



**Karolinska
Institutet**

Institutionen för Neurobiologi, Vårdvetenskap och Samhälle

Examensarbete för magisterexamen i arbetsterapi inriktning demensvård, 15 hp

Arbetsterapeuters erfarenhet av att arbeta med BPSD-registret

Författare: Elin Wulff, Leg arbetsterapeut
elin.wulff@stud.ki.se

Handledare: Anna Brorsson, Universitetsadjunkt, Med Dr,
Institutionen för Neurobiologi, Vårdvetenskap och
Samhället, anna.brorsson@ki.se

Examinerande lärare: Louise Nygård, Professor, Institutionen för
Neurobiologi, Vårdvetenskap och Samhället

Abstrakt

Bakgrund Vid en demenssjukdom drabbas nio av tio personer av Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom (BPSD). BPSD-registrets syfte är att minska förekomsten av BPSD-symtom och kvalitetssäkra demensvården i Sverige. Personer med demenssjukdom drabbas ofta av minskad delaktighet i aktiviteter och får svårare att hantera omgivningen. Trots forskning som stödjer vikten av arbetsterapi vid BPSD, finns det ett kunskapsgap om arbetsterapeutens delaktighet i arbetet med BPSD-registret.

Syfte Syftet med studien var att beskriva arbetsterapeuters erfarenheter av att arbeta med BPSD-registret och vad som påverkar arbetsterapeuters delaktighet i arbetet med BPSD-registret.

Metod En kvalitativ design valdes och en halvstrukturerad intervjuguide användes som datainsamlingsmetod. Intervjuerna har bearbetats och analyserats enligt kvalitativ innehållsanalys.

Resultat Analysen resulterade i sex huvudkategorier; ”Olika faktorer som påverkar om arbetsterapeuten är delaktig i arbetet med BPSD-registret”, ”Bakomliggande faktorer identifieras när arbetsterapeuten medverkar vid BPSD-registreringen”, ”Faktorer som påverkar möjligheten att få delta i meningsfulla aktiviteter”, ”Faktorer som avgör vilka vårdåtgärder som planeras in och utförs”, ”Vikten av ett multiprofessionellt team i arbetet med BPSD-registret” och ”Vikten av kunskap och kompetens om demenssjukdomar och personen”.

Sammanfattning Studien bidrar till en ökad kunskap om arbetsterapeuters erfarenheter av BPSD-registret. Arbetsterapeuten kan bidra i BPSD-registreringen genom att belysa vikten av engagemang i meningsfulla aktiviteter, anpassning av miljön och ADL-bedömningar. Arbetsterapeuten har en viktig roll som behöver tydliggöras i BPSD-registret.

Nyckelord Arbetsterapeut, BPSD-registret, BPSD, Meningsfulla aktiviteter, Vårdåtgärder

Abstract

Background In a dementia disorder, nine out of ten people suffer from Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia (BPSD). The aim of the BPSD-registry is to make BPSD- symptoms less frequent and to increase the quality of dementia care in Sweden. People with dementia often have reduced participation in activities and gets tougher to deal with the surroundings. Despite research that supports the importance of occupational therapy in BPSD, there is a knowledgegap when it comes to the occupational therapists involvement in the work with the BPSD-registry.

Aim The aim of the study was to describe occupational therapists experience of the BPSD- registry and what make them participate in the BPSD-registry.

Method A qualitative design was conducted using a half structured interview guide as the method for collecting data. Collected data were processed and analyzed using a qualitative content analysis.

Results The analysis resulted in six main categories; "Various factors affecting whether occupational therapist is involved in the work with the BPSD-registry", "Underlying factors are identified when the occupational therapist participates in the BPSD-registration", "Factors that affect the ability to engage in meaningful activities", "Factors that determine which nonpharmacological interventions are planned and executed ", "The importance of a multiprofessional team when working with the BPSD-registry ", "The importance of knowledge and competence about dementia disorders and the person ".

Conclusion The study contributes to an increased knowledge of occupational therapists experience of the BPSD-registry. The occupational therapist can contribute to the BPSD-registry through the importance of meaningful activities, adaptation in the environment and ADL assessments. The occupational therapist has an important role that must be clarified in the BPSD-registry.

Keywords Occupational therapist, BPSD-registry, BPSD, Meaningful activities, Nonpharmacological interventions

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 Bakgrund	5
1.1 Demenssjukdom	5
1.2 Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom	6
1.3 BPSD-registret	6
1.3.1 Hur används registret?	6
1.3.2 Vårdåtgärder vid BPSD.....	7
1.4 Betydelsen av delaktighet i en meningsfull aktivitet	8
1.5 Miljön, vanor och roller	9
1.6 Arbetsterapeutens roll i arbetet med personer med demenssjukdom och BPSD	10
2 Syfte	11
3 Metod	11
3.1 Design	11
3.2 Urvalsstrategier och beskrivning av urvalsgruppen.....	12
3.3 Datainsamling	13
3.4 Dataanalys	14
4 Resultat.....	15
4.1 Olika faktorer som påverkar om arbetsterapeuten är delaktig i arbetet med BPSD-registret	16
4.2 Bakomliggande faktorer identifieras när arbetsterapeuten medverkar vid BPSD-registreringen	17
4.3 Faktorer som påverkar möjligheten att få delta i meningsfulla aktiviteter	19
4.4 Faktorer som avgör vilka vårdåtgärder som planeras in och utförs	20
4.5 Vikten av ett multiprofessionellt team i arbetet med BPSD-registret.....	22
4.6 Vikten av kunskap och kompetens om demenssjukdomar och personen	23
5 Diskussion	24
5.1 Resultatdiskussion.....	24
5.2 Metodologiska överväganden	30
5.3 Implikationer för praxis (kliniska implikationer).....	32
5.4 Implikationer för fortsatta studier	33
6 Slutsats	33
7 Referenser	34

Inledning

Utifrån författarens egen erfarenhet så har inte arbetsterapeuten en självklar roll i arbetet med BPSD-registret. Det skiljer sig åt mellan olika arbetsplatser vilka professioner som medverkar och det saknas kunskap om hur arbetsterapeuten själv ser på sin roll i arbetet med BPSD-registret. Det finns inga riktlinjer i registret vilka professioner som ska vara med vid en BPSD-registrering. Varför är vissa arbetsterapeuter mer delaktiga i arbetet kring BPSD än andra? Författaren deltar själv vid BPSD-registreringen på sin arbetsplats men upplever inte att arbetsterapeutens roll eller teamarbetet kring registret är självklart.

1 Bakgrund

1.1 Demenssjukdom

En demenssjukdom är en degenerativ sjukdom som kan beskrivas som en funktionsnedsättning av kognitionen så som minne och orientering. Sjukdomen kan också påverka personligheten, känslor, det sociala beteendet och motivationen (World Health Organization [WHO], 2016). Oro, nedstämdhet och beteendeförändringar kan också vara symtom vid en demenssjukdom (Socialstyrelsen, 2017). Demenssjukdom är ett samlingsnamn för flera olika symtom som orsakas av skador i hjärnan. I Sverige beräknas ca 160 000 personer vara drabbade av någon demenssjukdom och efter 65 års ålder ökar risken att drabbas. Ca 24 000 personer insjuknar varje år. Den vanligaste demenssjukdomen i Sverige är Alzheimers sjukdom, därefter följer vaskulär demens, Lewy body demens och frontalobdemens. Det går inte att bota en demenssjukdom men inom vård och omsorgen kan insatser ges för att lindra symtomen, underlätta vardagen och förbättra livskvaliteten (Socialstyrelsen, 2017). Socialstyrelsen (2017) uppger att det finns stora brister när det gäller kunskap och kompetens om demenssjukdomarna i den svenska vård och omsorgen. Samverkan mellan olika huvudmän brister vilket påverkar säkerheten och kontinuiteten i demensvården.

1.2 Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom

BPSD står för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom. Nio av tio personer drabbas av symtom som depression, hallucinationer och/eller sömnsvårigheter vid något tillfälle under sjukdomen (Socialstyrelsen, 2010; Ballard & O'Brien, 1999; Trivedi et al., 2013). Symtomen är sekundära och kan förekomma under hela sjukdomsförloppet men kan också vara övergående. Anledningen till att dessa symtom förekommer kan vara personens oförmåga att bearbeta information från omgivningen och att förmedla sig på grund av sin sjukdom (Socialstyrelsen, 2017). Det kan också bero på uppfyllda behov där patofysiologi, psykologi och miljön kan vara bakomliggande orsaker (Kolanowski, Litaker, Buettner, Moeller, & Costa, 2011). BPSD kan ofta orsaka stort lidande för de personer som drabbas (Socialstyrelsen, 2017) och det kan leda till stress för personen, anhöriga eller vårdpersonal samt att personens livskvalitet kan påverkas (Corbett, Smith, Creese, & Ballard, 2012; Trivedi et al., 2013). Det kan vara svårt för anhöriga och vårdpersonal att bemöta symtomen eller beteendet (Socialstyrelsen, 2016).

1.3 BPSD-registret

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister sedan 2010 och stöds av SKL, Sveriges Kommuner och Landsting. Syftet är att kvalitetssäkra demensvården i Sverige och registret är ett verktyg i denna kvalitetssäkring (BPSD-registret, 2017). Mayer, Granvik, Minthon och Nägga (2014) kunde i sin studie, som inte är publicerad än, visa att användning av det svenska BPSD-registret som ett interventionsverktyg, resulterade i en stabil reduktion av BPSD samt en förbättring av livskvaliteten.

1.3.1 Hur genomförs en BPSD-registrering?

NeuroPsychiatric Inventory (NPI) är en skattningsskala som används i BPSD-registret och som observerar förekomsten av BPSD och mäter förändringar under en behandlingsperiod (Conner, Sabbagh, & Cummings, 2008). Skattningen

används för att bedöma hur ofta symtomen förekommer på en skala mellan noll till fyra och hur starkt det påverkar personen på en skala noll till tre (Conner et al., 2008; BPSD- registret, 2017). Noll poäng innebär ingen förekomst eller ingen påverkan. Fyra poäng innebär att symtomet förekommer mycket ofta och tre poäng innebär att allvarlighetsgraden är påtaglig. De tolv olika beteendemässiga och psykiska symtom som skattas är hallucinationer, vanföreställningar, agitation, nedstämdhet/depression, ångest, lättretlighet, hämningslöshet, eufori, apati, motorisk rastlöshet, sömnstörningar samt aptit och ätstörningar (Hui-Fen, Shun-An, Wen-Ni, Cummings, & Tzung-Jeng, 2015). NPI-skalan har hög validitet och reliabilitet (Connor et al., 2008). Efter skattningen görs en analys av tänkbara bakomliggande orsaker innan åtgärder sätts in. Bakomliggande orsaker som BPSD-registret föreslår kan vara obehandlad smärta, brist på näring och/eller sömnstörning. Registret ger förslag på vårdåtgärder som bemötandeplan, aktiviteter och lugn ljudmiljö (BPSD- registret, 2017). När åtgärderna provats under en bestämd tidsperiod så utvärderas resultatet med hjälp av en ny NPI-skattning (BPSD- registret, 2017).

