HÖGSKOLAN VÄST

Kvalitetsregister för beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (Bpsd) - ett verktyg för personcentrerad vård

Författare:

Maria Sjöström

Examensarbete i omvårdnad på avancerad nivå

Specialistsjuksköterskeprogrammet

Institutionen för Hälsovetenskap

Vårterminen 2017

Examensarbetets titel:	Kvalitetsregister för beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (Bpsd) - ett verktyg för personcentrerad vård
Engelsk titel:	Quality register for Behavioral and mental symptoms in dementia (BPSD)- a tool for person-centered care
Författare:	Maria Sjöström
Handledare:	Maria Skyvell Nilsson
Examinator:	Gudrun Rudolfsson
Institution:	Högskolan Väst, Institutionen för Hälsovetenskap
Arbetets art:	Examensarbete i omvårdnad, 15 hp
Program:	Specialistsjuksköterskeprogrammet, 75 hp inriktning Avancerad vård i hemmet.
Termin, år:	VT 2017
Antal sidor:	33

Bakground: Most people with dementia disease (90%) does at sometime have Bpsd-symptoms. The symptoms creates suffering for the person, their kin and health proffessionals find the symptoms hard to handle. A new quality registry (Bpsd-registry), which is also a tool, have been developed to help relieve the symptoms. **Aim:** To describe nursing assistants experience of using the Bpsd- registry in the care of people with dementia disease. **Method:** Qualitative interview study. Ten semi-structured interviews were excuted with assistant nurses who worked in care of people with dementia disease and who have been using the BPSD-registry in nursing care for at least one year. **Results:** By using the Bpsd-registry in nursing does the nurse assistants gained increased knowledge of how symptoms and phsyical illness, surrounding environment and staff response effect the person with dementia disease. By knowing the person and having time to sit and discuss the symptoms the nurse assistants often found care measures. The nurse assistants experienced that the Bpsd-registry had led to increased awareness and less Bpsd-symptoms. **Conclusion**: By using the Bpsd-registry and the persons life stories care can be concidered personcentrered. The nurse assistants needed to get time to discuss together to find care measures. Helping the person with dementia disease made the work meaningful. Using the Bpsd-registry the group resembled a Community of practice. The Nurse contributed with tuturial, knowledge and leadership to safeguard the nursing care.

Keywords: Bpsd-symptom, care measures, nurse assistant, personcentred care and Quality-registry.

Populärvetenskaplig sammanfattning

Det är mycket vanligt att personer med demenssjukdom någon gång under sin sjukdomstid får tilläggssymtom så kallade beteende mässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (bpsd-symtom). Symtomen kan bestå av t.ex. aggressivitet eller oro och skapar lidande för den drabbade samt upplevs svåra att hantera för närstående och vårdpersonal. Det har nu skapats ett kvalitetsregister (bpsd-registret), som även fungerar som ett verktyg för personalen i omvårdnaden.

Arbetet med registret har syftet att lindra personens symtom och även att implementera nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demens samt personcentrerad vård. Den här studien har syftet att se hur det upplevs att använda registret i arbetet och se om använder har förändrat omvårdnaden. För att undersöka det så har sammanlagt femton personer intervjuats i 10 intervjuer. Materialet har sedan analyserats med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Resultatet visar att personalen genom att använda Bpsd-registret har fått ökad kunskap hur kroppsliga åkommor, miljön runt personen och bemötande påverkar personen med demenssjukdom. Det upplevs mycket viktigt att känna personen med demens och att ha möjlighet att och sitta i grupp och diskutera symtom och åtgärder var det bästa sättet att finna lösningar. Undersköterskorna känner att de nu känner personerna med demens bättre och att de har fått en ökad medvetenhet om hur deras egna handlingar påverkar personen. Undersköterskorna upplever att de nu arbetar mer efter personens behov och att bpsd-symtomen överlag har minskat sedan man började använda bpsd-registret. Tillsammans med levnadsberättelsen så leder arbetet med Bpsd-registret till personcentrerad vård. Genom att använda Bpsd-registret så får undersköterskorna kunskaper som gör personens beteende mer begripligt och genom ny kunskap så kan personalen lättare hantera symtom. Möjlighet att tillsammans diskutera symtom och lösningar är nödvändigt för och gör att gruppen börjar likna ett community of practice. Att hitta lösningar som hjälper dem de vårdar gör arbetet meningsfull. Därför är det viktigt att gruppen ges förutsättningar för att få tid att arbeta med Bpsd-registret. En Sjuksköterska med kunskap om demens och personcentrerad vård kan bidra med handledning.

