

CAST - Center for An-  
vendt Sundhedstjeneste-  
forskning og  
Teknologivurdering  
Winsløwparken 19, 3  
5000 Odense C

Tlf.: 6550 1000  
Fax: 6591 8296

# **Pleje- og omsorgsmetoder til demensramte: Et litteraturstudie af den dokumenterede effekt**

**Maj 2003**

Anne Lee

## Indholdsfortegnelse:

<b>1. Forord.....</b>	<b>4</b>
<b>2. Sammenfatning af rapporten .....</b>	<b>5</b>
<b>3. Indledning .....</b>	<b>8</b>
3.1 Demens.....	9
3.2 Pleje og omsorg.....	10
3.3 Problemformulering og afgrænsning .....	11
3.4 Formål med denne undersøgelse .....	13
3.5 Resultaternes betydning for valg af pleje- og omsorgsmetode .....	14
3.6 Præsentation af resultater .....	15
<b>4. Metode.....</b>	<b>17</b>
4.1 Litteratursøgning .....	17
4.2 Vurdering af litteraturen.....	18
<b>5. Resultater .....</b>	<b>23</b>
5.1 Reminiscens .....	23
5.1.1 Udvalgt og evalueret litteratur .....	24
5.1.2 Resultater .....	26
5.1.3 Konklusion.....	27
5.2 Livshistorie.....	28
5.2.1 Udvalgt og evalueret litteratur .....	29
5.2.2 Resultater .....	30
5.2.3 Konklusion.....	30
5.3 Validering.....	31
5.3.1 Udvalgt og evalueret litteratur .....	31
5.3.2 Resultater .....	32
5.3.3. Konklusion.....	33
5.4 Gently teaching .....	34
5.5 Retrogenesis .....	34
5.6 Marte meo metoden.....	35
5.7 Musikstimulering .....	35
5.7.1 Udvalgt og evalueret litteratur .....	36
5.7.2 Resultater .....	38
5.7.3 Konklusion.....	40
5.8 Snoezelen/ Multi-Sensory Stimulation.....	41
5.8.1 Udvalgt og evalueret litteratur .....	41

5.8.2 Resultater .....	43
5.8.3 Konklusion .....	44
5.9 Aromaterapi.....	44
5.9.1 Udvalgt og evalueret litteratur .....	45
5.9.2 Resultater .....	46
5.9.3 Konklusion .....	47
5.10 Lysterapi.....	47
5.10.1 Udvalgt og evalueret litteratur .....	48
5.10.2 Resultater .....	50
5.10.3 Konklusion .....	52
5.11 Dementia Care Mapping .....	52
5.11.1 Udvalgt og evalueret litteratur .....	54
5.11.2 Resultater .....	56
5.11.3 Konklusion .....	58
<b>6. Undersøgelser der vurderer flere pleje- omsorgs metoder.....</b>	<b>60</b>
6.1 Følelsesorienteret pleje- og omsorgsmetode.....	61
<b>7. Diskussion .....</b>	<b>62</b>
<b>8. Konklusion .....</b>	<b>65</b>
<b>9. Referencer .....</b>	<b>66</b>
<b>10. Bilag 1.....</b>	<b>77</b>
<b>11. Bilag 2.....</b>	<b>85</b>

## 1. Forord

Denne rapport er blevet til i perioden fra august 2002 til oktober 2003 som et led i en aftale mellem Socialministeriets departement og det sundhedsøkonomiske forskningsmiljø ved Syddansk Universitet (SDU). Efter oprettelsen af Styrelsen for Social Service har samarbejdet om rapportens udarbejdelse fundet sted mellem Styrelsen og det sundhedsøkonomiske forskningsmiljø, omfattende Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering (CAST) og Den sundhedsøkonomiske Forskningsenhed (SØ) ved SDU. Fra SØ varetog Christian Kronborg Andersen, Ph.D., cand. oec., det faglige ansvar indtil sin fratræden den 1. april 2003, hvorefter ansvaret overgik til Jan Sørensen, leder af CAST og Professor Terkel Christensen, leder af SØ.

Rapporten indeholder et litteraturstudie, som gennemgår og vurderer effekten af pleje- og omsorgsmetoder til demensramte ud fra den tilgængelige videnskabelige dokumentation af den enkelte metode.

Rapporten kan ses som en samlet præsentation af pleje- og omsorgsmetoder, der bruges eller udvikles i dag. Derudover vil rapporten kunne bruges som en oversigt over og dokumentation af effekter, der siden 1990 er vist i videnskabelige undersøgelser af metoderne.

Tidligere udgaver af rapporten har være drøftet med Styrelsen for Social Service. Derudover har Lisbeth Villemoes Sørensen og Christine Swane som peer-reviewere givet yderst konstruktive og brugbare kommentarer til rapportens endelige udformning.

## **2. Sammenfatning af rapporten**

Socialministeriets departement har med denne undersøgelse taget initiativ til at styrke den forskningsbaserede viden for den del af demensområdet, der vedrører det sociale område. Baggrunden for undersøgelsen var et ønske om et validt beslutningsgrundlag ved indførelse af pleje- og omsorgsmetoder til demente personer. Undersøgelsen indikerer at forskellige metoder har en positiv effekt på mennesker med demens eller på de forskellige problemer, som kan være en følge af demenssygdom. Men der savnes en dokumentation for metodernes specifikke effekt, ud fra hvilken der kan vælges en eller flere pleje- og omsorgsmetoder, og ud fra hvilken der kan udføres en økonomisk evaluering.

Undersøgelsen blev udført som et litteraturstudie af videnskabelige artikler om effekten af udvalgte pleje- og omsorgsmetoder. I undersøgelsen indgik en litteratursøgning i perioden 1990 til 2002, samt en udvælgelse af artikler på baggrund af opstillede in- og eksklusionskriterier. Resultaterne består af en beskrivelse af de udvalgte metoder og deres effekt, samt en vurdering af de inkluderede studier ud fra udvalgte kriterier.

I undersøgelsen indgik følgende pleje- og omsorgsmetoder: Reminiscens, Livshistorie, Validering, Musikstimulering, Snoezelen / Multi-Sensory Stimulation, Aromaterapi, Lysterapi, Dementia Care Mapping, Gently Teaching, Retrogenesis og Marte Meo. For de tre sidstnævnte metoder, blev der ikke fundet videnskabelige artikler, som evaluerede metodernes effekt i forhold til demente personer. For de resterende pleje- og omsorgsmetoder blev der fundet et varierende antal studier, hvis overordnede resultater samt kvalitet kort er gengivet i nedenstående Tabel 1.

Tabel 1. Inkluderede studier for hver af de udvalgte pleje- og omsorgsmetoder, studiernes samlede resultater og en overordnet bedømmelse af studiernes kvalitet.

Pleje- og omsorgsmetode	Antal inkluderede studier	Overordnet bedømmelse af de inkluderede studiers kvalitet	Overordnet resultat, set ud fra de inkluderede studier.
Reminiscens	17	Studierne var af vekslende kvalitet. Der var problemer m.h.t. til studiepopulation (antal, diagnose, udvælgelse), intervention (beskrivelse, udførelse), effektmål (forventet effekt, måleinstrument og -tidspunkt), samt en uafklaret betydning af alment samvær og øget opmærksomhed.	Reminiscens har formentlig en positiv effekt i form af øget social interaktion, og måske en effekt i form af en forbedret kognition. Der synes ikke at være negative effekter.
Livshistorie	4	Studierne så på metodens anvendelighed. Effekt blev alene målt på personalets subjektive oplevelser.	Kendskab til den demensramtes livshistorie har formentlig betydning for personalets syn på og forståelse for vedkommende.
Validering	10	Studierne var usikre og der blev brugt data fra ikke publicerede studier. Derudover var der problemer som beskrevet under reminiscensmetoden.	Validering kan måske influere forholdet mellem den demente og omsorgsgiveren, således at det bliver mere personorienteret.
Musikstimulering	13	Metoden er en samlebetegnelse for mange forskellige interventioner. Flere af studierne var af god kvalitet, men der sås også i nogle studier problemer som beskrevet under reminiscensmetoden.	Musikstimulering er under visse former en effektiv metode i forhold til agitation, opmærksomhed og interaktion. Der er indikationer på øget glæde og stimulation af sprog og hukommelse.
Snoezelen/Multi-sensory-stimulation	10	Studierne var af vekslende kvalitet, og der var de samme problemer som beskrevet under reminiscensmetoden.	Der er indikationer på at Multi-sensory-stimulation kan initiere umiddelbar glæde og velbehag samt formindske agitation. Kan dog også initiere øget agitation.
Aromaterapi	9	Studierne var af vekslende kvalitet, og der var de samme problemer som beskrevet under reminiscensmetoden. To studier var yderst mangelfuldt beskrevet.	Der er indikationer på at (nogle) olier har en effekt på søvnlængden og på dele af en agiteret adfærd.
Lysterapi	14	Der var flere gode studier men samtidigt problemer i forhold til meget forskellige interventioner. Derudover sås der problemer som beskrevet under reminiscensmetoden. Eventuelt ubehag blev ikke belyst.	Lysterapi har en vis effekt i form af en mere stabil døgnrytme.
Dementia Care Mapping	20	Der var flere store og velgennemførte studier, hvor metoden især var brugt til personaleudvikling. Studierne diskuterede en lang række af problemer med og forhold omkring metodens anvendelse og validitet.	Dementia Care Mapping kan være et velegnet redskab til udvikling af plejekvaliteten. Dele af metoden kan indgå i en måling af demensramtes velbefindende i gruppesammenhænge.

To studier af følelsesorienteret pleje blev efterfølgende inkluderet, resultatet viste positive effekter, men da metoden var forholdsvis dyr at implementere, blev det anbefalet at den indgik i plejepersonalets grundtræning.

Der blev således fundet et varierende antal studier i forhold til de enkelte metoder, og studierne var af varierende kvalitet. Generelt var studierne små, og der var flere metodiske problemer. Herunder mangelfulde beskrivelser og usikkerhed i forhold til selve udførelsen af metoderne, samt usikkerhed i forhold til hvilken effekt der kunne forventes, og i hvor lang tid. Derudover var der usikkerhed i forhold til hvordan en eventuel effekt skulle måles, samt om metodernes effekt i forhold til de forskellige demensformer og sygdomsstadier. Der mangler således stadig valid forskning på området udført på baggrund af viden om demensform, ensartede interventioner, relevante effektmål og valide målemetoder.

### 3. Indledning

Der er indført og afprøvet forskellige nye metoder i pleje- og omsorgsindsatsen for demente i Danmark, og der ses nu et behov for at få de forskellige metoders effekt dokumenteret. Socialministeriets departement har med denne undersøgelse taget initiativ til at styrke den forskningsbaserede viden for den del af demensområdet, der vedrører det sociale område.

Der er sket et betydeligt skift i holdningen til omsorg og pleje af de demensramte i det sidste årti. Den demensramte som person var således fraværende i videnskabelig litteratur om demens før 1990. I dag stilles der desuden spørgsmål ved et syn på demensprocessen som en fremadskridende degeneration af hjernevæv og forringelse af kognitive funktioner, idet studier har vist, at der ikke altid er overensstemmelse mellem symptomer på demens og de neurologiske forandringer i hjernen. Der opfordres derfor til at tænke mere i proces og kompleksitet end i tilstand og reversibilitet, samt at tage udgangspunkt i konkrete fænomener sådan som de fremtræder i deres sociale sammenhænge (1,2).

”Rigtig mange praktikere har i årevis vidst, at mennesker med demens forblev mennesker, der med nødvendig hjælp og støtte kunne træffe valg og give respons på respektfulde henvendelser.”

”Ønsket om at behandle disse mennesker med værdighed og respekt og medvirke til at skabe dem en tilværelse med indhold lå bag så vidt forskellige tilnærmelser til pleje af mennesker med demens som f.eks. realitetsorientering, mentalstimulering, miljøterapi, reminiscens, validering og sansestimulering” (der refereres til B. Woods 1999/1996) (1)

En anbefaling om at styrke indsatsen af den psykosociale behandling, pleje og omsorg i forbindelse med de primærkommunale opgaver og tilbud fremgik ligeledes af en redegørelse udgivet af en arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen i november 2001 (3). I redegørelsen omtaltes psykosocial behandling, pleje og omsorg som ”nonfarmakologisk behandling”. Der blev også her taget udgangspunkt i en socialpsykologisk forståelse, hvor den ydede omsorg, pleje og støtte til den demente skal sikre, at såvel basale fysiologiske behov som basale socialpsykologiske behov op-



fyldes. I denne socialpsykologiske forståelse ses den demensramte persons adfærd i et bredt perspektiv, hvorfor forskellige synsvinkler og faglige tilgange må kombineres. I perspektivet inddrages den demensramtes tidligere personlighed og livshistorie, den skade som demenssygdommen forårsager på hjernen (afhængig af bl.a. demensform og sygdomsstadie), eventuelle andre sygdomme, eventuelle bivirkninger af medicinsk behandling, samt den demensramtes samspil med andre mennesker og omgivelserne. Formålet er at befordre den demensramtes velbefindende, samt at den demensramte forbliver længst muligt i de første faser af demensudviklingen <sup>1</sup>(3).

### 3.1 Demens

Diagnoser stilles i Danmark ud fra WHO's sygdomsklassifikationssystem ICD-10. Følgende kriterier skal være opfyldt for at stille diagnosen demens: svækkelse af hukommelsen, især for nye data, svækkelse af andre kognitive funktioner (abstraktion, tænkning, planlægning, dømmekraft) og svækkelse af emotionel kontrol, motivation eller social adfærd (emotionel labilitet?, irritabilitet, apati, forgrovet social adfærd). Symptomerne skal have varet mindst seks måneder, men der indgår ikke krav om irreversibilitet eller progression i kriterierne (3).

Alligevel tales der om tre (i nogle tilfælde fire) faser af demenssygdommen:

- Let demens, hvor sygdommen har indflydelse på de normale dagliglivs aktiviteter.
- Moderat demens, hvor den demensramte ikke kan klare sig uden hjælp fra andre.
- Svær demens, hvor den demensramte har behov for kontinuerlig pleje og overvågning.

Demens er en fællesbetegnelse for en række kriterier eller symptomer, som kan have forskellige årsagsforhold, forskellig lokalisation i hjernen og dermed forskelligt udtryk og forløb. Demens inddeles i neurodegenerative demenstilstande, vaskulær demens og andre. De neurodegenerative demenstilstande udgør ca. 70% af demenstilfældene, hvoraf Alzheimers<sup>2</sup> sygdom udgør den største gruppe på ca. 60-65% af alle demenssygdomme hos ældre og ca. 35% af alle demenssygdomme hos yngre. Derudover hører de Frontotemporale demenssygdomme og Lewy body demens ind under de neurodegenerative demenstilstande. De neurodegenerative demenstilstande skyldes jævnt fremadskridende beskadigelser af hjernevævet. Den hyppigste demenssygdom i den bageste del af hjernebarken er Alzheimers sygdom. Ved sygdommen ses sprogforstyrrelser,

---

<sup>1</sup> Denne socialpsykologiske tilgang til en personorienteret pleje er beskrevet af Kitwood (4)

<sup>2</sup> De største risikofaktorer for udvikling af Alzheimers sygdom er genetiske forhold og alder.

vanskeligheder med almindelige praktiske færdigheder, med at opfatte og tolke sanseindtryk, samt med at finde rundt. Sygdomme i hjernens frontallapper har betydning for viljen og for evnen til at planlægge, hvorimod hukommelsesproblemerne først indtræder senere. Ved sygdomme i dette område kan personen optræde som stærkt afvigende og hæmningsløs, hvilket kan have stor betydning for deltagelse i socialt samvær. Lewy body er en demensform med symptomer svarende til Parkinsons sygdom og som kan medføre syns- eller hørehallucinationer. Vaskulær demens udgør ca. 20% af demenstilstandene, og er forårsaget af forskellige former for forstyrret blodforsyning til hjernen som fx følger af hjerneblødning, blodpropper i hjernen eller andre sygdomme i hjernens blodcirkulation. Symptomerne afhænger af lokaliteten i hjernen men har ofte en akut start og er præget af svingninger i den mentale klarhed fra dag til dag eller oftere. Derudover ses der kombinationer af Alzheimers sygdom og vasculær demens. De sidste 10% af demenstilstandene udgøres af følger af andre sygdomme eller skader. Derudover er der en række sygdomme, som kan forveksles med demens.

Demens kan forekomme i alle aldre, men hyppigheden er stærkt stigende med alderen. Ifølge Sundhedsstyrelsens redegørelse forekommer demens i Danmark med en aldersvægtet prævalens på 7% hos de 65-årige og derover, og med en personårsvægtet gennemsnitlig incidensrate på 2,5% hos de 65-årige og derover. Det svarer til, at der i 2001 levede ca. 55.000 personer med demens i Danmark, og at tallet i 2010 skønnes til at være 62.100 (3).

### **3.2 Pleje og omsorg**

Pleje og omsorg er meget brede begreber, som indgår i alle livets faser og udøves i mange forskellige sammenhænge af såvel personlig som professionel karakter. Pleje og omsorg er såvel konkrete handlinger som en måde at være sammen på, en relation. Den demensramtes sygdomsforløb og behov for pleje og omsorg varierer individuelt og over tid i forhold til såvel personlighed som i forhold til den form for demens, vedkommende lider af. Sygdommen kan være præget af funktions tab i forhold til kognitive evner, hukommelse og sprog samt psykiske ændringer og adfærdsforstyrrelser. Den demensramte har behov for varierende støtte til at opretholde livets funktioner i bred forstand, og eventuelt behov for, at andre overtager funktioner. Det er en situation som rummer etiske dilemmaer og overvejelser, men som også nødvendiggør en løbende og fremadrettet vurdering således at støtte, pleje og omsorg tilpasses individuelt og på en sådan måde at den demensramte også gives mulighed for at deltage aktivt i sin hverdag.

Pleje- og omsorgsmetoder er handlinger, som er beskrevet i form af en metode, en bestemt måde at udføre pleje og omsorg på og hvor der bagved ligger et bestemt menneskesyn. En beskrivelse af pleje- og omsorgsmetoder kan tage udgangspunkt i mange forhold, som fx forskellige former for demens, den indflydelse sygdommen kan have på personen og dennes liv, med de problemer og behov der følger. Den kan også som i denne undersøgelse tage udgangspunkt i en beskrivelse af kendte og brugte pleje- og omsorgsmetoder.

Det kan diskuteres, hvornår der er tale om pleje- og omsorgsmetoder og hvornår der er tale om former for terapi eller behandling, og om de i denne undersøgelse valgte metoder er det ene eller det andet. Ifølge nudansk ordbog betyder pleje at drage omsorg for, at holde ved lige og at udvikle. Behandling betyder at helbrede eller lindre. Et synonym til behandling er pleje. Synonymet for terapi er behandling. Der er således heller ikke her en klar adskillelse mellem begreberne. Der kan argumenteres for at såvel behandling som terapi er en tidsafgrænset handling med et bestemt formål og udført af en specielt uddannet person, hvorimod pleje og omsorg er mere generelle måder at udføre handlinger på. Imidlertid kan de metoder som er valgt i denne undersøgelse bruges på begge måder, hvilket de to efterfølgende eksempler kan illustrere. Reminiscens, som er en metode til at genkalde minder for dermed at hjælpe den demensramte til at se sig selv som et menneske med ressourcer i form af en unik livserfaring, kan bruges både som terapi og som en metode i den generelle omsorg. Lysterapi, som en metode til at opnå en mere stabil døgnrytme, kan bruges både som en behandling med lysbox og som en generel brug af de naturlige lyskilder, ved at sikre at demensramte har større mulighed for at opholde sig udendørs eller ved at øge lysstyrken i opholdsrummene. Det har ikke i denne undersøgelse været muligt at gå nærmere ind i en differentiering af begreberne, hvorfor der er valgt en bred indgang til begrebet ”pleje- og omsorgsmetoder” og hvorfor studier med forskellige måder at anvende de udvalgte metoder er medtaget.

### **3.3 Problemformulering og afgrænsning**

I det sidste årti er der sket et betydeligt skift i holdningen til omsorg og pleje af den demensramte og der indføres og afprøves nu forskellige nye metoder i Danmark. Der er ikke lavet nogen samlet oversigt over, hvilke metoder der især indføres eller hvilke metoder der defineres som pleje- og omsorgsmetoder til demente mennesker. Nærværende undersøgelse tager derfor udgangspunkt i en redegørelse fra Sundhedsstyrelsen hvori en række metoder nævnes. Ifølge redegørelsen er det metoder, som bruges i dag eller som er under hastig udvikling, men som ikke er viden-

skabeligt evaluerede. Metoderne kaldes samlet for non-farmakologisk behandling, og defineres således ”Non-farmakologisk behandling omhandler forskellige former for psykologisk forståelse og handling, hvor man anvender behandlingsbegrebet så bredt, at det både kan omfatte direkte og indirekte påvirkning af patienterne”(3).

De metoder der er nævnt i redegørelsen er: Livshistorie og det sociale funktionsniveau, Sansestimulering, Validering, Reminiscens, Retrogenesis, Gently Teaching, Marte Meo, Dementia Care Mapping (DCM) (3).

Sansestimulering er et bredt begreb som inkluderer mange forskellige metoder og som ifølge redegørelsen har til formål at skabe kendte associationer via en sanseoplevelse, for dermed at øge velbefindende, oplevelse af selvværd og livskvalitet. I redegørelsen blev musikstimulering, aromaterapi, sansehaver og sanserum nævnt (3). Da Sanserum ikke beskrives nærmere, er det i nærværende undersøgelse valgt at se på dette i form af snoezelen eller multi-sensory stimulation, som beskrevet i andre artikler. I en leder i BMJ fra december 2002 omtales tre former for sansestimulering: snoezelen, aroma- og lysterapi (5). Oxford Dementia Centre har taget initiativ til en undersøgelse af komplementære terapier for demente. Undersøgelsen skal se på brugen af og dokumentere effekt af: massage, aromaterapi, zoneterapi, naturmedicin, terapeutisk berøring, reiki og spirituel healing (6). I en oversigtsartikel fra 2000 inkluderedes sansestimulering i form af snoezelen (7). Med inspiration i ovenstående er det i nærværende undersøgelse valgt at se på sansestimulering i form af: musikstimulering, snoezelen/multi-sensory stimulation, aroma- og lysterapi.

Med baggrund i ovenstående gennemgang, er følgende 11 metoder udvalgt:

- Reminiscens
- Livshistorie
- Validering
- Gently Teaching
- Retrogenesis
- Marte Meo
- Musikstimulering
- Snoezlen / Multi-Sensory Stimulation
- Aromaterapi
- Lysterapi
- Dementia Care Mapping

Sidst i rapporten præsenteres derudover undersøgelser, som omhandler brug af flere metoder ud fra et følelsesorienteret perspektiv.

Det kan som tidligere anført diskuteres, hvorvidt ovenstående er pleje- og omsorgsmetoder eller det er former for terapi eller behandling. Samtidig kan der argumenteres for at der i støtte, omsorg og pleje af den demensramte indgår andre metoder. Metoder som ikke bliver berørt i nærværende undersøgelse, herunder forskellige statusskemaer, som anvendes til kortlægning af den demensramtes behov for fysisk og social hjælp og støtte. De forskellige verbale og nonverbale kommunikationsmetoder, indretning af det fysiske miljø såvel inde som ude, motion og fysisk aktivitet samt kostens betydning indgår heller ikke i nærværende undersøgelse. Derudover er metoder, som ikke måler på en effekt hos den demente, men som primært har fokus på omsorgsgivere, hvad enten det er pårørende eller professionelle, som udgangspunkt heller ikke inkluderet.