1.3.2 Vårdåtgärder vid BPSD

Vid behandling för personer med svår demenssjukdom och BPSD är det fördelaktigt att implementera en rutin av icke-farmakologiska interventioner före läkemedel (Socialstyrelsen, 2010). I denna studie kommer den svenska översättningen vårdåtgärder användas istället för icke-farmakologiska interventioner, då författaren antar att vårdåtgärder används mer ofta eller omvårdnadsåtgärder som används i registret. Fitzsimmons, Barba och Stump (2015) menar att vårdåtgärder bör användas för att minska eller eliminera användandet av läkemedel vid BPSD då vissa läkemedel ökar riskerna för förvirring, fall, stroke och död. Läkemedel som används vid BPSD kan resultera i trötthet och personligheten kan påverkas vilket i sin tur kan påverka relationer och känslan av identitet (Fitzsimmons et al., 2015). Under en längre period kan läkemedelsbehandlingen leda till ökad dödlighet medan vårdåtgärder har små eller inga biverkningar (Fitzsimmons et al., 2015). Trots kunskapen om att vårdåtgärder bör prioriteras som behandling för personer med demenssjukdom är det ändå farmakologiska interventioner som främst används (Socialstyrelsen, 2010). BPSD-registret ska underlätta för teamet som arbetar kring personen att fokusera på vårdåtgärder (Mayer et al., 2014).

Travers et al. (2016) gjorde en litteraturstudie och granskade 34 studier kopplade till aktiviteter och BPSD på särskilt boende. I studien inkluderades bland annat reminiscens, musikterapi, personcentrerad vård, multisensoriska interventioner och social interaktion. Trots att de flesta interventionerna i studierna var småskaliga och hade relativt kortvarig effekt framkom det att alla interventioner med undantag för Snoezelen hade positiva effekter för personer med demenssjukdom. De positiva effekterna som framkom var minskning av agitation, passivitet och depression, förbättrad livskvalitet och ökad glädje och intresse. Det finns enligt Dallas et al. (2012) stöd i litteraturen för att psykosociala aktiviteter, aktiviteter som involverar träning, musik eller andra former av sinnesstimulering kan ha god effekt som behandling för BPSD. Vårdåtgärderna som väljs i BPSD-registret är kopplade till aktiviteter som bland annat utomhusvistelse, lyssna på musik och taktil massage (BPSD-registret, 2017). Trots positiva kopplingar mellan BPSD och aktiviteter saknas studier gällande arbetsterapeutens roll i BPSD-registret.

1.4 Betydelsen av delaktighet i en meningsfull aktivitet

Model of Human Occupation, MoHO (Kielhofner, 2008) är en teoretisk modell inom arbetsterapin. Teorin utgår från hur olika aspekter som miljön, vanor och roller påverkar människans utförande av aktiviteter. Människans delaktighet i en aktivitet påverkas av personens erfarenheter och hur den fysiska och sociala miljön är utformad. Delaktighet innebär att engagera sig i en aktivitet som är nödvändig och/eller önskvärd för välbefinnandet (Kielhofner, 2012). Delaktighet i en aktivitet som egenvård, aktiviteter på fritiden och arbete skapar en social struktur. I en aktivitet har människan möjlighet att förvärva sina färdigheter och kunskaper, ta kontakt med andra och det är också ett sätt att hitta syfte och mening med livet (Kielhofner, 2008). Som framgår i MoHO är aktivitet ett av de mest centrala begrepp inom arbetsterapin. Mozley (2001) menar att det alltid har funnits ett starkt samband mellan engagemang i en aktivitet och mental hälsa och förbättrat välmående samtidigt som det finns ett mänskligt behov att aktivera sig i en meningsfull aktivitet. Människor gör dagligen val av aktiviteter och har individen möjlighet väljs aktiviteter som upplevs som meningsfulla på olika sätt. Mondaca, Josephsson, Katz och Rosenberg (2017) visade i sin studie att det kan vara svårt

för de äldre att vara spontana med aktiviteter på ett särskilt boende, då många avdelningar har sina rutiner. Särskilt boende innebär ett boende med heldygnsvistelse med vård och omsorgsinsatser för äldre med särskilt stöd (Socialstyrelsen, 2013). Mondaca et al. (2017) tog upp flera exempel när det gällde möjligheten att spontant kunna fika eller kunna lägga sig vid önskad tidpunkt. Ofta finns det fasta tider när middag eller kaffe serveras och detsamma gäller synpunkter hos vårdpersonalen vilken tid de äldre bör lägga sig eller stiga upp på morgonen. Författarna lyfter även i sin studie fram flera tidigare studier som uppmärksammar vikten av aktiviteter för äldre som bor på särskilt boende. Möjlighet att få utföra aktiviteter så som att vattna blommorna, ordna med tvätten eller duka bordet har visats vara meningsfullt för dem äldre. Mondaca et al. (2017) fick fram att vårdpersonalen har svårt att förstå betydelsen av meningsfullheten som vardagliga aktiviteter kan ha för de äldre. Personer med kognitiv sjukdom som är delaktiga i en aktivitet har större möjlighet att fortsätta kunna vara social, minska frustration, bevara förutsättningen att känna identitet och känsla av samhörighet (Gitlin et al., 2009; Leufstadius, Gunnarsson, & Tjörnstrand, 2010). Personer med kognitiv sjukdom som var delaktiga i en meningsfull aktivitet minskade riskerna för agitation, mindre behov av läkemedel, det förbättrade också livskvaliteten (Gitlin et al., 2009).

1.5 Miljön, vanor och roller

Det framgick i Harmer och Orrells (2007) kvalitativa studie att de viktigaste faktorerna för att en aktivitet skulle kännas meningsfull var att de kunde knytas an till personens värderingar, tidigare roller, intressen och rutiner. Det är mer vanligt med BPSD på ett särskilt boende (Mayer et al., 2014) än ordinärt boende, det vill säga hemma i vanligt boende (Socialstyrelsen, 2017b). En flytt till särskilt boende kan innebära att tidigare roller och rutiner förändras i en ny miljö. Vanor och roller som personen har haft tidigare i livet är viktiga att hålla fast vid för att kunna bibehålla sin identitet (Kielhofner, 2012). Detsamma gäller förändringar i miljön för en person som bor i ordinärt boende om det behövs socialt stöd i hemmet. Det kan vara svårt för en person med demenssjukdom att inse att utförandet av aktiviteter i vardagen inte kan utföras på samma sätt som tidigare och BPSD kan påverka förmågan att bibehålla sina vardagliga aktiviteter (Trivedi et al., 2013).

En demenssjukdom har stor påverkan på människans förmåga att kunna utföra sina aktiviteter i dagliga livet (Benett, Shand, & Liddle, 2011). Enligt MoHO är det människans viljekraft (Kielhofner, 2008) som påverkar hur människan värderar, hittar sina intressen och upplever sig kompetent i de dagliga aktiviteterna. Viljekraften finns i de tankar och känslor som vi har om oss själva i den kontexten vi lever i. Därför menar Kielhofner (2008) att när en sjukdom stör eller påverkar en persons upplevda kompetens, stör det viljekraften och vår syn på oss själva. Enligt MoHO, kan detta i sin tur påverka förmågan att utföra aktiviteter och detta kan leda till minskad livskvalitet. Miljön kan upplevas hindrande (Kielhofner, 2012) och det är viktigt att anpassa miljön efter personens behov. En aktivitetsmiljö påverkas av rum, föremål, sociala grupper och den aktivitet som ska utföras (Kielhofner, 2012). Vad och hur människan väljer att utföra olika aktiviteter påverkas av aktivitetsmiljön. Nedsatt förmåga att hantera stimuli och krav i miljön kan påverka olika beteenden (Gitlin, Winter, Dennis, & Hauck, 2007) och därför kan anpassning av miljön ge positiva effekter. Miljöförändringar har visat sig vara effektivt för att hantera agitation på särskilt boende. Utlösande faktorer för BPSD kan vara svårigheter att tolka eller orientera sig i den fysiska miljön (Socialstyrelsen, 2016).

1.6 Arbetsterapeutens roll i arbetet med personer med demenssjukdom och BPSD

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer (2010) rekommenderas ett multiprofessionellt team i arbetet kring personer med demenssjukdom, även i flera tidigare studier framkommer detta (Keough & Huebner, 2000). I arbetet med en persons komplexa behov behövs ofta ett samlat team av olika professioner inom vård och omsorg, ett så kallat multiprofessionellt team (Socialstyrelsen, 2010). Arbetsterapeutens interventioner för personer med en demenssjukdom kan innebära anpassning av miljön, hjälpmedel, utbildning av vårdpersonalen, anpassa utförandet av aktiviteter, riskbedömningar och terapeutiska aktiviteter (Benett, Shand, & Liddle, 2011). I BPSD-registret finns vårdåtgärder som interventioner och dessa innebär ofta att patienten deltar i olika aktiviteter. Eftersom arbetsterapeuten har en fördjupad kunskap om interaktionen mellan människa, miljö och aktivitet (Frake, Kales, Blazek, Kavanagh, & Gitlin, 2013; Strong et al.,

1999) så har arbetsterapeuten en viktig roll vid BPSD-registreringen. Personer blir inte alltid involverade i aktiviteter på grund av deras beteendestörningar vilket resulterar i långa perioder av inaktivitet och kan leda till agitation och passivitet (Kolanowski et al., 2011). Arbetsterapeutens målsättning är att hitta meningsfulla aktiviteter och vårdåtgärder för personer och öka deras livskvalitet (Cohen-Mansfield, Dakheel, & Marx, 2009). Arbetsterapeuten väljer i första hand en meningsfull aktivitet som intervention och det är personens intresse som styr valet av aktivitet (Crane Macdonald, 1986). Socialstyrelsen (2016) menar att brist på meningsfulla aktiviteter kan vara en bakomliggande faktor för BPSD och Cohen-Mansfield et al., (2009) menar att meningsfulla aktiviteter kan förhindra BPSD vid demenssjukdom. Benett et al., (2011) kunde i sin studie påvisa att arbetsterapeutiska interventioner kan vara kostnadseffektiva och ser ett utökat behov av arbetsterapeuter i vården för personer med demenssjukdom. Trots forskning som stödjer vanor, miljön och aktivitetens betydelse kopplat till BPSD finns det ett kunskapsgap om arbetsterapeutens roll och delaktighet i arbetet med BPSD-registret.

2 Syfte

Syftet med studien är att beskriva arbetsterapeuters erfarenheter av att arbeta med BPSD-registret och vad som påverkar arbetsterapeuters delaktighet i BPSD-registret.

3 Metod

3.1 Design

Utifrån studiens syfte önskade författaren få en ökad insikt av arbetsterapeuters erfarenheter av att arbeta med BPSD-registret och därför valdes en kvalitativ design. I en kvalitativ intervju kan deltagarna svara med egna ord och det finns inga förutbestämda svar (Patel & Davidsson, 2011). En halvstrukturerad intervjuguide (bilaga 1) användes för att få en större bredd av deltagarnas

erfarenheter. Intervjuerna har analyserats med en metod för kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004).

