Mittuniversitetet
MID SWEDEN UNIVERSITY
Institutionen för hälsovetenskap

SJUKSKÖTERSKORS UPPLEVELSER AV ATT ARBETA MED BPSD-REGISTRET

NURSES EXPERIENCES OF WORKING WITH THE BPSD-REGISTER

Nyberg, Sofi
Wennberg, Susanna

Specialistsjuksköterskeprogrammet - inriktning vård av äldre, 60 hp
Vetenskapligt arbete, 15 hp

Våren -14
Sundsvall

Abstrakt

Bakgrund: I Sverige lever cirka 148 000 personer med demenssjukdom, omkring 90 % av dem kommer att drabbas av BPSD. BPSD-registret syftar till att kvalitetssäkra omvårdnaden av personer med demenssjukdom och att uppnå ett likvärdigt omhändertagande av dessa personer i hela Sverige. Genom att arbeta enligt registret kan symtomen och det lindande som de innebär minska, kan öka livskvaliteten för personer med demenssjukdom. **Syfte:** Syftet med denna studie var att undersöka sjuksköterskors upplevelser av att arbeta med BPSD-registret. **Metod:** En kvalitativ intervjustudie. Data till resultatet insamlades genom semistrukturerade telefonintervjuer med 22 sjuksköterskor som använder sig av BPSD-registret. Deltagarna kommer från 5 olika län i Norrland. Urvalet var strategiskt. **Resultat:** Deltagarna upplevde att arbetet med BPSD-registret medförde att vården av patienter med BPSD blev mer personcentrerad, att teamarbetet förbättrades genom ökad struktur och att läkemedelsanvändningen vid BPSD minskade. De upplevde också svårigheter och hinder i form av brist på stöd från kollegor och ledare samt brist på tid för arbetet. **Diskussion:** Läkemedelsanvändningen upplevs ha minskat vilket är i överensstämmelse med de riktlinjer som finns i Sverige. Den personcentrerade omvårdnaden har förbättrats vilket är viktigt inom demenssjukvården. **Slutsats:** BPSD-registret upplevs som ett bra arbetsredskap att använda i omvårdnaden av personer med demenssjukdom, men det finns hinder i form av brist på tid och brist på engagemang.

Nyckelord: BPSD, kvalitativ intervjustudie, personer med demens, sjuksköterskor, upplevelser, äldre.

Abstract

Background: In Sweden there is approximately 148 000 people living with dementia and about 90% of them will suffer from BPSD. The BPSD-register aims to quality assure the nursing care of people with dementia and achieve an equivalent care of these people in the whole country. Working with the register the symptoms and suffering caused by BPSD could decrease and this could increase the quality of life for people living with dementia. **Aim:** The aim of this study was to examine the experience of nurses working with the BPSD-register. **Method:** An qualitative interview study. The data collection was made with semi- structured interviews. The interviews were held by telephone conversations with 22 nurses who are currently working with the BPSD-register. Study participants came from 13 different locations in Sweden. The selection sample was strategic. **Result:** The study participants experienced that working with the BPSD-register resulted in a more person- centered nursing care, that the teamwork improved with a better structure as a result and that the use of medications was reduced. The study participants also experienced that the timeframe and the lack of support from colleagues and managers made the work difficult. **Discussion:** Use of medications was improved and this is in line with the Swedish guidelines in dementia care. Improvement was seen in person- centered nursing care which is important in dementia care. **Conclusion:** The BPSD-register perceived as a useful tool in the nursing of people living with dementia but there is hindrance like lack of time and commitment.

Keywords: BPSD, qualitative interview, people with dementia, nurses, experiences, older people.

SJUKSKÖTERSKORS UPPLEVELSER AV ATT ARBETA MED BPSD-REGISTRET

Nyberg, Sofi

Wennberg, Susanna

Handledare:
Dahlbäck, Barbro
Norbergh, Karl-Gustaf

Mittuniversitetet, Sundsvall
Institutionen för hälsovetenskap
Omvårdnad, D

Vt-14

Innehållsförteckning

Bakgrund 1

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens, BPSD och behandling 1

Omvårdnad och omvårdnadsåtgärder 3

Syfte 5

Metod 5

Motivering till val av specifik metod 5

Urval 6

Genomförande 6

Datainsamlingsmetod 6

Analys 7

Etiska överväganden 9

Resultat 10

BPSD-registrets inverkan på omvårdnadsarbetet 10

Hinder i arbetet med BPSD-registret 13

Diskussion 16

Resultatdiskussion 16

Metoddiskussion 19

Slutsats 21

Referenser 22

Bilagor

Bilaga 1. Informationsbrev

Bilaga 2. Samtycke

Bilaga 3. Intervjuguide

I Sverige blir befolkningen allt äldre vilket medför att antalet personer med åldersrelaterade sjukdomar så som demenssjukdom ökar. Intresset för demenssjukvård upplevs ha ökat under de senaste åren och är ett förhållandevis omdebatterat ämne. Personer med minnessvikt har möjlighet till utredning, diagnostik, behandling och en god vård. Det finns tydliga riktlinjer kring vården av personer med demenssjukdom som omfattas av hela vårdförloppet. Personcentrerad vård och icke-farmakologisk behandling uppfattas som centrala begrepp i sammanhanget vilket också väckt intresse för ämnet.

Bakgrund

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom, BPSD och behandling

I Sverige lever cirka 148 000 personer med demenssjukdom. Cirka 20 000 personer insjuknar årligen i demenssjukdom. Demens klassas som en folksjukdom och är vanligast hos personer över 65 års ålder. Prevalensen för demenssjukdom bedöms vara 5 % för personer över 65år och risken att drabbas fördubblas var 5:e år efter 60 års ålder (Dehlin & Rundgren, 2007, s. 369). Alzheimers sjukdom är den mest vanligt förekommande formen av demenssjukdom (Armanius, Basun, Beck-Friis, Ekman, Englund, & Jönhagen, 2004). Demenssjukdom orsakas av en hjärnskada, symtombilden kan se olika ut beroende på vart i hjärnan som skadan sitter (Socialstyrelsen, 2010). Det främsta symtomet är minnessvikt, andra symtom är nedsatt kommunikationsförmåga, nedsatt förmåga att orientera sig till tid, rum och person samt försämrade förmågor att utföra praktiska göromål (Marcusson, Blennow, Skoog & Wallin, 2011). Allt eftersom demenssjukdomen fortskrider blir den demenssjuke personen mer beroende av hjälp för att klara av sin vardagliga livsföring. I ett senare skede av sjukdom är de flesta helt beroende av hjälp och behöver då vård på institution (Armanius et al. 2004, s. 192). Förekomsten av personer med demenssjukdom på äldreboenden beräknas vara ca 60 % (Ritcher, Meyer, Möhler & Köpke, 2012). Cirka 90 % av alla med demenssjukdom kommer att drabbas av BPSD, *beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom*, någon gång under sjukdomsförloppet (Socialstyrelsen, 2010). Det kan beskrivas som en grupp av icke-kognitiva symtom som i många fall uppstår i samband med demenssjukdom (Azermai, et al., 2012; Visser, et al., 2008). Kognition förklaras som en själslig eller intellektuell funktion varigenom iakttagelser blir medvetna och leder till förståelse (Lindskog, 2004). Icke-

