter och är i behov av särskilt boende. Igenkänningsförmågan gentemot närstående blir nedsatt, ansikten och röster känns inte alltid igen. Personen med demenssjukdom kan uppleva en känsla av kaos och i det här stadiet är personen med demenssjukdom inte orienterad till tid, rum eller person (Drivdal Berentsen 2008).

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) är ett samlingsnamn som började användas på slutet av 1990-talet för att beskriva icke-kognitiva symtom vid demenssjukdom. Symtomen kan alla orsaka stort lidande för personen med demenssjukdom men även för närstående och vårdpersonal (Finkel et al. 1997). Nio av tio personer med demenssjukdom visar någon gång under sin sjukdomstid något av dessa symtom (Socialstyrelsen 2017). Exempel på symtomen är: vanföreställningar, agitation, depression, mani, oro och ångest (Finkel et al. 1997).

Oro är en känsla som kan upplevas som en katastrofreaktion hos personer med demenssjukdom. En katastrofreaktion kan uppkomma när personen med demenssjukdom inte klarar av eller känner sig otrygg vid en viss händelse eller situation (Abrahamsson 2003). Oro kan även ses som en lindrigare form av ångest (Ottosson & D'elia 2008). Ångest beskrivs enligt Malmquist och Lundh (2016) som en känsla av oro, inre obehag eller skräck utan känd orsak. Ångesten kan vara konstant eller periodvis och utlöses ofta, precis som oro, i samband med en viss situation. Enligt Ballard et al. (1994) är oro och ångest vanligt förekommande hos personer med demenssjukdom. Oro och ångest är enligt Seignourel et al. (2008) vanligare hos personer med demenssjukdom än hos personer utan demenssjukdom och utbredningen av oro och ångest kan variera mellan de olika demenssjukdomarna. Oro och ångest hos personer med demenssjukdom kan uttryckas genom rädsla, muskelspänningar eller rastlöshet, (Ferretti et al. 2001) eller genom elaka ord, gråtande, spottande, ilska, irritation, stamningar eller våldsamt beteende (Abrahamsson 2003). I en studie på personer med demenssjukdom med oro och ångest upplevde över 90 procent ett eller flera oro- och ångestsymtom (Goyal et al. 2017). Utlösande faktorer för oro och ångest kan vara ogripbara och svåra att förstå, både för den som är drabbad och för andra i omgivningen (Ottosson & D'elia 2008). BPSD är vanligt förekommande vid

måttlig grad av demenssjukdom och symtomen förvärras vid svår grad av demenssjukdom (Eriksdotter Jönhagen 2011). I Socialstyrelsen (2017) nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom fastställs att icke-farmakologiska åtgärder ska användas i första hand mot BPSD. Enligt Hersch och Falzgraf (2007) kan det exempelvis vara genom att anpassa bemötandet mot personer med demenssjukdom och ge vårdpersonal relevant utbildning för att underlätta för personer med demenssjukdom med sådana symtom.

Sjuksköterskans ansvar

Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] innehåller bestämmelser om hur hälso- och sjukvården ska organiseras och bedrivs. HSL definierar hälso- och sjukvård som åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Definitionen inkluderar även sjuktransporter och omhändertagandet av avlidna (SFS 2017:30). Legitimerad sjuksköterska har fyra grundläggande ansvarsområden. Dessa är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidanden (Svensk sjuksköterskeförening 2014). Sjuksköterskan ska arbeta utifrån ett etiskt förhållningssätt med respekt för mänskliga rättigheter, självbestämmande, värdighet och integritet oberoende av ålder, kön, hudfärg, tro, sjukdom, funktionsnedsättning, sexuell läggning, nationalitet, kulturell eller etnisk bakgrund, social ställning eller politiska åsikter (Svensk sjuksköterskeförening 2014, 2017). Patientlagen syftar till att tydliggöra och stärka patientens ställning inom hälso- och sjukvårdsverksamhet samt att främja patientens rätt till självbestämmande, integritet och delaktighet vid vårdmötet (SFS 2014:821). Ett vårdmöte kan äga rum på olika platser. Sjuksköterskan möter olika patientgrupper i sjukhusmiljö men även i deras hemmiljö (Lidén 2014). Hemmiljö innebär ordinärt boende eller särskilt boende, som också ska ses som den enskilde patientens hem (Socialstyrelsen 2011).

För att sjuksköterskan ska kunna ge en god omvårdnad till patienter har en kompetensbeskrivning utvecklats innehållande sex kärnkompetenser som består av samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap, säker vård, informatik samt personcentrerad vård (Svensk sjuksköterskeförening 2017) Personcentrerad vård innebär att omvårdnaden bedrivs i ett partnerskap med patient och närstående, som båda ska bli sedda och förstådda som unika personer (Ekman et al. 2011; Svensk sjuksköterskeförening 2017). När vården utgår från personens berättelse ökar förståelsen för dennes upplevelse av sin sjukdom (Ekman et al. 2011). Vid vård och omsorg av personer med demenssjukdom bör ett personcentrerat förhållningssätt användas (Socialstyrelsen 2017). Det innebär att sätta personen med demenssjukdom i fokus, inte bara dess diagnos, för att göra omvårdnaden mer personlig och låta personen med demenssjukdom få vara aktiv i beslutsprocessen om sin vård (Fazio et al. 2018). Sjuksköterskan bemöter personen med demenssjukdom med respekt och som en egen unik person med rättigheter, upplevelser och självkänsla trots avtagande funktioner (Eide & Eide 2009; Socialstyrelsen 2017). Även att värna om personens självbestämmande, möjlighet till medbestämmande och att försöka förstå vad som är bäst för personen med demenssjukdom, utifrån dess perspektiv, är viktiga aspekter i det personcentrerade förhållningssättet (Fazio et al. 2018).

Omvårdnadsåtgärder

Omvårdnadsåtgärder är enskilda handlingar som utförs av sjuksköterska eller annan vårdpersonal för patientens säkerhet, tillfrisknande eller välbefinnande. Omvårdnadsåtgärder innefattar prevention, behandling samt hälsofrämjande åtgärder. Preventionsåtgärder görs genom att i förväg identifiera risker som patienten kan utsättas för och genom att sätta in förebyggande åtgärder mot dessa risker. Behandlingsåtgärder innefattar de handlingar som görs

för att lösa ett redan befintligt problem. Hälsofrämjande åtgärder innefattar stödjande och förstärkande åtgärder som ska hjälpa patienten att förbättra egenförmågan, förändra ett ohälsosamt beteende samt stärka befintliga resurser hos patienten. Val av omvårdnadsåtgärder styrs av omvårdnadsdiagnos och av omvårdnads mål och kan vara både beroende och oberoende. En beroende åtgärd har ordinerats av någon annan profession till exempel läkare, fysioterapeut eller arbetsterapeut. Sjuksköterskan utför åtgärden som den är ordinerad och dokumenterar att åtgärden är utförd. En oberoende åtgärd är en omvårdnadsåtgärd som sjuksköterskan har under sitt ansvarsområde och därmed har kompetens och behörighet att självständigt ordinera, utföra och utvärdera. En del oberoende åtgärder kan överlåtas till annan vårdpersonal, exempelvis undersköterskor (Björvell & Thorell-Ekstrand 2014).

Problemformulering

Idag lever cirka 50 miljoner människor runt om i världen med demenssjukdom och år 2040 beräknas siffran ha ökat till över 81 miljoner. Nio av tio av personer med demenssjukdom uppvisar någon gång beteendemässiga och psykiska symtom vid demens. Oro och ångest är två vanliga symtom inom BPSD och kan orsaka stort lidande både för personer med demenssjukdom och för deras närstående. Därför är det viktigt att sjuksköterskan uppmärksammar vilka omvårdnadsåtgärder som kan minska oro och ångest hos personer med demenssjukdom då vården syftar till att ge så god omvårdnad som möjligt, med icke-farmakologiska omvårdnadsåtgärder i första hand.