3.2 Urvalsstrategier och beskrivning av urvalsgruppen

Ett strategiskt urval har genomförts (DePoy & Gitlin, 1999) och åtta kvinnliga arbetsterapeuter tillfrågades och inkluderades i studien. Inklusionskriterierna var 1) arbetat som arbetsterapeut i minst tre år och 2) arbetat med BSPD-registret under minst ett halvår. Författaren utnyttjade det lokala hjälpmedelsnätverket och åtta utomstående arbetsterapeuter tillfrågades om kontaktuppgifter till deras chefer. Ingen av dessa åtta arbetsterapeuter medverkade i studien. En kort information om studien och inklusionskriterierna skickades ut till cheferna med en förfrågan om lämpliga deltagare i deras verksamhet. Sex chefer återkopplade med positiva svar, men resulterade endast i att två deltagare hörde av sig och inkluderades i studien. Därefter kontaktades G. Aremyr (personlig kontakt, 9 april, 2017), arbetsterapeut med specialistkunskaper i demenssjukdomar för att kunna rekrytera fler deltagare. I hennes nätverk finns det idag 489 arbetsterapeuter från hela Sverige och ett mejl med förfrågan om att delta i studien skickades ut till samtliga medlemmar. Tio arbetsterapeuter återkopplade och åtta av dessa föll inom ramen för inklusionskriterierna. Informationsbrev och samtyckesblankett skickades ut och förfrågan om kontaktuppgift till deras chef. Efter snabb återkoppling från fem arbetsterapeuter skickades samtyckesblankett ut till deras chefer. Samma procedur genomfördes för de två arbetsterapeuterna i närområdet. Samtycke har lämnats av samtliga deltagare och deras chefer.

	Arbetat antal år som arbetsterapeut	Arbetat antal år med BPSD- registret
Deltagare 1	26	5
Deltagare 2	12	3
Deltagare 3	5	1
Deltagare 4	8	2
Deltagare 5	10	3
Deltagare 6	9	2
Deltagare 7	17	1
Deltagare 8	13	6

3.3 Datainsamling

Då författaren ville undersöka arbetsterapeuters erfarenheter av BPSD-registret användes en halvstrukturerad intervjuguide eftersom öppna frågor möjliggjorde större bredd på svaren (Patel & Davidsson, 2011) och gav möjlighet till rikare data. Deltagarna fick information om hur lång tid intervjun beräknades ta, att deltagarna kunde välja tidpunkt för intervjun (Patel & Davidsson, 2011) och vem de skulle kontakta vid eventuella frågor. Samma frågor ställdes till samtliga deltagare av författaren. Vid sex tillfällen användes högtalartelefon, adobe connect användes vid ett tillfälle och en intervju utfördes personligen på deltagarens arbetsplats. Samtliga intervjuer spelades in med diktafon och mobiltelefon som backup. När intervjun var sparad på ett USB-minne raderades den från mobiltelefonen. Samtliga intervjuer varade mellan 30-60 minuter. Då provintervjun gav rik data och svarade väl mot syftet inkluderades även den intervjun i studien. Intervjuguiden justerades inte efter provintervjun.

3.4 Dataanalys

Författaren har använt en kvalitativ innehållsanalys för att kunna bearbeta och analysera data från intervjuerna. En kvalitativ innehållsanalys innebär att samtliga intervjuer transkriberas, kontrolleras och analyseras (Graneheim & Lundman, 2004) och i denna studie är det författaren som utfört hela processen. Malterud (2014) menar att det finns många fördelar med att forskaren själv transkriberar intervjuerna för att minimera oklarheter vilket ökar validiteten. Data från varje intervju skrevs ut så ordagrant som möjligt från inspelningen (DePoy & Gitlin, 1999). Inspelningen från varje intervju lyssnades åter igenom för att jämföras med utskriften och kontrolleras så de överensstämde. Texten från transkriberingen lästes igenom flera gånger för att få känsla av sammanhang och författaren upplevde att samtlig data ansågs värdefull i detta skede och placerades i en tabell i wordprogrammet. Texten delades in efter varje fråga för att få ett tydligare sammanhang av svaren och resulterade i 12 tabeller. Därefter kondenserades texten för att få fram meningsbärande enheter som svarade mot syftet. Texten blev mer lätthanterligt och det var lättare att överskåda och jämföra innehållet (Kvale & Brinkmann, 2009). De meningsbärande enheterna placerades i kolumnen bredvid i tabellen. Därefter identifierade och kodade författaren de meningsbärande enheterna som blev textnära meningar eller fraser (Graneheim & Lundman, 2004). Kodning av en texts innehåll görs för att få fram hur ofta ordet eller meningen används vilket kan underlättar för författaren att påbörja tolkning av textens manifesta innehåll (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012). Samtliga tabeller skrevs ut i pappersformat där koderna analyserades och bildade subkategorier, där subkategorin speglade den meningsbärande enheten (Malterud, 2014). De kodade enheterna bildade 23 subkategorier och resulterade i sex huvudkategorier. För att kunna få en djupare tolkning av textens innehåll användes även en latent innehållsanalys som krävs för att få en helhetsbild av analysen (Granskär & Höglund-Nielsen, 2013). Diskussion har förts med handledaren under hela processen för stöd att få fram resultat som svarar mot syftet. Sub- och huvudkategorierna var från början relativt koncisa men har under analysprocessens slutfas utvecklats.

Etiska aspekter

Enskilda intervjuer ansågs vara en lämplig metod då deltagaren enskilt har kunnat delge svaren under intervjun och sekretessen har varit lättare att bevara då endast författaren varit i kontakt med deltagarna. Forskningen innebar inte kontakt med patienter eller frågor som bedöms ha hög känslighetsfaktor eller vara kränkande och därför bedömdes att en etisk prövning ej behövde genomföras (Etikprövningsnämnden, 2016). Då forskningen involverade människor skickades informationsbrev (se bilaga 2) och samtyckesblankett (se bilaga 3) angående studien ut i god tid till deltagarna innan forskningen kunde påbörjas. Alla deltagarna fick genom informationsbrevet en presentation av ämnesområdet (DePoy & Gitlin, 2009) så de kunde överväga i god tid om de vill medverka eller inte. Studiens deltagare informerades även i informationsbrevet om studiens syfte, frivilligt deltagande, att insamlad data endast skulle användas för forskningsändamålet och behandlas konfidentiellt och avidentifieras för att bevara deltagarnas sekretess (Patel & Davidson, 2011). Ljudmaterialet har förvarats inlåst, transkriberingsutskriften har varit avidentifierade samt att samtyckesblanketterna har förvarats inlåsta på författarens arbetsplats. Allt material förstörs efter avslutad studie, då det inte längre finns något syfte att bevara dessa uppgifter och risken att kunna koppla ihop deltagare med materialet elimineras. Efter avslutad intervju var det ingen av deltagarna som hade invändningar på att materialet inte fick användas i studien (Patel & Davidsson, 2011). Samtliga deltagare har fått information om att de kommer få ta del av det färdiga materialet när studien är genomförd.

4 Resultat

Under analysprocessen bildades sex huvudkategorier: *”Olika faktorer som påverkar om arbetsterapeuten är delaktig i arbetet med BPSD-registret”, ”Bakomliggande faktorer identifieras när arbetsterapeuten medverkar vid BPSD-registreringen”, ”Faktorer som påverkar möjligheten att få delta i meningsfulla aktiviteter”, ”Faktorer som avgör vilka vårdåtgärder som planeras in och utförs”, ”Vikten av ett multiprofessionellt team i arbetet med BPSD-registret”, ”Vikten av kunskap och kompetens om demenssjukdomar och personen”.*

4.1 Olika faktorer som påverkar om arbetsterapeuten är delaktig i arbetet med BPSD-registret

Det framgick att deltagarna överlag har fått en självklar roll i arbetet med BPSD-registret. Deras självklara roll kunde kopplas till att arbetsterapeuten har en helhetssyn men också för att vårdåtgärderna i BPSD-registret är kopplade till aktiviteter som är ett centralt begrepp inom arbetsterapin och där arbetsterapeuten har sitt fokus. Samtidigt framkom det att deltagarna bidrog med sin kunskap på olika sätt i teamet och det framgick inga tydliga riktlinjer för vad professionen bör ha för uppgifter vid registreringen. Många uttryckte att de hade en drivande och stödjande roll i arbetet kring BPSD: *”På något sätt är det jag som har tagit ansvaret... när vi fick hit BPSD för första gången, så var det jag som hakade på på direkten, de har lagt det på mig och det är helt okej”*.

Deltagarna upplevde sig oftast ha en självklar roll, men deras roll upplevdes inte alltid som självklar för andra professioner vilket kunde påverka delaktigheten. Andra professioner saknade kunskap kring vad arbetsterapeuten kunde ha för betydelse i en skattning:

man kan inte bara sitta och vänta på att bli inbjuden, man får väl se till att de behöver mig, vi får väl se till att visa framfötterna och tala om att det här är ett område jag kan vara till nytta...

Majoriteten av deltagarna hade varit med vid uppstarten och drivit arbetet kring BPSD-registret på sin arbetsplats vilket de annars upplevde var sjuksköterskans roll på andra arbetsplatser: *”det var jag som drev det, jag känner att vi har så mycket... men vi får aldrig ut det i verksamheterna, eller aldrig och aldrig men det är svårt, men här ville jag att vi skulle komma in...”*.

Det framkom att arbetsterapeutens närvaro vid BPSD-registreringen varierade. Några arbetsterapeuter satt endast med under vissa steg av registreringen och blev främst inkopplade när bedömningen gällde boende som hade en svår problematik: *”de ringer till oss när de har jätteproblem, så de är rätt intresserade av att få hjälp, så det är motivationen i sig”*.

Det framkom flera faktorer till varför arbetsterapeuterna inte deltog i samtliga registreringar. Faktorer som framkom var att de inte alltid tillfrågades eller blev

tillfrågade med kort varsel och då kunde det krocka med deras redan inplanerade schema: *"... ser nyttan med det och jag vet att arbetsterapeuterna här vill det, men det är snarare det att de får möjligheten med tiden och deras arbetssituation tillåter helt enkelt inte idag, det är jättesorgligt"*. En annan faktor som framkom var att övrig personals värderingar kring arbetsterapeutens roll vid registreringen var oklar. Det framkom i intervjuerna att det saknas en beskrivning av arbetsterapeutens roll i BPSD-materialet vilket gör det svårt för vårdpersonalen att veta vad arbetsterapeuten kan tillföra. En annan faktor som påverkade delaktigheten var om en patient inte haft behov av arbetsterapeutiska interventioner sedan tidigare och arbetsterapeuten inte varit inkopplad på patienten. Då blev det heller inte självklart för varken arbetsterapeuten eller teamet att koppla in professionen när en registrering i BPSD-registret skulle göras.

Arbetsterapeutens delaktighet i arbetet med BPSD-registret påverkas av chefen och arbetsplatsens prioriteringsordning och uppdrag. Chefens kunskap om arbetsterapeutens kompetens är också en bidragande faktor för delaktighet: *"Han är helt inne på det, han vill bara ha mer och mer. Nu ser han att arbetsterapeuten inte bara har hjälpmedelsroll, utan nu ser han att arbetsterapeuten kan så mycket mer än att bara leverera hjälpmedel"*.

4.2 Bakomliggande faktorer identifieras när arbetsterapeuten medverkar vid BPSD-registreringen

Det kan vara många faktorer som påverkar en patientens BPSD men det är främst kroppsliga faktorer som tas upp i BPSD-registret vid en skattning. När arbetsterapeuten var med vid registreringen kunde andra bakomliggande faktorer identifieras. En deltagare nämnde tre bakomliggande faktorer till BPSD kopplat till arbetsterapi och dessa var; nedsatt aktivitetsförmåga, bristande delaktighet i aktivitet och rollförlust. Vidare hur dessa faktorer kunde yttra sig framkom inte men deltagaren beskrev vikten av arbetsterapeutens förebyggande arbete: *"... handlar om att få vara med, få ha en meningsfull uppgift, få ha en roll, finns ett värde med att jag finns, förståelse att koppla ihop det... det gör vi som arbetsterapeuter"*.

