Institutionen för Neurobiologi, Vårdvetenskap och Samhälle
Sektionen för omvårdnad
Fristående kurs: Examensarbete för magister i
Omvårdnad, 15 hp, **A** 2QA179
Vårterminen 2014

Bidrar systematiska skattningar av beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom till minskade symtom?

- En kvantitativ pilotstudie utifrån registerdata

Do systematic assessments of behavioral and psychiatric symptoms in dementia reduce symptoms?

- A quantitative pilot study based on registry data

Författare: Anna Björk och Elisa Reinikainen

Handledare**:** Anne-Marie Boström, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle

Examinator: Marie Iwarzon, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle

Sammanfattning

Demenssjukdomar ökar i samhället, samtidigt ökar beteendemässiga och psykiska symtom. Syftet med studien var att beskriva förekomst och allvarlighetsgrad av beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) samt att jämföra medelvärdet av totalpoängen av BPSD från första registreringstillfället i BPSD– registret med en påföljande registrering. Studien var en kvantitativ, registerstudie. Studien utfördes som en pilotstudie. Datainsamling har skett via Neuropsychiatric Inventory. Undersökningsgruppen var 105 personer med demenssjukdom som registrerats i BPSD -registret i två valda kommuner. Mest förekommande symtom vid första skattningen var agitation, lättretlighet/labilitet och motorisk rastlöshet. De flesta symtom var mer förekommande hos personer som bodde i småstad än i storstad. Depression och apati var signifikant mer förekommande. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan män och kvinnor. I jämförelse med en påföljande skattning minskade totalpoängen av symtomet depression signifikant. Konklusion**.** Personcentrerad omvårdnad är en viktig del vid bemötandet av individer som lider av demens. Med hjälp av utbildning och registreringar i BPSD – register ökar vårdpersonalen kunskaper av symtom och ett strukturerat arbetssätt leder till att förekomst och allvarlighetsgrad av symtom minskar mellan första och andra skattningen. En högre bemanningstäthet synes bidra till en lägre förekomst av symtom. Mer forskning behövs dock.

Nyckelord: BPSD, personcentrerad omvårdnad och systematiska skattningar.

Abstract

Dementia is increasing in society, thereby increasing behavioral and psychological symptoms (BPSD). The aim of the study was to describe the prevalence and severity of BPSD and to compare the mean total score of BPSD from the time of registration in the BPSD registry with a secondary assessment. The study was a quantitativeregistry-study. The study was conducted as a pilot study. Data was collected using the Neuropsychiatric Inventory. The study group was 105 people with dementia recorded in the BPSD registry in two selected municipalities. Most common symptoms at the first assessment were agitation , irritability/lability and restlessness. Most symptoms were more prevalent in the smaller municipality, and depression and apathy were significantly more prevalent. There were no significant differences between women and men. In comparison with the second assessment, depression significantly decreased. Conclusion. Person-centered care is an important part in the treatment of individuals suffering from dementia. Through education and registrations in the BPSD – register the symptom-knowledge increases among nursing staff and a structured way of nursing will produce less frequent and severity of symptoms between first and second assessment. The results show a potential for reduced symptoms by increased nursing staff. More research is needed.

Keywords: BPSD, person- centered care and systematic assessments.

INNEHÅLL

1 INLEDNING 1
2 BAKGRUND 1
2.1 Demens 1
2.2 BPSD -Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens 2
2.2.1 Agitation 3
2.2.2 Depression 3
2.2.3 Apati 4
2.3 NPI -Neuropsychiatric Inventory 4
2.4 BPSD – registret 5
2.5 Teoretisk referensram 6
2.6 Problemformulering 7
3 SYFTE 8
4 FRÅGESTÄLLNINGAR 8
5 METOD 8
5.1 Design 8
5.2 Undersökningsgrupp 8
5.2 Datainsamling 9
5.3 Databearbetning och analys av data 9
6 ETISKA ÖVERVÄGANDEN 10
6.1 Forskarens etik 10
6.2 Forskaretik 10
7 RESULTAT 11
7.1 Beskrivning av undersökningsgruppen 11
7.2 I vilken omfattning förekommer BPSD hos personer med demenssjukdom vid första skattningen? 12
7.3 Finns det skillnader i totalpoängen av BPSD mellan kommunerna? 13
7.4 Finns det skillnader i totalpoäng av BPSD mellan män och kvinnor? 14
7.5 I vilken omfattning förekommer BPSD hos personer med demenssjukdom vid andra skattningen och finns det någon skillnad mellan första och andra skattningens totalpoäng? 15
8 DISKUSSION 18
8.1. Metoddiskussion 20
8.2 Betydelse för omvårdnad 21
8.3 Slutsatser 21

8.4 Förslag på fortsatt forskning 21
9 TILLKÄNNAGIVANDEN 22
10 REFERENSER 23
BILAGOR 27

Bilaga 1 NPI-NH

Bilaga 2 Patientskattning

1 INLEDNING

Att arbeta som specialistsjuksköterskor inom äldreomsorgen innebär i allt större utsträckning möten med personer med demenssjukdom. Demenssjukdom orsakar förvirring och lidande för den sjuke och även anhöriga, speciellt eftersom många av personer med demenssjukdom drabbas av beteendemässiga och psykiska symtom. Symtomen är ofta svåra att hantera, och det finns ofta otillräckliga kunskaper om dem och om metoder att behandla dem på. Det finns lite forskning om symtom som orsakas av demenssjukdom och även om åtgärder som minskar symtomen. Kartläggning och uppföljning av symtomen behöver bli mer strukturerad för att kunna utvärdera vilka åtgärder som bidrar till minskning av symtomen. Som specialistsjuksköterskor inom vård av äldre vill vi utöka vårdpersonalens kunskaper om beteendemässiga och psykiska symtom för att i förlängningen kunna bidra till minskade BPSD för individer med demenssjukdom. Med vårdpersonalen menas det all personal som deltar i personens vård.

2 BAKGRUND

2.1 Demens

Demenssjukdom är ett tillstånd som påverkar det centrala nervsystemet i hjärnan. Den leder till degeneration av neuron i hjärnan och skadar även andra vävnader i hjärnan och hjärnans kognitiva funktioner försämras. Demenssjukdomar delas in i olika grupper beroende av vilken del av hjärnan skadan inbegriper. Alzheimers sjukdom är den vanligaste demensformen. Den har ett smygande förlopp och minnesstörningar och depression är vanliga symtom i den tidiga fasen. Vid senare faser är apati, oro, irritabilitet, vanföreställningar, hallucinationer och agitation vanligt förekommande beteendestörningar. Den första som beskrev Alzheimers demenssjukdom var Alois Alzheimer 1906. Näst vanligaste demensformen är vaskulär demens, som orsakas av kärlförändringar i hjärnan. Sjukdomsförloppet är fluktuerande och depression är ett vanligt symtom (Armanius *et al.*, 2004; Drivdal Berentsen, 2010). Frontotemporal demenssjukdom är ett samlingsnamn för olika tillstånd som påverkar hjärnans temporallober. Sjukdomen debuterar långsamt och vanligen före 65 års ålder. Personlighetsförändringar och beteendestörningar är vanliga symtom vid denna demensform. De vanligaste beteendestörningarna är agitation, hallucinationer, ångest, depression och hämningslöshet. För individer med Lewy Body demens är synhallucinationer, parkinsonism och depression vanligt förekommande symtom. Det finns även andra tillstånd som leder till sekundär demenssjukdom (Armanius *et al.*, 2004; Dehlin & Rundgren, 2007; Drivdal Berentsen, 2010).

I Sverige finns idag ca 160 000 individer som lider av demenssjukdom och varje år insjuknar cirka 25 000 individer i demenssjukdom (Socialstyrelsen, 2014). Sveriges befolkning blir allt äldre och risken för insjuknande ökar med stigande ålder (Mensen, 2010). Enligt WHO:s rapport (2012) finns det uppskattningsvis 35,6 miljoner människor med demenssjukdom i världen. Denna siffra, räknar WHO, kommer att dubbleras fram till och år 2030 och mer än tredubblas till år 2050. Enligt WHO är målen för demensvården idag: tidig diagnos, optimerad fysisk hälsa, kognition, aktivitet och välbefinnande, att upptäcka och behandla BPSD samt att informera och stödja vårdspersonalen i vården (WHO, 2012).

Demenssjukdom är en relativt ung diagnos och en stor utmaning för forskningen då det inte finns något botemedel. Prevalensen ökar och ställer ökade krav på kommuners sjukvård. Demensvården ökar kommunernas kostnader (Armanius *et al*., 2004). Enligt Socialstyrelsen (2010) ska gruppboende för personer med demenssjukdom prioriteras och det finns en önskan

om att vårdpersonalen har speciella kunskaper inom demensvård. De nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom anger också tydligt att omvårdnaden av personer med demenssjukdomska vara personcentrerad (Socialstyrelsen, 2010).

Individer med demenssjukdom har tidigare setts som ”tomma skal” utan identitet, som inte har något annat att erbjudas än förvaring, då varken bot eller effektiv behandling finns (Edvardsson, 2010). Individerna som har demenssjukdom har också beskrivits som identitetslösa, då det egentligen är så att själva sjukdomen är ett hot mot själva identiteten. På grund av stigmatisering av demenssjukdom, har vårdpersonal ett stort och betydande ansvar att försöka bevara känslan av identitet (Norberg, 2010).

2.2 BPSD -Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens

BPSD beskrevs för första gången 1996, och är ett samlingsnamn för vanligt förekommande, icke kognitiva symtom vid demenssjukdom (Bergman, Bergström, Båtsman, Fastbom, Hallberg & Johansson, 2008). Hällgren Graneheim (2010) definierar beteendestörningar och psykiska symtom vid demenssjukdom: ”symtom på störd perception, stört tankeinnehåll, förändrat stämningsläge och förändrat beteende” (s. 62). De symtom som litteraturen tar upp som BPSD är vanföreställningar, hallucinationer, agitation, depression, ångest, upprymdhet, apati, hämningslöshet, lättretlighet, motorisk rastlöshet, sömnstörningar samt aptitstörningar. (BPSD, 2012).

