

ATT ARBETA MED BPSD-REGISTRET
- VÅRDPERSONALENS UPPLEVELSE

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning demensvård, 60 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Avancerad nivå
Examensdatum: 2016-11-24
Kurs: Ht14

Författare:
Anna Bodén

Handledare:
Taina Sormunen

Examinator:
Agneta Wennman-Larsen

SAMMANFATTNING

Mer än 90 procent av alla personer med demens drabbas någon gång av Beteendemässiga och psykiska symptom vid demens, BPSD. Symptomen kan orsaka lidande för dessa personer, för deras anhöriga och för vårdpersonalen. Genom att använda BPSD-registret som arbetsverktyg kan BPSD-symptomen många gånger förebyggas. BPSD-registret kan användas för att uppnå en bättre struktur i arbetet, implementera ett strukturerat arbetssätt med tydliga mål, bättre av de boende, uppnå teamarbete och för att få mer kunskap om demenssjukdomar. Med denna studie ville författaren undersöka hur vårdpersonalen upplever att det är att arbeta med BPSD-registret.

Syftet var att undersöka vårdpersonalens upplevelse av att arbeta med BPSD-registret.

I denna studie användes kvalitativ metod. Sex individuella semistrukturerade intervjuer genomfördes med vårdpersonal som arbetade på demensboende och hade arbetat med BPSD-registret i två till fyra år. Kvalitativ innehållsanalys användes för att analysera materialet.

Resultatet kunde efter analysarbetet presenteras i form av tre kategorier, upplevelsen av att genomföra BPSD-skattningar, hinder och möjligheter i arbetet med BPSD-registret och upplevelsen av att använda BPSD-registret som arbetsverktyg.

Slutsatsen av studien var att BPSD-registret var till nytta för personalen i deras arbete med personer med demens. Det hjälpte personalen att strukturera upp arbetet och att använda omvårdnadsåtgärder i första hand, vilket ledde till mer personcentrerad omvårdnad. BPSD-registret bidrog också till att teamarbete användes i större utsträckning kring personen med demens samt att det var ett bra arbetssätt att visa upp för anhöriga för att få dem mer delaktiga.

Nyckelord: BPSD-registret, struktur, arbetsverktyg, teamarbete, personcentrerad omvårdnad

ABSTRACT

More than 90 percent of all people with dementia suffer some times of the behavioral and psychological symptoms of dementia, BPSD. The symptoms may cause suffering for them, for their families and caregivers. By using BPSD registry as a tool can BPSD symptoms be prevented. BPSD registry can be used to achieve a better structure, to implement clear targets, for better treatment, for achieving teamwork and to provide more knowledge about dementia. With this study, the author wanted to explore caregivers' experiences working with BPSD registry.

The aim was to investigate the nursing staff's experiences of working with BPSD registry.

Qualitative method was used and six individual semi-structured interviews were conducted with health professionals who worked in nursing home and had worked with BPSD registry in two to four years. Qualitative content analysis was used to analyze the material.

The results could after the analysis be presented in the form of three categories: experience of using BPSD estimates, obstacles and opportunities in the work of BPSD registry and the experience of using BPSD registry as a working tool.

The conclusion of the study was to BPSD registry was of great benefit to staff in their work with people with dementia. The staff was helped to structure the work and to use care measures first. BPSD registry also contributed that the team work was used to a greater extent on the person with dementia and that it was a good practice to show up for relatives to get them more involved.

Keywords: BPSD registry, structure, work tool, teamwork, personcentered care

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	1
Demenssjukdomar.....	1
Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens, BPSD	2
Omvårdnad vid demens.....	3
Nationella kvalitetsregister – BPSD.....	4
Definition av begreppet upplevelse.....	5
Teoretisk referensram.....	5
Problemformulering.....	5
SYFTE	6
METOD	6
Urval	6
Genomförande	7
Databearbetning	8
Studiens trovärdighet och tillförlitlighet.....	9
Etiska överväganden	9
RESULTAT	10
Upplevelsen av att genomföra BPSD-skattningar.....	10
Hinder och möjligheter i arbetet med BPSD-registret	10
Upplevelsen av att använda BPSD-registret som arbetsverktyg	10
Upplevelsen av att genomföra BPSD-skattningar.....	11
Hinder och möjligheter i arbetet med BPSD-registret	13
Upplevelsen av att använda BPSD-registret som arbetsverktyg	14
DISKUSSION	16
Metoddiskussion.....	16
Resultatdiskussion	17
Slutsats.....	20
Klinisk tillämpbarhet.....	20
REFERENSER	21

Bilaga I - Intervjuguide

Bilaga II- Brev till verksamhetschef

Bilaga III – Informationsbrev till informanter

BAKGRUND

Demenssjukdomar

I Sverige idag finns ungefär 160 000 personer med demenssjukdomar. Risken att drabbas blir större vid högre ålder. Drygt 25 000 insjuknar varje år i demenssjukdom. Antalet personer med demens väntas öka med ungefär det dubbla fram till år 2050 (Socialstyrelsen, 2014). Demens är en sjukdom som drabbar hjärnan och är inte en del av ett naturligt åldrande. Demenssjukdom är kronisk, progressiv och störningar kan exempelvis finnas på minne, orienteringsförmåga, tänkande, förståelse, inlärningsförmåga och bedömningsförmåga. Dessa störningar leder ofta till försämring av det sociala livet, emotionell kontroll och motivation (WHO, 2012).

Demenssjukdomar kan delas in i vaskulära demenssjukdomar, primärdegenerativa sjukdomar och sekundära tillstånd (Basun, Skog, Wahlund & Wijk, 2013). Demens kan också vara en blandning, där det kan vara svårt att avgöra om vaskulära eller primärdegenerativa orsaker ligger bakom symptomen. (Demenscentrum, 2016). I Socialstyrelsens Nationella riktlinjer (2010) beskrivs demenssjukdomarnas stadier som milda, måttliga och svåra. I det svåra stadiet behöver personen med demens hjälp med nästan allting. Demenssjukdom startar i 2-10 procent av fallen före 65 års ålder enligt olika uppskattningar som WHO (2012) tagit del av. Efter 65 år dubblas förekomsten för varje femte år som går (WHO, 2012)

Alzheimers sjukdom

Alzheimers sjukdom är en primärdegenerativ sjukdom, och den vanligaste av alla demenssjukdomarna och en av våra stora folksjukdomar. Den utgör själv ungefär 60 procent av demenssjukdomarna. Alzheimers kännetecken är proteininlagringar i hjärnan och hjärnatrofi. Sjukdomen har en smygande början. Påverkan på episodminnet är ett tidigt symptom (Basun et al, 2013). Även tilltagande glömska och svårigheter att utföra vardagssysslor och att planera är tidiga symptom (Demenscentrum, 2016). Kognitiva symptom följer senare (Basun et al., 2013; Demenscentrum, 2016), samt problem med språk och tidsuppfattning (Demenscentrum, 2016). Ångest och oro är vanligt vid Alzheimers sjukdom. Även beteendeförändringar, hallucinationer och vanföreställningar finns i sjukdomsbilden. Grava kroppsliga symptom kommer i den senare fasen av sjukdomen (Demenscentrum, 2016). De största riskfaktorerna för Alzheimers sjukdom är ärftlighet och hög ålder (Basun et al., 2013).

Vaskulär demens

Vaskulär demens är näst vanligast. Ungefär 25-30 procent av personerna med demens (Basun et al, 2013). Oftast utgörs förändringarna av ateroskleros i kärlen i hjärnan. Även inflammationer kan förekomma i kärlen (Basun et al, 2013). Sjukdomen beror på att det blivit skador i områden i hjärnan, på grund av brist på blodtillförsel. Detta i de områden som är betydande för intellektuella funktioner (Socialstyrelsen, 2010). Vid vaskulär demens finns inga läkemedel som dämpar symptomen. Sjukdomen behandlas istället med förebyggande läkemedel mot skador i blodkärlen. Symptom och förlopp varierar beroende på vilka ställen i hjärnan som skadats (Demenscentrum, 2016).

Andra demenssjukdomar

Andra relativt vanliga demenssjukdomar är Levykroppss-demens och Frontotemporal demens (Basun et al, 2013). Levykroppss demens har inte funnits som diagnos så länge. Exakt förekomst av sjukdomen är inte säker. De diagnostiska kriterierna föreslogs 2005. Vanliga symptom är parkinsonism, synhallucinationer, svimningar, depression, sömnstörning och ett fluktuerande förlopp (Basun et al., 2013). Minnesstörningar är förekommande men kommer senare i förloppet och är inte så framträdande som vid Alzheimers sjukdom (Demenscentrum, 2016). Frontotemporal demens beskrivs neuropatologiskt med atrofi frontotemporalt och intraneuronala inlagringar, så kallade Pick Bodies. Symptomen är ofta språkstörning, brist på social kompetens, afasi, beteende- och personlighetsförändringar (Basun et al, 2013). Andra tillstånd som kan leda till demens är till exempel alkoholmissbruk, vissa könssjukdomar som HIV och syfilis samt långvarig exponering av lösningsmedel (Demenscentrum, 2016).

Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens, BPSD

Mer än 90 procent av alla personer med demenssjukdom, drabbas av Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens, [BPSD] (Cerejeira, Lagarto & Mukaetova-Ladinska, 2012). Symptomen är vanligast i medelfasen eller den sena fasen av demenssjukdomen (Cerejeira et al., 2012). Symtomen kan vara: aggression, oro, nedstämdhet och apati. Ibland kan aggressivitet och oro vara en reaktion, då fysisk aktivitet och sysselsättning saknas, och då tillvaron inte innehåller meningsfullhet (Edberg, 2011). Dessa beteenden/symptom orsakar lidande för personerna med demens, vårdpersonalen och anhöriga (Edberg, 2011, Zwijsen et al., 2013). BPSD-symptomen är enligt Zwijsen et al. (2013) en börda för vårdpersonalen och exempelvis aggressivitet orsakar stress hos personalen. Svårighetsgraden och frekvensen av BPSD-symptomen har en stark korrelation med minskning av livskvaliteten för både personer med demens och dess vårdgivare (Cardoso-Buchain et. al, 2015). Beteendena anses ofta som störande. Det är dock viktigt att fundera över om beteendet är en reaktion på en omgivning som agerar inadekvat (Edberg, 2011). Det svåraste med att vårda personer med demens är att hantera beteendesymptomen (Chang, Huang, Lin & Lin, 2010). Ett genuint intresse för personen bakom sjukdomen är lika viktigt som kunskap om demens (Basun et al., 2013).