I nærværende undersøgelse er der således taget udgangspunkt i metoder som er konkretiseret ved en indsats, som har til formål at skabe en tilværelse med indhold, respekt og velbefindende for den demensramte, samt at medvirke til at den demensramte forbliver længst muligt i de første faser af demensudviklingen. Det er metoder som enten direkte eller indirekte påvirker den demensramte og metoder som ligger ud over den basale pleje.

### **3.4 Formål med denne undersøgelse**

Formålet med nærværende undersøgelse er at gennemgå og vurdere effekten af de ovenfor udvalgte pleje- og omsorgsmetoder ud fra den tilgængelige videnskabelige dokumentation af den enkelte metode. Undersøgelsen har udgangspunkt i en ændret holdning til omsorg og pleje af demensramte og i indførelsen af nye pleje- og omsorgsmetoder. Undersøgelsen vil kunne bruges som en samlet præsentation af pleje- og omsorgsmetoder der bruges eller udvikles i dag. Derudover vil undersøgelsen kunne bruges som en oversigt over den effekt der siden 1990 er påvist i videnskabelige undersøgelser af metoderne.

### **3.5 Resultaternes betydning for valg af pleje- og omsorgsmetode**

Når det er på tale at vælge en metode i en konkret hverdag med demensramte, har det betydning at vide hvilken effekt metoden har, i forhold til hvem, hvilke ressourcer der skal til, og hvordan metoden skal udføres for at effekten med en vis rimelighed kan forventes.

Det er af betydning at vide, hvilken form for demens og hvilket stadie af sygdom metoderne er afprøvet i forhold til. Det har betydning at vide om personlige forhold hos den demensramte, herunder tilstrækkelig hørelse og syn samt personlige præferencer, har betydning for om metoden kan bruges. Det har betydning at vide om metoden er effektiv ved bestemte symptomer eller adfærd. Derudover er det vigtigt at vide om der er eventuelle problemer med en metode, som gør at den ikke bør bruges i forhold til mennesker med bestemte former for demens eller med andre sygdomme. Ligeledes har det betydning at vide om der er specielle reaktioner som er udtryk for at metoden ikke er velegnet til en bestemt person.

Det har også betydning at vide hvilken effekt der kan forventes af en metode, kan den forbedre den demente persons kognition således at vedkommende i hverdagen bedre kan orientere sig i tid og sted, deltage i diskussioner og tage beslutninger. Kan metoden forbedre den demente persons sprog og sociale interaktion. Kan metoden dæmpe eller helt fjerne socialt uacceptabel eller uværdig adfærd som ændret døgnrytme, råben, uro og aggressivitet i en kortere eller længere periode. Kan metoden bibringe den demente person glæde og velvære, evt. den svært demente et øjeblik af klarhed eller nærhed med de pårørende eller andre.

Derudover har det betydning at vide hvilke ressourcer der skal til for at forvente en effekt, skal der uddannes, skal der indkøbes, kræver det et særligt indrettet rum eller andre remedier. Hvordan udføres metoden, egner den sig bedst i grupper eller i forhold til enkeltpersoner. Hvordan skal fordelingen være mellem deltagere og ledere af aktiviteten. Hvad koster det i forhold til andre valg, hvad kan der opnås, for hvilken pris og i forhold til hvor mange demensramte.

Flere af de inkluderede artikler giver svar på dele af ovenstående områder, men generelt er der endnu et stykke vej før der kan vælges en eller flere pleje- og omsorgsmetoder i forhold til enkeltpersoner eller grupper af demensramte. Artiklerne bærer præg af en manglende standardisering og utilstrækkelig beskrivelse af metodernes anvendelse. Flere af metoderne er endnu på et udviklingsstadie, hvor det ikke er afklaret hvilken effekt der kan forventes. Det er heller ikke afklaret hvordan eller hvornår denne effekt bedst måles. Området er til dels præget af en manglen-

de definition og afgrænsning samt et manglende kendskab til og tradition for forskning. Derudover er der konkrete problemer, idet ikke alle der betragtes som demensramte er diagnosticerede, og ofte lider de samtidig af andre sygdomme eller er på anden måde skrøbelige og begrænsede i forhold til at deltage i videnskabelig forskning. Det betyder at det er svært at udvælge tilstrækkelig mange deltagere til at differentiere dem i forhold til demensform, og at der er et forholdsvist stort frafald i undersøgelserne.

### 3.6 Præsentation af resultater

I resultatsafsnittet er de udvalgte pleje- og omsorgsmetoder præsenteret særskilt. Rækkefølgen af deres præsentation er i nogen grad udtryk for tilfældigheder men samtidigt et forsøg på at ordne dem indbyrdes ud fra deres eventuelle fællestræk i forhold til teoretisk baggrund, udførelse eller formål:

- Brugen af Reminiscens og Livshistorie er beslægtet og de to metoder beskrives ofte synonymt.
- Både Reminiscens og Validering har teoretisk udgangspunkt i en udviklingsmodel beskrevet af Erik Erikson.
- Validering og Gently Teaching har begge til formål at stimulere samvær med andre.
- Retrogenesis og Marte Meo har begge teoretisk udgangspunkt i den normale udvikling i barndommen.
- Musikstimulering, Snoezlen / Multi-Sensory Stimulation, Aromaterapi og Lysterapi hører alle ind under samlebegrebet Sansestimulering.
- Dementia Care Mapping adskiller sig fra de andre valgte metoder. (skal det nævnes på hvilken måde/i hvilken retning?)
- Følelsesorienteret pleje- og omsorg præsenteres sidst, idet der efter gennemgangen af ovenstående metoder, opstod et ønske om at inkludere studier med samtidig brug af flere af metoderne.

For at give læseren en baggrund for gennemgangen, er hver pleje- og omsorgsmetode kort beskrevet. Beskrivelsen indeholder i hovedtræk lidt om den teoretiske baggrund for metoden, hvornår den er udviklet, hvad dens formål er og hvilken effekt metoden forventes at have. Derudover beskrives kort hvordan metoden udføres samt eventuel kritik af metoden. Beskrivelsen er

baseret på litteratur fundet og inkluderet i forbindelse med den afsnit 4.1 beskrevne litteratursøgning og på ingen måde fyldestgørende i forhold til en konkret anvendelse af metoden.

Efter en kort beskrivelse af metoden præsenteres den udvalgte og evaluerede litteratur i forhold til antal inkluderede studier, antal nyere studier (1995-2003), studiedesign, hvor studiet er udført samt deltagernes diagnose og antal. Dernæst præsenteres de enkelte studier i en tabel med angivelse af forfattere, publikationsår og studiedesign. De eksperimentelle studier præsenteres i endnu en tabel med angivelse af studiedesign, deltagerpopulationens antal og diagnose, samt hvorvidt der i artiklen var angivet selektionskriterier og frafald.

I formidlingen af resultater tages der udgangspunkt i de effekter der blev målt på (effektparametre) i de inkluderede studier. De udvalgte studier angav at bruge et eller flere måleinstrumenter, som i formidlingen blot er gengivet med et navn evt. en forkortelse. En alfabetisk oversigt over de angivne måleinstrumenter, samt de beskrivelser der er fundet i artiklerne er vedlagt som bilag 1. De inkluderede studiers resultater refereres som de fremgår i artiklerne.

Hvert resultatafsnit afsluttes med en diskussion hvori evalueringen af studierne indgår samt med en konklusion. Hvis der er fundet Cochrane<sup>3</sup> metaanalyser, tages der udgangspunkt i deres konklusion idet denne hviler på en systematik som der ikke kan eller skal konkurreres med i nærværende undersøgelse.

---

<sup>3</sup> Cochrane samarbejdet har til formål at udarbejde systematiske, opdaterede oversigter over alle relevante kvantitative undersøgelser af effekten af behandlinger, forebyggelse, pleje og andre interventioner i sundhedsvæsenet. Cochrane samarbejdet er internationalt og bygget op omkring et antal centre og metoder og oversigtsgrupper samt et bibliotek.



## 4. Metode

Undersøgelsen er et litteraturstudie af videnskabelige artikler om effekten af udvalgte pleje- og omsorgsmetoder. I undersøgelsen indgår en litteratursøgning samt en beskrivelse og vurdering af de inkluderede studier. Materialet udgøres af videnskabelige artikler omhandlende studier af de udvalgte pleje- og omsorgsmetoder, samt en checkliste udarbejdet til formålet med baggrund i tidligere beskrevne checklister (8-10).

### 4.1 Litteratursøgning

Der blev søgt litteratur i danske, nordiske og internationale databaser<sup>4</sup> med søgeordene: demens, dementia, demens ?\* kombineret med care\*, pleje, omsorg samt med Dementia Care Mapping, Retrogenesis, Marte Meo, Gently Teaching, Reminiscens, Validation Therapy, Music, Aroma Therapy, Light Therapy, Social History, Life History, Stimulation Ttherapy, Psychosocial\*, Quality Assessment.

Derudover blev der søgt i referencer i de fundne abstrakts og artikler samt i en rådgivende rapport udgivet i 2002 af det Hollandske Sundhedsministeriums Demenskomite (11). Der blev søgt i perioden 1990 (1982 ? metaanalyser) - december 2002, afhængigt af inddelingen i den enkelte database. Der blev søgt efter metaanalyser, litteraturstudier og enkeltstudier af de valgte pleje- og omsorgsmetoder. Originalartikler der indgik i metaanalyser og litteraturstudier blev rekvireret og gennemgået (med undtagelse af musikterapi), også i de tilfælde, hvor originalartiklerne var publiceret før 1990.

Følgende inklusionskriterier blev brugt:

- videnskabelige artikler publiceret i eller efter 1990
- omhandlende interventioner med de udvalgte pleje- og omsorgs metoder
- omhandlende interventioner i forhold til demensramte
- resultater (effekt) vurderet i forhold til demensramte

---

<sup>4</sup> Der er søgt i følgende databaser: Cochrane, Medline, Cinahl, Psycinfo, Embase, Web of Science, NHS Centre for Reviews and dissemination (England), Stir. Ac. (Skotland), Norart (Norge), Octopus (Sverige), Den Danske Forskningsdatabase(Danmarks Elektroniske Forskningsbibliotek), Demensdatabasen og Odin (Danmark).

Følgende eksklusionskriterier blev brugt:

- udredninger f.eks. diagnostiske
- farmakologiske behandlinger
- studier med primært fokus på plejepersonale eller pårørende til demente
- breve og anonyme indlæg i tidsskrifter
- andre sprog end dansk, svensk, norsk og engelsk

Artiklerne blev i første omgang bedømt ud fra eventuelt tilgængelige abstracts og ellers ud fra titlen. I tvivlstilfælde blev artiklen bestilt til gennemsyn. Den endelige in- eller eksklusion skete efter gennemlæsning af den enkelte artikel. Artikler<sup>5</sup> fra før 1990 blev kun inkluderet, hvis de indgik i en inkluderet metaanalyse eller litteraturstudie udgivet efter 1990. Ved to metoder (Livshistorie og Dementia Care Mapping) viste eksklusionskriteriet i forhold til studier med primært fokus på plejepersonale at være ubrugeligt og blev derfor fraveget. Baggrunden var at livshistorien har betydning for personalets opfattelse af den demente som en person og dermed på den pleje og omsorg der ydes samt at DCM er udviklet til brug ved kvalitetsudvikling af interaktionen mellem plejepersonale og demensramte.

#### **4.2 Vurdering af litteraturen**

De udvalgte artikler blev vurderet ud fra en checkliste, hvor der blev set på følgende områder: problemstilling, design, intervention, metode til dataindsamling, effektvariable, undersøgelsespopulation, kontekst og resultater. Evalueringsdata blev indtastet i SPSS som angivet i Tabel 2. Udtræk fra SPSS er samlet i hæftet Evalueringsrapporter, der ligger som bilagsrapport til nærværende undersøgelse.

---

<sup>5</sup> Artikler og studier er brugt synonymt og omfatter metaanalyser, litteraturstudier og: originalartikler, originalstudier, enkeltstudier og undersøgelser (de fire sidstnævnte er ligeledes brugt synonymt og som en betegnelse for studier som beskriver en enkelt undersøgelse)

Tabel 2: Evalueringsdata blev indtastet i følgende 27 variable i SPSS ( Software Package for Social Science).

Variabel navn	Variabel værdier
Pleje- og omsorgsmetode	Reminiscens, Livshistorie, Validering, Gently Teaching, Retrogenesis, Marte Meo, Musikstimulering, Snoezelen/Multi-sensory stimulation, Aromaterapi, Lysterapi, Dementia Care Mapping
Forfatter	
Titel	
Publikationsdata	
Undersøgelses land	
Fremgår artiklens problem eller formål	Ja, nej
Svares der på problemet	Ja, nej
Studiedesign	randomiseret kontrolleret studie, kontrolleret studie uden randomisering, cross-over studie, før og efter studie, case studie, kvalitativt studie, litteraturstudie, metaanalyse, kvalitetssikring, metodeevaluering
Metode til dataindsamling	Interviews, observation, spørgeskema, litteratur, register, personalerapporter, fysiske metoder, flere forskellige metoder
Intervention	(En kort beskrivelse)
Er interventionen velbeskrevet	Ja, nej
Effekt målemetoder	(Navnet på metoden eller metoderne)
Tidspunkt for effektmåling	(En kort beskrivelse)
Undersøgelsespopulationens diagnose	Diagnosticerede demente, usikkert demente, demente og ikke-demente, uklar
Antal inkluderede personer	Det samlede antal, dvs. inklusive eventuelle kontrolpersoner
Antal inkluderede studier	(i metaanalyser og litteraturstudier)
Overvejelser om repræsentativitet	Ja, nej
Kontrolgruppe	Ja, nej, egen kontrol, ikke relevant
Redegørelse for in- og eksklusions- kriterier	Ja, nej
Redegørelse for frafald	Ja, nej
Undersøgelsens kontekst	eget hjem, dagcenter, plejehjem, hospital eller flere forskellige steder
Undersøgelsens resultater	(En kort beskrivelse)
Beskrivelse af såvel fordele som ulemper	Ja, nej
Diskussion af bias	Ja, nej

I valget af variable og variable værdier blev der taget udgangspunkt i følgende fund og overvejelser.

I registrering af studierne<sup>6</sup> design blev der taget udgangspunkt i følgende:

- En metaanalyse er en sammenfatning af resultater fra flere studier ved brug af statistiske metoder.
- Et litteraturstudie er en systematisk søgning og gennemgang af litteratur i forhold til et specifikt emne.
- Et randomiseret kontrolleret studie indbefatter en intervention- og en kontrolgruppe med randomisering i forhold til allokeringen til de to grupper.
- Et kontrolleret studie indbefatter ingen randomisering.
- Cross-over studie indbefatter mere end en intervention, ofte ingen kontrolgruppe ud over egen kontrol.
- Før og efter studie er tilrettelagt med effektmåling før og under interventionen.
- Case studie er kontrollerede studier uden kontrolgruppe.
- Kvalitativt studie er et studie hvor formålet er mere en forståelse af effekten end en måling af effekten.
- Kvalitetssikring er et studie hvor formålet er en ændring i organisationen eller i udførelsen af pleje og omsorg.
- Metodeevaluering er studier, hvor der fokuseres på en metodes brugbarhed eller validitet.

Fælles for de inkluderede metoder er at de kan bruges på forskellige måder. De kan fx bruges som en konkret aktivitet. En aktivitet som er ledet af en eller flere personer som er uddannet til dette. En aktivitet som foregår i et bestemt rum og i en bestemt tidsperiode med udvalgte deltagere. En aktivitet som foregår en enkelt eller gentagne gange. Det kan også være en aktivitet som foregår spontant mellem en person som måske/måske ikke er uddannet, eller kun kortvarigt uddannet i denne aktivitet og en eller flere demente personer. En aktivitet uden formelle krav om tid, rum og udførelse. For at kunne vurdere metodernes effekt er det af betydning at ovenstående er beskrevet, hvorfor dette blev valgt som en variabel.

For at vurdere en metodes effekt er det af afgørende betydning hvilken effekt det er valgt at måle og hvornår og hvordan det er relevant at gøre dette. Imidlertid er flere af metoderne endnu på et udviklingsstadium hvor det ikke er afklaret hvilken effekt der kan forventes. I studierne indgik

---

<sup>6</sup> Betegnelserne studie og undersøgelse bruges i flæng og anses for synonyme

mange forskellige metoder til at måle interventionernes effekt. Det er en selvfølge for så vidt der er tale om forskellige pleje- og omsorgsmetoder med forskellig forventet effekt. Men også i forhold til de enkelte pleje- og omsorgsmetoder og effekter indgik der mange forskellige målemetoder. Der var stor forskel på hvor godt målemetoderne var beskrevet og det fremgik kun i få artikler hvorvidt målemetoderne var valideret. Det har ikke været muligt i nærværende undersøgelse at bedømme målemetodernes validitet, deres egnethed i forhold til interventionen eller valget af tidspunktet for målingen. Derfor blev alene målemetodens navn evt. som en forkortelse brugt i variabelen og i resultatformidlingen. Derudover valgtes at gengive de beskrivelser af metoderne der blev fundet i studierne i et bilag. I bilaget er metoderne listet i alfabetisk orden, for at lette opslag. (Se bilag 1).

Som beskrevet i afsnittet ”Demens” er denne diagnose en samlebetegnelse for flere sygdomme med fælles symptomer, men også med symptomer og muligheder for indsats, som er markant forskellig. Demenssygdommen er derudover en oftest fremadskridende sygdom med tiltagende funktionstab. Derfor er det af betydning at vide hvilken form for demens og hvilket stadie af sygdom, metoderne er afprøvet i forhold til. Derudover har den dementes personlighed, eventuelle andre sygdomme, medicinering, nedsat syn, hørelse m.m også betydning. Imidlertid blev undersøgelsespopulation i de fleste studier blot beskrevet som diagnosticerede demente, enkelte gange med angivelse af diagnoseinstrument og få gange med angivelse af demensform eller stadie. I enkelte studier indgik såvel demente som ikke-demente og i få studier var det ikke helt klart hvorvidt undersøgelsespopulationen var demente. Derfor blev det valgt at angive diagnosen i en variabel.

Studierne blev udført forskellige steder, hvilket har betydning i forhold til hvor de viste effekter kan forventes eller ikke har relevans. Ligeledes kan det være af betydning for overførslen af resultater til danske forhold, i hvilket land, og dermed kultur, at studierne blev udført. Derfor blev det valgt at angive konteksten i to variable.

Det må forventes at interventioner kan medføre såvel fordele som ulemper, hvorfor det blev angivet i en variabel hvorvidt begge dele blev beskrevet i studierne. Derudover blev det anset som væsentligt at eventuel bias blev diskuteret i studierne.

Et forsøg på at graduere artiklerne i forhold til evidens blev frafaldet undervejs da det viste sig både for svært og irrelevant at bruge en af de gængse inddelinger<sup>7</sup>. I flere af artiklerne var under-

---

<sup>7</sup> Følgende er et eksempel på graduering: Metaanalyser af gode randomiserede kontrollerede studier gives evidens Ia. Mindst en randomiseret kontrolleret undersøgelse evidens gives Ib. Mindst en god undersøgelse, hvor det er tilstræbt at

søgelsen ikke beskrevet tilstrækkelig indgående til at det var muligt med sikkerhed at bedømme evidensen. I flere tilfælde var der ikke redegjort for selektion (in- og eksklusionskriterier), eller der var brugt en "convenient sample" af de tilstedeværende personer eller af personer udvalgt af personalet som værende "typiske" for en problemstilling. Ligeledes var der ofte ikke redegjort for frafald og generelt var deltagerantallet meget lille. Det syntes således ikke klart at fx en kontrolleret undersøgelse med en ufyldstgørende beskrivelse af interventionen og deltagerne skulle tilskrives større evidens end et velgennemført og velbeskrevet før og efter studie. Nærværende undersøgelses begrænsninger er også medvirkende til at fravælge en graduering af evidens. Vurderingen er baseret på en enkelt persons gennemlæsning af de udvalgte artikler, hvor en evidensvurdering bør baseres på mindst to personers grundige gennemlæsning og diskussion.

---

der er sammenlignelige grupper, men hvor der ikke har fundet en randomiseret sted gives evidens II. Observationelle undersøgelser (kohortestudier, tværsnitsundersøgelser, case-kontrol studier) samt kvalitative undersøgelser gives evidens III. Ekspertvurdering gives evidens IV. (8)

## 5. Resultater

### 5.1 Reminiscens

Reminiscensmetoden bygger på psykodynamisk teori og på en udviklingsmodel beskrevet af Erik Erikson. I denne udviklingsmodel inddeles livet i otte stadier med hver deres psykosociale kriser, hvor håndteringen af disse har indflydelse på personligheden. Det sidste stadie indeholder modsætningerne integritet og fortvivlelse, hvor mennesket evaluerer sit liv gennem erindring (11,12).

Reminiscensmetoden, som en form for terapi, blev først beskrevet af Robert Butler og en organiseret brug af reminiscensmetoden i forhold til demensramte startede i England i 1980'erne (13). Metoden går ud på at tilskynde deltagerne til at erindre for derigennem at opnå personlig integritet. Målet er at, de demensramte ser sig selv og af andre ses, som individuelle mennesker med ressourcer i form af unikke livserfaringer og livshistorier frem for kun at fokusere på det, der er tabt og dermed risikere fortvivlelse.

I reminiscensmetoden bruges forskellige stimuli som ting fra en tidligere hverdag, barndom, skolegang eller lignende samt billeder, musik, sang og dufte for at initiere denne erindring. Der skelnes mellem generel og specifik reminiscens. Generel reminiscens foregår som sessioner i et bestemt lokale i et aftalt tidsrum og med bestemte intervaller. Samværet ledes af en eller flere personer, som kender metoden, og som har forberedt hver enkelt session. Deltagerne og fremgangsmåden er de samme fra gang til gang. Sessionen foregår som en samtale om et på forhånd bestemt emne, som formodes at have en bred interesse i deltagergruppen. Specifik reminiscens kan foregå som generel reminiscens, men i meget små grupper eller individuelt, hvor der tales om konkrete ting og emner fra den enkelte deltagers baggrund og med større sensitivitet og åbenhed i forhold til den enkelte deltagers respons (14). Reminiscensmetoden kan derudover bruges mere uorganiseret og spontant i dagligdagen ved en opmærksomhed i forhold til situationer eller gøremål hvor reminiscens opstår eller kan stimuleres i samværet med den demensramte person (13). Alle sanser kan anvendes i reminiscensarbejdet, og der ligger et (formentlig uudnyttet) potentiale i den kropslige hukommelse (15, 13).

Reminiscensmetoden har været kritiseret ud fra en tvivl, om hvorvidt en kognitivt svækket person er i stand til at styrke egen identitet og selvværd (15, 13). Et studie fra 1990 viste, at evnen til

at genkalde sig sin personlige historie blev formindsket med tiltagende demens. Især evnen til senere begivenheder til hinanden og i tid og sted blev forringet, hvilket betød at minderne mistede deres kontekst. Undersøgelsen viste samtidig at evnen til især at huske episoder, der havde haft afgørende indflydelse på den personlige udvikling, var ens for demente og for ikke demente (16). I en artikel fra 1998 blev der argumenteret for ikke at se minder som nøjagtige gengivelser af hændelser, hvorfor reminiscens i stedet skulle ses som skabelsen af en fortælling, hvori der indgik både kognition og følelser. En fortælling, der opstod i et samspil mellem fortæller og publikum og derfor ændredes afhængigt af såvel fortællerens kognition og følelser, som af den eller dem der lyttede (17). Ved at se reminiscens som skabelsen af en (personlig) fortælling mister den demensramtes manglende evne til at indsætte begivenheder i den rette kontekst sin betydning.