kognitiva symtom är kliniskt lika viktiga som kognitiva symtom då dessa har ett starkt samband med kognitiv och funktionell försämring hos den drabbade personen (Visser, et al., 2008). En internationell konsensusgrupp har definierat BPSD som tecken och symtom på störd uppfattningsförmåga, stört tankeinnehåll, förändrat stämningsläge och förändrat beteende som ofta förekommer hos patienter med demenssjukdom (Eriksson, et al., 2003, s. 10). Det kan visa sig i form av fysisk och verbal aggressivitet, vandringsbeteende, motoriskt beteende så som plockighet eller vandring, hallucinationer, oro, förvirring, sömnstörning eller apati (Azermai et al., 2012; Eriksson et al., 2003; Socialstyrelsen, 2010; Visser et al., 2008). De mest förekommande symtomen är apati, depression, oro, irritabilitet och agitation, medan de minst förekommande symtomen är eufori och hallucinationer. BPSD kan orsakas av den psykosociala och fysiska miljön som den demenssjuke personen vistas i. Den demenssjuka personen utsätts i vissa situationer för mycket stimuli som blir svåra att tolka, exempel på detta kan vara att vistas där det är många människor, mycket rörelse och många olika ljud. Att vistas i många olika miljöer på kort tid eller att ständigt bli tillrättavisad kan leda till att den drabbade personen uppvisar BPSD (Visser, et al., 2008). En miljö som är anpassad efter personer med demenssjukdom kan avhjälpa dessa problem (Lai, Yeung, Mok & Chi, 2008). BPSD kan också uppstå till följd av somatisk sjukdom eller annan somatisk åkomma så som smärta eller förstoppning (Eriksson, et al., 2003). Symtomen är sammankopplade med en upplevelse av låg livskvalitet för den som är drabbad (Snowdon, Day & Baker, 2005). BPSD uppfattas som den mest omvårdnadskrävande problematiken hos personer med demenssjukdom (Lai, et al., 2008).

Att finna en effektiv behandling av symtomen är problematisk och behandling av symtomen är begränsad (Visser, et al., 2008). Studier visar att det finns utarbetat flera olika typer av riktlinjer och arbetsmaterial att använda sig av för att identifiera och behandla BPSD. De flesta riktlinjer inom demenssjukvård rekommenderar i första hand att en icke-farmakologisk behandling där läkemedel bör användas som ett andrahands alternativ (Azermai, et al., 2012). Även Socialstyrelsens riktlinjer visar att läkemedelsbehandling bör vara ett andrahandsalternativ och endast om personen med demenssjukdom uppvisar svåra BPSD eller om andra åtgärder inte haft önskvärd effekt kan behandling med läkemedel bli aktuell (Socialstyrelsen, 2010). Trots en svag och tvetydig effekt av läkemedelsbehandling vid BPSD så ordineras läkemedel regelbundet till dessa patienter (Azermai, et al., 2012; Snowdon, et al., 2005). Medicinerna

kan ge biverkningar i form av ökad fallrisk, sederande effekt, extrapyramidal, kardiovaskulär och antikolinerg effekt, samt att det ökar mortaliteten hos den demenssjuke individen (Ritcher, et al., 2012).

Icke-farmakologisk behandling kan innefatta att avleda, byta fokus, skapa meningsfull aktivitet som är individuellt anpassad, försöka frambringa regelbundna sovvanor och att försöka minska situationer som gör den demenssjuke personen provocerad och frustrerad. Alla människor har olika erfarenheter av livet och världen uppfattas olika utifrån de erfarenheter personen har. Genom att lära känna den demenssjuke personens bakgrundshistoria och tidigare livssituation kan det skapa förståelse till varför personen reagerar på ett visst sätt i en viss situation (Sadowsky, James & Galvin 2012). Personcentrerad vård som syftar till att behandla varje person som en unik individ med individuella behov, en individuell livshistoria och personliga värderingar. Personcentrerad omvårdnad innebär att vårdpersonal bör försöka förstå beteenden och psykiska symtom utifrån den demensdrabbades perspektiv och bemöta den personen som en person med självkänsla och rättigheter trots avtagande funktioner. Vårdpersonal bör också sträva efter att möta den demenssjuke i dennes upplevelse av världen samt upprätthålla en god relation med personen (Socialstyrelsen, 2010).

Omvårdnad och omvårdnadsåtgärder

BPSD kan vara mycket svårt att hantera för vårdpersonal (Snowdon, et al., 2005). Symtom som oro, upprepande beteende och aggressivitet beskrivs vara de symtom som påverkar vårdpersonal i negativ riktning (Ornstein & Gaugler, 2012). Det kan också upplevas påfrestande för andra medboende på ett särskiltboende (Ritcher, et al., 2012). Omvårdnadspersonal i särskilt boende besitter sparsamt med kunskap om BPSD och hur de ska tolka symtomen (Visser, et al., 2008). Studier har visat att utbildning och handledning i det vardagliga arbetet kan öka kunskap hos personalen och öka kvaliteten av vården (Wagner, van der Wal, Groenewegen & de Bakker, 2001). En del utav utbildningen kan innefatta att lära personal att förstå effekten av sitt eget agerande och bemötande (Sadowsky, et al., 2012). Det finns boendeenheter som är speciellt utformade för att vårda personer med demenssjukdom. Det finns en förhoppning om att detta skulle öka upplevelsen av god livskvalitet hos personer med demenssjukdom. På dessa boenden har som regel personal

specifik utbildning i vård av demenssjuka personer och förväntas besitta hög tolerans vid beteendestörning och kan hantera dessa problem på ett tillfredställande vis (Lai, et al., 2008).

Det finns ett stort antal äldre människor, många av dem är drabbade av en eller flera olika sjukdomar. Detta ökar behovet av service och specialistvård. Ett äldreboende eller särskilt boende är en enhet som ska tillgodose samtliga behov som den äldre människan har, dygnet runt, hela året. Enheten ska arbeta på ett sätt som stimulerar den äldre människan att bibehålla sina förmågor och den äldre ska så långt det är möjligt kunna leva ett självständigt liv (Wagner, et al., 2001). Att arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet av högsta evidens är ett grundläggande krav inom vården. Det är viktigt att det finns tydliga riktlinjer nationellt och på organisatorisk nivå. Tydliga riktlinjer är ett bra verktyg för att skapa hög kvalitet i vården, i vissa fall kan det vara svårt att tolka dessa riktlinjer utifrån en organisatorisk nivå. Studier visar att följsamheten och förståelsen för dessa riktlinjer kan ökas om berörd personal får delta i införandet av dem. Berörd personal kan också delta i utformandet av arbetssätt som skapas utifrån de vedertagna riktlinjerna (Harrison, Légaré, Graham & Fervers, 2010). För att bedriva en god vård är det av vikt att ha ett redskap för att kvalitetssäkra vården, detta redskap bör visa om vården som bedrivs är av god kvalitet. Redskapet bör på ett tillförlitligt sätt kunna bedöma, utvärdera och förändra ett arbetssätt eller en åtgärd som utförs i vården (Wagner, et al., 2001).

År 2010 startade BPSD-registret och det stöds av Sveriges kommuner och landsting, SKL. Det syftar till att kvalitetssäkra omvårdnaden av personer med demenssjukdom och att uppnå ett likvärdigt omhändertagande av dessa personer i hela Sverige. En vårdenhet som vill ansluta sig till registret kan anmäla ett team till BPSD-utbildningen. Ett team består vanligen av undersköterska, sjuksköterska och enhetschef och de genomgår en tvådagarsutbildning. Utbildningen syftar dels till att alla ska ha samma kunskapsgrund att utgå från, dels till att lära sig att använda och förstå hur BPSD-registret ska användas i praktiken. Vårdpersonal som möter patienter med BPSD utbildas i att observera, analysera, åtgärda och utvärdera symtomen. Observationen görs med hjälp av en skattningsskalan NPI, Neuro Psychiatric Inventory, som hjälper till att bedöma hur ofta symtomen uppträder och hur mycket personen med demenssjukdom påverkas av det. Sedan analyseras eventuella orsaker med hjälp av en checklista. Varje patient får en individuellt utformad vårdplan med åtgärder och när de har prövats under en viss tid sker en uppföljande NPI-skattning. Åtgärderna som föreslås för att

minska BPSD är de samma som finns i De Nationella riktlinjerna för vård av och omsorg av personer med demenssjukdom utfärdat av Socialstyrelsen 2010. På så sätt blir arbetet med BPSD-registret ett sätt att implementera de Nationella Riktlinjerna (BPSD-registret, 2014).