Olika icke-farmakologiska tillvägagångssätt används för att behandla BPSD (Ando, Sakamoto & Tsutou, 2013). Det är viktigt att bedöma och analysera personen med demens grundläggande, för att kunna hitta åtgärder mot dessa beteenden (Basun et al., 2013). Om en person med demenssjukdom som exempelvis har agitation eller aggression som symptom, bör det först redas ut om det finns bakomliggande orsaker till detta. Orsakerna kan vara smärta, trötthet, depression, överstimulering, understimulering eller fysisk sjukdom. Åtgärder som kan minska agitation kan vara musikterapi, förändring av miljön och aromaterapi (Cerejeira, 2012). Musik reducerar även stress hos personer med svår demens (Ando et al., 2013) och hjälper personer med demens att möta emotionella och sociala behov (Chang et al., 2010). Andra icke-farmakologiska metoder som kan hjälpa mot BPSD-symptom kan vara konstterapi, fysiska övningar och skraddarsyddna aktiviteter (Cardoso-Buchain et. al, 2015).

BPSD-symptom har traditionellt behandlats med läkemedel (Barrett et al. 2014). Vårdpersonalen kan se läkemedel som en ända lösning vid svåra beteenden (Basun et al, 2013). Det är vanligt förekommande att psykofarmaka förskrivs mot BPSD innan andra icke-farmakologiska metoder prövats. Detta leder till ökad sjuklighet och ökad dödlighet. Detta kan ändras om det finns bättre kännedom i demensvården om olika icke-farmakologiska metoder vid BPSD (Cardoso-Buchain et. al, 2015).

Omvårdnad vid demens

Många personer med demenssjukdom bor kvar hemma. De vårdas framförallt av sina makar. Att vårda i hemmet innebär en förändring av tillvaron och ofta en total förändring av livssituationen. Det som först var en naturlig del i vardagen, upptar tillslut dygnets alla timmar (Edberg, 2011). Särskilt boende, eller gruppboende, är den boendeform som är vanligast för personer med demenssjukdom. Då kan ungefär sex till åtta personer bo tillsammans i en enhet. Oftast har de boende eget sovrum med badrum. De gemensamma utrymmena består av kök och vardagsrum (Abrahamsson, 2007). Att bo i Särskilt boende innebär att den boende har en egen lägenhet, alltså ett eget boende. Samtidigt har de kontakt och hjälp kontinuerligt av vårdpersonal, dygnet runt. De har bland annat hjälp med omvårdnad, daglig aktivitet och läkemedel (Caroll & Qualls, 2014). Fördröjning av inflyttning på Särskilt boende kan göras om åtgärder inriktade på beteendestörningar görs i större utsträckning (Cornman et al., 2016).

Då demenssjukdom inte går att bota blir inriktningen istället att symptomlindra och att ge så god livskvalitet som möjligt, samt att underlätta vardagen (Socialstyrelsen, 2010). Utifrån kunskaper om personen med demenssjukdom och dennes förmågor och resurser kan genomförandet av omvårdnaden skapas. Centralt är också att hänsyn tas till personens behov av samspel med andra, stimulans, aktivitet och omväxling (Edberg, 2011). Metoder som används är exempelvis fysisk aktivitet, massage/beröring, sång/musik, djurterapi, reminiscens och validation (Edberg, 2011). Personer med demenssjukdom kan känna sig kränkta både när de kognitiva förmågorna överskattas och underskattas. Det handlar framförallt om, att i mötet med personer med demenssjukdom, försöka förstå hur världen ter sig för den drabbade (Basun et al., 2013). Beteendeförändringarna är ett sätt för personen med demenssjukdom att förmedla sig till omgivningen. En helhetsbedömning behöver göras där existentiella, fysiska och psykosociala aspekter vägs in. Att skapa trygga, begripliga och lugna situationer är viktigt. Detta för att personens önskemål och behov ska vara i fokus (Edberg, 2011).

Socialstyrelsen (2010) rangordnar tillstånds- och åtgärdsrekommendationer inom demensvården. Detta görs med en skala från ett till tio, där tio är mycket liten angelägenhetsgrad. Teamarbete som är multiprofessionellt, inom omsorg och vård, är andra i rangordningen.Handledning, feedback och praktisk träning i kombination med långsiktig utbildning av personal, är första på rangordningslistan (Socialstyrelsen, 2010).

Höga krav ställs på både professionella vårdare som undersköterskor och sjuksköterskor samt på anhöriga vid vården av personer med demenssjukdom. Kunskap, förmåga, vilja, engagemang och intresse är i mötet med personer med demenssjukdom viktiga förutsättningar (Edberg, 2011). Vårdpersonalen skiljer sig i sina känslomässiga reaktioner när de står inför liknande problem (Aalten, de Vugt, Jaspers, Lousberg & Verhey, 2005). En tillåtande miljö, handledning och stöd ökar möjligheterna till att hantera krävande situationer (Edberg, 2011). I en studie av Bradley et al. (2015) sågs att sociala och psykologiska aspekter av vården, särskilt samspelet mellan miljön, personalen och den boende var lika viktigt för kvaliteten på vården som de fysiska och hälsorelaterade aspekterna.

Skovdahl, Kihlgren och Kihlgren (2004), skriver att rutiner i omvårdnaden är viktigt för vårdpersonalen. Det ger struktur och riktlinjer då de ska möta de boende i krävande situationer. Om det skulle vara mer flexibelt så skulle det kunna vara lättare för vårdpersonalen att skjuta upp uppgifter som är krävande. Rutinerna får dock inte bli icke-reflekterande och något personalen bara gör för att de måste. Det blir då risk för att det inte reflekteras över konsekvenserna för den boende i situationen. Vårdpersonal som har mest

fokus på uppgifterna, har svårare att hantera BPSD-symptom än de som spontant reflekterar och är självkritiska.

Nationella kvalitetsregister – BPSD

BPSD-registret (2015) är ett nationellt kvalitetsregister som har funnits sedan 1 november 2010. Ett nationellt kvalitetsregister är certifierat av en nationell styrgrupp för kvalitetsregister och innehåller uppgifter om resultat inom hälso- och sjukvård och om problem och insatta åtgärder. Dessa är individbaserade (Nationella kvalitetsregister, 2016).

Syftet med registret är att vården av personer med demens skall kvalitetssäkras (BPSD, 2015). BPSD-registret är ett arbetsredskap för vårdpersonal för att lägga fokus på icke-farmakologiska metoder, men också för att utvärdera användning av psykofarmaka (Granvik, Mayer, Minthon & Nägga, 2014). Det används också för att implementera tydliga mål och de nationella riktlinjerna, för personcentrerad vård och verksamhetsutveckling (Basun et al., 2013). Meningen är att teamarbetet ska ökas och att en bättre struktur uppnås (BPSD, 2015). BPSD-registret används i stort sett rikstäckande (BPSD, 2015).

Då det inom demensvården behövs en god omsorg, gott bemötande, goda kunskaper om demenssjukdomar och en omvårdnad med tydlig struktur, kan BPSD-registret i denna process vara ett stöd (BPSD, 2015). Granvik (2014) har i sin studie kommit fram till att genom att använda BPSD-registret som arbetsredskap skapas en signifikant och stabil reduktion av BPSD och personerna med demens livskvalitet förbättras. Hos personer med svår demens är det gynnsamt att prioritera implementering av icke-farmakologiska metoder före användning av psykofarmaka (Granvik et al., 2014).

Att arbeta med BPSD-registret

I BPSD-registret arbetas det för att få en tydlig struktur i arbetet. Först med en observation med hjälp av skattningsskalan Neuro Psychiatric Inventory, [NPI] (BPSD, 2015). BPSD-registret använder NPI för att upprepade gånger mäta frekvens och svårighetsgraden av BPSD-symptomen (Granvik et al., 2014). NPI-skalan kommer från Cummings et al. (1994) och heter från början NPI-10. De symptom som mäts är vanföreställningar, hallucinationer, agitation/upprördhet, depression/nedstämdhet, ångest, upprymhet/eufori, apati/likgiltighet, hämningslöshet, lättretlighet/labilitet och motorisk rastlöshet. Senare har också sömnstörningar och matlust/ätstörningar lagts till. Skalan heter då NPI-12 (Cummings, 1997). Den svenska versionen heter NPI-NH och utgår ifrån NPI-12. Skattningen genomförs genom att tränad vårdpersonal gör en intervju av vårdpersonal eller anhörig. Frekvensen som mäts i 1-4 poäng multipliceras med svårighetsgraden som mäts i 0-3 poäng och ger en maximal poäng på 144 (Svenskt demenscentrum, 2017).

När NPI-skalan genomförts görs en analys av vilka orsaker till detta som kan vara tänkbara. Exempel på dessa är: tillräckligt med mat, tillräckligt med dryck, god syn, god hörsel, blodtryck, puls, smärta och blodsocker. Slutligen utformas en vårdplan med åtgärder, som även innehåller en bemötandeplan. De provas sedan i det dagliga arbetet under en period som är tidsbestämd. Därefter görs en utvärdering genom att processen upprepas (BPSD, 2015). Socialstyrelsen (2010) säger i de nationella riktlinjerna att BPSD-symptom bör följas upp hos personer med demens minst en gång per år.

Definition av begreppet upplevelse

En upplevelse bildar en enhet av mening och är själva handlingen. Som sådan är upplevelse en handling av medvetande. Upplevelsen är personlig och ändras hela tiden. En förståelse av nuet tas emot med hjälp av tidigare upplevda situationer och framtida förväntningar. Genom varierande upplevelser kan ett annat perspektiv uppkomma och en bättre förståelse för situationen erhålls då den ställs i relation till erfarenheter som tidigare har upplevts (Kakkori, 2009). Nationalencyklopedin (2016) definierar upplevelse som något individen har varit med om, en helhetskänsla. Upplevelse är synonymt med erfarenhet, händelse, äventyr, tilldragelse och evenemang (Synonymer 2016).