Hällgren Graneheim (2010) menar också att beteendestörningar kan bero på reaktioner på förändringar i omgivningen t ex höga ljud, oväntade händelser, ny vårdpersonal och nya rutiner. Vidare kan upplevelse av yttre krav, vårdare eller anhörigas beteende och utmattning hos vårdaren bidra till beteendeförändringar. Ca 90 % av personer med demenssjukdom drabbas av BPSD. Detta orsakar lidande för personer med demenssjukdom (Socialstyrelsen, 2010). De är beroende av att vårdpersonalen har rätta kunskaper och kan uppmärksamma deras behov när de inte alltid kan uttrycka dem själva. Uppkomsten av BPSD kan bero på att basala behov inte är tillfredställda. Symtomen kan bero på hunger, trötthet eller behov av att gå på toaletten. Felaktig medicinering kan också vara en orsak till BPSD (Buhr & White, 2006; Skog, 2012). Olika smärttillstånd, har också visat sig vara en vanlig men svåridentifierbar orsak till BPSD. Tidigare personlighet, fysisk och psykosocial miljö och vårdarnas kompetens och attityd kan också ligga till grund (Skovdahl & Kihlgren, 2011). BPSD tidigarelägger behov av institutionsboende, kan orsaka felaktig användning av läkemedel och ökade vårdkostnader (Cerejeira, Lagarto & Mukaetova-Ladinska, 2012). Stigmatisering, socialt utanförskap och försämrad livskvalitet är också ett resultat av närvarande BPSD (WHO, 2012).

Enligt Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 bör bakomliggande symtomen till BPSD utredas. Enligt nationella riktlinjerna bör i undantagsfall BPSD behandlas med läkemedel. Detta när personcentrerad omvårdnad och anpassning av vårdmiljön inte räcker utan att BPSD orsakar lidande för personer med demenssjukdom. Enligt riktlinjerna är personcentrerad omvårdnad högst prioriterad vid vård av personer med demenssjukdom (BPSD, 2012).

Vårdpersonalen behöver kunskaper om vad som kan utlösa symtomen och hur man bemöter personer med demenssjukdom för att förebygga BPSD. Med kontinuerliga omvårdnadsåtgärder och med ett personcentrerat förhållningssätt kan man minska BPSD och därmed bevara eller förstärka livskvaliteten (Buhr & White, 2006; Edberg, 2011; Eriksson *et al.*, 2008). Norberg, refererad i Hällgren Graneheim (2010, s. 66) beskriver att vårdare och

anhöriga kan uppfatta att demenssjukdomen gör att individen ”… verkar leva där och då istället för här och nu, dvs. i en annan värld, i en annan tid och i ett annat sammanhang. Den demensdrabbade kan verka vila i en lugn och trygg värld, men det kan också visa sig vara en skrämmande värld som personen med demens måste räddas ifrån”. Agitation och depression är enligt Buhr och White (2006) och Majic (2012) de vanligaste förekommande BPSD och risken för förekomst ökar med demensens svårighetsgrad. Fauth och Gibbons (2013), Prado Jean *et al*. (2010) och Youn *et al*. (2011) lägger till apati som ett av de vanligast förekommande BPSD.

2.2.1 Agitation

Agitation definieras som verbal och fysisk aggressivitet och motstånd mot behandling (Armanius *et al.,* 2004). Majic *et al*. (2012) definierar fysisk agitation som sparkar, slag, knuffar, kasta saker, bita, riva, spotta, göra illa sig själv eller andra, slå sönder saker eller skrika. Verbal agitation definieras som repetitivt beteende, frågor eller meningar, svordomar, flykt, konstiga ljud, negativitet och klagan och konstant sökande av uppmärksamhet. Agitation förekommer hos mer än hälften av individer med ett längre framskridet stadium i demensen. Frontotemperal demens, gör att individen blir mer känslomässigt instabil, och kan därmed reagera häftigare till olika situationer relaterad till svårighet att acceptera förändringar i vardagen (Skog, 2012). Buhr och White (2006) skriver i sin litteraturöversikt att orsaken till verbal agitation ofta kan vara smärta. Vid demenssjukdom minskar förmågan att uttrycka sina behov och symtom och därför behöver vårdpersonal olika skattningsskalor till hjälp att identifiera symtomen. I en studie av Cohen-Mansfield *et al*. (2010) konstaterades att åtgärderna som social stimuli, musik, sång, trädgårdsarbete, reminiscens och fysiska aktiviteter hade mindre effekt på verbal agitation och behövde behandlas på annat sätt (Buhr & White, 2006; Cohen-Mansfield *et al.,* 2010).

2.2.2 Depression

Depression och även akut konfusion kan också vara ett första symtom på demenssjukdom och det kan till en början vara svårt att ställa rätt diagnos (Skog, 2012). Samspelet mellan signalsubstanserna och de förändringar som sker i hjärnan, relaterad till demensen har troligtvis ett orsakssamband med depression (Kirkevold, Brodtkorb & Hylen- Ranhoff, 2010). Vid depression är det vanligt att personen isolerar sig för omvärlden, blir initiativlös och tappar intresset för omvärlden**.** Tecken på depression kan även vara aggressiva utbrott, sömnsvårigheter och ätstörningar. Depressionsskattning ska användas för att identifiera symtomen (Kirkevold, 2010). Enligt Nationella Riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom bör läkemedelsbehandling vid depression0 erbjudas (Socialstyrelsen, 2010). Enligt Prado-Jean *et al.* (2010) uppvisar ca 1/3 av personer med demenssjukdom, depressiva symtom och i studien visade sig depression vara lika vanligt vid mild kognitiv nedsättning, som vid mild och svår demens. Resultatet visade en stark korrelation mellan NPI och Cornells test[1]

[1] Skattningsskala för depression vid demens**.** Test som bygger på kännedom om den äldre samt observation under ett par veckors tid (Kirkevold, Brodtkorb & Hylen-Ranhoff, 2010; Wahlund, 2006).

2.2.3 Apati

Enligt Drivdal Berentsen (2010) är apati särskilt förekommande vid svår demenssjukdom. Apati kan vara svårt att skilja från passivitet som demenssjuka ofta kan drabbas av relaterad till minskat intresse för tidigare fritidsintressen. Rocca *et al.* (2010) menar att apati är ett svåråtkomligt symtom rent medicinskt, men att det är viktig att sätta i fokus för icke-farmakologiska och sociala interventioner. Prado-Jean *et al*. (2010) kom fram till att alla studerade störningar i beteendet (BPSD), var signifikant mer förekommande hos personer med demenssjukdom med samtidig depression och Youn *et al.* (2011) menar att BPSD sällan kommer ett och ett utan att personen med demenssjukdom ofta har två eller flera symtom. Kombinationen av de olika symtomen ger således också olika tyngd för vårdpersonalen (Rocca *et al.*, 2010). Studierna är tvetydiga. Utförda tvärsnittsstudier visar att stor kognitiv försvagning och allvarlig demens är associerat med högre grad av BPSD, medan andra longitudinella studier resulterar i bristande anknytning mellan demensens allvarlighetsgrad och förekomsten av depressiva symtom eller diagnostiserad depression. MAAstricht Study of BEhavior in Dementia (MAASBED) -studien uppvisade följande resultat: Individer med mild demenssjukdom visade vid utgångspunkten flera neuropsykiatriska symtom, medan de med svår demenssjukdom uppvisade färre symtom av samma karaktär, under de två år som studien pågick (Cerejeira *et al.*, 2012).

2.3 NPI -Neuropsychiatric Inventory

NPI som skattningsinstrument togs fram av Cummings *et al*. (1994) för att kunna upptäcka, mäta samt spåra förändringar i beteendesymptom vid olika demenssjukdomar. Målet var också att försöka minska administrationstiden med hjälp av ett smidigt, snabbt genomförbart formulär med hög validitet och reliabilitet. NPI har rigoröst testats bland annat genom utvärdering av Delphipanel[2]. Studien presenterar resultaten av validitetens samstämmighet, inbördes reliabilitet, reliabiliteten vid test-retest samt korrelationen mellan tidigare, frekvent använda instrument (BEHAVE-AD och Hamilton Depression Rating Scale, HDRS). NPI visar sig vid jämförelse vara ett förmånligt och säkert hjälpmedel som hälso- och sjukvårdspersonal kan känna sig trygga med att använda vid kvantifiering av förändrade beteende vid demenssjukdom. Cummings *et al.* (1994) fann dock vissa variabler som kan påverka resultatet av skattningarna, när man använder NPI. En av dem var att man inte visste användbarheten vid samtidig användning av psykofarmaka. En annan risk för bias var om uppgiftslämnare (vårdgivaren) saknade eller förvanskade information.

Den första versionen av NPI bestod av tio symtomdomäner. NPI-12 är en utvidgad version av NPI-10 (Cummings, 1994). NPI-12 används vid registrering i BPSD -registret och omfattar 12 symtomdomäner: vanföreställningar, hallucinationer, agitation/upprördhet, depression/nedstämdhet, ångest, upprymdhet/eufori, apati/likgiltighet, hämningslöshet, lättretlighet/labilitet, motorisk rastlöshet, sömnstörningar och matlust/ätstörningar. Symtomens frekvens och svårighetsgrad multipliceras, ju högre summa man får desto allvarligare är symtomen (BPSD, 2012; Connor, Sabbagh & Cummings, 2008; Demenscentrum, 2009). Skattning av BPSD bygger bland annat på observation av dessa symtom och bedöms utifrån förekomst och allvarlighetsgrad. I BPSD –registret används NPI-12[2] som instrument. Poängen av förekomsten i NPI presenteras från 0-4 och allvarlighetsgraden 0-3. Totalpoängen erhålls genom att poängen från förekomsten

[2] Neuropsychiatric Inventory. Basvarienten NPI-10 med tillägg av symtomen, sömn-och aptitstörningar (demenscentrum.se).

multipliceras med poängen från allvarlighetsgraden. Totalpoängen per symtom kan variera mellan 0-12 poäng (BPSD, 2013a; Demenscentrum, 2009).

2.4 BPSD – registret

För närvarande (2014) finns i Sverige 79 olika Nationella kvalitetsregister i drift. Detta gör Sverige till ett föregångsland. Kvalitetsregistren ger möjlighet till ständig kunskaps- samt kvalitetsförbättring, som är nödvändigt för att landets hälso-och sjukvård ska kunna avancera. Alla register rapporterar kontinuerligt och ansöker om ekonomiskt understöd och får i gengäld återkoppling om utvecklings- och förbättringsarbete som kan lyfta registren ytterligare. Registren ger också hälso- och sjukvården möjlighet att följa upp omvårdnaden. Syftet med BPSD- registret är att utveckla och kvalitetssäkra vården för personer med demenssjukdom. Registret har också en tanke om att kunna bidra till implementering av nationella riktlinjer, personcentrerad omvårdnad, utveckla ett gemensamt språk och förhållningssätt för vårdpersonal, utvärdera omvårdnadsåtgärder samt verksamhetsutveckling. BPSD- registret omfattar omvårdnaden av individer med diagnosticerad demenssjukdom. Ett samarbete med Svenska demensregistret, SveDem, är påbörjat och arbetet för ett sammanslaget register är påbörjat 2012 (Kvalitetsregister, 2014).

