



HÖGSKOLAN
I HALMSTAD

MAGISTERUPPSATS

Omvårdnad, 30 p



Symtom och omvårdnadsåtgärder bland personer med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens

-en registerstudie

Mersiha Grozdanic och Linda Gustafsson

Omvårdnad, 30 p

Halmstad 150616

Symtom och omvårdnadsåtgärder bland personer med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens

- en registerstudie

Mersiha Grozdanic

Linda Gustafsson

Omvårdnad 30 hp, avancerad nivå
Vetenskapligt arbete, 15 hp
Vt 2015

Akademien för hälsa och välfärd
Högskolan i Halmstad Box 823
301 18 Halmstad

Symptoms and nursing interventions among people with behavioral and psychological symptoms of dementia

– a register study

Mersiha Grozdanic

Linda Gustafsson

Nursing Thesis 15 ECTS credits
Advanced level
Spring 2015

School of Health and Welfare
University of Halmstad P.O. 823
301 18 Halmstad

Titel: Symtom och omvårdnadsåtgärder bland personer med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens - en registerstudie

Författare: Mersiha Grozdanic, legitimerad sjuksköterska
Linda Gustafsson, legitimerad sjuksköterska

Sektion: Akedemin för hälsa och välfärd, Högskolan i Halmstad
Box 823, 301 18 Halmstad

Handledare: Kristina Ziegert, Universitetslektor Omvårdnad, Med.Dr, Docent
Margareta Pejner, Med.Dr, Universitetslektor vårdvetenskap

Examinator: Barbro Boström, Med.Dr, Universitetslektor vårdvetenskap

Tid: Vårtermin 2015

Sidantal: 13

Nyckelord: Beteendemässiga och psykiska symtom, BPSD-registret, omvårdnadsåtgärder.

Sammanfattning: I Sverige finns det ca 150 000 personer som lider av demenssjukdom. Hos 90 procent av dessa förekommer beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD). BPSD avser symtom som vanföreställningar, hallucinationer, agitation, depression, ångest, upprymdhet, apati, hämningsslöshet, irritabilitet, motoriskt avvikande, sömnproblem och aptit. Syftet med studien var att kartlägga registrerade omvårdnadsåtgärder relaterade till beteendemässiga och psykiska symtom vid demens skattade i tre kommuner i sydvästra Sverige. Studien är en deskriptiv retrospektiv registerstudie som studerar historiska mätdata inmatad i BPSD-registret, gällande beteendemässiga och psykiska symtom vid demens samt dess omvårdnadsåtgärder. Studien innefattar registreringar på personer med demenssjukdom och beskrivs kvantitativt. Urvalet i studien är de registreringar där personerna erhållit omvårdnadsåtgärder för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens i de tre kommunerna mellan åren 2011-2014. Sammanlagt inkluderades 621 registreringar. Symtomen som visade sig vara mest frekventa vid skattningarna var agitation, irritabilitet samt motoriskt avvikande. De mest registrerade omvårdnadsåtgärderna vid beteendemässiga och psykiska symtom vid demens visade sig vara, lugn ljudmiljö, massage, fysisk aktivitet och musik. Det behövs mer kunskap om omvårdnadsåtgärder och hur dessa kan underlätta symtomen och öka livskvaliteten för personer med demenssjukdom.

Titel: Symptoms and nursing interventions among people with behavioral and psychological symptoms of dementia – a register study

Author: Mersiha Grozdanic, legitimerad sjuksköterska
Linda Gustafsson, legitimerad sjuksköterska

Department: School of Health and Welfare, University of Halmstad
P.O. 823, 301 18 Halmstad

Supervisor: Kristina Ziegert PhD, associate professor Margareta Pejner, PhD, senior lecture

Examiner: Barbro Boström, PhD, senior lecture

Period: Spring 2015

Pages: 13

Keywords: Behavioral and psychological symptoms, BPSD – register, nursing interventions.

Abstract: About 150 000 people in Sweden are suffering from dementia. 90 percent of these experience behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD). BPSD refers to symptoms such as delusions, hallucinations, agitation, depression, anxiety, euphoria, apathy, disinhibition, irritability, aberrant motor behavior, problem sleeping and problems with appetite. The goal of this study was to identify the registered nursing measures related to behavioral and psychological symptoms of dementia estimated in three municipalities in southwestern Sweden. The study is a descriptive retrospective registry study that looks at historical data in the BPSD registry with regard to behavioral and psychological symptoms of dementia and its nursing measures. The study is described quantitatively and includes registrations of people with dementia. The selected records in the study are those where people received nursing interventions for behavioral and psychological symptoms of dementia in the three municipalities between the years 2011-2014. 621 registrations were included. The symptoms that turned out to be most frequent in the estimates were agitation, irritability, and aberrant motor behavior. Most registered nursing measures in behavioral and psychological symptoms of dementia included quiet environment, massage, physical activity and music. More knowledge is needed about the nursing interventions and how these can facilitate the symptoms and increase quality of life for people with dementia.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Demenssjukdomar	1
Nationellt kvalitetsregister – BPSD.....	3
Omvårdnad	4
Teoretisk referensram	5
Problemformulering	6
Syfte	6
Frågeställningar:	6
Metod	6
Design.....	6
Urval	6
Datainsamling	7
Databearbetning	7
Forskningsetiska överväganden	7
Resultat	7
Hur många av skattningarna har lett till insatta omvårdnadsåtgärder?.....	7
Vilka är de mest frekventa symtomen?.....	8
Hur ser fördelningen ut mellan de registrerade omvårdnadsåtgärderna.....	8
Vilka är de vanligaste omvårdnadsåtgärderna vid de mest frekventa symtomen?.....	9
Kan en specifik omvårdnadsåtgärd kopplas till ett specifikt symptom?.....	10
Diskussion	10
Metoddiskussion	10
Resultatdiskussion	11
Konklusion	13
Implikation	13
Referenser	
Bilaga	

Inledning

I Sverige finns det ca 150 000 personer som lider av demenssjukdom. Vanligast är att personer över 65 år drabbas men demenssjukdom förekommer även före 65 års ålder. År 2007 låg samhällskostnaderna för demenssjukdomarna runt 50 miljarder kronor i Sverige varav kommunerna stod för 85 %, landstingen 5 % och närstående för 10 % (Socialstyrelsen, 2010; Wimo, Johansson & Jönsson, 2009).

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) förekommer hos 9 av 10 personer med demenssjukdom och innebär ett stort lidande för de drabbade och deras anhöriga. Förekomst av BPSD innebär försämrade livskvalité och är en vanlig orsak till behov av förflyttning till särskilt boende. Det är även vanligt att läkemedelsförskrivning ökar i samband med BPSD vilket inte sällan innebär negativa effekter och biverkningar som utan adekvat uppföljning av läkemedlets avsedda effekt leder till ett onödigt lidande för personerna (Socialstyrelsen, 2010; Tadros et al., 2011).

Bakomliggande orsaker till BPSD skall i första hand utredas och behandlas med omvårdnadsinsatser. Efter att omvårdnadsinsatserna har prövats utan tillräckligt visad effekt kan läkemedelsbehandling erbjudas. Läkemedelsbehandling ska i första hand ske enbart vid akuta situationer. (Nilamadhab, 2009). Cerejeira, Lagarto & Mukaetova-Ladinska (2012) och Omelan (2006) anser däremot att en kombination av passande läkemedel samt icke farmakologiska insatser är den mest optimala behandlingen för BPSD.