I november 2013 fanns det en eller flera anslutna enheter i 280 av Sveriges 290 kommuner. Genom att arbeta enligt BPSD-registret kan vårdpersonal få verktyg att arbeta med som kan göra att symtomen och det lidandet som de medför minskar, vilket kan öka livskvaliteten för personer med demenssjukdom (BPSD-registret, 2014).

BPSD-registret har bara funnits i några år. Inga studier har hittats som beskriver sjuksköterskors upplevelser av att arbeta med registret vilket gjort att intresse väckts för att göra en sådan studie. Fokus riktas bland annat mot om sjuksköterskor ser något stöd i att utveckla omvårdnaden genom att använda sig av registret samt om detta påverkat förskrivningen och användandet av läkemedel. Den kommande studien syftar till att få ökade kunskaper om detta genom att intervjua sjuksköterskor som i daglig verksamhet arbetar med BPSD-registret.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka sjuksköterskors upplevelser av att arbeta med BPSD-registret.

Metod

Motivering till val av specifik metod

En kvalitativ metod valdes då studiens syfte var att undersöka sjuksköterskors upplevelse av att arbeta med BPSD-registret. Syftet med kvalitativ forskning är att skapa en grundlig förståelse för ett fenomen eller människors erfarenheter eller upplevelser (Polit & Beck, 2011, s. 219-225). Kvalitativ metod används då texter och samtal ska analyseras (Krippendorff, 2013, s. 22-23). I studien utfördes individuella intervjuer för att undersöka deltagarnas upplevelser av att arbeta med BPSD-registret. Intervjufrågorna var semistrukturerade för att få alla deltagare i studien att uppfatta frågorna på ett liknande sätt och att säkerställa att efterfrågad information erhölls samtidigt som deltagarna så öppet som möjligt och med egna ord kunde berätta om sina upplevelser.

Urval

Urvalet startade med att författarna tog kontakt med en huvudman på BPSD-registret, av denne fick författarna tillgång till en rad olika personer som arbetar med registret i hela landet. Ett systematiskt urval kan användas i kvalitativ forskning, forskaren kan då välja att inkludera till exempel var tredje person från en lista där den första deltagaren är slumpmässigt utvald (Krippendorff, 2013, s. 116). Författarna valde att systematiskt ringa till de 30 första enheterna på listan som erhölls av huvudmannen och ge dem muntlig information om studiens syfte och tillfråga dem om deltagande i studien. Det resulterade i att 22 sjuksköterskor från 21 enheter tackade ja till att delta i studien. Dessa bestod av kvinnliga sjuksköterskor som arbetar inom kommunal eller privat verksamhet i Jämtland, Västernorrland, Gävleborg eller Västerbotten. Ett kriterium för att delta i studien var att de skulle arbeta med registret i den dagliga verksamheten, det fanns inget krav på hur lång tid deltagarna arbetat med registret. Samtliga deltagare arbetar på särskilda boenden eller på geriatriska vårdavdelningar och de har mellan 4-26 års erfarenhet av demensvård.

Genomförande

En skriftlig intervjuguide förbereddes med syfte att alla deltagare ska uppfatta frågorna på samma sätt. Frågorna handlar i huvudsak om sjuksköterskors upplevelser. Frågorna är riktade mot ett specifikt ämne och är åtta till antalet. Författarna har valt att ställa frågorna något snävt för att säkerställa att alla tänkta områden berörs. Två testintervjuer ägde rum och tiden för intervjuerna beräknades till cirka 20 minuter. Svaren på testintervjuerna skrevs ner och därefter justerades intervjufrågorna för att svara upp mot syftet. Samtliga intervjuer inleddes med en fråga om ålder, arbetsplats, yrkeserfarenhet samt utbildning. Se bilaga 3 för intervjuguide.

Datainsamlingsmetod

Efter telefonkontakt med de 30 enheterna där alla personer fick information om studien så mailades informationsbrev samt samtyckesbrev ut till deltagarna som kunde välja att sända det underskrivna samtyckesbrevet via fax eller post till studiens författare, se bilaga 1 samt 2. Deltagarna fick själva bestämma tid för telefonintervjun och författarna hade möjlighet att tillgodose deras önskemål. Deltagarna informerades om att intervjun beräknades ta ca 20

minuter och att det var viktigt att den kunde ske där de kunde tala lugnt och ostört. Intervjuerna varade mellan 9-22 minuter och bandinspelades. Intervjuerna fördes enligt intervjuguiden. Båda författarna deltog vid intervjuerna. Den ena ställde frågorna och den andra lyssnade och förde anteckningar, detta för att öka trovärdigheten på studien. Samma person höll i alla intervjuerna för att minska skillnaderna mellan dem och på så sätt öka giltigheten i intervjuförfarandet. Frågorna ställdes på samma sätt, men följfrågorna "kan du berätta mer" eller "hur upplever du det" ställdes endast när någon deltagare givit ett kortfattat svar i syfte att få deltagren att öppet berätta om sina upplevelser. Efter intervjuerna skrevs det bandinspelade materialet ner ordagrant för att minimera risken att något gick förlorat.

Analys

Analysen är genomförd med en manifest innehållsanalys. Manifest innehållsanalys kan användas vid analys av text vilket innebär en systematisk analys av direkt synliga mönster i texten (Forsberg & Wengström, 2008, s. 150-151). Analysen gjordes med en induktiv ansats vilket innebär att texter analyseras förutsättningslöst (Granskär & Höglund-Nilsson, 2012, s. 159-171). Författarna genomförde analysen på varsitt håll vilket kan ses som en styrka då de inte påverkade varandra. Författarna diskuterade och reflekterade sedan fynden för att uppnå samstämmighet. Enligt Lundman och Graneheim (2008 s. 170) ökar detta tillförlitligheten i resultatet. Analysen började med att innehållet från alla intervjuerna transkriberades. Båda författarna deltog i transkriberingen för att minska risken för feltolkning. Den utskrivna texten användes sedan som grund för analysen. Det utskrivna materialet lästes igenom upprepade gånger för att få en känsla av helheten. Text som visade sig inte besvara studiens syfte plockades bort. Meningsbärande enheter i texten sorterades ut utan att ta något ur sitt sammanhang. Dessa meningar kondenserades i syfte att minska textmassan med bibehållet innehåll. Meningsenheterna fick olika koder beroende på innehåll. En text kan delas in i olika kategorier beroende på innehåll, alla meningar i en kategori ska handla om samma sak (Krippendorff, 2013, s. 106-107). Efter ytterligare genomläsning delades de olika koderna in i olika subkategorier. Dess innehåll tolkades och de sorterades därefter in olika kategorier. Analysen resulterade i två kategorier och fem subkategorier vilka utgör studiens resultat. Exempel av analysarbetets faser, se tabell 1.