Personalen som arbetar inom vården registrerar symtom i BPSD -registret. Med hjälp av ett NPI-NH formulär (bilaga 1) kartläggs och bedöms symtomen som personen uppvisat de senaste fyra veckorna. Förekomst (aldrig; ibland; ganska ofta; ofta och mycket ofta) och allvarlighetsgrad (lindrig; måttlig och påtaglig) av BPSD beskrivs och man registrerar vilken typ av demens personen lider av och hur personen bor. Den aktuella läkemedelsanvändningen registreras, inklusive när läkemedlet sattes in**,** för att sedan vid uppföljningar kunna jämföra om eller hur läkemedelsanvändningen har förändrats och om läkemedelsöversyn har genomförts. Därtill utreds olika tänkbara orsaker till symtomen rörande personens behov av mat, dryck, sömn, elimination, smärta mm för uppkomsten av BPSD och bedöms med hjälp av checklistan. Variabler som temperatur, puls, blodtryck, andning, urinstatus och blodsocker kontrolleras och registreras också. (bilaga 2). Registret ger även förslag på evidensbaserade omvårdnadsåtgärder och guidar användaren för att kunna göra utvärderingar av insatta åtgärder. Allt i enlighet med de Nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom (Socialstyrelsen, 2010) samt med SBU:s och läkemedelsverkets evidensbaserade genomgång av icke-farmakologiska interventioner (BPSD, 2013a).

Antal registrerade personer i BPSD -registret mellan 1 oktober 2012 och 1 september 2013, uppgick till 14 117. (BPSD, 2013b). Täckningsgraden har ökat från några enstaka kommuner november 2010 till att vara i stort sett rikstäckande mars 2014 (BPSD, 2014). Siffror från Socialstyrelsen (2014), visar att andelen kommuner (med åtminstone en enhet) som mellan 2011 och 2012, aktivt registrerade i registret, var ca 45 %, i oktober 2013 var andelen drygt 80 %. Andelen kommuner/stadsdelar med verksamhet i form av särskilt boende, med inriktning på personer med beteendeförändringar för storstäder uppgår till 47 % och i övriga landet till 34 %.

BPSD -registret är en del av Svenska statens satsning för god vård vid demens, och de enheter som registrerar får prestationsersättning. Detta tros vara en av orsakerna till att registreringen av BPSD kraftigt har ökat under senaste åren. För att få behörighet och kunna använda sig av registret måste vårdenheten ansluta sig och den personal som ska registrera måste genomgå en tvådagars utbildning, som anordnas av BPSD – registret. (BPSD, 2012; Socialstyrelsen, 2010). Utbildningens mål är att vårdpersonalen ska få kunskap om de

vanligaste demenssjukdomarna, symtom, diagnos och behandling. Därtill ges kunskap om vanliga bakomliggande orsaker till BPSD och om Nationella riktlinjer för demensvård, kvalitetsregister och relevant lagstiftning. Deltagarna ges även kunskap i implementering av de Nationella riktlinjerna och hur man arbetar och registrerar i registret i praktiken (BPSD, 2012). BPSD -administratörernas roll blir att ansvara för skattningarna samt att registrera i registret, boka tid för uppföljning, vara den som driver arbetet, kontrollera att vårdplan och vårdåtgärder följs samt att kontinuerligt redovisa resultatet till verksamhetschefen. Administratörernas roll i det hela, blir att i första hand svara på frågorna vid NPI -skattningen, medverka vid analysen, vara aktiv i att ta fram vårdåtgärder och ansvara för att de genomförs samt se till att uppföljning bokas. Om individen med demenssjukdom, uppvisar BPSD med >8 totalpoäng, rekommenderar registret en ny skattning efter fem till sex veckor, som en utvärdering och fortsätter var sjätte vecka tills BPSD har minskat. Ytterligare skattning och registrering sker vid nytillkomna symtom (Kvalitetsregister, 2014). Registret anser att, om det är möjligt, sjuksköterskan deltar vid skattning samt vid analys, ser till att omvårdnadsåtgärderna är adekvata utifrån enskilda behov samt att de åtföljs. Sjuksköterskan ska vid behov vara kontakten med övriga personer i det tvärprofessionella teamet samt att agera som ”bollplank” för annan vårdpersonal (BPSD, 2012).

Förekomst av BPSD bedöms med hjälp av NPI-NH skattning (bilaga 1). Efter identifiering och bedömning av symtomen, upprättas en individuell bemötandeplan. Det kan finnas andra åtgärder som är förknippade med individens livshistoria, som inte är med i förslagen. Bemötandeplanen kan skrivas ut för att lättare kunna implementera bland vårdpersonal. De enheter som registrerar i BPSD -registret har kontinuerlig tillgång till de egna resultaten och kan använda data för eget förbättringsarbete (BPSD, 2012).

2.5 Teoretisk referensram

I studien har Personcentrerad omvårdnad använts som teoretisk referensram. Personcentrerad omvårdnad innebär att personen sätts i fokus, inte demenssjukdomen. Arbetssättet utgår från den sjuka individens verklighet och upplevelse och man försöker förstå och lindra det avvikande beteendet och symtomen utifrån kunskap och kännedom om demenssjukdom, individens livshistoria och upplevelser. När vårdpersonalen arbetar utifrån personcentrerad omvårdnad värnas autonomin så långt det är möjligt och det som är bäst för den individen. Man bekräftar upplevelser och verklighetsbild som personen med demenssjukdom har (Socialstyrelsen, 2010). Røsvik, Kirkevold, Engedal, Brooker & Kirkevold (2011) har beskrivit en teori om vad personcentrerad omvårdnad innebär. Teorin kallas VIPS och står för:

V- **V**ärdesättning av personer med demenssjukdom och deras vårdare

I- **I**ndividen bemöts och behandlas just som en individ

P- **P**erspektiv utifrån den sjukes värld

S- skapandet av ett **S**ocialt klimat för att främja välbefinnande

Kärnan i personcentrerad omvårdnad, är att bemöta de sjuka individerna på ett gott sätt och undvika tillrättavisningar och istället ge utrymme för individens egen förklaring av världen.

Vetenskapligt underlag, om hur regelbunden uppföljning av personer med demenssjukdom, påverkar livskvaliteten och vårdens kostnader saknas, men Socialstyrelsen (2010) menar att personcentrerad omvårdnad minskar agitation och användning av antipsykosläkemedel.

Registrering och uppföljning av BPSD förväntas minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och på lång sikt kommer detta även minska kostnader av demensvården (Socialstyrelsen, 2010). Att arbeta personcentrerat och utvärdera individanpassade omvårdnadsåtgärder är i sig inget nytt. Svårigheten ligger i att göra detta på ett kontinuerligt och strukturerat sätt. Att använda BPSD -registret kan bidra till kontinuitet och struktur och återkommande skattningar gör det lättare att utvärdera tidigare insatser (BPSD, 2012).

Patientens upplevelser och uppfattning är ofta grunden till beteendet. Orlando (1961) menar att när patientens behov inte genast kan tillfredställas behöver denne hjälp via omvårdnad. Det kan finnas fysiska och miljömässiga orsaker eller orsaker som är förknippade med patientens livshistoria, som kan hindra patienten att uttrycka sina behov. Det är då vårdens uppgift att genom observation, identifiera individens behov. Sjuksköterskan gör systematiska bedömningar av omvårdnaden genom att observera patientens verbala och icke verbala beteende. Målet för omvårdnaden är systematisk kartläggning av patientens behov, förståelse för individens livshistoria samt att skapa en bra relation med individen. Detta tillsammans med observation av symtom och omvårdnad lägger grunden till att kunna identifiera individens omvårdnadsbehov (Alligood & Marriner Tomey, 2010; Orlando, 1961). Personcentrerad omvårdnad kräver inte bara god kännedom om individens levnadsberättelse, intressen och behov, utan som vårdpersonal, ett personligt engagemang att vilja göra det lilla extra, för att sätta guldkant på tillvaron (Edvardsson, 2010). I enlighet med detta ligger patientens beteende till grund för symtomskattningen inom demensvården. Sjuksköterskans/ BPSD - administratörens roll är att identifiera patientens beteendemässiga och psykiska symtom, förekomst samt allvarlighetsgrad.

Orlando (1961) menar också att omvårdnadens mål är att lindra eller undanröja psykiska och fysiska obehag och främja välbefinnande, här och nu, i situationer där individen inte själv är kapabel att förstå eller tillfredsställa sina behov. Precis som syftet med en personcentrerad omvårdnad utgör vårdpersonals åtgärder, medvetna och ändamålsenliga åtgärder, snarare än standardiserade insatser (Jahren Kristoffersen, 2006). Likaså är målet med systematisk skattning av BPSD symtom att komma fram till en individuell bemötandeplan för att minska dessa symtom.

2.6 Problemformulering

Specialistsjuksköterskor inom äldreomsorgen arbetar dagligen med personer med demenssjukdom som drabbats av BPSD. Erfarenheten är att personal som vårdar personer med demenssjukdom ofta har knappa kunskaper eller ingen utbildning alls vad gäller demenssjukdomar. De behöver ha mer kunskaper om själva sjukdomen, hur man bemöter dessa människor och om det förebyggande arbetet att lindra BPSD. Genom att medvetandegöra vårdpersonal och anhöriga om att cirka 90 % av alla individer med diagnostiserad demenssjukdom lider av BPSD kan detta bidra till ökat engagemang för personcentrerad omvårdnad och därmed till individens välbefinnande. En bra start för att medvetandegöra vårdpersonalen om förekomsten av BPSD är BPSD – registret. Genom att använda registret lär sig vårdpersonalen att identifiera symtom och tänkbara orsaker till BPSD samt på ett strukturerat sätt planera och sätta in specifika och personcentrerade åtgärder. Registret bidrar också till att vårdpersonalen kontinuerligt följer upp och utvärderar insatta omvårdnadsåtgärder. I dagsläget finns inga studier som rapporterar förekomst och allvarlighetsgrad av BPSD i svensk äldreomsorg. Det finns inte heller studier som har jämfört skillnader mellan kön och kommuner i Sverige.

