



**Karolinska
Institutet**

**Institutionen för Neurobiologi,
Vårdvetenskap och Samhälle**
Sektionen för omvårdnad
Fristående kurs - Examensarbete för magisterexamen i omvårdnad
Hösttermin 2016

Omvårdnad av personer med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens

Vårdpersonalens erfarenheter av att arbeta med BPSD
registrering för personer med demenssjukdom

Care of people with behavioral and psychological symptoms of dementia

Nursing staff's experiences of working with BPSD- registration
for people with dementia

Författare: Christine Lantz

Handledare: Ewa Stenwall

Examinator: Maria Arman, Karolinska Institutet

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Omvårdnad av personer med demenssjukdom ställer stora krav på vårdpersonalen i det dagliga arbetet. Ett Svenskt kvalitetsregister för BPSD startade den 1 november 2010 i syfte att kvalitetssäkra vården för personer med demenssjukdom. **Syfte:** Studiens syfte var att beskriva vårdpersonalens erfarenheter av att använda sig av BPSD registrering i sitt arbete på enhet för personer med demenssjukdom. **Metod:** En intervjustudie utfördes med BPSD administratörer på fyra olika äldreboende och analyserades med kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Informanterna upplevde att BPSD registrering var något nytt, ett verktyg med helhetsperspektiv vilket medfört ökat individfokus, utbyte av kompetenser, kunskap och samarbetet kring individen. Logistik och organisation var en begränsande faktor. Främst upplevde informanterna att det var hindrade eller begränsade av tid för att utföra och med mötestider. Många av informanterna upplevde även att det var svårt att förmedla kunskap vidare, att övertyga kollegor om syftet med det nya arbetssättet och att få följsamhet på de individuella planer som utformats. **Diskussion:** En väl organiserad plan vilket inkluderar ett multiprofessionellt samarbete i samband med BPSD-registrering är av vikt för att minska osäkerheten kring praktiska moment, så det inte blir ett hinder i arbetet mot personcentrerad omvårdnad.

Nyckelord: Personcentrerad vårdnad, intervention, demens, utåtagerande beteende, omvårdnadspersonal, upplevelser.

ABSTRACT

Background: Care of people with dementia places great demands on nursing staff in their daily work. A Swedish quality register for BPSD started on 1 November 2010 in order to assure the quality of care for people with dementia. **Aim:** The aim of the study was to describe the healthcare professionals' experience of using BPSD registration in their work on the unit for people with dementia. **Method:** An interview was conducted with BPSD administrators in four nursing homes, and was analyzed using qualitative content analysis. **Results:** The informants perceived that BPSD registration was something new, a tool with a holistic perspective, which led to increased individual focus, exchange of skills, knowledge and cooperation towards the individual. Logistics and organization was a limiting factor. Mainly informants felt that it was prevented or limited by time to perform and to find common meeting times. Many of the informants also felt that it was difficult to communicate information, to convince colleagues about the purpose of the new approach and to gain compliance of the designed individual plans. **Discussion:** A well-organized plan, which includes a multi-professional collaboration in BPSD-registration, is important to reduce uncertainty about the practical elements, so it does not become an obstacle towards person-centered care.

Keywords; Person-centered care, intervention, dementia, acting-out behaviour, nursing staff experiences,

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING.....	5
BAKGRUND.....	5
Demens	5
Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD)	6
Bättre liv för sjuka äldre, nationella kvalitetsregister	7
BPSD registret och BPSD registrering som arbetsätt	7
Rollfördelning vid BPSD-registrering	8
Sjuksköterska och vårdpersonal i kommunal verksamhet	8
TEORETISK UTGÅNGSPUNKT.....	9
Problemformulering.....	10
SYFTE	10
Förförståelse	10
METODBESKRIVNING	11
Val av ansats	11
Urval	11
Datainsamling	12
Dataanalys.....	12
Forskningsetiska överväganden.....	13
RESULTAT	14
<i>Främjande erfarenheter</i>	14
Känslan av ett tydligt verktyg	14
Fokus på individen	15
Insikter och förståelser	16
Samarbete i team.....	16
Samarbete och jämkning	17
Användning av levnadsberättelse	17
<i>Begränsande erfarenheter</i>	18
Logistik.....	18
Implementering	18
Osäkerhet	19
Att övertyga och förmedla kunskap	19
DISKUSSION	20
Metoddiskussion	20

Resultatdiskussion	21
Kliniska implikationer	25
Slutsats.....	25
Förslag till fortsatta studier	25
REFERENSLISTA.....	26
BILAGA 1-4	
Studieförfrågan.....	31
Studieförfrågan till deltagare	32
Intervjufrågor	33
Studieförfrågan till deltagare	34

INLEDNING

Det är inte ovanligt att personer med demenssjukdom under sin sjukdomstid drabbas av beteenden som kan vara svåra att tolka och förstå, så kallade beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD). Vanliga symtom är depression, oro, ångest, agitation, verbalt eller fysiskt utåtagerande, rastlöst vandrande, sömnstörning, rop eller skrik, hallucinationer och vanföreställningar. Orsaken till att symtom uppstår är individuella, de kan vara adresserade till demenssjukdomens påverkan på hjärnan eller till annat kroppsligt illabefinnande som inte kan kommuniceras. Symtomen kan även bero på personens förmåga att anpassa sig till sin situation och omgivning eller omgivningens förmåga att anpassa sig till individen. Därav är interaktionen mellan vårdare och person med demenssjukdom av största vikt för att kunna tillvarata personens individuella behov och intressen (Ekman et al., 2002, 2011). När förmågan till ömsesidig kommunikation går förlorad kan det ge sig uttryck i beteendemässiga och psykiska symtom vid demens. Dessa symtom kan på olika sätt vara svåra eller plågsamma för den drabbade, för anhöriga och för vårdpersonalen. Centrala begrepp är att bevara personens identitet trots att den kognitiva funktionen sviktar. För att öka livskvalité och ge en god omvårdnad för personer med demenssjukdom är ökad kunskap om demenssjukdom och strategier för ett gott bemötande av hög prioritet inom äldreomsorgen (Kverno, Rabins, Blass, Hicks, & Black, 2008, Socialstyrelsen, 2010). Sedan år 2010 har vi i Sverige haft ett kvalitetsregister för BPSD vars syfte är att öka livskvalité för personer med demenssjukdom, implementera de nationella riktlinjerna på arbetsplatsen samt att personcentrera omvårdnaden. Några år efter implementeringen har intresset väckts av att studera vårdpersonalens erfarenheter av att använda sig av BPSD-registrering som redskap och arbetssätt i omvårdnaden av personer med demenssjukdom.

BAKGRUND

Demens

De allra flesta som insjuknar i demenssjukdom är äldre, vid 60 års ålder ökar risken att drabbas av demens och åldersmässigt ökar prevalensen för insjuknande stadigt därefter (Prince, Bryce, Wimo, Riberiro, & Ferri, 2013). I Sverige insjuknar varje år cirka 24 000 personer i en demenssjukdom, och nästan hälften av alla som är 90 år eller äldre har en demenssjukdom (Socialstyrelsen, 2010). Demens är inte en sjukdom, utan en medicinsk term för en symtombild som medför varaktigt nedsatt tankeförmåga och negativ påverkan på individens vardagsfunktioner (Ring, 2013). Att leva med demens innebär att kognitiva, beteendemässiga, funktionella och motoriska förmågor går förlorade och symtom adresserat till sjukdomen uppstår. Vissa symtom kommer tidigt så som minnesproblematik, att hitta ord eller tidigare kända platser. Efterhand får personen allt svårare att orienteras sig i tid och rum, att äta självständigt och att sköta toalettbestyr. I sent stadium av sjukdomen blir förmågan att kommunicera problematisk, både att göra sig förstådd och att förstå. Individen är nu helt beroende av anhöriga eller personal för att klara sina dagliga behov. Det är sällan minnesproblematiken som är det största problemet för den sjuka och närstående, utan ett förändrat beteende som kan vara svårt att förstå och hantera (Basun, 2002).

Demenssjukdom indelas vanligtvis i tre huvudgrupper

- Primärdegenerativa demenssjukdomar
- Vaskulär demenssjukdom

- Sekundär demenssjukdom

I Sverige orsakas de flesta demenstillstånden av primärdegenerativa demenssjukdomar. Till de vanligaste primärdegenerativa demenssjukdomarna hör Alzheimers demens, Frontotemporallobsdemens och Lewybody demens. (Basun, 2013). Vaskulär demens är den näst vanligaste typen av demenssjukdomar och orsakas av förändringar i hjärnans blodkärl genom att blodproppar eller blödningar stryper syretillförseln till hjärnan. (Sangam & Jeffrey, 2014). De sekundära demenssjukdomarna utgörs av tillstånd, sjukdomar eller skador som *kan*, men inte behöver leda till demens. Hit hör bland annat könssjukdomar som syfilis och HIV, alkoholmissbruk, men även tillstånd så som depression, hjärntumör, hjärnblödning, infektioner i hjärnan och missbruk av läkemedel eller droger (Wahlund, 2013).

Demens leder till konsekvenser för individ, närstående och samhälle. Det är vanligt att en person som är drabbad av demenssjukdom någon gång i sjukdomsförloppet får BPSD (Socialstyrelsen, 2010). BPSD symtom vid Alzheimers demens kan komma utan förvarning med eller utan någon känd utlösande faktor. Det förekommer även ett mer smygande förlopp av symtom med olika svårighetsgrad. (Basun, 2013). BPSD är en av de vanligaste orsakerna till att en person är i behov av ett särskilt boende. Av de som drabbats av demenssjukdom uppskattas att hälften av personerna bor i ordinärt boende och hälften bor på vård och omsorgsboende (Socialstyrelsen, 2005).

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD)

Begreppet BPSD definieras som störd perception, stort tankeinnehåll, förändrat stämningsläge och förändrat beteende hos patienter med demenssjukdom (Finkel & Burns, 1999). BPSD omfattar en rad olika symtom som har två saker gemensamt, de medför ett stort lidande för personen med demenssjukdom och symtom som är svåra att möta för närstående och vårdpersonal. Symtomen kan medföra en lägre livskvalité och ett ökat omvårdnadsbehov (Kverno et al., 2008). Mer än 80% av patienter med Alzheimers demens utvecklar svåra symtom någon gång i sjukdomsförloppet (Basun, 2013). Symtomen kan vara beteendemässiga så som aggressivitet, agitation, skrik, ropande, rastlöshet, vandrande, sexuell hämningslöshet, hamstring av mat/ting eller skuggning av en person. Symtomen kan även vara psykisk karaktär så som oro, ångest, depression, hallucinationer och vanföreställningar. (Jeste & Finkel, 2000). Symtomen varierar beroende på hur långt sjukdomen avancerat. Vid mild till moderat stadium av demenssjukdom är det vanligt med symtom så som apati och depression. Medan aggressivitet, rastlöst vandrande, hallucinationer, vanföreställningar och ångest, kulminerar vid måttlig till moderat demenssjukdom. I sent stadium av demenssjukdom är dessa symtom mindre framträdande och vartefter sjukdomen progredierar och den motoriska förmågan försämras kan rastlöst vandrande istället uttrycka sig som monoton rastlöshet eller rop beteende (Basun, 2013). Det är av vikt att inte förväxla BPSD med en diagnos och att man därmed inte anstränger sig för att söka bakomliggande orsaker till ett annorlunda beteende (BPSD registret, 2016). Utredning av bakomliggande orsaker till BPSD har hög prioritet i vård och omsorg om personer med demenssjukdom (Socialstyrelsen, 2010). Utredningen är av vikt då ett eller flera symtom kan utlösas av somatisk illabefinnande så som infektioner, lågt blodsocker, förstoppning eller smärta. Andra möjliga orsaker kan vara omvårdnadspersonalens okunskap om den demenssjukas behov, så som hunger, törst, inaktivitet eller för mycket stimuli i form av buller eller ljud. Omvårdnadspersonalen kan även ha orealistiska förväntningar och krav, likaså att maktkamper eller förödmjukande situationer kan vara utlösande faktorer. (Läkemedelsverket, 2008).