### **5.1.1 Udvalgt og evalueret litteratur**

I alt 17 studier af reminiscens blev inkluderet (præsenteret i Tabel 3). De var publiceret i perioden 1979 til 2002, hvoraf de ti blev publiceret i eller efter 1995. 14 originalstudier blev inkluderet, hvoraf de syv er publiceret i eller efter 1995. Syv af studierne blev udført i England og fem i USA, i to af studierne er det uklart, hvor de blev udført. I tretten af studierne beskrives deltagerne som demente, i et studie indgik såvel demente som ikke-demente. Fem studier foregik på plejehjem, to på hospital, to i dagcenter, et i hjemmet, to flere forskellige steder og i et studie var stedet uklart. Antal inkluderede varierede fra 1 til 32 personer, et enkelt studie inkluderede dog 164 personer, hvoraf et ukendt antal var demente.

I ni studier blev reminiscensmetoden undersøgt i egentlige eksperimenter (præsenteret i Tabel 4), hvor der blev anvendt forskellige studiedesigns. De resterende otte studier fordelte sig på fem kvalitative studier, to litteraturstudier og en metaanalyse. I metaanalysen indgik to randomiserede kontrollerede studier (RCT), det er studierne med ref. nr. 20 og 21. Studierne med ref. nr. 18, 29, 30 og 31 blev publiceret som enkeltstudier, resten indgik i de to litteraturstudier.



Tabel 3: Reminiscens: Oversigt over inkluderede studier, publikationsår og studiedesign

Ref. nr.	Forfatter	År	Studiedesign
(14)	Gibson F	1995	Kvalitativt studie
(14)	Gibson F	1995	Kvalitativt studie
(18)	Thorgrimsen L, Schweitzer P, Orrell M	2002	RCT
(19)	Spector A, Orrell M, Woods RT	2002	Meta analyse
(20)	Baines S, Saxby P, Ehlert K	1987	RCT
(21)	Goldwasser AN, Auerbach SM, Harkins SW	1987	RCT
(7)	Finnema E, Dröes R-M, Ribbe M, Van Tilburg W	2000	Litteratur studie
(22)	Head DM, Portney S, Woods RT	1990	Cross-over studie
(23)	Morton I, Bleatmann C	1991	Cross-over studie
(24)	McKiernan F, Yardley G. *	1995	Kvalitativt studie
(25)	Namazi KH, Hayes SR	1994	Kontrolleret studie
(26)	Tabourne CES **	1995	Kontrolleret studie
(27)	Woods B, McKiernan F	1995	Litteratur studie
(28)	Kiernat JM	1979	Kvalitativt studie
(29)	Brooker D, Duce L	2000	Cross-over studie
(30)	Moss SE, Polignano E, White CL, Minichello MD, Sunderland T	2002	Cross-over studie
(31)	Mills MA, Coleman PG	1994	Kvalitativt studie

\*Det har ikke været muligt at skaffe originalartiklen, hvorfor gengivelsen her er baseret på beskrivelsen i litteraturstudiet (7).

\*\*Studiet skelnede ikke mellem reminiscens og livshistorie, men er medtaget i dette afsnit idet det indgår i et litteraturstudie af reminiscens.

Tabel 4: Reminiscens: Inkluderede eksperimentelle studier: design, undersøgelsespopulationens antal og diagnose, hvorvidt der var en kontrolgruppe og hvorvidt der blev redegjort for selektionskriterier<sup>8</sup> samt frafald.

Ref. nr.	Design	Antal	Diagnose	Kontrolgruppe	Selektion	Frafald
(18)	RCT	22	Demens	Ja	Ja	Ja
(20)	RCT	15	Demens	Ja	Ja	Ja
(21)	RCT	27	Demens	Ja	Ja	Ja
(22)	Cross-over studie	10	Demens	Egen kontrol	Nej	Nej
(23)	Cross-over studie	3	Demens	Egen kontrol	Nej	Ja
(25)	Kontrolleret studie	15	Alzheimer	Ja	Nej	Ja
(26)	Kontrolleret studie	32	Demens	Ja	Ja	Ja
(27)	Cross-over studie	25	Demens	Egen kontrol	Ja	Ja
(30)	Cross-over studie	15	Demens	Egen kontrol	Ja	Nej

### 5.1.2 Resultater

Den brugte metode var varierende eller uklart beskrevet i studierne. Variationerne kunne være henholdsvis gruppe/individuel og generel/specifik reminiscens. Effekt målt på forskellige parametre og med forskellige metoder, og der var forskel på det tidspunkt i forhold til interventionen, hvor denne effekt var målt. Der var generelt få deltagere i de enkelte studier, hvilket også kan have betydning for den manglende signifikans. Tre af de eksperimentelle studier angav ikke selektionskriterier og to angav ikke eventuelt frafald. Et enkelt lille randomiseret kontrolleret pilot studie publiceret i 2002 (18) viste dog, at det er muligt at udføre stringente undersøgelser af reminiscens.

I de 14 originalstudier blev der set på følgende effektparametre: adfærd, kognition, selvværd, humør, velbefindende, sprog og depression. I det følgende bliver hovedresultaterne gennemgået ud fra de valgte effektparametre.

Adfærd: I ni af studierne var adfærd i form af kommunikation og interaktion med andre demente/plejepersonale/pårørende et parameter. Effekt målt ved hjælp af forskellige skalaer som: CAPE, Holden Communications Scale, ADL, CAPE-BRS, QOL-AD, kvalitative observationer af forsker, personale og pårørende samt skriftlige og mundtlige plejerapporter<sup>9</sup>.

<sup>8</sup> Selektionskriterier er i alle tabeller synonymt med in- og eksklusionskriterier.

<sup>9</sup> De brugte målemetoder er gengivet som forkortelser af pladshensyn, i bilag 1 findes en alfabetisk liste over metoderne, samt den forklarende tekst som er fundet i de inkluderede artikler.

Et enkelt studie (26) viste en signifikant øgning i social interaktion under reminiscens sessionen, medens tre studier (21,22) viste en mindre, men ikke signifikant, øgning i social interaktion. Et studie (14) viste, at den sociale interaktion var bedre i den gruppe, hvor deltagerne omfattede både demente og ikke demente, medens et studie (23), der sammenlignede validering og reminiscens konkluderede at forskellige interventioner havde forskellig indflydelse på forskellige personer. Et studie (20) viste en forbedret kommunikation i en gruppe, som først havde deltaget i fire ugers Realitets Orientering og derefter i fire ugers reminiscens, samt en lidt mindre forbedring hos gruppen, der deltog i samme to interventioner, men i modsat rækkefølge. Et studie (25) viste en ikke-signifikant øgning i uro og aggression i forbindelse med reminiscens, formentlig fordi deltagerne blev bedt om at respondere på stimuli (fx fotos) som var ukendte for dem.

Kognition: I fire af studierne var kognition i form af orientering et effektparameter. Effekt målt ved hjælp af forskellige skalaer som: MMSE og CAPE. Et enkelt studie (26) viste en signifikant øgning i orientering under reminiscens sessionen. Et studie (20) viste en signifikant forbedret orientering i en gruppe, som først havde deltaget i fire ugers Realitets Orientering og derefter i fire ugers reminiscens. Et studie (25) viste en positiv virkning på kognition.

Selvværd: I et enkelt studie (26) var selvværd et effektparameter. Effekt målt ved hjælp af SEQ-3. Resultatet var, at der ikke var forskel mellem interventions- og kontrolgruppen.

Humør og velbefindende: Tre kvalitative studier (14,29,31) viste et øget velbefindende eller glæde under reminiscens sessionen. Effekt målt med WIB eller kvalitative observationer. Et enkelt kvalitativt studie (14) viste en øget appetit blandt nogle af deltagerne.

Sprog: Et studie (30) viste en udvikling i brug af ord og fortælling.

Depression: Kun et enkelt studie (21) viste en negativ effekt i form af en øgning i depressive symptomer (målt på skalaen BDI) efter deltagelse i reminiscens. Det skal dog bemærkes, at deltagerne allerede inden interventionen var mere depressive end deltagerne i kontrol gruppen.

### **5.1.3 Konklusion**

Metaanalysen (19) konkluderede, at der måske er positive effekter af reminiscens og at der ikke synes at være negative effekter, men at der endnu ikke er grundlag for at evaluere metoden. Det er blandt andet vanskeligt at vurdere hvilken rolle terapeutens kunnen samt interaktionen mellem terapeut og den demensramte spiller. Derfor anbefaledes det i metaanalysen først at vurdere, hvordan metoden bedst bruges i forhold til hvem, samt hvordan den skal evalueres i forhold til andre metoder, inden der laves randomiserede undersøgelser (19). Konklusionen er på linie med

en litteraturgennemgang, som konkluderede at reminiscens formentlig ikke er uhensigtsmæssigt for kognitivt svækkede personer, men også at det var uklart, hvorvidt det var deltagelsen i reminiscens eller blot deltagelsen i en struktureret og stimulerende aktivitet, der havde effekt. Derudover viste litteraturgennemgangen, at deltagelse i reminiscens havde en positiv effekt på personalets involvering og syn på den demente person (27).

Nærværende litteraturgennemgang fandt få studier, hvor reminiscens havde virkning på kognition og (især) på den sociale interaktion. Det er endnu uklart, hvorvidt metoden skal bedømmes på en umiddelbar glæde og velbefindende i forbindelse med interventionen, eller om der kan forventes kognitive ændringer flere uger efter ophør med interventionen. Det er uklart, hvor ofte interventionen skal foregå, og hvorvidt det skal være kontinuerligt eller blot i en periode (et terapi forløb). Derimod synes der at være enighed om, at 30-60 minutters sessioner er passende for grupperemiscens. Betydningen af demensform og stadie er uklart. Det er ikke undersøgt, hvorvidt metoden har effekt i forhold til agiteret adfærd. Metodens betydning for personalets syn på og involvering i forhold til den demente, kunne være en yderligere og relevant måde at evaluere den på, idet et enkelt studie (20) pegede på en øget jobtilfredshed blandt personalet.

## 5.2 Livshistorie

Brug af livshistorie og reminiscensarbejde er beslægtet og de to metoder beskrives ofte synonymt. Men hvor reminiscens ofte er spontane minder, så er livshistorie en mere struktureret genkaldelse, organisering og evaluering af en personlig livshistorie. Det kræver derfor en større indsigt, energi og støtte, især for personer, der har svært ved at huske og at holde koncentrationen. Den bagvedliggende antagelse er, at det at huske tilbage og at evaluere sit liv i forhold til sine ønsker og forventninger er noget alment menneskeligt, som foregår i alle livets faser, men måske især i forbindelse med større ændringer i livet samt i livets sidste fase. Hensigten med den personlige livshistorie er at nå til en forståelse og accept af livet. Til dette bruges skrevne eller bandede selv-biografier, gensyn med tidligere steder og personer, enten personligt eller igennem korrespondance, stamtræer, scrapbøger, fotografier m.m. Det er dog uklart, i hvilken udstrækning demensramte er i stand til at arbejde med egen livshistorie (32).

Alligevel kan det at skabe sammenhæng synes at være endnu vigtigere for desorienterede personer, som oplever problemer med at kunne veksle mellem fortid og nutid og mellem den indre og den ydre verden og den ensomhed og angst, dette kan medføre.

Derudover er livshistorien et brugbart instrument i tilrettelæggelsen og evalueringen af plejen og omsorgen til demensramte (13). Grundlæggende kan livshistorien ses som en forudsætning for at kunne yde individuel pleje og omsorg hos mennesker, som måske ikke selv kan meddele ønsker og behov eller sige fra.

### 5.2.1 Udvalgt og evalueret litteratur

Der blev kun fundet få enkeltstudier omhandlende livshistorie (Life History, Life Review), men metoden indgik i flere artikler inkluderet i afsnittet om reminiscens, idet der ikke altid skelnes mellem de to metoder. De derudover fundne studier havde alle plejepersonalet som primært fokus, hvorfor studierne egentlig falder udenfor denne undersøgelses inklusionskriterier. Grunden til, at de alligevel er inkluderet, er at såvel studier præsenteret under afsnittet om reminiscens som den generelle introduktion til livshistorie indikerer, at denne har betydning for personalets opfattelse af den demente som en person og dermed på den pleje og omsorg, der ydes den demente.

I alt 4 studier af livshistorie blev inkluderet (præsenteret i Tabel 5). De var publiceret i perioden 1993 til 2001, hvoraf de tre blev publiceret i eller efter 1995. Et af studierne var dansk, et canadisk og to amerikanske. Alle studier var lavet på plejehjem, og alle studier evaluerede på plejepersonalets holdning til eller udbytte af kendskab til beboernes livshistorie. I to studier blev metoden undersøgt i egentlige eksperimenter (præsenteret i Tabel 6).

Tabel 5: Livshistorie: Oversigt over inkluderede studier, publikationsår og studiedesign

ref. nr.	Forfatter	År	Studiedesign
(13)	Woods B, Portnoy S, Head D, Jones G	1993	Kvalitativt studie
(33)	Philipsen M, Rishøj S	1998	Kvalitetssikring
(34)	Hillmann JL, Skoloda TE, Zander D, Stricker G	1999	Kontrolleret studie
(35)	Hillman J, Skoloda TE, Angelini F, Stricker G	2001	Kontrolleret studie

Tabel 6: Livshistorie: Inkluderede eksperimentelle studier: design, undersøgelsespopulationens antal og diagnose, hvorvidt der var en kontrolgruppe og hvorvidt der blev redegjort for selektionskriterier samt frafald.

Ref. nr.	Design	Antal	Diagnose	Kontrolgruppe	Selektion	Frafald
(34)	Kontrolleret studie	15	Demens	Ja	Ja	Ja

(35)	Kontrolleret studie	30	Demens	Ja	Ja	Ja
------	---------------------	----	--------	----	----	----

### 5.2.2 Resultater

I de 4 studier blev der set på effektparametre, som hvorvidt det var muligt at indsamle dementes livshistorier, samt hvordan personalet oplevede betydningen af denne. Effekt blev målt ved hjælp af kvalitative interviews, NHBP, RCS, NHPB, The semantic differential, og WAS (se bilag 1).

Et studie viste, at det var muligt og tilfredsstillende for såvel den demente som for plejepersonalet at indsamle livshistorier, samt at det formentlig er muligt at gøre i forbindelse med andre daglige gøremål. Selvom den demente ikke huskede de konkrete hændelser, men i stedet de følelser der indgik, havde det betydning for en større forståelse af den demente hos personalet (13). Et studie viste at ca. halvdelen af plejepersonalet mente, at kendskab til beboerens livshistorie havde betydning for plejen (33). Et andet studie viste, at formidling af beboernes livshistorie ikke var effektiv i forhold til personalets oplevelse af problemadfærd blandt de demente beboere, ej heller i forhold til en mere positiv holdning til patienterne, eller i forhold til at øge personalets tilfredshed i rollen som omsorgsgivere (34). Et efterfølgende studie af samme forfattere viste dog, at individuelle livshistorier kunne betyde, at plejepersonalet fik en mindre negativ holdning til plejehjemsbeboerne. Dette var dog ikke tilfældet, hvis den demente udviste en aggressiv adfærd (35).

### 5.2.3 Konklusion

Nærværende litteraturgennemgang viste at det var muligt og ønskeligt at indsamle den dementes livshistorie, men ikke i hvilket omfang, hvordan eller på hvilket tidspunkt i demenssygdommen, det er hensigtsmæssigt. Måske har kendskab til den demensramtes livshistorie især betydning for personalets syn på vedkommende, og måske især hvis personalet selv indhenter oplysningerne. Der blev kun fundet få undersøgelser derom, og det kan da også diskuteres hvorvidt sådanne overhovedet er ressourcerne værd. Hvis det overordnede ønske for pleje og omsorg er en individuel eller personorienteret pleje og omsorg, må forudsætningen være et vist kendskab til den demensramte som en person, der er formet af sin personlige historie.

### 5.3 Validering

Udgangspunktet i validering er, at al adfærd bærer en mening, og at selvom konstruktiv tankegang forringes, så består følelser og indhold. Derfor må den professionelle anerkende værdien og gyldigheden af den demensramtes oplevelser med det formål at opnå bedre kontakt og et mere frugtbart samarbejde.

Metoden bygger ligesom de to tidligere beskrevne metoder på elementer af Eriksons udviklingsmodel, hvor mennesket udvikles gennem en livsvarig proces påvirket af kultur og sociale relationer. Naomi Feil tilføjede et niende stadie til Eriksons model<sup>10</sup>. Dette niende stadie indeholder modsætningerne forløsning og vegetation idet hun mente, at det ved at tilføje dette stadie blev muligt at give opmærksomhed til desorienterede ældre (over 80 år), hvis fokus overvejende ligger i fortiden (13).

Validering er en refleksion af den dementes følelser for derigennem at hjælpe den demente til at udtrykke udækkede behov og at genopbygge veletablerede sociale roller. Målet er at fremkalde velbefindende, mindske usikkerhed og uro samt at stimulere samvær med andre. Validering gør brug af bestemte teknikker i samtale, nonverbal kommunikation og berøring. I metoden indgår et ”mini life-review”, som er en vurdering af graden af kognitivt handicap, som inddeles i fire stadier strækkende sig fra desorientering til vegetation. Validering ydes i en gruppe eller individuelt af en bestemt kontaktperson i korte sessioner flere gange om ugen, men teknikken kan også bruges generelt af den pleje- og omsorgsgivende person (36). Ved validering i en gruppe anses det for vigtigt, at der er en ens struktur fra gang til gang. Sessionen skal holdes samme ugedag, sted og tid, og indholdet skal forløbe på samme vis, idet den enkeltes vigende hukommelse søges suppleret med en fælles hukommelse i gruppen (37).

#### 5.3.1 Udvalgt og evalueret litteratur

I alt 10 studier af validering blev inkluderet (præsenteret i Tabel 7). De var publiceret i perioden 1986 til 2002, hvoraf de 4 blev publiceret i eller efter 1995. Et studie var internationalt, seks af studierne var amerikanske, to engelske og et canadisk. Af de syv originalstudier var fem udført på plejehjem, et på et hospital og i et af studierne var stedet uklart. I seks studier blev valideringsmetoden undersøgt i egentlige eksperimenter (præsenteret i Tabel 8), hvor der blev anvendt forskellige studiedesigns. De resterende fire studier var: et kvalitativt studie, to litteraturstudier

---

<sup>10</sup> Se en kort beskrivelse under afsnit om Reminiscens

og en metaanalyse. I metaanalysen indgik to randomiserede kontrollerede studier (RCT), det var studierne med ref. nr. 39 og 40. Studiet med ref. nr.41 blev publiceret som enkeltstudie, resten indgik i de to litteraturstudier.

Tabel 7: Validering: Oversigt over inkluderede studier, publikationsår og studiedesign

Ref. nr.	Forfatter	År	Studiedesign
(23)	Morton I, Bleathman C *	1991	Cross-over studie
(36)	Neal M, Briggs M	2002	Metaanalyse
(38)	Feil N	1992	Litteratur studie
(39)	Robb S, Stegman CE, Wolanin MO	1986	RCT
(40)	Toseland RW, Diehl M, Freeman K, Manzanares T, Naleppa M, McCallion P	1997	RCT
(41)	Bleathman C, Morton I	1992	Kvalitativt studie
(42)	Day CR	1997	Litteratur studie
(43)	Babins L.	1988	Kontrolleret studie
(44)	Scanland SG, Emershaw LE	1993	Kontrolleret studie
(45)	Fine JI, Rouse-Bane S	1995	Før og efter studie

\*indgår også i afsnit om reminiscens

Tabel 8: Validering: Inkluderede eksperimentelle studier: design, undersøgelsespopulationens antal og diagnose, hvorvidt der var en kontrolgruppe og hvorvidt der blev redegjort for selektionskriterier samt frafald.

Ref. nr.	Design	Antal	Diagnose	Kontrolgruppe	Selektion	Frafald
(23)	Cross-over studie	3	Demens	Egen kontrol	Nej	Ja
(39)	RCT	21	Demens	Ja	Ja	Ja
(40)	RCT	66	Demens	Ja	Ja	Ja
(43)	Kontrolleret studie	5	Uklart	Ja	Nej	Nej
(44)	Kontrolleret studie	25	Demens	Ja	Ja	Ja
(45)	Før og efter studie	35	Demens	Nej	Ja	Nej

### 5.3.2 Resultater

Såvel interventionen som de valgte effektmål og de metoder effekten blev målt med, var forskellige i studierne. To af de eksperimentelle studier angav ikke selektionskriterier og to angav ikke eventuelt frafald. Et studie (23), hvor validering blev sammenholdt med reminiscens, fandt ingen



forskel på metodernes effekt. Et studie (43), hvor validering blev sammenholdt med realitetsorientering, fandt ingen forskel mellem de to eller mellem dem og en kontrolgruppe.

I de 7 originalstudier blev der set på følgende effektparametre: adfærd, kognition og depression. I det følgende bliver hovedresultaterne gennemgået ud fra de valgte effektparametre.

Adfærd: I et litteraturstudie (38) refereredes fire studier, som viste at validering havde effekt i form af øget positiv adfærd samt et mere flydende sprogbrug. Imidlertid var ingen af de refererede artikler publiceret (og dermed ikke tilgængelige for nærværende undersøgelse). I seks andre studier (23, 39-41, 43-45) var adfærd i form af kommunikation og interaktion med andre demente og/eller plejepersonalet samt problematisk adfærd et parameter. Effekt målt ved hjælp af forskellige skalaer som: MACC, CAPE, CAPE-12 item, Cohen Mansfield Agitation Inventory, Geriatric Indices of Positive Behaviour, NOISE-30, MSBS og Group Orientation Form samt ved analyse af videooptagelser og udsagn fra personalet. Effekt blev vist som en positiv effekt af validering på adfærd og moral (39) og en positiv effekt på social kontakt (40). I et studie oplevede personalet, at valideringsmetoden øgede deres måder at håndtere kommunikationen med demente med problemadfærd på, og at dette havde en positiv effekt (45). Et studie viste en øget interaktion mellem deltagerne under valideringssessioner (41), medens et studie viste en øget irritation efter deltagelse i valideringssessioner (43).

Kognition: I tre studier (39,40,44) var kognition en parameter. Effekt målt ved hjælp af: MMSE, MSQ samt Mental Status – Multi Observational Scale for Elderly Subjects. Et enkelt studie viste en positiv effekt af validering på desorientering (40).

Depression: To studier (40,44) inkluderede depression som effektparameter, et studie viste en positiv effekt (40) hvorimod et andet studie viste en let øgning i depression blandt deltagerne, uanset om de deltog i validering, realitetsorientering eller ingen intervention (44).

### **5.3.3. Konklusion**

Metaanalysen konkluderede, at det ikke var muligt at evaluere metodens effekt, men at der er indikationer for at validering kan influere på forholdet mellem den demente og omsorgsgiveren, således at det bliver mere personorienteret (36). Dette blev undersøgt i et studie som viste, at personalets tilfredshed med kommunikationen med demensramte øgedes signifikant i en gruppe,

som havde modtaget undervisning i validering, i forhold til en gruppe, som ikke havde fået undervisning (46)<sup>11</sup>.

Selvom nærværende litteraturgennemgang inkluderer flere og andre studier end metaanalysen, var der stadig tale om få og oftest både små og usikre studier, hvor såvel intervention som effektmål og metoder var forskellige. Det er således usikkert, om de viste effekter skyldes metoden som sådan, eller om det er en effekt af det fælles samvær. Tre studier undersøgte en effekt på kognition, selvom denne ikke indgår i den teoretiske baggrund for metoden. Det er således også i forhold til denne metode usikkert, hvilken effekt der kan forventes og i hvor lang tid.