3 SYFTE

Studiens syfte är att beskriva förekomst och allvarlighetsgrad avseende BPSD samt att jämföra förekomsten av BPSD från första registreringstillfället i BPSD -registret med en påföljande registrering, skillnader i symtom mellan två kommuner samt könsskillnader.

4 FRÅGESTÄLLNINGAR

- I vilken omfattning förekommer BPSD hos personer med demenssjukdom vid första skattningen?
- Finns det skillnader i totalpoängen av BPSD mellan kommunerna?
- Finns det skillnader i totalpoängen av BPSD mellan män och kvinnor?
- I vilken omfattning förekommer BPSD hos personer med demenssjukdom vid andra skattningen och finns det någon skillnad mellan första och andra skattningens totalpoäng?

5 METOD

5.1 Design

Studien var en kvantitativ registerstudie. Studien utfördes som en pilotstudie. Målgruppen var personer med demenssjukdom och där deltagarnas symtom följts över en viss tid (Billhult & Gunnarsson, 2012; Polit & Beck, 2012).

5.2 Undersökningsgrupp

Urvalet i studien är personer med demenssjukdom, som har registrerats i BPSD -registret, sedan starten 2010 och som bor på särskilda demensboenden. Alla registrerade personer inkluderades.

Studien har använt bekvämlighetsurval och inkluderat två kommuner. En av kommunerna var belägen i en storstadsregion i Sverige. Kommunen hade 31december 2013 cirka 103 000 invånare, och medelåldern var 37 år. Totalt var 13 % av kommunens befolkning 65 år och äldre. 3 % av befolkningen var över 80 år och 10 % av befolkningen var mellan 65-79 år (SCB, 2014). I kommunen fanns det vid studiens genomförande12 äldreboende/särskilda boende, 6 av dessa var demensboende. På den demensboende där skattningar och registreringar har gjorts fanns det vid registreringstillfällena 1 sjuksköterska per avdelning som var utbildad BPSD -administratör, därmed har påföljande skattningar och registreringar gjorts av samma person. På äldreboendet där studien utfördes var 82 % (23) utbildade undersköterskor och 18 % (5) vårdbiträden med olika utbildningsbakgrund. All vårdpersonal hade genomgått Demens ABC webbutbildningen. På enheten bodde 7-8 boende per avdelning. Personaltätheten var 0,83 per individ.

Den andra mindre kommunen hade 31 december 2013 cirka 30 000 innevånare. Medelåldern för kommunens befolkning var vid denna tidpunkt 42,5 år. Totalt var 21,6% av befolkningen 65 år och äldre. 6,6 % av befolkningen var 80 år och äldre och 15 % av befolkningen var mellan 65 och 79 år (SCB, 2014). I kommunen fanns vid studiens genomförande 10 äldrehem/särskilda boende. På 6 av dessa finns det 1 eller flera enheter för individer med demenssjukdom. Äldreboendet där registreringarna har gjorts hade vid dessa tidpunkter två sjuksköterskor på 5 enheter. Båda var utbildade BPSD- administratörer. Utöver sjuksköterskorna fanns 2 undersköterskor på varje enhet, som genomgått BPSD-

administratörsutbildningen. Övriga undersköterskor hade genomgått BPSD- registrets- samt Demens ABC webbutbildning. Utbildade undersköterskor på enheterna i den mindre kommunen uppgick till 91,5 % (32) och 8,5 % (3) var vårdbiträden. 4 av enheterna har 8 platser och 1 enhet har 10 platser till förfogande. Personaltätheten var 0,65 per individ.

5.2 Datainsamling

I datainsamlingen användes NPI-NH (bilaga 1). De tolv variabler som ingick i undersökningen var vanföreställningar, hallucinationer, agitation/upprördhet, depression/nedstämdhet, ångest, upprymdhet/eufori, apati/likgiltighet, hämningslöshet, lättretlighet/labilitet, motorisk rastlöshet, sömnstörningar och matlust/ätstörningar. Svarsalternativen i NPI-NH är för förekomst (aldrig=0; ibland=1; ganska ofta=2; ofta=3 och mycket ofta=4) samt allvarlighetsgrad (lindrig=1; måttlig=2 och påtaglig=3). Demografiska variabler som användes i studien var ålder, kön och demensdiagnos.

I de båda kommunerna har samtliga personer med demens bedömts av samma person (sjuksköterska eller undersköterska) vid båda skattningarna (i respektive kommun). Alla bedömare har gått BPSD-registrets utbildning. Tiden mellan första och andra skattningen varierade mellan 7 veckor till 18 månader. Data har samlats in från BPSD -registret genom enheternas kontaktperson på registret. Data skickades som Excel-fil till författarna.

5.3 Databearbetning och analys av data

Data som erhållits i en Excelfil lades över i statistikprogrammet SPSS version 22. Alla siffror och svar stämdes av för att kontrollera kvaliteten samt minimera risken för felregistrering. På frågan allvarlighetsgrad, registrerades det i BPSD–registret ”NULL” som 0. Detta har författarna manuellt skrivit in som ”0” i SPSS datafilen. För att kvalitetssäkra resultaten har författarna genomfört alla analyser av materialet var för sig.

Det totala antalet registreringar var 166. Av dessa 166 registreringar fanns 61 individer som hade 1 skattning/registrering, 44 individer hade två skattningar. För att beskriva undersökningsgruppen har deskriptiv statistik använts (frekvensberäkningar) och skillnader avseende kön, åldersgrupp och demensdiagnos mellan de två kommunerna och mellan de två undersökningsgrupperna har undersökts med Chi-två-test.

Omfattningen av förekomst och allvarlighetsgrad av BPSD vid första skattningen av 105 individer har undersökts med frekvensberäkningar. För förekomst har även medelvärde (=m) beräknats. För varje symtom har en totalpoäng beräknats för varje person genom att poäng för förekomst och allvarlighetsgrad har multiplicerats. Totalpoängen (per symtom) kan således variera från 0 till 12. För hela undersökningsgruppen har medelvärde för varje symtom beräknats.

För att undersöka skillnader i totalpoängen av BPSD i de 105 första registreringar mellan kommunerna och kön användes medelvärde av totalpoäng av BPSD, och skillnaden testades med Student’s t-test.

För att identifiera och undersöka skillnader mellan individer med en skattning/registrering (n=61) och de med två eller flera skattningar (n=44), testades de båda gruppernas första skattning och medelvärdet av totalpoängen av BPSD. Student´s t-test användes. Efter att de personer som endast hade en skattning, tagits bort, bestod undersökningsgruppen av 44 personer som hade minst två skattningar och skillnader mellan första och andra skattningen

valdes att undersökas. Medelvärde för totalpoäng av BPSD och skillnader testades med ett parat t-test. Signifikansnivån sattes till <0,05 på samtliga tester (Polit & Beck, 2012).

6 ETISKA ÖVERVÄGANDEN

6.1 Forskarens etik

Tillstånd för att få genomföra studien, och använda data från valda kommuner, har inhämtats av verksamhetsansvarig chef. Etiska principer vid forskning, enligt Belmontrapporten, har beaktats. Forskning ska göra minsta möjliga skada och största möjliga nytta för studiedeltagare. Studiens metod har eliminerat risken att skada deltagarnas person, autonomi och självbestämmande, bland annat genom avidentifierad data (Polit & Beck, 2012). Information om användande av kvalitetsregister i vården har lämnats till individen och dess anhöriga, redan vid själva bedömningen och registreringen. Resultatet av studien kan bidra till ökad kunskap som är till förmån för deltagarna. Etisk prövning har inte ansökts för studien eftersom den utförs inom ramen för högskoleutbildning.

Har den enskilde varit oförmögen att ta emot och hantera informationen, ska information, enligt BPSD -registret, lämnas till anhöriga, god man eller förvaltare. I studien försäkras patienternas konfidentialitet eftersom data som inhämtas från registret är avidentifierad och informationen endast kommer att användas i studiesyfte. Enligt BPSD -registret får uppgifter från registret användas till att utveckla och säkra vårdkvaliteten, för statistik samt till forskning inom hälso- och sjukvården (BPSD, 2012).

6.2 Forskaretik

Eftersom artiklar och övrig litteratur har presenterat olika resultat finns ingen absolut sanning. "Sanningen" som författarna presenterar i denna studie, är det faktum att BPSD existerar, med mer eller mindre prevalens och allvarlighetsgrad. Eftersom det är människors individuella beteenden (beteendemässiga och psykiska störningar hos personer med demenssjukdom) som författarna studerar, kan författarna aldrig förutspå utfallet. Inte heller personalens olikheter eller färdigheter, kan regleras och styras, för att få ett "bra" resultat i förekommande studie. Författarna kan endast utlova att hålla sig till de forskningsetiska koderna att inte plagiera, förvanska eller förvränga, presentera oriktiga data eller dölja källor eller information som kan ha betydelse för kommande forskning (Polit & Beck, 2012).

7 RESULTAT

7.1 Beskrivning av undersökningsgruppen

Beskrivning av undersökningsgruppen avseende kön, ålder och demensdiagnos presenteras i Tabell 1. Det fanns inga könskillnader, skillnader i åldersfördelning eller hur demensdiagnoserna fördelades i kommunerna (Tabell 1).

Tabell 1. Demografiska data för undersökningsgruppen

	Hela undersöknings gruppen	Storstad	Småstad	P-värde
Antal	105	42 (40 %)	63 (60 %)	
Kön				0,72
- Kvinna	77 (73 %)	30 (71 %)	47 (75 %)	
- Man	28 (27 %)	12 (29 %)	16 (25 %)	
Ålder				0,50
- 65-79 år	10 (10 %)	5 (12 %)	5 (8 %)	
- 80 år och äldre	95 (90 %)	37 (88 %)	58 (92 %)	
Demensdiagnos				0,06
- Alzheimer demens	43 (41 %)	23 (55 %)	20 (32 %)	
med sen debut				
- Vaskulär demens	16 (15 %)	6 (14 %)	10(16 %)	
- Blanddemens	14 (13 %)	2 (5 %)	12 (19 %)	
- Övriga	29 (28 %)	9 (21 %)	20 (32 %)	
demenssjukdomar				
- Ingen diagnos angiven	3 (3 %)	2 (5 %)	1 (1 %)	

[1] **Statistisk test Chi Square**

7.2 I vilken omfattning förekommer BPSD hos personer med demenssjukdom vid första skattningen?

Fördelningen av olika svaralternativen i skattningarna framgår i tabell 2. De symtom som högst andel personer uppvisade var agitation, lättretlighet/labilitet och depression (Tabell 2). Symtomet som lägst andel personer uppvisade, var upprymdhet/eufori. De symtom som hade högst medelvärde (det vill säga som förekom mest i frekvens) var agitation, lättretlighet/labilitet och motorisk rastlöshet.