Teoretisk referensram

Personcentrerad omvårdnad

Kitwood (1997) skriver om begreppet personcentrerad omvårdnad och att personer med demenssjukdom i första hand är en person med önskningar, tankar och känslor trots progredierande sjukdom (Kitwood, 1997). Kitwood menar, att personer med demenssjukdom, sågs som att personen slutat existera och kroppen var kvar som ett tomt skal. Med begreppet personcentrerad vård ville han visa, att för att ge god vård, är förutsättningen att det finns en grundsyn, där personen som drabbats av sjukdom har kvar sitt själv. Detta även om personen drabbats av en sjukdom, som försvårar kommunikation av behov, önskemål, känslor, upplevelser och personlighet (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Personcentrerad omvårdnad vid demenssjukdom innebär att det inte är sjukdomen som sätts i fokus utan personen med demenssjukdom. Syftet med det är att vårdmiljön och omvårdnaden görs mer personlig. Detta för att bland annat ge ökad självständighet, tillit, initiativförmåga, integritet och minskad agitation (Basun et al., 2013). För att kunna bedriva omvårdnad som är individuellt anpassad efterfrågas från vårdpersonalen utbildning, möjlighet till teamarbete med andra professioner och handledning (Edberg, 2011). Personcentrerad omvårdnad tas upp i de Socialstyrelsens Nationella riktlinjer (2010) som en grund för vården som ges. Det ligger i sjuksköterskans ansvar att personens perspektiv lyfts fram och det krävs att sjuksköterskan har god kunskap kring personen (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). När en person är svårt sjuk ställs stora krav på personalen om personen inte kan uttala sina behov själv. Personcentrerad vård är en process som bejakar individens möjlighet och livkraft även om hon är allvarligt sjuk. Grunden till denna process är patientens unika livsberättelse, som kan ge förståelse för dennes upplevelser. Partnerskap mellan patient och personal, vilket innebär ett ömsesidigt delande och beroende av varandra. Säkerställandet av den planerade vården implementeras enligt överenskommelse och dokumenteras i patientjournalen (Ekman et al., 2011).

Problemformulering

Mer än 90 procent av alla personer med demenssjukdom drabbas någon gång av Beteendemässiga och psykiska symptom vid demens, BPSD. Dessa symptom kan medföra lidande för dessa personer, och även för deras anhöriga och för vårdpersonal. Symptomen, eller beteendena som de också kallas, kan anses som störande. Beteendena är en reaktion på något. Traditionellt har dessa symptom behandlats med läkemedel. Genom att använda BPSD-registret som arbetsverktyg kan BPSD-symptomen förebyggas. BPSD-registret kan

användas för att uppnå en bättre struktur, implementera tydliga mål, bättre bemötande, uppnå teamarbete och ge mer kunskap om demenssjukdomar. Det är av stor vikt att belysa vårdpersonalens upplevelser av att arbeta med BPSD- registret, för att utröna faktorer som kan påverka vårdpersonalens användande av registret. Genom det kan förbättrad användning av BPSD- register erhållas, vilket även leder till en bättre omhändertagande av personer med demenssjukdom och en personcentrerad omvårdnad.

SYFTE

Syftet var att undersöka vårdpersonalens upplevelse av att arbeta med BPSD-registret.

METOD

Ansats och design

Kvalitativ ansats valdes för studien. Syftet med denna typ av ansats är att försöka se saker ur deltagarens synvinkel samt ur deras erfarenheter utveckla mening (Kristensson, 2014). Kvalitativ metod används för att beskriva egenskaper och karaktärsdrag hos olika fenomen, samt att analysera dessa (Jakobsson, 2011). Polit och Beck (2012) påpekar att ändamålet med kvalitativa studier är att beskriva individens olika uppfattningar och för att få betydelsen för dessa och inte föra att få generaliserbara resultat.

Designen som valts är kvalitativ intervjustudie. I en intervjuguide skrivs teman som vill diskuteras och man ger dem även en ordningsföljd. Intervjun kan spelas in på band eller video. En intervjujournal kan även göras genom att dokumentera med anteckningar (Hartman, 2004).

Urval

Ett urval gjordes för att komma fram till vilka som skulle ska ingå i studien. I denna studie användes bekvämlighetsurval. Det innebär att de som är tillgängliga när datainsamlingen genomförs, tillfrågas (Jakobsson, 2011). Då en kvalitativ studie görs väljs färre personer ut än vid en kvantitativ studie. Detta för att kunna få ett djup i undersökningen, vilket inte är möjligt vid för stort antal intervjupersoner eller intervjugrupper (Hartman, 2004). Särskilda boenden med personer med demens inkluderades utifrån geografisk position, då de skulle finnas inom rimlig avstånd. Detta för att författaren skulle ha möjlighet att genomföra intervjuerna. Boendena bestod av avdelningar med 8-10 boende på varje avdelning. Det fanns som grund 2 personal per 8 boende, dagtid. En enhetschef arbetade på varje boende och på boendena arbetade också sjuksköterska/sjuksköterskor dagtid. Sjuksköterskorna var anställda vid kommunens hemsjukvård och hade en annan enhetschef än undersköterskorna. Övrig tid fanns sjuksköterskor från kommunens jourverksamhet att tillgå vid behov.

Fortsättningsvis i arbetet har författaren valt att benämna personalen som deltagit i studien för vårdpersonalen, oavsett profession. Personerna med demens benämns vidare med boende.

Inklusionskriterier

I studien inkluderades sjuksköterskor och undersköterskor, alltså de som författaren valt att kalla vårdpersonal. Dessa skulle arbeta inom kommunens särskilda boenden för personer med demenssjukdom. De skulle vara tillsvidareanställda. Personerna skulle ha arbetat aktivt med BPSD-registret, sedan minst ett år tillbaka. De var frivilligt för vårdpersonalen att delta.

Genomförande

Information till verksamhetscheferna

Kontakt togs med de verksamhetschefer som var aktuella i de verksamheter där intervjuerna var tänkta att genomföras. De tillfrågades genom att ett informationsbrev (Bilaga 2) lämnades till dem. Informationsbrevet lästes igenom och skrevs under av båda verksamhetscheferna. Efter att de godkände att intervjuerna fick genomföras i deras verksamhet, togs även kontakt med enhetscheferna på de boenden där intervjuer skulle kunna genomföras. Även sjuksköterskornas enhetschef kontaktades. Från enhetscheferna inhämtades information om vilka som uppfyllde kriterierna för att delta i studien. Dessa undersköterskor och sjuksköterskor tillfrågades om deltagande i studien genom ett informantbrev (Bilaga 3). Även muntlig information lämnades.

Rekrytering av informanter

De som intervjuades var vårdpersonal på särskilt boende, som i denna studie innebar sjuksköterskor och undersköterskor. Författaren valde att inte göra intervjuerna på den enhet författaren själv arbetar på då det kan orsaka bias (Polit & Beck 2012). Författaren åkte till boendet vid två tillfällen och de i personalen som var på plats vid tillfällena och uppfyllde inklusionskriterierna, samt själva ville medverka, intervjuades.

Frågeguide

I denna studie gjordes semistrukturerade intervjuer, och som stöd användes en intervjuguide (Bilaga 1). Frågorna i intervjuguiden formulerades med frågor som ämnade svara på syftet i studien. Polit och Beck (2012) anser att det är fördelaktigt att börja intervjun med frågor som är generella och som under intervjun blir specifika.

Pilotintervju

Polit och Beck (2012) rekommenderar att en pilotintervju utförs för att testa funktionen av den valda metoden, utförandet samt kvalitet på det använda instrumentet. Pilotintervjun utförs för att upptäcka även andra problem som kan uppstå under intervjun. Efter genomförda pilotintervjun kan eventuella korrigeringar genomföras.

En pilotintervju genomfördes för att undersöka att frågorna i intervjuguiden var passande och svarade mot studiens syfte. Denna intervju bandades med diktafon, vilket gav möjlighet att testa inspelningsutrustningen. Efter genomförandet av pilotintervjun bestämdes att inga revideringar i intervjuguiden behövde göras. Författaren valde att inkludera pilotintervjun för att den svarade mot studiens syfte.

Intervjuer

Intervjuerna genomfördes i enlighet med semi-strukturerad metodik. Kvale och Brinkman (2009) påpekar att det är betydande att intervjuaren skapar en trevlig och avslappnad stämning

innan och under intervjun. Detta gör att informanten känner sig trygg och delar med sig sina upplevelser. För att uppnå en avslappnad stämning småpratade författaren om vardagliga ämnen innan intervjun.

Vid intervjuens början presenterade författaren sig själv samt syftet med studien. Vidare upprepades forskningspersons informationen muntligt och informanten tillfrågades ännu en gång om samtycket till ett medverkande i studien. Beräknad tid för intervjuerna var 20-30 minuter och den verkliga tiden för intervjuerna blev mellan 15 minuter och 35 minuter. Sammanlagt genomfördes sex intervjuer. Intervjuerna genomfördes under februari 2016. Inspelningarna var under datainsamlingen tillgängliga enbart för författaren och förvarades inlåst på författarens arbetsplats.

Databearbetning

Transkribering av intervjuer

Efter att ha lyssnat igenom de bandade intervjuerna, transkriberades de ordagrant. Transkriberingen utfördes i nära anslutning efter genomfört intervju. Skratt, naturliga pauser och suckar togs med i transkriberingen. Graneheim och Lundman (2012) anser att detta är viktigt för att få med även den icke verbala kommunikationen under intervjun, för det kan bidra med betydelsefull information.

Analys

En kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004) har genomförts. Det innebär att analysen genomförs i olika steg. Texten som skulle analyseras lästes genom flera gånger för att få en klar bild på helheten. Därefter identifierades delar som var relevanta för studiens syfte, så kallade meningsbärande enheter. För att urskilja de meningsbärande enheterna användes överstrykningspennor i olika färger, dessa klipptes sedan ut. De meningsbärande enheterna kunde därefter kategoriseras genom att de meningsbärande enheterna lades i olika högar. Kategorierna återspeglade intervjuernas huvudsakliga innehåll, det som direkt uttrycks i texten. Detta kallas för manifest (textnära) innehåll av Graneheim och Lundman (2004).

Tabell 1. Exempel på innehållsanalysen.

