

Mjuk massage vid demenssjukdom

ALERT | TIDIGA BEDÖMNINGAR AV NYA MEDICINSKA METODER | WWW.SBU.SE



Publicerad 02-05-07
Version 1

Alerts bedömning

Metod och målgrupp: Mjuk massage kan sägas utgöra ett samlingsbegrepp för interventioner som t ex taktil stimulering, taktil massage, aromaterapimassage, hudmassage, beröringsmassage och efflurage. Mjuk massage ges bland annat till patienter med demenssjukdom, som ett komplement till annan omvårdnad och behandling, i samband med dagliga vådrutiner. Syftet är att ge ökat välbefinnande, minska stress och ge smärtlindring, för att därigenom dämpa oro och aggressivitet hos patienten. Mjuk massage kan ges på olika delar av kroppen och utföras av personal eller anhöriga. Det förekommer variationer i hur ofta och länge massagen ges. Den potentiella målgruppen för behandling är stor.

Patientnytta: Effekten av mjuk massage, oftast i form av handmassage, har studerats i ett fåtal små och korta studier. Långtidsstudier saknas. Det finns en kontrollerad studie av 16 patienter. Resultaten tyder på att massage kan ge positiv effekt på depression, ångest, humör, vaken- och kontaktbarhet samt på vissa minnesfunktioner. Dessutom finns tre studier med före-efter-design. I en av dessa uppmättes signifikanta effekter i form av lägre frekvens och intensitet av slag, skrik, flykt och försök att ta tag i vårdaren. I en studie uppmättes färre ångestbeteenden efter intervention och i två studier uppmättes lägre puls efter varje massagetillfälle jämfört med före. I ytterligare en studie av effekten på upprört beteende, gav massagen upphov till motstridiga resultat. Sammanfattningsvis tycks mjuk massage kunna ge upphov till positiva effekter hos gruppen demenssjuka. Studierna är dock för små för att säkra slutsatser ska kunna dras.

Etiska aspekter: Vid behandling av patienter med låg autonomi, vilket är fallet vid demenssjukdom, är begrepp som frivillighet och samtycke hos patienten och anhöriga centrala. Frivilligheten är avgörande för att massagen inte ska upplevas påträngande och kränkande för patienten och tvingande för vårdaren.

Ekonomiska aspekter: Hälsoekonomiska studier av effekterna av massage saknas.

Kunskapsläget: Det finns ringa* vetenskaplig dokumentation kring effekten av mjuk massage till demenssjuka patienter. Det finns ingen* vetenskaplig dokumentation om kostnader och kostnadseffektivitet.

Eftersom kunskapen om effekter av och kostnader för massage är mycket begränsad, bör större multicenterstudier som utvärderar detta utföras innan metoden införs i rutinsjukvård.

*Detta är en värdering av den vetenskapliga dokumentationens kvalitet och bevisvärde för den aktuella frågeställningen. Bedömningen görs på en fyrgradig skala; (1) god, (2) viss, (3) ringa eller (4) ingen. Se vidare under "Evidensgradering"

Alert bedrivs i samverkan mellan SBU, Läkemedelsverket, Socialstyrelsen och Landstingsförbundet

Metoden

Massage kan ges på delar av kroppen, såsom på händerna eller ryggen, eller på hela kroppen. Massage kan antingen innebära att djupare strukturer manipuleras eller utföras som en mer yttlig, mjuk hudstimulering. Till de mjuka massagerna räknas taktil stimulering, aromaterapimassage, hudmassage, beröringsmassage, efflorage och taktil massage. Den senare är en metod som utarbetats i Sverige [1] och som under senare år rönt intresse bland vårdpersonal för behandling av olika patientgrupper, t ex patienter med demenssjukdom.

Demens är ett syndrom som ger stadigvarande nedsättning av minne och andra intellektuella funktioner (t ex orienteringsförmåga, språk, tankeförmåga). Vidare påverkas personligheten och de emotionella funktionerna. Symtomen leder till svårigheter att klara det dagliga livet. Sjukdomen graderas från mild till svår demens. Depression, ångest, sömnsvårigheter, vanföreställningar och hallucinationer kan utgöra följsymtom till demenssjukdom. Detta kan i sin tur ge upphov till störning av dygnsrytmen, utagerande beteende och våldsamt. Annan sjukdom, stress samt såväl ökad som minskad stimulans anses vara utlösande faktorer till agitation [7]. I takt med att patientens kognitiva och funktionella förmåga avtar, ökar vårdbehovet.