BPSD - registret är ett nationellt kvalitetsregister vars syfte är att kvalitetssäkra och förbättra vården av personer med demenssjukdom genom individuell behandling grundad på diagnos och symtombild (BPSD, 2014; Läkemedelsverket, 2008). Omvårdnadspersonalen kan använda BPSD-registret för att kartlägga den enskilda personens problem och på ett strukturerat sätt planera och sätta in de mest optimala omvårdnadsåtgärder och även utvärdera dessa. Genom omvårdnadsinsatser kan förekomsten av BPSD förebyggas eller minskas. Mer kunskap behövs om omvårdnadsåtgärder och hur dessa kan underlätta symtomen och öka livskvalitén för personer med demenssjukdom.

Bakgrund

Demenssjukdomar

Det finns olika former av demenssjukdomar som enklast delas in i två grupper, primära och sekundära demenssjukdomar. De primära demenssjukdomarna orsakas av fortlöpande nedbrytningsprocesser i hjärnan (Skog, 2009). Det påverkar det centrala nervsystemet i hjärnan och leder till degeneration av dess nervceller. Även andra vävnader i hjärnan skadas och hjärnans kognitiva funktioner försämras (Armanius et al., 2004). De sekundära demenssjukdomarna orsakas av andra sjukdomar och uppstår till följd av dessa. Alzheimers sjukdom räknas till de primära demenssjukdomarna och är den vanligaste formen då den utgör ca 70 % av alla demenstillstånden.

Vaskulär demens ingår i de sekundära demenssjukdomarna och utgör ca 20-25 % av demenssjukdomarna. Den ger en störd blodtillförsel i hjärnan orsakad av blödning eller propp och symtomen varierar beroende på var skadan sitter. Det gemensamma hos de olika

demenssjukdomarna är symtomen med påtagliga försämringar i minnet och tankeförmågan. Ofta försämras kommunikationsförmågan och praktiska förmågor i vardagen, svårigheter att orientera sig till tid, rum och person samt förändringar i personligheten med till exempel aggressivitet och känslomässig avtrubning (Skog, 2009). Ålder är den främsta riskfaktorn och årligen insjuknar runt 24 000 personer i Sverige i demenssjukdom vilket motsvarar ca 8 procent av personer som är över 65 år (Socialstyrelsen, 2010). Det som kännetecknar demenssjukdom är stadigvarande kognitiv nedsättning samt påverkan på personlighet och emotionella funktioner (Läkemedelsverket, 2008; SBU, 2006).

Symtom vid demens kan delas upp i fyra grupper, kognitiv funktionsnedsättning, psykologisk funktionsnedsättning, beteendemässiga symtom och kroppsliga symtom. Dessa symtom är beroende på var i hjärnan skadan finns och hur långt gången demensen är (Skog, 2009). Till de beteendemässiga och psykologiska symtomen räknas vanföreställningar, hallucinationer, agitation, depression, ångest, upprymdhet, apati, hämningslöshet, irritabilitet, motoriskt avvikande, sömnproblem och aptit (Cerejeira et al., 2012).

Beteendeförändringar hos en person med demenssjukdom är ofta det som ställer till problem i tillvaron och inte sällan anledningen till att personen måste flytta till särskilt boende. Hallucinationer beskrivs av Kirkevold (2000) som sinnesupplevelser vilket kan innebära att personen upplever sig se eller höra saker som inte är verkliga. Det kan även handla om lukter, smaker och känslor men den vanligaste och mest förekommande hallucinationen vid demenssjukdom är synhallucination (Armanius et al., 2004).

Kirkevold (2000) förklarar fenomenet vanföreställningar som påståenden eller föreställningar vilka inte är sanna men som är svåra att motbevisa då den som upplever dessa uppfattar dem som verkliga. Vanföreställningar är en vanlig anledning till att den demenssjuke personen isolerar sig. Armanius et al. (2004) menar att det här handlar om att tillsätta åtgärder av psykosocial karaktär för att häva och förebygga den isolering som fenomenet ofta innebär för personen.

Agitation anses enligt Armanius et al. (2004) som kanske det svåraste symtomet för de anhöriga och vårdpersonal. Kirkevold (2000) menar att agitation ofta bottnar i rädsla eller upplevelse av att bli kränkt av någon anledning och kan leda till både fysisk och verbal aggressivitet. Depression är ett sinnestillstånd (Kirkevold, 2000) som karakteriseras av symtom så som nedstämdhet, hjälplöshet och modlöshet. Ångest är en diffus inre känsla av oro och ängslan.

Upprymdhet är motsats till depression och beskrivs enklast som en känsla av lycka. Apati är den vanligaste beteendeförändringen vid demens och kan ingå i depression (Armanius et al., 2004). Enligt Kirkevold (2000) kännetecknas apati av oförmåga att ta initiativ och de som drabbas har ofta en tendens att isolera sig. Hämningslöshet innebär en dålig impuls kontroll och leder inte sällan till konflikter som kan mynna i andra symtom så som irritabilitet. Personen beskrivs då ofta som lättretlig och/eller överkänslig. Motoriskt avvikande kan kännetecknas av vandringsbeteende, rastlöshet och plockighet enligt Kirkevold (2000) och en förklaring till beteendet kan vara en upplevelse av att vara vilse eller som en följd av en hjärnskada.

Orsaker som kan leda till eller förstärka BPSD kan vara hemlängtan, främmande miljö, hög läkemedelsdos, olämpligt läkemedel, felaktigt bemötande, kroppslig symtom så som smärta och obstipation eller hjärnskada (BPSD, 2014; Graneheim-Hällgren, 2010;). Enligt Tadros et

al. (2011) uppkommer BPSD som ett resultat av det komplexa samspelet av orsaker så som demenssjukdomen, den fysiska hälsan, miljön, läkemedel samt den sociala interaktionen.

Vanligast förekommande BPSD har visat sig vara apati, agitation och motoriskt avvikande och dessa symtom har kartlagts utifrån ett skattninginstrument, Neuro Psychiatric Inventory (NPI) (Steffens, Maytan, Helms & Plassman, 2005). Benoit et al. (2003) kartlägger förutom apati även symtomen ångest och depression som mest förekommande symtom. En annan studie visar dock agitation, ångest samt irritabilitet som vanligast förekommande symtom vid BPSD (Prado-Jean et al., 2010). Enligt Steffens (2005) är apati det mest förekommande symtomet men symtom som agitation och motoriskt avvikande är mest besvärliga för individen, svårare att hantera hemma och leder oftare till hospitalisering.

Det förändrade beteendet hos den drabbade personen kan vara svårt för omgivningen att bemöta och de psykiska symtomen kan vara en belastning för personen i form av försämrad livskvalitet (Barton, Merrilees, Ketelle, Wilkins & Miller, 2014). De personer som uppvisar agitation och irritabilitet som symtom oavsett frekvens eller svårighetsgrad orsakar oftast mer påtagliga bekymmer så som nedstämdhet och börda hos vårdgivaren (Matsumotto et al., 2007; Ornstein, 2013). I en annan studie rapporteras förutom agitation även symtom som motoriskt avvikande och sömnproblem som påfrestning och svårighet för vårdgivare (Taameeyapradit, Udomittipong & Teeparak, 2014).

Nationellt kvalitetsregister – BPSD

I Sverige finns för närvarande 81 nationella kvalitetsregister i drift och 24 registerkandidater vars syfte är att utveckla kvalitén i vården genom möjlighet till uppföljning och forskning (Nationella Kvalitetsregister, 2014).