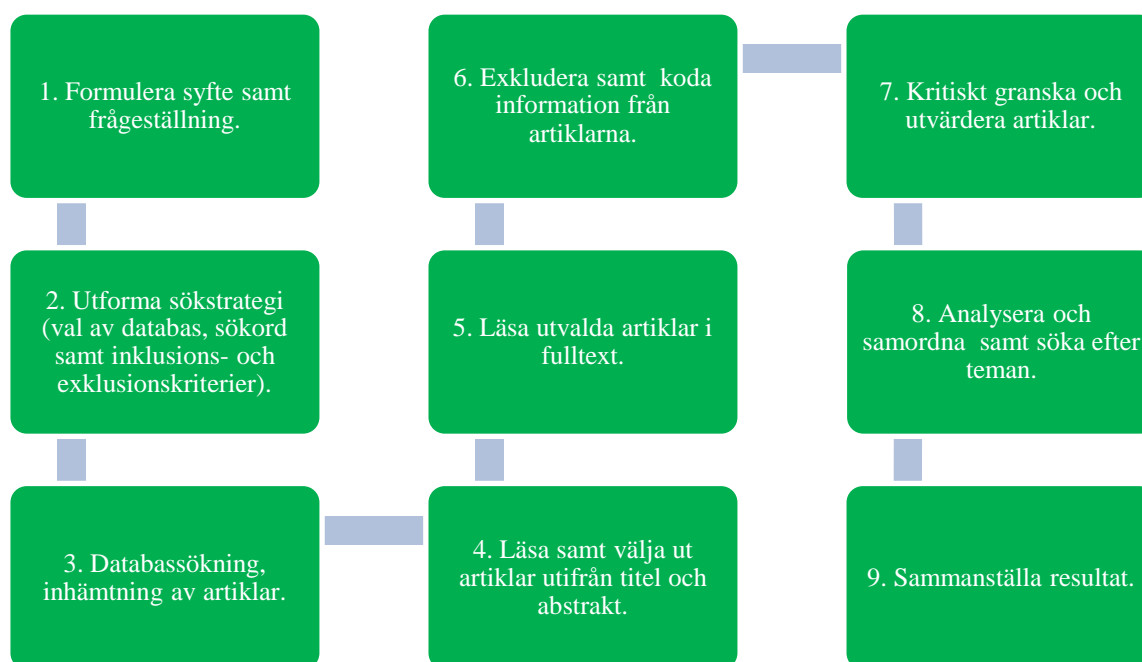
Syfte

Syftet med litteraturstudien var att beskriva omvårdnadsåtgärder som minskar oro och ångest hos personer med demenssjukdom i deras hemmiljö.

Metod

Polit och Beck (2016) beskriver en litteraturstudie som en kritisk sammanställning av vetenskaplig forskning inom det valda ämnet, ofta för att sätta ett forskningsproblem i en kontext. I en litteraturstudie handlar det också om att ge läsaren en opartisk sammanfattning av den nuvarande kunskapen av tidigare forskning inom ämnet (Polit & Beck 2016).

Litteraturstudien utgick ifrån Polit och Becks nio steg (se figur 1).



Figur 1. Polit och Becks (2016) nio steg för litteraturstudier – fritt översatt från engelska till svenska.

Litteratursökning

Enligt **första steget** av Polit och Beck's (2016) nio steg formulerades ett syfte för studien. **Steg två** innebär att välja ut lämpliga databaser och sökord samt att identifiera inklusions- och exklusionskriterier (Polit & Beck 2016). Databaserna som valdes ut för studien var Cinahl, PubMed och PsycINFO. Cinahl valdes då den är inriktad på omvårdnad, PubMed valdes då den är inriktad på medicin och omvårdnad och PsycINFO valdes då den är inriktad på psykologi (Polit & Beck 2016). Sökord som använts i de olika databaserna var dementia, anxiety, intervention* och nurs* vilka ansågs relevanta för litteraturstudiens syfte. Sökorden dementia och anxiety söktes som ämnesord i Cinahl med Cinahl Headings (MH) explode, i PubMed med MeSH-termer (MeSH) och i PsycINFO med Thesaurus (THS) explode. Explode har använts för att inkludera alla typer av demenssjukdomar. Intervention* och nurs* har i samtliga databaser sökts som fritext och med trunkering ”*”. Trunkering innebär att sökningen får med alla ändelser inom de valda orden (Polit & Beck 2016). I **steg tre** utfördes sökningarna med valda inklusions- och exklusionskriterier i de olika databaserna för att erhålla relevanta artiklar (se tabell 1). Litteraturstudiens sökord har sökts i kombinationerna dementia AND anxiety, dementia AND anxiety AND intervention* och dementia AND anxiety AND nurs*. Genom att kombinera de olika sökorden med AND begränsades sökningen till att enbart inkludera artiklar innehållande de valda sökorden i databaserna (Polit & Beck 2016).

Inklusions- och exklusionskriterier

Inklusionskriterier för litteraturstudien var alla demenssjukdomar, oro och ångest samt omvårdnadsåtgärder. Artiklarna skulle vara engelskspråkiga, peer reviewed (manuellt i PubMed) samt utgivna 2010-01-01 till 2019-03-31. Exklusionskriterier för studien var reviewartiklar och artiklar med inriktning på sjukhusmiljö.

Tabell 1 Databassökning gjord 2019-01-31

| Databas | | Sökord | Träffar | Urval 1 | Urval 2 | Urval 3 |
|-----------------|------|------------------------|---------|---------------|---------|---------|
| Cinahl | (S1) | (MH) Dementia + | 30,549 | | | |
| | (S2) | (MH) Anxiety | 20,209 | | | |
| | (S3) | Intervention* | 229,527 | | | |
| | (S4) | Nurs* | 201,527 | | | |
| | (S5) | (S1) AND (S2) | 373 | | | |
| | (S6) | (S1) AND (S2) AND (S3) | 86 | 20 | 6 | 6 |
| | (S7) | (S1) AND (S2) AND (S4) | 74 | 11 (8) | 2 | 1 |
| | | | | | | |
| Pubmed | (S1) | (MeSH) Dementia | 56,453 | | | |
| | (S2) | (MeSH) Anxiety | 31,357 | | | |
| | (S3) | Intervention* | 544,735 | | | |
| | (S4) | Nurs* | 266,382 | | | |
| | (S5) | (S1) AND (S2) | 410 | | | |
| | (S6) | (S1) AND (S2) AND (S3) | 95 | 23 ((9)) | 2 | 1 |
| | (S7) | (S1) AND (S2) AND (S4) | 89 | 18 (10) ((8)) | 1 | 1 |
| | | | | | | |
| PsycInfo | (S1) | (THS) Dementia + | 30,346 | | | |
| | (S2) | (THS) Anxiety | 24,353 | | | |
| | (S3) | Intervention* | 158,998 | | | |
| | (S4) | Nurs* | 67,260 | | | |
| | (S5) | (S1) AND (S2) | 277 | | | |
| | (S6) | (S1) AND (S2) AND (S3) | 74 | 20 ((14)) | 1 | 0 |
| | (S7) | (S1) AND (S2) AND (S4) | 47 | 17 (8) ((12)) | 1 | 0 |
| Totalt | | | | 48 | 13 | 9 |

+ =Explode, * =Trunkering, () =Interna dubletter, (()) =Externa dubletter.

Urvalsprocessen

Urval 1

I det **fjärde steget** utifrån Polit och Beck's (2016) nio steg lästes de relevanta artiklarnas titel och abstrakt i förhållande till litteraturstudiens syfte. Artiklar med inriktning på sjukhusmiljö valdes bort manuellt eftersom syftet var inriktat på hemmiljö. Artiklarna som svarade på studiens syfte efter att ha läst titel och abstrakt utgör urval 1, som efter externa och interna dubletter tagits bort totalt utgjorde 48 artiklar (se tabell 1).

Urval 2

Steg fem och **sex** enligt Polit och Beck's (2016) nio steg innebar att artiklarna som utgjorde urval 1 lästes i sin helhet. Artiklarna sammanställdes genom att färgmarkera relevanta delar utifrån studiens syfte. Artiklar som inte svarade på litteraturstudiens syfte exkluderades. Relevanta artiklar för studien resulterade i totalt 13 artiklar där 8 artiklar valdes från Cinahl, 3 från PubMed och 2 från PsycInfo vilket utgjorde urval 2 (se tabell 1).