Innehållsförteckning

Inledning ... 1
Kvalitetssäkring av demensvården ... 1
Forskning om Bpsd-symtom hos personer med demenssjukdom ... 3
Personcentrerad vård ... 5
Kontext för demenssjukvården i Sverige ... 6
Bpsd-registret ... 7
Problemformulering ... 9
Syfte ... 9
Metod ... 9
Design ... 9
Urval ... 10
Intervjuer ... 11
Dataanalys ... 12
Etiska överväganden ... 13
Resultat ... 13
Att arbeta för ett gemensamt fokus ... 13
Se personens livsvärld och behov ... 14
Arbeta utifrån varandras erfarenheter-hitta svar tillsammans ... 16
Behov avgör åtgärder ... 18
Diskussion ... 21
Metoddiskussion ... 21
Resultatdiskussion ... 24
Gemensamt fokus genom att använda Bpsd-registret ... 24
Förebyggande arbete ... 25
Sjuksköterskans roll – The Broker ... 29
Viktiga skattningsmöten - Förhandling om mening ... 30
Slutsats ... 32
Kliniska implikationer ... 32
Förslag på fortsatt forskning ... 33
Referenser ... 34

Inledning

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom är mycket vanligt, s.k. Bpsd-symtom och nästan nittio procent av alla personer med demenssjukdom uppvisar någon form av Bpsd-symtom (Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens 2010). Symtomen är ofta svåra att hantera för både närstående och omvårdnadspersonal. Den känslomässiga påfrestningen som omvårdnadspersonal och anhöriga utsätts för kan medföra att bakomliggande orsaker till beteendet inte utreds. Fokus blir då istället på att lindra symtom och inte åtgärda orsaker, vilket i sin tur kan orsaka onödigt lidande för personen med demenssjukdom. På senare år är det allt vanligare att man inom vården använder kvalitetsregister för att förbättra kvaliteten i vården, i demensvården är det Bpsd-registret som används.

Sjuksköterskans ansvar inom kommunal hälso- och sjukvård är att planera och utforma patienters vård utifrån deras behov och utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Det är dock oftast undersköterskor som är involverade i den direkta omvårdnaden av personer med demenssjukdom, där övriga teammedlemmar fungerar som stöd med sin specialkunskap i omvårdnaden. Följaktligen är undersköterskorna de som är mest är involverade i användningen av Bpsd-registret. När studien påbörjades fanns ingen tidigare forskning som belyser på undersköterskors erfarenheter av att använda registret publicerad. I denna studie undersöks därför undersköterskors erfarenheter av att använda Bpsd-registret i vården av personer med demenssjukdom. Kunskap som kan bidra till att utveckla och säkerställa sjuksköterskornas arbete som ytterst ansvariga för demenssjukas omvårdnad inom den kommunala vården.