Bättre liv för sjuka äldre, nationella kvalitetsregister

Sveriges Kommuner och Landsting, (SKL) har tillsammans med regeringen under år 2010-2014 satsat på utveckling av vård och omsorg för sjuka äldre. Satsningen har inneburit stöd till kommuner, landsting och andra aktörer att utveckla ett gemensamt, långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete med fokus på en förbättrad kvalitet och en mer sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Målgruppen är personer 65 år eller äldre som har omfattande funktionsnedsättning till följd av åldrande, skada eller sjukdom (SKL, 2015). De kvalitetsregister som utgår från satsningen på mest sjuka äldre är, Senior alert, Svenska palliativregistret, Svenska Demensregistret (SveDem) och Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens (BPSD). Tanken är att dessa kvalitetsregister ska möjliggöra lärande och ett kontinuerligt förbättringsarbete. De Nationella kvalitetsregistren bygger på personbundna uppgifter om problem, diagnos, behandling, och resultat. (SKL, 2014). För att registreras i ett kvalitetsregister måste godkännande inhämtas från den som registreras enligt datalagen. En ny lag från 1 oktober 2014 möjliggjorde registrering av personuppgifter även för personer med demenssjukdom i ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister om patientens inställning till behandlingen har klarlagts i möjligaste mån. Det får inte finnas anledning att anta att patienten skulle ha motsatt sig detta (SFS 2014:830)

BPSD registret och BPSD registrering som arbetsätt

BPSD kvalitetsregister har som syfte att kvalitetssäkra vården för personer med demenssjukdom. Genom tvärprofessionella vårdåtgärder ska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och det lidande det innebär minska och livskvalitén öka, för personer med demenssjukdom. Kvalitetsregisterdata individuellt, lokalt och/eller från riket medför möjlighet att öka kunskap och genomföra förbättringar i vården för personer med demenssjukdom (BPSD-registret, 2016).

BPSD-registrering är en metod som har till syfte att kvalitetssäkra omvårdnaden av personer med demenssjukdom. En registrering har en tydlig struktur och bygger på kartläggning av frekvens och allvarlighetsgrad av BPSD, troliga orsaker, läkemedelsanvändning, förslag på evidensbaserade omvårdnadsåtgärder samt utvärdering av föreslagna interventioner. Då bedömningar och åtgärder som regel behövs från flera yrkesgrupper vid utformning av omsorgsinsatser består en registrering ett tvär- eller multiprofessionellt team. För att få inloggning och arbeta med metoden krävs en tvådagars utbildning till administratör. Utbildningen utförs av certifierade utbildare, valda enligt särskilda utbildningskrav och lämplighet. BPSD-registret rekommenderar att utsedda personer men i första hand undersköterskor, verksamhets eller enhetschef och ansvariga sjuksköterskor på samma boende deltar i utbildningen för att sätta sig in i vad en registrering innebär. BPSD registret välkomnar även andra yrkeskategorier så som fysioterapeuter, arbetsterapeuter och läkare att gå administratörsutbildning som resurspersoner i teamsamverkan. (BPSD-registret, 2016).

Vid en BPSD-registrering används skattningsskattinstrumentet Neuropsychiatric Inventory-Nursing Home version (NPI-NH), instrumentet är utvecklat för att mäta beteendesyntom vid olika demenssjukdomar (Cummings et al., 1994). Vid en skattning är man intresserad av att veta frekvensen och svårighetsgraden av de olika symtomen. Skalan omfattar 12 symptomdomäner (tabell 1), frekvensen skattas mellan (1-4 p) och svårighetsgraden (0-3 p). Poängen multipliceras och en hög slutsumma vid ett eller flera domäner tyder på svårare symtom.

Tabell 1 Symtomdomäner BPSD

1 Vanföreställningar	2 Hallucinationer	3 Agitation/upprördhet	4 Depression/nedstämdhet
5 Ängest	6 Upprymdhet/eufori	7 Apati/likgiltighet	8 Hämningslöshet
9 Lättretlig/irritabilitet	10 Motorisk rastlöshet	11 Sömnstörningar	12 Matlust/ätstörningar

Förutom NPI-NH skattningen tillkommer en analys över frågor som mat, dryck, sömn, urin, avföring, syn, hörsel och om det finns det daglig positiv samvaro för personen. Parametrar så som kroppstemperatur, puls, blodtryck, andning och blodsocker kontrolleras samt om personen verkar smärtfri. Om personen har ordinerade läkemedel registreras även dessa. Efter slutförd registrering erhålls ett diagram med staplar för varje symtomdomän, detta tydliggör även visuellt summan av symtomskattningen. Utbildningsmaterialet uppmanar även till att hämta information från närstående i form av en levnadsberättelse. En individuell bemötandeplan utformas med åtgärder från individens personliga behov och önskemål. Det kan innefatta fysisk aktivering, att erbjuda en lugn ljudmiljö, taktil massage, musik/sång, utevistelse, extra stöd vid måltid, oro eller övrigt extra stöd (BPSD-registret, 2016)

Rollfördelning vid BPSD-registrering

Administratör ska vara ett stöd vid web-utbildning, delta i skattningar, registrera data, boka tid för uppföljning, vara den som ”pushar” på avdelningen hen ska även vara länk mellan kontaktperson och sjuksköterska då det gäller tider, kontrollera att vårdplan följs och redovisa resultat kontinuerligt till verksamhetschef. Sjuksköterskans roll i BPSD-registrering är att medverka i NPI-NH skattning, medverka vid analysen, se till att vårdåtgärder är adekvata till den enskilda boendes behov, kontrollera att vårdplaner följs, vara den som tar kontakt med läkare eller paramedicinare och vara ett ”bollplank”. Enhetschefens roll är att vara ett stöd i processen, efterfråga resultat, tydligt och engagerat ledarskap, uppmuntra medarbetarna och skapa förutsättningar (BPSD-registret, 2016)

Sjuksköterska och vårdpersonal i kommunal verksamhet

En sjuksköterska i den kommunala vården har ett brett ansvarsområde vars grundläggande uppgifterna är bedömning, beslutande och målsättning från individens behov. Vidare ska sjuksköterskan planera, utföra eller delegera, leda och dokumentera insatser. Hen ska även handleda informera och utbilda annan personal samt arbeta för att effektivisera och utveckla verksamheten (Vårdförbundet, 2007). En rapport från Socialstyrelsen visar att det finns få specialiserade sjuksköterskor mot äldres komplexa behov och dess förutsättningar i kommunal vård, omvårdnad och rehabilitering (Socialstyrelsen, 2012). Vårdpersonalen (vårdbiträden och undersköterskor) är de som är närmast personen med demenssjukdom. I deras arbetsuppgifter ingår inhämtning och dokumentation av händelser. Personlig hygien, mat och kommunikation. Utöver det kan arbetsuppgifter ingå så som tvätt, städ, aktiviteter, inköp, kontakt med anhöriga och köksarbete. Ofta tillkommer delegerade arbetsuppgifter så som att ge läkemedel, linda ben och lägga om sår. Vårdpersonalens kunskaper och utbildning varierar inom kommunal verksamhet. En betydande del, 22% av vårdpersonalen inom kommunal vård och omsorg var timanställd och endast hälften av den personal som rekryterats hade en formell yrkesutbildning visade en litteraturgenomgång över vård och omsorgsassistenters kompetens (Socialstyrelsen, 2006). Enligt en lägesrapport från Socialstyrelsen (2015) framkommer att läget är oförändrat, med fortsatta svårigheter att rekrytera och behålla kompetent personal inom vård och omsorg (Socialstyrelsen, 2015)

TEORETISK UTGÅNGSPUNKT

Personcentrerad omvårdnad

Redan på 60-talet betonade psykologen Carl Rogers (1961) att en person inte bara är en diagnos utan främst en person med ett unikt perspektiv och upplevelse av sin situation. Personcentrerad vård sägs ha sitt ursprung från Rogers teorier som i sin yrkesprofession påtalade vikten av att inkludera livshistoria, lyssna med öppet sinne, fokusera på det friska och sätta personen i centrum (Rogers, 1961). Personcentrerad vård innebär att gå från att se patienten ur ett medicinskt perspektiv och istället se denne med ett holistiskt synsätt, att se hela människan i sitt sammanhang med sina brister och färdigheter och främst som en person. (Edvardsson, 2010). Begreppet har vuxit fram för att betona vikten av att bättre ta till vara patientens egna resurser, behov, önskemål samt respektera dennes känslor (Hedman, 2014). Tillämpningen av personcentrerad vård styrs av etiska principer som vägleder i praktiska handlingar (Willman, 2010). Omvårdnaden utgår från och ska ses som ett partnerskap mellan patient, anhöriga och professionella inom vård, omsorg och rehabilitering och mynna i en patientberättelse som ska sätta personen, dennes villkor och livssituation i centrum för vårdprocessen. I samförstånd ska partnerskapet mellan patient och professionella byggas och vårdprocessen dokumenteras. (Ekman et al., 2011).

För en person som har en demenssjukdom blir anhöriga och vårdpersonal ofta ställföreträdare då sjukdomen gör individen mer sårbar och mindre förmögna att ta egna initiativ för att tillgodose sina egna behov. Professor Tom Kitwood verkade inom demensvården på 1990-talet och mycket av hans forskning ligger till grund för vidareutveckling av begreppet personcentrerad vård. Kitwood vände sig bland annat mot att personer med demenssjukdom ofta beskrevs som tomma skal, och menade att bakom "skalet" fanns en unik person med olika erfarenheter av det levda livet. Kitwood beskriver fem behovskomponenter (bild 1) vilka han menade var nödvändiga för att möta en persons främsta behov, känslan av att vara älskad/omtyckt (Kitwood, 1997).

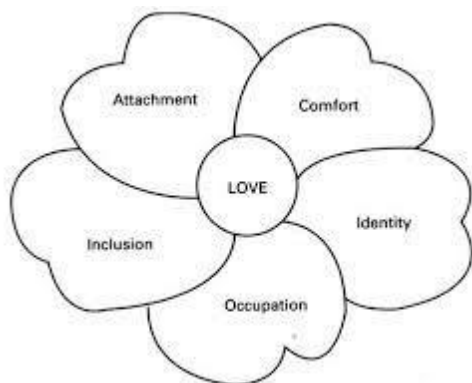


Bild 1

Det innersta behovet kärlek, omslutet av fem närliggande behov: Delaktighet, närhet, trygghet, identitet och aktivitet (egen översättning).

I Sverige färdigställdes år 2010 Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Riktlinjerna beskriver att personen och inte demenssjukdomen ska sättas i fokus samt att utgångspunkt ska vara den demenssjukes upplevelse av sin verklighet. Vidare beskrivs i riktlinjerna att personcentrerad omvårdnad syftar till att individualisera omvårdnaden och göra vårdmiljön mer personlig. Den personcentrerade omvårdnaden ska utgå från information om den demenssjukes livsmönster, värderingar, preferenser och kan öka tilliten, integriteten,

självständigheten, initiativförmågan samt minska agitation hos personer med demenssjukdom. (Socialstyrelsen, 2010). Edvardsson, Winblad och Sandman (2008) beskriver i sin forskning att den personcentrerade omvårdens mål är att erkänna den demenssjukes personlighet i omvårdnadens alla aspekter vilket innebär att man ser på en demensdrabbad utifrån dennes personlighet och genom att införliva den biografiska kunskapen om en person i omvårdnaden kan omvårdnadspersonalen få en hjälp att byta fokus från sjukdomen till att se individen som en person. Att ha kunskap om en persons tidigare liv, rutiner och arbete kan ge olika ledtrådar till att tolka de demensdrabbades beteende, behov och önskningar (Edvardsson, Winblad & Sandman, 2008).