Urval 3

Steg sju i Polit och Beck's (2016) nio steg innebar att granska artiklarna. Samtliga artiklar i urval två bestod av kvantitativa studier och granskades därmed utifrån *Guide to an Overall Critique of a Quantitative Research* (Polit & Beck 2016). Granskningen bestod av att alla artiklar först kontrollerades del för del, för att sedan sammanvägas i sin helhet. Totalt fyra av artiklarna valdes bort då de inte uppnådde kriterierna i granskningen. En av artiklarna valdes bort på grund av att den saknade tydliga omvårdnadsåtgärder. En av artiklarna valdes bort på grund av för få deltagare samt för stort bortfall av de få som deltog. En av artiklarna valdes bort på grund av avbrutna omvårdnadsåtgärder samt att det var för få deltagare i studien. En av artiklarna valdes bort på grund av för få deltagare med ångest för att kunna göra en analys av resultatet. Efter granskningen återstod totalt nio artiklar till litteraturstudiens resultat vilket utgjorde urval 3 (se tabell 1).

Databearbetning och analys

Enligt Polit och Beck's (2016) **åttonde steg** analyserades och jämfördes de olika artiklarnas resultat. Artiklarnas resultat lästes och analyserades först individuellt och relevant resultat för litteraturstudien markerades med överstrykningspenna. Individuella anteckningar skrevs för att sammanfatta artiklarnas resultatdel som var relevanta för litteraturstudien. Analys av artiklarnas resultatdelar samt jämförelse av sammanfattningarna gjordes sedan gemensamt för att säkerhetsställa att korrekt tolkning av artiklarnas resultat hade gjorts. Därefter färgkodades de olika resultaten efter likheter och skillnader och tydliga teman upptäcktes. I **Steg nio** i Polit och Beck's (2016) nio steg sammanställdes resultatet av de totalt nio kvantitativa artiklarna i löpande text under de valda temana för artiklarna i litteraturstudien.

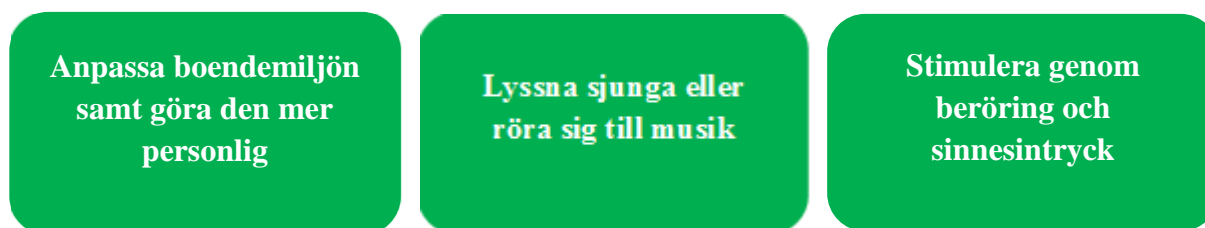
Forskningsetiska överväganden

Omvårdnadsforskning skall följa de fyra etiska principerna: autonomiprincipen, göra-gott-principen, icke-skada-principen och rättvisepincipen (Sykepleiernes Samarbeid i Norden 2003). I litteraturstudien har samtliga artiklar granskats för att kontrollera att ett etiskt tillvägagångssätt har använts. I artiklar där det inte framkommit att de blivit etiskt granskade av en etisk kommitté har en ytterligare fördjupning av artiklarna gjorts för att säkerställa att ett etiskt tillvägagångssätt tillämpats. Litteraturstudien innehåller inget fusk som plagiering eller förvrängning av data vilket Vetenskapsrådet (2017) beskriver som vetenskaplig oredlighet.

Samtliga artiklar i litteraturstudien har varit peer reviewed vilket CODEX (2019) menar visar att forskningen har god kvalité. Litteraturstudiens artiklar var samtliga engelskspråkiga och för att få rätt översättning och därmed rätt förståelse av innehållet i artiklarna användes svenskt-engelskt lexikon. Detta för att minska risken för misstolkningar.

Resultat

Syftet med litteraturstudien var att beskriva omvårdnadsåtgärder som minskar oro och ångest hos personer med demenssjukdom i deras hemmiljö. Resultatet baseras på nio kvantitativa artiklar. Artiklarna som har använts i studien var från Australien, Kina, Nederländerna, Spanien, Taiwan och USA (se bilaga 1). Resultatet från studiens artiklar resulterade i tre teman: *anpassa boendemiljön samt göra den mer personlig, lyssna, sjunga eller röra sig till musik samt stimulera genom beröring och sinnesintryck.*



Figur 2.

Anpassa boendemiljön samt göra den mer personlig

Småskaligt boende beläget på landsbygden samt att boendemiljön gjordes mer personlig genom bland annat fotografier och personliga videomeddelanden har visats minska oro och ångest signifikant hos personer med demenssjukdom (Davison et al. 2015; Kok et al. 2018). Även användandet av ett virtuellt naturrum har visats minska oro och ångest hos personer med demenssjukdom (Reynolds et al. 2018).

Personer med demenssjukdom fick flytta från ett större vårdboende till ett småskaligt boende. Till en början bodde alla deltagare under lika förhållanden på ett större vårdboende med 20 till 30 vårdplatser, här kallat standardboende. Standardboendet var beläget i en mindre stad där deltagarna delade sovrum med andra. Efter två månader flyttade experimentgruppens deltagare till de småskaliga vårdboendena med sju till åtta vårdplatser ute på landsbygden, där de fick egna sovrum. Personalfördelningen var lika mellan de båda grupperna, men personalen som skulle arbeta på de småskaliga boendena fick en nio timmar lång utbildning med fokus på personcentrerad vård för personer med demenssjukdom. Studien visade att deltagarna som flyttade till det småskaliga vårdboendet hade över tid en signifikant lägre oro- och ångestnivå jämfört med deltagarna i standardboendet (Kok et al. 2018).

Reynolds et al. (2018) har undersökt effekten av virtuell natur jämfört med filmvisning i en vanlig vardagsrumsmiljö med endast enstaka växter. Naturrummet dekorerades med olika växter och tavlor med naturmotiv. Tv:n dekorerades med en ram liknande fönsterluckor för att påminna om upplevelsen att titta ut genom vardagsrumsfönster i sitt hem och se naturen utanför. Tv:n användes även för att visa en naturfilm med tillhörande naturljud. Efter en dag utan vistelse i naturrummet fick deltagarna spendera tid i ett vanligt vardagsrum och titta på en film som var populär när de var unga. Studien visade ingen signifikant skillnad mellan de båda rummen men oron och ångesten minskade mer hos deltagarna efter att ha vistats i naturrummet jämfört med det vanliga vardagsrummet (Reynolds et al. 2018)

I Davison et al. (2016) studie fick deltagarna en minnesbox placerad inne på sina rum. Minnesboxen utvecklades för att se om den kunde minska oro och ångest hos personer med

demenssjukdom. Minnesboxen innehöll fyra kategorier; fotografier, filmer, musik och personliga videomeddelanden som alla valts ut av närstående. Deltagarna kunde själva välja kategori och de kunde även byta kategori när de ville under dagen. För att kunna utvärdera minnesboxens effekt tillämpades en kontrollåtgärd som innebar att en studieassistent kom till boendet en gång i veckan och läste ur en dagstidning samt diskuterade lokala händelser. Resultatet av studien visade att kontrollåtgärden gav en minskad oro och ångest, dock inte signifikant. Minnesboxen visade däremot en signifikant minskning av oro och ångest hos deltagarna (Davison et al. 2016).

Lyssna, sjunga eller röra sig till musik

Omvårdnadsåtgärder innehållande musik har visats minska oro och ångest hos personer med demenssjukdom genom att de antingen fått lyssna på musik som de tycker om eller sjunga med i sånger (Cheung et al. 2018; De la Rubia et al. 2018; Sánchez et al. 2016; Sung et al. 2010). Det visades även att musik med rörelse minskade oro och ångest hos personer med demenssjukdom (Cheung et al. 2018; Sung et al. 2011).

I flera liknande studier fick personer med demenssjukdom lyssna på sin favoritmusik, som valts ut av närstående, två gånger i veckan. Resultatet visade att oro och ångest minskade signifikant hos personer med demenssjukdom när de fick lyssna på sin favoritmusik (Cheung et al. 2018; Sánchez et al. 2016; Sung et al. 2010).