Bakgrund

Kvalitetssäkring av demensvården

Ungefär 160 000 personer i Sverige lider i dag av demenssjukdom och antalet personer med sjukdomen förväntas öka (Socialstyrelsen 2016). Risken för att drabbas ökar med åldern från 8 % vid 65 år till 50 % vid 90 års ålder a.a. De vanligaste formerna av demenssjukdom är Alzheimers sjukdom och Vaskulär demens. Demens är enligt Svenskt Demenscentrum (2008) ett samlingsnamn och en diagnos för flera typer av hjärnskador. Symtomen på demens

varierar beroende på vilka delar av hjärnan som berörs och kan vara försämrat minne, oförmåga att planera och fungera i vardagen. I ovanligare former av demenssjukdom som Lewy Body Demens, finns det en annan symtombild som innefattar synhallucinationer och vid frontallobsdemens så är det vanligt med sexuell hämningslöshet och aggressivitet (Finkel 2000). Det finns inte någon botande behandling för demens men det finns läkemedel för att lindra symtom som vid exempelvis Alzheimers sjukdom (Svenskt Demenscentrum 2008).

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen tagit fram nationella riktlinjer för vård och omsorg av personer med demenssjukdom (Socialstyrelsen 2016). De nationella riktlinjerna behandlar bland annat indikationer för god vårdkvalitet av personer med demenssjukdom i hemmet, vid utredning och för vård inom kommunal vård och omsorg. Riktlinjernas syfte är att utveckla vården och kompletteras och uppdateras återkommande. Där beskrivs och rangordnas utredning och behandling av personer med demenssjukdom genom hela vårdkedjan. Riktlinjerna poängterar omvårdnadsåtgärder framför läkemedelsbehandling, som bästa behandling av Bpsd-symtom. Det är ändå enligt Nägga, Minthon och Eriksdotter (2013) vanligt att personer med demenssjukdom och Bpsd-symtom medicineras med lugnande läkemedel och neuroleptika. Läkemedelsbehandlingen följs inte heller alltid upp.

Enligt Jessop et al (2017) så är behandling med antipsykotiska läkemedel vanligt (ca 20-25 %) vid Bpsd-symtom trots att dessa läkemedel inte är lämpliga för äldre p.g.a. allvarliga biverkningar som t.ex. parkinsonism och ökad risk för stroke. Jessop et al (2017) visar på att ny forskning i runt läkemedlens effekt är skiljer sig i olika studier. Trots det så visar Socialstyrelsens läkemedelsstatistik mellan åren 2006-2013, att förskrivningen av neuroleptika och sömnmedel i Västra Götalandsregionen högst i landet. Detta indikerar att det finns en tradition att använda psykofarmaka framför andra behandlingsalternativ i regionen.

En kvalitetsindikator skall visa på kvalitet i en verksamhet och belysa vad som kan förbättras, den skall också vara säker, pålitlig, mätbar och giltig i hela landet. Nationella kvalitetsregister syftar till löpande förbättring, forskning, samt ledning och kunskapsstyrning för att tillsammans med individen skapa bästa möjliga vård. Register som blir godkända som nationella kvalitetsregister följer persondatalagen och är etiskt granskade av etiska prövningsnämnder för forskning (Registercentrum syd eyenet, 2014).

Det är vanligt att personer med demenssjukdom någon gång drabbas av Bpsd-symtom, det kan bero på personens hjärnskada men det kan även finnas andra orsaker (Socialstyrelsen 2010). Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom är en internationell definition framtagen av International Psykogeriatric Association (2002) för att användas som ett samlingsnamn för de olika beteendemässiga och psykiska symtom som personer med demenssjukdom kan uppvisa.