Det framkom att arbetsterapeuten ofta arbetar med förebyggande interventioner och har kunskapen att kunna koppla ihop symtom med åtgärder för att kunna förebygga vissa beteenden: *"att ha mycket bra aktiviteter som är inriktade till just den här personen så kanske inte ett aggressivt beteende kommer på eftermiddagen"*. Vissa deltagare ansåg att BPSD-registret inte belyste det förebyggande arbete som kan behövas vid BPSD då skattningen oftast görs när symtomen redan existerar och då är det förebyggande arbetet missat.

Deltagarna upplevde att omvårdnadssituationen kunde vara en bakomliggande faktor till BPSD och arbetsterapeuten utförde ofta ADL-bedömningar på alla som flyttat in på särskilt boende för utvärdering av patientens behov av stöd. Deras kunskap i området gjorde att de kunde bli inkopplade i svårare ADL-situationer: *"vid omvårdnadssituationer tänker jag ofta som arbetsterapeuten är duktiga på att hitta sätt, testa hur ska man utföra omvårdnaden för att, den här människan inte ska bli irriterad, vi är ju hemma på dom områdena ju..."*.

Det kunde vara svårt för vårdpersonalen att låta patienten vara så delaktig som möjligt i sin ADL. Deltagarna menade att arbetsterapeuten har en viktig roll att uppmärksamma vad patienten kan själv eller hur aktiviteten kan anpassas efter patientens förmågor: *"...jag [patienten] har inte förmågan att göra som jag tyckte var kul tidigare, kanske kan jag göra det på något sätt, jag [arbetsterapeuten] tänker där är ju vi också som kan anpassa aktiviteten..."*.

Vårdpersonalen hade fokus på omvårdnaden och arbetsterapeuten på aktivitet: *"de är omvårdnadsproffs och vi är aktivitetsproffs... undersköterskan och sjuksköterskan har mer ett omvårdande, en omvårdningsgång, där jag kan eller låter patienten göra det den kan, så jag tror det är viktigt att vi är med, som en motvikt kanske..."*.

Miljön kan vara en bakomliggande faktor för BPSD och deltagarna lyfte anpassning av miljön som en viktig arbetsterapeutisk intervention. Det var främst interventioner kopplade till den fysiska miljön som stimuli och möblering som lyftes fram. Samtidigt har arbetsterapeuten kunskap om den sociala miljön men det framkom främst funderingar om huruvida vårdpersonalen var medvetna om att deras bemötande eller deras stress kunde vara en bidragande faktor för BPSD och att det ibland upplevdes svårt att motivera en hel arbetsgrupp att arbeta åt samma mål.

4.3 Faktorer som påverkar möjligheten att få delta i meningsfulla aktiviteter

För arbetsterapeuten var det viktigt med meningsfulla aktiviteter när åtgärder planerades utifrån BPSD-registreringen: ”Som arbetsterapeut självklart att hitta det här med meningsfullhet i vardagen och delaktighet i aktivitet, känns klockrent för mig som arbetsterapeut”. Samtidigt kunde det upplevas svårt att hitta meningsfulla aktiviteter på ett särskilt boende då det krävdes mycket tid och engagemang från alla professioner. En deltagare upplevde att det var svårt att hitta meningsfulla aktiviteter till yngre män som ofta hade mycket ork och energi och kunde bli rastlösa. Utbudet på ett särskilt boende ansågs inte tillräckligt för en längre tid. En annan begränsning för att möjliggöra delaktighet i meningsfulla aktiviteter var hygienrestriktioner. Det var inte självklart att patienterna som önskade att använda köket på avdelningen för att baka eller diska fick det:

Finns regler, damer som tycker om att diska, får man inte lov för hygienaspekter, många sådana trösklar i jobbet... där skulle man kunna göra jättemycket” ...” jobbade på rehab, så bakade vi, alla satt med, jättebra aktivitet för några, bara sitta med, känna doften, höra lite slammer i köket, får inte längre för hygienaspekter...

När arbetsterapeuten närvarade vid registreringen lade arbetsterapeuten stor vikt vid aktivitet, miljön, intresse, vanor och sinnena när åtgärderna planerades. Arbetsterapeuten poängterade även att vårdåtgärderna som sattes in också var meningsfulla för patienten och ett exempel som en deltagare lyfte fram var när musik valts som vårdåtgärd. Vid uppföljningen av åtgärden hade det inte fungerat och arbetsterapeuten hade lyft frågan om det var patientens favoritmusik som spelats. Det framkom att det inte varit favoritmusiken som spelats och detta var kanske anledningen till att åtgärden inte gett positivt utfall.

Aktivitetsbalans är ett viktigt begrepp inom arbetsterapin och detta lyftes fram på olika sätt. Deltagarna upplevde att deras kunskap var viktig gällande hur många gånger en vårdåtgärd eller aktivitet borde utföras för att patienten skulle orka eller inte få för lite stimulans för att få en balans mellan aktivitet och vila. Ett exempel som lyftes fram var när en patient i ordinärt boende fick flera aktiviteter att utföra

i veckan samt dagverksamhet så minskade nedstämdheten och behovet av antidepressiva läkemedel och patienten kunde fortsätta bo hemma. Det var också viktigt att behålla aktivitetsbalansen och rutiner när patienten flyttade in på särskilt boende. Detta exemplifierades genom ett annat fall som gällde promenader och när det blev för lite stimulans och ändrade rutiner på boendet: *”De som flyttar in på särskilt boende som vi har haft hemma, ser vi väldigt tydligt rastlösa och agiterade om de inte får fortsätta med det”*.

Ibland upplevde deltagarna att deras arbetsuppgifter inom demensvården gick åt till att utföra sedvanliga kompensatoriska åtgärder som en deltagare lyfte fram: *”man måste ta för sig, det är inte så stora procent en arbetsterapeut har på ett demensboende, man har ju fullt sjå att se till så att rullstolarna fungerar och lyftarna, så det är inte så lätt heller...”*. Deltagarna upplevde att de inte alltid hann utföra det arbetsterapeuten skulle kunna bidra med i arbetet för personer med demenssjukdom och BPSD: *”... så har inte arbetsterapeuten så stor inblandning i det här med vardagsaktiviteter som jag skulle önska, utan man arbetar mycket mer med kompensatoriska åtgärder...”*. Deltagarna hade en önskan om att arbeta mer med aktiviteter och utföra ADL-bedömningar men ansåg att tidsbrist var ett stort hinder.

4.4 Faktorer som påverkar vilka vårdåtgärder som planeras in och utförs

Deltagarnas erfarenhet av vårdåtgärder som mest frekvent planerades in utifrån BPSD-registret var utomhusvistelse som promenad eller trädgårdsaktivitet, enskilda samtal eller egentid, sinnesstimulering, anpassning av miljön och musik. Deltagarna upplevde att vårdpersonalen kunde vara en faktor som avgjorde vilka vårdåtgärder som planerades in. Åtgärder som krävde lite mer resurser av vårdpersonalen som att införskaffa material eller krävde mer tid utfördes mindre ofta. Om färre åtgärder sattes in för en boende utfördes åtgärderna oftare och det upplevdes som mer rimligt för vårdpersonalen. Det var också lättare att utvärdera åtgärdernas effekt om färre åtgärder sattes in. Varför åtgärderna inte alltid utfördes berodde antagligen på tidsbrist. Vissa i personalgruppen hade inte alltid förståelse eller kunskap om varför åtgärderna sattes in och ibland upplevdes det svårt att få vårdpersonalen att arbeta åt samma mål. Vårdpersonalen hade ibland lättare att ta

till behovsmedicin än att prova en vårdåtgärd i första hand. Samtidigt användes läkemedel inte lika ofta längre vilket tidigare var enda lösningen innan BPSD-registret implementerades. Deltagarna lyfte samtidigt fram vårdpersonalens välvilja att utföra de åtgärder som planerats in och de hade ofta en lång erfarenhet av personer med demenssjukdom och hade mycket att bidra med.

Deltagarna uppmärksammade gärna levnadsberättelsen om vårdpersonalen inte själva gjorde det vid en skattning. Vårdpersonalen har börjat resonera mer personcentrerat utifrån levnadsberättelsen vid val av vårdåtgärder: *”förut var det stora samlingar, alla skulle spela bingo. De började resonera mer vad patienterna uppskattar och tänka mer individuella åtgärder”*. BPSD-registret identifieras som en av orsakerna till det nya tankesättet där levnadsberättelsen lyfts fram. En viktig aspekt som framkom var att vårdåtgärderna lättare utfördes om vårdpersonalen själva kom på bakomliggande faktorer och åtgärder vilket är en viktig motivationsfaktor. En annan motivationsfaktor är när vårdpersonalen använder NPI- skalan för utvärdering. Om skalan sjunkit när en vårdåtgärd satts in blev de positivt inställda. Statistik från BPSD-registret kan tydliggöra för alla att det arbete som utförts förhoppningsvis gett resultat. Dock var det svårt att hinna visa statistik så ofta som kanske varit nödvändigt, för att visa vårdpersonalen fördelarna med utförda åtgärder.

En faktor som påverkade valet av åtgärder var hur höga poäng det blev efter en skattning. Det svåraste var när det blev höga poäng på många av symtomen och teamet inte tydligt visste vilka åtgärder som skulle prioriteras. En vårdåtgärd som promenad användes ofta för motorisk oro eller rastlöshet men hjälpte inte alltid. Deltagarna ifrågasatte om promenad borde vara en självklar del av vardagen istället för en direkt åtgärd för BPSD.

Åtgärderna som användes i ordinärt boende respektive särskilt boende skiljde sig åt. I ordinärt boende var det främst bemötandeplanen som användes och på särskilt boende var det främst vårdåtgärderna i registret. Tidsaspekten ansågs som en faktor som påverkade skillnaden mellan vårdåtgärderna i ordinärt boende och särskilt boende. Det ansågs finnas ett annat planeringsbehov för vårdpersonalen i ordinärt boende för att åtgärderna skulle utföras.

4.5 Vikten av ett multiprofessionellt team i arbetet med BPSD-registret

Deltagarna hade inte arbetat med liknande interventionsverktyg inom demensvården innan BPSD-registret infördes och BPSD-registret ansågs ha en positiv inverkan på arbetet för personer med demenssjukdom och BPSD. Registret underlättade för alla professioner att dela samma uppfattning, få ett gemensamt språk och skapa en bättre struktur på teamen.

En viktig faktor var när det multiprofessionella teamet samlades och alla professioners olika kompetens kunde ge mer information om patientens behov. Det möjliggjorde för arbetsterapeuten att utföra en bättre bedömning och ge bättre underlag till vårdpersonalen. När det gällde en ADL-bedömning kunde det framgå att patienten inte klarade av att äta själv. Efter informationsinhämtning om patientens behov och vanor kunde bedömningen istället resultera i att patienten hellre åt på sitt rum då personen stördes av den höga ljudnivån i den gemensamma matsalen.

Det framkom variationer av teamkonstellationer, vilka professioner som medverkade vid registreringens olika steg och hur ofta professionerna träffades och utförde skattningar. Hur teamet avgjorde vilken patient det skulle göras en skattning på varierade och även hur kommunikationen mellan alla involverade såg ut. Det var viktigt att alla professioner var förberedda inför en skattning för att den skulle bli lyckad och en deltagare beskrev det så här: *"...har man kunskap kring patienten och sen så att de olika professionerna kommer med sina kunskaper..."*. Ofta hade undersköterskan och sjuksköterskan självklara roller men för dem flesta var hela teamets medverkan självklart. Det som ofta diskuterats var om eller hur arbetsterapeuten, fysioterapeuten och enhetschefen skulle vara delaktiga eller inte i arbetet med BPSD-registret. Deltagarna upplevde nu en större öppenhet och förståelse för deras roll hos kollegorna och diskussion om allas olika synsätt hade lett fram till att alla professioner ansågs viktiga: *"Det är vår samlade kompetens som gör att det blir bra"*. Samtidigt hade det inte varit enkelt och i vissa fall tagit lång tid att avgöra vilka och när professionerna skulle medverka och innan alla som var tänkta hade fått utbildning i BPSD-registret.