Det finns forskning kring andra patientgrupper som visar att massageinterventioner kan ge ökat välbefinnande, smärtlindring, avslappning, lugnare beteende och förhöjt stämningsläge. Dessutom har positiv påverkan på kommunikations- och koncentrationsförmågan påvisats, liksom viss förbättring av immunfunktionen [2,4]. Eftersom mjuk massage har visat sig kunna minska stress och ge smärtlindring vid andra indikationer än demens, finns det anledning att tro att den skulle kunna minska oro och förbättra den demenssjukes omvärldsuppfattning. Massagen kan även leda till en ökad kontakt mellan patient och den som ger massagen. Genom massage förmedlas lugn, ro och bekräftelse [16].

Utagerande beteende (fysiskt och verbalt våld) förekommer ofta i samband med påklädning och administration av läkemedel [14]. Massage kan därför med fördel integreras i omvårdnadsarbetet och föregå de dagliga rutinerna. Stora variationer förekommer i hur ofta och länge personer med demenssjukdom fått mjuk massage. En strategi som används vid taktil massage är att under en inledande period ge daglig massage i cirka 20 minuter, vilket efter ungefär en månad glesas ut till någon gång per vecka.

Målgrupp

I Sverige beräknas för närvarande cirka 135 000 personer ha någon form av demenssjukdom. Det är inte möjligt att uppskatta hur många av dessa som skulle kunna ha nytta av eller som skulle önska få mjuk massage. Förekomst av djup ventrombos, inflammationer och skadad hud är kontraindikation för alla former av massage [2].

Relation till andra metoder

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) [5] behandlas, förutom med tillämpning av individanpassat vårdarbete, ofta med både psykosociala metoder och läkemedel. Exempel på psykosociala metoder är användandet av särskilda aktivitetsprogram, musik och dans, beteendeterapi, ljusterapi, miljöförändringar eller terapeutisk beröring (therapeutic touch) [10]. Mjuk massage bör, liksom musik och dans, ses som en sinnesstimulerande åtgärd, och som ett komplement till andra metoder som förekommer vid en individuellt anpassad omvårdnad och behandling.

Patientnytta

Åtta primärstudier av mjuk massage vid demenssjukdom har identifierats. I studierna ingick mellan 4 och 34 patienter. Behandlingstiden varierade mellan 10 dagar och 6 veckor, varefter behandlingen upphörde. Långtidsuppföljningar saknas.

I en kontrollerad studie [12,13] matchades 16 patienter med Alzheimers sjukdom utifrån ålder och kognitiv förmåga till två grupper. Experimentgruppen fick taktil stimulering i form av massage på ryggen i 30 minuter per dag under 6 veckor. Kontrollgruppen fick under lika lång tid inaktiv TENS (transkutan elektrisk

nervstimulering) på handryggen. Utvärderingen var blindad. Resultaten tyder på att patienterna som fått taktill stimulering kände sig mindre deprimerade och ångestfyllda, hade bättre humör, var mer alerta, deltog mer i de dagliga aktiviteterna samt var mer intresserade av sociala kontakter [13]. Även det visuella kort- och långtidsminnet och det verbala långtidsminnet förbättrades [12]. Taktill stimulering gav upphov till samma effekter på affektivt beteende och på minnesfunktionerna, som aktiv korttids TENS. En kombination av de båda metoderna gav dock inte större effekt än vad metoderna gav var och en för sig [11].