Svenska BPSD-registret har funnits sedan november 2010 och dess syfte är att kvalitetssäkra och förbättra vården för personer med demenssjukdom. Registrets fokus ligger på omvårdnadsåtgärder för personer med diagnosen demens. I registret kartläggs frekvens och allvarlighetsgrad av BPSD, aktuell läkemedelsbehandling, checklista för tänkbara orsaker till BPSD, förslag på evidensbaserade omvårdnadsåtgärder för att minska BPSD samt utvärdering av vidtagna interventioner (BPSD, 2014).

BPSD-registret är uppbyggt för att kvalitetssäkra omvårdnaden för personer med demenssjukdom och uppnå likvärdig vård över hela landet (BPSD, 2014). Strukturen i arbetet med registret bygger på observation av BPSD, analys av eventuella orsaker, införande av lämpliga omvårdnadsåtgärder samt utvärdering av valda åtgärder. Registreringar görs av omvårdnadspersonal. Valet av omvårdnadsåtgärder ska ske utifrån personens behov och situation (Socialstyrelsen, 2010).

Observationen görs med hjälp av skattninginstrumentet NPI som gör det möjligt att bedöma förekomst och allvarlighetsgrad av BPSD (Cumming et al., 1994). Skattningen omfattar 12 områden, hallucinationer, vanföreställningar, agitation, depression, ångest, upprymdhet, apati, hämningslöshet, irritabilitet, motoriskt avvikande beteende, sömn samt aptit- och ätstörningar (Kaufer et al., 2000; BPSD, 2014; Aalten et al., 2007). I NPI presenteras poängen från förekomsten från 0-4 och allvarlighetsgraden 0-3, totalpoängen räknas ut genom att dess poäng multipliceras med varandra vilket resulterar i att totalpoängen per symtom kan variera mellan 0-12. Utvärderingen av valda åtgärder sker med hjälp av en ny NPI-skattning (BPSD, 2014).

Omvårdnad

Omvårdnad är enligt International Council of Nurses etiska kod för sjuksköterskor (Svensk sjuksköterskeförening, 2007) de åtgärder som sjuksköterskan utför för att främja hälsa och förebygga ohälsa, lindra lidande, bevara eller återställa hälsa och välbefinnande samt främja en fridfull död. Relationen mellan den drabbade personen och sjuksköterskan kan vara avgörande i olika vårdsituationer då en positiv interaktion kan lyfta fram det förmågor som fortfarande finns kvar. Tillit och kreativa problemlösningar har stor betydelse för personens unika behov och kapacitet (Armanius et al., 2004).

Omvårdnadsåtgärder kan vara insatser så som stöd, information, skötsel, miljöanpassning, träning, samordning och läkemedelshantering (Ehnfors, Ehrenberg och Thorell-Ekstrand, 2013). Viktiga uppgifter för sjuksköterskan är även att värna om den sjukes autonomi och medbestämmande och se den sjuke personen som en samarbetspartner. Vidare är även att försöka involvera närstående i vården och omsorgen samt bemöta personen som en individ med självkänsla trots de försämrade kognitiva och funktionella förmågor viktiga uppgifter för vårdgivarna (Socialstyrelsen, 2010; Edvardsson, 2010).

Personcentrerad omvårdnad har visat sig vara det optimala sättet att bemöta personen med demens (Clissett, Porock, Harwood & Gladman, 2013; Olazaran-Rodriguez, Aguera-Ortiz & Muniz-Schwochert, 2012). Med personcentrerad omvårdnad menas att det är personen som sätts i fokus med sin upplevelse av verkligheten. Det är viktigt att personalen inom hälso- och sjukvården förstår personen utifrån dennes perspektiv, tar hänsyn till personens självbestämmande, bemöter denne som en individ med självkänsla och rättigheter trots funktionsnedsättningen samt att försöka upprätthålla en god relation. Omvårdnaden ska utgå från information om personens livsmönster, värderingar och preferenser. Det är viktigt att omvårdnaden ingår i en personlig vårdmiljö där psykiska symtom och beteenden ses från den demenssjuke personens livsvärldsperspektiv (Graneheim-Hällgren, 2010; Socialstyrelsen, 2010). Personcentrerad omvårdnad har visat sig ha effekt hos personer med aggressiva och våldsamma symtom (Enmarker, Olsen & Hellzen, 2011).

Socialstyrelsen har utfärdat rekommendationer på omvårdnadsåtgärder som kan lämpa sig bäst vid BPSD och dessa kan användas som stöd för de som fattar beslut om prioriteringar inom omvårdnad. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 har rekommendationerna hög evidens och innefattar anpassning av den fysiska och den psykosociala miljön. En hemlik miljö är viktig eftersom den institutionella miljön förstärker BPSD. Anpassning av den fysiska miljön innebär att inreda rummet med personliga tillhörigheter, skapa lokaler för gemenskap och erbjuda möjlighet att vistas utomhus. Den psykosociala miljön kan anpassas genom att erbjuda möjlighet till meningsfulla aktiviteter och social samvaro utifrån individuella behov. Individanpassade omvårdnadsåtgärder kan vara stöd och uppmuntran vid måltider och toalettbesök, att vid behov ordna med glasögon och hörapparat vilket kan minska desorientering. Genom att tilltala personen långsamt och upprepade gånger minskar konfusion och agitation. Andra omvårdnadsåtgärder som har visat sig ha effekt är sensorisk stimulation så som beröring, massage, aromaterapi, musikerapi, ljusterapi i lugnande, rogivande och smärtlindrande syfte (Cerejeira et al., 2012; Nilamadhab, 2009; Omelan, 2006).

Behandling med läkemedel kan bli aktuell när beprövade omvårdnadsåtgärder inte visat sig ha effekt eller vid uppvisande av svåra beteendemässiga och psykiska symtom (Nilamadhab, 2009; Omelan, 2006). Vilka läkemedel som kan bli aktuella beror på de symtom personen uppvisar. Till exempel: antidepressiva läkemedel (SSRI – preparat) erbjuds vid depression,

memantin vid agitation och aggressivitet, antipsykosmedel vid vanföreställningar och hallucinationer. (Cerejeira et al., 2012; Gillabert, Desmeules, Vogt-Ferrier & Dayer, 2006 Wancata, 2004).

Teoretisk referensram

Virginia Hendersson (1897-1996) såg omvårdnaden som ett eget område och formulerade en teori om omvårdnadens grundprinciper där hon försökte beskriva omvårdnadens ansvarsområden. Hennes definition av teorin lyder:

”Sjuksköterskans speciella arbetsuppgift består i att hjälpa en individ, sjuk eller frisk, att utföra sådana åtgärder som befordrar hälsa eller tillfrisknande (eller en fridfull död); åtgärder individen själv skulle utföra om han hade erforderlig kraft, vilja eller kunskap. Denna arbetsuppgift ska utföras på ett sådant sätt som hjälper individen att så snart som möjligt återvinna sitt oberoende.” (Kirkevold, 2000 s.116) Enligt Henderson innebär hälsa att personen har både psykiska och fysiska resurser, kunskap och vilja. En frisk individ är oberoende och kan själv fatta beslut samt tillgodose sina egna behov. En person som är i behov av hjälp med omvårdnad har bristande kunskap, kraft eller vilja på grund av möjliga eller faktiska problem med hälsan. Detta innebär att personen inte är kapabel att själv fatta beslut eller utföra uppgifter för att tillgodose sina grundläggande behov.