Problemformulering

Omvårdnad av personer med demenssjukdom ställer stora krav på vårdpersonalen i det dagliga arbetet. Antalet äldre som drabbas av demenssjukdom ökar i takt med att medellivslängden blir högre. Att känna igen och förstå symtom på demenssjukdom kan ha stor betydelse för individens livskvalité. På ett vård- och omsorgsboende bor personer med olika demenssjukdomar. De drabbade har därför individuella behov, är i olika stadium och har olika symtom av sin sjukdom vilket kan vara svårt att möta utan rätt kunskap, inte bara för vårdpersonalen utan även för övriga hälso-sjukvårdspersonal och andra personer i dess närhet. Kommunikation och samspelet mellan vårdpersonalen, personen med demenssjukdom och omgivande miljö är avgörande för att byta fokus från ett sjukdomsperspektiv och istället se personen som en individ med behov och önskningar som måste förstås och tillgodoses. BPSD kvalitetsregister påtalar att implementering av BPSD registrering som arbetssätt kan öka kunskapen om demenssjukdom. De menar även att teamsamverkan och personcentrerade vårdåtgärder gentemot patienten ska bidra till minskad förekomst och allvarlighetsgrad av det lidande som BPSD innebär och med det öka personens livskvalité. Tidigare studier inriktar sig till stor del på forskning av insamlade data från registrets databas (BPSD registret, 2016). Inte så många studier inkluderande BPSD registrering har tidigare riktat sig mot vårdpersonalen som är de som arbetar närmast personerna med demenssjukdom. Vilken erfarenhet har vårdpersonalen efter att ha arbetat med BPSD registrering som arbetssätt och hur upplever vårdpersonalen det nya arbetssättet i omvårdnaden av personer med demenssjukdom?

SYFTE

Studiens syfte är att beskriva vårdpersonalens erfarenheter av att använda sig av BPSD registrering i sitt arbete på enhet för personer med demenssjukdom.

Förförståelse

Jag har under flera år arbetat på ett boende för personer med olika former av demenssjukdom samt även som specialiserad sjuksköterska i ett demensteam. Teamet har bistått personal på äldreboende, i hemtjänst och även för andra professioner så som biståndshandläggare, tandläkare, tandvårdshygienister eller anhöriga när de behöver information, utbildning eller direkt handledning på plats. Handledningen har haft olika svårighetsgrad. Ibland med mycket enkla lösningar, så enkla att det inte borde behöva generera hjälp utifrån, till handledningstillfällen där det varit en stor utmaning med risker för individen, övriga boenden och personal. Variationen av ärenden i teamet har med tiden ökat mitt intresse på ett teoretiskt, praktiskt och organisatoriskt plan.

METODBESKRIVNING

Val av ansats

För att skapa en grundlig förståelse för människors erfarenhet av ett fenomen valdes en kvalitativ metod (Polit & Beck, 2008). I föreliggande studie var avsikten att beskriva informanternas erfarenheter av BPSD registrering. Semistrukturerade intervjufrågor valdes med utgångspunkt av fenomenet som skulle studeras och utgick därav från ett fast tema med två frågor att tala fritt kring (Kvale & Brinkman, 2013). Extra stöd fanns även i form av stöd- eller följdfrågor (Polit & Beck, 2008). Data samlades in från sju informanter de sagda orden från informanternas upplevda erfarenheter, analyserades därefter förutsättningslöst med kvalitativ innehållsanalys (Lundman & Graneheim, 2008).

Urval

Undersköterskor är den personalkategori som till största del initierar och registrerar i BPSD registret och valet föll sig där av naturligt att inkludera dessa i studien. Sjuksköterskorna i förekommande studier kommun, arbetar dagtid och är omvårdnadsansvarig för ca 20 boende eller fler. Sjuksköterskan deltar inte direkt i det dagliga omvårdsarbetet utan har en mer konsultativ roll. Kvällar, nätter och helger ansvarar joursjuksköterskor för flertalet äldreboende och hemsjukvårdsområden. På dessa tider arbetar sjuksköterskorna enbart konsultativt. I kvalitativa studier är det grundläggande att kvaliteten på informanternas svar svarar till studiens syfte samt att antalet informanter ska baseras på den information som behövs (Polit & Beck, 2008) BPSD registret kontaktades för information om lämpliga äldreboenden med utbildade administratörer och aktivt arbete med arbetsmetoden. Informanternas beräknades till 8 personer. Urvalskriterier var minst 6 månaders erfarenhet av att arbeta med BPSD-registret samt ytterligare minst två års arbete med personer som har demenssjukdom för att deltagaren ska ha fått erfarenhet av ett före och ett efterperspektiv. Till studien valdes fyra olika boenden för att få en spridning på informanternas erfarenheter. Under november 2014 kontaktades verksamhetschefer för de utvalda boendena med en muntlig beskrivning om studien. Informationsbrev skickades även via mail. (Bilaga 1). Därefter kontaktades de personer som ställt sig positiva till deltagande (Bilaga 2). Intervjupersonerna var undersköterskor (Usk), vilka slutligen blev sex kvinnor och en man från fyra olika boenden i en mellanstor stad i Sverige. Informanternas ålder var mellan 29-55 år och deras erfarenhet av att arbeta med BPSD registrering var mellan 8-24 månader. De hade mellan 4-15 års erfarenhet av att arbeta med personer som har demenssjukdom (Tabell 2). Efter sju genomförda intervjuer upplevdes en mättnad på informanternas svar och intervjuerna avslutades därmed (Polit och Beck, 2008).

Tabell 2. Deltagande informanter

Ålder	Utbildning/påbyggnad inom demens/BPSD	Erfarenhet av BPSD-registrering	Antal år i yrket med inriktning demenssjukdom
47 år	Usk med påbyggnad 60 Hp	24 mån	8 år
55 år	Usk	24 mån	10 år
54 år	Usk	24 mån	15 år
49år	Usk med påbyggnad 60 Hp	12 mån	12 år
42år	Usk med påbyggnad 60 Hp	8 mån	16 år
29 år	Usk	24 mån	4 år
49 år	Usk med påbyggnad 60 Hp	24 mån	8 år

Datansamling

För insamling av data användes semistrukturerade intervjufrågor med syfte på att erhålla beskrivningar av informanternas upplevelse/erfarenhet med avseende på tolkning av meningen i de beskrivna erfarenheterna. Semistrukturerade frågor kan liknas vid ett vardagssamtal men har till syfte att varken vara ett öppet vardagssamtal eller ett slutet frågeformulär. (Kvale & Brinkman, 2013). Intervjuguidens frågor fokuserar på vissa teman och intervjufrågorna i studien utgick från två frågor kring vilka deltagaren uppmanas att berätta fritt. Till stöd fanns följd-och stödfrågor för att få så innehållsrika svar som möjligt (Polit & Beck, 2008), (Bilaga3). En testintervju genomfördes med en sjuksköterska med administratörsutbildning och erfarenhet av att arbeta med BPSD registret för att prova frågorna gällande innehåll och tidsåtgång. Efter några mindre justeringar startades intervjuerna, vilka utfördes under fyra veckor beroende på informanternas möjligheter att delta. En intervju tog mellan 20-40 minuter i anspråk och ljudupptagning utfördes med röstinspelare.

Dataanalys

Till studien valdes en kvalitativ innehållsanalys. Den kvalitativa innehållsanalysen är en förutsättningslös analys av texter baserade på människors erfarenheter och berättelser. Den kvalitativa innehållsanalysens fokus är att beskriva variationer genom att identifiera skillnader och likheter i textens innehåll (Lundman & Graneheim, 2008). Metoden valdes för få en djupare förståelse för vårdpersonalens erfarenheter av att använda BPSD registrering som arbetssätt och redskap på enheter för personer med demenssjukdom. Det insamlade materialet i form av bandinspelningar transkriberades ordagrant av författaren. I den transkriberade texten inkluderades även tystnad, suckar eller skratt för att inte påverka den underliggande betydelsen. Därefter analyserades den transkriberade texten flera gånger för att få en förståelse och känsla för helheten. Meningar eller fraser med relevant innehåll togs ut med försiktighet för att inte förlora sitt sammanhang. Den kondenserade meningen abstraherades till en kod som beskrev meningsenhetens kontext. Koderna jämfördes med avseende på skillnader och likheter i textinnehåll och delades sedan in i underkategorier (Graneheim & Lundman, 2004). Totalt framkom 10 underkategorier. Exempel på meningsenheter, kondenserade meningar, koder och underkategorier (Tabell 3). Två inriktningar identifierades i underkategorierna och dessa delades därför upp i två kategorier, främjande och begränsande kategorier. (Bild2)

Tabell 3. Exempel på meningsenheter, kondenserade meningar, koder och underkategorier

Meningsenhet	Kondenserad mening	Kod	Underkategori
<i>" Det är ett viktigt redskap för att veta personens bakgrund och dess sjukdomar då man lägger kartan hur man ska hantera den personen och den formen av demenssjukdom som personen har..."</i>	Viktigt redskap för att lägga kartan hur man ska hantera	Redskap.	
<i>"Nu har man fått ett verktyg att försöka hitta lösningar. Förut kanske man provade lite olika saker hit och dit, nu blir det lite mer att vi gör de här sakerna under den tiden som är utsatt, det blir lite mer struktur skulle jag vilja säga. Annars kan det bli att man provar nya saker för fort."</i>	Ett verktyg för att hitta lösningar Mer struktur	Struktur	

<p><i>”Ett jättebra verktyg för oss när vi vill se vad som är felet hos vårdragaren som uttrycker det på ett annat vis som kanske inte har förmågan att säga det till oss. Som tex hunger eller smärtor eller någon annan form av oro, är över eller understimulerad....”</i></p>	<p>Ett bra verktyg för att hitta ”felet” när vårdragaren inte har förmåga att uttrycka det</p>	<p>Orsaker</p>	<p>Känslan av ett tydligt redskap/verktyg</p>
<p><i>”Man får ganska objektiva fakta eller siffror det är inte så mycket eget tyckande. Ofta är det så att personal har lite egna åsikter om hur det är med den boende men här får man ganska rakt på sak när man gör en skattning-att såhär orolig är den boendedå kan alla samlas kring en åsikt och jobba mot ett mål, det är lättare på så vis.”</i></p>	<p>Objektiva fakta eller siffror, inte så mycket eget tyckande. När man gör en skattning, samlas kring åsikt och jobba mot mål.</p>	<p>Fakta</p>	

Forskningsetiska överväganden

Forskningsetik ska värna om människors lika värde, integritet och självbestämmande för de som medverkar i studier (Polit & Beck, 2008). Svensk lagstiftnings grundläggande etiska principer omnämns i lagen om, etikprövning av forskning som avser människor (SFS, 2003:460) och i personuppgiftslagen (SFS, 1998:204). Enligt föreskrifter ska forskning utföras med respekt för människovärdet och hänsyn ska visas till mänskliga rättigheter, grundläggande friheter, säkerhet, hälsa och personlig integritet (Henricson, 2012). Helsingforsdeklarationen har huvudsaklig inriktning på medicinsk- klinisk forskning men dess etiska principer kan även appliceras till föreliggande studie. Helsingforsdeklarationen har som bärande idé att balansera behovet av ny kunskap och skydda deltagarnas hälsa och intresse (WMA, 2013). Forskning ska utföras i enlighet med respekt för autonomi vilket inkluderar rätten att dra sig ur studien samt skydd till de personer som har begränsad autonomi vilket bland annat innefattar både krav på informerat samtycke samt göra-gott-principen, inte skada, samt maximera möjligheten att minimera skada. Från denna princip framkommer vikten av att göra en riskanalys, där risker vägs mot de vinster som den genererar (Codex, 2016; Polit & Beck, 2008).