Tabell 1. Exempel av analysarbetets faser

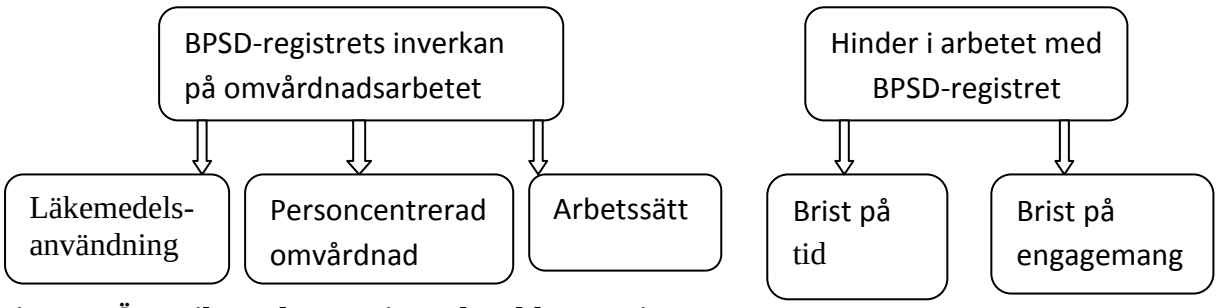
Meningsbärande enhet	**Kondenserad meningsbärande enhet**	**Subkategori**	**Kategori**
Alltså vi har ju alltid jobbat med omvårdnadsåtgärder i första hand, men eftersom vi inte hade lika mycket verktyg att jobba med innan så hände det ganska ofta att vi gav de äldre läkemedel mot tillexempel oro. Nu har vi mer kunskaper om hur vi kan förebygga och minska BPSD så jag upplever att vi inte ger lika mycket vid behovs mediciner.	Alltid jobbat med omvårdnadsåtgärder i första hand, men hade inte lika mycket verktyg att jobba med. Gav ganska ofta läkemedel. Mer kunskaper nu, så ger inte lika mycket läkemedel.	Läkemedels-användning	Hinder i arbetet med BPSD-registret
Jag upplever att arbetsgruppen fått ett helt nytt sätt att tänka och arbeta, registret gör att vi arbetar mer strukturerat med genom skattningen, alltså observation, analys, åtgärder och uppföljning. Vi arbetat mot samma mål och det ger verkligen effekt**.**	Helt nytt sätt att tänka och arbeta, registret gör arbetet med strukturerat genom skattning. Samma mål ger effekt.	Arbetssätt	BPSD-registrets inverkan på omvårdnads-arbetet.
Jag tycker att själva BPSD-registret är riktigt bra, men har man inte ledningen med sig så blir det genast svårt. Det går inte att helt lyckas med implementeringen om inte cheferna är involverade och engagerade	BPSD-registret är bra, men utan ledningen blir det svårt. Går ej att implementera utan involverade och engagerade chefer.	Brist på engagemang	Hinder i arbetet med BPSD-registret
Det är förvånansvärt stor skillnad på läkemedelsanvändandet! Det har minskat avsevärt sedan vi anslöt oss till registret. Jag märker störst skillnad när det kommer till användandet av neuroleptika, skulle tippa att användningen halverats på bara någon månad.	Stor skillnad på läkemedelsanvändandet, har minskat. Störst skillnad på användandet av neuroleptika, har halverats.	Läkemedels-användning	BPSD-registrets inverkan på omvårdnads-arbetet.

Etiska överväganden

Ett etiskt resonemang bör alltid föras före en studie börjar när forskning berör människor (Polit & Beck, 2011, s. 167-170). Författarna har reflekterat över det egna ställningstagande men kommit till konklusionen att det inte förelåg några etiska dilemman utifrån intervjuerna. Författarna bedömer att eventuella risker med studien är obetydliga i jämförelse med de förtjänster studien kan ha. Forskning ska bedrivas på ett sådant sätt att det minimerar skada för de personer som deltar i studien och hänsyn måste alltid tas till studiedeltagarnas rättigheter. I kvalitativ forskning bör forskaren alltid tänka på konfidentialiteten då det i regel är ett begränsat antal personer som ingår i studien (Polit & Beck, 2011, s. 167-170). Intervjumaterialet har kodas för att inte kunna spåras och det förvarades på ett sådant sätt att bara författarna hade tillgång till materialet. Efter sammanställning av insamlat material redovisas samtliga resultat. Enligt Lagen om etikprövning som avser människor (SFS 2003:460) ska deltagarna informeras om studiens syfte, de metoder som kommer att användas i forskningen, eventuella risker samt vem som är forskningshuvudman. Deltagarna ska också informeras om att deltagandet är frivilligt och att de har rätt att när som helst avbryta sin medverkan utan att förklara varför. Deltagarna i studien har fått information om studiens syfte och tillvägagångssätt muntligt och skriftligt (Bilaga 1). Deltagarna har i samband med information fått ett samtyckesbrev att skriva under (Bilaga 2). När studien är godkänd kommer de inspelade intervjuerna och utskrifterna av dem att förstöras. Samtliga deltagare har fått information om att de kan ta del av det färdiga materialet när det är godkänt.

Resultat

Resultatet har skapats av de kategorier och subkategorier som framkom i analysen av studiens intervjumaterial. Resultatet presenteras i figur 1 för att skapa en översiktsbild av alla subkategorier och kategorier och därefter i löpande text.



Figur 1. Översikt av kategorier och subkategorier

BPSD-registrets inverkan på omvårdnadsarbetet

BPSD-registrets inverkan på omvårdnadsarbetet handlar om deltagarnas upplevda erfarenheter av hur omvårdnadsarbetet förändrats sedan de började arbeta med registret. Det framkom att deltagarna upplevde att arbetssättet blivit mer strukturerat, att hela arbetsgruppen arbetade mot samma mål vilket lett till goda resultat i form av minskade BPSD. Omvårdnaden hade blivit mer individanpassad eftersom deltagarna lärt sig fler sätt att arbeta efter varje enskilds individs förutsättningar och behov. Även läkemedelanvändandet hade påverkats genom en minskning av förskrivning eller administrering. Detta resulterade i de tre subkategorierna *Läkemedelsanvändning, Personcentrerad omvårdnad* samt *Arbetssätt*, vilka presenteras nedan.

Läkemedelsanvändning

Majoriteten av deltagarna upplever att läkemedelsanvändningen har minskat sedan de började med BPSD-registret. Flera av deltagarna upplever att läkaren skriver ut läkemedel att ge vid behov mot symtomen i samma utsträckning, men att de inte behöver ge läkemedlet lika ofta som innan de började arbeta med registret. Nu har de fler omvårdnadsåtgärder att prova innan de ger läkemedel och eftersom dessa omvårdnadsåtgärder oftast har bra effekt behöver det inte gå så långt att de måste ge läkemedel från vid behovs ordination eller från generell ordination. De upplever också att de har fått ökade kunskaper om hur de ska förebygga BPSD vilket leder till att de inte behöver ge vid behovs läkemedel i samma utsträckning som innan.

Andra deltagare upplever att även förskrivningen av läkemedel minskat sedan de började med BPSD-registret. Flera av dem uppger att de känner stöd från läkaren som är aktiv i arbetet med skattningens alla steg, NPI- poängen journalförs och de tar ställning till poängen vid eventuell läkemedelsförskrivning.

> *"Vi går alltid igenom NPI-skattning och BPSD-symtom på ronderna. Vår doktor är involverad i arbetet med registret och hon är positiv till att börja med omvårdnadsåtgärder istället för mediciner i de flesta fall"*. Deltagare 10.

Flera deltagare uppger att användningen av neuroleptika har minskat, en deltagare uppskattar att användandet har mer än halverats. Några deltagare uppger att användandet av lugnande läkemedel har minskat avsevärt.

Även fast majoriteten av deltagarna upplever att läkemedelsanvändandet över lag har minskat, så uppger flera av deltagarna att användandet av just smärtstillande ökat. Detta ser deltagarna som något bra och som en förebyggande åtgärd mot BPSD.

> *"Studier visar att dementa får mindre analgetika jämfört med icke-dementa [...]de kan ju inte visa sin smärta på samma sätt. Nu har vi ökat användandet av just smärtlindrande medicin och det har haft stor effekt på BPSD"*. Deltagare 15.

En av deltagarna upplever inte att läkemedelsanvändningen har minskat och en vet inte om det är någon skillnad. Båda tror att det beror på att de inte varit anslutna till registret så länge.