Meningsbärande enhet	Kondenserad Meningsbärande enhet	Subkategori	Kategori
... det kan ju bli ibland då, men det är väl vårt eget fel kanske, att vi inte gjort vad vi ska. Vi får panik. Nu måste vi göra det här! (informant 1)	... inte gjort vad vi ska. Vi får panik. Nu måste vi göra det här!	Känsla av tidspress	Hinder och möjligheter i arbetet med BPSD-registret
... ibland är det ju tiden som faller, att man inte hinner göra en ny	...tiden som faller, att man inte hinner...	Tiden och att inte hinna	Hinder och möjligheter i arbetet med BPSD-registret

uppdatering (informant 6).			
Så i början när vi började för två år sedan, då var vi jätteduktiga att sitta, administratören, sjuksköterskan och kontaktpersonen, så det gjorde vi med alla som var då, som bodde just här då (Informant 6)	administratören, sjuksköterskan och kontaktpersonen, så det gjorde vi med alla	Göra skattningar	Upplevelsen av att genomföra BPSD-skattningar
... att man har en bemötandeplan, det känns ju som det är det viktigaste kanske... ofta i alla fall... hur man bemöter är faktiskt väldigt viktigt, det kan göra alltihop. Kommer en in och gör fel kan det vara kört sedan... (informant 1).	att man har en bemötandeplan, det känns ju som det är det viktigaste kanske... ofta i alla fall... hur man bemöter är faktiskt väldigt viktigt, det kan göra alltihop	Göra bemötandeplan	Upplevelsen av att genomföra BPSD-skattningar

Studiens trovärdighet och tillförlitlighet

Tillförlitligheten av den kvalitativa studien beror på frågan, om fynden som kommit fram i studien skulle kunna upprepas, om studien återskapades med samma eller andra deltagare (Polit & Beck, 2012). Trovärdigheten gynnas av att urvalet är varierat som exempelvis åldrar, kön och perspektiv, då detta kan ge en rikare bild av det studerade fenomenet (Graneheim & Lundman 2004).

Trovärdigheten i en studie ökas genom att citat redovisas. Möjligheten för läsaren ges till att förstå hur författaren inhämtat data till kategorierna (Graneheim & Lundman 2004).

Etiska överväganden

Samtycke inhämtades från verksamhetscheferna innan information gick ut till de tilltänkta informanterna. Samtycke inhämtades även skriftligt av alla deltagare i studien. Alla informerades om att data som kommer fram i intervjuerna kommer att avkodas, samt att deltagarna hålls anonyma. Intervjuerna genomfördes på enheter där författaren inte själv arbetar. Enligt Vetenskapsrådet (Codex, 2015) finns fyra allmänna huvudkrav. Dessa är samtyckeskravet, konfidentialitetskravet, nyttjandekravet och informationskravet. Dessa följdes av författaren.

Samtyckeskravet innebär att den som deltar i en undersökning, själv bestämmer över sin medverkan (Codex, 2015). I studien inhämtades samtycke skriftligt från deltagarna och deras Verksamhetschefer. Konfidentialitetskravet betyder att de personer som ingår i undersökningen skall ges konfidentialitet och obehöriga skall inte kunna ta del av personuppgifterna, uppgifterna skall förvaras på ett sådant sätt (Codex, 2015). Detta upplyses om i forskningspersons-informationen. Författaren kodade intervjuerna med siffror efter att de genomförts. Inga namn finns nedskrivna på informanterna.

Nyttjandekravet står för att insamlade uppgifter om enskilda personer endast får användas i forskningsändamål (Codex, 2015). Författaren kommer inte använda informationen i andra syften än till studien. Informationskravet innebär att, informationen skall lämnas till de som är berörda av forskningen, om forskningens syfte (Codex, 2015). Dessa krav följs i denna studie.

Ett självständigt arbete på avancerad eller grundläggande nivå behöver inte gå igenom formell etisk prövning. Det är dock ändå viktigt att forskningsetiska ställningstaganden tas kring uppsatsen och att inga människor som riskerar skadas, blir aktuella för deltagande (Kristensson, 2014).

RESULTAT

Informanterna i studien bestod av sex kvinnor där åldern varierade mellan 37 år och 63 år. Medelåldern var 49,5 år. Dessa kvinnor hade erfarenhet av vårdarbete mellan 18-25 år (medel 21,8 år). Av dessa kvinnor var en sjuksköterska och fem var undersköterskor. De hade arbetat med BPSD-registret mellan 2 och 4 år med ett medel på 3,5 år.

Resultatet av intervjuerna återges med subkategorier och kategorier som framkommit under analysprocessen.

Tabell 2. Subkategorier och kategorier

Subkategorier	Kategorier
Att göra skattningar Bemötandepланens betydelse Åtgärdernas betydelse	Upplevelsen av att genomföra BPSD-skattningar
Känsla av tidspress Informationsöverföring till övrig personal	Hinder och möjligheter i arbetet med BPSD-registret
BPSD-registret som verktyg i omvårdnaden Positiv känsla hos Vårdpersonalen	Upplevelsen av att använda BPSD-registret som arbetsverktyg

Upplevelsen av att genomföra BPSD-skattningar

Att göra skattningar

Vårdpersonalen arbetar alla med BPSD-registret i olika utsträckning. Två av dem är själva administratörer och är i stort sett alltid med då skattningar görs av de boende. En av deltagarna har enbart deltagit i ett fåtal skattningar. Då skattningarna görs är kontaktpersonen också med, eller en i personalen som känner den boende väl.

Senare år har vi minskat ned på, för att det är jättesvårt att få del av kontaktpersonerna, sedan är det, den här gruppen har väldigt mycket... de har väldigt god kännedom om de flesta som bor här så att det känns som att alla är lika uppdaterade (Informant 6).

Flera av vårdpersonalen beskriver sjuksköterskans roll som ansvarig för skattningens medicinska delar, medan undersköterskorna genomför de övriga delarna i skattningen. De sjuksköterskor som själva är administratörer är dock med oftare. De flesta av vårdpersonalen upplever att det är bra om det är flera i personalen som tillsammans deltar i genomförandet av skattningarna. Det ger en bredare bild av den boende och ger fler infallsvinklar.

... då är vi tre stycken som pratar om brukaren så man blir ju som ett litet team... alltså så och allt fokus är på en person... (Informant 2).

Så i början när vi började för två år sedan, då var vi jätteduktiga att sitta, administratören, sjuksköterskan och kontaktpersonen, så det gjorde vi med alla som var då, som bodde just här då (Informant 6).

Flera av vårdpersonalen skall utbildas på respektive arbetsplats, vilket innebär att flera skattningar kan genomföras. Det innebär också att fler vårdpersonal, vet hur registret är uppbyggt, och hur det är tänkt att arbeta med, vilket gör arbetet lättare under själva skattningarna och kvaliteten på skattningarna blir högre. Flertalet av vårdpersonalen beskriver att de gör skattningar på alla boende på deras arbetsplats oavsett märkbara BPSD-symptom. En av deltagarna upplever dock att de bara gör på dem som har symptom.

Vårdpersonalen upplevde att det kunde vara svårt att få den boendes status gjord innan, som att ta en urinsticka, göra smärtskattning, ta blodtryck och puls med mera. Ibland blir det lite på känn. Det är något vårdpersonalen känner att de behöver utveckla. De tycker också att dubbeldokumentation som blir kännns onödig. Det finns flera olika register och skattningsverktyg som vårdpersonalen arbetar med och samma information fylls i, på flera ställen. Deltagarna menar att det vore bra om det gick att sammankoppla registren.

De skattningar som gjorts på boende, där BPSD-skattningen gett låga poäng, görs en ny skattning inom ett halvår till ett år. Där det däremot blivit höga poäng på skattningen görs en

ny efter ungefär fyra veckor. De nya skattningarna fungerar som uppföljningar och dessa jämförs med tidigare skattning/ar. Ibland har poängen sjunkit, då görs inga åtgärder. Då fortsätter de åtgärder som fungerat att användas, och skrivs in i personens genomförandeplan. Däremot, om poängen inte har sjunkit eller om poängen har blivit högre, sätts nya åtgärder in, och en ny uppföljning planeras efter ungefär fyra veckor.

Men det här funkade inte det har vi testat... nej just det, då behöver vi ju inte göra det igen... (Informant 2).

Bemötandeplanens betydelse

Bemötandeplanerna är av stor nytta för både personerna med demenssjukdom och för vårdpersonalen. Flera av deltagarna i studien anser att det är bemötandeplanen som är det viktigaste. Hur de boende bemöts har stor betydelse för deras välbefinnande. Det är också viktigt att all vårdpersonal gör lika, att bemötandet blir så likt som möjligt, oavsett vem som arbetar. Alla i personalgrupperna är olika, och har olika uppfattning om hur de boende ska bemötas. Detta blir enklare genom att bemötandeplanen följs. Då kan inte egna arbetsätt utövas, utan den boende blir bemött på samma sätt av all personal, på ett personcentrerat sätt. Om en av vårdpersonalen kommer in till en boende och avviker från bemötandeplanen genom att applicera egna rutiner kan det medföra att hela dagen blir fel för henne eller honom. Även om vårdpersonalen i fråga menar väl. Det finns mycket att vinna på att göra lika.

... att man har en bemötandeplan, det känns ju som det är det viktigaste kanske... ofta i alla fall... hur man bemöter är faktiskt väldigt viktigt, det kan göra alltihop. Kommer en in och gör fel kan det vara kört sedan... (Informant 1).

Vårdpersonalen påpekar att upprättande av bemötandeplan i sig kan bli fel. Ett sätt som vårdpersonalen trots att den boende vill bli bemött på, kan upptäckas inte alls passa honom eller henne. Då behöver bemötandeplanen revideras eller bytas ut. Vårdpersonalen kan diskutera med varandra och försöka hitta nya sätt och sedan skriva en ny bemötandeplan. Vårdpersonalen tycker att det är viktigt att testa, och göra om bemötandeplanen där det behövs.

Åtgärdernas betydelse

Åtgärderna som bestäms i skattningen är viktiga att följa enligt deltagarna i studien. Att vara konsekvent och orka fortsätta med en åtgärd tills det är dags att utvärdera kan vara svårt om den inte fungerar. Ingen av deltagarna använder i dagsläget signeringslistor för att kontrollera att åtgärderna blir gjorda. Dock kan två av deltagarna tänka sig att prova det i framtiden då de tror att det kan vara till nytta för utvärderingen.

Skattningarna i BPSD-registret kan enligt en deltagare i studien användas för att visa på vad som görs för de som bor på boendet. Det kan till exempel vara anhöriga som är oroliga för att inget görs för deras mamma som har BPSD-symptom och mår dåligt. Vid dessa tillfällen kan skattningen vara ett bra sätt för att i detalj beskriva åtgärder som görs och visa att, mot det här symptomet, används dessa åtgärder. Åtgärder som beskrivs av deltagarna är bland annat sång,

promenader, musik och massage. Alla dessa har enligt deltagarna haft god effekt mot BPSD-symptom och upplevs av personalen vara bra och enkla åtgärder och kunde ge effekt.

Hinder och möjligheter i arbetet med BPSD-registret

Känsla av tidspress

När det är lugnt kring de boende, finns det tid att göra skattningarna. Ibland är det dock svårt att få den tiden upplever vårdpersonalen. Ibland kan det vara flertalet av de boende som behöver nya skattningar, då de inte hunnits göras tidigare. Vårdpersonalen har det på sitt samvete och känner att de inte gjort det de borde, och att det är deras fel.