Teorin bygger på att god hälsa är beroende av gemensamma behov hos människan så som kärlek, mat, husrum, kläder, uppskattning, känsla av att vara till nytta och samhörighet. Utifrån de gemensamma mänskliga behoven formulerade Henderson 14 grundläggande punkter vilka enligt henne utgör patientens behov, de mest centrala uppgifterna för omvårdnaden. De första åtta punkterna är knutna till fysiska behov och de sex sistnämnda är av psykologisk natur/karaktär där (Kirkevold, 2000).

Behoven hos alla människor är individuella och påverkas av bland annat kulturell och social bakgrund, personens fysiska och psykiska hälsa, den egna viljan och motivation. Det är därför viktigt att sjuksköterskan lär känna personen och skapar en naturlig relation till denne. För att kunna se och förstå personens grundläggande kroppsliga och känslomässiga behov ska sjuksköterskan observera och aktivt lyssna. Denne ska ge emotionellt stöd i form av lindring och tröst samt vid behov även framträda som ersättare det vill säga utföra åtgärder som personen själv inte behärskar. En omvårdnadsplan med åtgärder ska utformas utifrån personens egna önskemål, tillstånd och andra aktuella faktorer. Åtgärder bör vidtas där både tillgodoseendet av personens behov samt genomförandet av behandlingsåtgärder inklusive medicinska ordinationer blir gjorda. Enligt forskning (Backhouse, Killett, Penhale, Burns & Grey, 2014; Cerejeira et al., 2012) är det vanligt att flera symtom förekommer hos varje person som lider av BPSD och därför rekommenderas flera olika individanpassade omvårdnadsåtgärder samtidigt. Henderson har med sin teori om förhållandet mellan människans grundläggande behov och omvårdnadens funktion skapat en referensram för patientnära arbete (Henderson, 1982; Kirkevold, 2000).

Problemformulering

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens förekommer hos 90 procent av personer med demenssjukdom vilket innebär ett stort lidande för de drabbade. Sjukvården möts dagligen av demenssjuka personer och gör insatser för att arbeta preventivt och lindra BPSD. Genom att känna igen olika BPSD är det lättare att hjälpa den drabbade personen. BPSD-registret är ett verktyg som omvårdnadspersonalen kan använda för att kartlägga den enskilde personens problem det vill säga identifiera symtom och tänkbara orsaker till BPSD och på ett strukturerat sätt planera och sätta in de mest optimala omvårdnadsåtgärder, följa upp och utvärdera dessa. Det behövs mer kunskap om omvårdnadsåtgärder och hur dessa kan underlätta symtomen och öka livskvalitén för personer med demenssjukdom.

Syfte

Syftet med studien var att kartlägga registrerade omvårdnadsåtgärder relaterade till beteendemässiga och psykiska symtom hos personer med demenssjukdom.

Frågeställningar:

- Hur många av skattningarna har lett till insatta omvårdnadsåtgärder?
- Vilka är de mest frekventa symtomen?
- Hur ser fördelningen ut mellan de registrerade omvårdnadsåtgärderna?
- Vilka är de vanligaste omvårdnadsåtgärderna vid de mest frekventa symtomen?
- Kan en specifik omvårdnadsåtgärd kopplas till ett specifikt symtom?

Metod

Design

Studien var en deskriptiv retrospektiv registerstudie, en vetenskaplig studieform där historisk mätdata tas fram och beskrivs (Polit & Beck, 2012).

Urval

Urvalet i studien var samtliga registreringar på personer med demenssjukdom som bor på demensboenden och har registrerats under tiden september 2011 till maj 2014 i tre kommuner i sydvästra Sverige. Urvalet i studien är de registreringar där personerna erhållit omvårdnadsåtgärder för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens.

Datainsamling

Förfrågan om godkännande för inhämtning av data skickades till ansvariga för BPSD-registret i de tre kommuner. Därefter skickades godkännanden tillsammans med ansökan om tillgång till registret till nationell koordinator i BPSD – registret. Data erhöles i Excelfil och var redan avidentifierad genom att personnummer hade ersatts med en personkod.

Databearbetning

Data ur Excelfilen överfördes till statistikprogrammet SPSS 2,0 för databearbetning och presenterades där som deskriptiv statistik. Data analyserades och bearbetades av båda författarna. Materialet lästes av med hjälp av deskriptiv analys (Polit & Beck, 2012). Variablerna som ingick i materialet var tolv beteendemässiga och psykiska symtom samt tio omvårdnadsåtgärder. Dessa variabler kartlades var för sig. Bortfall var de skattningar som registrerats trots avsaknad av symtom och därmed även omvårdnadsåtgärder. Därefter valdes de mest frekventa symtomen och korsanalyserades med de mest registrerade omvårdnadsåtgärderna i SPSS.

Forskningsetiska överväganden

Studien ingår i ett nationellt projekt via Sveriges kommuner och landsting och Svensk sjuksköterskeförening. Etiskt godkännande (diarienummer 2014/1203) för genomförande av studien inhämtades från den lokala etikprövningsnämnden på Högskolan i Halmstad. Tillstånd för att använda de registrerade uppgifterna har inhämtats hos respektive verksamhetschefer i de tre kommunerna. Enligt BPSD-registret har samtliga personer som var registrerade i BPSD-registret samtyckt till att medverka i registret och erhållit både muntlig och skriftlig information kring ändamål. I de fall där den enskilde varit oförmögen att ta ställning ska information enligt BPSD-registret lämnats till anhöriga, god man eller förvaltare. Genom godkännande till medverkan tillåter personen att uppgifterna används i syfte att forska, vårdutveckla samt för statistisk information. All persondata avidentifierades och istället användes systemnummer som inte är spårbara. Etiska aspekter handlar främst om personernas integritet samt hur deras uppgifter skyddas och hanteras. Detta vägs mot den nytta uppgifterna kan göra genom exempelvis forskning (Stjerschantz-Forsberg, 2013). Genom personavidentifieringen elimineras risken att deltagarnas identitet avslöjas (Polit & Beck, 2012).

Resultat

Hur många av skattningar har lett till insatta omvårdnadsåtgärder?

Erhållen data från BPSD registret omfattade tiden mellan maj 2011 och 2014. Under den tiden har 29 personer skattats sammanlagt 655 gånger. Samtliga skattningar lästes av med fokus på de tolv beteendemässiga och psykiska symtomen samt de tio registrerade omvårdnadsåtgärderna. De skattningar som saknade symtom och därmed även

omvårdnadsåtgärder uppgick till 34 stycken och räknades som bortfall. Totalt uppgick då antalet skattningar vilka ledde till registrerade omvårdnadsåtgärder på alla 29 patienter i de valda kommunerna till 621.

Vilka är de mest frekventa symtomen?

De registrerade symtomen i registret var vanföreställningar, hallucinationer, agitation, depression, ångest, upprymdhet, apati, hämningslöshet, irritabilitet, motoriskt avvikande, sömnproblem samt aptit. Symtomen som visade sig vara mest frekventa vid skattningarna var agitation, irritabilitet samt motoriskt avvikande. Agitation var det symptom som var allra mest frekvent och registrerades 435 gånger vilket innebär 70 procent av samtliga 621 skattningar. Irritabilitet registrerades 393 gånger och uppgick till 63,3 procent av samtliga skattningar. Det tredje mest frekventa symtomet var motoriskt avvikande med 56,2 procent och registrerades 349 gånger. Andra symptom som var framträdande med högt antal skattningar var depression (48,5 %), ångest (45,9 %), hämningslöshet (44,4 %), och sömnproblem (40,4 %) (tabell 1).