Personcentrerad omvårdnad

Samtliga deltagare upplever att omvårdnaden blivit mer personcentrerad sedan de började arbeta med BPSD-registret. En deltagare berättar att de blivit bättre på att individanpassa åtgärderna och att de använder sig mer av de äldres livsberättelser vid hanteringen av symtomen. All personal är välinsatta i de äldres levnadsberättelser vilket gör de äldre lugnare. Vid BPSD kan de använda sig av levnadsberättelsen för att skapa trygghet och avleda symtom såsom oro och aggression.

Flera deltagare berättar att de börjat använda sig av för dem helt nya åtgärder och att de provat sig fram för att hitta de som passar varje individ. De upplever att BPSD-registret hjälper dem att fokusera på individen. En deltagare berättar att de börjat med massage mot oro för en boende och klassisk musik för en annan.

> *"Den största skillnaden är att nu ser all personal till personen, inte till sjukdomen".* Deltagare 3.

En deltagare berättar att hon insett vikten av att individanpassa arbetet och att små enkla medel kan göra stor skillnad vid BPSD. Förut var dagarna på äldreboendet väldigt strukturerade med bestämda tider för uppstigning, måltider och aktiviteter. Nu försöker de att individanpassa dagarna utifrån varje persons högt individuella behov. Vissa får sovmorgon till 10, andra får lyssna på hårdrock till maten och deltagaren upplever att individanpassade åtgärder som dessa skapar trygghet, lugn och att de minskar symtomen.

Arbetssätt

Majoriteten av deltagarna upplever att vårdpersonalen fått en mer sammanhållen syn på arbetet sedan de började med BPSD-registret. De upplever att vårdpersonalen fått ett gemensamt språk och att de arbetar mot samma mål. Arbetet har blivit mer strukturerat och de har fått tydligare mål. Teamarbetet har förbättrats mellan undersköterska, sjuksköterska och chef. De anser att utbildningen var mycket bra, speciellt att ett team med olika yrkeskategorier gick utbildningen tillsammans.

Flera av deltagarna uppger att all vårdpersonal på enheten fått titta på en film om registret samt genomgått den web-baserade utbildning som ligger ute på BPSD-registrets hemsida. Utbildningen haft mycket stor effekt med teamarbetet, den är tillgänglig för alla och finns på flera språk vilket gör att all personal har möjlighet att lära sig samma saker för att få ett gemensamt arbetssätt.

> *"Innan var nog arbetet ganska spretigt och folk körde sitt eget race, det skapade bara osäkerhet [...] Nu jobbar alla mot samma mål, arbetet är mycket tydligare och jag upplever att all personal har fått mer kunskaper om BPSD".* Deltagare 13.

Flera av deltagarna upplever att det varit lätt att implementera det nya arbetssättet. Problemen synliggörs och resultaten blir tydliga vid registreringen och uppföljningen av BPSD. När resultaten blir så tydliga känns det mer motiverat att arbeta och genomföra åtgärderna.

> *"Jag märker väldigt stor skillnad i mitt eget arbetssätt [...] jag har fler verktyg att arbeta med och det ger verkligen resultat [...] att få se att BPSD minskar är otroligt givande!".* Deltagare 21.

Flera deltagare upplever personalen fått ett annat förhållningssätt till de äldre och till BPSD. De har blivit mer medvetna om sitt kroppsspråk och sitt sätt att tala och hur det kan påverka äldre med dessa symtom.

Hinder i arbetet med BPSD-registret

Den andra kategorin *Hinder i arbetet med BPSD-registret* handlar om deltagarnas upplevelser och erfarenheter av olika hinder och svårigheter som de stött på under arbetet med registret. Det framkom att majoriteten av deltagarna upplevt hinder i form av brist på tillräckligt med tid för att kunna utföra arbetet på ett bra sätt samt brister när det gäller stöttning och engagemang från chefer eller kollegor. Detta resulterade i subkategorierna *Brist på tid* samt *Brist på engagemang*, vilka presenteras nedan.

Brist på tid

Ett hinder som flera deltagare upplever i arbetet med BPSD-registret är brist på tid. Det avsätts ingen eller mycket begränsat med tid för skattning vilket medför att de inte har tillräckligt med tid för att kunna göra noggranna skattningar. Vid underbemanning eller ökad vårdtyngd har de inte tid alls.

En deltagare berättar att det är sjuksköterskan och den äldres kontaktperson som utför skattningarna, men deltagaren tror att om fler hade tid att vara med så skulle det ge en bredare bild av de olika problem och leda till fler förslag på åtgärder. Allt som bestäms vid skattningarna journalförs, men flera deltagare upplever att några deras kollegor inte tar del av journalhandlingarna vilket medför att de inte utför den individanpassade vård och de åtgärder som planerats. Det anses bero på tidsbrist eller brist på engagemang.

> *"Det spelar ingen roll hur bra vårdplan jag och undersköterskan gjort om inte alla tar del av den och arbetar utifrån den. Vissa kanske inte läser den eftersom de helt enkelt inte har tid, andra för att de inte bryr sig"*. Deltagare 8.

En deltagare berättar att vårdpersonalen inte fått någon tid för att gemensamt gå igenom web-utbildningen. Hon poängterar vikten av att det finns tid för all personal att tillsammans ta del av det materialet och att det blev ostrukturerat då de fick göra det enskilt.

Majoriteten av deltagarna upplever att det är bra följsamhet till skattningens delar observation, analys och åtgärder. Men flera uppger att det är sämre följsamhet till utvärderingen och att det främst beror på tidsbrist.

> *"Det tar ju mycket tid att skatta, skriva in i registret och så [...] ibland måste vi skjuta på uppföljningen i flera dagar eller till och med veckor när personal är sjuk eller om det är mycket jobb på avdelningen"*. Deltagare 16.

Flera deltagare upplevde att tidsbristen var ett stort hinder när de nyss börjat arbeta med BPSD-registret. Efter att ha arbetat med registret ett tag så upplever de dock att det ändå blir en tidsvinst eftersom symtomen minskat och de behöver de inte lägga ner lika mycket tid på att hantera svåra symtom.

Brist på engagemang

Ett annat hinder som flera deltagare påtalar är svårigheter att involvera läkaren eller ledningen i arbetet. Brist på stöd från ledningen anses medföra svårigheter med implementeringen av arbetet. De anser att cheferna ska vara involverade, engagerade och se till att det finns tillräckligt med tid för att kunna utföra arbetet

> *"Det känns väldigt tungrott ibland när doktorn fortsätter i de gamla banorna och skriver ut piller [...] vår doktor är nog ovanligt pillerfixerad och verkar inte nämnvärt intresserad av att ta del av våra skattningar"*. Deltagare 4.

Majoriteten av deltagarna anser att det är mycket viktigt att personalen är engagerade, några uppger dock att det upplever svårigheter i arbetet på grund av bristande engagemang från kollegor. En deltagare som har insyn på två olika avdelningar uppger att hon märker stor skillnad i arbetet med registret då den ena avdelningen har en personalgrupp som är väldigt engagerade och driftiga. På den andra avdelningen fungerar arbetet med BPSD-registret sämre då personalen inte är lika engagerade.

> *"Det är viktigt att alla är med på tåget, tillsammans är vi starka och kan förändra och förbättra för den här patientgruppen. Men vissa verkar inte vara intresserade av att förändra sitt sätt att jobba eller ta del av nya råd och rön [...] det märks tydligt att resultatet av arbetet blir sämre om det bara är ett fåtal som verkligen engagerar sig"*. Deltagare 8.

Flera av deltagarna tycker att det är svårast att arbeta med patienter med hallucinationer, vanföreställningar eller aggressivitet. De anser att dessa symtom medför fler konsekvenser för andra medpatienter, anhöriga och personal. En deltagare upplever att många har svårt för att engagera sig i arbetet med patienter med dessa symtom och hon tror att det beror på att symtomen är extra svåra att hantera och att de skapar rädsla.