Teamet var en faktor för lyckad registrering och här hade vårdpersonalens chef en viktig uppgift i att få sin personal att arbeta åt samma mål när det gällde användning av BPSD-registret: *”Ledarskapet har betydelse, hur dom pushar, efterfrågan om det är gjort...”*. Ibland krävdes det schemaändring eller bemanningsjustering under en viss period för att vårdpersonalen skulle hinna utföra åtgärder som beslutats vid registreringen vilket chefen fick ansvara för.

Kommunikation är en viktig faktor för att nå ut till alla professioner som är delaktiga i patienten. På en arbetsplats användes meddelandefunktionen i journalsystemet för att involvera alla berörda, då alla använder journalsystemet dagligen. Även professioner som biståndshandläggaren som inte har en självklar roll i arbetet kring BPSD-registret kunde bjudas in i kommunikationsflödet vid behov.

4.6 Vikten av kunskap och kompetens om demenssjukdomar och personen

Kunskap om demenssjukdomarna och personen belystes som viktiga för att kunna göra en registrering i BPSD-registret. Kunskap som behövdes var hur sjukdomarna kunde påverka personens vardag och vardagsaktiviteter. Det identifierades också som viktigt att alla professioner skulle ha en förståelse och kunskap för beteendestörningar: *”Det finns ju de [vårdpersonal] som har jobbat länge som säger men så får du inte göra [till patienten], försöker uppfostra och då får man försöka backa igen...”*.

Det ansågs viktigt att ständigt hålla sig uppdaterad inom demensvården och att få erfarenhet av att arbeta med personer med demenssjukdom var lika viktigt. Arbetsterapeututbildningen gav inte så mycket kunskap i demenssjukdomarna och alla var eniga om att det verkligen krävdes mer kunskap efterhand: *”vi vet så himla lite egentligen om demenssjukdomar, vi skulle behöva veta så himla, himla mycket mer för det gäller att alla får upp ögonen för detta, att man får utbildning och kunskap faktiskt, i detta.”*

Kunskapen och kompetensen gällande demensvård såg olika ut på alla arbetsplatser och det kunde påverka hela arbetet med BPSD: *”...vår demenshemtjänst är ju utbildad personal och kan det här med demens, så det blir*

väldigt sällan några höga staplar... ”. Samtidigt upplevde några deltagare att det fanns brister i vårdpersonalens kunskap om bemötande och kommunikation med personer med demenssjukdom. En del av personalgruppen kunde ha annat modersmål än svenska vilket också kunde påverka situationen.

BPSD-administratören hade en viktig roll i arbetet med BPSD-registret och arbetsterapeuterna upplevde en stor skillnad om de medverkade eller inte vid en registrering. Det var främst en skillnad i kunskap och förståelse som framkom och de visste hur registret fungerade praktiskt. Vilka professioner eller hur många som fått gå utbildningen skiljde sig åt men fördelarna med utbildning lyftes fram som en faktor för att en lyckad skattning och registrering skulle ske. Det var viktigt att även arbetsterapeuten fick gå administratörsutbildning för att få en naturlig roll i teamet och få samma kunskap som övriga professioner som medverkat. Deltagarna upplevde att administratörsutbildningen på olika sätt hade ökat alla professioners kunskap och medvetenhet om personer med demenssjukdom:

” Utbildningen som följer med konceptet är ju jättebra på så sätt, man får en bas i olika typer av demenssjukdomar och ganska mycket kring team och bpsd, varför kan det uppträda, och det känns som en grundförutsättning för att kunna, eller demensen i sig... ”.

5 Diskussion

5.1 Resultatdiskussion

Studien syftade till att beskriva arbetsterapeuters erfarenheter av BPSD-registret samt vad som påverkar arbetsterapeuters delaktighet i BPSD-registret. Flera positiva erfarenheter har framkommit som att arbetsterapeutens delaktighet är viktig då professionen kan bidra med sin kunskap och interventioner vid BPSD-registreringen. Arbetsterapeutens fördjupade kunskaper om förebyggande interventioner som engagemang i meningsfulla aktiviteter, anpassning av den fysiska miljön, aktivitetsbalans och ADL-bedömningar framkom, vilka kan ha goda effekter för personer med BPSD.

Det framgår tydligt i resultatet att arbetsterapeuten har mer att erbjuda personer med demenssjukdom och BPSD än sedvanliga kompensatoriska hjälpmedel som generellt är fallet idag. Mer anpassning av den fysiska miljön och att utföra ADL-bedömningar var två förslag som framkom och stämmer med vad Laver et al. (2017) fann i deras litteraturstudie där de undersökte ett optimalt arbetssätt för arbetsterapeuter inom demensvården. I resultatet av denna studie lyfte några deltagare anpassning av den fysiska miljön som en arbetsterapeutisk intervention som ofta utfördes och är en viktig del av det förebyggande arbetet av BPSD. Laver et al. (2017) kan bekräfta att anpassning av den fysiska miljön är den vanligaste interventionen för arbetsterapeuten och med starkast evidens. Richards, D´Cruz, Harman och Stagnitti (2015) tar upp flera tidigare studier som stödjer miljöns betydelse för personer med demenssjukdom vilket skulle kunna påvisa att arbetsterapeutens fördjupade kunskap om miljön har betydelse i arbetet med BPSD-registret.

I denna studie kunde flera bakomliggande faktorer till BPSD identifieras och kopplas till arbetsterapi när arbetsterapeuten deltog vid en registrering. En bakomliggande faktor som identifierades var inaktivitet och Cohen-Mansfield et al. (2009) bekräftar att personer på särskilt boende tillbringar den största delen av sin tid med att inte engagera sig i aktiviteter och att engagemang i en meningsfull aktivitet kan minska BPSD vid demenssjukdom. En annan bakomliggande faktor till BPSD som identifierades av arbetsterapeuten var nedsatt aktivitetsförmåga. Även här kunde Cohen-Mansfield et al. (2009) visa att delaktighet i meningsfulla aktiviteter kan möjliggöra en förbättrad aktivitetsförmåga. Det framgick i denna studie att arbetsterapeuten har en betydelsefull roll att belysa vikten av meningsfulla aktiviteter vid val av vårdåtgärder och kunna koppla dessa till personens tidigare vanor och roller. Det överensstämmer med Cohen-Mansfield et al. (2009) resultat som visar att arbetsterapeuters målsättning är att hitta meningsfulla aktiviteter och vårdåtgärder för personer och öka deras livskvalitet. Basun et al. (2013) menar att en meningsfull vardag minskar risken för olika beteendemässiga symtom. Om arbetsterapeuten inte medverkade vid registreringen kunde dessa aspekter ibland bortses ifrån. För att vårdåtgärden eller aktiviteten ska ha effekt och reducera oönskade beteenden måste den ge rätt stimulans och vara njutningsfull (Morgan & Stewart, 1997). I denna studie ifrågasattes huruvida promenader borde vara en vårdåtgärd för att minska BPSD

eller om promenader istället borde vara en självklar vardagsaktivitet som i sin tur kan vara en förebyggande åtgärd för BPSD. Ofta planeras promenader in vid motorisk rastlöshet och Morgan och Stewart (1997) menar att rastlöshet är vanligt hos personer vid inaktivitet. Frågan är om motorisk oro eller rastlöshet skulle kunna förebyggas genom att promenader och andra aktiviteter istället blev en naturlig del av vardagen.

Deltagarna kunde uppleva att BPSD-registret inte belyste det förebyggande arbetet som är så viktigt för att minska förekomsten av BPSD-symtom. Oftast görs en skattning när personen väl uppvisar symtom. Personcentrerad omvårdnad, miljöer och aktiviteter framgår i BPSD-registrets utbildningsmaterial (BPSD-registret, 2017b), men är samtidigt bara en liten del av all information som ska förmedlas till utbildningsdeltagarna under två dagar. Bakomliggande och förebyggande faktorer till BPSD som kanske mindre sällan diskuteras är brist på personcentrerad omvårdnad, brist på meningsfulla aktiviteter eller brister i den fysiska eller sociala miljön. Det framgick i denna studies resultat att deltagarna fick möjlighet att bidra med ett aktivitetsperspektiv vid registreringen och utgå från aktivitetsinriktade interventioner. Samtidigt upplevde deltagarna inte att aktivitetsperspektivet lyftes fram tillräckligt. Morgan och Stewart (1997) och Martini de Oliveira et al. (2015) kunde i sina studier visa positiva resultat och effekter av individuella aktivitetsprogram kopplat till BPSD. Även om en arbetsterapeut hade arbetat heltid på en demensavdelning hade det ändå varit otillräckligt för att möjliggöra för personerna att engagera sig fullt ut i aktiviteter (Green & Acheson Cooper, 2000). Författarna menar att all personal måste ha samma målsättning och kunna introducera aktiviteter för personer med demenssjukdom och inte enbart när arbetsterapeuten är där. Det framkom flera förslag i denna studies resultat, på situationer där fler aktiviteter och en god aktivitetsbalans hade positiva effekter på BPSD. Aktivitetsbalans är ett komplext begrepp inom vetenskapen med olika definitioner. Betydelsen av aktivitetsbalans i denna studie anses utgå från grunden i arbetsterapi och vikten av en balans mellan arbete, lek, vila och sömn (Jonsson, Håkansson, & Wagman, 2012).

I denna studie framkom att vårdpersonalen genom sitt bemötande kunde hindra personen att vara delaktig i sin ADL. Arbetsterapeuten kunde bli inkopplad i en

omvårdnadssituation när vårdpersonalen hade svårt att hantera en situation som uppstått. Aggression förekommer ofta i dessa situationer och är ett av de mest utmanande symtomen inom demensvården (Whall et al., 2008). Ciro (2014) menar att genom ett aktivt deltagande i sin ADL kan förmågan att utföra sin ADL bibehållas vilket ökar livskvaliteten. ADL- bedömningar utfördes ofta vid inflyttning till särskilt boende, men författaren av denna studie menar att kontinuerliga ADL-bedömningar och handledning av arbetsterapeuten skulle kunna hjälpa vårdpersonalen att bevara personens aktivitetsförmåga, öka livskvaliteten och därför minska BPSD i omvårdnadssituationer. Ciro (2014) menar att den mest optimala metoden för att bibehålla en patients ADL-förmåga är ett samarbete mellan professioner. Kielhofner (2012) menar att fortsatt delaktighet i ADL kan påverkas och stödjas av den sociala miljön. Arbetsterapeuten kan bidra med sin kompetens om hur viktig fortsatt delaktighet i ADL är trots att aktivitetsförmågan blivit sämre och hjälpbehovet ökat.