Tabell 1. Antal symptom vid skattningar

Symtom	Frekvens, n	Procent beräknat på samtliga 621 skattningar
Vanföreställningar	231	37,20%
Hallucinationer	153	24,60%
Agitation	435	70 %
Depression	301	48,50%
Ångest	285	45,90%
Upprymdhet	97	15,60%
Apati	181	29,10%
Hämningslöshet	276	44,40%
Irritabilitet	393	63,30%
Motoriskt avvikande	349	56,20%
Sömnproblem	251	40,40%
Aptit	180	29,00%

Hur ser fördelningen ut mellan de registrerade omvårdnadsåtgärderna?

De omvårdnadsåtgärder som fanns dokumenterade i registret var aktivering, fysisk aktivitet, lugn ljudmiljö, massage, extra stöd vid måltid, extra stöd vid oro, extra stöd annat, utevistelse, övrigt och musik. Extra stöd, annat var den mest dokumenterade omvårdnadsåtgärden och hade dokumenterats vid 573 skattningar vilket innebär 92,3 procent av samtliga 621 skattningar. Ytterligare frekvent dokumenterade omvårdnadsåtgärder var lugn ljudmiljö som dokumenterades 441 gånger (71 %), massage, dokumenterad 435 gånger (70 %) samt fysisk aktivitet, dokumenterad 434 gånger (69,9 %). Spridningen mellan dessa var jämn. Musik som omvårdnadsåtgärd dokumenterades 358 gånger, aktivering dokumenterades 275 gånger, extra stöd vid oro 258 gånger och extra stöd vid måltid ja/nej 231 gånger. Minst dokumenterade

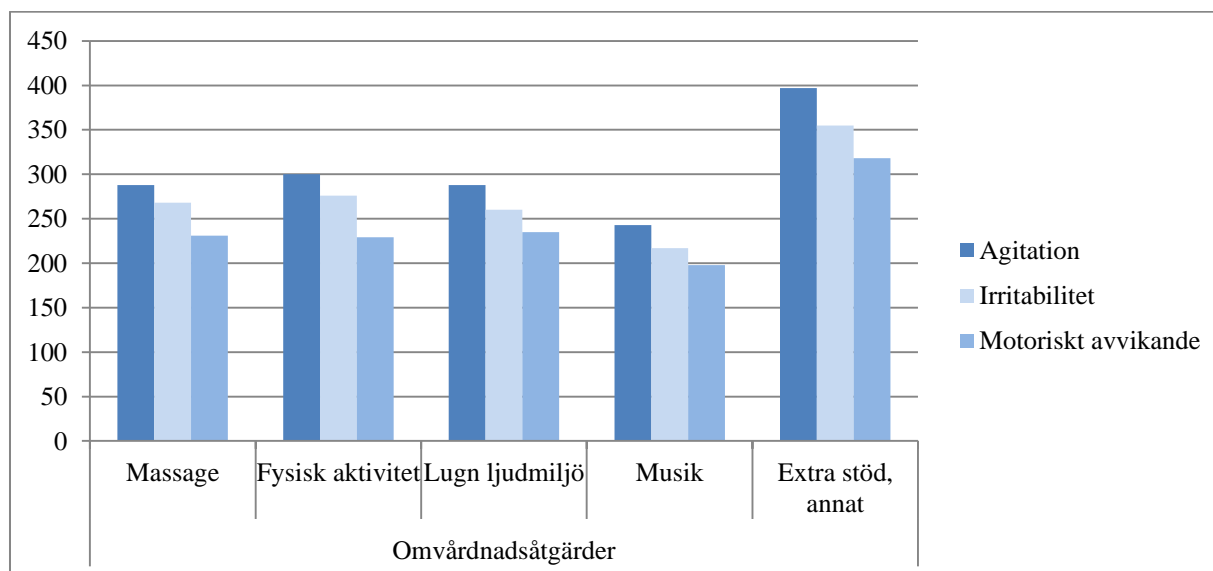
omvårdnadsåtgärder i registret var övrigt som dokumenterades 205 gånger och utevistelse 198 gånger (tabell 2).

Tabell 2. Antal registrerade omvårdnadsåtgärder på samtliga skattningar

Omvårdnadsåtgärder	Frekvens, n	Procent beräknat på samtliga 621 skattningar
Aktivering	275	44,30%
Fysisk aktivitet	434	69,90%
Lugn ljudmiljö	441	71 %
Massage	435	70 %
Extra stöd vid måltid ja/nej	231	37,10%
Extra stöd vid oro ja/nej	258	41,50%
Extra stöd, annat	573	92,30%
Utevistelse	198	31,90%
Övrigt	205	33 %
Musik	358	57,60%

Vilka är de vanligaste omvårdnadsåtgärderna vid de mest frekventa symtomen?

De mest frekventa symtomen var agitation, irritabilitet och motoriskt avvikande. De vanligast dokumenterade omvårdnadsåtgärder vid de mest frekventa symtomen var extra stöd annat, massage, fysisk aktivitet, lugn ljudmiljö samt musik. Dokumentationen av varje enskild omvårdnadsåtgärd i förhållande till symtom och fördelningen mellan de mest dokumenterade omvårdnadsåtgärderna och de mest frekventa symtomen ser ut i diagramform framgår figur 3.



Figur 3. Fördelningen av de mest dokumenterade omvårdnadsåtgärderna vid de mest frekvent skattade beteendemässiga och psykiska symtomen. Lodrät axel anger antal registreringar.

Kan en specifik omvårdnadsåtgärd kopplas till ett specifikt symtom?

BPSD-registret är uppbyggt på så sätt att vid varje skattning kan ett eller flera symtom registreras. Samma gäller omvårdnadsåtgärder där det vid varje skattning dokumenterats ett flertal åtgärder. Sammanlagt registrerades 3408 omvårdnadsåtgärder och 3132 symtom i de 621 registreringarna. Detta innebär att flera omvårdnadsåtgärder och symtom dokumenterades vid varje skattning. Vid varje skattning var det i genomsnitt 5 omvårdnadsåtgärder och 5 symtom. En specifik omvårdnadsåtgärd gick inte att koppla till ett specifikt symtom i de registrerade skattningarna (se bilaga A1 och A2).

Diskussion

Metoddiskussion

Studien är gjord med hjälp av kvalitetsregistret BPSD som innehåller mätdata över tid. BPSD-registret som verktyg gav möjlighet att använda redan insamlad data vilket var en fördel då variablerna beteendemässiga och psykiska symtom vid demens samt omvårdnadsåtgärder var enkla att plocka ut. Designen på studien var deskriptiv retrospektiv registerstudie då författarna valde att kartlägga resultatet. Urvalet i studien var okomplicerat då det innefattade alla registreringar av samtliga patienter. Då all data kommer från kvalitetsregistret och endast granskats och bearbetats av författarna bedöms den interna validiteten som hög. Antalet registreringar och tidsperspektivet stärker validiteten och reliabiliteten i studien och risken för bias minskar (Polit & Beck, 2012).

Alla inkluderade registreringar utgår från personer med samma diagnos, där samma bedömningsinstrument, NPI-skalan, och tillvägagångssätt har tillämpats vilket gör att den externa validiteten är hög, reliabiliteten ökar och resultatet stärks (Polit & Beck, 2012). För att kunna generalisera resultatet bör urvalet av deltagande personer vara större men resultatet kan med relativt hög sannolikhet appliceras på personer med likadan problematik då författarna i föreliggande studie kartlägger omvårdnadsåtgärder i relation till uppvisade symtom (Nordenström, 2004). Reliabiliteten i studien påverkas av vad som har registrerats in från respektive kommun. Felkällor kan finnas i form av felregistreringar och avvikelser men är svårkontrollerat, om det skulle vara så föreligger ett fel i själva mätprocessen. Ytterligare felkällor kan finnas i de utförda skattningar då risken finns att inte all personal fått utbildning i hur dessa ska utföras. Dessa möjliga felkällor minskar reliabiliteten i studien.