> *"Många drar sig undan, det gör nog jag också [...] den här psykiska biten med vanföreställningar är så svår att hantera, man känner att ingenting hjälper och ibland blir man rädd"*. Deltagare 11.

Diskussion

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att undersöka sjuksköterskors upplevelser av att arbeta med BPSD-registret. Resultatet visade att deltagarna upplever det positivt att arbeta med registret. Det har givit vårdpersonal ökad kunskap om demenssjukdom och BPSD, personalen har fått verktyg att arbeta med i form av omvårdnadsåtgärder, de flesta deltagarna upplever att läkemedelsanvändningen har minskat och omvårdnaden har blivit mer personcentrerad.

Resultatet visar att de allra flesta utav deltagarna upplever att läkemedelsanvändningen minskar i takt med att personal får kunskap om omvårdnadsåtgärder som kan förebygga och lindra BPSD. Detta styrks av Gustavsson, Karlsson och Lövheim (2013) som menar att personer med BPSD i första hand ska behandlas med icke-farmakologisk behandling, vilket kan innefatta att utreda bakomliggande orsak, individanpassade omvårdnadsåtgärder och att förebygga situationer som utlöser BPSD. En studie av Kolanowski, Fick, Frazer och Penrod (2010) visar att läkemedelsanvändning vid BPSD är som högst på kvällar och helger då personalantalet är som lägst, detta kan bero på att personalen inte har tid med de individuella omvårdnadsåtgärder som behövs för att lindra BPSD. Resultatet visar också att deltagarna upplever att de nu har fått kunskap om hur de kan förebygga symtomen innan de uppstår. Skovdahl, Kihlgren och Kihlgren (2003) beskriver hur vårdpersonalen kan arbeta med att förebygga BPSD genom att skapa en lugn och hemtrevlig miljö men studie visar också att viss personal inte har reflekterat över att de kan arbeta för att förebygga att BPSD utvecklas. Resultatet visar också att det i vissa fall finns ordinerade läkemedel men att de inte nyttjas i samma utsträckning som tidigare utan personalen provar omvårdnadsåtgärder först. Någon deltagare upplever att användandet av neuroleptika och lugnande minskat avsevärt. Studien av Gustavsson et al. (2013) visar däremot att många av de personer som är drabbade av demenssjukdom och som bor på specialiserade enheter ofta är förskrivna antipsykotiska läkemedel. Flertalet av dessa personer har sådana läkemedel under lång tid. Studien visar också att förskrivningen av dessa läkemedel inte följer de rekommendationer som finns angående val av läkemedel och rekommenderad dos och att det är vanligt förekommande att personer som är drabbade av demenssjukdom ofta är ordinerade fler än ett antipsykotiskt läkemedel.

BPSD kan bland annat utlösas av somatisk sjukdom eller smärta. Deltagarna i studien beskriver att den enda typen av läkemedelsanvändning som ökat efter att de börjat arbetet med BPSD-registret är smärtstillande läkemedel. Detta kan tolkas som mycket positivt då det visar att vårdpersonal har lärt sig se och förstå när den demensdrabbade personen har smärta och att det behandlas på ett adekvat vis. Utöver detta så visar det exempel på att utreda bakomliggande orsak till att BPSD utvecklas vilket är något som Socialstyrelsen (2010) menar att hälso- och sjukvården och socialtjänsten alltid bör göra.

Flera av studiens deltagare beskriver att de upplever att de arbetar mer individanpassat sedan de började arbeta med BPSD-registret. Personalen försöker anpassa miljö och aktiviteter efter varje enskild individs behov, det blir mer personcentrerat. I den personcentrerade vården arbetar flera av deltagarna mycket genom att använda sig av den demensdrabbades levnadsberättelse. Kolanowski et al. (2010) beskriver att det är viktigt att lära känna de personer man vårdar. Att få vetskap om deras intressen, hur livet varit tidigare, familj, arbete och vanor. Detta är ett bra redskap att använda för att stötta den demenssjuke personen i att vara självständig. Detta bekräftas också av Taniguchi et al. (2013) och Mapelli, Di Rosa, Nocita & Sava (2013) som menar att samtal med den demensdrabbade om dennes livshistoria också stimulerar personens intellekt. Deltagarna upplever också att de nu arbetar utifrån varje persons individuella behov vid dygnsrytm och måltider. Kolanowski et al. (2010) menar att en viktig del i att lindra BPSD är att stötta personen i att klara vardagliga sysslor då det främjar både det fysiska och psykiska måendet. Detta bekräftas också av Skovdahl et al. (2003) som beskriver att det bästa sättet att stötta de personer som är drabbade av demenssjukdom och att förebygga utagerande och aggressivt beteende är att behandla personen som en unik individ med individuella behov, visa respekt för personen och att se personen och inte sjukdomen. Detta är också i överensstämmelse med det Socialstyrelsen (2010) beskriver i sina nationella riktlinjer gällande personcentrerad omvårdnad av personer med demenssjukdom. Flera av deltagarna upplever att teamarbetet har utvecklats i positiv riktning sen de började arbeta med BPSD-registret. De beskriver också att det är väldigt viktigt att alla är engagerade i arbete, att alla hjälps åt och arbetar mot samma mål. Skovdahl et al. (2003) menar att det är viktigt att arbetsgruppen stöttar varandra och att de har ett bra arbetsklimat för att de ska kunna hantera arbetet med personer med BPSD. Majoriteten av deltagarna upplever att de fått bättre sammanhållning, teamarbetet har utvecklats och att de arbetar mot samma mål efter de

började arbeta med BPSD-registret. Deltagarna upplever att de har haft bra stöd av den web-baserade utbildningen som finns på BPSD-registrets hemsida, den erbjuder utbildning på flera språk och den är väl utformad.

En negativ aspekt i arbetet med BPSD-registret är brist på tid, flera deltagare upplever att det inte finns tillräckligt med tid för att utföra skattning, åtgärder och uppföljning och vid händelse av att det är underbemanning så finns ingen tid alls. Detta skulle kunna tolkas ha ett samband med det som Kolanowski et al. (2010) visar i sin studie, att läkemedelsanvändningen ökar när personalantalet är lågt. Flera deltagare upplever dock att efter att de har arbetat med BPSD-registret under en längre tid så märker de att tiden är väl spenderad då de inte behöver lägga lika mycket tid vid att hantera svåra symtom. Studien av Skovdahl et al. (2003) beskriver att det kan vara frustrerande att arbeta med personer som är utagerande då det är svårt och krävande för vårdpersonal att hantera och vårdpersonal upplever ofta att det sällan finns tillräckligt med avsatt tid för att klara av att hantera problemet.

Flera studiedeltagare upplever att det kan vara svårt att involvera läkaren i arbetet med BPSD-registret samtidigt beskriver studiedeltagarna också att det är ett fåtal personer som deltar vid skattning. Detta skulle möjligen kunna resultera i att nödvändig information som berör den demensdrabbade personens vård inte uppmärksammas av alla berörda parter. Resultatet av skattningen journalförs och det upplevs viktigt att all personal tar del av det för att gemensamt kunna arbeta mot samma mål. Brist på tid diskuteras som ett hinder som begränsar införandet av BPSD-registret i en verksamhet och i det fortlöpande arbetet. Detta skulle kunna tolkas som en organisatorisk fråga. Studien av Skovdahl et al. (2003) visar att många som arbetar med demensdrabbade personer som har BPSD upplever att de får ett bristfälligt stöd från sin arbetsgivare. Flera studiedeltagare upplever också svårigheter i att engagera sin arbetsgivare i arbetet med BPSD-registret. Detta skulle kunna vara värt att lyfta när registret används i en verksamhet. Det skulle kunna tolkas som att denna aspekt minskar möjligheten att ge den vård som Socialstyrelsen (2010) rekommenderar i sina riktlinjer.