Många deltagare uppmärksammade mer utbildning som betydelsefullt och att utbildning krävs för att kunna arbeta med och bemöta personer med demenssjukdom och BPSD. Hemvårdsgruppen som hade utbildning i demensvård fick sällan höga poäng vid en skattning och administratörsutbildningen var ett kunskapslyft. Deltagarna uppmärksammade bristen på kunskap hos vårdpersonalen och att vårdpersonalen inte alltid utförde planerade vårdåtgärder eller prioriterade vårdåtgärder före läkemedel. Martini de Oliveira et al. (2015) menar att vårdpersonalen oftast har en utbildning i läkemedelshantering vid BPSD men saknar utbildning i vårdåtgärder och deras effekter vilket kan påverka deras val av åtgärd. Det framgick samtidigt i denna studie att BPSD-registret var en faktor till att mindre läkemedel överlag används vilket är väldigt positivt. Ballard, Lowery, Powell, O'Brien och James (2000) menar att BPSD upplevs som det svåraste att hantera för vårdpersonalen. I en studie av Kolanowski, Fick, Frazer och Penrod (2010) framgick det att personalen upplevde att de hade bristande utbildning när det gällde att hantera personer med BPSD vilket gjorde det svårare för dem att förstå BPSD och att tillämpa vårdåtgärder före läkemedel. Författaren av denna studie anser att brist på kunskap gör att BPSD kan upplevas svårt att hantera vilket kan leda till osäkerhet bland vårdpersonalen. Backhouse et al. (2016) fick fram att vårdpersonalen ibland undvek att inkludera patienter med BPSD i aktivitet på grund av osäkerhet kring hur de kunde tillgodose patientens

behov. Utbildning och hantering av BPSD för vårdpersonalen har visat sig vara effektivt för att minska BPSD (Trivedi et al., 2013; Grand et al., 2011; McCabe, Davidson, & George, 2007). I Grand et al. (2011) studie hade utbildning effekt både på särskilt och ordinärt boende. Arbetsterapeuten har en viktig roll att stödja vårdpersonalen så de kan tillgodose personens behov att få möjlighet att delta i aktiviteter trots BPSD. Arbetsterapeutens stödjande roll för vårdpersonalen bekräftas i flera studier (Cohen-Mansfield et al., 2009; Ballard et al., 2000; Green & Acheson Cooper, 2000). Laver et al., (2017) och Pimouguet, Le Goff, Wittwer, Dartigues och Helmer (2017) menar också förutom en stödjande roll att arbetsterapeuten har en viktig roll att utbilda vårdpersonalen för att minska BPSD. Genom stöttning och utbildning kan vårdpersonalen själva ta initiativ och det framgick i denna studie att vårdåtgärderna utfördes oftare som vårdpersonalen själva kom fram till bakomliggande faktorer och åtgärder. Det bekräftas i Willemse et al. (2014) studie där det framgick att vårdpersonalens tillfredsställelse påverkas av lägre arbetskrav och att de själva fick ta fler beslut. Dock upplevde deltagarna att det fanns behov av att hålla sig uppdaterade inom området och Benett et al. (2011) fick fram att många arbetsterapeuter känner sig osäkra om de arbetar evidensbaserat inom demensvården och många hade heller ingen specialistutbildning inom området.

I resultatet ansågs ett multiprofessionellt team viktigt för personer med demenssjukdom och BPSD. Socialstyrelsen (2010) rekommenderar ett multiprofessionellt team i arbetet kring personer med demenssjukdom och Grand, Caspar och Macdonald (2011) bekräftar också i sin studie att ett multiprofessionellt team behövs och att de olika professionerna kan bidra med viktig kunskap. Det är viktigt att ha kunskap om kollegors olika yrkeskompetens. Deltagarna upplevde just kollegors kompetens som positivt i ett multiprofessionellt team där information från andra professioner om patienten kunde förbättra en bedömning. Trots tydliga vinster med ett multiprofessionellt team så framkommer ändå faktorer som tidsbrist eller att arbetsterapeuten inte alltid blir tillfrågad vilket påverkar arbetsterapeutens delaktighet i BPSD-registret. Förtydligande av arbetsterapeutens roll i BPSD-materialet skulle kunna bidra till att arbetsterapeuten, deras kollegor och chef förstår vinsten med att fler professioner deltar i teamet kring personen med BPSD. Författaren av denna studie anser att teamet kan hjälpas åt att arbeta mer personcentrerat vid planering av

vårdåtgärder. Deltagarna upplevde att vårdpersonalen behöver fortsatt stöd för att kunna arbeta mer personcentrerat och utgå från personens levnadsberättelse även om de upplevde att det blivit bättre. Moyle et al. (2016) bekräftar att vårdpersonalen behöver stöd och träning för att förändra den existerande kulturen som kan finnas för att arbeta mer personcentrerat och Willemse et al. (2014) menar att chefens stöd är viktigt i detta arbete. Harmer och Orrell (2008) bekräftar att chefen har en viktig roll att påverka personalens attityder och påverkar kulturen på boendet. För att kunna göra en förändring måste stöd finnas av en chef eller ledare som har kunskap och möjlighet att förändra (Ring, Malcolm, Coull, Murphy & Blackard, 2005). - Blackard & Walters (2005) har mer personcentrerat har en positivare attityd till personer med demenssjukdom och känner en ökad tillfredsställelse på arbetet (Moyle et al., 2016).

I resultatet framkom en viktig skillnad gällande vårdåtgärder i ordinärt boende och särskilt boende. Båda arbetsterapeuterna med erfarenhet från ordinärt boende uppgav att bemötandeplanen varit mest lyckad som åtgärd och gett goda resultat för BPSD när vårdpersonalen gjort likadant. De flesta studier som utförts (Martini de Oliveira et al., 2015) är på särskilda boenden och det saknas fortfarande evidens för vilken metod som är mest effektiv för personer i ordinärt boende där två tredjedelar av alla med demenssjukdom bor. Det är vanligare med BPSD på särskilt boende (Mayer et al., 2014) men BPSD är också en vanlig orsak till att personen inte klarar sig hemma längre (Hersch & Falzgraf, 2007) och därför anser författaren av denna studie att arbetsterapeutens förebyggande interventioner och kunskap kunde vara viktiga i ordinärt boende. Skulle orsaken till att bemötandeplanen har en viktig funktion i ordinärt boende kunna bero på att det oftare är större omsättning bland hemvårdspersonalen och det är viktigt att ha en plan att utgå ifrån? Eller att integriteten upplevs större för många i ordinärt boende än på särskilt boende och det blir svårare att acceptera all vårdpersonal som bara kliver på hemma? Om det är en stor hemvårdsgrupp krävs en bättre kommunikation mellan alla vilket kan vara svårt och därför kan en bra bemötandeplan underlätta som tydlig kommunikation och informationskälla.

5.2 Metodologiska överväganden

Syftet med studien var att få en ökad insikt och kunskap om arbetsterapeuters erfarenheter av BPSD-registret och vad som påverkar deras delaktighet i registret. Den lämpligaste metoden för att få fram erfarenheter ansågs en kvalitativ design vara då syftet var att förstå och beskriva arbetsterapeuters erfarenheter (Malterud, 2014). En halvstrukturerad intervjuguide som datainsamlingsmetod möjliggjorde en större bredd av deltagarnas erfarenheter (DePoy & Gitlin, 2009). Patel och Davidsson (2011) menar att kvalitativa studier varierar, exempelvis hur forskaren inhämtar data och hur analysprocessen utförs. Därför är det svårt att ha entydiga kriterier för att uppnå god kvalitet. Dataanalysen har beskrivits ingående så läsaren kan avgöra och skapa sig en uppfattning om trovärdigheten.

Ett strategiskt urval genomfördes då det krävdes att deltagarna hade erfarenhet av forskningsområdet för att få svar på studiens syfte (DePoy & Gitlin, 2009; Malterud, 2014). Rekrytering av deltagare från två nätverk med arbetsterapeuter, varav den ena med inriktning demens, ansågs därför relevant. För att veta om tillförlitligheten hos deltagarna var stor krävs förkunskap hos författaren (Kvale & Brinkmann, 2009). Flera års erfarenhet som arbetsterapeut och delaktighet i BPSD-registret anses som förkunskaper nog att kunna värdera tillförlitligheten i svaren i relation till forskningsområdet (Patel & Davidsson, 2011). Författaren arbetar själv med BPSD-registret men har varit medveten och reflekterat över sitt ställningsstagande till registret under hela forskningsprocessen för att inte påverka resultatet och tillförlitligheten (Patel & Davidsson, 2011). Det har varit lika viktigt att få fram arbetsterapeutens positiva som negativa erfarenheter av BPSD-registret för att få svar på syftet.

Då BPSD-registret är ett relativt nytt interventionsverktyg och då arbetsterapeuten eventuellt inte varit med från början ansågs minst ett halvårs erfarenhet vara rimligt som inklusionskriterie. Två av åtta deltagare har varit med sedan BPSD-registrets tidiga år och hälften av deltagarna hade mer än tre års erfarenhet. Det fanns en förväntan att fler arbetsterapeuter i närområdet ville delta i studien, speciellt från de större städerna men så blev inte fallet. Eventuellt kan bristen på deltagare i närområdet bero på deras brist på tid eller intresse. Då författaren inte gick direkt via arbetsterapeuten kan det ha brustit i kommunikationen och en

påminnelse hade kunnat skickas till chefen. Chefen ansågs ha kunskap om vilka arbetsterapeuter som var lämpliga att tillfrågas i deras verksamhet. Bortfallet bland arbetsterapeuterna som först visat intresse berodde på att de inte arbetat med registret under en period eller hade andra arbetsuppgifter i nuläget och valde att inte delta.

Författaren anser att de tre olika intervjuformerna som använts inte skiljer sig åt på ett sätt som kan ha påverkat resultatet. Patel och Davidsson (2011) menar att enskilda intervjuer kan utföras personligen eller telefonledes och bör kunna jämföras.

En kvalitativ innehållsanalys syftar till att beskriva variationer för att öka giltigheten (Granskär & Höglund-Nielsen, 2013). Det fanns en variationsbredd i antal år arbetsterapeuterna varit yrkesverksamma och en stor spridning på var i landet de arbetar. De flesta hade lång erfarenhet inom arbetsterapeutyrket. Detta kan ha medfört att deltagarna känner sig trygga i sin roll och vågat driva arbetet med BPSD-registret, vilket inte speglar alla arbetsterapeuter. Gällande könsfördelningen kan författaren bara anta att det beror på att arbetsterapeutyrket är vanligare bland kvinnor än män. A. S Palmlov (personlig kontakt, 14 augusti, 2017) på Sveriges Arbetsterapeuter uppgav att kvinnor utgör 94 % av deras nuvarande 10 200 medlemmar. En annan aspekt gällande giltighet och variationsbredd är att majoriteten av deltagarna valdes ut från ett demensnätverk där intresset troligtvis är stort för personer som har en demenssjukdom och att främst positiva aspekter framkommit i studien.

Samtliga intervjuer har genomförts av författaren vilket kan öka validiteten då frågorna ställts på samma vis (Kvale & Brinkmann, 2009). Följdfrågorna har skilt åt sig beroende på deltagarnas svar men ställdes för att förtydliga eller utveckla svaren. Eventuellt hade fler följdfrågor kunnat ge ett annat djup i resultatet, men författarens osäkerhet i rollen som intervjuare och kunskap om standardisering gjorde att författaren främst höll sig till intervjuguiden (Patel & Davidsson, 2011). Intervjuerna spelades in med diktafon och mobiltelefon användes som backup. När intervjun var sparad på ett USB-minne raderades den från mobiltelefonen då USB-minnet ansågs säkrare att bevara data från intervjuerna på. USB-minnet förvarades inlåst och materialet som skrevs ut för analys avidentifierades. Intervjuguiden

utformades för att kunna svara på studiens syfte och en provintervju genomfördes 170421 för att bedöma frågornas relevans för studiens ändamål.