I en av tre före-efter-studier utan kontrollgrupp gavs 2,5 minuters massage per hand på för- och eftermiddagen i 10 dagar till 26 patienter med Alzheimers sjukdom. Beteenden som slag, skrik, försök att fly och att ta tag i vårdaren avtog i intensitet och frekvens vid morgonrutinerna, jämfört med före intervention. Man prövade även att ha en terapeut som enbart var fysiskt närvarande i 5 minuter per dag i 10 dagar. Detta gav ingen effekt på beteenden [14]. I den andra studien behandlades 18 patienter med Alzheimers sjukdom under 10 dagar med 10 minuter massage per hand, 10 minuter terapeutisk beröring (therapeutic touch) samt 5 dagar med endast fysisk närvaro, med 5 dagars observation före och mellan interventionerna. Man uppmätte lägre puls och färre ångestrelaterade beteenden efter både massage och terapeutisk beröring än under perioderna före intervention. Inga skillnader i antalet patientspecifika agiterande beteenden uppmättes [15]. I en tredje före-efter-studie av 30 patienter med demenssjukdom gavs handmassage i 2,5 minuter per hand samtidigt med lugnande tal (verbalization) två gånger per dag i 10 dagar. Signifikant lägre puls, vilket användes som mått på ångestnivå, uppmättes efter varje interventionsstund. Effekten ackumulerades inte från dag till dag. Antalet episoder av dysfunktionellt beteende (hallucination, aggressivitet, ångest, fobi, paranoid-, aktivitets- och affektiv störning) avtog successivt under interventionsperioden [9].

I en studie med fyra svårt demenssjuka personer [3] gavs varje patient i tur och ordning fyra olika interventioner: aromaterapi (30 minuter), hand- och underarmsmassage (30 minuter), en kombination av dessa (30 minuter) samt "ingen behandling". Det senare innebar att patienten satt med i rummet då en annan patient behandlades. Varje intervention gavs på förmiddagen i cirka 10 dagar. För två patienter gav massage upphov till lägre frekvens av upprört beteende jämfört med ingen behandling. För de två andra gav det upphov till en ökad frekvens av upprört beteende jämfört med ingen behandling.

Tre av ovanstående studier [3, 14, 15] har ingått i två systematiska översikter [6, 10] av olika psykosociala interventioner vid beteendestörningar orsakade av demenssjukdom. I båda översiktarna drogs slutsatsen att det vetenskapliga underlaget kring massage vid demenssjukdom var ofullständigt.

Vid ett dagcenter för demenssjuka har ett program med lätt handmassage utfört av anhöriga och vårdare utvärderats genom djupintervjuer, diskussioner i fokusgrupp och klientobservationer, före och efter 18 månaders behandling [8]. De anhöriga rapporterade bl a minskad oro och aggressivitet och ökad grad av vakenhet hos de demenssjuka. Dessutom rapporterade de anhöriga att massageinterventionen hjälpt dem att bättre hantera det svåra beteende den sjuke visat, och att de själva kände sig lugnare, sov bättre och bättre kunde hantera situationen.

De uppmätta effekterna har inte kvarstått, varken vid uppföljning 10 dagar [9] eller 6 veckor [11-13] efter avslutad intervention.

Komplikationer och biverkningar

Inga komplikationer har rapporterats i studierna av mjuk massage vid demenssjukdom.

Kostnader och kostnadseffektivitet

Inga vetenskapliga studier av de hälsoekonomiska effekterna vid massage har identifierats. Metodens kostnadseffektivitet i förhållande till andra metoder kan därför i dagsläget inte värderas. Kostnaden för behandlingen utgörs nästan uteslutande av terapeutens tidsåtgång, vilken kan variera. Därtill kommer kostnaden för utbildning. Om mjuk massage skulle visa sig resultera i att patienterna blir lugnare skulle det kunna innebära att vårdaren kan använda sin tid mer ändamålsenligt.

Sjukvårdens struktur och organisation

En mer allmän användning av massage i den reguljära demenssjukvården skulle kräva att betydligt fler i berörda personalgrupper lär sig metoden och att tid för att ge massage frigörs.

Etiska aspekter

Frivilligheten är avgörande vid massageinterventioner som annars kan upplevas påträngande och kränkande för patienten och tvingande för vårdaren. Personliga revir och integritet måste respekteras. Det kan dock vara etiskt rätt att utföra interventionen även om patienten i initialskedet inte kan vara helt delaktig i beslutet, när man på goda grunder kan anta att patienten har nytta av insatsen. I sådana situationer är samråd med anhöriga viktigt. Vårdare/anhöriga får stor makt och ansvar för att tolka vad den demenssjuke anser och önskar. Detta kräver hög medvetenhet, goda kunskaper och gott omdöme hos alla inblandade.