#### **5.4 Gently Teaching**

Det har ikke været mulig at finde oplysninger eller studier omhandlende denne metode, som dog er nævnt i Sundhedsstyrelsens redegørelse (3).

#### **5.5 Retrogenesis**

Retrogenesis defineres som den proces, hvorved degenerative processer i hjernen nedbryder det tidligere tillærte. Forskellige undersøgelser af hjernen har vist, at flere elementer af den degeneration der sker ved Alzheimer's sygdom, svarer til det omvendte af den udvikling, der sker gennem barndommen. Denne indsigt menes at kunne bruges såvel i forståelsen af de følelsesmæssige skift hos den demente, som i tilrettelæggelsen af den generelle pleje og omsorg, og aktiviteter i forhold til demente personer.

Indenfor retrogenesis teorien inddeles udviklingen i Alzheimer's sygdom i syv stadier i en model kaldet FAST (Functional Assessment Staging). Denne sidestilles med en model over den normale udvikling i barndommen, således at højere stadier af FAST svarer til yngre alder hos børn for på den måde at kunne opnå en forståelse for de krav, der kan stilles, men også til de funktioner der kan støttes og den måde hvorpå det kan gøres (47-49). Det har ikke været mulig at finde undersøgelser, der ser på effekten af retrogenesis som pleje- og omsorgsmetode i forhold til demente.

---

<sup>11</sup> Studiet er kun inkluderet som baggrunds information i nærværende litteraturgennemgang idet det udelukkende intervenserer og evaluerer i forhold til personalet (et af eksklusionskriterierne).

## 5.6 Marte Meo metoden

Metoden har sit udgangspunkt i kommunikationsteori og socialpædagogik og er oprindeligt udviklet i forhold til autistiske børn. Metoden bruges desuden, i mindre udstrækning, i Danmark af sundhedsplejersker og er beskrevet i forhold til mindre børn. I forhold til demente er metoden endnu i sin begyndelse med en foreløbig oplæring og erfaringsindsamling i de nordiske lande.<sup>12</sup> Det har ikke været muligt at finde publicerede undersøgelser, men et enkelt kapitel i en bog om metoden handler om arbejdet med demente.

Ved brug af Marte Meo metoden til demensramte tages der udgangspunkt i retrogenesis teorien, og dens inddeling af sygdomsudviklingen i FAST ( allerede nævnt på forrige side) modellens 7 stadier. Der ses en parallel mellem barnets udvikling og den dementes afvikling, hvor erfaring fra kommunikation med børn på forskellige udviklingsstadier kan overføres til kommunikation med den demente, uden at miste respekten for denne som et voksent menneske med en unik livserfaring. I metoden bruges videooptagelse af interaktioner mellem den demente og den pleje- og omsorgsgivende, hvorefter denne analyseres. Formålet er at træne pleje- og omsorgsgiverne, idet det antages at dementes brug af vold har baggrund i samspillet med andre mennesker. Det anses for væsentligt, at personalet tager udgangspunkt i, hvor den demente er følelsesmæssigt og i sin sygdom, og at der skabes en forudsigelighed i interaktionen. Samtalen med demente må tage udgangspunkt i og reflektere den dementes meddelelser samt det der sker i situationen (50).

## 5.7 Musikstimulering

Musikstimulering bruges på forskellig vis og med forskellige formål i omsorgen og plejen til demente. Musik og sang kan indgå som baggrundsmusik i bestemte situationer, som en del af en aktivitet, eller som en form for terapi. Derudover kan plejepersonalet bruge sang i kommunikationen med svært demente. Såvel neuropsykologiske som neurofysiologiske undersøgelser tyder på, at opfattelsen og brugen af musik og opfattelsen og brugen af det talte sprog foregår i forskellige områder af hjernen (51). Derudover er der indikationer for, at brug af afslappende teknikker som fx musik påvirker det neuro-hormonale system og derved adfærden (52).

---

<sup>12</sup> Viden indsamlet via personlig kommunikation med Lone Bakke

Ifølge en artikel fra 1992 om perspektiver for pleje- og omsorgsmetoder adskiller musikterapi sig i forhold til musik brugt alene som fornøjelse. Musikterapi ses som en planlagt og struktureret brug af musik ud fra et kendskab til den enkeltes liv og musiksmag, samt til sygdomsstadiet. Formålet med musikterapi er at påvirke de følelsesmæssige funktioner, og at hjælpe det positive frem i den demente person gennem en form for livshistorie eller reminiscens, hvor musikken bruges som stimuli. Det er ikke et formål at påvirke de kognitive funktioner (53).

I et studie fra 1999 (52) blev musikterapien beskrevet i en manual udarbejdet til demente. I denne foregik terapien i mindre grupper og med et struktureret program, hvor der bl.a. blev sunget kendte sange akkompagneret af instrumenter, spillet på trommer, samt lyttet til musik udvalgt i forhold til deltagernes præferencer.

I Cochrane samarbejdet pågår der i øjeblikket en metaanalyse af musikterapi i forhold til demente med det formål at udvikle guidelines for området. I protokollen angives musikterapi at kunne influere på kommunikationen med demente, idet mennesker der ikke længere husker eller har et sprog, ofte stadig er i stand til at huske og synge sange. Formålet med musikterapi angives her at være: at stimulere social interaktion, reducere agitation<sup>13</sup>, forbedre håndteringen af følelsesmæssige problemer og at initiere reminiscens. Musikterapeuter må ifølge protokollen have såvel musikalske som terapeutiske forudsætninger og må kunne arbejde med såvel passive musikoplevelser som med aktiv deltagelse i musik fx gennem sang eller dans (54).

### **5.7.1 Udvalgt og evalueret litteratur**

I alt 13 studier af musikstimulering blev inkluderet, fordelt på 1 metaanalyse, 4 litteraturstudier og 8 enkeltstudier (præsenteret i Tabel 9). De 13 inkluderede studier er publiceret i perioden 1997 til 2002. I 6 ud af de 8 enkeltstudier blev musikstimuleringsmetoden undersøgt i egentlige eksperimenter (præsenteret i Tabel 10), hvor der blev anvendt forskellige studiedesigns. Metaanalysen og de fire litteraturstudier inkluderer, i større eller mindre udstrækning, de samme enkeltstudier og inkluderer i alt 79 forskellige studier. Musikstimulering er således den bedst dokumenterede af de pleje- og omsorgsmetoder, som det er valgt at præsentere i denne rapport. Et dansk litteraturstudie, publiceret i 2002, gennemgik 73 studier, og er dermed det mest omfattende

---

<sup>13</sup> agitation er uhensigtsmæssig brug af ord, stemmeleje og bevægelser, der af andre ikke anses som værende et åbenlyst udtryk for behov eller uklarhed. Agitation kan føre til aggression mod andre, samt være årsag til psykisk pres og stress hos omsorgsgiverne (55).

de og det seneste af de fire litteraturstudier (55). Det er derfor i dette afsnit om musikterapi fra-  
valgt at inkludere originalartiklerne fra de i alt fem oversigtsartikler<sup>14</sup>.

Derimod er otte studier, som er publiceret i originalartikler efter udarbejdelsen af det danske lit-  
teraturstudie, inkluderet i dette afsnit. Af de 8 studier var 3 udført i USA, 2 i Canada, 2 i Sverige  
og 1 i Israel. I alle studierne havde deltagerne fået stillet diagnosen demens. Seks studier foregik  
på plejehjem, et på hospital og et i dagcenter. Antal inkluderede varierede fra 1 til 39 personer. I  
seks af de otte originalartikler blev metoden undersøgt i egentlige eksperimenter (præsenteret i  
Tabel 10).

Tabel 9: Musikstimulering: Oversigt over inkluderede studier, publikationsår og studiedesign

Ref. nr.	Forfatter	År	Studiedesign
(51)	Brotons M, Koger SM, Pickett-Cooper P	1997	Litteraturstudie
(52)	Kumar AM, Tims F, Cruess DG et al.	1999	Før og efter studie
(56)	Ridder HMO	2002	Litteraturstudie
(57)	Meei-Fang L	2001	Litteraturstudie
(58)	Gerdner L	2000	Litteraturstudie
(59)	Dawson P, Schacter Y	1999	Cross-over studie
(60)	Gotell E, Brown S, Ekman SL	2002	Kvalitativt studie
(61)	Groene R	2001	Kontrolleret studie
(62)	Kydd P	2001	Case studie
(63)	Ragneskog H, Asplund K, Kihlgren M, Norberg A	2001	Cross-over studie
(64)	Silber F	1999	Kontrolleret studie
(65)	Koger S, Chain K, Brotons M	1999	Metaanalyse
(66)	Gerdner LA	2000	Cross-over studie

Tabel 10: Musikstimulering: Inkluderede eksperimentelle studier: design, undersøgelsespopulationens antal og di-  
agnose, hvorvidt der var en kontrolgruppe og hvorvidt der blev redegjort for selektionskriterier samt frafald.

Ref. nr.	Design	Antal	Diagnose	Kontrolgruppe	Selektion	Frafald
(52)	Før og efter studie	13	Alzheimer	Nej	Ja	Ja
(59)	Cross-over studie	18	Demens	Egen kontrol	Ja	Nej
(61)	Kontrolleret studie	8	Demens	Nej	Ja	Nej
(63)	Cross-over studie	4	Demens	Egen kontrol	Ja	Ja
(64)	Kontrolleret studie	18	Demens	Ja	Ja	Ja
(66)	Cross-over studie	39	Demens	Egen kontrol	Ja	Ja

<sup>14</sup> En skematisk oversigt over hvilke oversigtsartikler der inkluderer hvilke originalartikler er vedlagt i bilag 2.

### 5.7.2 Resultater

I de 13 inkluderede studier blev der set på følgende effektparametre: adfærd, kognition, social integration og stimulation. I det følgende bliver hovedresultaterne gennemgået ud fra de valgte effektparametre. I studierne blev der derudover set på forskellige former for og måder at bruge musik på: 1) aktiv deltagelse i sang og musik vs. passiv lytning til musik. 2) levende musik vs. båndet musik 3) Individuelt tilpasset musik vs. musik valgt af udøveren af interventionen. 4) uddannet musik terapeut vs. anden profession.

Adfærd som effektparameter og i form af agitation og afslapning indgik i 22 af studierne i det danske litteraturstudie (56), i metaanalysen, i de tre andre litteraturstudier samt i 4 af enkeltstudierne (52,59,63,66). Effekten blev målt med følgende (refererede) metoder: observation af adfærd, elektronisk måling af vandring, psykologiske målemetoder, videooptagelse af adfærd og ansigtsudtryk (FACTS), samt en tilrettet udgave af CMAI.

Resultaterne fra litteraturstudierne viste, at musik kunne bruges til regulering af agiteret adfærd (56), og at musik havde en beroligende effekt på demente med søvnbesvær, agitation og afbrudt adfærd, hvis der blev taget hensyn til musikpræferencer (51). Et litteraturstudie (57) fandt en generel reduktion i agitation, i to studier var der en signifikant reduktion i den ikke-aggressive del af en agiteret adfærd. Et andet litteraturstudie (58) fandt en signifikant reduktion i agitation ved såvel musik under måltidet, som ved samtidig musik og massage, men at resultatet i forhold til aggression pegede i forskellige retninger. De 4 enkeltstudier viste en signifikant reduktion i agitation ved individuel musikintervention.

Kognition i form af opmærksomhed blev valgt som effektparameter i 22 af studierne i det danske litteraturstudie (56), i metaanalysen, i et af de andre litteraturstudier samt i 3 af enkeltstudierne. Resultaterne fra litteraturstudierne viste, at musik kunne fange opmærksomheden hos demensramte set som en bred gruppe, fastholde et opmærksomhedsniveau i længere tid (56), samt stimulere hukommelse og sprog (51). Et af de to enkeltstudier viste ingen signifikant forskel på kognition, målt på MMSE skalaen, mellem en gruppe, der blev spillet baggrundsmusik for, og en kontrolgruppe (64).

Social integration i form af kommunikation og deltagelse i aktiviteten blev valgt som effektparameter i 19 af studierne i det danske litteraturstudie (56), i metaanalysen, i et af de andre litteraturstudier samt i 4 af enkeltstudierne. Resultaterne fra litteraturstudierne viste, at musik kunne

bruges i interaktion og dialog mellem demente (51,56). Et af enkeltstudierne viste en øget social interaktion (52), et studie (60) viste en reduktion i verbal kommunikation men en øget forståelse for og deltagelse i plejen når plejepersonalet sang i forbindelse med udførelse af personlig hygiejne. Et casestudie (62) viste, hvordan musik hjalp en demensramt (og tidligere musikudøver) til at genoptage socialt samvær efter indflytning på plejehjem.

Stimulation i form af kropslig stimulation, stimulation af reminiscens og glæde blev valgt som effektparameter i 6 af studierne i det danske litteraturstudie (56), og i 3 af enkeltstudierne. Resultaterne fra et litteraturstudie viste, at musik kunne fremkalde positiv respons (56). Et enkeltstudie (52) viste, at musik påvirkede det neuro-hormonale system, som formentlig har betydning for adfærden. Et studie (61) viste en øget glæde ved sang akkompagneret af ”levende” guitar.

De fire litteraturgennemgange havde hver deres udgangspunkt, som afspejles i deres konklusioner:

- 1) Et litteraturstudie så på studier, hvor musik blev brugt som terapeutisk intervention i forhold til mennesker med Alzheimers. Studiet inkluderede 30 originalartikler og viste, at der var evidens for at musik kunne struktureres, så det underbygger sociale og følelsesmæssige funktioner, formindsker adfærdsproblemer og stimulerer hukommelse og sprog. Samtidig blev der stillet spørgsmålstejn ved sygdomsstadiets betydning og betydningen af, hvorvidt det er en uddannet terapeut der arrangerer musikterapien, samt hvor ofte denne skal foregå. Der blev stillet spørgsmålstejn ved hvor længe effekten holder, samt hvor meget effekt skyldes selve musikken og hvor meget skyldes den interaktion, der er mellem terapeuten og den demensramte (51).
- 2) Et litteraturstudie så på musik som middel til kommunikation, afslapning, kropslig- og kognitiv stimulation samt adfærdsregulering og vurdering. Studiet inkluderede 73 originalartikler og viste, at musik kunne have en gavnlig effekt på kommunikative, fysiologiske, kognitive og sociale områder. Der så ikke ud til at være ulemper med metoden. I 15 af de 73 inkluderede studier blev sygdommens stadie angivet, uden at det dog er muligt at uddrage konklusioner i forhold til dets betydning for valg af musikaktivitet. Studiet konkluderede, at der entydigt kunne peges på at musikaktiviteter og musikterapi med fordel kunne inddrages i demensomsorgen. Derudover efterlystes forskning, der tager udgangspunkt i livskvalitet og som udbygger den teoretiske forståelse for musikkens virkemåde (56).

En sådan teoretisk ramme<sup>15</sup> blev opstillet og testet som brugbar i et studie fra 2000. I studiet blev der opfordret til yderligere testning af teorien (66). I et andet studie fra 1999 blev en hypotese om, at musik stimulerer det neuro-hormonale system underbygget (52).

3) Et litteraturstudie så på musik som middel til reduktion i agiteret adfærd, samt på studiernes kvalitet. Studiet inkluderede 7 originalartikler. En større standardisering i forhold til intervention efterlystes. Fremtidige studier bør, ifølge studiet, blandt andet medinddrage betydningen af hvor den demensramte lever og betydningen af og på eventuel medicinsk behandling. Derudover ønskedes økonomiske og implementeringsmæssige aspekter undersøgt (57).

4) Et litteraturstudie så på individualiseret musik versus klassisk afslapningsmusik. Studiet inkluderede 8 originalartikler og viste en signifikant reduktion i agitation ved individualiseret musik (i forhold til baseline), samt en hurtigere og længerevarende virkning end ved klassisk afslapningsmusik (58).

### 5.7.3 Konklusion

Musikstimulering er den mest undersøgte af de valgte pleje- og omsorgsmetoder. Nærværende litteraturgennemgang understøtter konklusionen fra en tidligere metaanalyse, som viser, at musikstimulering er effektiv som pleje- og omsorgsmetode til demente mennesker. Men at det ikke er muligt at bestemme den relative effekt af de forskellige måder at bruge metoden på, eller af effekternes varighed (65). Musikstimulering omfatter en række forskellige former for musik og forskellige måder at bruge musik på, og de forskellige metoder virker på forskellige symptomer. Der synes ikke at være ulemper forbundet med metoden, selvom et studie viste såvel øget som formindsket aggression (58). Det synes dog generelt vigtigt, at der tages hensyn til individuelle musikpræferencer. Musikterapi blev i et litteraturstudie undersøgt i forhold til en enkelt demensform (Alzheimer), men ikke i forhold til sygdommens stadie. En metaanalyse af musikterapi er undervejs fra Cochrane (54).

---

<sup>15</sup> Teorien er ”The mid-range theory of individualized music intervention for agitation” Dens hypotese er at kognitiv reduktion medfører lavere stressniveau, som kan medføre agitation. Musik kan have positiv indflydelse på denne agitation idet musik bearbejdes andre steder i hjernen end sprog gør. Yderligere beskrivelse kan læses i artiklen eller i en henvisning i denne til : Gerdner L. An individualized music intervention for agitation. Journal of the American Psychiatric Association 1997;3:177-184



## **5.8 Snoezelen/ Multi-Sensory Stimulation**

Snoezelen er en individuel aktivitet, hvor flere sanser søges stimuleret ved hjælp af lyd, lys, duft og andre sanseobjekter. Metoden bygger på et følelsesmæssigt og ikke-intellektuelt samvær, for derigennem at skabe oplevelse og velbehag i en afslappende og tryk atmosfære og bruges især i forhold til svært demente mennesker. Metoden og de specielle redskaber er oprindeligt udviklet i Holland i arbejdet med udviklingshæmmede og kan eventuelt købes hos specielle foreninger (67). Redskaberne kan bestå af musikanlæg, fremviser som kaster lys og billeder rundt på loft og vægge, fiberoptisk lys, duftforstøver og objekter som evt. bevæger sig ved berøring og som føles forskellige (fx pude, der vibrerer når den krammes, pude eller dyne fyldt med små kugler). Sessionen foregår individuelt i et specielt rum indrettet med specielt inventar og kræver medvirken af mindst en pleje- og omsorgsperson. Dele af interventionen eller tankegangen bag kan også bruges separat i almindeligt brugte rum som fx i soveværelset eller på badeværelset og med andre end de specialfremstillede redskaber (7).

Da navnet Snoezelen er et beskyttet varemærke, som indikerer brug af et specielt indrettet rum og inventar, har Baker et al. (68) foreslået i stedet at bruge betegnelsen Multi-Sensory Stimulation (MSS) for metoden. Metoden bygger på en teori om, at stimulation af sanserne er en forudsætning for normal hjernefunktion, og at manglende stimulering af sanserne kan føre til adfærdsproblemer. Institutioner kan være præget af såvel manglende stimulans som af voldsomme stimulanser fra bl.a. aggressive beboere, hvor det sidste kan medføre en tendens til, at sårbare beboere vælger at lukke mentalt af for omgivelserne og dermed bliver understimulerede (68). Der mangler dog en dybere forståelse af de processer som indgår, herunder om der er tale om både afslapning og aktivering og hvorvidt dette kan foregå samtidigt og måske med bedre koncentration som følge (69).

### **5.8.1 Udvalgt og evalueret litteratur**

I alt 10 studier af snoezelen eller multi-sensory stimulation (MSS) blev inkluderet (præsenteret i Tabel 11). De var publiceret i perioden 1993 til 2002, hvoraf de ni blev publiceret i eller efter 1995. Otte originalstudier blev inkluderet, hvoraf de syv var publiceret i eller efter 1995. Syv af studierne blev udført i England og et i Holland. I alle studierne blev deltagerne beskrevet som

demente. Fire studier foregik i dagcentre, to på hospital, et flere forskellige steder og i et studie var det uklart hvor det foregik. Antal inkluderede varierede fra 3 til 50 personer.

I syv studier blev metoden undersøgt i egentlige eksperimenter (præsenteret i Tabel 12), hvor der blev anvendt forskellige studiedesigns. De resterende tre studier var et kvalitativt studie og to litteraturstudier. Studierne med ref. nr. 68 og 76 blev publiceret som enkeltstudier, resten indgik i de to litteraturstudier.

Tabel 11: Snoezelen/ Multi-Sensory Stimulation: Oversigt over inkluderede studier, publikationsår og studiedesign

Ref. nr.	Forfatter	År	Studiedesign
(7)	Finnema E, Dröes R-M, Ribbe M, Van Tilburg W	2000	Litteraturstudie
(68)	Baker R, Bell S, Baker E, Gibson S, Holloway J. Pearce R, Dowling Z, Thomas P, Assey J, Waering L-A	2001	RCT
(69)	Baker R, Dowling Z, Wareing L, Dawson J, Assey J	1997	RCT
(70)	Moffat N, Parker P, Garside M, Freeman C	1993	Før og efter studie
(71)	Holtkamp CCM, Kragt K, van Dongen MCJM, van Rossum E, Salentijn *	1997	Cross-over studie
(72)	Spaull D, Leach C	1998	Cross-over studie
(73)	Lancioni GE, Cuvo AJ, O'reilly MF	2002	Litteraturstudie
(74)	Hope KW	1998	Kvalitativt studie
(75)	Pinkney LA	1997	Cross-over studie
(76)	van Diepen E, Baillon SF, Redmen J, Rooke N, Spencer DA, Prettym R	2002	Metode evaluering

\* studiet var beskrevet på hollandsk, hvorfor gengivelsen her er baseret på beskrivelsen i referencerne litteraturstudierne nr. 5 og 6.

Tabel 12: Snoezelen/ Multi-Sensory Stimulation: Inkluderede eksperimentelle studier: design, undersøgelsespopulationens antal og diagnose, hvorvidt der var en kontrolgruppe og hvorvidt der blev redegjort for selektionskriterier samt frafald.

Ref. nr.	Design	Antal	Diagnose	Kontrolgruppe	Selektion	Frafald
(68)	RCT	50	Demens	Ja	Ja	Ja
(69)	RCT	31	Demens	Ja	Ja	Ja
(70)	Før og efter studie	12	Demens	Nej	Ja	Ja
(71)	Cross-over studie	16	Demens	Egen kontrol	Uvist*	Uvist*
(72)	Cross-over studie	4	Alzheimers	Egen kontrol	Nej	Nej

(75)	Cross-over studie	3	Demens	Egen kontrol	Ja	Ja
(76)	Metode evaluering	10	Demens	Ja	Ja	Ja

\* studiet var beskrevet på hollandsk, hvorfor gengivelsen her er baseret på beskrivelsen i referencerne litteraturstudierne nr. 5 og 6, hvor selektionskriterier og frafald ikke blev beskrevet.

### 5.8.2 Resultater

I et litteraturstudie (73) blev der peget på, at der i fem ud af seks studier er forskel i personale/deltager ratio mellem interventionsgruppen og kontrolgruppen, hvilket gør det svært at sammenligne dem. Desuden menes antallet af sessioner at være for få til at se en effekt. Et enkelt studie så på metodens effekt i forhold til demensform (Alzheimers), hverken andre selektionskriterier eller frafald blev angivet.

I de 10 inkluderede studier blev der set på effektparametrene adfærd og kognition. Et enkelt studie så på pårørendes humør. I det følgende bliver hovedresultaterne gennemgået ud fra de valgte effektparametre.