Fokusgrupper är ett alternativ till datainsamlingsmetod för att få fram deltagares erfarenheter (Malterud, 2014). Fokusgrupper hade kunnat ge ett annat djup genom diskussion av ämnet och kunde varit ett alternativ om fler i närområdet visat intresse. Författaren anser sig fått fram adekvat data som svarar mot syftet men återspeglar en bred uppfattning och erfarenheter. Citat har använts för att styrka studiens giltighet (Granskär & Höglund-Nielsen, 2013). Det finns inga riktlinjer hur många deltagare som bör vara med i en kvalitativ studie utan syftet är att uppnå en teoretisk mättnad (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2017). Då det var en bred erfarenhet som framkom finns en osäkerhet om en teoretisk mättnad är uppnådd. Mindre information framkom i vissa svar (Depoy & Gitlin, 1999) samtidigt som erfarenheterna kunde skilja sig åt och ny information framkom. Dock behövs mer forskning om arbetsterapeuter och BPSD och det finns goda möjligheter att fördjupa sig i ämnet. Studiens syfte var brett och det är därför svårt att uppnå teoretisk mättnad vilket innebär att ytterligare insamling av data inte hade kunnat leda till ny kunskap (Malterud, 2014).

5.3 Implikationer för praxis (kliniska implikationer)

I studien framgick att arbetsterapeuten har en betydelsefull roll vid BPSD-registreringen och bör därför ha en självklar roll i teamet för personer med demenssjukdom och BPSD. Då forskning stödjer många av arbetsterapeutens interventioner kopplat till BPSD borde professionen ha en given roll i BPSD-registret. Arbetsterapeuten har kunskapen om förebyggande interventioner och arbetar med vårdåtgärder som rekommenderas vid BPSD. Ett tydliggörande av arbetsterapeutens roll i registret hade kunnat underlätta för både arbetsterapeuten och kollegor att lägga mer fokus på personen med demenssjukdom och mindre tid på planering av vilka professioner som ska medverka eller inte.

Utbildning visade sig ha stor betydelse för hur arbetet med BPSD-registret fungerar och påverkade hela arbetet med registret. En kontinuerlig utbildning av vårdåtgärdernas effekt för vårdpersonalen hade varit att rekommendera. Utbildning kan ge ökad förståelse för varför vårdåtgärder bör prioriteras och hur

den sociala och fysiska miljön påverkar BPSD.Handledning och utbildning av arbetsterapeuten visade sig vara effektivt och skulle kunna utnyttjas mer i praktiken.

Tidsbrist framkom som en faktor både när det gällde arbetsterapeuternas delaktighet vid registreringen men också vårdpersonalens anledning till varför vårdåtgärderna inte alltid utfördes. Samtidigt fungerar kommunikationen och arbetet kring BPSD-registret väl på många arbetsplatser och de flesta bland vårdpersonalen hann utföra åtgärderna. Utbyte av erfarenheter mellan kommuner eller arbetsplatser av vad som fungerar både bra och mindre bra hade varit att föredra. Det är viktigt att cheferna efterfrågar resultat för att det ska bli meningsfullt för personalen att utföra sina arbetsuppgifter.

5.4 Implikationer för fortsatta studier

Trots att denna studie är relativt liten visade resultatet skillnad gällande val och effekt av vårdåtgärder i ordinärt boende och särskilt boende. Största andelen personer med demenssjukdom bor i ordinärt boende och i många fall är BPSD en orsak till flytt till särskilt boende. Flest studier om BPSD är utförda på särskilt boende men det saknas fortfarande stark evidens kopplat till vårdåtgärders effekt. I ordinärt boende finns färre studier trots att fler personer med demenssjukdom bor hemma. Det behövs mer forskning om vilka interventioner som är lämpligast i ordinärt boende kopplat till BPSD och eventuellt hur arbetsterapeutens förebyggande interventioner skulle kunna bidra till att personen kan bo hemma så länge som möjligt och ha en god livskvalitet.

Det saknas studier om BPSD-registret vilket gör det svårt att koppla resultatet i denna studie till tidigare studier. Efter kontakt med E. Granvik, landskoordinator för BPSD-registret (personlig kommunikation, 24 augusti 2017) finns det flera studier inom ämnet men inga av dessa är idag publicerade i fullversion.

6 Slutsats

Studien har bidragit till ökad kunskap om arbetsterapeuters erfarenhet av BPSD-registret. Erfarenheterna har varit positiva då BPSD-registret har ökat professionernas kunskap i demensvård samt bidragit med kompetensen att kunna utföra en skattning och vårdåtgärder för personer med BPSD. Registret har också bidragit till att åtgärderna som väljs har blivit mer personcentrerade. Det verkar finnas ett stort behov av ett verktyg som BPSD-registret för att tydliggöra hur professionerna lämpligast ska förhålla sig till personer med BPSD och belysa vikten av vårdåtgärder. Arbetsterapeutens roll behöver tydliggöras i registret för att påvisa professionens kunskap om förebyggande interventioner och vårdåtgärder som är viktiga för personer med demenssjukdom och BPSD. För att BPSD-registret ska användas som det är tänkt, behövs mer utbildning i vårdåtgärder, demensvård samt stöttning från chefen. Det behövs en ökad förståelse hos professionerna att se personen bakom demenssjukdomen och BPSD.

7 Referenser

Backhouse, T., Killnett, A., Penhale, B., & Gray, R. (2016). The use of non-pharmacological interventions for dementia behaviours in care homes: findings from four in-depth, ethnographic case studies. *Age and aging*, 45(6), 856-863. doi: 10.1093/ageing/afw136

Ballard, C., & O'Brien, J. (1999). Treating behavioural and psychological signs in Alzheimer's disease. *BMJ*, 319(7), 138-139. doi: 10.1136/bmj.319.7203.138

Ballard, C., Lowery, K., Powell, I., O'Brien, J., & James, I. (2000). Impact of behavioral and psychological symptoms of dementia on caregivers. *International psychogeriatrics*, 12(1), 93-105. doi: 10.1017/S1041610200006840

Barton, C., Ketelle, R., Merrilees, J., & Miller, B. (2016). Non-pharmacological Management of Behavioral Symptoms in Frontotemporal and Other Dementias.

Current Neurology and Neuroscience Reports, 16(14), 1-8. doi: 10.1007/s11910-015-0618-1

Benett, S., Shand, S., & Liddle, J. (2011). Occupational therapy practice in Australia with people with dementia: A profile in need of change. *Australian occupational therapy*, 58(3), 155-163. doi: 10.1111/j.1440-1630.2011.00930.

BPSD- registret. (2016). Hämtad 161027 från: <http://www.bpsd.se/om-bpsd-registret/om-svenskt-bpsd-register/>

BPSD- registret. (2017). Hämtad 170901 från: <http://www.bpsd.se/wp-content/uploads/2010/10/Utbildning-till-BPSD-administrat%C3%B6r.pdf>

Ciro, C. A. (2014). Maximizing ADL Performance to Facilitate Aging in Place for people with dementia. *The Nursing clinics of North America*, 49(2), 157-69. doi: 10.1016/j.cnur.2014.02.004

Cohen-Mansfield, J., Dakheel-Ali, M., & Marx, M. S. (2009). Engagement in persons with dementia: the concept and its measurement. *Am J Geriatr Psychiatry*, 17(4), 299-307. doi: 10.1097/JGP.0b013e31818f3a52.

Conner, D. J., Sabbagh, M. N., & Cummings, J. L. (2008). Comment on administration and scoring of the Neuropsychiatric Inventory in clinical trials. *Alzheimers and dementia*, 4(6), 390-394. doi: 10.1016/j.jalz.2008.09.002

Corbett, A., Smith, J., Creese, B., & Ballard, C. (2012). Treatment of Behavioral and Psychological Symptoms of Alzheimer's Disease. *Current Treatment Options in Neurology*, 14(2), 113-125. doi:10.1007/s11940-012-0166-9

Crane Macdonald, K. (1986). Occupational Therapy Approaches to Treatment of Dementia Patients. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 4(2), 62-72. doi: 10.1080/J148V04N02_07

Dallas, P., Seitz, M. D., Brispin, S., Herrmann, N., Rapoport, M.J., Wilson, K., ... Conn, D. (2012). Efficacy and Feasibility of Nonpharmacological Interventions for Neuropsychiatric Symptoms of Dementia in Long Term Care: A Systematic Review. *Journal of American medical directors association*, 13(6), 503-506. doi: 10.1016/j.jamda.2011.12.059

DePoy, E. & Gitlin, L. N. (1999). *Forskning: en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

Fitzsimmons, S., Barba, B., & Stump, M. (2015). Diversional and Physical Nonpharmacological Interventions for Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 41(2), 8-17. doi: 10.3928/00989134-20141215-01

Fraker, J., Kales, C. H., Blazek, M., Kavanagh, J., & Gitlin, L. N. (2014). The Role of the Occupational Therapist in the Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia in Clinical Settings. *Occupational Therapy In Health Care*, 28(1), 4-20. doi: 10.3109/07380577.2013.867468

Gitlin, L. N., Winter, L., Dennis, N. P., & Hauck, W. W. (2007). Non-pharmacological intervention to manage behavioral and psychological symptoms of dementia and reduce caregiver distress: Design and methods of project ACT3. *Clinical interventions in aging*, 2(4), 695-703. doi: 10.2147/CIA.S1337

Gitlin, L. N., Winter, L., Vause Earland, T., Adel Herge, E., Chernett, N. L., Piersol, C. V., Burke, J. P. (2009). The tailored activity program to reduce behavioral symptoms in individuals with dementia: feasibility, acceptability, and

replication potential. *The Gerontological Society of America*, 49(3), 428–439.
doi:10.1093/geront/gnp08

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. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

Grand, J., Caspar, S., & MacDonlad, S. (2011). Clinical features and multidisciplinary approaches to dementia care. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 4(49), 125-147. doi: 10.2147/JMDH.S17773

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

Green, S., & Acheson Cooper, B. (2000). Occupation as a Quality of Life Constituent: A Nursing Home Perspective. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 17-24. doi: 10.1177/030802260006300104

Harmer, B. J., & Orrell, M. (2008). What is meaningful activity for people with dementia living in care homes? A comparison of the views of older people with dementia, staff and family carers. *Aging and mental health*, 12(5), 548-558. doi: 10.1080/13607860802343019

Hersch, E.C., & Falzgraf, S. (2007). Management of the behavioral and psychological symptoms of dementia. *Clinical Intervention in Aging*, 2(4), 611-621. doi: 10.2147/CIA.S1698

Hui-Fen, M., Shun-An, K., Wen-Ni, H., Cummings, J. L., & Tzung-Jeng, H. (2015). Values of the Minimal Clinically Important Difference for the

Neuropsychiatric Inventory Questionnaire in Individuals with Dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(7), 1448-1452. doi: 10.1111/jgs.13473

Hunt, E., & McKay, E. (2015). A scoping review of time-use research in occupational therapy and occupational science. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 22(1), 1-12. doi: 10.3109/11038128.2014.934918

Johansson, H., Håkansson, C., & Wagman, P. (2012). Aktivitetsbalans – ett central begrepp inom arbetsterapi och aktivitetsvetenskap. *Forskning och praxis nr 6*. Hämtad 170920 från: <http://www.arbetsterapeuterna.se/Min-profession/Utbildning-och-forskning/Forskning-i-praxis/2012/TA-62012/>

Keough, J., & Huebner, R. A. (2000). Treating Dementia: The Complementing Team Approach of Occupational Therapy and Psychology. *The journal of psychology*, 134(4), 375-391. doi: 10.1080/00223980009598223

Kielhofner, G. (2008). *Model of Human Occupation: theory and application*. 4th ed. Baltimore, MD: Lippincott Williams and Wilkins.