De mest intensiva symtomen (förekomst x allvarlighetsgrad) visade sig vara agitation/upprördhet, lättretlighet/labilitet och motorisk rastlöshet. Det minst intensiva symtomet var upprymdhet/eufori (tabell 2).

Tabell 2. Förekomst och allvarlighetsgrad av BPSD i undersökningsgruppen (n=105)

Symtom	Förekomst/poäng						Allvarlighetsgrad/ poäng			Totalpoäng
	0 n	1 n	2 n	3 n	4 n	Medel-värde	1 n	2 n	3 n	Medel-värde
Vanföreställningar	73 (70%)	9	6	11	6	0,74	9	16	7	1,49
Hallucinationer	73 (70%)	9	4	13	6	0,76	17	8	7	1,35
Agitation/ upprördhet	42 (40%)	11	12	24	16	1,63	32	20	11	2,91
Depression/ nedstämdhet	58 (55%)	11	10	15	11	1,14	30	13	4	1,82
Ångest	69 (66%)	9	8	10	9	0,87	20	11	5	1,53
Upprymdhet/ eufori	92 (88%)	1	2	5	5	0,38	7	5	1	0,61
Apati/ likgiltighet	76 (72%)	5	5	10	9	0,77	9	13	7	1,60
Hämningslöshet	81 (77%)	7	2	6	9	0,62	18	4	2	0,90
Lättretlighet/ labilitet	49 (47%)	12	10	17	17	1,44	24	22	10	2,78
Motorisk rastlöshet	64 (61%)	7	4	8	22	1,21	17	16	8	2,30
Sömnstörningar	75 (71%)	6	6	12	6	0,74	21	6	3	1,08
Matlust/ ätstörningar	78 (74%)	6	1	6	14	0,78	5	11	11	1,90

[2] **Statistiskt test Student´s t-test**

7.3 Finns det skillnader i totalpoängen av BPSD mellan kommunerna?

I småstadskommunen rapporterades högre medelvärde av totalpoäng av BPSD för ett flertal av symtomen jämfört med storstadskommunen. Vanföreställningar, hallucinationer och sömnstörningar rapporterades i högre utsträckning i storstadskommunen. I tabell 3 presenteras medelvärden för de tolv symtomen för respektive kommun.

Signifikanta skillnader mellan de två kommunerna identifierades för de två symtomen depression och apati. Medelvärdet för totalpoängen av depression i den mindre kommunen var 2,37 och i storstadskommun 1,00 (p=0,01). Medelvärdet för totalpoängen för apati i den mindre kommunen var 2,11 och storstadskommun 0,83 (p=0,03).

Tabell 3. Medelvärde för totalpoäng av BPSD för storstad och småstad

	Medelvärde		p-värde
	Småstad	Storstad	
Vanföreställningar	1,27	1,81	0,38
Hallucinationer	1,35	1,36	0,99
Agitation / upprördhet	2,92	2,90	0,98
Depression / nedstämdhet	2,37	1,00	0,019
Ångest	1,89	1,00	0,10
Upprymdhet / eufori	0,73	0,43	0,43
Apati / likgiltighet	2,11	0,83	0,03
Hämningslöshet	1,03	0,71	0,48
Lättretlighet / labilitet	3,25	2,07	0,11
Motorisk rastlöshet	2,62	1,81	0,25
Sömnstörningar	0,92	1,31	0,39
Matlust / ätstörningar	2,06	1,67	0,61
Total BPSD	22,52	16,91	0,18

[3] **Statistiskt test Student´s t-test**

7.4 Finns det skillnader i totalpoäng av BPSD mellan män och kvinnor?

I tabell 4 presenteras medelvärde av totalpoäng för BPSD hos kvinnor och män. Det fanns ingen signifikant skillnad i totalpoängen av BPSD mellan kvinnor och män. Män hade ett medelvärde för symtomet sömnstörningar som var högre än hos kvinnor,Det fanns ingen statistisk signifikant skillnad mellan könen.

Tabell 4. Medelvärde för totalpoäng av BPSD för män och kvinnor

Symtom	Kön		P-värde
	Man (n=28)	Kvinna (n=77)	
Vanföreställningar	2,18	1,23	0,13
Hallucinationer	1,57	1,27	0,63
Agitation / upprördhet	3,57	2,68	0,25
Depression / nedstämdhet	1,89	1,79	0,88
Ångest	1,07	1,70	0,34
Upprymdhet / eufori	1,07	0,44	0,14
Apati / likgiltighet	1,93	1,48	0,53
Hämningslöshet	0,68	0,99	0,54
Lättretlighet / labilitet	3,50	2,52	0,24
Motorisk rastlöshet	3,07	2,01	0,27
Sömnstörningar	2,11	0,70	0,05*
Matlust / ätstörningar	1,86	1,92	0,94
BPSD Total	24,50	18,74	0,31

[4] Statistiskt test Student´s t-test

***** Det exakta p-värdet var 0,050037

7.5 I vilken omfattning förekommer BPSD hos personer med demenssjukdom vid andra skattningen och finns det någon skillnad mellan första och andra skattningens totalpoäng?

I Tabell 5 beskrivs demografiska data för personer med en respektive två skattningar. Det fanns inga skillnader mellan personer med endast en skattning jämfört med de som hade flera skattningar avseende kön, diagnoser eller ålder (Tabell 5).

Tabell 5. Demografiska data av personer med en och två skattningar.

	Hela undersöknings -gruppen	Personer med en skattning	Personer med två skattningar	P-värde
Antal	105	61	44	
Kön				0,74
- Kvinna	77 (73 %)	44 (72%)	33 (75%)	
- Man	28 (27 %)	17 (28%)	11 (25%)	
Ålder				0,59
- 65-79 år	10 (10 %)	5 (8%)	5 (11%)	
- 80 år och äldre	95 (90 %)	56 (92%)	39 (89%)	
Demensdiagnos				0,69
- Alzheimer demens	43 (41 %)	23 (38%)	20 (46%)	
med sen debut				
- Vaskulär demens	16 (15 %)	9 (15%)	7 (16%)	
- Blanddemens	14 (13 %)	7 (11%)	7 (16%)	
- Övriga	29 (28 %)	20 (33%)	9 (20%)	
demenssjukdomar				
- Ingen diagnos angiven	3 (3 %)	2 (3%)	1 (2%)	

[5] **Statistiskt test Chi Square**

Inga signifikanta skillnader i medelvärdet av totalpoängen av BPSD vid första skattningen mellan personer med endast en skattning jämfört med personer med flera skattningar kunde identifieras (Tabell 6).

Tabell 6. Jämförelse av första skattningens totalmedelvärde de med en skattning och de med två eller fler skattningar

Symtom	1 skattning (n=61)	2 eller fler skattningar (n=44)	p-värde
Vanföreställningar	1,436	1,57	,80
Hallucinationer	1,54	1,09	,41
Agitation/upprördhet	3,08	2,68	,57
Depression	1,61	2,11	,38
Ångest	1,53	1,55	,97
Upprymdhet/eufori	,51	,75	,53
Apati/likgiltighet	1,85	1,25	,35
Hämningslöshet	,72	1,16	,33
Lättretlighet/labilitet	2,57	3,07	,51
Motorisk rastlöshet	1,80	2,98	,12
Sömnstörningar	1,31	,75	,21
Matlust/ätstörningar	2,38	1,25	,12
Totalt	20,33	20,21	,98

[6] Statistiskt test Chi Square

Andelen individer som vid första skattningen inte uppvisat BPSD, vid symtomen vanföreställningar, depression, ångest, eufori, motorisk rastlöshet, har ökat vid den andra skattningen. Medelvärdena för förekomst och totalpoäng vid vanföreställningar, agitation, depression, eufori, hämningslöshet och motorisk rastlöshet, har sjunkit mellan två skattningar. En signifikant skillnad kunde identifieras mellan första och andra skattningen för symtomet depression (Tabell 7).

Tabell 7. Förekomst och allvarlighetsgrad av BPSD vid första och andra skattningen (n=44).

Symtom	Förekomst/poäng						Allvarlighetsgrad/			Totalpoäng	
	0	1	2	3	4	Medel-värde	1	2	3	Medelvärde	p-värde
Vanföreställningar											0,12
Skattning 1	31 (71%)	1	3	7	2	0,82	3	9	1	1,57	
Skattning 2	34 (77%)	4	2	2	2	0,50	5	4	1	0,91	
Hallucinationer											0,78
Skattning 1	32 (72%)	3	2	6	1	0,66	8	1	3	1,09	
Skattning 2	30 (68%)	3	4	5	2	0,77	8	4	2	1,21	
Agitation/upprördhet											0,28
Skattning 1	19 (43%)	4	2	13	6	1,61	11	8	3	2,68	
Skattning 2	21 (48%)	5	4	6	8	1,43	15	5	3	2,30	
Depression/ nedstämdhet											0,02
Skattning 1	26 (59%)	0	4	7	7	1,30	10	6	2	2,11	
Skattning 2	29 (66%)	5	2	4	4	0,84	9	6	0	1,27	
Ångest											0,45
Skattning 1	29 (66%)	5	1	5	4	0,86	9	4	2	1,55	
Skattning 2	32 (73%)	2	0	3	7	0,89	3	6	3	1,93	
Upprymdhet/eufori											0,69
Skattning 1	38 (86%)	0	1	3	2	0,43	3	2	1	0,75	
Skattning 2	39 (89%)	1	2	1	1	0,27	2	2	1	0,57	
Apati/likgiltighet											0,92
Skattning 1	35 (80%)	1	2	3	3	0,59	3	3	3	1,25	
Skattning 2	33 (75%)	5	0	3	3	0,59	3	6	2	1,21	
Hämningslöshet											0,80
Skattning 1	33 (75%)	2	1	4	4	0,73	7	3	1	1,16	
Skattning 2	31 (71%)	3	3	5	2	0,73	10	1	2	1,07	
Lättretlighet/labilitet											0,50
Skattning 1	21 (48%)	5	0	10	8	1,52	8	11	4	3,07	
Skattning 2	18 (41%)	6	5	9	6	1,52	16	6	4	2,66	
Motorisk rastlöshet											0,22
Skattning 1	22 (50%)	4	2	6	10	1,50	8	10	4	2,98	
Skattning 2	23 (52%)	2	3	10	6	1,41	11	9	1	2,27	
Sömnstörningar											0,94
Skattning 1	36 (82%)	1	2	5	0	0,46	4	3	1	0,75	
Skattning 2	34 (77%)	2	3	5	0	0,52	6	4	0	0,73	
Matlust/ätstörningar											0,23
Skattning 1	38 (86%)	0	0	2	4	0,50	0	3	3	1,25	
Skattning 2	33 (75%)	1	0	3	7	0,86	0	6	5	2,09	