Deltagarna i studien har beskrivit det extra svårt att finna omvårdnadsåtgärder som lindrar vanföreställningar, hallucinationer och aggressivitet. Kolanowski et al. (2010) menar att personer med demenssjukdom lever i stunden och denna stund kan vara i många olika tidsaspekter eller situationer. Den demenssjuke personen har sin egen verklighet och det är i

den verkligheten man som personal kan möta dem. Personalens oförmåga att möta den demenssjuke personen i dennes verklighet är ett hinder för att skapa en god vård relation. Skovdahl et al. (2003) bekräftar att aggressivitet uppfattas som ett svårt symtom att hantera och att det är viktigt att arbetsgruppen har ett bra arbetsklimat och att de stöttar varandra i arbetet.

Metoddiskussion

Eftersom studien syftade till att få ökade kunskaper om hur sjuksköterskor upplever arbetet med BPSD-registret ansågs det lämpligt med en kvalitativ ansats. Kvalitativ ansats lämpar sig väl när det handlar om att ta reda på människors upplevelser (Polit & Beck, 2008, s. 487).

Vårdpersonalen som arbetar med BPSD-registret arbetar vanligen i team bestående av sjuksköterska, undersköterska samt chef. I denna studie inkluderades endast sjuksköterskor eftersom författarna ville belysa just deras upplevelser. Resultatet hade kanske påverkats om samtliga yrkeskategorier deltog genom att då få flera infallsvinklar på frågeställningarna. Deltagarnas erfarenhet av att arbeta med registret varierade mellan 4 månader och 2 år. En svaghet med studien är att två av deltagarna inte varit anslutna till registret så länge och de hade därför svårt att svara på några av frågor då de upplevde att det var för tidigt att hinna se någon effekt i vissa avseenden. En gräns på exempelvis minst 1 års anslutning till BPSD-registret hade kunnat sättas för att säkerställa att samtliga deltagare arbetat med registret så pass länge att de kunnat avgöra om eventuella effekter. Deltagarna hade arbetat inom demensvård mellan 4-26 år och en styrka med detta kan vara att studien belyser upplevelser från både vårdpersonal med lång erfarenhet av demensvård samt de med mindre erfarenhet. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är det bra att välja deltagare med varierad erfarenhet för att belysa forskningsfrågan från olika perspektiv. Samtliga deltagare är kvinnor vilket kan ses som en svaghet. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008, s. 169) ökar studiens giltighet om både män och kvinnor inkluderas. Denna studie syftar dock inte till att belysa frågan ur ett genusperspektiv.

Ett strategiskt urval gjordes eftersom intervjuerna endast kunde utföras på deltagare som genomgått BPSD-utbildningen samt arbetar med BPSD-registret. Fler deltagare hade kunnat inkluderas genom att kontakta fler anslutna enheter, men på grund av den tidsram som fanns

för studien beslutades det att det inte fanns möjlighet att inkludera ett större urval. Urvalet kan vidare ses som för litet för att resultatet ska kunna överföras till hela populationen, men syftet med kvalitativa studier är dock inte att kunna överföra resultatet till hela populationen utan mer om att försöka förstå och få ökade kunskaper om upplevda erfarenheter. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008, s. 170) kan författaren skapa förutsättningar för överförbarheten genom att tydligt beskriva urval, datainsamling och analys, men att det är läsaren som slutligen avgör om resultatet kan överföras till ett annat sammanhang. Författarna till denna studie anser sig ha gjort sitt bästa för att skapa förutsättningar för överförbarhet.

För att samla in data användes telefonintervjuer. Detta lämpade sig eftersom deltagarna bodde på olika ställen i Sverige och på grund av de långa avstånden hade det inte varit möjligt att träffa varje deltagare. Fördelar med telefonintervjuer är att de är kostnadseffektiva samt tidsbesparande. Svagheter med telefonintervjuer kan vara att intervjuaren inte ser deltagaren och därför inte kan läsa av kroppsspråk och se om någon verkar osäker på frågans innerbörd samt att intervjuaren inte kan vara helt säker på att rätt person svarar på frågorna vilket kan anses sänka reliabiliteten (Bryman, 2011, s. 208-210).

Intervjuerna bandinspelades vilket kan vara bra för att minska risken att något som sagts sedan glöms bort. En nackdel skulle kunna vara att deltagare kan uppleva det obehagligt att bli inspelade och därför inte prata lika öppet. Deltagarna blev både skriftligt och muntligt informerade om att deras deltagande var frivilligt, att de när som helts kunde avbryta utan förklaring och att allt material behandlas konfidentiellt. En styrka är att samtliga deltagare har blivit väl upplysta om de etiska principer som beaktats i denna studie både muntligt och skriftligt. Författarna upplevde inte att någon deltagare upplevde obehag i samband med intervjuerna.

För att öka trovärdigheten är det viktigt att forskningsprocessens olika delar är tydligt beskrivna (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008, s. 170). Författarna anser att tillvägagångssättet för urval av deltagare, datainsamlingsmetod och analys tydligt redovisats i denna studie. Exempelvis har avsnitt ur analysarbetets faser har redovisats i Tabell 1.Citat har använts för att förtydliga resultatet och det anses öka trovärdigheten (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008. s. 169-170).

Författarna hade ingen erfarenhet av kvalitativ innehållsanalys vilket försvårade analysprocessen. Författarna har gjort sitt bästa för att öka kvaliteten på analysen genom att läsa på om analysförfarandet och ta hjälp av handledaren. Handledaren har granskat arbetet och ifrågasatt text, kommit med idéer samt nya infallsvinklar. Att ta hjälp av någon som är insatt i forskningsprocessen ökar trovärdigheten (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008, s. 170).

Lundman och Hällgren Graneheim (2008, s. 170) menar att resultatet inte kan ses som helt oberoende av forskaren vid kvalitativa intervjustudier eftersom denne leder intervjuerna och är med i skapandet av datamaterialet. Författarna försökte dock att vara så neutrala och icke-dömande som möjligt under intervjuerna samt under analysprocessen. Författarna har ingen erfarenhet av att arbeta med BPSD-registret vilket kan ses som en styrka då vi inte har några egna erfarenheter som påverkar vår syn på data i någon större uträckning.

Ett förslag till framtida forskning inom ämnet är att studera hur undersköterskor och chefer upplever arbetet med BPSD-registret. Det skulle kunna leda till en bredare förståelse och belysa andra perspektiv eftersom dessa yrkeskategorier har andra arbetsuppgifter än sjuksköterskor och möjligheten finns att de upplever arbetet med BPSD-registret på ett annat sätt.

Slutsats

Studien ger en bild av att BPSD-registret är ett bra verktyg för att minska läkemedelsanvändningen vid BPSD, få en mer personcentrerad omvårdnad samt förbättra teamarbetet. De positiva upplevelserna som deltagarna upplevde kanske kan medföra att fler enheter blir inspirerade till att ansluta sig till BPSD-registret. Det framkom också att deltagare upplever svårigheter och hinder i form av tidsbrist samt brist på stöd från kollegor och chefer. Denna studie skulle kunna påverka ledare genom att ge ökad insikt och ökad kunskap om att avsatt tid för arbetet samt stöttning är av stor betydelse för slutresultatet.

Referenser

Armanius, G.B., Basun, H., Beck-Friis, B., Ekman, S-L., Englund, E., & Jönhagen, M.E. (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* (2:a uppl.). Stockholm: Liber.

Azermai, M., Petrovic, M., Elseviers, M.M., Bourgeois, J., Van Bortel, L.M., & Vander Stichele, R.H. (2012). Systematic appraisal of dementia guidelines for the management of behavioural and psychological symptoms. *Ageing Research Reviews, 11*, 78–86.