... det kan ju bli ibland då, men det är väl vårt eget fel kanske, att vi inte gjort vad vi ska. Vi får panik. Nu måste vi göra det här! (Informant 1).

Ibland är det ju tiden som faller, att man inte hinner göra en ny uppdatering ” (Informant 6).

För det mesta planeras skattningarna i förväg, och ibland görs skattningarna efter behov när det finns tid.

Vi brukar planera in att det ska ske den och den dagen så man har åtminstone ett hum om... kanske att det inte händer alltid, då får man försöka att ta det en annan dag, när det kan gå (Informant 1).

Så har vi satt upp i almanackan att ja, vecka 8 ska vi göra på henne då (Informant 6).

Att planera avsatt tid för genomförandet av skattningarna, och att skriva upp det i almanackan, samt att notera vilka i personalen som skall vara med, underlättar färdigställandet av skattningarna upplever deltagarna i studien. Att också planera övriga verksamheten, den dagen som skattningen skall göras, är viktigt.

Planera... organisera, så funkar det! Alltså vi kan ju inte ha ha liksom kanske tre städ på förmiddagen om om två stycken ska sätta sig, så vi skriver allt i almanackan, så man planerar utefter... (Informant 2).

Även att effektivisera själva skattningarna och göra dessa lite snabbare kan spara tid och fler tillfällen kan då hittas tycker deltagarna. Vårdpersonalen gör skattningar som är från 10-15 minuter och upp till 40 minuter. De anser att det går att göra flera skattningar om de tar kortare tid att genomföra. I början tog det längre tid att göra skattningarna när vårdpersonalen var osäker på hur skattningen skulle göras. Nu går det att göra dem snabbare. Några av

vårdpersonalen ser en risk med att göra skattningarna för snabbt. Det kan innebära att de görs bara för att de ska göras och blir av sämre kvalitet.

Informationsöverföring till övrig personal

När skattningen är gjord skrivs dokumentet ut och en kopia sätts in i en rutinpärm så att all personal kan ta del av den. Pärmerna förvaras i personalrummet. Att skriva ut en papperskopia av skattningen medför att den är lättillgänglig för all personal. Tanken är att all personal ska ta del av befintliga skattningar, bemötandeplaner samt åtgärder dagligen, oavsett om han/hon har varit med vid skattningen eller inte. Några av vårdpersonalen sätter post-it-lappar på pärmen när en ny skattning gjorts, för att personalen ska bli uppmärksam på detta.

Sedan så skriver vi ut dem så att vi har dem ju i vår rutinpärm... då står det ju om det är något nytt då, nya åtgärder som ska provas. Vi skriver alltid ut hos alla så att alla läser det, så att alla gör lika (Informant 2.)

... så det finns lättillgängligt för alla, ja det gör det... som är intresserade av det, alla som kommer, vikarier och allting kan gå in där och titta (Informant 3).

Jaa, vi har det i en pärm där vi har åtgärderna då... vad som ska göras och då har vi det i en pärm hur man jobbar, jaa (Informant 4).

Att skriva ut skattningarna leder till att det blir lättare för alla i personalen att göra lika. Ibland finns det skattningar där bemötandeplanen är viktig, för att mötet med den boende skall bli så bra som möjligt. Vid dessa tillfällen är det lämpligt att skattningen sitter i en pärm i personalrummet och inte i den boendes lägenhet. Detta för att vårdpersonalen skall kunna ta del av informationen innan de går in till den boende och få till ett bra möte.

Vårdpersonalen upplever att det finns en risk att inte alla vikarier och ny personal vet om att pärmen finns, eller att skattningarna sitter där. Vårdpersonalen måste vara noga med att berätta det för dem var pärmen finns och visa hur de kan använda skattningarna i omvårdnadsarbetet. Det är de inte så bra på tycker några av vårdpersonalen. Andra tycker att de är bra på att föra det vidare och informera. Risker finns också att personalen inte har tid att gå in och läsa då de börjar sitt arbetspass anser några av vårdpersonalen. Andra menar att det inte prioriterar att gå in och läsa i pärmen.

Upplevelsen av att använda BPSD-registret som arbetsverktyg

BPSD-registret som verktyg i omvårdnaden

Alla deltagarna i studien upplever att det BPSD-registret är ett bra verktyg att använda sig av. Det beskrivs bland annat som lättförståeligt och enkelt, med bra frågor.

... du fyller i liksom hur det är alltså, sen får du fram ett resultat, så det är ju inte... det är ju inte svårt och det tror jag är bra, för det ska ju vara enkelt

och inte avancerat, då kanske folk backar och känner, nej, det här är inget för oss det blir för mycket liksom... (Informant 2).

När vi sitter där och gör den där skattningen, det är liksom inte konstiga frågor... (Informant 6).

Vårdpersonalen anser att BPSD-registret hjälper till så att personalen verkligen sätter sig ner och tänker till. De boende går igenom på ett annat sätt än tidigare, innan registret användes. Om någon boende är orolig så tänker vårdpersonalen spontant på frågan varför det är så? De tänker också på vad de kan göra för att undvika att den boende blir orolig. Inte bara att vårdpersonalen tycker att det är besvärligt att den boende är orolig utan att vårdpersonalen måste få den boende lugn. Så kunde det bli oftare innan vårdpersonalen använde sig av registret. Att arbeta med registret har påverkat personalens tank i sitt arbete de boende. Det upplevs av alla deltagarna. Då skattningarna görs går de boende grundligt igenom med både vårdmiljön och omvårdnaden i tanken.

Åtgärder som provats kan ses svart på vitt, och det är möjligt att gå tillbaka och se vad som faktiskt har testats. Skattningen kan också vara ett hjälpmedel för att se att en boende som upplevs ha problem med allting, har några områden med mer omfattande problem, och då kan fokus läggas på rätt saker. Det tycker deltagarna är en stor fördel. BPSD-registret upplevs av deltagarna i studien som en hjälp i omvårdnadsarbetet för vårdpersonalen och även för chefer och anhöriga.

Deltagarna beskriver att det känns tillfredsställande att se poängen i skattningarna och att se förändringarna på uppföljningen. Det blir mer konkret. Vårdpersonalen ser också att fokus hamnar först på omvårdnadsåtgärder och inte på läkemedel, även om det inte går att komma ifrån det helt och hållet. En av deltagarna beskriver att det är det bästa med hela BPSD-registret.

Några av vårdpersonalen beskriver att det är roligt att arbeta med de fall som är lite besvärliga, då de ser att de kan göra något de boende och att omvårdnadsåtgärder gör nytta. En deltagare beskriver BPSD-registret som ett utmärkt verktyg för vårdpersonalen. Deltagaren upplever att ibland kan en känsla av hopplöshet komma när det inte går att komma någonstans i ett fall, att vad som än görs så blir det inte bra. Med det här verktyget kan vårdpersonalen se att det faktiskt har blivit bättre, fast det inte upplevs så.

Vad man än gör så blir det inte bra... Men här ser man ju... Det har blivit bättre. Du kan se svart på vitt... amen det har det ju... och det tror jag är bra för oss, för ibland kan vi som jobbar känna att man nästan sliter sitt hår ibland för att man inte får... man får inte personen att må bra (Informant 2).

... och helt plötsligt så på bara ett par veckor så har det förändrats (Informant 5).

Deltagarna upplever att de innan de började med BPSD-registret gjorde ett liknande arbete. Nu görs samma arbete med mer planering och struktur, och med beskrivning och fokus på varje steg. Nu ses också möjligheterna mer tydligt. Det är också en hjälp att skärma av de

områden det är mest problem med. Det har blivit mer spännande när de ställs inför det som förut kunde kallas hopplösa fall. Nu försöker vårdpersonalen hitta andra vägar och nya inkörsportar. Inte bara stanna vid första utan tänka efter och tänka nytt, samt gå tillbaka och reflektera.

Deltagarna beskriver också att med BPSD-registret följs de boende på ett annat sätt än tidigare och det upplevs positivt. Det är något som vårdpersonalen tidigare saknat. Den boende uppmärksammas som individ, mer personcentrerat. Deltagarna upplever att det ger vinst för både personalen och personen med demenssjukdom. Att arbeta med registret ger en påminnelse och personalen får tänka till.

Deltagarna menar att de blivit mer delaktiga i arbetet kring alla boende. Vårdpersonalen har mer ingående information om alla boende och inte bara de som de är kontaktperson till. Det har också blivit lättare att arbeta precis lika, som deltagarna anser är viktigt. Personalen har ett genomarbetat individuellt verktyg att arbeta efter.

Positiv känsla hos Vårdpersonalen

Deltagarna beskriver att de känner att de är duktiga och att de gör ett bra jobb. Skattningarna och uppföljningarna ger en bra bild av att de lyckats med sitt arbete. BPSD-registret beskrivs också som ett bra hjälpmedel i omvårdnadsarbetet.

*... och det tror jag att man känner, det är en belöning man får i arbetsgruppen
(Informant 6).*

Deltagarna upplever också att de får känna sig stolta som vårdpersonal och att de har gjort mycket för de boende så att det har blivit mycket bättre för dem. Vårdpersonalen har också fått bevis på det.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Metoden som valdes var kvalitativ intervjustudie. Enligt Kristensson (2014) är syftet med den typen av studie, att försöka se saker ur deltagarens synvinkel vilket författaren gjort genom att utföra djupare intervjuer. Författaren har tagit del av deras erfarenheter och ur dem utvecklat mening, som Kristensson (2014) också beskriver.

Denna studies urval hade ingen spridning mellan könen. Spridningen i ålder var mellan 37 år och 63 år och vårdpersonalen hade arbetat mellan 18 och 25 år. Svårigheter finns i att avgöra om könsfördelningen hade påverkan på resultatet. Spridningen i ålder och arbetade år, visar på att vårdpersonalen har lång erfarenhet. Författaren upplevde att intervjuerna blev rika. Trots att några av vårdpersonalen hade svårt att prata fritt. Målet var att intervjua sex till tio stycken och det blev sex stycken tillslut. Kanske att det hade kunnat bli ännu bättre, och materialet hade kunnat bli större, om fler intervjuer utförts.

Kvalitativ intervjustudie valdes som metod. I denna studie valdes att intervjua vårdpersonal på Särskilt boende. Intervjuerna var semistrukturerade och intervjuguide användes. Författaren valde att använda tre frågor och sedan ställdes följdfrågor vid behov under intervjuens gång. I några av intervjuerna hade det underlättat om författaren haft en eller ett par frågor till då deltagaren var relativt fåordig. Istället fick författaren ställa många följdfrågor i de fallen. Det kan ha haft påverkan på resultatet då författaren hade möjlighet att styra frågorna.