Till föreliggande studies kvalitativa ansats är forskningsetiska principer beaktade för deltagande informanter. Ingen prövning i etikprövningsnämnden är nödvändig då känsliga uppgifter så som namn eller personnummer inte förekommer i studien (Henricsson, 2012). Information har lämnats till informanterna angående informationskrav, samtyckeskrav, konfidentialitetskrav och nyttjandekrav (Codex, 2016). Verksamhetschefer i föreliggande studie har fått muntlig och skriftlig information om studiens innehåll och syfte, samt har godkänt deltagande till studien. bil (1) Intervjuerna har skett under informanternas arbetstid för att inte inkräkta på deras privata tid. Informanterna har fått muntlig och skriftlig information om studiens innehåll, de har informerats om att deltagande bygger på frivillig medverkan samt att de även i informationsbrevet delgivits studiens syfte och att informanterna när som helst kan avsluta sin medverkan utan vidare förklaring till varför de önskar avbryta och att det inte ska ge några konsekvenser för denna (bilaga, 2 och 4). Syftet med studien var att ta del av vårdpersonalens erfarenheter, för att väga studiens nytta med dess risker har beaktat tagits till risken att vårdpersonalens identitet ska röjas. Med anledning av att det vanligtvis är ett mindre antal undersköterskor/vårdpersonal som har utbildat sig till administratörer på respektive arbetsplats är informanterna inte numrerade eller identifierbara om kön eller vem som har gjort ett uttalande. Risken bedöms liten att information som framkommer ska kunna skada informanterna, personer som bor på respektive äldreboende,

arbetskamrater eller ledning. Studiens samlade material har förvarats säkert för obehöriga, bandinspelning och dokument kommer att raderas efter studiens slutförande.

RESULTAT

Resultatet återges i löpande text och beskriver vårdpersonalens erfarenheter av att arbeta med BPSD-registrering som arbetssätt. Tio underkategorier med två tydliga inriktningar identifierades (bild 2).

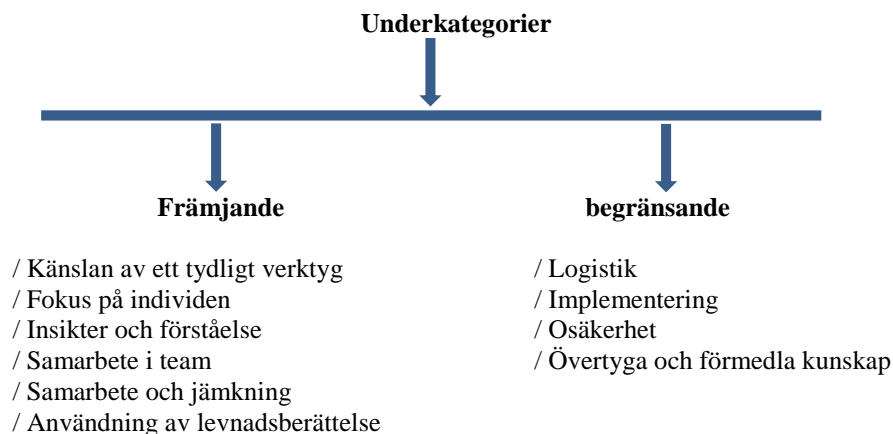


Bild: 2

Främjande erfarenheter

Ur analysen framkom ganska tidigt två inriktningar varav den ena var främjande erfarenheter av att arbeta med BPSD registrering. Känslan av ett tydligt verktyg, beskrevs i olika ordalag men med samma underliggande betydelse. Informanterna var eniga om att en registrering omfattade många aspekter som kanske inte annars uppmärksammas på samma sätt eller på en och samma gång. Fokus på individen, att arbeta med eller för, en individ i taget var även något som informanterna upplevde positivt och många hade fått erfarenheter av tydligt positiva resultat. Informanternas erfarenheter av teamarbete skiljde sig åt, men i de fall multiprofessionella team samarbetat kring en individ upplevde samtliga att det varit bra att få delge sin kunskap/ lyssna på varandra och ta del av varandras specifika kompetenser. Många informanterna framförde att resultatet av registreringen i form av en bemötandeplan både förbättrat och underlättat samarbete i omvårdnaden av en individ. Några informanter uppgav det självklart att inkludera levnadsberättelsen i upprättandet av bemötandeplanen medan andra menade att de inte direkt hade tänkt på levnadsberättelsen som en del i själva registreringen men att den fanns med som en tidigare- eller tyst kunskap.

Känslan av ett tydligt verktyg

Det framkommer att vårdpersonalen inte tidigare upplevt att de haft ett material eller verktyg att använda som varit så omfattande och behandlat så många delar av individens välbefinnande eller avsaknaden där av. Det upplevdes värdefullt att ”alla delar” kom med i en registrering och att det minimerade risken att missa något som kunde förklara varför ett

symtom fanns eller hade uppstått. En informant berättade att de även tidigare arbetat med utarbetade metoder för att hitta lösningar eller förklaringar vid svåra symtom, men att det nu va en mer tydlig struktur. En informant beskrev användningen av det utarbetade registreringsdokumentet likt att lägga en karta;

” Det är ett viktigt redskap för att veta personens bakgrund och dess sjukdomar då man lägger kartan hur man ska hantera den personen och den formen av demenssjukdom som personen har...”

Informanten beskrev BPSD registrering som ett viktigt redskap för individen. I informantens svar framkom även vikten av att ha kunskap om demenssjukdomarnas olika uttryck för att förstå och kunna anpassa omvårdnaden efter individens specifika behov. Att lägga en karta var en liknelse för det arbete som utförs i samband med en registrering som omfattar bemötande, aktivitet, rumsligt och kroppsligt väl- eller illabefinnande. En annan informant beskrev instrumentets objektiva fakta;

”Man får ganska objektiva fakta eller siffror, det är inte så mycket eget tyckande. Ofta är det så att personal har lite egna åsikter om hur det är med den boende, men här får man ganska rakt på sak när man gör en skattning- att såhär orolig är den boendedå kan alla samlas kring en åsikt och jobba mot ett mål, det är lättare på så vis.”

Strukturen på arbetsredskapet upplevdes av informanterna lätt att förstå och ta till sig framförallt att det var tydligt att se en stapel/diagram på allvarlighetsgraden av det- eller de symtom som personen med demenssjukdom hade det svårt med. Att fysiskt se och samla in alla delar till en helhet (systematisk problemorienterad bedömning) beskrevs av några informanter som något nytt och att man inte riktigt tänkt så tidigare.

Fokus på individen

Det framkom från några av informanternas att personcentrerad omvårdnad inte var något som var nytt, arbetssättet hade använts länge. Informanterna förmedlar att personalen hade kunskap om bemötande, om levnadsberättelsen och om anhörigas betydelse. En informant förklarade att framgången, själva ”Aha” upplevelsen kom när teamet satt tillsammans och delgav varandra hur de tänkt i samband med en BPSD-skattning. Det uppenbarade sig då olika vinklar på ett problem och att samarbetet i teamet triggade en lust att hitta nya arbetssätt och fortsätta prova sig fram.

”Man kan ju märka skillnaden, sen när man prövar t.ex. i en måltidssituation och någon pockar på uppmärksamhet och vill ha maten först, det kan ju vara irritationsmoment och att man tycker att ...han får vänta, medan man nu istället går fram och erbjuder och ger maten först och ja då försvann ju då det där beteendet.”

Informantens exempel var en beskrivning av hur personalen gemensamt hittat en väg till individanpassning av omvårdnaden för en person med BPSD symtom och att det medfört en vinst i form av en lugnare måltidssituation för individen men även för övriga boende och

personalen. En annan informant förklarade att det som kändes nytt var att fokus var på en person i taget under en registrering.

” Nu blir det mer fokuserat på en individ. Detta är väl ganska nytt... tex att vi bara fokuserar på en speciell boende i tex 30-45 minuter och bara pratar om den. Ofta har man ju inte den tiden för att ha det fokuset utan det är ganska skönt att känna att vi fått fram en hel del idéer som vi inte fått fram annars”.

En informant tar upp att de inte tidigare sett helheten på samma vis, att ”listorna” hjälpt dem att se individen vad den vill, uppskattar och behöver. En informant uttryckte att ”det som stod skrivet” blev tydligt för alla, hur det var tänkt, hur de skulle arbeta och hur personen mådde.

Insikter och förståelser

Informanterna vittnade samtliga om flertalet positiva insikter och förståelse hos personalen efter att arbetssättet startat upp. Två informanter tog upp att personalen blev övertygad efter en tid med individuell bemötandeplan när de såg diagramstaplarnas höjd minska mellan två registreringar. Flertalet informanter tog upp att det blivit lugnare på avdelningarna. De uttryckte även att arbetssättet gett både dem och deras kollegor en tankeställare över att symtomen stod för något som individen försökte förmedla. En informant påtalade att det inte bara hade blivit lugnare utan även att användandet av läkemedel hade minskat. En informant berättade att de haft en anhörig som varit uppgiven och tyckt att ingen förbättring var märkbar. Informanten hade då visat anhörig diagramstaplarna mellan två skattningar så att anhörig kunde se att symtomen minskat vilket anhörig upplevde positivt. Till bemötandeplanen lädes ibland individanpassad aktivitet vilket vårdpersonalen ibland upplevde svårt att hinna med. En informants tankar om dessa aktiviteter:

” Man tjänar på detta då det blivit lugnare, om jag tar 10 minuter blir det lugnare sedan och jag hinner då även utföra andra uppgifter jag har. Man hinner men det är klart det skulle vara bra om vi var fler men vi hinner på grund av bra samarbete. Det lönar sig i längden att hitta lösningar. Dagen har 24 timmar, viktigast är att de boende får det dom behöver, disken kan vänta”.

En informant påtalade att man fått en större insikt och kommit ifrån inrutade rutiner så som att alla måste sitta vid matbordet vid måltider och att man nu hade en större förståelse och istället såg till vad personen tycker om eller inte tycker om att göra.

Samarbete i team

Några av informanterna hade goda erfarenheter av att arbeta i team i samband med BPSD registrering och någon uppgav att de ganska nyligen infört ett lyckat koncept för att hitta och boka gemensam tid för registrering.

” Nu kan man bolla idéer – vad tycker du, och vad tänker du på i situationer. Istället för att man själv sitter och tänker. Dels sjuksköterska, kontaktperson, arbetsterapeut och jag (administratör). Det blir väldigt många olika infallsvinklar som kan vara till nytta”.

De flesta informanter tog upp att själva upplägget med teamarbete var viktigt eftersom alla är olika bra på att tolka och formulera sig. Den gemensamma reflektionen upplevdes som betydelsefull för kreativiteten och för ett vidare perspektiv.

”Sitter man fler så bollar man ju frågor kring det, man är öppen för förslag och prövar sig fram. Man märker att det sätter igång tankeverksamheten, inte bara det vanliga man gör utan en bit till”.