Erhållen data har analyserats dels av båda författarna enskilt och därefter tillsammans för att tillförsäkra att resultatet är korrekt. Datainsamling till föreliggande studie krävde skriftliga tillstånd från respektive kommun vilket tog tid att få. Dessa tillstånd vidarebefordrades till nationell kordinator för BPSD-registret i Malmö som godkände inhämtningen av data och därefter skickade all data i en Excelfil till författarna. Med hjälp av SPSS kunde data på ett enkelt och tillförlitligt sätt tas ut, granskas och bearbetas.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att kartlägga omvårdnadsåtgärder relaterade till beteendemässiga och psykiska symtom vid demens. Detta gjordes genom att använda data från BPSD-registret i tre kommuner i sydvästra Sverige. Resultatet är baserat på antal registreringar, inte antal personer. 34 registreringar där skattningen inte visar några symtom och då inte heller några omvårdnadsåtgärder krävdes räknades som bortfall. 621 registreringar har lett till dokumenterade omvårdnadsåtgärder då symtom genom användning av NPI skattningsskalan påvisats i dessa skattningar och samtliga inkluderades för att komma åt ett större urval.

Av de totalt 621 registreringar har det visat sig att agitation, irritabilitet samt motoriskt avvikande har varit de vanligast förekommande symtomen. Andra vanligt förekommande symtom var depression, ångest, hämningslöshet och sömnproblem. Andra studier uppvisar liknande resultat utifrån mätning med NPI-skalan. Petrovic et al. (2007) och Fauth & Gibbons, (2014) rapporterar att symtomen apati och depression var de mest förekommande men även irritabilitet, ångest och agitation var vanligt förekommande. En annan studie rankar irritabilitet, sömnproblem, depression, ångest och agitation som fem vanligaste symtomen (Taameeyapradit, Udomittipong & Tepparak, 2014). Aalten, de Vugt, Jaspers, Jolles & Verhey (2005) presenterar symtom som apati och motoriskt avvikande som mest förekommande hos personer med demenssjukdom.

Som omvårdnadsåtgärder i BPSD-registret finns variabler vilka även mäts per vecka exempelvis aktivering, fysisk aktivitet, massage, utevistelse och musik. Dessa har tagits bort på grund av att de är svårtolkade då de är pågående åtgärder vilka mäter enbart antalet åtgärder utförda under en viss tid.

Virginia Henderson hade ett övergripande sätt att se hela människan med både kroppsliga och känslomässiga behov och därför formulerat fjorton olika omvårdnadspunkter med bland annat nutrition, umgänge med andra, meningsfull sysselsättning, avkoppling och fritidsaktiviteter. Enligt Henderson ska en omvårdnadsplan med åtgärder utformas utifrån personens symtombild (Henderson, 1982). Omvårdnadsåtgärder som presenteras i resultatet är: aktivering, fysisk aktivitet, lugn ljudmiljö, massage, extra stöd vid måltid, extra stöd vid oro, extra stöd annat, utevistelse, övrigt samt musik. Dessa åtgärder går i linje med Hendersons 14 grundläggande behov. De 621 registreringarna visar på att de drabbade personernas behov uppmärksammas och att de får stöd och hjälp i det som de inte själva klarar av att utföra för att uppnå hälsa. Fördelningen mellan dessa omvårdnadsåtgärder som är allt från 31 procent till 92 procent beror på de symtom personerna uppvisade. Omvårdnadsåtgärder ”extra stöd annat” har högst frekvens, dock har dessa vid granskning visat sig vara ospecificerade då åtgärderna täcker såväl stöd vid måltid som aktivering. Här kan ses att Hendersons 14 grundläggande behov (Kirkevold, 2000) är högst aktuella idag och ett bevis på att vårdgivaren är viktig för att hjälpa att personens fysiska och psykiska behov blir tillfredställda. De övriga omvårdnadsåtgärderna som valdes på grund av deras frekvens var lugn ljudmiljö, massage, fysisk aktivitet samt musik.

I figur 3 går det utläsa att dessa utvalda omvårdnadsåtgärder har blivit registrerade vid de mest frekventa symtomen, agitation, irritabilitet och motoriskt avvikande. Utan större marginal kan fysisk aktivitet ses som mest frekvent vid irritabilitet och agitation medan lugn ljudmiljö var mest förekommande vid motoriskt avvikande. BPSD-registret samstämmer med Nationella riktlinjers rekommendationer. Lugn ljudmiljö har hög prioritet enligt Nationella

riktlinjer och används frekvent som omvårdnadsåtgärd i BPSD-registret (Socialstyrelsen, 2010). Forskning visar att massage har visat sig ha effekt hos personer med demenssjukdom i form av minskning av agitationssymtom (Moyle, Murfield, O'Dwyer & Van Wyk, 2012). Enligt Suzuki et al. (2010) har även taktill massage visat sig reducera aggressivitet hos personer med demenssjukdom genom att kroppen blir mer avslappnad personen känner psykiskt välbefinnande.

Fysisk aktivitet har visats kunna ge positiva effekter för kognitiv funktion vid demenssjukdom (Farina, Rusted & Tabet, 2014). Enligt Thuné-Boyle (2012) har fysisk aktivitet visat sig kunna minska symtomen hos personer med bland annat vandringsbeteende, agitation, nedstämdhet och ångest. Det finns forskning om musik som omvårdnadsåtgärd vid demenssjukdom vilken visar att musikterapi bör användas som omvårdnadsåtgärd för personer med BPSD (Craig, 2014). Craig menar att syftet med musikterapi är att genom kognitiv stimuli öka det känslomässiga välbefinnandet hos personen dock enligt Narme (2014) är evidensen om att musik har någon större effekt otillräcklig. Däremot kan musiken ha positiv effekt vid symtom som agitation, ångest och depression men även ge förbättrad kognitiv funktion och ökad livskvalité (Blackburn & Bradshaw, 2014; Livingstone et al., 2014).

Det går dessvärre inte att få fram effekten av omvårdnadsåtgärder i föreliggande studie då det inte går att koppla specifik omvårdnadsåtgärd mot specifikt symtom. BPSD-registret är uppbyggt på så sätt att vid varje skattning kan ett eller flera symtom registreras. Samma gäller omvårdnadsåtgärder där det vid varje skattning dokumenterats flertalet åtgärder därför kan koppling mellan ett symtom och en åtgärd inte styrkas eller påvisas.

Enligt Hendersons teori är god hälsa beroende av att både fysiska och psykosociala behov blir tillfredsställda. Vid uppvisade symtom eller sjukdom är det sjuksköterskans uppgift att genom observation och aktivt lyssnande upptäcka problemområden och utifrån de olika omvårdnadsdelar vidta de nödvändiga åtgärderna som främjar personens hälsa eller tillfrisknade (Henderson, 1982). Det är mer vanligt att flera symtom förekommer hos varje person och därmed rekommenderas en kombination av relevant läkemedel och flera olika omvårdnadsåtgärder (Backhouse, Killeth, Penhale, Burns & Grey, 2014; Cerejeira et al., 2012). I föreliggande studie uppgår den totala frekvensen på samtliga symtom till 3132 stycken och det totala antalet registrerade omvårdnadsåtgärder uppgår till 3408 stycken. Vid varje skattning blir då genomsnittet 5 omvårdnadsåtgärder kopplade till 5 symtom. För att visa detta har författarna tagit ut en person som ett exempel (se bilaga A1 och A2). Ett medel har räknats ut på alla 621 registreringar och 29 personer vilket gav 21 skattningar per person, och i exemplet valdes den person som låg närmast medeltalet med 25 skattningar. I bilaga A1 ses personens skattningar och de symtom denne uppvisade och i bilaga A2 ses de omvårdnadsåtgärder som dokumenterades vid tillfällena. Det blir också tydligt i tabellen att det är en komplex sjukdomsbild då personen uppvisar flera samtidiga symtom.