I en intervjuguide skrivs teman ner i ordningsföljd (Hartman, 2004) Dessa skall sedan bli frågorna till intervjuerna. Intervjuguiden i studien var bra utformad. Frågorna i studien var klara och det var lätt för deltagarna att förstå dem.

Intervjuer kan spelas in på band eller video (Hartman, 2004). Författaren valde att spela in på band. Det fungerade bra förutom vid ett tillfälle då bandet tog slut för tidigt. Dock hade författaren en mobiltelefon som back-up och kunde då använda den istället. Detta påverkade inte resultatet då deltagaren inte märkte av det. Intervjuerna transkriberades sedan ordagrant. Författaren upptäckte i transkriberingen att orden ”mmm” och ”jaa” användes ofta. Detta är något som författaren tagit till sig och funderat över. Kanske hade deltagarna gett mer uttömmande svar om författaren inte hade använt dessa ord så flitigt eller så behövde deltagarna bekräftas i sina svar.

Urvalet som gjordes var bekvämlighetsurval. Författaren använde sig av de personer som först svarade ja. Det blev tillslut sex stycken intervjuer som användes i analysen, där en var sjuksköterska och fem var undersköterskor. Denna typ av urval kan minska generaliserbarheten av studien (Jakobsson 2011). I studien ingick sex deltagare som ingen av dem arbetar på samma enhet som författaren utan på två andra enheter. Det var bra då det annars kunde ha orsakat bias (Polit & Beck, 2012).

Författaren hade en förförståelse för ämnet genom att själv arbeta på ett demensboende där BPSD-registret används, författaren är även administratör och certifierad utbildare i registret. Detta ses som en styrka då författaren är väl insatt i ämnet.

Resultatdiskussion

Demenssjukdom är en sjukdom som ökar med hög ålder (Socialstyrelsen, 2014). Det innebär också att det finns risk att det i framtiden behövs fler särskilda boenden för personer med demenssjukdom i Sverige. Att arbeta på ett demensboende är givande, spännande och utmanande enligt författaren, och det kräver att det finns en struktur i arbetet och en tanke bakom det som görs (Skovdahl et al., 2004). Då det finns ett register som hjälper till på vägen till detta, ville författaren undersöka hur vårdpersonalens upplevelse av att arbeta med det registret var och vilka för och nackdelar det finns med det. Det blev också syftet till studien. Att undersöka hur vårdpersonalens upplevelse var av att arbeta med BPSD-registret.

I analysen av resultatet kom författaren fram till tre kategorier som var: *Upplevelsen av genomföra BPSD-skattningar*, *Hinder och möjligheter i arbetet med BPSD-registret* och *Upplevelsen av att använda BPSD-registret som arbetsverktyg*.

Ungefär 90 procent av personerna med demens drabbas av BPSD-symptom och det är vanligast i medelfasen och den svåra fasen av demenssjukdomen (Cerejeira et al., 2012). Att då ha ett arbetsverktyg att använda sig av i arbetet med dessa personer är mycket uppskattat. Det kan ses i resultatet av denna studie. I omvårdnaden av personer med demenssjukdom står

inriktningen inte mot att bota sjukdomen utan att underlätta för personerna i vardagen och att ge god livskvalitet (Socialstyrelsen, 2010). Genom att använda BPSD-registret och göra skattningar av personerna med demenssjukdom görs noggranna genomgångar av varje person och systematiskt gås symptomen, bemötandet och åtgärderna igenom. Det upplever deltagarna i studien leder till att det underlättar för personerna med demens i deras vardag, och att de då får en bättre livskvalitet. Med hjälp av BPSD-registret kan även anhöriga få djupare insyn i vårdpersonalens arbete med personerna med demens. Detta kan lugna de anhörigas oro och de kan få känna en större delaktighet i vården om deras anhöriga.

Vårdpersonalen får med hjälp av BPSD-registret mer kunskaper om de boende som de vårdar. De får också fram information om den boendes behov av samspel med andra, vad de tycker om för aktiviteter och information om resurser och förmågor. Utifrån dessa delar kan omvårdnadens genomförande skapas (Edberg, 2011). Personer med demens kan känna sig kränkta både om de kognitiva förmågorna underskattas och överskattas. Därför behöver vårdpersonalen försöka förstå hur världen ter sig för personen med demenssjukdom som vårdas (Basun et al., 2013). I studien upplever deltagarna att de lär känna personerna med demenssjukdom mer och att de får tänka efter på vilket sätt de bör bli bemötta. Det skrivs en ingående bemötandeplan av alla personerna med demenssjukdom och det underlättar mycket i mötet beskriver deltagarna. Risken blir mindre att den boende känner sig kränkt.

Teamarbete rangordnas av Socialstyrelsen (2010) och har prioritet två. Då BPSD-registret används, kommer det fram i studien, att teamarbete är av stor vikt för deltagarna. Det ger en större bredd, fler infallsvinklar och olika erfarenhetsutbyten i skattningarna som utförs. Författaren ser det som en styrka i användandet av BPSD-registret att teamarbete används så tydligt. Det ökar förtroendet för att skattningarna blir så nära verkligheten som möjligt.

Feedback, praktisk träning och långsiktig utbildning har högsta prioritet. Socialstyrelsens (2010) rangordning. Då vårdpersonalen arbetar med BPSD-registret får de praktisk träning då de följer och utför vårdåtgärder samt aktiviteter med personerna med demenssjukdom. De får också feedback i form av uppföljningarna som görs i registret. De i vårdpersonalen som utbildas till administratörer i BPSD-registret får också en utbildning i demenssjukdomar, omvårdnad samt bemötande vid demens. Det ger vårdpersonalen gedigen kunskap och ger en del i personalens långsiktiga utbildning. Edberg (2011) menar att för att kunna bedriva individuellt anpassad omvårdnad behövs utbildning av personalen, teamarbete med andra professioner och handledning.

Personcentrerad omvårdnad tillämpas med hjälp av BPSD-registret kommer det fram i studien. Deltagarna beskriver att de ser till varje person nu, och att det viktiga i omvårdnaden av personer med demenssjukdom är att de behandlas utefter sin egen person. Alltså inte lika som alla andra. Med hjälp av BPSD-registret tittas det på alla personens olika delar och annat än själva demenssjukdomen sätts i fokus. I Basun et al. (2013) sägs att genom att göra omvårdnaden och vårdmiljön mer personlig ökar tilliten, integriteten, självständigheten och initiativförmågan, samt minskar agitationen, bland mycket annat. Bradley et al. (2015) såg i sin studie att sociala och psykologiska aspekter av vården, särskilt samspelet mellan miljön, personalen och den boende var lika viktigt för kvaliteten på vården som de fysiska och hälsorelaterade aspekterna. Då skattningarna görs i BPSD-registret gås både vårdmiljö och omvårdnad igenom grundligt. Detta leder till en mer personcentrerad vård för personerna med demenssjukdom.

Symptom vid BPSD kan vara aggression, oro, nedstämdhet och apati. Dessa symptom kan bero på andra bakomliggande orsaker som att tillvaron inte är tillräckligt meningsfull, eller att aktivering eller sysselsättning saknas (Edberg, 2011). Det kan också vara andra orsaker som

ligger bakom BPSD-symptomen, exempelvis över- och understimulering, depression, trötthet, smärta eller fysisk sjukdom (Cerejeira et al., 2012, Granvik et al., 2014). Det är då viktigt att analysera och bedöma personen med demens grundläggande, för att hitta åtgärder mot detta (Basun et al., 2013, Granvik et al., 2014). Det är här BPSD-registrets skattningar kommer till stor nytta.

BPSD-registret är enligt deltagarna ett enkelt och lättförståeligt verktyg att arbeta med. Det hjälper vårdpersonalen att gå på djupet med problemet. Deltagarna i studien menade alla att BPSD-registret hade gjort att vårdpersonalen fått ett annat sätt att tänka på i arbetet med personer med demenssjukdom. Nu försöker de hitta bakomliggande orsaker till problemen eller BPSD-symptomen, istället för att bara fokusera på svårigheten med själva symptomet.

Olika åtgärder används för att försöka hindra BPSD-symptomen att komma. Enligt Ando et al. (2013) kan till exempel musik reducera stress hos personer med svår demenssjukdom. Andra åtgärder kan också vara förändring av miljön och aromaterapi (Cerejeira et al., 2012) eller massage, ljudmiljö och promenader (BPSD, 2015). Enligt deltagarna är BPSD-registret till stor hjälp för att hitta åtgärder. De beskriver att olika åtgärder provas och utvärderas och vårdpersonalen får svart på vitt vad som fungerar för just den personen. Deltagarna ser det som en stor fördel. De kan också få fram och visa för chefer och anhöriga vad som verkligen gjorts för varje person. Traditionellt har BPSD-symptomen behandlats med läkemedel (Barrett et al., 2014). Så är även deltagarnas upplevelse att det varit. Nu ser deltagarna dock att fokus först hamnar på omvårdnadsåtgärder och inte på farmakologiska åtgärder. Tidigare såg de ofta läkemedel som första och enda lösningen. Alla deltagare tycker att det är bra att de har ändrat synsätt. En av deltagarna beskriver det som det bästa med hela registret.

BPSD-registret bygger på de nationella riktlinjerna (Socialstyrelsen, 2010). Meningen är att struktur och teamarbete skall uppnås (BPSD, 2015). Detta är något som är återkommande i deltagarnas upplevelse av BPSD-registret, att det hjälper till att få struktur på arbetet och att det kräver teamarbete, vilket av deltagarna upplevs som positivt. De nämner också att kvaliteten av omvårdnaden blir bättre, vilket är ett mål för BPSD-registret (BPSD, 2015)

Vårdpersonalen skiljer sig i sina känslomässiga reaktioner när de står inför liknande problem (Aalten et al., 2005). De upplever dock att en bättre struktur i arbetet med personer med demens uppnås med hjälp av BPSD-registret. Detta är något som BPSD-registret arbetar med i sitt sätt att skatta personerna med NPI-skalan (BPSD 2015). Skattningen görs tillsammans i team enligt deltagarna, genom intervju (Cummings et al., 1994). Ibland med administratör, sjuksköterska och undersköterska och ibland med administratör och undersköterska. Deltagarna upplever att det påverkar personalens förmåga till teamarbete positivt. De tycker att det är bra när de är fler under skattningen.