Adfærd: Indgik i alle studierne i form af kommunikation, opmærksomhed, humør, agitation og asocial eller stereotyp adfærd. Effekt målt ved hjælp af forskellige skalaer som: Behavior scale, Rehab Interact, BMD-scale, BRS, GIB, MBR, short form of Adaptive Behavior Scale, DCM, The assessment and short-term manipulation of affect in the severely demented, CMAI, AMBI, INTERACT og CAPE.

De inkluderede studier viste øget glæde og interesse samt faldende tristhed (70) og mindre uro og agitation (70,71) under interventionen. Et studie (75) sammenlignede MSS med deltagelse i sessioner med afslapningsmusik. Studiet viste, at begge interventioner kan initiere ro og bedre humør. Et feasibility-studie (76) (evaluering af målemetoder) sammenlignede MSS med reminiscens hos agiterede demente og kom frem til, at begge interventioner havde positive effekter i forhold til agitation under sessionerne.

I to studier (68,69) blev multi-sensory stimulation (MSS) sammenlignet med deltagelse i "almindelig aktivitet"(forkortet til AA, bestående af spil, håndarbejde m.m. dvs. aktiviteter med bestemt formål og fokus) blandt hhv. 50 og 31 demente personer på daghjem. Personale/deltager ratio var i begge grupper 1:1. Begge studier viste en signifikant ændring fra lige før til lige efter sessionen i forhold til: mere spontan tale, bedre relation til andre, større opmærksomhed, initiativ og aktivitet for begge grupper. Det ene studie (68) viste, at MSS på gruppeniveau resulterede i en signifikant større opmærksomhed end AA. I forhold til effekten udenfor sessionerne (carry-over effekt)

viste studiet (68) en signifikant forbedring i tale i AA gruppen, hvorimod der i MSS gruppen sås en (ikke-signifikant) forbedring i adfærd i eget hjem, samt en signifikant forbedring i humør. Det andet studie (69) viste i MSS gruppen et signifikant fald i problemadfærd i hjemmet under studieforløbet. De opnåede effekter var forsvundet ved 1 måneds opfølgning. I et andet studie (70) forsvandt de opnåede effekter umiddelbart efter sessionen.

Kognition: Indgår i to af studierne (68,69) uden at der vises nogen effekt.

Pårørendes humør: Målt med ”Relatives mood and stress scale”, viste i et studie (70) ingen signifikant ændring i humør, men en tendens til fald i stress hos pårørende. Effekten forsvandt dog igen i opfølgningsperioden.

Ulemper ved metoden: I et studie (69) udgik tre ud af 34 deltagere, fordi de ikke følte sig tilpasse i det specielle snoezelen rum. Et andet studie (74) viste et enkelte tilfælde af negative reaktioner efter interventionen, især i forbindelse med berøringsobjekter.

### **5.8.3 Konklusion**

Nærværende litteraturgennemgang peger i retning af, at deltagelse i snoezelen eller multisensory stimulation kan initiere umiddelbar glæde og velbehag samt formindske agitation. Det er dog ikke klart, hvorvidt effekten eller dele af den skyldes den større opmærksomhed, der er i entil-en aktiviteter. Studierne viste forskellige resultater i forhold til, hvorvidt effekten varer udover selve interventionen. To studier viste, at der ingen effekt var i forhold til kognitive funktioner, men det er heller ikke en effekt, som forventes i teorien bag metoden, der især menes at have værdi i forhold til ikke-intellektuelt samvær. Det er ikke alle demensramte, der har glæde af metoden eller af alle dele af den. Betydningen af demensform og stadie er også i forhold til denne metode uklart. Et enkelt studie viste, at metoden har betydning for de pårørendes oplevelse af stress.

## **5.9 Aromaterapi**

I aromaterapi bruges forskellige æteriske olier udvundet af duftende planter. Olierne som fx lemon, peppemynte, kamille eller lavendel inhaleres eller smøres på huden. Oliernes virkning kan forekomme ved at den hurtigt optages i kroppen via luftveje eller huden. Derudover kan der opstå et velbehag (eller det modsatte) gennem den udsendte velduft eller berøringen ved indsmø-

ring, en følelse som måske frembringer minder. I optagelsen af oliens duft forudsættes en vis funktion af såvel slimhinderne, som nervecellerne og hjernens duftcenter (77). Aromaterapi kan kombineres med massage, hvor olien indgnides på større områder af kroppen.

I en artikel fra 1999 sættes der spørgsmålstegn ved rimeligheden i at forvente en effekt af aromaterapi hos demente, idet duftfunktionen formindskes med alderen og er påvist at være ringere hos demente end hos ikke-demente på samme alder (78). I et af de inkluderede studier menes det sidste dog at være et udtryk for, at den demensramte ikke er i stand til at identificere duften rent kognitivt uden samtidig at have mistet evnen til at opfatte duften (79).

Det er uvist, hvorvidt olierne kan have en u hensigtsmæssig virkning på mennesker, selvom der er fundet tegn på dette hos forsøgsdyr (77).

### 5.9.1 Udvalgt og evalueret litteratur

I alt 9 studier af aromaterapi blev inkluderet (præsenteret i Tabel 13). En artikel identificeret i Medline kunne ikke fremskaffes. Studierne var publiceret i perioden 1993 til 2002, heraf var 7 publiceret efter 1995. Alle de inkluderede studier var enkeltstudier. Syv af studierne var udført i England, et i Australien og et i USA. I otte af studierne var deltagerne demente, i et studie var diagnosen usikker. Fire studier foregik på plejehjem, fire på hospital, og et forskellige steder. Antal inkluderede varierede fra 1 til 71 personer.

I alle ni studier blev metoden undersøgt i egentlige eksperimenter (præsenteret i Tabel 14), hvor der blev anvendt forskellige studiedesigns.

Tabel 13: Aromaterapi: Oversigt over inkluderede studier, publikationsår og studiedesign

Ref. nr.	Forfatter	År	Studiedesign
(79)	Gray SG, Clair AA	2002	Cross-over studie
(80)	Holmes C, Hopkins V, Hensford C, MacLaughlin V, Wilkinson D, Rosenvinge H	2002	Kontrolleret studie
(81)	Smallwood J, Brown R, Coulter F, Irvine E	2001	Kontrolleret studie
(82)	MacMahon S, Kermod S. A	1998	Før og efter studie
(83)	Wolfe N, Herzberg J	1996	Cross-over studie
(84)	Ballard CG, O'Brien JT, Reichelt K, Perry EK	2002	RCT
(85)	Brooker DJR, Snape M, Johnson E, Ward D, Payne M	1997	Cross-over studie
(86)	Mitchel S, Bphil S	1993	Cross-over studie
(87)	Henry J, Rusius CW, Davies M, Veazey-French T	1994	Kontrolleret studie

Tabel 14: Aromaterapi: Inkluderede eksperimentelle studier: design, undersøgelsespopulationens antal og diagnose, hvorvidt der var en kontrolgruppe og hvorvidt der blev redegjort for selektionskriterier samt frafald.

Ref. nr.	Design	Antal	Diagnose	Kontrolgruppe	Selektion	Frafald
(79)	Cross-over studie	13	Usikker diagnose	Egen kontrol	Ja	Nej
(80)	Kontrolleret studie	15	Demens	Egen kontrol	Ja	Nej
(81)	Kontrolleret studie	20	Demens	Egen kontrol	Nej	Ja
(82)	Før og efter studie	1	Demens	Egen kontrol	Nej	Nej
(83)	Cross-over studie	2	Demens	Egen kontrol	Nej	Nej
(84)	RCT	71	Demens	Ja	Ja	Ja
(85)	Cross-over studie	4	Demens	Egen kontrol	Ja	Ja
(86)	Cross-over studie	12	Demens	Egen kontrol	Nej	Nej
(87)	Kontrolleret studie	9	Demens	Egen kontrol	Ja	Nej

### 5.9.2 Resultater

Mange af studierne angav hverken selektionskriterier eller frafald. I de 9 inkluderede studier blev der set på effektparameteret adfærd. En metaanalyse er under udarbejdning i Cochrane samarbejdet, hvor der vil blive set på aromaterapiens effekt på kognition, adfærd, livskvalitet, afslapning, vandring, søvn og humør (77).

Adfærd: indgik som effektparameter i alle ni studier i form af agitation, motivation, afhængighed og søvnmønster. Effekt målt ved hjælp af forskellige skalaer som: PAS, CMAI, NPI, Barthel Scale, DCM samt kvalitative beskrivelser og scoringer af adfærdsmønster.

I et større (n=71) randomiseret studie blev Melissa olie administreret som creme afprøvet i forhold til placebo i en 4 ugers periode. Cremen blev påført hurtigt, ikke i form af massage. Der sås ingen bivirkninger i perioden. Undersøgelsen viste signifikante forbedringer i agitation (fysisk

uro og aggression samt agiteret men ikke-aggressiv tale), samt i den procentvise tid med konstruktiv aktivitet (84).

I et studie blev lavendelolie, forstøvet i opholdsstuen, afprøvet i forhold til vand. Resultatet var, at 60% af deltagerne viste en lille forbedring i agitation under lavendelinterventionen og en enkelt deltager viste en forværring (80).

To studier sammenlignede flere forskellige oliers indflydelse på henholdsvis søvn (83) og problemer ved indtagelse af medicin (79). I begge studier blev olien administreret som en vattot placeret i nærheden af deltagerens ansigt. I forhold til søvn viste kamille det bedste resultat i form af øget tid med søvn og formindsket tid med uro (resultat er baseret på én svært dement person) (83). Det andet studie viste ingen signifikant forskel mellem de afprøvede olier og placebo (79). Et studie sammenlignede forskellige olier administreret som forstøver alene eller sammen med massage. Resultatet viste individuelle variationer i effekt (85). Et studie afprøvede lavendelolie forstøvet på sovesalen hver nat i tre uger sammenlignet med en baseline på to uger. Resultatet viste en signifikant øgning i den tid deltagerne sov (87) .

### **5.9.3 Konklusion**

Det er ikke muligt at sammenholde de inkluderede studier da interventionerne er forskellig i forhold til den olie, der blev brugt og den måde, den blev administreret på. Derudover var effektparametrene forskellige i studierne, som var meget små og mangelfulde. To studier (84,87) hvoraf det ene havde få deltagere, viste signifikante resultater med henholdsvis Melissaolie i forhold til agitation og Lavendelolie i forhold til søvn. To af studierne (81,86) var så mangelfuldt beskrevet at de var svære at have tiltro til. Betydningen af demensform og stadie er også i forhold til denne metode uklar. Da de inkluderede studier var forholdsvis nye og Cochrane samarbejdet har vist interesse for metoden, kan det tænkes, at det er en metode som finder udbredelse og hvori der vil blive forsket, i de kommende år.

### **5.10 Lysterapi**

En ændret og ustabil døgnrytme ses ofte i forbindelse med demenssygdomme og interagerer med forringet kognitiv funktion, adfærdsforstyrrelser, uro, forstyrret søvn og depression. Den ændrede og ustabile døgnrytme kan betyde, at vedkommende sover afbrudt om natten og ofte sover

kortvarigt dagen igennem. Det kan også betyde en meget tidlig opvågning eller modsat; at falde til ro på et meget sent tidspunkt. En ustabil og socialt uacceptabel døgnrytme kan også være en stor belastning for pårørende.

Adfærdsforstyrrelser i form af agitation er ofte mest udtalt i de tidlige aftentimer og oftere om vinteren end om sommeren. Den øgede uro og forbigående hallucinering i aftentimerne benævnes solnedgangsfænomenet og ses især hos svært demente.

Døgnrytmen med skiftet mellem aktivitet/ro og vågen/søvn er styret af centralnervesystemet, herunder produktionen af hormonet melatonin, og af den del af hjernen som benævnes hypothalamus. Funktionen menes at være et biologisk ur, som påvirkes af omgivelserne, herunder det lys, øjnene optager. Dyreforsøg har vist, at påvirkning med klart lys kan forbedre funktionen. Denne biologiske funktion ændrer sig med alderen, hvor de fleste ældre oplever ændringer i søvnrytmen. Udover en forringelse af den biologiske funktion menes en aldersbetinget nedsættelse af øjnenes lysfølsomheden, samt en social ændring i form af formindsket ophold i sollys og en generelt forringet mental stimulation, at være medvirkende til ændring i døgnrytmen. Den biologiske funktion menes at være yderligere forringet ved Alzheimers sygdom, ligesom den sociale stimulation og funktion også påvirkes af sygdommen (88, 89).

Lysterapi kan gives individuelt eller til en gruppe. Det kan ske ved, at individet i en fastlagt periode sidder på en stol, med en lysbox placeret cirka en meter fra ansigtet og indenfor synsfeltet. Det kan ske ved at bære et lys-visir på hovedet, eller ved at individet behandles i sin seng morgen eller aften, hvor en skærm tilknyttet en computer udsender lys svarende til en naturlig solopgang/solnedgang. Der er overvejelser om, hvorvidt lysterapi skal gives enten morgen eller aften afhængigt af den enkeltes døgnrytme-forstyrrelser. Lysterapi kan også ske ved, at lyskilderne i et opholdsrum ændres til en samlet større lysstyrke.

Der findes ingen rekommandationer i forhold til valg af lysstyrke, varighed, tidspunkt og hyppighed af lysterapi til demensramte (88).

### **5.10.1 Udvalgt og evalueret litteratur**

I alt 14 studier af lysterapi blev inkluderet (præsenteret i Tabel 15). De var publiceret i perioden 1992 til 2002, hvoraf de 12 var publiceret i eller efter 1995. Alle de inkluderede studier var enkeltstudier. Fem af studierne var udført i USA, fire i Japan, to i Holland, to i Østrig og et i Canada. I alle studierne var deltagerne demente. Syv studier foregik på plejehjem, seks på hospital og et i hjemmet. Antal inkluderede varierede fra 5 til 72 personer.



I 13 studier blev metoden undersøgt i egentlige eksperimenter (præsenteret i Tabel 16), hvor der blev anvendt forskellige studiedesigns.

Tabel 15: Lysterapi: Oversigt over inkluderede studier, publikationsår og studiedesign

Ref. nr.	Forfatter	År	Studie design
(89)	Thorpe L, Middleton J, Russell G, Stewart N	2000	Før og efter studie
(90)	Mishima K, Okawa M, Hishikawa S, Hozumi S, Hori H, Takahashi K	1994	Før og efter studie
(91)	Van Someren EJW, Kessler A, Mirmiran M, Swaab DF	1997	Før og efter studie
(92)	Mishima K, Hishikawa Y, Okawa M	1998	Cross-over studie
(93)	Lyketsos CG, Lindell-Veil L, Baker A, Steele C	1999	RCT
(94)	Yamadera H, Ito T, Suzuki H, Asayama K, Ito R, Endo S	2000	Før og efter studie
(95)	Schindler SD, Graf A, Fischer P, Tölk A, Kasper S	2002	Casestudie
(96)	Haffmans PMJ, Sival BC, Lucius SAP, Cats Q, Van Gelder L	2001	RCT
(97)	Graf A, Wallner C, Schubert V, Willeit M, Wlk W, Fischer P, Kasper S, Neumeister A	2001	RCT
(98)	Ancoli-Israel S, Martin JL, Kripke DF, Marler M, Klauber MR	2002	RCT
(99)	Colenda CC, Cohen W, McCall WV, Rosenquist PB	1997	Før og efter studie
(100)	Lovell BB, Ancoli-Israel S, Gevirtz R	1995	Før og efter studie
(101)	Satlin A, Volicer L, Ross V, Herz L, Campbell S	1992	Før og efter studie
(102)	Koyama E, Matsubara H, Nakano T	1999	Før og efter studie

Tabel 16: Lysterapi: Inkluderede eksperimentelle studier: design, undersøgelsespopulationens antal og diagnose, hvorvidt der var en kontrolgruppe og hvorvidt der blev redegjort for selektionskriterier samt frafald.

Ref. nr.	Design	Antal	Diagnose	Kontrolgruppe	Selektion	Frafald
(89)	Før og efter studie	16	Demens	Nej	Ja	Nej
(90)	Før og efter studie	14	Demens	Ja (ikke demente)	Ja	Nej
(91)	Før og efter studie	22	Demens	Nej	Nej	Ja
(92)	Cross-over studie	22	Vaskulær demens og Alzheimer	Egen kontrol	Ja	Ja
(93)	RCT	8	Demens	Ja	Ja	Ja

(94)	Før og efter studie	27	Alzheimer	Nej	Ja	Nej
(96)	RCT	6	Demens	Ja	Ja	Ja
(97)	RCT	23	Demens	Ja	Ja	Ja
(98)	RCT	72	Demens	Ja	Ja	Ja
(99)	Før og efter studie	5	Alzheimer	Nej	Ja	Ja
(100)	Før og efter studie	6	Demens	Nej	Ja	Ja
(101)	Før og efter studie	10	Alzheimer	Nej	Ja	Nej
(102)	Før og efter studie	6	Demens	Nej	Nej	Nej

### 5.10.2 Resultater

Flere af studierne angav hverken selektionskriterier eller frafald. En metaanalyse er under udarbejdelse i Cochrane samarbejdet, hvor der vil blive set på lysterapiens effekt på døgnrytme, adfærdsforstyrrelser, humør, kognition samt antal plejehjemsanbringelser og omkostninger af interventionen (88).

De inkluderede studier varierede i forhold til intervention og effektparametre. Interventionen varede fra en halv til tre timer dagligt i 5 dage til 4 uger. Lysterapien foregik siddende med en lysbox placeret ca. 1 meter foran ansigtet, bærende et lysvisir, eller i form af en øgning af lysstyrken i et opholdsrum. Lysstyrken varierede i interventionerne fra 1.500 til 10.000 lux. I de 14 inkluderede studier blev der set på effektparametrene adfærd, kognition, humør og vrangforestillinger. I det følgende bliver hovedresultaterne gennemgået ud fra de valgte effektparametre.

Adfærd indgik som effektparameter i 13 studier i form af døgnrytme (ro/aktivitet, søvnmønster) og problemadfærd (agitation, solnedgangsfænomen). Effekt blev målt ved hjælp af forskellige metoder og skalaer som: observation af søvn/vågen tilstand, Actigraf, Actilume, Behave-AD, CMAI, EBIC, CGI, SDAS-9, GIP, ABRS og brug af fiksering/medicin.

Et studie fra 1994 viste, at dementes søvnrytme indeholder kortere nat- og længere dagssøvn end ikke-dementes (90).

Et studie fra 1992, hvor der blev givet to timer daglig lysterapi (1500-2000 lux) om aftenen, viste en forbedring i aktivitet/søvn raten om aftenen hos 8 ud af 10 deltagere, et fald i natlig aktivitet og en større stabilitet i døgnrytmen (101). Et studie sammenlignede lysterapi givet henholdsvis om morgenen og om aftenen. Resultatet var, at lysterapi om morgenen forsinkede tidspunktet for maksimal aktivitet samt forbedrede det gennemsnitlige aktivitetsniveau, hvilket betød, at døgnrytmen blev mere socialt acceptabel (98). Et andet studie, hvor der også blev givet lysterapi

(4000 lux) om morgenen, viste derimod en tendens til en fremrykning af tidspunktet for maksimal aktivitet. Derudover viste studiet en formindsket tendens til solnedgangsfænomener (102).

Et studie fra 1998, hvor der blev givet to timer daglig lysterapi (5000-8000 lux) om formiddagen, viste en signifikant reduktion i hyppigheden af natlig aktivitet samt i den andel af total aktivitet, som forekom om natten hos deltagere med vaskulær demens. Derimod var der ingen effekt hos deltagere med Alzheimers (92).

Et studie viste ingen signifikant forskel mellem to grupper, der fik henholdsvis lysbehandling (10.000 lux) og placebo (< 50 lux ) en time dagligt. Begge grupper viste forbedret søvn og adfærd. Det skal bemærkes, at deltagerne havde agiteret adfærd men ingen søvnforstyrrelser inden undersøgelsen (93).

Et før og efter studie med lysterapi (10.000 lux) en halv time dagligt i forbindelse med morgenmaden viste et fald i agitation, effekten var dog væk ved eftermålingen (89). Tilsvarende viste et studie en forbedret adfærd på dage med intervention i form af to timers lysterapi ( 2500 lux). Effekten svandt også her efter interventionens ophør (100).

I alle ovenstående interventioner sad deltagerne i et bestemt tidsrum foran en lysbox. I to andre studier adskilte interventionen sig ved, at deltagerne bar et lysvisir i to timer hver morgen (99), eller ved at styrken af lyskilderne i en fælles opholdsstue blev øget (91). Begge dele var acceptabelt og i begge studier blev ro/aktivitet målt via en monitor (Actigraf, Actilume), som registrerer bevægelser. Effekten af lysvisir viste ingen klar tendens, hvorimod effekten af en større styrke i fælles lyskilder viste en signifikant ændring i døgnrytmen i form af en større stabilitet. En senere re-analyse af studierne viste, at ved at bruge en anden metode til analyse af data fra Actigraf kunne der vises en effekt af lysterapi, som det før ikke var muligt at vise i de to studier. Analysemetoden anbefales brugt i kommende studier sammen med et batteri af tests til evaluering af metodens effekt på kognition, adfærd og agitation (103).

Kognition indgik som effektparameter i to studier målt ved hjælp af MMSE og CDR. Et før og efter studie viste en signifikant effekt på MMSE, men ingen ændring i CDR hos såvel mildt som svært demente efter tre timers lysterapi dagligt (3000 lux) i fire uger (94). Et andet studie viste en signifikant øgning i MMSE efter 10 dages daglig terapi a to timer. Effekten forsvandt dog efter interventionsophør (97).

Humør indgik som effektparameter i et enkelt studie, hvor det blev målt med CSDD. Resultatet viste ingen signifikant effekt.

Vrangforestillinger indgik som effektparameter i et enkelt studie, hvor 5 deltagere fik lysterapi (2.500 lux) to timer dagligt i to uger. Tre af deltagerne viste forbedring i forhold til tidligere vrangforestillinger. En deltager udviklede irritation og vrangforestillinger i forbindelse med interventionen. Symptomerne forsvandt ved interventionens ophør (95).

Melatoninindholdet i blodet var ifølge et studie fra 1994 betydeligt lavere hos demente end hos ikke demente, især om natten (90). I et andet studie fik deltagerne henholdsvis 2,5 mg melatonin eller placebo samtidig med lysterapi i to uger. Studiet viste ingen forskel mellem to grupper (96).

### **5.10.3 Konklusion**

Forskelle i interventionen gør det svært at sammenholde studierne. Flere af de inkluderede studier viste dog en effekt af lysterapi i form af en mere stabil døgnrytme. Lysterapi ser også ud til at kunne fremrykke eller udskyde tidspunktet på døgnet for maksimal aktivitet, men der er divergerende resultater i forhold til sammenhængen mellem tidspunkt for lysterapi og effekten. En større afklaring af dette kan måske betyde, at lysterapi med fordel kan gives på et bestemt tidspunkt i forhold til den enkeltes forstyrrelse. Det er ikke klart, hvorvidt metoden har effekt på adfærd og kognition og i så fald i hvor lang tid. Det er heller ikke afklaret, hvor stor en lysstyrke der skal gives, i hvor langt et tidsrum og over hvor lang tid for at der ses en effekt, ligesom det er uklart, om interventionen skal gives kontinuerligt eller i intervaller, eventuelt i de mørke måneder af året. Der synes ikke at være ulemper forbundet med metoden. Men det diskuteres ikke i studierne, hvor grænsen går i forhold til accept af såvel styrken af lyset som af at skulle sidde stille foran en lysbox. Det er oftest nødvendigt, at der sidder en person sammen med den demensramte under lysbehandlingen. Derfor kan en del af såvel den viste effekt som den manglende forskel mellem interventions- og kontrolgrupperne formentlig tilskrives en øget opmærksomhed.