Konklusion

Beteendemässiga och psykiska symtom är ofta förekommande hos övervägande personer med demenssjukdom. Det är vanligt att flera symtom drabbar personen samtidigt vilket i sin tur leder till mer än en omvårdnadsåtgärd. Mest frekventa symtom visade sig vara agitation, irritabilitet och motoriskt avvikande. De mest dokumenterade omvårdnadsåtgärderna var lugn ljudmiljö, massage, fysisk aktivitet samt musik.

Implikation

Det är viktigt med vidare forskning inom området då demenssjukdom är en komplex sjukdom och BPSD innebär ett stort lidande för både de drabbade personerna och deras anhöriga. BPSD-registret är ett bra verktyg för att kunna kartlägga problematiken samt lyfta möjliga åtgärder. Det är därför viktigt att möjligheter ges till att nationella kvalitetsregister används i kommuner och landsting. Med kontinuerlig användning samt relevant utvärdering av diverse omvårdnadsåtgärder kan nya forskningsresultat fås fram. Att kunna få information om specifika omvårdnadsåtgärder mot specifika symtom och applicera dessa åtgärder i både psykiatrisk och somatisk vård kan ge en mer trygg och mindre kostsam behandling än vad farmakologisk behandling är idag.

Referenser

- Aalten, P., Verhey, F.R.J., Boziki, M., Bullock, R., Byrne, E. J., Camus, V., Caputo, M., Collins, D., De Deyn, P.P., Elina, K., Frisoni, G., Girtler, N., Holmes, C., Hurt, C., Marriott, A., Mecocci, P., Nobili, F., Ousset, P.J., Reynish, E., Salmon, E., Tsolaki, M., Vellas, B. & Robert, P. H. (2007). Neuropsychiatric Syndromes in Dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 24:457-463. doi: 10.1159/000110738.
- Aalten, P., de Vugt, M.E., Jaspers, N., Jolles, J. & Verhey, F.R.J. (2005). The course of neuropsychiatric symptoms in dementia. Part I: findings from the two-year longitudinal Maasbed study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20:523-530. doi: 10.1002/gps.1316.
- Armanius, G. B., Basun, H., Beck-Friis, B., Ekman, S.L., Englund, E., Jönhagen-Eriksdotter, M., Gustafson, L., Lannfeldt, L., Nygård, L., Björkstén-Sparring, K., Terzis, B., Wahlund, L-O. & Wimo, A. (2004). *Om demens – Klinisk bild, utredning, vård och omvårdnad, konfusionstillstånd, genetik och biokemi, patologi, minnesfunktioner, vardagslivets aktiviteter, sexualitet och demens, frågor om tvång och självbestämmande, hälsoekonomi*. Stockholm: Liber.
- Backhouse, T., Killeit, A., Penhale, B., Burns, D. & Grey, R. (2014). Behavioural and psychological symptoms of dementia and their management in care homes within the East of England: a postal survey. *Aging Ment Health*, 18(2):187-93. doi: 10.1080/13607863.2013.819834.
- Barton, C., Merrilees, J., Ketelle, R., Wilkins, S. & Miller, B. (2014). Implementation of advanced practice nurse clinic for management of behavioral symptoms in dementia: A dyadic intervention (innovative practice). *Dementia*, 0(0):1-11. doi: 10.1177/1471301213519895.
- Benoit, M., Staccini, P., Brocker, P., Benhamidat, T., Bertogliati, C., Lechowski, L., Tortrat, D. & Robert, P.H. (2003). Behavioral and psychological symptoms in Alzheimer's disease: results of the REAL.FR study. *Rev Med Interne*. 24(3):319-324.
- Blackburn, R. & Bradshaw, T. (2014). Musictherapy for service users with dementia: a critical review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 21:879-888. doi:10.1111/jpm.12165.
- BPSD. (2014). Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens. Hämtat 13 mars 2014 från <http://www.bpsd.se/om-bpsd-registret/om-svenskt-bpsd-register>
- Cerejeira, J., Lagarto, L. & Mukaetova-Ladinska, E. B. (2012). Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Front Neurol*. 3(73):1-25. doi: 10.3389/fneur.2012.00073.
- Clissett, P., Porock, D., Harwood, R.H. & Gladman, J.R.F. (2012). The challenges of achieving person-centred care in acute hospitals: A qualitative study of people with dementia and their families. *International Journal of Nursing Studies*. 50(2013):1495-1503.

Craig, J. (2014). Music therapy to reduce agitation in dementia. *Nurs Times*.110(32-33):12-15.

Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D.A. & Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44(12):2308-2314. doi: 10.1212/WNL.44.12.2308

Edvardsson, D. (Red.). (2010). Personcentrerad omvårdnad – definition, mätskalor och hälsoeffekter. *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. (s. 29-33). Lund: Studentlitteratur.

Ehnfors, M., Ehrenberg, A. & Thorell – Ekstrand, I. (2013). *Nya Vips – boken – välbefinnande, integritet, prevention, säkerhet*. Lund: Studentlitteratur.

Enmarker, I., Olsen, R. & Hellzen, O. (2011). Management of person with dementia with aggressive and violent behaviour: a systematic literature review. *Int J Older People Nurs*. 6(2):153-162. Doi: 10.1111/j.1748-3743.2010.00235.x.

Farina, N., Rusted, J. & Tabet, N. (2014). The effect of exercise interventions on cognitive outcome in Alzheimer's disease: a systematic review. *Int Psychogeriatr*. 26(1):9-18. doi: 10.1017/S1041610213001385

Fauth, EB. & Gibbons, A. (2014). Which behavioral and psychological symptoms of dementia are the most problematic? Variability by prevalence, intensity, distress ratings, and associations with caregiver depressive symptoms. *Int J Geriatr Psychiatry*. 29(3):263-71. doi: 10.1002/gps.4002

Graneheim-Hällgren, U. (2010) Beteendeförändringar vid demenssjukdom – ett personcentrerat perspektiv. Edvardsson, D, (Red.), *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik* (s. 61-65). Lund: Studentlitteratur.

Gillabert, C., Desmeules, J., Vogt-Ferrier, N. & Dayer, P. (2006). Behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD): pharmacological management. *Rev Med Suisse*. 2(61):970-975.

Henderson, V. (1982). *Grundprinciper för patientvårdande verksamhet*. Borås: Almqvist & Wiksell Förlag AB.

Svensk sjuksköterskeförening [SSSF]. (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Kaufers, D.L., Cummings, J.L., Ketchel, P., Smith, V., MacMillan, A., Shelley, T., Lopez, O.L. & DeKosky, S.T. (2000). Validation of the NPI-Q, a Brief Clinical Form of the Neuropsychiatric Inventory. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 12(2):233-239. Doi: 10.1176/appi.neuropsych.12.2.233

Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering*. Studentlitteratur: Lund.

Livingston, G., Kelly, L., Lewis-Holmes, E., Baio, G., Morris, S., Patell, N et al. (2014). A systematic review of the clinical effectiveness and costeffectiveness of sensory, psychological

and behavioural interventions for managing agitation in older adults with dementia. *Health Technology Assessment*. 18(39):1-226.