I skattningen ingår också att göra en analys av vilka tänkbara orsaker som kan ligga bakom symptomen (BPSD 2015). Denna del upplever deltagarna som svår att få att få gjort. Ibland gör de det lite på känn. Det är också den här delen som sjuksköterskan för det mesta är inblandad i. Detta är en del av skattningen som deltagarna tycker att de måste bli bättre på.

Då ovanstående är gjort görs åtgärder och bemötandeplan (BPSD 2015). Bemötandeplanen tycker flera av deltagarna är det som är det viktigaste. De upplever att de får ett verktyg som hjälper vårdpersonalen att göra lika med personen med demens. Det blir då inte så att personalen använder sina egna metoder, utan bemötandet blir detsamma oavsett. Deltagarna beskriver att det finns mycket att vinna på att arbeta så. Ibland kan en bemötandeplan behöva revideras vilket inte ses som något problem utan det viktiga är att det blir rätt för personen med demens.

Slutligen görs åtgärder (BPSD, 2015) som också dessa, provas ut individuellt. Viktigt att vara konsekvent i användandet av åtgärder för att kunna utvärdera sedan. Som det ser ut nu så har deltagarna ingen erfarenhet av att använda signeringslistor som verktyg för att kolla att åtgärder blir gjorda och för att lättare kunna utvärdera.

Planera tiden då skattningarna ska göras upplever deltagarna är viktigt. Också att planera arbetsdagen, den dagen skattningen skall göras anses viktigt. Detta för att de verkligen ska bli gjorda utan för mycket tidspress. Deltagarna beskriver att det är viktigt att få ut informationen till all personal och även till vikarier när ny skattning är gjord. Detta ser de som en svårighet. De har en pärm nu som skattningarna samlas i och det fungerar bra. De sätter också en lapp i pärmen att ny skattning är gjord, så att alla ska se det. Dock upplever deltagarna ändå att vårdpersonal ibland missar att läsa och ta del av informationen. Detta är ett problem tycker de flesta deltagarna. Därför är det något som de ska fortsätta att arbeta med.

Tiden kan ibland vara ett problem. Att hinna göra skattningar. Dock leder strukturen till att skattningarna blir effektiva och att det tar mindre tid. Att planera i tid, skattningar och uppföljningar, viktigt för att frigöra tid.

Deltagarna beskriver att de upplever att BPSD-registret gjort att de kan känna att de är duktiga på det arbete de gör. Skattningarna ger dem bekräftelse och är ett positivt hjälpmedel. De känner sig stolta över att de gör gott för personerna med demens. Detta är också en upplevelse författaren får av deltagarnas beskrivning av BPSD-registret. Att så många upplever det positivt att använda det och att det gör nytta för så många. Självklart för personerna med demens men även för personalen, chefer och anhöriga.

Slutsats

I studien framkom att BPSD-registret var till stor nytta för personalen i deras arbete med personer med demens. Det hjälpte personalen att strukturera upp arbetet och att använda omvårdnadsåtgärder i första hand. BPSD-registret bidrog också till att teamarbete användes i större utsträckning kring personen med demens, samt att det var ett bra arbetssätt att visa upp för anhöriga för att få dem mer delaktiga. I och med användandet av BPSD-registret ökar den personcentrerade omvårdnaden och blir en naturlig del av arbetet. Mer forskning behövs om BPSD-registrets betydelse i arbetet med personer med demens, för att få en ökad kunskap om dess användningsområde som arbetsverktyg inom demensvården.

Klinisk tillämpbarhet

Denna studie kan användas i demensvården som en hjälp i implementeringen av BPSD-registret i verksamheterna. Då den beskriver upplevelser av vårdpersonalen själva kan den ha extra tyngd i jämförelse med enbart beskrivning från BPSD-registret. Studien tar också upp hinder och möjligheter som kan vara bra att tänka på och ta ställning till när skattningar börjar genomföras.

REFERENSER

- Aalten, P., de Vugt, M.E., Jaspers, N., Lousberg, R. & Verhey F.R. (2005). A prospective study of the effects of behavioral symptoms on the institutionalization of patients with dementia. *International Psychogeriatrics*, 17 : 577-589. doi: 10.1017/S1041610205002292
- Abrahamsson. B. (2007). *Demens – omsorg och omvårdnad*. Malmö: Bonniers Utbildning
- Ando, H., Sakamoto, M. & Tsutou, A. (2013). Comparing the effects of different individualized music interventions for elderly individuals with severe dementia. *International Psychogeriatrics*, 25(5). 775-784. doi: 10.1017/S1041610212002256
- Barrett, S., Beattie, E., Cooke, M-L., Moyle, W., O'Dwyer, S. T. & Shum, D. H.K. (2014). Foot massage versus quiet presence on agitation and mood in people with dementia: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 51(6). 856-864. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.10.019
- Basun, H., Skog, M., Wahlund, L.-O. & Wijk, H. (2013). *Boken om demenssjukdomar*. Stockholm: Liber AB.
- BPSD-registret. (2015). *BPSD-registret*. Hämtad 2 dec 2015, <http://www.bpsd.se/om-bpsd-registret/om-svenskt-bpsd-register/>
- Bradley, C., Crotty, M., Killington, M., Milte, R., Ratcliffe, J. & Shulver, W. (2015). Quality in residential care from the perspective of people living with dementia: The importance of personhood. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 63: 9-17.
- Cardoso-Buchain, P., Cotting Homem de Mello, P., Dias-Barbosa-Vizzotto, A., L. Celestino, D., Martini de Oliveira, A., Radanovic, M., Stella, F., V. Forlenza, O., & V. Piersol, C. (2015). Nonpharmacological interventions to reduce behavioral and psychological symptoms of dementia: A Systematic Review. *BioMed Research International*, 2015, 9 pages. doi:10.1155/2015/218980
- Carroll, J., & Qualls, S. H. (2014). Moving into senior housing: Adapting the old, embracing the new. *Generations*. 38(1), 42-47.
- Cerejeira, J., Lagarto, L. & Mukaetova-Ladinska, E.B. (2012). Behavioral and psychological symptoms of Dementia. *Frontiers in Neurology*, 7(3)73. doi: 10.3389/fneur.2012.00073
- Chang, F-Y., Huang, H-C., Lin, K-C., & Lin, L-C. (2010). The effect of a music programme during lunchtime on the problem behavior of the older residents with dementia at an institution in Taiwan. *Journal of clinical nursing*, 19, 939-948.
- Codex. (2015). *Forskningsetiska principer inom humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad den 2015-12-09 från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
- Cornman, C., Kahle-Wroblewski, K., Lane, M., Miller, M. C., Sarsour, K. & Porter, C. N. (2016). The influence of caregivers and behavioral and psychological symptoms on nursing

home placement of persons with Alzheimer's disease: A matched case-control study. *SAGE open medicin*, 4, 1-9. Doi 10.1177/2050312116661877

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

Cummings, J. L. (1997). The Neuropsychiatric Inventory: Assessing psychopathology in dementia patients. *Neurology*, 48, S10-S16.

Demenscentrum (2016). *Demenssjukdomar*. Hämtad 2016-10-20 från <http://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Demenssjukdomarna/>

Edberg, A-K. (2011). *Att möta personer med demens*. Lund: Studentlitteratur.

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I-L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L-E., Rosén, H., Rydmark, M. & Stibrant Sunnerhagen, K. (2011). Personcentered care – ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10, 248-251.

Forsberg, C., Wengström, Y. (2014). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24 (2), 105-112.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär, & B. Höglund-Nielsen (red). (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Granvik, E., Mayer, S., Minthon, L. & Nägga, K. (2014). Improved quality of life by active intervention with Swedish BPSD registry. *Alzheimer's and Dementia –The journal of the Alzheimer's Association*, 10 (4). DOI: 10.1016/j.jalz.2014.04.088

Hartman, J. (2004). *Vetenskapligt tänkande. Från kunskapsteori till metodteori*. Lund: Studentlitteratur.

Jakobsson, U. (2011). *Forskningens termer & begrepp – en ordbok*. Lund: Studentlitteratur.

Kakkori, L. (2009). Hermeneutics and Phenomenology Problems when applying Hermeneutic phenomenological Method in Educational qualitative research. *Paideusis*, 18 (2), 19-27.

Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered – The person comes first*. Glasgow: Open University Press

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.

Kvale, S. & Brinkman, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

- Nationalencyklopedin (2016). *Upplevelse*. Hämtad den 2016-10-20 från <http://www.ne.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/upplevelse>
- Nationella kvalitetsregister (2016). *Om nationella kvalitetsregister*. Hämtad den 2016-02-06 från <http://www.kvalitetsregister.se/tjanster/omnationellakvalitetsregister.1990.html>
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (9th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Skovdahl, K., Kihlgren, A.L. & Kihlgren, M. (2004). Dementia and aggressiveness: Stimulated recall interviews with caregivers after video-recorded interactions. *Journal of Clinical Nursing* 13:515-525.
- Socialstyrelsen. (2010). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 – stöd för styrning och ledning*. Västerås: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014). *Nationell utvärdering – vård och omsorg vid demenssjukdom*. Hämtad den 2015-12-08 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19331/2014-2-4.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening (2016). *Svensk sjuksköterskeförening om personcentrerad vård*. Hämtad den 2016-10-15 från <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/SSF-om/Personcentrerad-varld/>
- Svenskt demenscentrum (2017). *NPI-skalan*. Hämtad 2017-01-08 från <http://www.demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/Verktyg/Skattningsskalor-instrument/NPI--Neuropsychiatric-Inventory/>
- Synonymer (2016). *Upplevelse*. Hämtad 2016-10-20 från <http://www.synonymer.se/?query=upplevelse>
- WHO (2012). *Dementia: a public health priority*. Hämtad 2016-10-15 från http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/
- Zwijssen, S. A., Kabboord, A., Eefsting, J.A., Hertogh, C. M. P. M., Pot, A.M., Gerritsen, D. L., & Smalbrugge, M. (2013). Nurses in distress? An explorative study into the relation between distress and individual neuropsychiatric symptoms of people with dementia in nursing homes. *International journal of geriatric psychiatry*, 29, 384-391

INTERVJUGUIDE

Inledningsvis samlas information in om informantens kön, ålder, utbildning, hur länge informanten arbetat med BPSD-registret och hur länge denne har arbetat inom vården.

Intervjufrågor:

1. Hur används BPSD-registret på din arbetsplats?
2. Hur upplever du att det är att arbeta med BPSD-registret?
3. Finns det något som du skulle vilja lyfta fram som förbättrings/förändringsförslag?