De la Rubia et al. (2018) studie undersökte om musik, där deltagarna i studien fick sjunga med i sånger, kunde minska oro och ångest hos personer med demenssjukdom. Resultatet visade en signifikant reducering av oro och ångest hos deltagarna efter omvårdnadsåtgärden.

En omvårdnadsåtgärd innehållande musik bestod av fem minuters uppvärmning i form av stretchning av stora muskelgrupper samt en andningsövning. Efter uppvärmningen följde aktivt deltagande med spelande av instrument till musiken lett av en studieassistent. Musiken hade en bra rytm och tempo för personer med demenssjukdom att spela olika musikinstrument till som bland annat handbjällra, maracas och tamburin. Avslutningen bestod av fem minuters stretchning till avslappnande musik (Sung et al. 2011).

En liknande omvårdnadsåtgärd innehållande musik bestod av fem minuters välkomstsång och 20 minuter aktivt deltagande genom att spela instrument, stampa i takt till musiken, vifta med band, putta med ballonger till varandra och härma rörelser som gruppledaren gjorde. Därefter följde fem minuters avslappningssång (Cheung et al. 2018). Båda studierna visade att musik med rörelse signifikant reducerade oro och ångest hos deltagarna (Cheung et al. 2018; Sung et al. 2011).

Stimulera genom beröring och sinnesintryck

Stimulering genom beröring i form av akupressur och avslappnande massage på personer med demenssjukdom har visats minska oro och ångest (Rodríguez-Mansilla et al. 2015). Även stimulering genom sinnesintryck där personer med demenssjukdom fritt fått lukta, känna och se på olika föremål har visats minska oro och ångest (Sánchez et al. 2016).

I en studie undersöktes det om öronakupressur eller avslappnande massage kunde minska oro och ångest hos personer med demenssjukdom. En grupp fick akupressur med hjälp av frön som tejpades fast på öronen. En annan grupp fick avslappnande massage över rygg och ben i 20 minuter, 5 dagar i veckan. Båda åtgärderna visades minska oro- och ångestnivåerna hos

deltagarna men akupressurgruppen visade mest oro- och ångestminskande effekt. Akupressur visade dessutom ge effekt redan en månad in i behandlingen, vilket inte sågs hos deltagarna som fick massage (Rodríguez-Mansilla et al. 2015).

En åtgärd innehållande sinnesstimulering har visats minska oro och ångest. Deltagarna i studien fick besöka ett multisensoriskt stimuleringsrum även kallat Snoezelen-rum där avsikten är att stimulera de primära sinnen i ett lugnt och behagligt rum. Rummet innehöll bland annat färgglada kablar, en vattensäng, speglar, en video och aromaterapi där deltagarna fick lukta på olika oljor. Under stimuleringen fick deltagarna fritt undersöka de olika stimulerande föremålen. Den multisensoriska stimuleringen visades ha en signifikant reducering av oro och ångest hos deltagarna både under stimuleringen och vid uppföljningsmätningen (Sánchez et al. 2016).

Diskussion

Syftet med litteraturstudien var att beskriva omvårdnadsåtgärder som minskar oro och ångest hos personer med demenssjukdom i deras hemmiljö. Resultatet från studiens artiklar resulterade i tre teman: *anpassa boendemiljön samt göra den mer personlig, lyssna, sjunga eller röra sig till musik samt stimulera genom beröring och sinnesintryck.*

Resultatdiskussion

Litteraturstudiens resultat visade att när personer med demenssjukdom fick flytta till ett småskaligt boende beläget på landsbygden minskade deras oro- och ångestnivå, vilket stärks av Cioffi et al. (2007) och Schwarz et al. (2004) liknande studier som har visat att personer med demenssjukdom får ökad livskvalitet¹ när de får egna sov- och badrum jämfört med att dela dessa med andra boende. Schwarz et al. (2004) studie visade även att det förekom färre incidenter med störande inslag och mindre agiterat beteende hos deltagarna när matsalen delades in i tre mindre matsalar, och därmed gjorde att färre personer åt tillsammans. Duggan et al. (2008) har i en studie visat att personer med demenssjukdom fick ökad glädje och livskvalitet när de fick vara utomhus medan att vara inne en hel dag kunde öka risken för depression och nedstämdhet. Deltagare i studien menade att frisk luft, solsken, vacker omgivning, vattendrag och natur gjorde att de tänkte bättre och fick dem att må bra (Duggan et al. 2008). Detta tyder på att ha ett eget sovrum med möjlighet till mer integritet, att färre personer med demenssjukdom vistas på samma plats samtidigt och att boendet är beläget på landsbygden kan vara bidragande faktorer som minskar oro och ångest hos personer med demenssjukdom. Litteraturstudiens resultat stärks ytterligare av Socialstyrelsen (2017) nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom som rekommenderar att särskilda boenden för personer med demenssjukdom dels ska vara småskaliga med ett begränsat antal lägenheter och dels ge möjlighet till utomhusvistelse för personer med demenssjukdom (Socialstyrelsen 2017). Duggan et al. (2008) studie visade dock att okända utomhusmiljöer kunde öka känslan av oro och ångest och att det medförde att personer med demenssjukdom begränsade utomhusmiljön de rörde sig i av rädsla för att inte veta var de befann sig. Det kan avhjälpas med att personal eller närstående är med när personer med demenssjukdom är utomhus (Duggan et al. 2008).

Som sjuksköterska är det viktigt att känna till att utomhusmiljöer både kan minska och öka oro- och ångestnivån för personer med demenssjukdom samt att förmedla kunskapen till annan vårdpersonal. Personer med demenssjukdom bör erbjudas trygga och välbekanta utomhusområden att vistas i, alternativt ha någon med sig som de känner sig trygga med när de är utomhus. Vårdpersonal eller närstående som följer med ut bör ha fått information av sjuksköterskan om att personer med demenssjukdom kan uppleva en ökad känsla av oro och ångest av okända utomhusmiljöer och hur de på bästa sätt kan göra för få utomhusvistelsen till att bli en positiv upplevelse.

Litteraturstudiens resultat visade även att en minnesbox, innehållande bland annat personliga foton och videomeddelande, kan vara ett betydelsefullt verktyg för att minska oro och ångest hos personer med demenssjukdom, vilket stärks av socialstyrelsen (2017) nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom som rekommenderar en boendemiljö som känns bekant för personer med demenssjukdom (Socialstyrelsen 2017). Litteraturstudien stärks även av Morgan och Stewart (1999) och Reimer et al. (2004) som i studier har visat att en bekant

¹ Litteraturstudiens resultat skulle kunna stärkas av studier som visar på ökad livskvalitet då ökad livskvalitet här anses betyda bättre hälsa, ökad glädje och ökat välmående med färre negativa känslor som exempelvis oro och ångest.

och hemlik miljö på vårdboenden ger en reducerad oro- och ångestnivå hos personer med demenssjukdom (Morgan & Stewart 1999; Reimer et al. 2004). Att ha egna möbler och personliga minnessaker, exempelvis foton, medtagna till vårdboendet ökar känslan av en hemlik miljö och därmed livskvaliteten (Cioffi et al. 2007). För att få en mer hemlik miljö på vårdboenden kan förutom personliga minnessaker även växter användas (Rappe & Topo 2007). Växter har visats öka välmåendet hos personer med demenssjukdom. Växterna har även visats kunna aktivera minnet hos deltagarna, samtidigt som de minskade ljudnivån och därmed skapade en sorts tillflyktsort. I studien framkom det även att personalen samtalade om växterna med personer med demenssjukdom för att på så sätt minska deras oro, ångest och rastlöshet (Rappe & Topo 2007).

Litteraturstudiens resultat visade även att ett virtuellt naturrum minskade ångestnivån, om än inte signifikant, hos personer med demenssjukdom. Däremot visade deltagare blandade känslor om en virtuell naturupplevelse som visades på en storbildsskärm i Moyle et al. (2018) studie där hälften av deltagarna upplevde en ökad ångest, medan andra deltagare upplevde den som tillfredsställande. De olika reaktionerna kring den virtuella naturupplevelsen kan ha orsakats av att deltagarna fick vistas i olika miljöer under den virtuella naturupplevelsen. I det ena rummet där den virtuella naturupplevelsen visades kunde olika omkringliggande faktorer som upplevdes som distraherande ha påverkat reaktionerna hos personer med demenssjukdom. Andra faktorer som kan ha haft en påverkan på studiens resultat var att antalet deltagare i studien var få, vilket gjorde att studiens resultat inte gick att generalisera (Moyle et al. 2018).