Utbredning i Sverige

Taktil massage har använts på flera håll inom svensk vård och omsorg sedan de första utbildningarna startade i början av 1990-talet. Arbetsterapeuter, sjukgymnaster, sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden från både kommuner och landsting har deltagit i dessa kurser. Det saknas dock information om i vilken utsträckning metoden används i det reguljära vårdarbetet.

Pågående forskning

Flera utvärderingar av taktil massage inom demenssjukvården pågår i Sverige. I en av dessa, som är en kontrollerad videofilmad observationsstudie, ingår nio patienter vid ett och samma boende (Krusebrant och Kihlgren). I en annan kontrollerad studie jämförs 20 patienter, som får taktil massage under 28 veckor, med en lika stor kontrollgrupp (Skovdahl, Kihlgren, Wimo och Kihlgren).

Sakkunniga

Mona Kihlgren, docent, Centrum för omvårdnadsvetenskap, Universitetssjukhuset, Örebro.

Åsa Krusebrant, fil mag, högskoleadjunkt, Röda Korsets högskola, Stockholm.

Kirsti Skovdahl, magister i omvårdnad, doktorand, Centrum för omvårdnadsvetenskap, Universitetssjukhuset, Örebro.

Granskare

PO Sandman, Professor, Omvårdnad, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå.

Kenneth Asplund, Professor, Omvårdnad, Mithögskolan, Sundsvall.

Referenser

1. Ardeby S. Taktill stimulering - ett sätt att kommunicera när orden inte räcker till. Utbildningsmaterial. Studieförbundet Vuxenskolan 1993.
2. Braverman DL, Schulman RA. Massage techniques in rehabilitation medicine. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 1999;10(3):631-49.
3. Brooker DJ, Snape M, Johnson E, Ward D, Payne M. Single case evaluation of the effects of aromatherapy and massage on distributed behaviour in severe dementia. *Br J Clin Psychol* 1997; 36 (Pt 2):287-96.
4. Field TM. Massage therapy effects. *Am Psychol* 1998;53(12):1270-81.
5. Finkel SI, Costa e Silva J, Cohen G, Miller S, Sartorius N. Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *Int Psychogeriatr* 1996;8 Suppl 3:497-500.
6. Forbes DA. Strategies for managing behavioural symptomatology associated with dementia of the Alzheimer type: a systematic overview. *Can J Nurs Res* 1998;30(2):67-86.
7. Hall GR, Buckwalter KC. Progressively lowered stress threshold: a conceptual model for care of adults with Alzheimer's disease. *Arch Psychiatr Nurs* 1987;1(6):399-406.
8. Kilstoff K, Chenoweth L. New approaches to health and well-being for dementia day-care clients, family carers and day-care staff. *Int J Nurs Pract* 1998;4(2):70-83.
9. Kim EJ, Buschmann MT. The effect of expressive physical touch on patients with dementia. *Int J Nurs Stud* 1999;36(3):235-43.
10. Opie J, Rosewarne R, O'Connor DW. The efficacy of psychosocial approaches to behaviour disorders in dementia: a systematic literature review. *Aust N Z J Psychiatry* 1999;33(6):789-99.
11. Scherder EJA, Bouma A, Steen AM. Effects of simultaneously applied short term transcutaneous electrical nerve stimulation and tactile stimulation on memory and affective behaviour of patients with probable Alzheimer's disease. *Behav Neurol* 1995;8:3-13.
12. Scherder E, Bouma A, Steen L. The effects of peripheral tactile stimulation on memory in patients with probable Alzheimer's disease. *American Journal of Alzheimer's Disease* 1995;10:15-21.
13. Scherder E, Bouma A, Steen L. Effects of peripheral tactile nerve stimulation on affective behaviour of patients with probable Alzheimer's disease. *American Journal of Alzheimer's Disease* 1998;13:61-9.
14. Snyder M, Egan EC, Burns KR. Efficacy of hand massage in decreasing agitation behaviors associated with care activities in persons with dementia. *Geriatr Nurs* 1995;16(2):60-3.
15. Snyder M, Egan EC, Burns KR. Interventions for decreasing agitation behaviors in persons with dementia. *J Gerontol Nurs* 1995;21(7):34-40.
16. Uvnäs-Moberg K. Oxytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions. *Psychoneuroendocrinology* 1998;23(8):819-35.