BPSD-registret. (2014). Hämtat mars 2014 från Svensk register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens: http://www.bpsd.se/om-bpsd-registret/om-svenskt-bpsd-register/

Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder.* Malmö: Liber.

Dehlin, O., & Rundgren, Å. (2007). *Geriatrik.* Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, S., Minthon, L., Moksnes, K.M., Saarela, T., Andman, P.O., Snaeldal, J., & Karlsson, I. (2001). *BPSD i ett nordiskt perspektiv. Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom.* Sollentuna: Jansen Cilag.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier.* Stockholm: Natur och 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.

Granskär, M., & Höglund-Nilsson, B. (Red.). (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Gustavsson, M., Karlsson, S., & Lövheim, H. (2013). Inappropriate long-term use of antipsykotic drugs is common among people whit dementia living in specialized care units. *BCM Pharmacological & Toxicology*, *14* (10), 1-8.

Harrison, M.B., Légaré, F., Graham, I.D., & Fervers, B. (2010). Adapting clinical practice guidelines to local context and assessing barriers to their use. *Canadian Medical Association Journal*, *9*, 78-84.

Henricson, M. (2012). *Vetenskaplig teori och metod.* Lund: Studentlitteratur.

Kolanowski, A., Fick, D., Frazer, C., & Penrod, J. (2010). It´s about time: Use of Non-pharmacological Interventions in the Nursing Home. *Journal of Nursing scholarship*, *42,* (2), 214-222.

Krippendorff, K. (2013). *Content analysis: an introduction to its methodology*. (3rd ed). California: Thousand Oaks.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Lai, C.K.Y., Yeung, J.H.M., Mok, V., & Chi, I. (2009). Special care units for dementia individuals with behavioural problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *4,* 1-39.

Lindskog, B-I. (2004). *Medicinsk terminologi.* Stockholm: Norstedts Akademiska Förlag.

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s. 159-172). Lund: Studentlitteratur.

Mapelli, D., Di Rosa, E., Nocita, R., & Sava, D. (2013). Cognitive Stimulation in Patients with Dementia: Randomized Controlled Trial. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, *3*, 263-271.

Marcusson, J., Blennow, K., Skoog, I., & Wallin, A. (2011). *Alzheimers sjukdom och andra kognitiva sjukdomar* (3:e uppl.). Stockholm: Liber.

Ornstein, K., & Gaugler, E.J. (2012). The problem with "problem behaviours": a systematic review of the association between individual patient behavioural and psychological symptoms and caregiver depression and burden within the dementia patient–caregiver dyad. *International Psychogeriatrics, 24*, (10), 1536-1552.

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

Ritcher, T., Meyer, G., Möhler, R., & Köpke, S. (2012). Psychosocial interventions for reducing antipsychotic medication in care home residents. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 12*, 1-45.

Sadowsky, H.C., James, E., & Galvin, M.D. (2012). Guidelines for the Management of Cognitive Behavioral Problem in Dementia. *Journal of the American Board Family Medicine, 25*, 350-366.

SFS. (2003:460). Lag om etikprövning av forskning som avser människor. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

Skovdahl, K., Kihlgren, A.L., & Kihlgren, M. (2003). Different attitudes when handling aggressive behavior in dementia- narratives from two caregiver groups. *Aging & Mental Health*, 7, 4, 277-286.

Snowdon, J., Day, S., & Baker, B. (2005). Why and how antipsychotic drugs are used in40 Sydney nursing homes. *International journal of geriatric psychiatry*, *20*, 1146-1152.

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

Taniguchi, S., Narumoto, J., Shibutu, K., Ayani, N., Matsuoka, T., Okamura, A., Nakamura, K., Shimizu, H., & Fukui, K. (2013). Treatment in a ward for elderly with dementia in Japan. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 9*, 357-363.

Visser, S., McCabe, M.P., Hudgson, C., Buchanan, G., Davison, T., & George, K. (2008). Managing behavioral symptoms of dementia: Effectiveness of staff education and peer support. *Ageing and Mental Health*, *12*, 47–55.

Wagner, C., van der Wal, G., Groenewegen, P.P. & de Bakker D.H. (2001). The effectiveness of quality systems in nursing homes: a review. *Quality in Health Care, 10*, 211–217.

Bilaga 1

Informationsbrev

Hej!

I Sverige är ca 148 000 personer drabbade av demenssjukdom och 9 av 10 av dessa personer kommer någon gång under sjukdomen drabbad av Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens, BPSD. BPSD uppfattas svårt att hantera både för anhöriga och vårdpersonal och den drabbade personen uppfattas få lägre livskvalitet. År 2011 startade BPSD- registret i Sverige. BPSD-registret arbetar strukturerat med observation, analys, omvårdnadsåtgärder och utvärdering av insatta åtgärder. BPSD-registret syftar till att kvalitetssäkra omvårdnaden av personer med demenssjukdom och till att uppnå ett likvärdigt omhändertagande av dessa personer i hela Sverige. Vi har valt att studera BPSD då många människor är drabbade, behandlingen kan uppfattas komplex och det finns ett utvecklat system för att ge god vård som ska uppnå ett likvärdigt omhändertagande. Syftet med vår studie är att undersöka sjuksköterskors upplevelser av att arbeta med BPSD-registret.

Vi heter Sofi Nyberg och Susanna Wennberg, vi läser specialistsjuksköterskeutbildningen Vård av Äldre via Mittuniversitetet och ska nu göra vår magisteruppsats. Vi har fått information via personal på BPSD-registret om att du arbetar med detta register och vill nu tillfråga dig om att delta i vår studie. Intervjun kommer att genomföras under februari-mars månad. Om du vill delta så bokar vi tid för intervjun gemensamt. Intervjun sker via telefon och kommer att spelas in, det tar cirka 20 minuter. De uppgifter du lämnar kommer att behandlas konfidentiellt. I arbetet kommer informationen att vara avidentifierad. Informationen du lämnar kommer endast att användas i detta arbete och kommer att förstöras när studien är genomförd. Deltagande i studien är frivilligt och du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan att förklara varför.

Det färdiga arbetet kommer att publiceras i Diva, vilket är en databas för uppsatser, denna nås via Google.

Vid frågor eller behov av ytterligare information är du välkommen att kontakta Sofi, Susanna eller vår handledare.

Tack på förhand!

Sofi Nyberg. **Sofiinyberg@hotmail.com**. Tel nr 073-833 35 88.

Susanna Wennberg. **Susannawennberg@hotmail.com**. Tel nr 073-832 04 53.

Handledare: K-G Norbergh. Karl-gustaf.norbergh@miun.se

Bilaga 2

Samtycke

Deltagande i studien är frivilligt och du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan att förklara varför.

Jag har tagit del av informationsbrevet och ger mitt samtycke att delta i denna studie.

Namn:…….

Ort:……..Datum:……...

Bilaga 3

Intervjuguide

1. Jag vill att Du uppger ålder, arbete, erfarenhet av demensvård samt utbildning?

2. Kan Du berätta hur Du upplever att det är att arbeta BPSD-registret?

3. Upplever du att registret är ett bra redskap för att utveckla vården? På vilket sätt?

4. Upplever du att det ökar dina kunskaper genom att använda registret?

5. Upplever du att det påverkar förskrivning eller användandet av läkemedel? Om ja, på vilket sätt?

6. Upplever du att det är bra följsamhet till skattning, analys, åtgärd, utvärdering?

Är det någon av dessa punkter ni behöver förbättra?

7. Hur upplever du utbildningen, uppfyller den sitt syfte?

8. Vilket BPDS symtom tycker du är svårast att hantera och varför?

Följdfrågor vid kortare svar:

Kan Du berätta mer?

Hur upplever Du det?