De olika upplevelserna kring virtuell naturupplevelse kan ha uppstått eftersom deltagarna i den ena studien hade möjlighet till att lukta, känna och uppleva blommorna i ett fysiskt format. En virtuell naturupplevelse på en storbildsskärm kanske inte är tillräckligt för att personer med demenssjukdom skall kunna uppleva det som verkligt. Anledningen till den negativa upplevelsen kan också vara att äldre personer med demenssjukdom inte är van modern teknik och därmed saknar förståelse för upplevelsen.

Litteraturstudiens resultat visade att oro och ångest minskar hos personer med demenssjukdom när de får lyssna på musik vilket stärks av Guétin et al. (2009) studie där deltagarna i studien visade en signifikant reduktion av oro och ångest efter att ha fått lyssna på musik. Litteraturstudiens resultat stärks även av Svansdottir och Snaedal (2006) studie som visat att musik gett en signifikant reduktion av oro och ångest. I studien fick personer med demenssjukdom antingen lyssna på musik eller sjunga med till musiken (Svansdottir & Snaedal 2006). Litteraturstudiens resultat stärks även av Suzuki et al. (2007) studie som visade att musik haft en minskande effekt på oro och ångest hos personer med demenssjukdom när de fick sjunga med i sånger som spelades. Socialstyrelsen (2017) nationella riktlinjer vid vård och omsorg vid demenssjukdom beskriver musik som ett verktyg till en personcentrerad inriktad omvårdnad och vidare rekommenderas musik och sång vilket stärker litteraturstudiens resultat (Socialstyrelsen 2017).

Litteraturstudiens resultat sägs till viss del emot av Ragneskog et al. (2011) studie där hälften av deltagarna visade ett ökat irriterat beteende efter att ha fått lyssna på musik. De andra deltagarna i studien visade dock lägre oro och ångest när de fick lyssna på musik (Ragneskog et al. 2011).

Litteraturstudiens resultat visade att musik minskade oro och ångest hos personer med demenssjukdom. Musikens reducerande effekt på oro och ångest har även visats vid andra sjukdomar utöver demenssjukdom. Musik har visats minska oro och ångest hos patienter som

ska genomgå en operation (Wang et al. 2002; Palmer et al. 2015). I Wang et al. (2002) studie fick patienterna lyssna på musik via hörlurar i 30 minuter. Resultatet visade att patienterna hade signifikant minskad oro och ångest inför operation efter att ha fått lyssna på musik. I Palmer et al. (2015) studie fick ena gruppen livemusik spelad av en musikterapeut och den andra gruppen fick lyssna på musik som var inspelad. Resultatet visade att livemusik och inspelad musik minskade deltagarnas oro och ångest (Palmer et al. 2015).

Då litteraturstudiens resultat visade att musik hjälper mot oro och ångest bör sjuksköterskan tillämpa musik som omvårdnadsåtgärd hos personer med demenssjukdom för att öka deras välbefinnande. Dock bör sjuksköterskan och annan vårdpersonal vara uppmärksam på känsloreaktioner vid musiklyssnande då det framkom i en studie att musiken kan ha en negativ inverkan hos personer med demenssjukdom. Kunskap om att musiken har en reducerande effekt på oro och ångest är en viktig omvårdnadsåtgärd som sjuksköterskan bör dela med sig av till annan vårdpersonal. Genom att föra vidare kunskapen kan annan vårdpersonal på exempelvis särskilda boenden för personer med demenssjukdom, anpassa musiken efter vad personerna tycker om men även tillämpa musik vid omvårdnadsarbete där ångestfyllda känslor kan uppstå.

Litteraturstudiens resultat visade att akupressur minskade oro och ångest hos personer med demenssjukdom och stärks av Simoncini et al. (2015) studie, där personer med demenssjukdom visade en minskad oro och ångest efter att ha fått akupressur på vristerna. Akupunktur, som är en liknande behandlingsform, har också visats kunna minska oro och ångest hos personer med demenssjukdom vilket stärker litteraturstudiens resultat. I Lombardo et al. (2001) studie sågs en signifikant minskad oro- och ångestnivå hos deltagarna efter att ha fått akupunktur. I studien sågs även lägre depressionsnivåer, dock inte signifikant lägre som på oro- och ångestnivåerna, (Lombardo et al. 2001).

Litteraturstudiens resultat stärks även av akupressurens oro- och ångestminskande effekt vid andra sjukdomstillstånd (Agarwal et al. 2005; Kober et al. 2003; Vailee et al. 2012). Öronakupressur, liknande den i litteraturstudiens resultat, har visats minska oro och ångest hos patienter under ambulanstransport till sjukhus. Patienterna var utöver mindre oro- och ångestfyllda även mer optimistiska om utgången av deras sjukdom och förväntade sig mindre smärta (Kober et al. 2003). Akupressur har även tillämpats i studier där deltagarna ska genomgå en operation (Agarwal et al. 2005; Vailee et al. 2012). Resultatet visade att oron och ångesten minskade inför operationen efter akupressuren.

Litteraturstudiens resultat om massagens reducerande effekt på oro och ångest stärks av Kim och Buschmann (1999) studie där personer med demenssjukdom fick handmassage i fem och en halv minut två gånger dagligen. Deltagarna gavs även strykningar över axlar och armar både under och efter massagen. Oron och ångesten hos deltagarna mättes genom pulsmätningar och efter handmassagen uppmättes en lägre puls hos deltagarna vilket forskarna i studien ansåg som en minskning av oro och ångest. Litteraturstudiens resultat stärks ytterligare av Suzuki et al. (2010) studie där deltagarna gavs taktill handmassage av sjuksköterskor. Deltagarnas oro och ångest minskade efter omvårdnadsåtgärden, vilket även kunde noteras av sjuksköterskorna som utförde den taktilla massagen på deltagarna.

Akupressur, akupunktur och massage reducerande effekt på oro och ångest hos personer med demenssjukdom är en viktig kunskap för sjuksköterskan att ha. Även om dessa metoder inte tillhör sjuksköterskans utbildning eller kompetensområde, kan sjuksköterskan med hjälp av sin kunskap initiera dessa åtgärder till personer med rätt utbildning och kompetens. Det gör att

sjuusköterskan kan ge en så god omvårdnad som möjligt, även om det utförs av någon annan profession.

Metoddiskussion

Litteraturstudien utgick ifrån Polit & Beck's (2016) niostegsmodell för att få ett metodiskt och strukturerat tillvägagångssätt i litteraturstudien. Genom att använda tre databaser minskade risken att gå miste om relevanta artiklar och ansågs ge en bra grund för litteraturstudien. Sökorden som använts i studien har sökts i samtliga databaser och ansetts relevanta då databassökningen med de valda sökorden har gett svar på syftet. Interna och externa dubletter har förekommit vid databassökningen i de olika databaserna, vilket också visar att sökorden som använts har varit tillräckliga för att besvara studiens syfte. Ordet anxiety har använts som sökord för både oro och ångest dels för att ordens betydelse går in i varandra och dels eftersom sökord för oro som worry, worryness och concern inte gav ett sökresultat som svarade på studiens syfte. Tidsintervallet för studien som valdes var 2010-01-01 till 2019-03-31 vilket anses som en styrka för studien eftersom det ger ett aktuellt och uppdaterat forskningsresultat.