En informant berättade att de nyligen ändrat arbetssättet så att en sjuksköterska i arbetsledande ställning istället var den som initierade och bestämde tiden för registrering och uppföljningar och att schema planerades och anpassades för de personer som skulle närvara. En informant berättade att det oftast var kontaktpersonen och administratör som registrerade och att de ibland kontaktade sjuksköterskan eller annan profession om de tyckte det behövdes. En respondent hade vid ett studiebesök fått erfara hur undersköterska, sjuksköterska och läkare arbetat i team vid en registrering, det hade inspirerat hen som nu arbetade för ett ökat teamarbete i samband med en registrering.

Samarbete och jämkning

Informanterna vittnade om att det fanns stor samlad kunskap hos vårdpersonalen om hur saker skulle göras men att meningarna kunde gå isär och det upplevdes ibland svårt att enas hur man skulle göra i en bemötandesituation. I samband med att BPSD registrering infördes upplevdes en ökad samstämmighet i personalgruppen samt att det var lättare att jämkna eller enas vid gemensamma diskussioner kring en boende.

” det kan vara så att folk ser lite olika saker hos en boende och upplever att en viss sak är ett stort problem medan en annan inte uppfattar det så alls, då tycker jag att det hjälper att det blir objektiva fakta och som alla kan hålla med om. Det är som en jämkning man får göra, vi har olika definitioner, om det är jobbigt eller om det är ”normalt”.

Informanterna tog upp det faktum att de upplevde situationer olika beroende på att de var olika personer och att de såg olika saker- men att objektiva fakta var betydelsefullt när de skulle enas. Då en bemötandeplan utformades skulle alla följa denna under en tid och därefter utvärderades åtgärderna. En del informant upplevde det underlättande att kunna hänvisa till planen när det kom nya medarbetare eller om planen inte följdes.

Användning av levnadsberättelse

Samtliga informanter beskrev att levnadsberättelsen nedtecknades när en person flyttade in. Många av informanterna vittnade om att ofta fanns en anhörig, men inte alltid. På frågan om levnadsberättelsen användes vid en registrering gick meningarna isär. Några Informanter uppgav att den inte användes vid en registrering. En informant påtalade att de var så pass pålästa om personens bakgrund att de istället lutat sig mot sin kunskap. Medan två informanter uttryckte att levnadsberättelsen hade en självklar fokus i samband med registreringen. En informant beskrev anhörigas betydelse som en viktig källa till individuell kunskap:

”Men så ändras ju levnadsförhållandena... just levnadsberättelsen är viktig för att få reda på de där små sakerna...så som att ha en konversation om familjen, vad de jobbat med, så de kan prata om saker de minns som sitter kvar..”

En informant berättar att levnadsberättelsen användes i samband med registrering och tog även upp det faktum att anhöriga inte alltid längre finns med i personens närhet och att vårdpersonalen ibland var de som hade mest och/eller den enda kunskapen om en person.

”Vi använder levnadsberättelsen i registreringen hur ska vi annars hitta det unika för denna person. Det är ju inte alla som har en levnadsberättelse då inte alla har anhöriga och inte alla vill skriva -det är ju frivilligt..”

Begränsande erfarenheter

Vid analys framkom även kategorier som upplevdes begränsande. En av dessa kategorier var logistik, där det ganska samstämmigt framkom att det till en början varit svårigheter kring hur de med allas olika schematider skulle hitta en gemensam tid att mötas, eller tid att utföra. Till en början fanns en osäkerhet kring befogenheter. Ett exempel var om det var lagligt att registrera personer i BPSD-registret som var för sjuka för att förstå syftet med en registrering. Det fanns även en osäkerhet till hur man praktiskt skulle gå tillväga, var, när och hur. Samtliga informanter var övertygade om att BPSD registrering skulle ha positiva effekter för personer med demenssjukdom men vittnade även om att det till en början inte varit lika lätt att övertyga övrig personal eller att förmedla kunskapen vidare.

Logistik

Samtliga informanter vittnade om att det till en början hade varit svårt att veta hur de skulle gå tillväga praktiskt för att hitta en gemensam tid för registrering av en person med demenssjukdom, en av svårigheterna uppgavs vara personalens olika arbetstider. Några hade ganska snabbt hittat ett arbetssätt som fungerade bra, medan några informanter hade haft det lite svårare.

”Om det är ett hinder så är det ju att vi alla ska få till det och sitta ner, det brukar gå bra om vi har en arbetsledare som säger till oss att nu ska vi sitta ner, men det som kan vara lite svårt de är om tiden inte räcker till, för det ska ju klicka för kontaktpersonen att den ska vara här och att administratören ska vara här, men jag har upplevt att det går bra sedan vi fick vår ”ledare” ...”

Informanten beskrev att det till en början varit svårt med logistiken kring registreringar och hur de senare hittat en väg som fungerade genom att en person (sjuksköterska) utsågs och som var den som bestämde tid för registrering. En annan informant beskrev en känsla av att tiden togs från de boende;

”Det är tiden det är svårt med, vi skulle sätta extra tid för att bara göra detta. Inte gå från ordinarie uppgifter för att hinna med då de boende behöver oss”

En Informant berättar att det var tråkigt att sjuksköterskorna inte kunde vara med vid alla registreringar och att det var svårt att hitta en tid som passade. Ytterligare en informant beskrev att administratör och kontaktman registrerade men att det ibland kunde vara svårt att få alla tider att passa och lade även till att det ibland inte heller gick att hitta en tid tillsammans med kontaktsmannen. Om någon blev sjuk menade en informant att allt kunde ”falla” och att en registrering med det planerade teamet kunde ställas in i brist på personal.

Implementering

Det framkom från informanterna att implementeringen tagit lång tid. Några informanter berättade att de vid implementering av arbetssättet fått olika information kring vem som skulle registreras. Att de först registrerat personer som haft svåra symtom men sedan fått information om att alla skulle registreras;

” Först registrerade vi några, sedan fick vi information om att vi skulle registrera alla. Då blev det helt plötsligt ett jättejobb, just det här med bemötandeplaner på alla. Men vi fick tänka om igen och istället lägga krutet där det verkligen behövdes ”

Informanten vittnade om att det inte varit möjligt att utföra en registrering på samtliga boenden i den omfattningen som önskats och att de istället koncentrerat sig på de som hade störst behov. Informanterna hade på lite olika sätt kommit fram till lösningar på det som upplevts svårt. Några Informanter berättade att de använt sig av signeringslistor för de aktiviteter som framkommit efter att de lagt en bemötandeplan. Anledningen till det var för att kunna utvärdera varför en åtgärd inte haft någon effekt, om det berodde på att personalen inte gjort som överenskommit eller om åtgärden inte varit rätt.

”Vi har signaturlistor för att veta följsamheten, vi har försökt sälja in det som att det är lika viktigt som en boendes morgon Alvedon....”

En informant beskrev att det vore önskvärt om alla förstod vad det handlar om och hoppades att de kom till att slippa signeringslistor och att de hittade nycklarna som gjorde så det blev riktigt bra. Informanten påtalade att det var viktigt att inte bara prova och sedan ge upp, hen sade att det var likt ett detektivarbete där man testade och utvärderade till det fungerade.

Osäkerhet

Osäkerhet kring ”hur” (i olika aspekter) en registrering skulle gå till var även den faktor som enligt Informanterna var en anledning till att implementeringen dröjt. En informant berättade om en känsla av osäkerhet kring om den tid som lagts ner räckte till;

” Vi gör åtgärder men det är inte ofta vi går in och kontrollerar. Vi har inte riktigt koll på dagliga förändringar men vi borde ha det ”

Informanten vittnade om att de ännu inte hittat ett optimalt sätt att arbeta med registreringar och bemötandeplanerna. Men att de fortsatt arbetade vidare på att få in en bra rutin. Flera informanter vittnade om att det fanns en osäkerhet kring juridiska och praktiska frågor;

”Det var lite otydligt hur man fick göra om man fick registrera via internet eller om man skulle göra det på papper.”

En informant påtalade att hen kunde känna att den person som blev lämnad ensam kvar i personalgruppen när två gick iväg för att registrera- tyckte att de ”satt vid datorn” istället för att jobba. Några informanter påtalade att registrering av läkemedel upplevdes vara en osäkerhet kring, då det enligt informanterna skulle vara sjuksköterskorna tillsammans med läkare som gjorde åtgärder i läkemedel. En informant berättade att de inte registrerade i läkemedelslistan då det fanns en osäkerhet eller tro på att det skulle göras av sjuksköterskan. Någon påtalade att läkemedelslistan förändrades ofta och att de försökte hinna med att ändra för statistikens skull.

Att övertyga och förmedla kunskap

Respektive informanter beskrev att det till en början varit svårt att övertyga de som inte gått utbildningen om varför de skulle registrera och arbeta med planer för personer med demenssjukdom. Informanterna förklarade att många till en början såg BPSD registrering som en ytterligare arbetsuppgift som lagts till de övriga dagliga göromålen.

”Det var svårt i början att övertyga de som inte gått utbildningen att det var ett bra redskap, om alla fått utbildningen skulle det vara ett större engagemang. Motståndet skulle vara mindre”

En informant sa att i den perfekta världen skulle alla gå utbildningen men att de istället visat arbetssättet praktiskt samt genom att de gemensamt sett filmerna som finns på BPSD:s hemsida. En informant upplevde att det var svårt att förmedla vikten av att följa överenskomna planer till övrig personal;

” Det känns ju som att man skulle behöva checklista på alla omvårdnadsåtgärder så man ser att alla efterlevt och gör det som är bestämt. Eller att man läst så man vet, annars är det ju hopplöst när man gör en ny skattning om inte alla gjort lika.”

En känsla av otillräcklighet upplevde ett flertal informanter inför att övertyga och förmedla kunskapen vidare. Några informanter påtalade även att följsamheten på de lagda planerna inte varit bra men att följsamheten med tiden blivit bättre. En informant påtalade att de åtgärder de skrivit ofta var enkla saker så som lugn miljö eller promenader och att det fungerade ibland och ibland inte. I de fall där deras bemötandeplaner inte fungerat uttalade informanten en önskan om mer hjälp från andra professioner. En annan informant påtalade att det varit diskussion i personalgruppen kring aktiviteter som tidigare varit gruppaktiviteter som nu utökats med enskilda aktiviteter till vissa personer. Diskussionen handlade om att personalen ställde sig frågande till varför vissa skulle ha individuella aktiviteter och informanten menade att rättvisetänket kunde vara svårt att arbeta bort.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Studiens syfte var att få svar på informanternas upplevelser, varvid kvalitativ ansats ansågs lämpligt. Som intervjumetod kunde även fokusgrupp varit ett alternativ med en moderator som ställde frågor och gruppens kraft kunde leda till information som kanske inte framkommit med individuella intervjuer. Att samla deltagare till fokusgrupp valdes bort då vårdpersonalens arbetstider varierade, men även att tekniken, transkriberingen och tolkningen av deltagarnas diskussion i en fokusgrupp kunde varit svårt att utföra ensam. (Polit & Beck, 2008). Samtliga intervjuer utfördes i enskilda rum utan störningsmoment, samtliga informanter hade även möjlighet att gå ifrån på avtalad tid utan att bli störda. Det medförde att bandet inte behövde stoppas eller frågan upprepas någon gång under intervjuerna. Ett misstag med bandinspelningen medförde att en intervju aldrig blev upptagen. Det var den sjunde av åtta informanter men då svaren upplevdes mättade tillfrågades aldrig ytterligare informant. Polit och Beck, 2008 påtalar att flera deltagare/författare vid transkribering kan minska risken för förutfattade meningar, vilket är en aspekt som fanns i åtanke och där av utfördes transkriberingen noggrant med tydliga tecken vid tankepauser eller andra uttryck, för att lättare förstå och tyda andemeningen vid analys av transkriberad data.