Betydningen af demensform og stadie er også i forhold til denne metode uklar, selvom et enkelt studie viser en effekt på døgnrytmen hos deltagere med vaskulær demens men ikke hos deltagere med Alzheimers. En mere udførlig metaanalyse er under udarbejdelse i Cochrane samarbejdet.

### **5.11 Dementia Care Mapping**

Dementia Care Mapping (DCM) er en metode, som gennem observation identificerer og evaluerer konkrete hændelser i omsorgen for demente personer. Dens formål er at informere beslut-

ningstagere og personale om kvaliteten af pleje og omsorg samt at anvise områder, hvor kvaliteten kan øges.

Metoden er udviklet i England af Tom Kitwood og Kathleen Bredin ud fra en antagelse om, at den omsorg, som personalet yder, har en afgørende indflydelse på udviklingen af det enkelte menneskes demens (104). Metoden er under fortsat udvikling, og den 7. og seneste manual udkom i 1997 (105). Den bagvedliggende socialpsykologiske model er ”The dialectical framework”, hvor demenssygdommens udvikling hos den enkelte menes at ske på baggrund af såvel biologiske ændringer som tidligere personlighed, livshistorie, fysisk og psykisk sundhed samt de socialpsykologiske omgivelser. Det er muligt at øve indflydelse på den fysiske og psykiske sundhed samt det socialpsykologiske miljø. Møder personen med demens således ikke forståelse, omsorg og respekt, kan det betyde, at personen udvikler en global tilstand med rædsel, elendighed, raseri og kaos. At kunne yde en god demensomsorg stiller krav til såvel den enkelte omsorgsudøver som til organisationen, hvorfor en væsentlig del af DCM-metoden er feedback til personale og ledelse (104).

DCM indfanger såvel processen som effekten (outcome) af pleje som den erfares af personen med demens og består af 4 rammer for kodning:

- Behaviour Category Coding (BCC), som registrerer den enkelte dementes adfærd for hver 5 minutter i forhold til (op til) 24 kategorier.
- Well or ill-being (WIB), som registrerer personens velbefindende for hver 5 minutter på en skala fra -5 (dårligt befindende) til +5 (velbefindende).
- Personal detractions (PD), som er eksempler på det Kitwood kalder ”ondartet social psykologi” (en nedgørelse og ignorering af den demente person som kan resultere i formindsket selvværd).
- Positive events (PE), som bl.a. er eksempler på en øgning af den demente persons velbefindende (104).

Data kodes, kategoriseres og kvantificeres ud fra detaljerede regler, hvorefter der kan udregnes handlingsprofiler for den enkelte og for gruppen, samt et gennemsnitligt befindende for den enkelte og for gruppen. Opsummeringen giver oplysninger om mængden af de aktivitetsmuligheder, der benyttes og sammensætningen af de aktivitetsformer, der bliver tilbudt. Der er beskrevet standarder for kvaliteten af omsorgen, som de konkrete fund kan måles op imod. Metoden er omfattet af en ophavsret, hvorfor et tilstrækkeligt kendskab til at kunne bruge metoden, kræver en diplomuddannelse på 6 måneder ved Universitetet i Bradford, England. En fuld DCM evaluering

inkluderer to dages observation á seks timer, gerne på forskudte tidspunkter. En evaluator kan observere 5-10 demensramte ved deltagelse i fællesaktiviteter eller ophold i fællesrum. Hvis der er flere evaluators begyndes med en 1-times ”inter-rater reliability test” for at tilstræbe en ensartet kodning (104).

Dementia Care Mapping er således ikke en pleje- og omsorgsmetode, selvom den er nævnt som sådan i Sundhedsstyrelsens redegørelse (3). Som tidligere beskrevet er der i evalueringen af de andre inkluderede pleje- og omsorgsmetoder brugt mange forskellige effektmål og målemetoder. Flere af metoderne sigter på et øget velbefindende, en dimension, som viser sig vanskelig at måle især hos demensramte. Dementia Care Mapping angiver en sådan metode til at måle velbefindende hos demensramte, hvorfor metoden er inkluderet. Da metoden har gennemløbet en udvikling med flere ændringer, er kun studier med udgangspunkt i den seneste, 7. udgave fra 1997, medtaget. En undtagelse er dog studier inkluderet i et litteraturstudie.

### **5.11.1 Udvalgt og evalueret litteratur**

I alt 20 studier, hvor DCM indgår, blev inkluderet (præsenteret i Tabel 17). De var publiceret i perioden 1993 til 2002. Fire artikler blev publiceret i eller før 1997 og beskriver derfor en tidligere udgave af metoden end den 7. og hidtil seneste, som udkom i 1997. To af studierne var udført i Danmark og resten i Storbritannien. I 16 af studierne blev deltagerne beskrevet som demente, i to studie var deltagerne såvel demente som ikke-demente, og i to studier var diagnosen uklar. Ni af studierne foregik flere forskellige steder, seks studier foregik på plejehjem, to i dagcentre, et på hospital, et på et feriecenter og i et studie var stedet uklart. Antal inkluderede varierede fra 6 til 324 personer.

I 14 studier blev DCM brugt i en evaluering af pleje og omsorg, i 4 studier blev DCM brugt som et effektparameter (præsenteret i Tabel 18), og i et enkelt studie blev metodens validitet undersøgt. Studierne med ref. nr. 29 og 107-116 indgår i litteraturstudiet, resten er publiceret som enkeltstudier.

Tabel 17: Dementia Care Mapping: Oversigt over inkluderede studier, publikationsår og studiedesign

Ref. nr.	Forfatter	År	Studiedesign
(29)	Brooker D, Duce L*	2000	Cross-over studie
(84)	Ballard CG, O'Brien JT, Reichelt K, Perry EK**	2002	RCT
(104)	Agger C, Nielsen EB	2001	Kvalitetssikring
(106)	Innes A, Surr C	2001	Kvalitetssikring
(107)	Beavis D, Simpson S, Graham I	2002	Litteraturstudie
(108)	Younger D, Martin G	2000	Kvalitetssikring
(109)	Martin G, Younger D	2000	Kvalitetssikring
(110)	Lintern T, Woods R, Phair L	2000	Kvalitetssikring
(111)	Lintern T	2000	Kvalitetssikring
(112)	Brooker D, Foster A, Banner M, Payne M, Jackson L	1998	Kvalitetssikring
(113)	Perrin T	1997	Kvalitetssikring
(114)	Williams J, Rees J	1997	Kvalitetssikring
(115)	Bredin K, Kitwood T, Wattis J	1995	Før og efter studie
(116)	Wilkinson A	1993	Kvalitetssikring
(117)	Ballard C, Fossey J, Chithramohan R, Howard R, Burns A, Thompson P, Tadros G, Fairbairn A	2001	Kvalitetssikring
(118)	Martin GW, Younger D	2001	Kvalitetssikring
(119)	Ballard C, O'Brien J, James I, Mynt P, Lana M, Potkins D, Reichelt K, Lee L, Swann A, Fossey J	2001	Kvalitetssikring
(120)	Brooker D	2001	Før og efter studie
(121)	Fossey J, Lee L, Ballard C	2002	Metode evaluering
(122)	Swane CE	1998	Kvalitetssikring

\*indgår også i afsnit om reminiscens

\*\*indgår også i afsnittet om aromaterapi

Tabel 18: Dementia Care Mapping: Inkluderede studier hvor DCM blev brugt til at måle effekt ved anden intervention end personaleudvikling: design, undersøgelsespopulationens antal og diagnose, hvorvidt der var en kontrolgruppe og hvorvidt der blev redegjort for selektionskriterier samt frafald.

Ref. nr.	Design	Antal	Diagnose	Kontrolgruppe	Selektion	Frafald
(29)	Cross-over studie	25	Demens	Egen kontrol	Ja	Ja
(84)	RCT	71	Demens	Ja	Ja	Ja
(115)	Før og efter studie	14	Demens	Egen kontrol	Ja	Nej
(120)	Før og efter studie	37	Demens	Ja, samt egen kontrol	Ja	Ja

### 5.11.2 Resultater

Metoden blev mest brugt som et redskab til kvalitetsudvikling, herunder evaluering af den ydede pleje og omsorg. Derudover blev metoden brugt i fire studier med anden intervention end personaleudvikling. Her blev metoden brugt som måleinstrument for velbefindende (29,115,120) og for adfærd (engagement) (84). Et studie (121) vurderede metodens validitet via en gennemgang af i alt tre studier. Studierne havde fokus på plejeprocessen, på adfærd og velbefindende blandt demensramte, samt på personlig nedgørelse af den demensramte.

Adfærd: I analysen af BCC (Behaviour Category Coding) ansås nogle aktiviteter for at være positive som fx social interaktion, hvorimod passiv involvering eller tilbagetrækning ansås for at være negativt. Der blev anvendt op til 24 kategorier (i den 7. udgave), og en gennemsnitlig tid ”brugt” indenfor denne kategori blev udregnet på individ- og gruppeniveau. Hvis en person tilbragte meget tid med en aktivitet, fx søvn, så talte kategorien progressivt i forhold til denne tid. For at sammenligne flere afdelinger/institutioner blev de fem mest brugte kategorier, samt den andel af den observerede tid som deltagerne brugte på denne anført for hver afdeling eller institution.

Velbefindende: I den 7. udgave benævntes denne kategori WIB (well/ill-being). I de tidligere udgaver (før 1997) blev den benævnt CV (care value), som er en værdi tilskrevet såvel den dementes observerede befindende som personalets reaktion på denne.

I et studie viste metoden sig velegnet til at skelne mellem graden af velbefindende i forbindelse med deltagelse i tre forskellige aktiviteter (29). I et andet studie målte WIB hos en gruppe moderat til svært demente før, under og efter en ferie. Værdierne blev derudover sammenholdt med



en tilsvarende gruppe demente, som ikke var på ferie. WIB øgedes signifikant under ferien, men faldt til niveauet før ferien i efter-målingen. I kontrolgruppen sås et fald i WIB fra før- til efter-målingen (120). I et enkelt studie indgik DCM som et instrument til at måle livskvalitet (i form af well/ill-being). Resultatet viste, at de fleste (64%) havde et rimeligt eller godt befindende. At der var signifikante korrelationer mellem velbefindende og lav funktion (målt på Barthels skala), mindre involvering i aktiviteter, social tilbagetrækning og brug af psykofarmaka. Større sprogforstyrrelser viste en association med social tilbagetrækning. Derimod var der ingen relation mellem graden af BPSD (Behavioral and psychological symptoms of dementia) og velbefindende, mindre involvering i aktiviteter og social tilbagetrækning (84). Et andet studie fandt ligeledes en korrelation mellem afhængighed (CAPE) og velbefindende, en korrelation der dog blev mindre i forbindelse med kvalitetsudviklingen (112).

#### Kvalitetsudvikling og evaluering af pleje og omsorg:

I tre studier (108,117,118) beregnedes et Dementia Care Index (DCI), som et mål for den overordnede kvalitet af interaktion/engagement. Scoren blev beregnet ud fra en kobling af BCC og WIB, hvor antallet af positive BCC (som udgjorde mere end 2% af den observerede tid) blev ganget med den gennemsnitlige WIB værdi. Denne score blev sammenholdt med en i metoden beskrevet standard for kvaliteten af omsorgen, for at få et indtryk af afdelingens plejekvalitet. I to studier (115, 116) blev en individuel gennemsnitlig plejescore (ICS) beregnet. Beregningen blev baseret på BCC og WIB værdier, uden at det fremgik hvordan denne beregning blev foretaget.

Metoden blev i de fleste kvalitetssikringsstudier bedømt til at være velegnet i forhold til at øge plejekvaliteten. I et studie, hvor DCM blev brugt som evalueringsværktøj i forhold til ni forskellige institutioner, viste metoden sig at være et godt redskab i forhold til at indføre ændringer (118). I et dansk studie mentes metoden anvendelig til at sikre kvaliteten af omsorgen og anvendelig i Danmark (104). I et enkelt studie (110) skete der ingen ændringer i kvaliteten af plejen efter brug af metoden. Efter en yderligere indsats og efterfølgende måling i samme studie (men i en senere artikel 111) vistes dog en forbedring i plejekvaliteten. Det ansås for vigtigt, at personalet var velorienteret inden evalueringen, at evalueringens resultater blev diskuteret, og at der blev lavet aftaler om hvordan ændringer kunne opnås.

### 5.11.3 Konklusion

Metoden bruges både som et værktøj til at måle velbefindende, som et effektparameter i vurderingen af specifikke pleje- og omsorgsmetoder, og som et værktøj i en generel kvalitetsudvikling af pleje og omsorg i en institutionel sammenhæng. Et enkelt studie vurderede metodens validitet som redskab til at måle livskvalitet hos demensramte. Resultatet var, at DCM havde god intern konsistens, god overensstemmelse i en test-retest, samt at der var god overensstemmelse mellem WIB og livskvalitet målt med en anden skala (Bleu 1977). Derimod var der ingen signifikant korrelation mellem livskvalitet og aktiviteter, hvorfor udbudet af aktiviteter ikke alene kunne betragtes som et mål for god livskvalitet (121).

Det sætter spørgsmålstegn ved metodens beregning af et Dementia Care Index (DCI) som et mål for den overordnede kvalitet af interaktion/engagement. Scoren beregnes ud fra en kobling af BCC og WIB, hvor antallet af positive BCC ganges med den gennemsnitlige WIB værdi. Swane og Agger mener at dette er problematisk i forhold til svært demente mennesker, som er svære at aktivere (122), eller som sover meget (104). Samme problematik blev diskuteret i to andre artikler (84,116), hvor metoden blev set som biased mod de mest aktive og socialt udadvendte, idet de fik størst score, uden at det dog var sikkert, at dette er lig med størst velbefindende for den enkelte. Modsat blev det kritiseret i en anden artikel, at selv meget overfladisk kontakt medregnes som social interaktion (113).

I 12 ud af 15 studier med mere end en observatør blev der udført en inter-rater reliabilitets test inden observationen. Kun et enkelt studie diskuterede en eventuel Hawthorne effekt, som kunne opstå ved, at personalet ændrer adfærd, når de ved, at de bliver observeret. I samme studie var der overvejelser i forhold til en sammenhæng mellem observationstidspunkt, ugedag, varighed, omkostninger og kvalitet af evalueringen (118).

Derudover blev studierne kritiseret for kun at bruge metoden i få timer midt på dagen (123). I næsten alle studier observeredes deltagerne i ca. seks timer, oftest midt på dagen. Enkelte studier beskrev dog en spredning således, at nogle observationer foregik tidligere eller lidt senere på dagen. I et enkelt studie blev der observeret fra middag til ca. kl. 20 om aftenen (106). I de fleste studier af dagcentre blev der observeret i hele åbningsperioden. Oftest blev der observeret i to på hinanden følgende dage. I et enkelt studie blev der observeret i 4 på hinanden følgende dage (118). I et enkelt studie blev hver aktivitet observeret i de 40 minutter den varede, og i alt i to uger (29). I metodeevalueringsstudiet vistest at en times observation lige før middag gav samme oplysninger som 6 timers observationer (121).

Der var få observationer på tidspunkter hvor der kan tænkes at være mindre personale og hvor der måske for nogle demensramte er større uro, fx omkring solnedgang og resten af aftenen. Alle studier observerede deltagerne i fællesrum. Der er ikke fundet artikler hvor metoden bruges i forhold til de demente, som aldrig opholder sig i fællesrum.

Kun en af artiklerne beskæftigede sig med hvorvidt de demensramte deltagere oplevede ulemper ved metoden. Samme sted blev det beskrevet hvordan personalets bekymringer i forhold til metoden formindskedes efter gentagen brug, uden at de dog ophørte med at blive påvirket (112).

I langt de fleste studier blev deltagerne valgt af personalet, efter et princip om at de skulle være repræsentative for gruppen. Dette udgør et selektionsproblem som ingen af studierne diskuterede. Kun fire af studierne (29,112,119,120) undersøgte andre forholds betydning for velbefindende, selvom forhold som afhængighed (29,112,120), medicinering (119), adfærdsproblemer (119) m.m. kan udgøre en confounder i forhold til velbefindende som et udtryk for plejekvalitet.

## 6. Undersøgelser der vurderer flere pleje- omsorgs metoder

De hidtil omtalte pleje- og omsorgsmetoder indgår i artikler, hvor flere metoder er inkluderet ud fra et ønske om at samle viden i forhold til en bestemt problematik ved demenssygdomme eller i forhold til en overordnet forståelsesramme for pleje og omsorg. I artiklerne sammenlignes flere af pleje- omsorgsmetoderne, hvorfor det kan være af værdi her at referere nogle af artiklerne

I en artikel fra 2000 præsenteres et overblik over følgende interventionsstudier: validering, sansestimulering, reminiscens, livshistorie samt simuleret tilstedeværelse (7). Samlet vurderede artiklen ovenstående metoder som lovende, idet de gjorde det muligt at tilpasse pleje og omsorg til det enkelte individ, samt ved at det var muligt at kombinere metoderne med andre metoder. Artiklen pegede også på, at der mangler stringens i den tilgængelige forskning, samt en afklaring af for hvem, hvilke metoder kan resultere i øget velvære og forbedret funktion.

I en canadisk artikel fra 1996, blev tre terapiformer gennemgået (reminiscens, validering og beskæftigelsesterapi) i forhold til teoretisk baggrund, målgruppe, implementering, omkostninger, effekt på personalet samt i forhold til observerede ændringer i psykosocial adfærd, kognition, og funktion hos den svært demensramte (artiklen inddelte sygdommen i fire stadier, og fokuserede på de to sidste). Alle tre metoder medførte omkostninger, især på grund af det store antal personale, der var nødvendigt under udførelsen. Hvor hyppigt og i hvor lang tid der bør arbejdes med metoden, varierede eller var ikke særlig godt undersøgt og beskrevet. Derudover krævede alle tre metoder et rum, hvor det kunne foregå, samt for de sidste to metoder en del forberedelsestid. Artiklen påpegede, at der mangler teoretisk baggrund for metodernes virkning samt ensartede definitioner for implementering. En eventuel Hawthorne effekt i form af, at enhver øget aktivitet og opmærksomhed har betydning blev diskuteret, og det blev konkluderet, at der for ingen af metoderne var påvist tilstrækkelig effekt til at retfærdiggøre omkostningerne (124).

American Psychiatric Association (APA) har beskrevet fire psykosociale tilgange i behandlingen af Alzheimer's sygdom: 1) En følelsesorienteret tilgang, som omfatter validering, sanseintegration, reminiscens, simuleret tilstedeværelse og støttende psykoterapi. 2) En adfærdorienteret tilgang, som omfatter adfærdsterapi. 3) En kognitionsorienteret tilgang, som omfatter realitetsorientering og anden træning. 4) En stimulationsorienteret tilgang, som omfatter aktiviteter som spil, dyrehold, tegning, maling, musik og dans.

### 6.1 Følelsesorienteret pleje- og omsorgsmetode

I alt 2 studier af følelsesorienteret pleje- og omsorgsmetode blev inkluderet (præsenteret i Tabel 19). Begge studier var hollandske og publiceret i 2001-2, heraf kun det ene på engelsk (125). Oplægget til det andet studie er beskrevet i en artikel på engelsk fra 1998 (126), hvorimod resultatet af dette studie foreløbig kun er udgivet på hollandsk med et engelsk resume (127). I begge studier bestod intervention i, at plejepersonalet på en række plejehjem blev undervist og trænet i brug af en følelses- og personorienteret tilgang, inkluderende holdninger, metoder og teorier fra validering, realitetsorientering, reminiscens og sansestimulering i deres pleje og omsorg. Interventionsgruppen blev sammenlignet med en gruppe af plejehjem, hvor personalet ikke havde fået denne undervisning og træning. Den ene undersøgelse viste statistisk signifikante resultater for to undergrupper på et ud af ni effektmål. Det ene effektmål indeholdt: hensigtsmæssig relation til personalet samt vedligeholdelse af en følelsesmæssig balance og et positivt selvbillede. Derudover vist positive tendenser i forhold til at vedligeholde social kontakt. I forhold til personalet viste undersøgelsen færre stressreaktioner i interventionsgruppen. Overordnet var resultatet af undersøgelsen positivt i forhold til følelsesorienteret pleje og omsorg, men påviste samtidig, at denne er dyrere end almindelig pleje, hvorfor metoden anbefales at indgå i personalets grundtræning (127).

Det andet studie viste ingen signifikant eller klinisk relevant forskel mellem interventionsgruppen og kontrolgruppen. Undersøgelsens primære effektmål var adfærd, som blev målt på skalaen GIP (125).

Tabel 19: Følelses orienteret pleje- og omsorgsmetode: Oversigt over inkluderede studier, publikationsår, studiedesign, undersøgelsespopulationens diagnose samt antal.

Ref. nr.	Forfatter	År	Studiedesign	Diagnose	Antal
(125)	Scrijnemaekers V, et al.	2002	RCT	Demens	151
(127)	Dröes RM et. al.	2001	RCT	Demens	146

## 7. Diskussion

Det var Socialministeriets departement og senere Styrelsen for Social Services ønske med nærværende undersøgelse, at få forskellige metoder i pleje- og omsorgsindsatsen for demente beskrevet og deres effekt dokumenteret. Undersøgelsen viser, at der er publiceret et varierende antal studier, af varierende kvalitet og med varierende resultater, alt efter hvilken metode der er tale om.

Antallet af publicerede studier indenfor de udvalgte pleje- og omsorgsmetoder er øget i løbet af den her valgte periode, men publiceringsmønsteret er meget forskelligt mellem metoderne. Musikterapi er den mest undersøgte metode. Hvis perioden fra 1990 til 2002 inddeles i fireårige perioder, så blev der i hver periode publiceret mellem 20 og 30 artikler om musikterapi. Derudover er der flere oversigtsstudier om musikterapi, i nærværende undersøgelse blev der inkluderet fire litteraturstudier og en metaanalyse, og endnu en metaanalyse er under udarbejdelse i Cochrane samarbejdet. Studier indenfor reminiscens fordeler sig jævnt med tre til fire publicerede studier indenfor hver af de fire tidsperioder, samt to litteraturstudier og en nylig metaanalyse. Studier af validering er få, og i den sidste tidsperiode fra 1999 til 2002 er der kun publiceret en metaanalyse. Studier af multi-sensory-stimulation er først kommet til efter 1995. Nogenlunde det samme gør sig gældende for Dementia Care Mapping, men her er der publiceret 14 studier indenfor den sidste fireårs periode. Antallet af studier indenfor aromaterapi og især lysterapi er også steget indenfor denne sidste fireårige tidsperiode. Der ses flere nylige tiltag i forhold til at samle den viden, der er om de enkelte metoder. I Cochrane samarbejdet er der i 2002 lavet metaanalyser af reminiscens og validering, og der er analyser under udarbejdelse om musik-, aroma- og lysterapi. Det er ikke muligt ud fra denne undersøgelse at vise noget om baggrunden for dette forskellige publiceringsmønster. Det kan være et udtryk for, at nogle af studierne ikke har været overbevisende hverken i udførelsen eller i resultater, og at metoderne dermed er forladt. Nogle af metoderne er kommet til i løbet af den periode som nærværende undersøgelse belyser, og det kan tænkes at nye tiltag og metoder lettere skaber opmærksomhed både i praksis, i forskningen og i de tidsskrifter, hvori forskningen publiceres.

Spørgsmålet er, hvornår der er dokumentation for noget. Den publicerede forskning viser at der formentlig er nogen virkning af de udvalgte pleje- og omsorgsmetoder, men at der endnu ikke er solid dokumentation for metodernes effekt, ud fra hvilken der kan vælges en eller flere pleje- og omsorgsmetoder i forhold til enkeltpersoner eller grupper af demensramte. En kort sammenfat-

ning af de i nærværende undersøgelse inkluderede studier, deres resultater og mangler er tidlige- re præsenteret i et sammenfattende afsnit først i rapporten.