I urval ett lästes artiklarnas titel och abstrakt. Detta tillvägagångssätt medför en ökad risk för att lämpliga artiklar felaktigt exkluderades, i de fall artikelns innehåll inte tydligt beskrivs i titel eller abstrakt. I urval två lästes artiklarna i sin helhet. Under denna del av urvalsprocessen upptäcktes att många artiklar valt att samla ihop ångest tillsammans med andra symtom eller sjukdomstillstånd (till exempel fobi och depression). Detta gjorde att resultatet inte blev användbart för litteraturstudien då det inte gick att utläsa ett resultat specifikt för ångest. En exkludering av de resultat som är blandat med fler symtom eller sjukdomstillstånd än ångest gör att trovärdigheten hos litteraturstudien ökar. I urval 3 granskades artiklarna utifrån Polit och Beck's (2016) granskningsmall för kvantitativ forskning vilket är en styrka för litteraturstudien då det tyder på god kvalitet hos de artiklar som valts ut och som litteraturstudiens resultat bygger på. Alla artiklarna var även peer reviewed vilket innebär att artikeln har blivit läst och granskad av oberoende granskare innan den blivit accepterad för publicering (CODEX 2019). Under databearbetningen lästes och analyserades artiklarna först individuellt för att sedan analyseras och granskas gemensamt tills ömsesidig förståelse för artikeln uppnåddes. Lexikon användes för att öka förståelsen av artiklarnas innehåll under hela processen. Dessa tillvägagångssätt ansågs som en styrka för litteraturstudien då feltolkningar och förutfattade meningar undveks. Litteraturstudiens resultat utgörs av kvantitativa artiklar vilket kan ses som en styrka då kvantitativ forskning vid omvårdnad enligt Forsberg och Wengström (2016) används för att bland annat undersöka omvårdnadsåtgärder som är till hjälp för patienter. Då litteraturstudien inte hade några geografiska begränsningar grundades litteraturstudiens resultat på artiklar från olika länder och världsdelar, vilket kan ses som både en styrka och en svaghet. Litteraturstudiens resultat innehåller inga artiklar från norden, vilket kan ses som en svaghet då vården kan se olika ut världen över och boendeformerna kan skilja sig för personer med demenssjukdom, vilket även framkom i litteraturstudiens resultat. En styrka är att flera länder har kommit fram till att musik minskar oro och ångest hos personer med demenssjukdom, vilket talar för att resultatet är trovärdigt och går att tillämpa som omvårdnadsåtgärd hos personer med demenssjukdom i flera länder.

Slutsats

Resultatet av litteraturstudien visade att anpassa boendemiljön samt göra den mer personlig, lyssna, sjunga eller röra sig till musik samt stimulera genom beröring och sinnesintryck minskade oro och ångest hos personer med demenssjukdom.

Klinisk betydelse

Kunskapen om olika omvårdnadsåtgärder som kan minska oro och ångest hos personer med demenssjukdom är viktiga för att sjuksköterskan ska ta till sig av för att kunna ge en god personcentrerad omvårdnad. Omvårdnadsåtgärder som att lyssna på musik, sjunga och utföra taktill massage är enkla och billiga icke-farmakologiska omvårdnadsåtgärder som sjuksköterskan kan tillämpa eller överlåta till annan personalgrupp att utföra. Kunskapen om att exempelvis akupressur minskar oro och ångest hos personer med demenssjukdom är också viktiga för sjuksköterskan att ha, även om det utförs av någon annan med korrekt utbildning.

Förslag till fortsatt forskning

Idag lever omkring 50 miljoner människor med demenssjukdom och år 2040 beräknas antalet ha ökat till över 81 miljoner. Oro och ångest är två vanliga beteendemässiga och psykiska symtom vid demens som orsakar stort lidande vilket gör att det är viktigt att sjuksköterskan tar reda på vilka omvårdnadsåtgärder som kan minska oro och ångest. Under litteraturstudien har flertalet artiklar valts bort då oro och ångest mättes ihop med andra symtom eller sjukdomstillstånd och därför är det önskvärt med mer forskning som specifikt undersöker oro och ångest hos personer med demenssjukdom. Utökad forskning om ämnet skulle ge sjuksköterskan och annan vårdpersonal bättre kunskap om olika omvårdnadsåtgärder för att minska oro och ångest hos personer med demenssjukdom och på så sätt minska deras lidande.

Referenslista

* Artiklar som tillhör resultatet

Abrahamsson, B-L. (2003). *Demens – omsorg och omvårdnad*. Stockholm: Bonnier Utbildning AB.

Agarwal, A., Ranjan, R., Dhiraaj, S., Lakra, A., Kumar, M. & Singh, U. (2005). Acupressure for prevention of pre-operative anxiety: a prospective, randomised, placebo controlled study. *Anaesthesia*, 60(10), 978–981. Doi: [10.1111/j.1365-2044.2005.04332.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.2005.04332.x)

Ballard, C. G, Mohan, R., Patel, A. & Graham, C. (1994) Anxiety disorder in dementia. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 11(3), 108–109. <https://doi.org/10.1017/s0790966700014750>

Basun, H. (2013a). Alzheimers sjukdom. I Basun, H., Skog, M., Wahlund, L-O. & Wijk, H. (red.). *Boken om demenssjukdomar*. Stockholm: Liber. ss. 13–26.

Basun, H. (2013b). Lewykroppsdemens. I Basun, H., Skog, M., Wahlund, L-O. & Wijk, H. (red.). *Boken om demenssjukdomar*. Stockholm: Liber. ss. 27–34.

Björvell, C. & Thorell-Ekstrand, I. (2014). Omvårdnadsåtgärder. I Ehrenberg, A. & Wallin, L. (red.). *Omvårdnadens grunder: ansvar och utveckling*. 2. Uppl. Lund: Studentlitteratur. ss. 113-133.

*Cheung, D. S. K., Kam Yuk Lai, C., Kam Yuet Wong, F. & Chin Pang Leung, M. (2018). The effects of music-with-movement intervention on the cognitive functions of people with moderate dementia: a randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, 22(3), 306-315. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1251571>

Cioffi, J. M., Fleming, A., Wilkes, L., Sinfield, M. & Miere, J. L. (2007). The effect of environmental change on residents with dementia. *Dementia*, 6(2), 215-231. <https://doi.org/10.1177/1471301207080364>

CODEX (2019). *Oredlighet i forskning*. <http://www.codex.vr.se/etik6.shtml> [2019-03-25].

*Davison, T. E., Nayer, K., Coxon, S., de Bono, A., Eppingstall, B., Jeon, Y-H., van der Ploeg, E.S. & O'connor, D.W. (2016). A personalized multimedia device to treat agitated behavior and improve mood in people with dementia: A pilot study. *Geriatric Nursing*, 37(1), 25-29. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2015.08.013>

*De la Rubia Ortí, J. E., Pilar García-Pardo, M., Cabañés Iranzo, C., Cerón Madrigal, J. J., Sancho Castillo, S., Julián Rochina, M. & Prado Gascó, V. J. (2018). Does Music Therapy Improve Anxiety and Depression in Alzheimer's Patients?. *The Journal Of Alternative And Complementary Medicine*, 24(1), 33-36. <https://doi.org/10.1089/acm.2016.0346>

Drivdal Berentsen, V. (2008). Kognitiv svikt och demenssjukdom. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Hylén Ranhoff, A. (red.) *Geriatrisk omvårdnad*. Stockholm: Liber. ss. 343–376.

Duggan, S., Blackman, T., Martyr, A. & Van Shaik, P. (2008). The impact of early dementia on outdoor life. *Dementia*, 7(2), 191–204. <https://doi.org/10.1177/1471301208091158>

Eide, H. & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation: relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur.

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin Ivanoff, S., Johansson, I-L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L-E., Rosén, H., Rydmark, M. & Stibrant Sunnerhagen, K. (2011). Person-centered care: Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248–251. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008>

Eriksdotter Jönhagen, M. (2011). Demenssjukdomar - en översikt. I Edberg, A-K. (red.) *Att möta personer med demens*. Lund: Studentlitteratur, ss. 345–356.

Fazio, S., Pace, D., Flinner, J. & Kallmyer, B. (2018). The Fundamentals of Person-Centered Care for Individuals With Dementia. *The Gerontologist*, 58(1), 10-19. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx122>

Ferretti, L., McCurry, S. M., Logsdon, R., Gibbons, L. & Teri, L. (2001). Anxiety and Alzheimer's Disease. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 14(1), 52–58. <https://doi.org/10.1177%2F089198870101400111>

Ferri, C. P., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M., Hall, K., Hasegawa, K., Hendrie, H., Huang, Y., Jorm, A., Mathers, C., Menezes, P. R., Rimmer, E., Sczufca, M. (2005). Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *The Lancet*, 366(9503), 2112-2117. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67889-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67889-0)

Finkel, S., Costa e Silva, J., Cohen, G., Miller, S & Sartorius, N. (1997). Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *International journal of geriatric psychiatry*, 12(11), 1060–1061. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(199711\)12:11<1060::AID-GPS658>3.0.CO;2-M](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(199711)12:11<1060::AID-GPS658>3.0.CO;2-M)

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier*. 4. Uppl. Stockholm: Natur & Kultur.