Kielhofner, G. (2012). *Model of Human Occupation. Teori och tillämpning* (4de uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Kolanowski, A., Fick, D., Frazer, C., & Penrod, J. (2010). It's About Time: Use of Nonpharmacological Interventions in the Nursing Home. *The Journal of Psychology*, 134(4), 375-391. doi: 10.1080/00223980009598223

Kolanowski, A., Litaker, M., Buettner, L., Moeller, J., & Costa, P.T. (2011). A Randomized Clinical Trial of Theory-Based Activities for the Behavioral

Symptoms of Dementia in Nursing Home Residents. *Journal of the American geriatrics society*, 59(6), 1032-1041. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03449.x

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

Laver, K., Cumming, R., Dyer, S., Agar, M., Anstey, K. J., Beattie, A., ... Yates, M. (2017). Evidence-based occupational therapy for people with dementia and their families: What clinical practice guidelines tell us and implications for practice. *Australian occupational therapy journal*, 64(1), 3-10. doi: 10.1111/1440-1630.12309

Leufstadius, C., Gunnarsson, B. & Tjörnstrand, C. (2010). Skapande aktivitet. I M. Eklund, B. Gunnarsson & C. Leufstadius (Red.), *Aktivitet & Relation – mål och medel inom psykosocial rehabilitering*. (s. 217-244). Lund: Studentlitteratur.

Malterud, K. (2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning – en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

McCabe, M.P., Davidson, T.E., & George, K. Effectiveness of staff training programs for behavioral problems among older people with dementia. *Aging Ment Health*, 11(5), 505–519. doi: 10.1080/13607860601086405

Martini de Oliveira, A., Radanovic, M., Cotting Homem de Mello, P., Cardoso Buchain, P., Dias Barbosa Vizzotto, A., Celestino, D., ... Forlenza, O. V. (2015). Nonpharmacological Interventions to Reduce Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Systematic Review. *BioMed Research International*, 2015, 1-9. doi:10.1155/2015/218980

Mayer, S., Granvik, E., Minthon, L., Nägga, K. (2014). Improved quality of life by active intervention with the Swedish BPSD registry. *Alzheimer's Association International Conference*, 10(4), 139-140. doi:10.1016/j.jalz.2014.04.088

Mondaca, M., Josephsson, S., Katz, A., & Rosenberg, L. (2017). Influencing everyday activities in a nursing home setting: a call for ethical and responsive engagement. *Nursing inquiry*, doi: 10.1111/nin.12217

Morgan, D. G., & Stewart, N. J. (1997). The importance of the social environment in dementia care. *Western journal of nursing research* 19(6), 740-761. doi: 10.1177/019394599701900604

Moyle, W., Venturato, L., Cooke, M., Murfield, J., Griffiths, S., Hughes, J., & Wolf, N. (2016). Evaluating the capabilities model of dementia care: a non-randomized controlled trial exploring resident quality of life and care staff attitudes and experiences. *International Psychogeriatrics*, 28(7), 1091-1100. doi: 10.1017/S1041610216000296

Mozley, C.G. (2001). Exploring connections between occupation and mental health in care homes for older people. *Journal of Occupational Science*, 8(3), 14–19. doi: 10.1080/14427591.2001.10597270

Patel, R., & Davidsson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder*. Lund: Studentlitteratur.

Pimouguet, C., Le Goff, M., Wittwer, J., Dartigues, J. F., & Helmer, C. (2017). Benefits of Occupational Therapy in Dementia Patients: Findings from a Real-World Observational Study. *Journal of Alzheimer's disease*, 56, 509-517. doi: 10.3233/JAD-160820

Richards, K., D´Cruz, R., Harman, S., & Stagnitti, K. (2015). Comparison of a traditional and non-traditional residential care facility for persons living with dementia and the impact of the environment on occupational engagement. *Journal of Australian Occupational therapy*, 62(6), 438-448. doi: 10.1111/1440-1630.12243

Ring, N., Malcolm, C., Coull, A., Murphy
-Black, T., & Wa
Nursing best practice statements: an exploration of their implementation in clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 14(9), 1048-1058. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01225.x

Socialstyrelsen. (2010). Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010. Hämtad 160218 från:
<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18012/2010-5-1.pdf>

Socialstyrelsen. (2013). Termbanken. Hämtas 170918 från:
<http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?ftid=759>

Socialstyrelsen. (2014). Nationell utvärdering – Vård och omsorg vid demenssjukdom 2014. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Hämtad 170825 från:
<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19331/2014-2-4.pdf>

Socialstyrelsen. (2016). Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Remissversion. Hämtad 170831 från:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20399/2016-11-7.pdf>

Socialstyrelsen. (2017). En nationell strategi för demenssjukdom: Underlag och förslag till plan för prioriterade insatser till år 2022. Hämtad 170728 från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20640/2017-6-4.pdf>

Socialstyrelsen. (2017b). Äldre i ordinärt boende med risk för fall. Hämtad 170918 från: <file:///C:/Users/elin8/AppData/Local/Temp/Socialstyrelsen.se.pdf>

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2014). Värdering och syntes av studier utförda med kvalitativ analysmetodik. Hämtad 171005 från: http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok_kapitel08.pdf

Strong, S., Rigby, P., Stewart, D., Law, M., Letts, L., & Cooper, B. (1999). Application of the Person-Environment-Occupation Model: A practical tool. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 66(3), 122-133. doi: 10.1177/000841749906600304

Travers, C., Brooks, D., Hines, S., O'Reilly, M., McMaster, M., He, W., ... Beattie, E. (2016). Effectiveness of meaningful occupation interventions for people living with dementia in residential aged care: a systematic review. *JBI*, 14(12), 163-225. doi: 10.11124/JBISRIR-2016-003230

Trivedi, D., Goodman, C., Dickinson, A., Gage, H., McLaughlin, J., Manthorpe, J., ... Iliffe, S. (2013). A protocol for a systematic review of research on managing behavioural and psychological symptoms in dementia for community-dwelling older people: evidence mapping and syntheses. *Systematic reviews*, 70(2), 70. doi: 10.1186/2046-4053-2-701

Wagman, P., Håkansson, C., & Björklund, A. (2012). Occupational balance as used in occupational therapy: A concept analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(4), 322-327. doi: 10.3109/11038128.2011.596219

Willemse, B. M., De Jonge, J., Smit, D., Visser, Q., Depla, M., & Pot, A. (2014). Staff's person-centredness in dementia care in relation to job characteristics and job-related well-being: a cross-sectional survey in nursing homes. *Journal of Advanced Nursing*, 71(2), 404–416. doi: 10.1111/jan.1250

Whall, A. L., Colling, K. B., Kolanowski, A., Kim, H., Son-Hong, G., DeCicco, B., ...Beck, C. (2008). Factors Associated With Aggressive Behavior Among Nursing Home Residents With Dementia. *The gerontologist*, 48(6), 721-73. doi: 10.1093/geront/48.6.721

World Health Organization (2016). International statistical classification of diseases and related health problems. Hämtad 161015 från: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F00>

8 Bilagor

8.1 Bilaga 1 – Intervjuguiden

Hur länge har du arbetat som arbetsterapeut?

Hur länge har du jobbat med BPSD- registret?

Vilket område arbetar du i?

- 1) Beskriv din erfarenhet av hur det brukar gå till vid en BPSD- registrering på din arbetsplats?
- 2) Kan du beskriva en lyckad skattning?
- 3) Kan du beskriva en skattning som blev mindre lyckad?
- 4) Vilka kunskaper tycker du krävs för att kunna arbeta med BPSD-registret?
- 5) BPSD-registret ska vara ett verktyg i arbetet med personer som har en demenssjukdom, hur upplever du att registret påverkar ert arbetsätt?
- 6) Hur resonerar du och ditt team när ni väljer lämpliga åtgärder för patienten utifrån BPSD-registreringen?
- 7) I vilka situationer utförs åtgärderna? Varför tror du att just dessa åtgärder utförs? I vilka situationer utförs inte åtgärderna. Varför tror du att just dessa åtgärder inte utförs?
- 8) Hur har resonemanget gått gällande vilka som ska vara med på skattningen?
- 9) Vilken roll har du som arbetsterapeut vid registreringen och hur ofta är du med?
- 10) Det är inte självklart att arbetsterapeuten är med vid arbetet i BPSD-registret. Anser du att arbetsterapeuten bör vara delaktig i arbetet med BPSD-registret och varför i så fall?
- 11) Hur tänker du kring arbetsterapeutiska åtgärder kopplat till BPSD-registret?

12) Hur ser din chef på ditt deltagande vid BPSD-registreringen?

Har du något ytterligare att tillägga?

8.2 Bilaga 2 Informationsbrev



170417

Informationsbrev till deltagaren i studien

Arbetsterapeutens erfarenhet av BPSD-registret

Mitt namn är Elin Wulff och jag jobbar som arbetsterapeut i Örkelljunga kommun. Jag läser magisterutbildning i demensvård för arbets- och fysioterapeuter på Karolinska institutet. Min sista kurs som startar nu innebär en fördjupning och forskning i ämnet.

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister sedan 2010 och stöds av SKL, Sveriges Kommuner och Landsting. Syftet är att kvalitetssäkra demensvården i Sverige och registret är ett verktyg i denna kvalitetssäkring. Forskning visar att arbetsterapeuten har stora kunskaper i personcentrerad vård och arbete med meningsfulla aktiviteter. Dock saknas det kunskap kring arbetsterapeutens erfarenhet av hur deras roll ser ut i teamet och deras erfarenhet kring registreringen i BPSD-registret. Därför är syftet med studien att beskriva arbetsterapeuters erfarenheter av att arbeta med BPSD-registret och vad som påverkar arbetsterapeuters delaktighet i arbetet med BPSD-registret.

Om du önskar att delta kommer du att bli intervjuad. Tidpunkt för intervjun bestämmer du. Beräknad intervjutid är ca en timme. Ditt deltagande är frivilligt och konfidentiellt och du kan när som helst under studiens gång välja att inte delta utan förklaring. Intervjun kommer att spelas in om du tillåter det. Allt material kommer att förvaras inlåst under studien och sedan förstöras efter studiens avslut. Alla deltagare kommer att avidentifieras och materialet kommer endast att användas i forskningssyfte. Kontaktuppgifter till mig och min handledare Anna Brorsson: elin856@hotmail.com och anna.brorsson@ki.se

Om du vill medverka i studien, vänligen fyll i samtyckesformuläret som kan lämnas vid intervjun eller returneras med bifogat kuvert.

Med vänliga hälsningar

Elin Wulff, mobil: 0738120304

8.3 Bilaga 3 Samtyckesblankett



**Karolinska
Institutet**

170417

Samtyckesformulär

Ja, jag samtycker till att delta i studien ” **Arbetsterapeuters erfarenhet av BPSD-registret**”.

Jag har muntligen informerats om studien och tagit del av den skriftliga informationen.

Jag känner till att mitt deltagande är helt frivilligt samt att jag när som helst utan närmare förklaring kan tacka nej eller avbryta mitt deltagande.

Ort och datum

Namnteckning/namnförtydligande