I de udvalgte studier ses der mange metodiske problemer, herunder i forhold til en ensartet be- skrivelse af undersøgelsespopulationens form for demens og stadie af sygdommen, men også i beskrivelsen af andre forhold, som kan udgøre confounders (andre sygdomme, medicinering, nedsat syn, hørelse m.m.). Ikke alle studier redegjorde for in- og eksklusionskriterier eller for frafald, hvilket mindskede deres troværdighed. Der er, især i de ældre studier, problemer i for- hold til en ensartet udførelse og fyldestgørende beskrivelse af interventionen. Der er stadig usik- kerhed om hvilken effekt der kan forventes af de forskellige metoder, og brugen af mange for- skellige målemetoder kan ses som et udtryk for mangel på metoder, der sikkert måler på denne, indtil videre, noget uafklarede forventede effekt. Der er ikke fundet eksperimentelle studier, hvor den dementes egen vurdering inddrages, hvilket helt sikkert vil være svært, men måske ikke umuligt, i de første stadier af sygdommen. Der mangler således stadig videnskabelige undersø- gelser af god kvalitet, hvor interventionen er velbeskrevet, hvor forventelig effekt måles med va- lide metoder på velovervejede tidspunkter, og især hvor undersøgelsespopulationen er tilstrække- ligt i antal og beskrivelse i forhold til demensform og stadie.

Der ses et stort potentiale i udviklingen af pleje- og omsorgsmetoder til demente mennesker. Der er et behov for en pleje og omsorg, som kan understøtte den demensramte som en individuel per- son med en historie, men også med en nutid og en fremtid der skal leves med en kronisk og ofte fremadskridende sygdom. Samtidig er der blandt såvel pårørende som plejepersonalet et behov for forskellige måder til at interagere med mennesker, som har vigende hukommelse og sprog, og som er tiltagende desorienterede. Derfor er det vigtigt at forske i og udvikle metoder indenfor dette område sideløbende med de neurobiologiske metoder. Pleje- og omsorgsområdet er præget af forskellige faglige tilgange med hver deres sprog, teorier og modeller, og en udvikling kræver en fortsat tværfaglig tilgang. Pleje og omsorg skal tilpasses individuelt, hvilket kræver såvel en sikker viden om de forskellige metoder, der kan vælges, som en viden i forhold til at kunne vur- dere hvordan sygdommen har påvirket det enkelte menneske.<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> Dette potentiale og behov er beskrevet af Miesen tilbage i 1992 (53) og af Bleatman og Morton i 1996 (37) men er stadig lige aktuelle i dag.

Imidlertid er der flere vanskeligheder for forskningen på dette område. Udover de forskellige faglige tilgange og et manglende fælles sprog, er der i en hollandsk artikel fremsat etiske overvejelser i forhold til at udelade en forventet fordelagtig intervention hos en kontrolgruppe. Heri beskrives også det andet problem, som er et forholdsvist stort frafald i undersøgelser blandt denne ældre og skrøbelige population. Det betyder, at et studie der strækker sig over et år, skal inkludere en 40% større studiepopulation end normalt for at opnå tilstrækkelig statistisk styrke, hvilket gør denne form for studier forholdsvist dyre (126). Andre begrænsninger udgøres, som fremført i en nylig artikel, af de problemer og barrierer der ligger i, at deltagerne ofte har andre lidelser eller på anden måde er begrænset i forhold til intervention og kommunikation, og derfor er afhængige af pårørende eller plejepersonale m.h.t. tilsagn om og hjælp til deltagelse samt med hensyn til en vurdering af effekten. Derudover er der barrierer i form af manglende finansiering til denne form for forskning, samt et ukendskab til dele af den anvendte forskningsmetodik, som gør, at studier ikke bliver udført eller publiceret (55).

At udelade en forventet fordelagtig intervention hos en kontrolgruppe har måske øget betydning i forhold til demensramte. Der kan dog også argumenteres for at det er ligeså etisk diskutabelt at indføre og udbrede en metode uden at dens virkninger, herunder såvel positive som negative, er undersøgt tilstrækkeligt og at netop det generelt lille antal deltagere i studierne formindsker styrken af statistiske test, hvilket kan være en årsag til resultaternes manglende signifikans.

Der er også adskillige begrænsninger i nærværende undersøgelse. En af dem er, at der kun er fundet ganske få skandinaviske studier. Årsagen til dette kendes ikke, men det kan tænkes at være fordi de projekter, der (formentlig) foregår, ikke sker på videnskabelig baggrund, eller fordi de ikke publiceres i videnskabelige artikler. En anden begrænsning er, at de udvalgte studier kun er læst og evalueret af forfatteren. En større bredde er valgt frem for dybden. De udvalgte pleje- og omsorgsmetoder er kun en del af de metoder, som bruges i den kliniske praksis, og hverken deres omkostninger eller anvendelighed i en dansk sammenhæng er undersøgt. Studier af metoderens indflydelse på plejepersonalets syn på og involvering i den dementes forhold er ligeledes relevante, men er stort set fravalgt i nærværende undersøgelse.



## 8. Konklusion

Baggrunden for nærværende undersøgelse var et ønske om et solidt beslutningsgrundlag som baggrund for indførelse af pleje- og omsorgsmetoder. Undersøgelsen viser at forskellige metoder tilsyneladende har en positiv effekt på mennesker med demens eller på de forskellige problemer, som kan være en følge af demenssygdom. Men der er ingen solid dokumentation for metodernes effekt, ud fra hvilken der kan vælges en eller flere pleje- og omsorgsmetoder i forhold til enkeltpersoner eller grupper af demensramte. Dermed er der heller ikke på nuværende tidspunkt grundlag for at udføre en økonomisk evaluering. Der mangler stadig solid forskning på baggrund af demensform, ensartede interventioner, relevante effektmål og valide målemetoder. Det er derfor nødvendigt at udvikle og teste teorier i forhold til hvordan metoderne virker, hvilke effekter der kan forventes, og i hvor lang tid. Det er nødvendigt at få et overblik over validerede metoder til at måle disse effekter. Det er nødvendigt at den fremtidige udvikling og forskning i pleje- og omsorgsmetoder sker på videnskabelig baggrund, således at der er grundlag for en økonomisk analyse og for publicering i videnskabelige artikler. Det er nødvendigt at pleje- og omsorgsmetoder undersøges i forhold til de forskellige demensformer og eventuelt sygdomsstadie. Derfor vil det formentlig være nødvendigt, at den eksperimenterende forskning foregår samtidigt flere forskellige steder, for at deltagerantallet bliver tilstrækkeligt stort. Samtidig er det nødvendigt at diskutere hvilke metoder der er pleje- og omsorgsmetoder, hvilke effekter der ønskes, for hvem og hvad det må koste. Som beskrevet i indledningen er det nødvendigt at se demenssygdom i et bredt perspektiv, hvorfor forskellige synsvinkler og faglige tilgange fra såvel praksis som forskningen må kombineres. Alternativet er, at der bruges mange penge på implementering af en eller flere metoder, valgt ud fra et stort behov og en tiltro til en virkning, men hvor viden om metoden og dens egnethed forbliver en lokal erfaring.

## 9. Referencer

1. Amstrup K. Personen med demens i 1990-ernes forskning. Tidsskrift for Sygeplejeforskning. 1999; 1: 62-77
2. Swane C. Hverdagen med demens. Billeddannelser og hverdags erfaringer i kulturgerontologisk perspektiv. København: Munksgaard 1996
3. Demens – den fremtidige tilrettelæggelse af sundhedsvæsenets indsats vedrørende diagnostik og behandling. Redegørelse fra Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe vedrørende demens. København: Sundhedsstyrelsen, 2001. [www.sundhed.schultz.dk](http://www.sundhed.schultz.dk).
4. Kitwood T. En revurdering af demens – personen kommer i første række. Frederikshavn: Dafolo forlag, 1999
5. Burns A, Byrne J, Ballard C, Holmes C. Sensory stimulation in dementia. An effective option for managing behavioural problems. British Medical Journal 2002; 325: 1312-1313
6. Gilliard J, Orrell M, Wiles A, Thorgrimsen L. Ongoing research Projects: Complementary therapies for people with dementia: A European review. <http://www.brookes.au.uk/schools/social/dementia/comph.html>. (Citeret den 20/1-2003)
7. Finnema E, Dröes R-M, Ribbe M, Van Tilburg W. The effects of Emotion-oriented approaches in the care for persons suffering from dementia: A review of the literature. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2000; 15: 141-161
8. Kjærgård J, Jørgensen T, Willaing I. Vurdering af en videnskabelig artikel. I Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. København: Munksgaard, 2001
9. Liddle J, Williamson M, Irwig L. Method for evaluating research and guideline evidence. Sydney: NSW Health Department, 1996
10. Guyatt GH, et al. Users' Guide to Medical Literature. XXV Evidence-Based Medicine: Principles for Applying the Users' Guides to patient Care. Jama, September 13; 284/10
11. Health Council of the Netherlands. Dementia. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2002
12. Finnema E, Dröes R-M, Ribbe M, Van Tilburg W. A review of Psychosocial Models in Psychogeriatrics: Implications for Care and Research. Alzheimer Disease and Associated Disorders. 2000; 14 (2): 68-80
13. Woods B, Portnoy S, Head D, Jones G. Reminiscence and life with persons with dementia: which way forward. In: Jones G, Miesen BML (eds.) Care-giving in dementia. Routledge: 1992

14. Gibson F. What can reminiscence contribute to people with dementia? In: Bornat J. (ed.) *Reminiscence reviewed: perspectives, evaluations, achievements*. Udgivet i serien: *Rethinking ageing*. Open University Press: 1995
15. Larsen L. *Reminiscens. Metodens teoretiske udgangspunkt og praktiske form*. Evalueringsrapport Sundhedsdirektoratets Kvalitetsudviklingspulje, 1998
16. Framholt P, Larsen SF. Autobiographical memory in normal aging and Primary Degenerative Dementia (Dementia of Alzheimer Type) *Journals of Gerontology*. 1991; 46(3): 85-91
17. Woods B. Reminiscens as communications. In: Schweitzer P. (ed.) *Reminiscence in Dementia care*. London: Age Exchange, 1998 p: 143-148
18. Thorgrimsen L, Schweitzer P, Orrell M. Evaluating reminiscence for people with dementia: A pilot study. *Arts in Psychotherapy*. 2002; 29(2): 93-97
19. Spector A, Orrell M, Woods RT. *Reminiscence Therapy for Dementia (Cochrane Review)* Oxford: The Cochrane Library, 2002; 4
20. Baines S, Saxby P, Ehler K. Reality Orientation and Reminiscence Therapy: a controlled cross-over study of elderly confused People. *British Journal of Psychology* 1987; 151: 222-231
21. Goldwasser AN, Auerbach SM, Harkins SW. Cognitive, affective and behavioural effects of Reminiscence Group Therapy on Demented Elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1990; 5: 295-302
22. Head DM, Portney S, Woods RT. The impact of Reminiscence groups in two different settings. *International Journal of Psychiatry* 1990; 5: 295-302
23. Morton I, Bleathman C. The effectiveness of validation therapy in dementia: A pilot study. *Int. J. Geriatr. Psychiat.* 1991; 6: 327-330
24. McKiernan F, Yardley G. Why bother? Can Reminiscence group work be effective for elderly people with severe dementia? In: Haight BK, Webster JD (eds.). *The Art and Science of Reminiscing*. Washington DC: Taylor and Francis, 1995
25. Namazi KH, Hayes SR. Sensory Stimuli Reminiscence for Patients with Alzheimer's Disease: Relevance and Implications. *Clinical Gerontologist* 1994; 14 (4): 29-46
26. Tabourne CES. The effects of a Life Review Program on disorientation, social interaction and self-esteem of nursing home residents. *International Journal of Aging and Human Development* 1995; 41 (3): 251-266

27. Woods B, McKiernan F. Evaluating the impact of Reminiscence on Older People with Dementia. In: Haight BK, Webster JD (eds.). *The Art and Science of Reminiscing*. Washington DC: Taylor and Francis, 1995
28. Kiernat JM. The use of life Review Activity with confused Nursing home residents. *American Journal of Occupational Therapy* 1979; 33: 306-310
29. Brooker D, Duce L. Wellbeing and activity in dementia: a comparison of group reminiscence therapy, structured goal-directed group activity and unstructured time. *Ageing and Health*. 2000; 4 (4): 354-358
30. Moss SE, Polignano E, White CL, Minichiello MD, Sunderland T. Reminiscence Group Activities and Discourse Interaction in Alzheimer's disease. *Journal of Gerontological Nursing*. 2002; 28: 36-44
31. Mills MA, Coleman PG. Nostalgic memories in dementia – a case study. *International Journal of Aging and Human Development*. 1994; 38 (3): 203-219
32. Kasl-Godley J, Gatz M. Psychosocial interventions for individuals with dementia: An integration of theory, therapy, and a clinical understanding of dementia. *Clinical Psychology Review*. 2000; 20 (6): 755-782
33. Philipsen M, Rishøj S. Livshistorien ved indflytning på plejehjem. *Gerontologi og Samfund* 1998; 14(3): 58-59
34. Hillman JL, Skoloda TE, Zander D, Stricker G. Assessing the validity of a social history intervention to individuate nursing home residents. *Educational-Gerontology*. 1999; 25(1): 37-49
35. Hillman J, Skoloda TE, Angelini F, Stricker G. The moderating effect of aggressive problem behaviours in the generation of more positive attitudes toward nursing home residents. *Ageing and Mental Health* 2001; 5(3): 282-288
36. Neal M, Briggs M. Validation Therapy for Dementia (Cochrane Review) In: *The Cochrane Library* 2002; 4
37. Bleathman C, Morton I. Validation therapy: a review of its contribution to dementia care. *British Journal of Nursing* 1996; 5(14): 866-868
38. Feil N. Validation therapy with late-onset dementia populations. In: Jones G, Miesen BML (eds.) *Care-giving in dementia*. Routledge 1992: 199-218
39. Robb S, Stegman CE, Wolanin MO. No Research Versus research with Compromised Results: A Study of Validation Therapy. *Nursing Research* 1986; 35(2): 113-118

40. Toseland RW, Diehl M, Freeman K, Manzanares T, Naleppa M, McCallion P. The impact of Validation Group Therapy on Nursing Home Residents with Dementia. *Journal of Applied Gerontology* 1997; 16(1): 31-50
41. Bleathman C, Morton I. Validation therapy: extracts from 20 groups with dementia sufferers. *Journal of Advanced Nursing* 1992; 17(6): 658-666
42. Day CR. Validation Therapy. A review of the literature. *Journal of Gerontological Nursing* 1997; 23(4): 29-34
43. Babins L. Conceptual analysis of validation therapy. *International Journal of Aging and Human development* 1988; 26 (3): 161-1
44. Scanland SG, Emershaw LE. Reality Orientation and validation therapy. Dementia, depression and functional status. *Journal of Gerontological Nursing* 1993; 19(6): 7-11
45. Fine JI, Rouse-Bane S. Using validation techniques to improve communication with cognitively impaired older adults. *Journal of Gerontol-Nurs.* 1995 Jun; 21(6): 39-45
46. Canon RL. The effect on validation therapy on satisfaction with communications and quality of relationship between primary caregivers and demented residents in long-term care. *Dissertation Abstracts International* 1996; 56(6): 2674A
47. Reisberg B, Kenowsky S, Franssen EH, Auer SR, Souren LEM. Towards a Science of Alzheimer's Disease Management: A Model based upon current knowledge of Retrogenesis. *International Psychogeriatrics* 1999; 11(1): 7-23
48. Reisberg B, Franssen EH, Souren LEM et al. Evidence and mechanism of retrogenesis in alzheimers and other dementias: Management and treatment import. *Ameircan Journal of Alzheimer's disease and Other Dementias.* 2002; 17(4): 201-212
49. Reisberg B, Franssen EH, Hasan SM, Monteiro I, Boksay I. Retrogenesis: clinical, physiologic an pathologic mechanism in brain aging, Alzheimer's and other dementing processes. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 1999; 249(3): 28-36
50. Roug P. *Marte meo i praksis. Bedre samspil ved egen kraft.* København: Gyldendalske Boghandel, Nordisk Forlag, 2002 p. 201-208
51. Brotons M, Koger SM, Pickett-Cooper P. Music and dementias: A review of the literate. *Journal of Music Therapy.* 1997; 4: 204-245
52. Kumar AM, Tims F, Cruess DG et al. Music therapy increases serum melatonin levels in patients with Alzheimer's disease. *Alternative therapies.* 1999; 5 (6): 49-57

53. Miesen N. Validation therapy with the late-onset dementia populations. In: Jones G, Miesen BML (eds.) *Care-giving in dementia*. Routledge: 1992 p. 199-218
54. Vink AC, Bruinsma MS, Scholten R. Music Therapy in the care of people with dementia (Protocol for a cochrane Review) In: Oxford: The Cochrane Library, issue 1, 2002
55. Cohen-Mansfield J. Nonpharmacologic Interventions for Inappropriate Behaviors in Dementia. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2001; 9(4): 361-381
56. Ridder HMO. Musik og demens. Musikaktiviteter og musikterapi med demensramte. Ålborg: Formidlingscenter Nord, 2002
57. Meei-Fang L. The use of music to decrease agitated behaviour of the demented elderly: the state of the science. *Scandinavian Journal of Caring Science* 2001; 15: 165-173
58. Gerdner L. Music, art and recreational therapies in the treatment of behavioural and psychological symptoms of dementia. *International Psychogeriatrics*. 2000; 12 (1): 359-366
59. Dawson P, Schacter Y. Using music to decrease Aggressive behaviour during bathtime. *Perspectives*. 1999; 23(4): 27-28
60. Gotell E, Brown S, Ekman SL. Caregiver singing and background music in dementia care. *Western Journal of Nursing Research*. 2002; 24(2): 195-216
61. Groene R. The Effect of Presentation and Accompaniment Styles on Attentional and Responsive Behaviors of Participants with Dementia Diagnosis. *Journal of Music Therapy*. 2001; 38 (1): 36-50
62. Kydd P. Using music therapy to help a client with Alzheimer's disease adapt to long-term care. *American Journal of Alzheimer's disease and Other Dementias*. 2001; 16(2): 103-108
63. Ragneskog H, Asplund K, Kihlgren M, Norberg A. Individualized music played for agitated patients with dementia: Analysis of video-recorded sessions. *International Journal of Nursing Practice*. 2001; 7: 146-155
64. Silber F. The influence of background music on the performance of the Mini Mental State Examination with Patients diagnosed with Alzheimer's disease. *Journal of Music Therapy*. 1999; 36 (3): 196-206
65. Koger S, Chain K, Brotons M. Is music treatment an effective intervention for dementia? A meta analytic review of literature. *J. Music Ther* 1999; 36: 2-15
66. Gerdner LA. Effects of individualized versus classical "relaxation" music on the frequency of agitation in elderly persons with Alzheimer's disease and related disorders. *International Psychogeriatrics*. 2000; 12: 49-65

67. www.rompa.com (Citeret den 24.03.2003)
68. Baker R, Bell S, Baker E, Gibson S, Holloway J, Pearce R, Dowling Z, Thomas P, Assey J, Waering L-A. A randomized controlled trial of the effects of multi-sensory stimulation (MSS) for people with dementia. *British Journal of Clinical Psychology*. 2001; 40: 81-96
69. Baker R, Dowling Z, Wareing L, Dawson J, Assey J. Snoezelen: Its long-term and short-term effects on older people with dementia. *British Journal of Occupational Therapy* 1997; 60: 213-218
70. Moffat N, Parker P, Garside M, Freeman C. Snoezelen – An Experience for People with Dementia. Chesterfield: ROMPA, 1993
71. Holtkamp CCM, Kragt K, van Dongen MCJM, van Rossum E, Salentijn. Effecten van snoezelen op het gedrag van demente ouderen. *Tidjschr. Gerontol. Geriat*. 1997; 28: 124-128
72. Spaul D, Leach C. An evaluation of the effects of sensory stimulation with people who have dementia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 1998; 26(1): 77-86
73. Lancioni GE, Cuvo AJ, O'reilly MF. Snoezelen: An overview of research with people with developmental disabilities and dementia. *Disability and rehabilitation* 2002; 24 (4): 175-184
74. Hope KW. The effects of multisensory environments on older people with dementia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 1998; 5:377-385
75. Pinkney LA. A comparison of the snoezelen environment and a music relaxation group on the mood and behaviour of patients with senile dementia. *British Journal of Occupational Therapy* 1997; 60: 209-212
76. Van Diepen E, Baillon SF, Redmen J, Rooke N, Spencer DA, Prettym R. A pilot Study of the Physiological Behavioural Effects of Snoezelen on Dementia. *British Journal of Occupational Therapy*. 2002; 65(2): 61-66
77. Thorgrimsen L, Spector A, Orrell M, Wiles A. Aroma therapy for dementia (Protocol for a Cochrane Review) In: Oxford: The Cochrane Library, 2002; 4
78. Vance D. Considering olfactory stimulation for adults with Age-related Dementia. *Perceptual and Motor Skills* 1999; 88: 398-400
79. Gray SG, Clair AA. Influence of aromatherapy on medication administration to residential-care residents with dementia and behavioural challenges. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*. 2002; 17(3): 169-174

80. Holmes C, Hopkins V, Hensford C, MacLaughlin V, Wilkinson D, Rosenvinge H. Lavender oil as a treatment for agitated behaviour in severe dementia: a placebo controlled study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2002; 17: 305-308
81. Smallwood J, Brown R, Coulter F, Irvine E. Aromatherapy and behaviour disturbances in dementia: a randomised controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2001; 16: 1010-1013
82. MacMahon S, Kermode S. A. Clinical Trial of the Effect of Aromatherapy on Motivational Behaviour in a Dementia Care Setting using a Single Subject Design. *The Australian Journal of Holistic Nursing*. 1998; 5(2): 47-49
83. Wolfe N, Herzberg J. Can aromatherapy Oils Promote Sleep in severely Demented Patients? *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 1996; 11: 926-927
84. Ballard CG, O'Brien JT, Reichelt K, Perry EK. Aromatherapy as a Safe and Effective Treatment for the Management of Agitation in Severe Dementia: The result of a Double-Blind, Placebo-Controlled Trial with Melissa. *Journal of clinical Psychiatry*. 2002; 63(7): 553-558
85. Brooker DJR, Snape M, Johnson E, Ward D, Payne M. Single case evaluation of the effects of aromatherapy and massage on disturbed behaviour in severe dementia. *British Journal of Clinical Psychology*. 1997; 36: 287-296
86. Mitchel S, Bphil S. Aromatherapy's effectiveness in disorders associated with demntia. *The International Journal of Aromatherapy*. 1993; 5(2): 20-23
87. Henry J, Rusius CW, Davies M, Veazey-French T. Lavender for night sedation of people with Dementia. *International Journal of Aromatherapy*. 1994; 6(2): 28-30
88. Forbes D, Morgan D, Bangma J, Peacock S, Cambell TD, Adamson J. Light Therapy for Managing Sleep, Behaviour, and Mood Disturbances Associated with Alzheimer Disease (Protocol for a Cochrane Review) In: Oxford: The Cochrane Library, 2002; 4
89. Thorpe L, Middleton J, Russell G, Stewart N. Bright light therapy for demented nursing home patients with behavioural disturbance. *American Journal of Alzheimer's Disease*. 2000; 15(1): 18-26
90. Mishima K, Okawa M, Hishikawa S, Hozumi S, Hori H, Takahashi K. Morning bright light therapy for sleep and behavior disorders in elderly patients with dementia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1994; 89: 1-7