Följdfrågor:

1. Kan du utveckla det mer?
2. Hur menar du då?

Till verksamhetschef

Jag heter XXX och är sjuksköterska. Jag studerar på **Specialistsjuksköterskeprogrammet** inriktning demens, vid Sophiahemmet Högskola. I mitt självständiga arbete, omfattande 15 poäng, har jag valt att studera: Vårdpersonalens upplevelse av att arbeta med BPSD-registret. Jag är därför intresserad av få genomföra studien vid de vårdboenden i XXX som arbetar aktivt med BPSD-registret.

Om Du godkänner att studien genomförs i din verksamhet, är jag tacksam för Din underskrift av denna bilaga som därefter returneras i bifogat svarskuvert. Om Du har förbehåll vill jag gärna att Du anger detta.

Har Du frågor rörande själva undersökningen är Du välkommen att kontakta mig eller min handledare.

Efter att studien är genomförd och godkänd, kommer den att publiceras på internet på DIVA som är en gemensam portal för publicering av forskningsrapporter och studentarbeten. Forskningsetiska principer kommer att följas strikt, vilket bl.a. innebär att namn i studien (inklusive namn på arbetsplatser) kommer att vara avidentifierade.

Efter godkänd studie kommer jag gärna och presenterar mina resultat för Dig och/eller på arbetsplatsen om Du så önskar.

XXX 2015-XX-XX

Med vänlig hälsning

Student

Handledare

Namnförtydligande

Namnförtydligande, hemvist

tel:

tel:

e-post:

e-post:

Studiens preliminära titel: Vårdpersonalens upplevelse av att arbeta med BPSD-registret.

Syftet med studien är att undersöka vårdpersonalens upplevelse av att arbeta med BPSD-registret.

Problem: Mer än 90 procent av alla personer med demenssjukdom drabbas någon gång av Beteendemässiga och psykiska symptom vid demens, BPSD. Dessa symptom kan medföra lidande för dessa personer, och även för deras anhöriga och för vårdpersonal. Symptomen, eller beteendena som de också kallas, kan anses som störande. Beteendena är en reaktion på något. Traditionellt har dessa symptom behandlats med läkemedel. Genom att använda BPSD-registret som arbetsverktyg kan BPSD-symptomen förebyggas. BPSD-registret kan användas för att uppnå en bättre struktur, implementera tydliga mål, bättre bemötande, uppnå teamarbete och ge mer kunskap om demenssjukdomar. Det är av stor vikt att belysa vårdpersonalens upplevelser av att arbeta med BPSD-registret för att utröna faktorer som kan påverka vårdpersonalens användande av registret. Genom det kan förbättrad användning av BPSD-register erhållas, vilket även leder till en bättre omhändertagande av personer med demenssjukdom och en personcentrerad omvårdnad.

Metoden för det planerade arbetet är intervjuer av sjuksköterskor och undersköterskor.

Önskemål från Din verksamhet: Jag önskar kunna intervjua 4-6 st undersköterskor i din verksamhet. Intervjuerna, som beräknas ta 20-40 min, önskar jag genomföra i lokaler på respektive enhet och i anslutning till de intervjuades arbetspass. Det är även ett önskemål att intervjuerna kan ske på arbetstid. Intervjuerna kommer att ljud-upptas. Jag planerar att genomföra intervjuerna under januari-februari 2015. Alla personer som ska intervjuas kommer att få skriftlig information och deltagande kommer att vara frivilligt. Jag kommer även att kunna ge muntlig information på Arbetsplatsträffar vid önskemål om detta. Forskningsetiska principer kommer att följas.

Samtycke:

Jag samtycker till att studien genomförs på det sätt som beskrivits i detta dokument

Jag samtycker till att studien genomförs, men med följande förbehåll:

.....
.....

Tyvärr kan jag inte samtycka till att studien genomförs vid min enhet.

Datum

Namn

Namnförtydligande

Enhet

Till verksamhetschef

Jag heter XXX. Jag studerar på **Specialistsjuksköterskeprogrammet** inriktning demens, vid Sophiahemmet Högskola. I mitt självständiga arbete, omfattande 15 poäng, har jag valt att studera: Vårdpersonalens upplevelse av att arbeta med BPSD-registret. Jag är därför intresserad av få genomföra studien vid Hemsjukvården och de SÄBO i XXX, där BPSD-registret används aktivt.

Om Du godkänner att studien genomförs i din verksamhet, är jag tacksam för Din underskrift av denna bilaga som därefter returneras i bifogat svarskuvert. Om Du har förbehåll vill jag gärna att Du anger detta.

Har Du frågor rörande själva undersökningen är Du välkommen att kontakta mig eller min handledare.

Efter att studien är genomförd och godkänd, kommer den att publiceras på internet på DIVA som är en gemensam portal för publicering av forskningsrapporter och studentarbeten. Forskningsetiska principer kommer att följas strikt, vilket bl.a. innebär att namn i studien (inklusive namn på arbetsplatser) kommer att vara avidentifierade.

Efter godkänd studie kommer jag gärna och presenterar mina resultat för Dig och/eller på arbetsplatsen om Du så önskar.

Motala 2015-XX-XX

Med vänlig hälsning

Student

Handledare

Namnförtydligande

Namnförtydligande, hemvist

tel:

tel:

e-post:

e-post:

Studiens preliminära titel: Vårdpersonalens upplevelse av att arbeta med BPSD-registret.

Syftet med studien är att undersöka vårdpersonalens upplevelse av att arbeta med BPSD-registret.

Problem: Mer än 90 procent av alla personer med demenssjukdom drabbas någon gång av Beteendemässiga och psykiska symptom vid demens, BPSD. Dessa symptom kan medföra lidande för dessa personer, och även för deras anhöriga och för vårdpersonal. Symptomen, eller beteendena som de också kallas, kan anses som störande. Beteendena är en reaktion på något. Traditionellt har dessa symptom behandlats med läkemedel. Genom att använda BPSD-registret som arbetsverktyg kan BPSD-symptomen förebyggas. BPSD-registret kan användas för att uppnå en bättre struktur, implementera tydliga mål, bättre bemötande, uppnå teamarbete och ge mer kunskap om demenssjukdomar. Det är av stor vikt att belysa vårdpersonalens upplevelser av att arbeta med BPSD-registret för att utröna faktorer som kan påverka vårdpersonalens användande av registret. Genom det kan förbättrad användning av BPSD-register erhållas, vilket även leder till en bättre omhändertagande av personer med demenssjukdom och en personcentrerad omvårdnad.

Metoden för det planerade arbetet är intervjuer av sjuksköterskor och undersköterskor.

Önskemål från Din verksamhet: Jag önskar kunna intervjua 4-6 st undersköterskor i din verksamhet. Intervjuerna, som beräknas ta 20-40 min, önskar jag genomföra i lokaler på respektive enhet och i anslutning till de intervjuades arbetspass. Det är även ett önskemål att intervjuerna kan ske på arbetstid. Intervjuerna kommer att ljud-upptas. Jag planerar att genomföra intervjuerna under januari-februari 2015. Alla personer som ska intervjuas kommer att få skriftlig information och deltagande kommer att vara frivilligt. Jag kommer även att kunna ge muntlig information på Arbetsplatsträffar vid önskemål om detta. Forskningsetiska principer kommer att följas.

Samtycke:

Jag samtycker till att studien genomförs på det sätt som beskrivits i detta dokument

Jag samtycker till att studien genomförs, men med följande förbehåll:

.....
.....

Tyvärr kan jag inte samtycka till att studien genomförs vid min enhet.

Datum

Namn

Namnförtydligande

Enhet

Inbjudan till att delta i en studie om ”vårdpersonalens upplevelse av att arbeta med BPSD-registret”.

Som en del i pågående magisterutbildning genomför jag en studie för att undersöka hur vårdpersonal upplever att det är att arbeta med BPSD-registret.

Bakgrund

Mer än 90 procent av alla personer med demens drabbas någon gång av Beteendemässiga och psykiska symptom vid demens, BPSD. Dessa symptom orsakar ofta lidande för dessa personer, men även för deras anhöriga och för vårdpersonal. Symptomen, eller beteendena som de också kallas, anses ofta som störande. Beteendena är ofta en reaktion på något. Traditionellt har dessa symptom behandlats med läkemedel. Genom att använda BPSD-registret som arbetsverktyg kan man många gånger förebygga BPSD-symptomen. BPSD-registret kan användas för att uppnå en bättre struktur, implementera tydliga mål, bättre bemötande, uppnå teamarbete och ge mer kunskap om demenssjukdomar. Det följer de Nationella riktlinjerna och arbetar för en personcentrerad vård.

Syfte

Syftet med studien är att undersöka vårdpersonalens upplevelse av att använda BPSD-registret.

Förfrågan om deltagande

Du tillfrågas i egenskap av vårdpersonal att delta i denna studie. Målgrupp för studien är sjuksköterskor och undersköterskor som har arbetat aktivt med BPSD-registret i minst ett år. Du behöver inte vara administratör.

Hur går studien till?

Studien kommer att genomföras i intervjuform. Plats för intervjun kommer att vara din arbetsplats eller annan plats som du väljer själv. Intervjun beräknas ta 20-40 minuter, den kommer att spelas in på band och skrivs ut i pappersform. Den kommer sedan ligga till grund för studien tillsammans övriga intervjuer.

Hantering av data och sekretess

Det är endast undertecknad och handledare som kommer kunna ta del av insamlad data. Data som kommer fram kommer att avkodas och deltagarna hålls anonyma. Deltagandet är helt frivilligt och du kan när som helst avbryta deltagandet genom att meddela mig. Ingen förklaring krävs och det kommer inte få några negativa konsekvenser. Efter att studien är genomförd och godkänd, kommer den att publiceras på internet på DIVA som är en gemensam portal för publicering av forskningsrapporter och studentarbeten. Forskningsetiska principer kommer att följas strikt, namn i studien (inklusive namn på arbetsplatser) kommer att vara avidentifierade.

Kontakta mig gärna för mer information och anmäl Ert intresse!

XXX

Samtyckesformulär

Jag har tagit del av informationen, fått tillfälle att ställa frågor som jag fått besvarade, och samtycker till att delta i studien. Jag samtycker även till att mina personuppgifter hanteras enligt personuppgiftslagen (PUL 1998:204).

.....
Ort och Datum

.....
Underskrift forskningsperson

.....
Namnförtydligande

.....
Ort och datum

.....
Underskrift projekt (forsknings-) ansvarig

.....
Namnförtydligande