Forskning om Bpsd-symtom hos personer med demenssjukdom

Enligt Berg, Hallberg och Norberg (1998) så har personer med demenssjukdom svårt att redogöra för sina behov på grund av kommunikationssvårigheter. Det leder till att de blir beroende av sjuksköterskans förmåga att förstå och tolka det som personen försöker att förmedla. Dettmore, Kolanowski och Boustani (2009) menar att försämrad förmåga att uttrycka sina fysiska och psykiska behov kan leda till att aggressivitet. Aggressivitet blir personens sätt att kommunicera att något är fel t.ex. att det gör ont eller att tillvaron upplevs långtråkig. Aggressivitet ett vanligt Bpsd-symtom som är svårt att hantera för omgivningen. När aggressiviteten uppstår så behöver personalen försöka ta reda på vad som orsakar beteendet och försöka lindra patientens besvär alternativt möta personens behov, framför att försöka minska aggressiviteten med läkemedel. Personer med svåra kognitiva skador, språksvårigheter och personen som sedan tidigare har haft svårt att komma överens med andra människor har större risk att reagera med aggressivitet a.a. Enligt Vasse et al (2010) så är psykosociala åtgärder första alternativ vid Bpsd-symtom i alla stadier av demenssjukdom. Enligt Dettmore et al. (2009) skall focus i omvårdnaden ligga på att förebygga att symtom uppstår men om det inte går att undvika att aggressiviteten uppstår så skall personalen arbeta för att ingen skall komma till skada. Om beteendet inte går över så bör behandling med kortverkande lugnande läkemedel övervägas samtidigt som klinikern studerar personen för att förstå beteendet bättre och hitta orsaker och kunna rikta åtgärderna mot dessa. Genom att använda ett utprovat pålitligt redskap som t.ex. NPI-skattning så kan orsaker till symtomen identifieras (t.ex. förstoppning eller sömnbrist) eller psykiska som frustration över att inte få den hjälp man behöver a.a.

Vasse et al (2011) beskriver befintliga riktlinjer angående åtgärder vid Demenssjukdom i Europa. Sammanställningen visade att åtta länder hade publicerade riktlinjer, fyra länder saknade då riktlinjer angående psykosociala åtgärder. Sverige är ett av fyra länder som

saknar färdiga riktlinjer när studien utförs (Nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demens var då ännu inte publicerade). De flesta riktlinjerna beskriver vad och vilka som riktlinjerna gäller, riktlinjerna beskriver i mycket mindre omfattning hur de kan implementeras och vad det skulle kosta. De förebyggande och lindrande åtgärder som lyfts fram mest är fysiskt aktivitet, omvårdnadsåtgärder, multisensorisk stimulans/snoezelen och reminisens. Multisensorisk stimulans eller snozelen innebär stimulans av personens sinnen genom med meditativ musik, ljusseffekter, material som är behagliga mot huden och väldoftande oljor, aktiviteter som inte kräver hög kognitiv förmåga av deltagaren. Snoezelen används för att minska avvikande beteende och förbättra sinnesstämning hos personen med demenssjukdom, bidra till kommunikation och ett relationen mellan personen med med demenssjukdom och vårdaren samt minska vårdarens stress (Milev, Kellar, McLean, Mileva, Luthra, Thompson & Peever 2008). Enligt Wood, Spector, Jones, Orrell & Davies (2005) så är reminisens att tala om minnen tillsammans med en eller flera andra personer vanligtvis används fotografier, bekanta föremål från personens förflutna eller musik för att uppmuntra personen att berätta om sitt liv.

Kat et al (2002) har undersökt validiteten för NPI-skattningsinstrument som används för att skatta förekomst och allvarlighetsgrad av Bpsd-symtom. De har kommit fram till att NPI-skattning ger en objektiv bild av symtomens svårighetsgrad. Nedan visas symtomen utifrån uppdelning i tre kategorier, symtomet ångest hör egentligen inte till någon kategori utan kan förekomma tillsammans med symtom från alla eller som enda symtom.

Bpsd-symtom

Psykotiska symtom	***Hyperaktiva symtom***	***Nedstämdhetssymtom***
Hallucinationer	Agitation/ Upprördhet	Depression/ Nedstämdhet
Vanföreställningar	Eufori	Apati
	Irritation	Sömnstörningar
	Motorisk oro	Matlust/ ätstörningar
	Hämningslöshet	
		Ångest

Tabell 1. Visar Bpsd-symtomen indelade utifrån hur de yttrar sig hos personen med demenssjukdom.