[7] **Statistiskt test Parat t-test**

8 DISKUSSION

Syftet med studien var att beskriva förekomst och allvarlighetsgrad avseende BPSD, jämföra symtomens medelvärde av totalpoängen, från första registreringstillfället i BPSD -registret med en påföljande registrering. Studien jämförde också kommun- och könskillnader avseende BPSD. De flesta symtom var mer förekommande i småstaden. Mellan de två kommunerna var depression och apati signifikant mer förekommande i småstaden än i storstaden. Män hade högre medelvärde av totalpoängen vid de flesta områden förutom ångest, hämningslöshet och ätstörningar, där kvinnor hade högre medelvärde. Det fanns dock inga signifikanta skillnader i BPSD mellan kvinnor och män. Symtomet som minskade signifikant mellan två skattningar var depression.

Rosvik, Engedal och Kirkevold (2014) undersökte 138 personer med demenssjukdom på 13 enheter på fyra olika äldreboende i Norge. De huvudsakliga enheterna var så kallade vanliga enheter (bemanningstäthet 0,37) och specialenheter för personer med demenssjukdom (bemanningstäthet 0,38). Specialenheterna hade förstärkta avdelningar för boenden med allvarliga BPSD (bemanningstäthet 2,0). De följde upp personernas symtom med hjälp av skattningar med NPI instrument och Cornells depressionskala från baseline och tio månader efter implementering av personcentrerad vård. Andelen outbildad personal var cirka 12 %. Medelvärdet för antalet personer per demensenhet på äldreboendena som undersöktes i studien var 10,7 (min 3, max 21). Efter implementering av personcentrerad vård enligt VIPS (se sidan 6) minskade totalpoängen för symtomen signifikant mellan baseline och tio månader efteråt, på tre av enheterna. På en av enheterna ökade alla symtomens totalpoäng. Forskarnas slutsats var att mindre enheter lyckades i större omfattning att implementera personcentrerad vård och resultatet blev att BPSD symtomen minskade. Rosvik, Engedal och Kirkevold (2014) fann att personaltätheten hade mindre betydelse. Det var antal personer som bodde på enheterna samt fungerande relationer mellan personal och ledare som var mer avgörande. Även Skog (2012) påvisar att mindre enheter, där färre personer är inblandade i den äldres vård, lyckas mer effektivt att implementera personcentrerad vård.

En annan norsk studie av Selbaek *et al*. (2008) undersökte skillnader i BPSD och användning av läkemedel mellan olika regioner i Norge. De undersökte 1163 patienter i 26 äldreboenden i 18 olika kommuner. I inlandskommunernas demensboende fanns det högre förekomst av alla BPSD och det fanns signifikanta skillnader mellan inlandskommuner och kustregionen för symtomen depression, ångest, agitation, apati och motorisk rastlöshet. Även användning av antidepressiva ångestdämpande mediciner var mer förekommande i inlandskommuners demensboende än på kustregionens. I studien hade kustregionens kommuner större enheter och inlandet hade högre personaltäthet. Slutsatsen att den högre förekomsten av personer med svåra psykiatriska symtom och beteendestörningar kunde överskugga behovet av vård hos personer med demens. Författarna diskuterade även att personer som uppvisar samma symtomnivå, kunde få olika typ av vård samt att regionala skillnader fanns (Selbaek, Kirkevold & Engedal, 2008). Resultatet i föreliggande studie visade att nio av tolv symtom är mer förekommande i småstaden än i storstaden, det fanns också signifikanta skillnader avseende symtomen depression och apati. Dessa symtom var signifikant mer förekommande i småstaden än i storstaden. I jämförelse av dessa två kommuners äldreboende sågs endast skillnad i personaltäthet, vilken var högre i storstaden. Även i den norska studien kunde forskarna konstatera att symtomen var lägre där personaltätheten var högre. Läkemedelsanvändning har inte studerats i föreliggande studie, det kan finnas regionala

skillnader i det hur det medicinska behandlingen ser ut för olika symtom. Högre läkemedelsbehandling mot depression och apati i storstaden skulle kunna förklara skillnader mellan kommunerna. Kulturella skillnader i dessa två kommuner kan vara många, medelåldern i den aktuella småstaden är 5,5 år högre än i storstaden. Depression och apati kan öka vid känslan av isolering och eventuell saknaden av närstående som flyttat från småstaden. Vårdkulturen i kommunerna kan skilja sig åt. I storstadskommunen är troligtvis personer med invandrarbakgrund fler än i småstaden. Kulturella skillnader kan påverka acceptansen av symtomen och respekt för den äldre personen. Personcentrerad omvårdnad förutsätter att vårdpersonalen känner till individens bakgrund, intressen och livsstil. Studien har inte undersökt hur personalomsättningen i dessa två kommuner ser ut. En stabil vårdpersonal som känner individerna ger trygghet och symtomen minskar. Vårdpersonalen som trivs på sin arbetsplats kan ge bättre bemötande till personer med demenssjukdom. Fungerande arbetsmiljö och ledarskap kan indirekt påverka till minskade BPSD.

I likhet med föreliggande studie fann den longitudinella studien över två år med uppföljningar var sjätte månad att depression signifikant minskade (p=0,002) under denna tidsperiod för såväl antalet individer med förekomst som allvarlighetsgrad (Aalten *et al*., 2005). Studien rapporterade även en signifikant ökning av symtomen apati (p=0,000) och motorisk rastlöshet (p=0,010). Föreliggande studie fann ingen signifikant ökning av apati eller motorisk rastlöshet däremot minskade totalpoängen för de tre vanligaste symtomen och totalpoängen minskade signifikant mellan första och andra skattningen för symtomet depression.

Agitation är associerat med allvarlig demens, men inte med ålder och kön. Även biologiska, fysiska och sociala faktorer kan påverka förekomst av symtomen (Testad, Aasland & Aarsland, 2007). En tysk studie undersökte relationen mellan demensens allvarlighetsgrad och förekomsten av agitation och depression. Urvalet var 304 personer med demenssjukdom boende i 18 olika äldreboende i Berlin. Slutsatsen i studien var att både agitation och depression ökar signifikant i samband med att demensens allvarlighetsgrad ökar. De kunde även påvisa en signifikant skillnad i att kvinnor hade högre förekomst av verbal agitation än män. Det fanns inga skillnader mellan könen i förekomsten av depression (Majic *et al*., 2012). Canevelli *et al*. (2012) gjorde en systematisk översikt om hur BSPD symtom vid Alzheimer demenssjukdom skattades med NPI. Syftet var bland annat att undersöka hur lämplig NPI-skalan var för att beskriva neuropsykiatriska symtomgrupper vid Alzheimers sjukdom. Ett av resultaten som presenterades, var att NPI kan bidra till att finna undergrupper till Alzheimers sjukdom och genom detta optimera den farmakologiska- och icke-farmakologiska behandlingen av demenssjukdomen. I studien diskuterades också att variabler såsom ålder, demensens allvarlighetsgrad samt farmakologisk-och icke farmakologisk behandling bör beaktas vid användandet av NPI. En annan viktig aspekt att ta hänsyn till, är BPSD föränderlighet över tid. I föreliggande studie identifierades inga signifikanta skillnader i BPSD mellan kvinnor och män. I BPSD-registret registreras inte demenssjukdomens allvarlighetsgrad vilket medförde att författarna inte kunde undersöka variabelns samband med symtomen i studien.

8.1. Metoddiskussion

Eftersom analysen inte bygger på data som är insamlad av författarna själva och det faktum att data tillhandahållits från kvalitetsregister, kommer inte den interna validiteten att ifrågasättas, utifrån författarnas prestation. Varken validitet eller reliabilitet har risk att påverkas, relaterat till oberoende förhållande mellan datainsamling och dataanalys (Polit & Beck, 2012). Båda författarna har analyserat insamlad data för att säkerställa att resultatet är korrekt.

Populationen i studien var personer med demenssjukdom som registrerats i BPSD -registret i valda kommuner. Alla registrerade personers första registrering inkluderas i studien. Vid jämförelse av de tolv symtomdomänerna inkluderas alla individer som har två mätningar. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska bedömer hur ofta skattningen ska göras. Om individen inte besväras av BPSD, kan det räcka att göra skattningen en gång per år, men om symtomen är påfrestande eller åtgärderna inte har någon förväntad effekt kan det behövas en ny skattning och en ny bemötandeplan. I föreliggande studie varierade tiden mellan två skattningar mellan sju veckor och arton månader. Den externa validiteten är hög, eftersom populationen i studien representerar personer med demenssjukdom. För att kunna generalisera resultaten i gruppen med personer med demenssjukdom bör urvalet deltagare vara större. Dock visar andra studier liknande resultat och författarnas tolkning är att resultaten i föreliggande studie med viss försiktighet kan generaliseras i gruppen personer med demenssjukdom (Polit & Beck, 2012).