Goyal, A. R., Bergh, S., Engedal, K., Kirkevold, M. & Kirkevold, Ø. (2017). Anxiety, Anxiety Symptoms, and Their Correlates in Persons with Dementia in Norwegian Nursing Homes: A Cause for Concern. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 43(5–6), 294–305. <https://doi.org/10.1159/000471796>

Guétin, S., Portet, F., Picot, M.C., Pommié, C., Messaoudi, M., Djalbelkir, L., Olsen, A. L., Cano, M. M., Lecourt, E. & Touchon, J. (2009). Effect of Music Therapy on Anxiety and Depression in Patients with Alzheimer's Type Dementia: Randomised, Controlled Study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 28(1), 36-46. <https://doi.org/10.1159/000229024>

Hersch, E. C. & Falzgraf, S. (2007). Management of the behavioral and psychological symptoms of dementia. *Clinical Interventions in Aging*, 2(4), 611–621. <https://doi.org/10.2147/CIA.S1698>

Kober, A., Scheck, T., Schulbert, B., Strasser, H., Gustorff, B., Bertalanffy, P., Wang, S-M., Kain, Z. N. & Hoerauf, K. (2003). Auricular Acupressure as a Treatment for Anxiety in Prehospital Transport Settings. *American Society of Anesthesiologists*, 98(6), 1328–1332. <https://doi.org/10.1097/00000542-200306000-00005>

*Kok, J. S., Nielen, M. M. A. & Scherder, E. J. A. (2018). Quality of life in small-scaled homelike nursing homes: an 8-month controlled trial. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0853-7>

Kilander, L. (2013). Frontotemporal demens. I Basun, H., Skog, M., Wahlund, L-O. & Wijk, H. (red.). *Boken om demenssjukdomar*. Stockholm: Liber. ss, 34–49.

Kim, E. J. & Buschmann M.T. (1999). The effect of expressive physical touch on patients with dementia. *International Journal of Nursing Studies*, 36(3), 235-243. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(99\)00019-X](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(99)00019-X)

Lidén, E. (2014). Omvårdnadens institutionella inramning. I Ehrenberg, A. & Wallin, L. (red.). *Omvårdnadens grunder: ansvar och utveckling*. 2. Uppl. Lund: Studentlitteratur. ss, 135–165.

Lombardo, N. B. E., Dresser, M. V. B., Malivert, M., McManus, C. A., Vehvilainen, L., Lock, W., Xu, G., Rosowsky, E., Drebing, C., Sheridan, P. L., Lewis, S., Imaida, T., Hohnstein, J. K. & Perry, K. (2001). Acupuncture as Treatment for Anxiety and Depression in Persons with Dementia: Results of a Feasibility and Effectiveness Study. *Alzheimer's Care Quarterly*, 2(4), 28–41.

Malmquist, J. & Lundh, B. (2016). *Medicinska ord: Det medicinska språket, begrepp, definitioner, termer*. Lund: Studentlitteratur.

Morgan, D. G. & Stewart, N. J. (1999). The Physical Environment of Special Care Units: Needs of Residents With Dementia From the Perspective of Staff and Family Caregivers. *Qualitative Health Research*, 9(1), 105–118. <https://doi.org/10.1177/104973299129121721>

Moyle, W., Jones, C., Dwan, T. & Petrovich, T. (2018). Effectiveness of a Virtual Reality Forest on People With Dementia: A Mixed Methods Pilot Study. *The Gerontologist*, 58(3), 478-487. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw270>

Ottosson, J. & D'elia, G. (2008). *Rädsla oro ångest: Behandling i samarbete*. Stockholm: Liber.

Palmer, B. J., Lane, D., Mayo, D., Schluchter, M. & Leeming, R. (2015). Effects of Music Therapy on Anesthesia Requirements and Anxiety in Women Undergoing Ambulatory Breast Surgery for Cancer Diagnosis and Treatment: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology*, 33(28), 3162-3168. [10.1200/JCO.2014.59.6049](https://doi.org/10.1200/JCO.2014.59.6049)

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2016). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 10. Uppl. Philadelphia: Wolters Kluwer

Ragneskog, H. Asplund, K., Kihlgren, M., Norberg, A. (2001). Individualized music played for agitated patients with dementia: Analysis of video-recorded sessions. *International Journal of Nursing Practice*. 7(3), 146–155. <https://doi.org/10.1046/j.1440-172X.2001.00254.x>

Rappe, E & Topo, P. (2007). Contact with Outdoor Greenery Can Support Competence Among People with Dementia. *Journal of Housing For the Elderly*, 21(3-4), 229-248. https://doi.org/10.1300/j081v21n03_12

Reimer, M. A., Slaughter, S., Donaldson, C., Currie, G. & Eliasziw, M. (2004). Special Care Facility Compared with Traditional Environments for Dementia Care: A Longitudinal Study of Quality of Life. *Journal of the American Geriatric Society*, 52(7), 1085–1092. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52304.x>

*Reynolds, L., Rodiek, S., Lininger, M. & McCulley, A. (2018). Can a Virtual Nature Experience Reduce Anxiety and Agitation in People With Dementia?. *Journal of Housing For the Elderly*, 32(2), 176-193. <https://doi.org/10.1080/02763893.2018.1431583>

*Rodríguez-Mansilla, J., González López-Arza, M. V., Varela-Donoso, E., Montanero-Fernández, J., González Sánchez, B. & Garrido-Ardila, E. M. (2015). The effects of ear acupressure, massage therapy and no therapy on symptoms of dementia: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 29(7), 683-693. <https://doi.org/10.1177/0269215514554240>

*Sánchez, A., Maseda, A., Marante-Moar, P., de Labra, C., Lorenzo-López, L. & Millán-Calenti, J.C. (2016). Comparing the effects of multisensory stimulation and individualized music sessions on elderly people with severe dementia: a randomized controlled trial. *Journal of Alzheimer's Disease*, 52(1), 303–315. <https://doi.org/10.3233/jad-151150>

Schwartz, B., Chaudhury, H. & Tofle, R. B. (2004). Effect of design interventions on a dementia care setting. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 19(3), 172–176. <https://doi.org/10.1177/153331750401900304>

Seignourel, P. J., Kunik, M. E., Snow, L., Wilson, N. & Stanley, M. (2008). Anxiety in dementia: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1071–1082. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.02.008>

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet.

Simoncini, M., Gatti, A., Ettore Quirico, P., Balla, S., Capellero, B., Obialero, R., D'Agostino, S., Sandri, N. & Pernigotti, L. M. (2015). Acupressure in insomnia and other sleep disorders in elderly institutionalized patients suffering from Alzheimer's disease. *Aging Clin Exp Res*, 27(1), 37-42. <https://doi.org/10.1007/s40520-014-0244-9>

Skog, M. (2013). Den fundamentala och kroppsnära vården och omsorgen vid demenssjukdom. I Basun, H., Skog, M., Wahlund, L-O. & Wijk, H. (red.). *Boken om demenssjukdomar*. Stockholm: Liber. ss. 77–152.