Kat et al (2002).

Även om Bpsd-symtom har skilda uttryck så orsakar de alltid lidande för personen och upplevs ofta komplexa att hantera för både närstående och vårdpersonal (Socialstyrelsen 2010).

Personcentrerad vård

Enligt Ekman et al (2011) så innebär personcentrerad vård att vården utgår från hur personen som är sjuk upplever sin situation. Vårdpersonalen lyssnar på personens beskrivning av sin situation som sedan blir utgångspunkt för hur behandlingen läggs upp. När personalen har tagit del av personens berättelse och börjar tillsammans med personen som är sjuk planera vården så skapas ett partnerskap. För att säkerställa att personens vård blir som man tillsammans planerat så skrivs det en vårdplan.

Inom vården av personer med demenssjukdom var Kitwood (1997) den som lyfte fram ett nytt sätt att se på personer med demenssjukdom, han hävdade att det var viktigt att försöka sätta sig in i hur omgivningen upplevs av personer med demenssjukdom. För att förstå hur världen upplevs av en person som lider av demenssjukdom menar Kitwood (1997) att det är viktigt att i beräkningen ta med personens unika drag som t.ex. temperament, kön och livsstil m.m. Han beskriver utifrån det sex olika personlighetstyper; den beroende som gärna tar emot hjälp, den oberoende som inte vill acceptera sin funktionsnedsättning, personen med paranoida tendenser som blir misstänksam, personen med tvångsmässiga tendenser som tappar tron på sig själv och reagerar med rädsla, den hysteriska som kräver uppmärksamhet och den psykopatiska som blir impulsiv och saknar omsorg om andra. Kitwood (1997) menar att personlighetstypen formar hur personen upplever sin tillvaro. Det även är betydelsefullt om personen har många eller få strategier för att hantera händelser i livet och om strategierna fungerat tidigare, framgång leder till framgång, medan misslyckande kan leda till blockering hos personen. Kitwood (1997) menar att det går att få ökad förståelse för hur världen upplevs genom att ta del av text skriven av en person som lider av demenssjukdom eller genom att tala med personer med demens eller tillstånd som liknar demenssjukdom som depression. Genom att lära känna personen och sätta sig in i hur världen upplevs så blir personens handlingar lättare att förstå. Kitwood (1997) lyfter fram att det är viktigt att tillfredsställa personens känslomässiga behov (som tillhörighet, tröst,

identitet, sysselsättning och kärlek) och att lyfta fram personens resurser i omvårdnaden istället för att fokusera på bristerna a.a.

Kontos och Nagile (2007) lyfter fram ett annat perspektiv på vad som är personcentrerad vård för personer med demenssjukdom, de angriper antagandet att kognitiva svårigheter skulle innebära att individen förlorar sitt själv. Enligt Kontos och Nagile (2007) så döljs självet hos en person som lider av demenssjukdom på grund av den kognitiva nedsättningen a.a. Kontos och Naglie (2007) menar att kroppen har en undermedveten kunskap och kan även i sent stadie av demenssjukdomen kommunicera personens behov. För att nå personcentrerad vård så lyfts följande exempel fram, att förstå att det är en individ med känslor och behov som den själv. Förståelse för hur situationer kan kännas och hjälpa individen att slippa obehag (t.ex. som vid intim kroppsvård, hjälpa personen att skyla sig). Hitta förklaringar till avvikande beteende, finns det orsak till att personen är vaken mycket på natten (kanske på grund av att man arbetat nätter stor del av livet) eller vill göra saker på ett visst sätt eller reagerar med ilska. Med förståelse för dessa företeelser så kan beteendet hanteras lättare och ibland undvikas utan lugnande läkemedel a.a.