Läkmedelsverket. (2008). *Läkemedelsbehandling och bemötande vid Beteendemässiga och Psykiska symtom vid Demenssjukdom – BPSD*. Stockholm: Läkemedelsverket.

Matsumoto, N., Ikeda, M., Fukuhara, R., Shinagawa, S., Ishikawa, T., Mori, T., Toyota, Y., Matsumoto, T., Adachi, H., Hirono, N. & Tanabe, H. (2007). Caregiver burden associated with behavioral and psychological symptoms of dementia in elderly people in the local community. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 23(4):219-24.

Moyle, W. & O'Dwyer, S. (2012). Quality of life in people living with dementia in nursing homes. *Curr Opin Psychiatry*. 25(6):480-484. doi: 10.1097/YCO.0b013e32835a1ccf

Moyle, W., Murfield, J E., O'Dwyer, S. & Van Wyk, S. (2012). The effect of massage on agitated behaviours in older people with dementia: a literature review. *Journal of Clinical Nursing*. 22:601-610. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04234.x

Narme, P., Clément, S., Ehrlé, N., Schiaratura, L., Vaches, S., Courtaigne, B., Munsch, F. & Samson, S. (2014). Efficacy of musical interventions in dementia: evidence from a randomized controlled trial. *J Alzheimers Dis*. 38(2):359-369. doi: 10.3233/JAD-130893

Nationella kvalitetsregister. (2014). *Nulägesrapport 2014*. Hämtad 2015-05-13 från: http://www.kvalitetsregister.se/download/18.375fc90414642bd5f8a43cc9/1402302364069/Nulagesrapporten_2014.pdf

Nilamadhab, K. (2009). Behavioural and psychological symptoms of dementia and their management. *Indian J Psychiatry*, 51(1):77-S86.

Nordenström, J. (2004). *Evidensbaserad medicin- i Sherlock Holmes fotspår*. Karolinska institutet: Stockholm

Olazaran-Rodriguez, J., Aguera-Ortiz, L.F. & Muniz-Schwochert, R. (2012). Psychological and behavioural symptoms of dementia: prevention, diagnosis and treatment. *Rev Neurol*, 55(10):598-608.

Omelan, C. (2006). Approach to managing behavioural disturbances in dementia. *Can Fam Physician*, 52(2):191-199.

Ornstein, K.A., Gaugler, J.E., Devanand, D.P., Scarmeas, N., Zhu, C.W. & Stern, Y. (2013). Are there sensitive time periods for dementia caregivers? The occurrence of behavioral and psychological symptoms in the early stages of dementia. *Int Psychogeriatr*. 25(9):1453-1462. doi: 10.1017/s1041610213000768.

Prado-Jean, A., Couratier, P., Druet-Cabanac, M., Nubukpo, P., Bernard-Bourzeix, L., Thomas, P., Dechamps, N., Videaud, H., Dantoine, T. & Clément, J.P. (2010). Specific psychological and behavioral symptoms of depression in patients with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 25(10):1065-1072. doi: 10.1002/gps.2468.

Petrovic, M., Hurt, C., Collins, D., Burns, A., Camus, A. & Liperoti, R. (2007). Clustering of behavioral and psychological symptoms in dementia (BPSD): a European Alzheimer's disease consortium (EADC) study. *Acta Clean Belg.* 62(6):426-432.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing Research- Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (9.uppl.) Philadelphia: Wolters Kluwe Health/Lippincott Williams and Wilkins.

SBU. Statens beredning för medicinsk utredning. (2006). *Demenssjukdomar – en systematisk litteraturöversikt*. Hämtad 2014-01-25 från: www.sbu.se

Skog, M. (2009). *Vård och omsorg vid demenssjukdomar*. Stockholm: Bonnier Utbildning AB.

Socialstyrelsen. (2010). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Steffens, D.C., Maytan, M., Helms, M.J. & Plassman, B.L. (2005). Prevalence and clinical correlates of neuropsychiatric symptoms in dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias.* 20(6):367-373. doi: 10.1177/153331750502000611.

Stjernschantz-Forsberg, J. (2013). *Registerforskning – Etiken bakom juridiken*. Hämtad 2014-02-20 från: <http://simsam.nu/wp-content/uploads/2013/08/Etiken-bakom-juridiken.pdf>

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

Tadros, G., Ormerod, S., Dobson-Smyth, P., Gallon, M., Doherty, D., Carryer, A., Oyeboode, J. & Kingston, P. (2011). The management of behavioral and psychological symptoms of dementia in residential homes: Does Tai Chi have any role for people with dementia? *Dementia* 12(2):268-279. doi: 10.1177/1471301211422769.

Taameeyapradit, U., Udomittipong, D. & Tepparak, N. (2014). Characteristics of behavioral and psychological symptoms of dementia, severity and levels of distress on caregivers. *J Med Assoc Thai.* 97(4):423-30.

Thuné-Boyle, I.C., Lliffe, S., Cerga-Pashoja, A., Lowery, D. & Warner, J. (2012). The effect of exercise on behavioral and psychological symptoms of dementia: towards a research agenda. *Int Psychogeriatr.* 24(7):1046-57. doi: 10.1017/S1041610211002365.

Wancata, J. (2004). Efficacy of risperidone for treating patients with behavioral and psychological symptoms of dementia. *Int Psychogeriatr.* 16(1):107-15.

Wimo, A., Johansson, L. & Jönsson, L. (2009). Fler dementa men något minskad kostnad per person. *Läkartidningen.* 106(18-19):1277-1282.

Bilaga A1

	Vanföreställningar	Hallucinationer	Agitation	Depression	Ängst	Upprymdhet	Apati	Hämning slöshet	Irritabilitet	Motoriskt avvikande	Sömnproblem	Ap tit
1		X	X	X	X	X		X	X	X		
2				X	X					X		
3			X						X	X		
4					X					X		
5		X	X	X	X	X		X	X	X		
6				X			X	X	X			
7	X	X	X	X	X	X		X	X	X		
8			X						X			
9				X				X	X			
10			X	X	X				X	X	X	
11			X					X		X		
12			X	X			X	X	X			
13			X				X			X		X
14			X				X		X		X	
15			X			X		X	X			
16	X		X	X						X		
17			X				X		X		X	
18	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	
19				X			X		X			
20			X	X			X		X			X
21				X	X		X			X		
22	X		X	X					X		X	
23			X	X	X			X	X			
24				X			X		X			
25	X		X	X				X	X		X	

Bilaga A2

	Aktivering	Fysisk aktivitet	Lugn ljudmiljö	Massage	Extra stöd vid måltid	Extra stöd vid oro	Musik	Utevistelse	Övrigt
1	X						X		X
2	X						X	X	X
3	X							X	X
4	X		X					X	X
5	X						X		X
6								X	X
7	X						X	X	X
8									X
9								X	X
10	X	X						X	X
11	X							X	X
12	X	X	X					X	X
13	X		X				X	X	X
14	X	X		X				X	X
15	X	X		X				X	X
16	X	X					X	X	X
17	X	X						X	X
18	X			X					X
19	X							X	X
20	X						X	X	
21		X						X	X
22	X	X		X				X	X
23	X		X				X		X
24	X	X							X
25	X	X					X	X	X

Linda Gustafsson

Mersiha Grozdanic



Besöksadress: Kristian IV:s väg 3
Postadress: Box 823, 301 18 Halmstad
Telefon: 035-16 71 00
E-mail: registrator@hh.se
www.hh.se