91. Van Someren EJW, Kessler A, Mirmiran M, Swaab DF. Indirect Bright Light improves Circadian Rest-Activity Rhythm Disturbances in Demented patients. *Biological Psychiatry* 1997; 41: 955-963
92. Mishima K, Hishikawa Y, Okawa M. Randomised, dim light controlled, crossover test of morning bright light therapy for rest-activity rhythm disorders in patients with vascular dementia and dementia of Alzheimer's type. *Chronobiology International*. 1998; 15(6): 647-654
93. Lyketsos CG, Lindell-Veil L, Baker A, Steele C. A randomised, controlled trial of bright light therapy for agitated behaviors in Dementia patients residing in long-term care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 1999; 14: 520-525
94. Yamadera H, Ito T, Suzuki H, Asayama K, Ito R, Endo S. Effects of bright light on cognitive and sleep-wake (circadian) rhythm disturbances in Alzheimer-type dementia. *Psychiatry and clinical Neurosciences*. 2000; 54: 352-353
95. Schindler SD, Graf A, Fischer P, Tölk A, Kasper S. Paranoid delusions and hallucinations and bright light therapy in Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2002; 17: 1071-1072
96. Haffmans PMJ, Sival BC, Lucius SAP, Cats Q, Van Gelder L. Bright light therapy and melatonin in motor restless behaviour in dementia: a placebo-controlled study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2001; 16: 106-110
97. Graf A, Wallner C, Schubert V, Willeit M, Wlk W, Fiscer P, Kasper S, Neumeister A. The effects of Light Therapy on Mini-Mental State Examination Scores in Demented patients. *Biological Psychiatry* 2001; 50(9): 725-727
98. Ancoli-Israel S, Martin JL, Kripke DF, Marler M, Klauber MR. Effects of Light Treatment on Sleep and Circadian Rythms in demented Nursing Home Patients. *Journal of American Geriatrics Society* 2002; 50: 282-289
99. Colenda CC, Cohen W, McCall WV, Rosenquist PB. Phototherapy for patients with Alzheimer disease with disturbed sleep patterns: results of a community-based pilot study. *Alzheimer Diseases and Associated Disorders*. 1997; 11(3): 175-178
100. Lovell BB, Ancoli-Israel S, Gevartz R. Effect of bright light treatment on agitated behavior in institutionalized elderly subjects. *Psychiatry Research*. 1995; 57(1): 7-12
101. Satlin A, Volicer L, Ross V, Herz L, Campbell S. Bright light treatment of behavioral and sleep disturbances in patients with Alzheimer's disease. *American Journal of Psychiatry* 1992; 149: 1028-1032

102. Koyama E, Matsubara H, Nakano T. Bright light treatment for sleep-wake disturbances in aged individuals with dementia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 1999; 53: 227-229
103. Van-Someren EJ, Swaab DF, Colenda CC, Cohen W, McCall WV, Rosenquist PB. Bright light therapy: improved sensitivity to its effects on rest-activity rhythms in Alzheimer patients by application of nonparametric methods. *Chronobiology International* 1999; 16(4): 505-518
104. Agger C, Nielsen EB. Kvalitetssikring af omsorg for svage ældre. Pilotafprøvning af DCM-metoden, Dementia Care Mapping, i Danmark. Danis ?og Københavns Kommunes Sundhedsforvaltning, 2001
105. Amstrup K. Dementia Care Mapping en metode til at kortlægge personorienteret pleje og omsorg for demente. [www.sygeplejersken.dk](http://www.sygeplejersken.dk) (Citeret den 13.01.2003)
106. Innes A, Surr C. Measuring the well-being of people with dementia living in formal care settings: the use of Dementia Care Mapping. *Aging and Mental Health*. 2001; 5(3): 258-268
107. Beavis D, Simpson S, Graham I. A literature review of dementia care mapping: methodological considerations and efficacy. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2002; 9: 725-736
108. Younger D, Martin G. Dementia Care Mapping: an approach to quality audit of services for people with dementia in two health districts. *Journal of Advanced Nursing*. 2000; 32: 1206-1212
109. Martin G, Younger D. Anti-oppressive practice: a route to the empowerment of people with dementia through communication and choice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2000; 7: 59-67
110. Lintern T, Woods R, Phair L. Before and after training: a case study and intervention. *Journal of Dementia Care*. 2000; January/february: 15-17
111. Lintern T. Training is not enough to change care practice. *Journal of Dementia Care*. 2000; march/april: 15-17
112. Brooker D, Foster A, Banner M, Payne M, Jackson L. The efficacy of DCM as an audit tool: report of a 3-yr British NHS evaluation. *Aging and Mental Health*. 1998; 2: 60-70
113. Perrin T. Occupational needs ? in severe dementia: a descriptive study. *Journal of Advanced Nursing*. 1997; 25: 934-941
114. Williams J, Rees J. Dementia care mapping as a method of evaluating care received by patients with dementia: an initiative to improve quality of life. *Journal of Advanced Nursing*. 1997; 25: 316-323

115. Bredin K, Kitwood T, Wattis J. Decline in quality of life for patients with severe dementia following a ward merger. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 1995; 10: 967-973
116. Wilkinson A. A pilot study of its implementation in a psychogeriatric service. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 1993; 12: 1027-1029
117. Ballard C, Fossey J, Chithramohan R, Howard R, Burns A, Thompson P, Tadros G, Fairbairn A. Quality of care in private sector and NHS facilities for people with dementia: cross survey. *British Medical Journal*. 2001; 323: 426-427
118. Martin GW, Younger D. Person-centered care for people with dementia: a quality audit approach. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2001; 8: 443-448
119. Ballard C, O'Brien J, James I, Mynt P, Lana M, Potkins D, Reichelt K, Lee L, Swann A, Fossey J. Quality of life for people with Dementia living in Residential and Nursing Home Care: The impact of performance on Activities of Daily Living, Behavioral and Psychological Symptoms, Language Skills and Psychotropic Drugs. *International Psychogeriatrics*. 2001; 13(1): 93-106
120. Brooker D. Research focus. Enriching lives: Evaluation of the ExtraCare activity challenge. *Journal of Dementia Care*. 2001; 9(3): 33-37
121. Fossey J, Lee L, Ballard C. Dementia Care Mapping as a research tool for measuring quality of life in care settings: psychometric properties. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2002; 17: 1064-1070
122. Swane CE. Havestuen – et dagværested for demenslidende i Skævinge. Frederikshavn: Dafolo Forlag, 1998
123. Edwards C, Fox C. Dementia care mapping is inadequate tool for research. *BMJ letters*. 2001; 323(7326): 1427-1428
124. Gagnon D-L. A review of Reality Orientation (RO), Validation Therapy (VT) and reminiscence Therapy (RT) with the Alzheimer's Client. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics* 1996; 14 (2): 61-77
125. Scrijnemaekers V, van Rossum E, Candel M, Frederiks C, Derix M, Sielhorst H, van den Brandt P. Effects of emotion-oriented care on elderly people with cognitive impairment and behavioural problems. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2002; 17: 926-937
126. Finnema,-E-J; Droees,-R-M; Van-Der-Kooij,-C-H; De-Lange,-J; Rigter,-H; Van-Montfort,-A-P-W-P; Van-Tilburg,-W. The design of a large-scale experimental study into the effect of

emotion-oriented care on demented elderly and professional carers in nursing homes. Archives-of-Gerontology-and-Geriatrics. 1998; (6): 193-200

127. Dröes RM et. al. Integrated emotion-oriented care versus usual care for demented elderly in nursing homes; a randomised clinical trial into the effects and costs. Amsterdam: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Vrije Universiteit, 2001

## 10. Bilag 1.

### **Alfabetisk liste over måleinstrumenter angivet i de inkluderede artikler.**

Den korte og meget varierende beskrivelse af måleinstrumenterne er en gengivelse af de oplysninger der fremgik af de inkluderede artikler. Det er fravalgt i nærværende undersøgelse at søge yderligere oplysninger om måleinstrumenterne.

ABRS, Agitation Behavior Rating Scale. (Bliwise et al. 1989) På en 4 punkts skala rates fem former for agiteret adfærd: 1. flytter ting (manual manipulation) 2. undviger fiksering (escape restraints) 3. søger og vandrer omkring (searching and wandering) 4. banker og slår på ting (tapping and banging) 5. højtråbende (vocalisation).

Actigraf (Mirmiran et al. 1988) bæres som et armbåndsur og registrerer selv små bevægelser. Antal bevægelser per time tælles, hvorefter tre døgnrytmevariable kan beregnes: Interdaily stability, Intradaily variability, The amplitude (forskellen mellem gennemsnittet i de 10 mest aktive timer og gennemsnittet i de 5 mindst aktive timer i løbet af en 24 timers periode).

Actillum (Ambulatory Monitoring Inc. Ardsley, NY, USA) Måleren bæres om hånden og registrerer bevægelse i sum (gennemsnit af al aktivitet per minut) og i intensitet (maximal bevægelse per minut). Derudover kan den måle den lysstyrke individet udsættes for.

Adaption-coping model (Moos og Tsu 1977 og Dröes 1991). Tilpasning og håndtering indenfor forskellige områder som: kognitiv, emotionel og social og indenfor forskellige opgaver: at håndtere egne handicap, at vedligeholde emotionel balance og social kontakt (indenfor hvert område og opgave måles der på forskellige indikatorer).

Adaptive Behavior Scale. (Nihira et al. 1974). Indeholder underskalaer for uacceptabel adfærd så som stereotypi, anderledes manerer, tilbagetrækning, gøre skade på sig selv, hyperaktivitet.

ADL, Katz Index of Activities of Daily Living (Kane and Kane 1981). Måler seks daglige aktiviteter: personlig hygiejne, påklædning, toiletbesøg, forflytning, evne til at kontrollere urin og af-

føring, spisning. Det vurderes hvorvidt en person er fuldstændig selvhjulpen, næsten selvhjulpen eller fuldstændig afhængig for hver af de seks aktiviteter. (Anses for valid i forhold til demensramte).

AMBI, The agitation Behaviour Mapping Instrument (Cohen-Mansfield 1986) Måler frekvensen af agiteret adfærd gennem tre minutters perioder ved direkte observation. Den skelner mellem verbal aggressiv, verbal ikke-agressiv, fysisk aggressiv og fysisk ikke-agressiv adfærd

(The) Assessment and short-term manipulation of affect in the severely demented (Gaebler og Hemsley 1991) Måler på engageret adfærd og emotional respons (glæde, tristhed, frygt, ansigts- og kropsbevægelser samt sang).

Barthel activity of daily living Scale. (Mahoney og Barthel 1965) Funktionel evaluering.

BCRS, Brief cognitive rating scale (Reisberg 1983)

BDI, Becks Depression Inventory (Beck et al. 1961). Evaluerer via 21 items adfærdsmæssige, holdningsmæssige og somatiske manifestationer af depression.

Behave-AD, Behavioral Pathology in Alzheimer Disease scale

Behavior and mood disturbance scale

Behavior scale (Bender og Morris 1991)

Bleu skala (1977) (brugt i ref. 121, hvor der refereres til et kontrolleret studie af Rogers et. al. 1998 (af lægemidlet Donepizil) En livskvalitets skala.

BMD-scale, Behavior and mood disturbance scale (Greene et al. 1982) En uformel rating skala designet til omsorgsgivere.

BRS (Pattie og Gilleard 1997) Indgår som en del af CAPE

BPSD, Behavioral and psychological symptoms of dementia ( Finkel et al. 1996) Den internationale Psykiatriske Association har samlet en række af ikke-kognitive symptomer som agitation, psykose og humørændringer i denne generiske term.

CAPE, Clifton Assessment procedures for the elderly behaviour rating scale (Pattie and Gilleard 1979) Måler graden af afhængighed ud fra desorientering og handicap. Der er fem grader, hvor A er et udtryk for fuld uafhængighed og E er udtryk for fuld afhængighed.

CAPE-BRS, Clifton assessment procedures for the elderly behaviour rating scale (Pattie and Gilleard 1979). En måling af afhængighed og adfærd.

CAS (Pattie og Gilleard 1979) Indgår som en del af CAPE

CDR, Clinical Dementia Rating Scale /Hughes et al. 1982) Angiver svæhedsgraden af demens fra 0 (=sund) til 3 (=svær demens).

CGI, The Clinical Global Impression/Improvement (Guy 1976) En 7-points klinisk observations skala.

CMAI, Cohen Mansfield Agitation Inventory (Cohen-Mansfield et al. 1989) En fem point likkertskaala der måler frekvensen af verbal, fysisk ikke-aggressiv og fysisk aggressiv adfærd.

CRS, confusion rating scale (Williams et al. 1979)

CSDD, The Cornell Scale for Depression in Dementia

DCM, Dementia Care Mapping. Herunder WIB score, som er et udtryk for personligt befindende. Denne skala indeholder seks kategorier fra +5 som er exceptionelt velbefindende til -5 som er apati, sorg, fortvivelse, raseri. En uddannet observatør tildeler den enkelte deltager en gennemsnitsscore under en aktivitet. Derudover tildeles gruppen en score for, i hvor stor en andel af

tiden med en aktivitet, en bestemt kategori er dominerende i gruppen. (se endvidere afsnittet om DCM).

DCSQ, Dementia Care Styles Questionary (Brooker 1998) Vurderer personalets kendskab til Personorienteret Pleje. Består af en beskrivelse af forskellige episoder, hvor der kan vælges mellem forskellige måder at hjælpe den demente person på. Besvarelsene vurderes i forhold til hvor godt disse repræsenterer en personorienteret tilgang.

EBIC, Environment – Behavior Interaction Code. (Stewart NJ et al. 1999) Klassificerer adfærd i kategorierne: positiv, neutral og negativ.

FACS, Facial Action Coding System technique. (Asplund et al.) En teknik til at kode bevægelse af ansigtets muskler ud fra videooptagelser vist i slow motion.

Geriatric Indices of Positive Behaviour.

GHQ-12, General Health Questionnaire. En måling af psykologisk sundhed. Bruges bl.a. til at måle psykologisk byrde eller bekymring blandt omsorgsgivere

GIP, Gedragsobservatieschaal voor de Intemurale Psychogeriatric (Verstegen og Eekelen 1987). En adfærdsskala der observerer og måler på 82 punkter fordelt på 14 underskalaer: ikke-social adfærd, apatisk adfærd, forvrænget bevidsthed, tab af sømmelighed, rebel adfærd, usammenhængende adfærd, forvrænget hukommelse, desorienteret hukommelse, desorienteret adfærd, repetitiv adfærd, uro, mistænksomhed, melankoli, afhængighed og angst.

Group Orientation Form. Opdeler adfærd i seks kategorier, som hver måles på en skala indeholdende: 1= aldrig, 2= sjældent, 3= ofte, 4= altid.

Holden communication scale. (Holden and Woods 1982) En 12 punkts skala dækkende social adfærd og kommunikation.



INTERACT, The Interact Scale. (Baker og Dowling 1995) Er udviklet specielt til at måle effekten af snoezelen/MSS. Skalaen indeholder 22 dele, herunder humør, tale, relation til andre og til omgivelserne, behov for opfordringer og stimulering, vandring og anden uro eller aggressiv adfærd. Hver del måles på en 5 punkts Likert skala.

INTERACT SHORT, indeholder 12 af de 22 dele af interact skalaen.

LSI-A, Life Satisfaction Index-A En skala til at teste fem komponenter: ”kulør på tilværelsen”, beslutsomhed, målopfyldelse, positivt selvopfattelse og humør.

MACC, Behavioural Adjustment Scale. (Ellesworth 1966).

MBD, Behaviour and Mood Disturbance Scala (Greene et al. 1992).

MBR, Modified Behavior Rating Scale. (Spaull og Leach 1998) Indeholder flere klasser af emotional respons på en 5 punktskala. (ser på kropsbevægelse, opmærksomhed og humør).

Mental Status – Multi Observational Scale for Elderly Subjects.

MMSE, Mini mental state examination. (Folstein et al. 1975). Test af korttidshukommelse, orientering, registrering, opmærksomhed, sprogkonstruktion og grafik. Maksimum score er 30, en score på 23 eller derunder ses som en indikation for demens.

MSBS, Minimal Social Behaviour Scale. Udviklet I 1957. Indeholder 32 dele til vurdering af social adfærd.

MSQ, Mental status Questionarie. Udviklet i 1977. Indeholder 36 dele til en vurdering af graden af kognition/demens.

NHPB, Nursing Home Problem Behaviour Scale. En liste over 29 alvorlige former for problemadfærd (fx afviser pleje, skriger, vandrer omkring, går ind i andre beboeres rum uden accept). Forekomst og grad af problemadfærd indenfor de sidste 3 dage måles af plejepersonalet.

NIH Rating Scale for Functional Communication abilities of Dementia. Skalaen inkluderer: Interaktion i konversation (fx tager nye emner op, deltager i samtale, vedligeholder samtale, spørger ind til emner, følger emneskift), narrativ produktion (fx i stand til at fortælle en historie under hensyn til konteksten), verbal adfærd (fx brug af ord og af komplette sætninger, brug af stemme) og nonverbal adfærd (fx overholdelse af almindelige regler for fx gestik, ansigtsudtryk og opmærksomhed mod den talende).

NOISE-30, Nurses Observation Scale for In-Patient Evaluation Evaluation ?. Indeholder (ukendt antal) subskalaer som måler på adfærd i en 24-timers afdeling (døgn indlæggelse?).

NPI, Neuropsychiatric Inventory. Evaluering af agitation.

PAS, Pittsburg Agitation Scale. (Rosen et al. 1994) En 16 punkts skala dækkende 4 områder: afvigende tale, fysisk agitation, aggressivitet og afvisning af pleje. Der gives fra 0 til 4 point, hvor en høj score er udtryk for agiteret adfærd.

PGCMS, Philidelphia geriatric Center Morale Scale. Udviklet i 1975. Indeholder 17 dele og tre faktorer (ro, holdning til egen aldring, utilfredshed med ensomhed) til en vurdering af moral

QOL-AD (Quality of life - Alzheimer's disease). En 13 punkts skala af den dementes livskvalitet, herunder fysisk sundhed, energi, humør, bolig, hukommelse, familie, ægteskab, venner, opgaver, morskab, penge, selvet og livet som helhed. Der rates ud fra tilkendegivelser fra såvel den demente som fra pårørende, hvor det første tillægges dobbelt vægt.

Questionarie National Consumer Study. Score for involvering og engagement ud fra videooptagelse.

RCS. The rewards of Care-giving Scale. Måler hvorvidt plejepersonalet føler sig tilfredse i rollen som omsorgsgivere.

REHAB Interact (Baker og Hall 1983) indeholder flere subskalaer.

RS, Relatives stress scale. Skala til måling af stress.

SAQ, Staff Acceptability Questionary (Brooker 1998). Spørger til personalets eventuelle bekymringer til evaluering i forbindelse med Dementia Care Mapping, samt deres interesse i evalueringens resultater og hvorvidt de mener at den kan forbedre kvaliteten af deres pleje.

SDAS-9, Social Dysfunction and Aggression Scale (European Rating Aggression Group 1992) En 9 punkts observations skala som dækker udadvendt aggressiv adfærd. Til hvert punkt hører 5 kategorier fra "ikke tilstede" over "i svær grad" til "ekstremt".

SEQ-3. Test af selvværd (self-esteem) som en personlig følelse af at have evner, værdi og succes, samt graden af tilfredshed med egen selvfølelse (self-other-satisfaction).

Sociograms. Et diagram over kommunikation; hvem der taler til hvem.

The semantic Differential. Måler personalets opfattelse af udvalgte patienter (fx "rar" – "ikke rar")

WAS, Support and Staff Control subscales of the Ward Atmosphere Scale. To underskalaer af WAS bestående af hver 10 områder.

WIB score, et udtryk for personligt befindende. Denne skala indeholder seks kategorier fra +5 som er exceptionelt velbefindende til -5 som er apati, sorg, fortvivlelse, raseri. En uddannet observatør tildeler den enkelte deltager en gennemsnitsscore under en aktivitet. Derudover tildeles gruppen en score for, i hvor stor en andel af tiden med en aktivitet, en bestemt kategori er dominerende i gruppen

Derudover er der i artiklerne angivet brug af metoder uden en nærmere beskrivelse:

- Checkliste over generel opførsel
- Observation udført af forsker eller andre med tilknytning til studiet
- Interview af personale

- Tekstanalyse af rapporter og andre skrifter brugt af personale

## 11. Bilag 2.

Alfabetisk liste over enkeltstudier inkluderet i en metaanalyse (63) og fire litteraturstudier (50, 54-56) af Musikstimulering.

forfatter	Ridder (54)	Brotens (50)	Meei-Fang (55)	Gerdner (56)	Koger (63)
Alridge 2000	+				
Ansdell 1995	+				
Ashida 2000	+				
Baumgartner 1997	+				
Beatty 1988	+				
Beatty 1994	+				
Bolger 1984	+				
Braben 1992	+				
Bright 1987	+				
Brotens 2000	+				
Brotens 1994	+	+			
Brotens 1996	+	+			+
Brown 2001	+				
Brust 1980	+				
Carruth 1997	+				+
Cars 2000	+				
Casby 1994	+	+			+
Christie 1992	+	+			
Christie 1995	+	+			
Clair 1991	+	+			
Clair 1996a	+	+			+
Clair 1990a	+	+			
Clair 1990b	+	+			
Clair 1993	+	+			
Clair 1994	+	+	+		+
Clair 1995	+	+			+
Clair 1997	+				
Clark 1998	+		+	+	
Cohen-Mansfield 1997*				+	
Crystal 1989	+				
Denney 1997	+		+	+	+
Devereaux 1997				+	
Eeg 2001	+				
Fitzgerald-Cloutier 1993	+	+			
Foster 1998	+				
Gaebler 1991		+			
Gaertner 1999	+				
Gardiner 2000	+				
Gerdner 1997			+		
Gerdner 1993	+	+	+		+

Pleje- og omsorgsmetoder til demensramte: Et litteraturstudie af den dokumenterede effekt

Glynn 1992	+				
Goddaer 1994	+	+	+		+
Groene 1993	+	+			+
Groene 1998	+				
Götell 2000	+				
Hanser 1996	+				
Hanson 1996	+	+			
Hintz 2000	+				
Johnson 1998	+				
Korb 1997	+				
Lindenmuth 1992		+			+
Lipe 1995	+				
Lord 1993	+	+			+
Munk-Madsen 2001a	+				
Newman 1993	+	+			
Norberg 1986**	+	+			
Odell-Miller 1996	+				
Olderog-Millard 1989	+	+			+
Palo-Bengtsson 1998	+				
Polk 1993	+				
Pollack 1992	+	+			+
Prickett 1991	+	+			
Ragneskog 1997	+				
Ragneskog 1996				+	+
Ragneskog, Kihlgren 1996	+		+	+	+
Remington 1999***				+	
Ridder 2001	+				
Riegler 1980	+				
Sambandham 1995	+	+			
Scruggs 1991		+			
Snyder 1996					+
Smith 1986		+			+
Smith-Marchese 1994	+	+			+
Swartz 1992	+				
Tabloski 1995	+	+		+	+
Thomas 1997	+			+	+
Tomaino 2000	+				
Wellendorf 1991	+				
York 1994	+				

\* Studiet sammenligner tre interventioner: simuleret tilstedeværelse, social interaktion og musik

\*\* Studiet sammenligner musik med massage og præsentation (dufte, røre, se) af ting. Studiet er også refereret i afsnittet om massage.

\*\*\* Studiet sammenligner afslappende musik med eller uden samtidig massage. Studiet er også refereret i afsnittet om massage.