I datainsamlingen har NPI instrument, använts. Instrumentet är välstuderat och välanvänt vid kvantifiering av förändrade beteende vid demenssjukdom och detta bidrar till ökad reliabilitet (Cummings *et al.,* 1994; Polit & Beck, 2012). Frågorna som utgör NPI-NH är psykometriskt utvärderade för undersökningsgruppen (Cummings *et al.,* 1994). Den svenska versionen av NPI är dock inte validerad än (Svenskt Demenscentrum, 2009). Det finns olika sätt att redovisa resultatet av skattningar av NPI-NH. Författarna till föreliggande studie har valt att redovisa medelvärdet av totalpoängen, specifikt för varje symtom för sig, samt medelvärden på förekomsten för varje symtom då syftet med studien var att undersöka om regelbundna skattningar minskar för olika symtom. I studien av Selbaek, Kirkevold & Engedal (2008) rapporteras totalpoängen av NPI (alla totalpoäng av alla symtom tillsammans). I studien av Aalten, Vugt, Jaspers, Jolles och Verhey (2005) fokuserar man endast på medelvärdet av allvarlighetsgraden. Tariot *et al*. (1995) refererad i Conn och Thorpe (2007) hävdar att frekvensen av BPSD är att föredra vid skattningen eftersom allvarlighetsgraden är svårare att förankra.

Conn och Thorpe (2007) tar upp problemet med att BPSD kan fluktuera över tid, inte är närvarande hos alla personer med demenssjukdom och inte nödvändigtvis följer en konstant progress. Denna studie tar också upp det faktum att det kan vara svårt för vårdpersonal, som observerar och utför skattningen av BPSD- symtomen, att bortse från sin egna känslomässiga situation eller till relationen med den demenssjuka. Vårdpersonal som registrerar data i BPSD -registret, ska ha genomgått en två dagars utbildning via registret och därmed har alla bedömare fått en enhetlig utbildning. Iakttagelser av symtomen bygger dock alltid på observatörernas egna omdömen. Deras bakgrund och utbildningsnivå kan påverka för bedömningen av symtomen. Detta kan resultera i bias i studien och påverka studiens reliabilitet (Polit och Beck, 2012). Å andra sidan är det samma personer som registrerar både den första och den andra registreringen. Skillnaden på symtomen borde således inte påverkas av objektiviteten.

8.2 Betydelse för omvårdnad

Studien är första i Sverige som undersöker skillnader av BPSD mellan olika regioner. Att symtomen är mer förekommande i småstad väcker frågan vilka faktorer som har betydelse och som skiljer sig mellan kommunerna. Bemanningstätheten kan vara en faktor men troligtvis kan fortsatt forskning påvisa vilka faktorer som kan förklara dessa skillnader.

Symtomen minskade mellan två skattningar vilket påvisar att systematiska skattningar och personcentrerad omvårdnad kan minska symtomen och möjliggöra förbättrad livskvalitet samt minskat lidande för personer med demenssjukdom och deras närstående. Även vårdpersonalen kan få ökade kunskaper och detta minskar i längden kostnaderna inom demensvården. Därmed bör resultaten av studien vara av intresse för de som fattar beslut om användandet av BSPD -registret.

Resultatet av studien kan resultera i ökad motivation bland vårdpersonalen för att registrera och följa upp symtomen systematiskt. Specialistsjuksköterskor inom vård av äldre är en viktig drivande kraft i att utbilda och handleda vårdpersonalen och även andra yrkesgrupper i fortsatt kvalitetsförbättring och forskning inom demensvården. Enhetschefer har en viktig uppgift att följa upp att registreringarna och uppföljningar görs kontinuerligt på sina enheter.

På enheterna där data inhämtades har användning av BPSD -registret varit en del av projekt att implementera Socialstyrelsens Nationella Riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010. BPSD – registret karaktäriserar inte de traditionella kvalitetsregistren med enbart registrering av utfallsmått. BPSD-registrets uppläggning med att registrera såväl bedömningar av personens symtom, åtgärder utifrån riktlinjer och effekter bidrar till gemensamma och strukturerade arbetssätt och metoder.

Studien påvisar att vikten av att sjuksköterskor, redan under grundutbildning, får utbildning i hur man av de olika skattningsinstrument som finns inom omvårdnad. Genom att implementera denna kunskap, avancerar omvårdnaden och ger ökad kvalitet och kvalificerad personcentrerad vård.

8.3 Slutsatser

BPSD hos individer med demenssjukdom är vanliga och orsakar stora problem om lidande. Personcentrerad vård är en viktig del vid bemötandet av individer som lider av demens. Resultatet påvisar möjligheter till minskade symtom genom vårdpersonalens ökade kunskap om BPSD.

Slutsatsen av studien är att systematiska skattningar bidrar till minskad förekomst av BPSD. BPSD – registret bidrar till ökade kunskaper om beteendemässiga och psykiska störningar genom utbildning av vårdpersonal och bidrar även till ett mer strukturerat arbetssätt. Vårdkulturen ändras positivt när vårdpersonalen arbetar med samma metoder mot samma mål.

Denna pilotstudie pekar på att det kan finnas regionala skillnader i vården av personer med demenssjukdom och bakomliggande orsaker behöver utforskas mer.

8.4 Förslag på fortsatt forskning

Det finns ingen svensk studie, som författarna har kunnat identifiera, om utvärdering mellan två skattningar vid användandet av NPI. Föreliggande studie blir således första sådan. Studien är dock en pilotstudie och en större studie med fler kommuner och en longitudinell design är nödvändig för att kunna presentera säkra resultat. Under 2012-2013 har BPSD-registret

tillstyrkt en förfrågan om forskning, relaterat till registret. Dock har ingen vetenskaplig publikation ännu publicerats (BPSD, 2014). Författarna har intentioner att publicera resultatet av förekommande studie.

NPI instrument är inte validerat i Sverige. Det är av vikt att validera instrumentet i svenska förhållanden för att eventuellt kunna påverka lokala tolkningar. I Norge har man validerat NPI och det finns fler studier om BPSD.

För att undersöka vilka faktorer som påverkar skillnaderna i förekomsten av BPSD mellan kommunerna är det nödvändigt att vidare undersöka enheternas struktur och vårdkultur. En kartläggning av olika kommuners population, vårdkultur och ledarskap i demensboenden kan förklara skillnader och behöver därför undersökas vidare.

Depression minskade mellan skattningarna. Studien har inte studerat användningen av farmakologisk behandling eller insatta vårdåtgärder/bemötandeplaner, vilket är nödvändigt för att förstå faktorer som påverkar resultaten. Högre medvetande om depressionsskattningar och tidigt insatta läkemedel mot depression, kan förklara minskning av symtomen, men behöver vidare undersökas.

Redan 2012, lämnade Socialstyrelsen ett förslag till regeringen att utöka registerdata för att bättre kunna följa upp demensvården (Socialstyrelsen, 2014). Det behövs mer kvalitativ data om omvårdnads- och omsorgsåtgärder. Från BPSD – registret är det möjligt att hämta information om dessa åtgärder. Det är dock svårt att, i registret, fånga upp vad som händer i vårdare-patientkontakten, då den viktigaste åtgärden för att minska BPSD är bemötande. Det föreligger brist på forskning inom demensvården och BPSD. Mer kvalitativ forskning om omvårdnadsåtgärder behövs för att kunna utvärdera vilka omvårdnadsåtgärder som har bäst effekt vid olika symtom.

9 TILLKÄNNAGIVANDEN

Stort tack till vår handledare, Anne-Marie Boström, för stöd i arbetet med studien.

Tack till BPSD – registret för hjälp med inhämtning av data samt stöd i arbetsprocessen.

Tack också till Ami Hommel, Svensk sjuksköterskeförening och projektet ”Stimulera specialistutbildningarna för sjuksköterskor att använda data från de Nationella Kvalitetsregistren”.

10 REFERENSER

Alligood, M. R. & Marriner Tomey, A. (2010). *Nursing Theorists and their work* (7th ed.). Missouri: Mosby Elsevier.

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. *Internation journal of geriatric psychiatry, 20,* 523-530.

Armanius, G. B., Basun, H., Beck-Friis, B., Ekman, S.L., Englund, E., Jönhagen, M. E.… 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.

Bergman, B., Bergström, K., Båtsman, S., Fastbom, J., Hallberg, P., Johansson, M.,…Nikolaitchouk, V. (2008). *Läkemedelsbehandling och bemötande vid Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom – BPSD.* Hämtat 20 november, 2013 från: http://www.lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/BPSD-rek_webb_bokm%c3%a4rken.pdf

Billhult, A. & Gunnarsson, R. (2012). Kvantitativ studiedesign och stickprov. Ingår i M. Henricsson (red.). *Vetenskaplig teori och metod* (s.115-126). Poland: Studentlitteratur.

BPSD. (2012). *Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid demenssjukdom. Årsrapport 2012*.
Hämtat 30 november, 2013 från: http://np.netpublicator.com/netpublication/n14979578

BPSDa. (2013). *Att arbeta med registret*.
Hämtat 26 november, 2013 från: http://www.bpsd.se/arbeta-med-registret/hur-arbetar-man-med-registret/

BPSDb. (2013).
Hämtat 10 maj, 2014 från: http://www.bpsd.se/wp-content/uploads/2013/10/Produktionstatistik-1.pdf

BPSD. (2014).
Hämtat 10 maj, 2014 från: http://www.bpsd.se/om-bpsd-registret/tackningsgrad-2/

Buhr, G. & White, H. (2006). Difficult behaviors in long-term care patients in dementia. *Journal of American Medical Directors Association, 7*(3), 180-192. doi: 10.1016/j.jamda.2005.12.003

Canevelli, M., Adali, N., Voisin, T., Soto, M.E., Bruno, G., Cesari, M. & Vellas, B. (2012). Behavioral and psychological subsyndromes in Alzheimer's disease using the Neuropsychiatric Inventory. Review article. *International Journal of Geriatric Psychiatry,* Aug 28(8):795-803. doi: 10.1002/gps.3904. Epub 2012 Nov 12

Cerejeira, J., Lagarto, L. & Mukaetova-Ladinska, E. B. (2012). Behavioral and psychological symptoms of dementia. Review article. *Frontiers in neurology*, May 7;3:73. doi: 10.3389/fneur.2012.00073. eCollection 2012

Cohen-Mansfield, J., Marx, M., Dakheel-Ali, M., Regier, N., Thein, K. & Freedman, L. (2010). Can agitated behavior of nursing home residents with dementia be prevented with the use of standardized stimuli? *Journal of The American Geriatrics Society, 58*(8), 1459-64. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.02951.x. Epub 2010 Jun 23

Conn, D. & Thorpe, L. (2007). Assessment of Behavioural and Psychological Symptoms Associated with Dementia. *Canadian journal of neurological sciences, 34*(1), 67-71.