Till studien användes intervjufrågor vilka utgick från två huvudfrågor, det märktes att informanterna förhöll sig olika till intervjufrågorna. Några informanter talade obehindrat kring arbetet med BPSD- registrering och endast enstaka följdfrågor användes. Andra informanter var mer kortfattade och fler följdfrågor krävdes vilket kan antas leda

informerarna till de svar som var av intresse. Upplevelsen var ändå att informanterna talade öppenligt om sina erfarenheter oavsett om följdfrågor krävdes och att det istället var informanternas olika personligheter som bidrog till svarens längd och innehåll. Resultatet kan även påverkas av vem forskaren är eller genom samspelet under en intervju (Graneheim och Lundman, 2004). Det går inte att med säkerhet säga om svaren kan ha påverkats av verksamhetschefernas tillfrågande och rekommendationer om deltagande personer till studien eller av mitt arbete som sjuksköterska i demensteamet, med risk för att svar kan framlagts mer positiva än i verklighet. Den egna erfarenheten av att arbeta med personer som har demenssjukdom kan antas leda till att följdfrågor inte alltid ställdes i samma omfattning då samförstånd kan uppstå i vissa frågor. För att minimera risken av ett troligt samförstånd användes emellanåt följdfrågor för att säkerställa att svaret uppfattats rätt. Trots ringa erfarenhet av intervjuer upplevdes svaren ärliga och att de var tagna ur informanternas upplevelse och erfarenhet.

Resultatdiskussion

Studiens syfte var att beskriva vårdpersonalens erfarenheter av att använda sig av BPSD registrering i sitt arbete med personer som har demenssjukdom. Resultatet kan sammanfattas med att informanterna var eniga om att arbets sättet eller verktyget i sig och den tydliga strukturen var mycket bra. De hade tydligt märkt att svåra symtom minskade för individen som haft svåra symtom före en BPSD registrering. Det hade i sin tur bidragit till en lugnare boendemiljö för övriga boende och en bättre arbetsmiljö för personalen. Några informanter hade tydligt märkt en minskning av användandet av läkemedel riktat mot BPSD. Att arbeta i team framkom från samtliga informanter som mycket positivt, framförallt möjligheten till att arbeta i multiprofessionella team, att lära av varandra och ta del av varandras kunskap. Även om det multiprofessionella teamarbetet förekom i olika utsträckning så var målet och önskemålet att öka teamsamverkan kring en individ. En ökad samstämmighet mellan arbetskamrater upplevdes i bemötandet av en individ då den lagda bemötandeplanen och vårdåtgärder gjorde det lättare att enas. Informanterna i studien vittnar om att en levnadsberättelse nedtecknas i samband med inflyttning till boendet, däremot var det i olika utsträckning som levnadsberättelsen användes i samband med en registrering. Litet fokus framkom kring anhörigas betydelse. Svårigheterna som framkom från samtliga informanter var att det var svårt övertyga och förmedla kunskapen, att hitta gemensamma tider för att göra en registrering, att få följsamhet i utförandet av lagda planer. Rent generellt hade det till en början funnits en osäkerhet kring praktiska frågor så som, vem ska registreras, hur det skulle gå till, var och när.

Att arbeta med kvalitetsregistrering för BPSD hade haft positiva effekter enligt informanterna vilka även beskrev att den vårdpersonal som inte gått administratörsutbildning, men på andra sätt fått information om BPSD registrering som arbets sätt, fått tillfälle med ”aha” upplevelser om att symtomen stod för något. Ett nytt sätt att tänka hade börjat märkas överlag i arbetsgruppen. BPSD registrering är en intervention som syftar till att hitta vägar att kommunicera för personer med demenssjukdom, Livingstone et al (2014) utförde en litteraturstudie för att belysa vilka icke farmakologiska metoder som visade sig ha visad effekt på svåra symtom vid demenssjukdom och fann att interventioner för kommunikation, personcentrerad vård och utbildning var viktiga för att hjälpa vårdpersonalen att förstå vad de olika symtomen stod för, och vad det var personerna försökte kommunicera. I Livingstone et als studie framkom att dessa interventioner medförde att läkemedelsanvändningen vid svåra symtom minskat, och att de gemensamma åtgärderna i några fall lett till att benzodiazepiner och antipsykotika kunnat avslutas (Livingstone et al., 2014). En annan studie i syfte att minska förskrivningen av psykofarmaka visar att kunskap och resurser krävs för att minska

användandet av dessa läkemedel (Maidment et al., 2016). Den minskade läkemedelsanvändningen som informanterna uppgav efter uppstarten med det nya arbetssättet vittnar om att vårdpersonalen fått en ökad medvetenhet om att personen vill uttrycka något i de fall där exempelvis utåtagerande beteende förekommer. Samt att vårdpersonalen med sin kunskap om personen kan minska, undvika eller avleda svåra symtom.

Informanternas känsla av otillräcklighet inför att övertyga och förmedla kunskapen vidare kan vara ett resultat av bristande stöd från sjuksköterska i sin konsultativa roll men även av att övrig vårdpersonal kan ha ringa utbildning inom vård av personer med demenssjukdom. Att det finns ett ökat kompetensbehov inom området geriatrik och gerontologi inom vård och omsorg stöds av Helle Wijks rapport till socialstyrelsen. Wijk beskriver att den grundutbildade sjuksköterskan inte alltid är rustad för ett samordningsansvar kring hälso- och sjukvårdsinsatser och omvårdnaden av patienten (Socialstyrelsen, 2012). Det blir framförallt tydligt på kvällstid då vårdpersonalen vid oroliga situationer är hänvisade till att konsultera sjuksköterska via jourtelefon. Den sjuksköterska som har jour har många gånger mindre personkännedom och kunskap om den specifika patienten än vårdpersonalen som önskar hjälp och stöd. Det kan leda till att situationer i onödan behandlas med lugnande läkemedel istället för att analysera situationen för att hitta en orsak till symtom så som oro eller agitation. Användning av psykofarmaka ökar risken för höftfrakturer och att dö en för tidig död visar en studie på personer över 65 år i British Columbia (Huybrechts, Rothman, Sillman, Brookhart & Schneeweiss, 2011) vilket gör de interventioner särskilt värdefulla som riktar sig mot personcentrerad omvårdnad, bemötande och bättre livskvalitet för personer med demenssjukdom.

Den personcentrerade omvårdnaden förutsätter ett team arbete och föreliggande studie visar att förutsättningarna för samarbete mellan vårdpersonalen har ökat och blivit tydligare, medan förutsättningarna för ett tvär- eller multiprofessionellt teamarbete är svårare att möta. Mullan och Sullivan (2016), menar att en positiv attityd är av stor betydelse vid implementering av personcentrerad omvårdnad och framförallt för arbetet med personer som har demenssjukdom. Som tidigare nämnts har sjuksköterskan en konsultativ roll då hen inte direkt deltar i daglig omvårdnad av patienterna. Det gäller även fysioterapeuter, arbetsterapeuter och medicinskt ansvarig läkare från primärvård. Informanterna i studien var positiva till BPSD registrering som arbetssätt och att arbeta i team trots svårigheterna att hitta gemensam tid för att mötas. Ett multiprofessionellt samarbete efterfrågades och några informanter upplevde att det fungerade bra men kunde vara bättre, medan några informanter upplevde att de lämnades att ta hand om patienter som de inte visste hur de skulle hantera. De fördelar som informanterna tagit upp som positiva med ett multiprofessionellt teamarbete var att ha någon att bolla idéer med, att det gav ett vidare perspektiv och var av vikt för kreativiteten. Hur arbetet organiserades var även något som informanterna påtalade som viktigt och att framförallt att få tid för gemensam reflektion. Detta menade informanterna var speciellt viktigt eftersom vårdpersonalen kan vara olika bra på att tolka information och formulera sig.

Om sjuksköterskan inte möter upp till vårdpersonalens förväntningar kan det leda till att en osäker miljö i omvårdnaden av våra äldre visar en studie av Karlsson, Ekman och Fagerberg (2008). I Ekman et als studie önskade undersköterskorna en närvarande sjuksköterska och inte en konsult. Det var viktigt för undersköterskorna att sjuksköterskan respekterade deras rädsla vid tillfällen då det exempelvis uppstod aggressivitet för att undvika skada och för att lugna den äldre personen. Undersköterskorna i studien ville ha undervisning och vägledning och de kunde känna sig ensamma i omvårdnaden av äldre och döende personer. De efterfrågade en ledare som var kompetent i omvårdnad och som kan skapa förtroende och en säker miljö

(Karlsson, Ekman, & Fagerberg, 2008). En informant i föreliggande studie vittnade om en osäkerhet kring om det som gjorts för personen med demenssjukdom egentligen räckte till. Ur informantens erfarenhet av att arbeta med BPSD registrering och med omvårdnad av personer med demenssjukdom uttalar några av informanterna en önskan om ett ökat stöd och handledning i svåra situationer. Inte sällan uppstår BPSD på kvällar och helger då personalen kan vara tillfällig, bemanningen lägre och en sjuksköterska endast går att konsultera över telefon, vilket kan medföra att de planer som utarbetats vid en BPSD registrering inte följs, att den personcentrerade omvårdnaden inte sätts i fokus och att läkemedelsanvändningen ökar. Sammantaget kan en konsultativ sjuksköterska medföra en lägre livskvalitet för personer med demenssjukdom.

Ekman et al. (2011) betonar vikten av att införa och etablera rutiner som initierar, integrerar och skyddar personcentrerad vård i dagligt arbete för att kunna införa och bevara den personcentrerade vården även i pressade situationer (Ekman et al. 2011). Informanternas egen beskrivning av hur arbetet med BPSD registrering var upplagt, upplevdes ha betydelse för följsamhet av insatta åtgärder, planer och resultat. Några vårdboende hade speciellt avsatt tid för inläsning och daglig reflektion medan andra informanter vittnade om att de kunde avsätta tid ibland. I en rapport från Forskning och utveckling, FoU (2004) beskrivs att välbefinnande hos personer som har demenssjukdom är svårt att mäta då personen inte alltid kan redogöra adekvat för ett subjektivt välbefinnande, där av är det av vikt att utvärdera insatta åtgärder vid BPSD. För att kunna göra det är informationen till övrig personal om överenskomna åtgärder viktig, likaså att lagda planer efterföljs (FoU, 2004). Svensk sjuksköterskeförening (2010) betonar att en personcentrerad vård kräver kunskap, handling, förutsättningar och uppföljning. Törnquist (2010) beskriver ledarskapet som avgörande för medarbetarnas utveckling och för att uppnå en samsyn och gemensam värdegrund kring vad som ska göras och hur. Det är tydligt i föreliggande studie att ledarskapet har betydelse vid implementering av personcentrerad omvårdnad, tydlighet var det som efterfrågades av många och de informanter som upplevde att det fungerade bra betonade att de fått avsatt tid och/eller en utsedd ledare till att arbeta med logistiken kring BPSD registreringen.