Socialstyrelsen (2011). *Bostad i särskilt boende är den enskildes hem*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2017). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom: stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU] (2006). *Demenssjukdomar: En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

*Sung, H-C., Chang, A. M. & Lee, W-L. (2010). A preferred music listening intervention to reduce anxiety in older adults with dementia in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 19(7-8), 1056-1064. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03016.x>

*Sung, H-C., Lee, W-L., Li, T-L. & Watson, R. (2011). A group music intervention using percussion instruments with familiar music to reduce anxiety and agitation of institutionalized older adults with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(6), 621-627. <https://doi.org/10.1002/gps.2761>

Suzuki, M., Kanamori, M., Nagasawa, S., Tokiko, I. & Takayuki, S. (2007). Music therapy-induced changes in behavioral evaluations, and saliva chromogranin A and immunoglobulin A concentrations in elderly patients with senile dementia. *International Geriatrics & Gerontology*, 7(1), 61-71. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2007.00374.x>

Suzuki, M., Tatsumi, A., Otsuka, T., Kikuchi, K., Mizuta, A., Makino, K., Kimoto, A., Fujiwara, K., Abe, T., Nakagomi, T., Hayashi, T. & Saruhara, T. (2010). Physical and Psychological Effects of 6-Week Tactile Massage on Elderly Patients With Severe Dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 25(8), 680-686. <https://doi.org/10.1177/1533317510386215>

Svansdottir, H. B. & Snaedal, J. (2006). Music therapy in moderate and severe dementia of Alzheimer's type: a case-control study. *International Psychogeriatrics*, 18(4), 613-621. <https://doi.org/10.1017/s1041610206003206>

Svensk sjuksköterskeförening (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening

Svensk sjuksköterskeförening (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening

Sykepleiernes Samarbeid i Norden (2003). *Etiske retningslinjer for omvårdningsforskning i Norden*. <http://ssn-norden.dk/wp-content/uploads/2016/01/SSNs-etiske-retningslinjer.pdf> [2019-03-25].

Valiee, S., Bassampour, S. S., Nikbakht Nasrabadi, A., Pouresmaeil, Z. & Mehran, A. (2012). Effect of Acupressure on Preoperative Anxiety: A Clinical Trial. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 27(4), 259-266. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2012.05.003>

Vetenskapsrådet (2017). *God forskningssed*. https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1529480532631/God-forskningssed_VR_2017.pdf [2019-03-25].

Wahlund, L. (2013). Vaskulär demens. I Basun, H., Skog, M., Wahlund, L. & Wijk, H. (red.). *Boken om demenssjukdomar*. Stockholm: Liber. ss. 50-55

Wang, S.M., Kulkarni, L., Dolev, J. Kain, Z. N (2002). Music and Preoperative Anxiety: A Randomized Controlled Study. *Society for Ambulatory Anesthesia*, 94(6), 1489–1494. <https://doi.org/10.1097/00000539-200206000-00021>

World Health Organisation (2017). Dementia. Geneva: WHO. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/> [2019-02-20].

Bilaga 1

| Författare, Årtal & Land | Syfte | Metod | Huvudresultat |
|---|---|--|--|
| Cheung et al. 2018 Kina | Utvärdera effekten av musik med rörelse jämfört med musiklyssnande och sociala aktiviteter på de kognitiva funktionerna hos personer med demenssjukdom. | Kvantitativ randomiserad kontrollstudie Urval: Deltagare rekryterades efter valda inklusionskriterier och deltagare som inte gillade musik och sociala aktiviteter. Antal deltagare: 165. Bortfall: 0 st. | Resultatet visade att musik med rörelser och musiklyssnande hade minskande effekt på ångest hos personer med demenssjukdom. |
| Författare, Årtal & Land | Syfte | Metod | Huvudresultat |
| Davison et al. 2016 Australien | Syftet med studien var att undersöka om en minnesbox kunde minska agiterat beteende, ångest och andra beteendemässiga symtom vid demenssjukdom. | Kvantitativ cross-over pilotstudie Urval: Deltagarna valdes ut från ett boende med inklusionskriterier. Antal deltagare: 11. Bortfall: 23 st externa och 5 st interna. | Resultatet visade att minnesboxen hade en signifikant minskande effekt på ångest hos personer med demenssjukdom. En minskad effekt på ångest kunde även ses i kontrollåtgärden där deltagare fick 30 minuters läsning och diskutera lokala händelser med en studieassistent. |

| Författare, Årtal & Land | Syfte | Metod | Huvudresultat |
|---|---|--|---|
| De la Rubia et al. 2018 Spanien | Syftet med studien var att se ifall musikterapi förbättrar ångest och depression hos personer med Alzheimers sjukdom. | Kvantiativ kvasiexperimentell studie Urval: Deltagarna rekryterades efter inklusions- och exklusionskriterier. Antal deltagare: 25. Bortfall: Ej redovisat. | Resultatet visade att ångest och depression minskade hos deltagarna efter att de fått delta i musikterapi där de fått sjunga med i olika sånger. |
| Författare, Årtal & Land | Syfte | Metod | Huvudresultat |
| Kok et al. 2018 Nederländerna | Syftet med studien var att undersöka om mindre vårdboenden kunde ge en ökad livskvalité hos de demenssjuka. | Kvantiativ longitudinell icke-randomiserad experimentstudie. Urval: Deltagarna rekryterades från ett boende. Antal deltagare: 84. Bortfall: 102 st. | Studien visade att deltagarna som flyttade till ett mindre vårdboende hade över tid en signifikant lägre ångestnivå jämfört med deltagarna boende i ett standardboende. |

| Författare, Årtal & Land | Syfte | Metod | Huvudresultat |
|--|--|---|---|
| Reynolds et al. 2018 USA | Syftet med studien var att undersöka ifall en virtuell naturupplevelse kunde minska stress, agitation och ångest hos personer med demenssjukdom. | Kvantitativ pilotstudie. Urval: Deltagarna rekryterades från ett boende om de hade uppvisat beteenden som studien ville undersöka. Antal deltagare: 14. Bortfall: 2 Externa och 5 interna. | Resultatet visade att ångesten minskade hos personer med demenssjukdom efter att de fått vistas i det virtuella naturrummet. |
| Författare, Årtal & Land | Syfte | Metod | Huvudresultat |
| Rodríguez-Mansilla et al. 2015 Spanien | Syftet med studien var att undersöka effekten av öronakupressur och massageterapi på ångest, depression och smärta hos personer med demenssjukdom. | Kvantiativ randomiserad kontrollstudie. Urval: Deltagarna rekryterades från ett äldreboende efter valda inklusions- och exklusionskriterier. Antal deltagare: 111. Bortfall: 9 st. | Resultatet visade att både massage och öronakupressur hade en minskande effekt på ångest hos personer med demenssjukdom. Dock visade öronakupressur på en större reducerande effekt av ångest än massageinterventionen. |

| Författare, Årtal & Land | Syfte | Metod | Huvudresultat |
|---|--|---|--|
| Sánchez et al. 2016 Spanien | Syftet med studien var att jämföra MSSE:s effekt mot individualiserade musiksessioners effekt på beteendemässiga symtom som bland annat agitation och den kognitiva statusen hos personer med demenssjukdom. | Kvantitativ randomiserad kontrollstudie. Urval: Deltagarna valdes ut från ett demensboende utifrån valda inklusionskriterier och exklusionskriterier. Antal deltagare: 18. Bortfall: 4 st. | Resultatet visade att deltagarna i MSSE-gruppens ångest signifikant minskade både under och efter interventionen. En signifikant reduktion av ångest kunde ses hos deltagarna i den individualiserade musikgruppen efter omvårdnadsåtgärden. |
| Författare, Årtal & Land | Syfte | Metod | Huvudresultat |
| Sung et al. 2011 Taiwan | Syftet med studien var att utvärdera effekten av en omvårdnadsåtgärd innehållande gruppmusik och användandet av musikinstrument på ångest och agiterat beteende hos äldre personer med demenssjukdom. | Kvantitativ randomiserad kontrollstudie. Urval: Deltagarna rekryterades från ett vårdboende efter valda inklusionskriterier. Antal deltagare: 55. Bortfall: 5 st. | Resultatet visade att omvårdnadsåtgärden innehållande gruppmusik och användandet av musikinstrument gav lägre ångest hos deltagarna än de som i kontrollgruppen enbart erhöll den vanliga omvårdnaden. |

| Författare, Årtal & Land | Syfte | Metod | Huvudresultat |
|-------------------------------|---|---|---|
| Sung et al. 2010 Taiwan | Syftet med studien var att undersöka ifall föredragen musik kan minska ångest hos personer med demenssjukdom. | Kvantitativ studie med kvasi-experimentella tester. Urval: Deltagarna rekryterades från ett vårdboende efter valda inklusionskriterier. Antal deltagare: 52. Bortfall: 1 st. | Resultatet visade att när personer med demenssjukdom får lyssna på musik som de tycker om, som valts ut av anhöriga, minskade deras ångest. |