Connor, D. J., Sabbagh, M. N. & Cummings, J. L. (2008). Comment on administration and scoring of the Neuropsychiatric Inventory in clinical trials. *Alzheimer's & dementia*, Nov 4 (6), 390-4. doi: 10.1016/j.jalz.2008.09.002

Cummings, J.L., Mega, M., Gray, K., Rosenbegrg-Thompson, S., Carusi, D. A. & Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology, Dec; 44*(12), 2308-14.

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

Demenscentrum. (2009). *NPI • Neuropsychiatric Inventory.* Stockholm: Demenscentrum. Hämtat 26 november, 2013 från: http://www.demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/Skattningsskalor-instrument/NPI--Neuropsychiatric-Inventory/

Drivdal Berentsen, V. (2010). Kognitiv svikt och demenssjukdom. Ingår i M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. Hylen Ranhoff. (red.). *Geriatrisk Omvårdnad -God omsorg till den äldre patienten* (s. 343-376). Stockholm: Liber.

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

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

Eriksson, S., Minthon, L., Moksnes, K. M., Saarela, T., Sandman P. O., Snaedal, J. & Karlsson, I. (2008). *BPSD i ett nordiskt perspektiv. Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom: State-of-the-art dokument* (2:a uppl.). Sollentuna: Janssen-Cilag.

Fauth, E.B. & Gibbons, A. (2013). Which behavioral and psychological symptoms of dementia are the most problematic? Variability by prevalence, intensity, distress ratings, and associations with caregiver depressive symptoms. *International Journal of Geriatric Psychiatric,* Jul 12. 263-71. doi: 10.1002/gps.4002

Hällgren Graneheim, U. (2010). Beteendeförändringar vid demenssjukdom - ett personcentrerat perspektiv. Ingår i D. Edvarsson. (red.). *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik* (s. 61-74). Lund: Studentlitteratur.

Jahren Kristoffersen, N. (2006). Teoretiska perspektiv på omvårdnad. Ingår i Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (red.) *Grundläggande omvårdnad 4* (s. 13-101). Stockholm: Liber.

Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Hylen Ranhoff, A. (red.). (2010). *Geriatrisk Omvårdnad - God omsorg till den äldre patienten*. Stockholm: Liber.

Kvalitetsregister (2014). Hämtat 14 april, 2014 från http://www.kvalitetsregister.se/om_kvalitetsregister

Majic, T., Pluta, J., Mell, T., Treusch, Y., Gutzmann, H. & Rapp, M. (2012). Correlates of agitation and depression in nursing home residents with dementia. *International Psychogeriatrics*, *24*(11), 1779-1789.

Mensen, L. (2010). Biologiskt åldrande. Ingår i M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. Hylen Ranhoff. (red.). *Geriatrisk Omvårdnad - God omsorg till den äldre patienten* (s. 48-53). Stockholm: Liber.

Norberg, A. (2010). Upplevelse av identitet hos personer med demenssjukdom tolkat utifrån Harrés teori. Ingår i D. Edvarsson. (red.). *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik* (s. 19-28). Lund: Studentlitteratur.

Orlando, I. J. (1961). *The dynamic nurse-patient relationship, function, process and principles.* New York: National League for Nursing.

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

Prado-Jean, A., Couratier, P., Druet-Cabanac, M., Nubukpo, P., Bernard-Bourzeix, L., Thomas, P.,… Clément, J.P. (2010). Specific psychological and behavioral symptoms of depression in patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatric,* Oct; 25(10), 1065-72. doi: 10.1002/gps.2468

Rocca, P., Leotta, D., Liffredo, C., Mingrone, C., Sigaudo, M., Capellero, B.,… Bogetto, F. (2010). Neuropsychiatric symptoms underlying caregiver stress and insight in Alzheimer's disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 30*, 57–63. doi: 10.1159/000315513

Rosvik, J., Engedal, K. & Kirkevold, Ø. (2014). Factors to make the VIPS practice model more effective in the treatment of neuropsychiatric symptoms in nursing home residents with dementia. *Dementia and geriatric cognitive disorders, 2014(37),* 335-346.doi: 10.1159/000357773

Røsvik, J., Kirkevold, M., Engedal, K., Brooker, D. & Kirkevold Ø. (2011). A model for using the VIPS framework for person-centred care for persons with dementia in nursing homes: a qualitative evaluative study. *International journal of older people nursing*, Sep;6(3), 227-36. doi: 10.1111/j.1748-3743.2011.00290.x

SCB (2014). Hämtat 29 april, 2014 från: http://www.ssd.scb.se/bjssd/sok_link.asp?sokord1=efter+kommun&xu=c5587001&yp=duwird&lang=1

Selbaek, G., Kirkevold, Ø. & Engedal, K. (2008). Psychiatric and behavioural symptoms and the use of psychotropic medication in Special Care Units and Regular Units in Norwegian

nursing homes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *22*(4), 568–573. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00576.x

Skog, M. (2012). *Vård och omsorg vid demenssjukdomar.* Stockholm: Sanoma Utbildning AB.

Skovdahl, K. & Kihlgren, M. (2011). Beteenden som kan vara svåra att tolka och förstå. Ingår i A-K. Edberg (red.). *Att möta personer med demens* (s. 287-301). Lund: Studentlitteratur.

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

Socialstyrelsen. (2014). *Nationell utvärdering – vård och omsorg vid demenssjukdom 2014.* Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtat 29 april, 2014 från: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19331/2014-2-4.pdf

Testad, I., Aasland, A.M. & Aarsland, D. (2007). Prevalence and correlates of disruptive behavior in patients in Norwegian nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatric*, 2007; 22: 916–921. doi: 10.1002/gps.1766

Wahlund, L.-O. (2006). *Praktisk geriatrik* (1.uppl.). Stockholm: Liber.

WHO (2012). *Dementia: a public health priority*. Hämtat11 november, 2013 från: http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/

Youn, J.C., Lee, D.Y., Jhoo, J.H., Kim, K.I., Choo, I.H. & Woo, J.I. (2011). Prevalence of neuropsychiatric syndromes in Alzheimer's disease (AD). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 52: 258–263. doi: 10.1016/j.archger.2010.04.015

BILAGOR

Bilaga 1 NPI-NH

NPI-NH

©JL Cummings, 1994

Personnummer _____

Namn _____

Skattare _____

Datum _____

Symtom	Aldrig	Förekomst				Allvarlighetsgrad			Allvarlighetsgrad x förekomst
A. Vanföreställningar	0	1	2	3	4	1	2	3	
B. Hallucinationer	0	1	2	3	4	1	2	3	
C. Agitation / upprördhet	0	1	2	3	4	1	2	3	
D. Depression / nedstämdhet	0	1	2	3	4	1	2	3	
E. Ångest	0	1	2	3	4	1	2	3	
F. Upprymdhet / eufori	0	1	2	3	4	1	2	3	
G. Apati / likgiltighet	0	1	2	3	4	1	2	3	
H. Hämningslöshet	0	1	2	3	4	1	2	3	
I. Lättretlighet / labilitet	0	1	2	3	4	1	2	3	
J. Motorisk rastlöshet	0	1	2	3	4	1	2	3	
K. Sömnstörningar	0	1	2	3	4	1	2	3	
L. Matlust / ätstörningar	0	1	2	3	4	1	2	3	
Summa									

1

Bilaga 2 Patientskattning

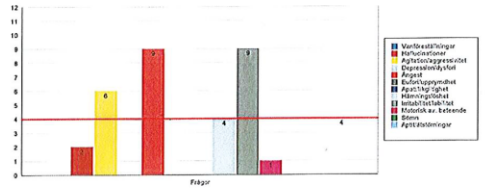
BPSD Svenskt register för Beteendestörningar och Psykiska Symptom vid Demens

Patientskattning

2010-11-04

Personnummer	Namn	Skattning utförd	Nästa skattning
	Eva Susanne Granvik	2010-11-04	2005-12-19

Skattning



Status

Signerad

Datum
2010-11-04

Signerad av
TEST1USR1

Vårdenhet
TEST1

Totalt: 31

Tänkbara orsaker till BPSD

Tillräckligt med mat:	Ja	*Temp:*	Normal
Tillräckligt med dryck:	Ja	*Puls:*	Normal
Tillräckligt med sömn:	Ja	*Blodtryck:*	Normal
Normal urin:	Ja	*Andning:*	Normal
Normal avföring:	Ja	*Urinsticka:*	Normal
God syn, med eller utan hjälpmedel:	Ja	*Blodsocker:*	Normalt
God hörsel, med eller utan hjälpmedel:	Nej	*Läkemedelsöversyn genomförd:*	Ja
Finns det tecken på smärta:	Nej		
Finns det daglig, positiv samvaro?	Ja		

Vårdåtgärder

Bemötande-plan:	Nedsatt hörsel, hör bäst med höger öra: tala tydligt och långsamt Tydliga instruktioner vid ADL: visa med ditt kroppsspråk och ta ett moment i	
Aktivering:	Hjälpa till att duka vid måltid	*ggr/v:* 7
Fysisk aktivitet:		*ggr/v:*
Lugn ljudmiljö:		
Massage:		*ggr/v:*
Musik/Sång:		*ggr/v:*
Utevistelse:	Promenad med personal eller närstående	*ggr/v:* 4
Extra stöd:	*vid måltid:* Nej *vid oro:* Ja *Övrigt:*	
Övrigt:	Kan bli orolig kvällstid och detta kan förebyggas genom aktivering i samband med kvällsmaten (duka, torka av borden etc) Vid oro: prova att avleda genom samtal om yrkeslivet - se levnadsberättelsen!	

BPSD Svenskt register för Beteendestörningar och Psykiska Symptom vid Demens

Patientskattning

2010-11-04

Läkemedel

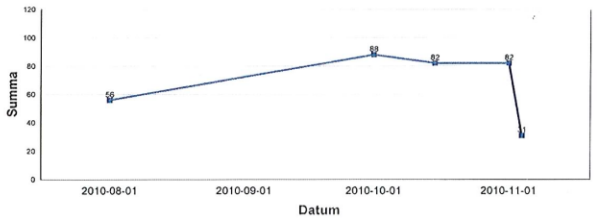
Insatta

Läkemedel	Insatt datum

Utsatta

Läkemedel	Insatt datum	Utsatt datum
Oxascand	2010-11-01	2010-11-04

Aktuella

Läkemedel	Insatt datum
Citalopram	2010-08-01
Panodil Forte	2010-09-29

Patientens summa över tid