Från några av informanterna framkom att personcentrerad vård inte var något nytt utan arbetssättet har använts länge. Att tro sig veta, till att faktiskt utöva personcentrerad vård tar tid och kräver insatser inte bara av vårdpersonalen i sitt partnerskap gentemot patienten utan även på ett organisatoriskt plan (Lindström Kjellberg, & Hök, 2014). När den personcentrerade vården blir till praktiskt handling innefattar det bland annat att inhämta patientens berättelse. Trots att flertalet av informanterna menade att de arbetat personcentrerat även tidigare så var det få informanter som beskrev att levnadsberättelsen användes aktivt vid en BPSD registrering. Några informanter hänvisade till sin befintliga kunskap om vårdtagaren och anhörigas roll belystes mer perifert. Vikt lades vid att många inte hade nära anhöriga eller aktiva anhöriga. För en person med demenssjukdom är det av vikt att vårdpersonal och närstående kan understödja känslan av att vara en hel och värdefull person. Ekman, Norberg och Swedberg (2014) menar att en nedtecknad levnadsberättelse kan vara till hjälp för att person-centrera omvårdnaden för vårdpersonalen.

Egan et al (2007) belyser att det är av vikt att känna till och ha förståelse, inte bara för positiva utan även att ha kunskap om negativa livsändelser i en persons liv. Sorgliga händelser i en persons liv kan leda till missstolkningar av olika beteenden (Egan et al., 2007). För en person med demenssjukdom kommer nya upplevelser och erfarenheter i vardagen fortsatt att väcka minnen och erfarenheter från svunnen tid. En levnadsberättelse som skrivs vid inflyttning till ett vårdboende rymmer bara en liten del av ett helt livs erfarenheter. Holst

(2011) beskriver livet som en berättelse och menar att tidigare personlighetsdrag eller livshändelser har betydelse för hur en person med demenssjukdom reagerar. I en studie av Söderman och Rosendahl (2016) belyses vikten av att personer med demenssjukdom påminns om vem de är och vem de var, för att hjälpa dem att bibehålla sin personlighet och identitet. En väg att uppnå detta menar författarna är att ha språket och kulturen i åtanke och att den baseras på individuella behov.

En personcentrerad omvårdnad innefattar bland annat att personalen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska kunna bemöta, värna om, bekräfta, aktivera, skapa en relation till personen samt involvera dennes sociala nätverk. (Socialstyrelsen, 2010b). Det sociala nätverket det vill säga anhöriga eller närstående, kommer ofta för besök på kvällar eller helger. I en studie med avsikt att implementera ett ökat eller delat beslutsansvar mellan vårdpersonal och en person med demenssjukdom, framkom att det fanns ett behov av kunskap kring kommunikation och anhörigas betydelse för att hjälpa till med att tolka personen med demenssjukdom framförallt vid icke-verbal kommunikation. Det visade sig att när anhöriga eller närståendes engagemang ökade i den boendes liv, blev kommunikationen mellan närstående och vårdpersonal bättre (Mariani, Vernooij-Dassen, Koopmans, Engels, & Chattat, 2016). Anhöriga är en viktig informationskälla och av betydelse för att vårdpersonalen ska förstå och bemöta individen på ett sätt som gör att svåra symtom kan undvikas. Även om den skrivna levnadsberättelsen inte direkt involverats i samband med BPSD registrering tycker informanterna att användningen av BPSD-registrering medfört en ökad medvetenhet och ett annat tankesätt kring en vårdtagares behov. Många av informanterna vittnade om episoder där de lyckats stävja ett beteende som tidigare uppstått då ett behov inte tillgodosetts. Vårdpersonalens individuella och med tiden samlade kunskap om en person med demenssjukdom har stora möjligheter att delas i den teamsamverkan som uppstår i samband med en BPSD registrering.

Informanterna välkomnar tydligheten med att registrera i BPSD registret, de var positiva till att arbeta med det nya arbetssättet även om det i praktiken inte alltid var systematiskt eller konsekvent. Tidsaspekten och pressade situationer var orsaker som medförde att det personcentrerade arbetssättet med BPSD registrering och individuella planer ibland fick stå tillbaka. Framförallt var det problematiskt att hitta en gemensam tid då sjuksköterskan kunde medverka. En studie av Karlsson, Ekman och Fagerberg (2008) tar upp den kommunala sjuksköterskans arbetssituation där det framkommer att bristen på sjuksköterskor minskar förutsättningarna för en god omvårdnad. Sjuksköterskorna i studien kände tidsbrist, stress och en rädsla över att göra misstag. Den reducerade styrkan på obekvämt arbetstid, samt att inte kunna lämna över ansvaret till någon innebar en frustration i de situationer det krävdes fler sjuksköterskor och det inte fanns någon sjuksköterska att tillgå (Karlsson, Ekman, & Fagerberg, 2008). Några av informanterna var nöjda med att det upplevdes en lugnare arbetssituation efter BPSD registrering men flertalet efterfrågade förutsättningar att använda sig av arbetssättet. Organisatoriskt saknades i vissa fall tydlighet då informanternas frågeställningar var obesvarade och att de till en början var svårt att komma vidare, vilket skulle kunna leda till en misslyckad implementering. Några informanter upplevde även att en svår uppgift lagts på dem att planera och styra, ofta- men inte alltid, på toppen av deras övriga arbetsuppgifter. Studier visar att det största hindret för professionell utveckling inom personcentrerad vård, demensvård och palliativ vård var brist på personal. (Cooper et al., 2017). Barriär för att ge optimal omvårdnad och behandling på äldreboende med personer som har demenssjukdom kan även orsakas av brist på stabilitet i personalen och brist på kunskap och/ eller erfarenhet (Kverno et al. 2008).

Kliniska implikationer

Det är av klinisk betydelse att vårdpersonalens erfarenheter av att arbeta med BPSD registrering synliggörs med framgångsfaktorer likväl som upplevda begränsande faktorer. Studiens samlade resultat kan vara vägledande inför verksamhetens uppstart av BPSD registrering som arbetssätt, men även i den händelse att implementeringen inte lyckats i önskad omfattning kan viss vägledning erhållas genom att ta del av informanternas erfarenheter.

Slutsats

Huvudfynden visar att implementering av BPSD registrering som arbetssätt medfört en ökad livskvalitet för personer med demenssjukdom. Genom att personalen arbetade i team ökades deras gemensamma kunskaper om personen, om medicinska tillstånd, om aktivitet, om rehabilitering och om demenssjukdom. Vilket medförde ett ökat fokus på individen och på den personcentrerade omvårdnaden. I föreliggande studie visade det sig att det var av vikt att ha en väl organiserad plan med tydliga riktlinjer för att minska vårdpersonalens osäkerhet kring de praktiska momenten i samband med implementering av BPSD-registret som arbetssätt så det inte blir ett hinder i arbetet mot personcentrerad omvårdnad. Informanterna i föreliggande studie hade samtliga god kunskap och lång erfarenhet av att arbeta med personer som har demenssjukdom, det framkom att de önskade ökad tvär/multi-professionell samverkan och mer utbildning för alla. Det föreligger fortsatt ett behov av att involvera och inkludera anhöriga mer i omvårdnaden av deras närstående och lyfta deras betydelse för personcentrerad omvårdnad. Vidare är det av vikt att se över hur ett multiprofessionellt arbete med BPSD- registrering ska kunna möjliggöras för att på ett optimalt sätt arbeta för personcentrerad omvårdnad och ökad livskvalitet för personer med demenssjukdom.

Förslag till fortsatta studier

När BPSD registreringen startade upp utgick en stimulanspeng till verksamheten som skulle motivera till implementering av BPSD registrering. Under tiden då intervjuerna utfördes var denna ersättning fortfarande aktuell men avslutades efter en tid. Det vore intressant att följa hur arbetet med BPSD registrering fortgår på samma enheter efter att motivationsersättningen inte längre delas ut. Sedan 2014 då föreliggande studie påbörjades har även sjuksköterskor och vårdpersonal med administratörsutbildning sökt sig till nya tjänster, det vore intressant att se hur det påverkar arbetssättet med BPSD registrering på sikt och om ett specialiserat team istället kan vara ett alternativ i den händelse att arbetet på något av studiens äldreboende helt eller delvis stannat av.

REFERENSLISTA

Basun, H. (Red.) (2013). *Boken om demenssjukdomar*. (1 uppl.) Stockholm: Liber.

Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens (2016). Hämtat 2016-09-28 från (<http://www.bpsd.se/wp-content/uploads/2010/10/Utbildning-till-BPSD-administratör.pdf>)

Sveriges kommuner och landsting SKL (2015). Bättre liv för sjuka äldre. Hämtat 2015-10-19 från <http://www.skl.se/socialomsorgstod/aldre/battrelivforsjukaaldre.1689.html>

Centrum för personcentrerad vård GUCC hämtat 2016-11-10 från <http://gpcc.gu.se/om-gpcc/personcentrerad-varld>

CODEX (2017). Regler och riktlinjer för forskning. Hämtat 2017-03-10 från <http://www.codex.vr.se/index.shtml>

Cooper, E., Spilsbury, K., McCaughan, D., Thomson, C., Butterworth, T & Hanratty, B. (2017). Priorities for the professional development of registered nurses in nursing homes: a Delphi study. *Age and Ageing* 46 (1): 39-45. DOI: <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1093/ageing/afw160>

Cummings, JL., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, DA., Gornbein, J. (1994) The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44: 2308-2314.

Edvardsson, D. Winblad, B. Sandman, P.O. (2008). Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *The Lancet Neurologist*. 2008, 7: 362-367

Edvardsson, D. (Red.) (2010). *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Egan, M.Y. Munroe, S. Hubert, C. Rossiter, T. Gauthier, A. Fulford, N. Neilson, M. Daros, B & Rodrigue, C. (2007). Caring for Residents with Dementia and Impact of Life History Knowledge. *Journal of Gerontological Nursing*, (febr) 2007, ss. 24-30

Ekman, S. (2002). *Om demens: omvårdnadsrelationer i demensvården*. Basun, H.(red.) (2 uppl., ss.138-185). Stockholm: Liber

Ekman, S., Eriksdotter Jönhagen, M., Fratiglioni, L., Graff, C., Jansson, W., Kivipelto, M., ... Wahlund, L. (2011). *Alzheimer*. Stockholm: Karolinska Institutet University Press.

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., ...Sunnerhagen, KS, (2011) Person centered Care-Ready for Prime Time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. Vol 10, Issue 4

Ekman, I., Norberg, A., Swedberg, K. (Red.). (2014) "Personcentrering inom hälso- och sjukvård : från filosofi till praktik" . 1. uppl.. - ISBN: 978-91-47-11405-4

FoU. (2004). FoU- rapport 7/2004: *Dementia care mapping- ett instrument och ett arbetssätt för att analysera och utveckla demensvård*. Hämtat 17-03-03:

http://www.demenscentrum.se/globalassets/fou_pdf/04_fouregionuppsala-dementiacare-mapping.pdf

Finkel, S & Burns, A. (1999) *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)*

International Psychogeriatric Association (IPA) 1998, 2002. Hämtat: 2019-12-12

http://dbmas.org.au/uploads/resources/IPA_BPSD_Educational_Pack.pdf

Graneheim, U.H., Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*. 24, 105-112.

Hedman, H. (Red.). (2014). *Personcentrering inom hälso-och sjukvård- Från filosofi till praktik*. 1:a upplagan. Stockholm; Liber

Henricson, M. (Red.) (2012). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Holst, G. (2011) Edberg, A. (Red). *Att möta personer med demens*. (Upplaga 2:1, s. 243-255) Lund: Studentlitteratur

Huybrechts, K.F., Rothman, K.J., Sillman, R.A., Brookhart, M.A & Schneeweis, S. (2011). Risk of Death and Hospital Admission for Major Medical Events After Initiation of Psychotropic Medications in Older Adults Admitted to Nursing Homes. *Canadian Medical Association Journal*, 183 (7) : E411—419. DOI:10.1503/cmaj.101406

Jeste, D & Finkel, S. (2000). *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)*

International Psychogeriatric Association (IPA) 1998, 2002. Hämtat: 2019-12-12

http://dbmas.org.au/uploads/resources/IPA_BPSD_Educational_Pack.pdf

Karlsson, I., Ekman, S.L & Fagerberg, I. (2008). To both be like a captain and fellow worker of the caring team: the meaning of a Nurse Assistants' expectations of Registered Nurses in Swedish residential care homes. *International Journal of Older People Nursing* 3, 35-45
DOI: 10.1111/j.1748-3743.2007.00084.x

Kverno, K., Rabins, P., Blass, D., Hicks, K., & Black, B. (2008). Prevalence and treatment of neuropsychiatric symptoms in advanced dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 2008; 34(12), 8-15.

Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: the person comes first*. Buckingham: Open University Press

Lindström Kjellberg, I., Hök, J. (Red.). (2014) “*Personcentrering inom hälso- och sjukvård : från filosofi till praktik*” . 1. uppl.. - ISBN: 978-91-47-11405-4

Livingston, B., Kelly, L., Lewis-Holmes, E., Baio, G., Morris, S., Patel, N., Omar, R.,... Cooper, C (2014). Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: systematic review of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*, 205 (6) 436-442; DOI: 10.1192/bjp.bp.113.141119

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2008) Kvalitativ innehållsanalys. I: M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur

Läkemedelsverket (2008), Information från läkemedelsverket 5:2008. Läkemedelsbehandling och bemötande vid Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom-BPSD

Maidment, I.D., Shaw, R.L., Killick, K., Damery, S., Hilton, A., Wilcock, J.,... Seare, N., Nichola Seare. (2016). Improving the management of behaviour that challenges associated with dementia in care homes: protocol for pharmacy–health psychology intervention feasibility study. *British Medical Journal, BMJ Open*, Mar 23;6(3):e010279. doi:10.1136/bmjopen-2015- 010279

Mariani, E., Vernooij-Dassen, M., Koopmans, R., Engels, Y & Chattat, R. (2016) Shared decision-making in dementia care planning: barriers and facilitators in two European countries. *Aging & Mental Health, Vol 21, No.1, 31-39*. <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2016.1255715>

Mullan, M.A & Sullivan, K.A. (2015). Positive attitudes and person-centered care predict of sense of competence in dementia care staff. *Ageing & Mental Health*, 20:4, 407-414, DOI: 10.1080/13607863.2015.1018865

Prince, M., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W., Ferri, CP. (2013). The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's & Dementia*. 2013; Jan;9(1):63-75.e2. DOI: 10.1016/j.jalz.2012.11.007

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Ring, K. (2013). *Specifik omvårdnad vid svår demenssjukdom : en strukturerad arbetsmetod*. (1. uppl.) Malmö: Gleerup.

Rogers, C. R. (1961). *On Becoming a person: A psychotherapists view of psychotherapy*. Houghton Mifflin.

Sangam, K., Jeffrey, DP. (2014). Neuroimaging of Vascular Dementia. *Radiologic Clinics of North Amerika* 52:383-401 DOI: [10.1016/j.rcl.2013.11.004](https://doi.org/10.1016/j.rcl.2013.11.004)

SFS 1998:204. *Personuppgiftslag*. Stockholm: Riksdagsförvaltningen. Hämtat: 2017-03-10. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204

SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet. Hämtat: 2017-03-10. http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

SFS 2014:830. *Lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)* Hämtat 2016-11-09 Sveriges kommuner och landsting (2014) <https://www.lagboken.se/Views/Pages/GetFile.ashx?portalId=56&cat=213188&docId=2075776&propId=5>

Socialstyrelsen (2005). *Demenssjukdomarnas samhällskostnader och antalet dementa i Sverige 2005*. Publikation 2007, hämtad 2016-07-08 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2007/2007-123-32>

Socialstyrelsen (2006). *Vård och omsorgsassistenters kompetens- en litteraturgenomgång*. hämtat 2015-02-06 <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2006/2006-123-39>

Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 – stöd för styrning och ledning*. Hämtad 2016-09-28, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18012/2010-5-1.pdf>

Socialstyrelsen (2012). *Ökad kompetens inom geriatrik och gerontology, förslag till utformning och genomförande av satsning*. Hämtat: 2017-03-10 från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18591/2012-2-5.pdf>

Socialstyrelsen (2015). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso-och sjukvård och socialtjänst- Lägesrapport 2015*, hämtad 2017-02-06 <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-2-51>

Sveriges kommuner och landsting (2015) *Slutrapport 2015, Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre*. Hämtat 2016-11-09

https://skl.se/download/18.46eac49e14c97cdf4313ef5/1428556350963/OK+mest+sjuka+aldre_slutrapp+ort_SKL+2015_med+bilagor+kopia.pdf

Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens (2016). hämtad 2016-09-28, från <http://www.bpsd.se/>

Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens (2016). (<http://www.bpsd.se/wp-content/uploads/2010/10/Utbildning-till-BPSD-administratör.pdf>)

Söderman, M., Pietilä Rosendahl, S. (2016) "Caring form Ethnic Older People Living with Dementia Experiences of Nursing Staff" *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 31:311-326 doi: 10.1007/s10823-016-9293-1. PMID:27287438

Törnquist, A. (2010). Edvardsson, D. (Red) *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Edvardson (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Vårdförbundet . (2007) . *Sjuksköterska i kommunal äldreomsorg*, rapport nr 02 2007 U (Maria Carlsson) Hämtat 2016-11-09
https://gamlawebben.vardforbundet.se/Documents/Rapporter/Nationella/Sjukskoterskan%20i%20kommunal%20aldrevard_0712.pdf

Wahlund, L. (2013). *Boken om demenssjukdomar*. Basun, H. (red.) (1. uppl., s. 56-68) Stockholm: Liber.

Willman,A. (red.) (2010). *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

World Medical Association (WMA) (2013). *WMA Declaration of Helsinki- Ethical Proinciples for Medical Reserach Involving Human Subjects* . Hämtat 2017-03-10.
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>



2014-11-

Studieförfrågan

Till verksamhetschef _____ på _____

Mitt namn är Tina Lantz och är utbildad specialistsjuksköterska inom vård av äldre. Jag har i mitt arbete haft daglig kontakt med omvårdnadspersonal och personer med demenssjukdom. Mitt intresse för demensomvårdnaden har med tiden ökat och för att ytterligare fördjupa mig har jag valt att under hösten 2014 påbörja magisteruppsats i omvårdnad via Karolinska Institutet.

Magisteruppsatsen kommer att beskriva ”vårdpersonalens upplevelser av att arbeta med BPSD-registret i omvårdnaden av personer med demenssjukdom”.

Studien kommer att genomföras som en kvalitativ intervjustudie med semistrukturerade frågor. Till studien ingår sex till åtta omvårdnadspersonal med minst sex månaders erfarenhet av att arbeta med BPSD-registret samt minst två års erfarenhet inom demensvård.

Genom detta brev önskar jag be om tillstånd att genomföra den tänkta studien. Om ni ställer er positiva till att genomföra studien på er arbetsplats önskar jag även namn på en eller två personer i er verksamhet som ni tror skulle vara intresserade av att delta i studien. Det vore önskvärt att få genomföra studien på ordinarie arbetstid för din personal. En intervju kommer att ta ca 30-40 minuter. Ingen ersättning kommer att utgå för deltagande. Forskningsetiska överväganden kommer att tas och forskningsetiska riktlinjer kommer att följas.

Har du vidare frågor om studien är du välkommen att kontakta mig. Tacksam för snar återkoppling med lämpliga studiedeltagare.

Tina Lantz
Specialistsjuksköterska inom vård av äldre
Telefon: 0730-626207
Mail: tina.lantz@outlook.com

Studieansvarig handledare, universitetslektor Ewa Stenwall
Karolinska Institutet
Mail: Ewa.stenwall@ki.se



2014-11-

Studieförfrågan till deltagare

Mitt namn är Tina Lantz och är utbildad specialistsjuksköterska inom vård av äldre. Under hösten 2014 skriver jag magisteruppsats i omvårdnad via Karolinska Institutet. Min påbörjade magisteruppsats kommer att beskriva ”vårdpersonalens upplevelser av att arbeta med BPSD-registreringar på enheter för personer med demens”.

Jag hoppas att just du skulle vilja ställa upp att bli intervjuad. Du är intressant till denna studie genom din erfarenhet av att arbeta med BPSD-registreringar på din arbetsplats och genom din tidigare erfarenhet att arbeta på demensenhet. Ditt deltagande är värdefullt för studien.

Om du kan tänka dig att bidra med din erfarenhet kontaktar jag dig gärna snarast möjligt. Intervjun kommer att ta ca 30-40 minuter och du bestämmer själv tid och lämplig avskild plats för detta. Jag vill också göra dig medveten om att det är frivilligt att delta och att du när som helst kan avbryta ditt deltagande utan att förklara varför. Intervjuerna kommer att spelas in på band och sedan skrivs ut i textform i sin helhet. Textmaterialet kommer därefter att analyseras och presenteras i uppsatsform. Allt material behandlas konfidentiellt och innebär att all möjlighet till identifiering tas bort.

Om du har frågor eller funderingar kring studien är du varmt välkommen att kontakta mig eller min handledare. Tacksam för snar återkoppling via mail eller telefon om du önskar delta i studien.

Tina Lantz
Specialistsjuksköterska inom vård av äldre
Telefon: 0730-626207
Mail: tina.lantz@outlook.com

Studieansvarig handledare, universitetslektor Ewa Stenwall
Karolinska Institutet
Mail: Ewa.stenwall@ki.se

Intervjufrågor

Bilaga 3

Basfrågor

- Ålder
- Utbildning
- Är du BPSD administratör?
- Hur länge har du arbetat med BPSD-registret som arbetssätt?
- År i yrket/år på demensenhet?

Huvudfrågor

1. Hur upplever du det är att arbeta med BPSD-registrering i omvårdnaden för personer med demenssjukdom?
2. Kan du berätta om hur ni använder er av BPSD-registrering på din avdelning/enhet

Följdfrågor

- kan du berätta mer om?
- vad menar du när du säger?
- kan du ge något exempel?
- hur hanterar du det?
- vad tror du det beror på?
- Hur tänker du då?

Stödfrågor

- Vem initierar en registrering, hur ofta?
- Vem medverkar i registreringar?
- Upplevd kunskapsförändring, före/efter
- Upplevelsen av förståelse av/tänkbara orsaker, före/efter
- Personcentrerad vård/omsorg, före/efter
- Multiprofessionellt teamarbete?
- Användning av levnadsberättelse före/efter?
- Hur upplever du skattningen/analys/åtgärder
- Hur/vem registrerar i läkemedelsdel, tankar kring det?
- Upplevelsen av följsamhet av överenskomna omvårdnadsåtgärder?
- Upplevda fördelar upplevda hinder

Avslutande fråga

- Något mer du vill tillägga i ämnet?



2014-11-

Studieförfrågan till deltagare

Härmed ger jag mitt samtycke till att bli intervjuad och delge mina upplevelser av att arbeta med BPSD-registreringar på enheter för personer med demens”. Jag ger även samtycke till att intervjun spelas in på band. Jag är medveten om att deltagandet är frivilligt och att jag när som helst kan avbryta mitt deltagande utan att behöva förklara varför.

Ort och datum

Namn-teckning

Namn-förtydligande

Tina Lantz
Specialistsjuksköterska inom vård av äldre
Telefon: 0730-626207
Mail: tina.lantz@outlook.com

Studieansvarig handledare, universitetslektor Ewa Stenwall
Karolinska Institutet
Mail: ewa.stenwall@ki.se