Kontext för demenssjukvården i Sverige

Enligt Socialstyrelsen (2016) så är trenden i Sverige att befolkningen består av allt fler äldre. Tillsammans med medicinska framsteg gör det att allt fler diagnoser kan behandlas allt högre upp i åldrarna. Samtidigt har vårdtiderna inom slutenvården blivit kortare. Detta har lett till att de personer som bor på kommunernas särskilda boenden ofta har många olika diagnoser samtidigt som färre sjuksköterskor ska ansvara för den medicinska vården av fler och sjukare personer (Vårdförbundet, 2014).

Hälften av alla personer som lider av demenssjukdom bor i ordinärt boende. Det gäller främst personer som har en lindrig eller medelsvår demens, personen i sent stadie av demenssjukdom oftast bor på särskilt boende (Svenskt Demenscentrum, 2008). Enligt Eriksson et al (1999) så är Bpsd-symtom en vanlig orsak till att anhöriga inte klarar att boende.

Kommunerna har sedan Ädelreformen (1992) tagit över ansvaret för äldreomsorg från landstingen (Ädelreformen 2016). Sveriges kommuner har ansvar för att erbjuda hemsjukvård till personer som inte kan ta sig till vårdcentralen. I kommunal hälso- och

sjukvård arbetar undersköterskor, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster medan primärvården tillhandahåller läkarvård. Kommunerna ska tillgodose de behov av vård och omsorg som invånarna i kommunen har genom vård och omsorg i hemmet, särskilda boenden, somatiska boenden och demensboenden (Västsvenska kommunalförbundens samorganisation 2011)

Sjuksköterskans ansvarar för att planera och utföra patienters vård och omsorg inom kommunal hälso- och sjukvård utifrån deras behov och utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Sjuksköterskan i kommunal hälso- och sjukvård medverkar inte så ofta i det patientnära vården utan det är oftast undersköterskor som sköter den konkreta omvårdnaden av personer med demenssjukdom.

För att bli undersköterska skall man genomgå omvårdnadsprogrammet som ger grundläggande kunskaper för arbete inom hälso- och sjukvård och omsorg. I utbildningen ingår kurser i etik och livsfrågor, medicinsk grundkurs och vård och omsorgsarbete (Skolverket & Fritzes, 2000). Enligt Karlsson, Ekman och Fagerberg (2008) så arbetar även vårdbiträden inom kommunal hälso och sjukvård, för att vara vårdbiträde så behöver man inte ha någon utbildning alls men kan ha utbildning inom vård och omsorg.

Kommunal hälso- och sjukvård regleras framför allt av Socialtjänstlagen 2001:453 (SOL) som styr undersköterskornas arbete medan Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) 1982:763 reglerar hur sjuksköterskornas arbete. Sjuksköterskans uppgift i kommunal hälso- och sjukvård är förutom att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador men även att inspirera till en dialog för att införa ny vetenskaplig kunskap med syfte att förbättra omvårdnaden. Sjuksköterskan behöver medverka i utvecklingsarbetet, ta vara på medarbetarnas synpunkter och förslag, motivera och ge feedback. Enligt Socialstyrelsen (2005) förväntas sjuksköterskan arbeta tillsammans med personalen med uppföljningar och verka för att personens behov tillvaratas på ett sätt som är både kvalitets och kostnadsmedvetet.

Bpsd-registret

Bpsd-registret lanserades 2010 och är ett av ca 80 svenska kvalitetsregister som skapats för att förbättra kvaliteten av vården i ett område. Bpsd-registret är ett kvalitetsregister som är uppbyggt som ett verktyg för lärande och implementering av Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom förutom att samla information. Det har implementerats i

demensvården som ett stöd för personalen att genomföra en mera grundlig analys av demenssjukas vårdbehov. Bpsd-registret består av tre delar och är konstruerat utifrån PDSA-cykeln som innebär observation genom NPI-skattning, analys av tänkbara orsaker och åtgärder utifrån Nationella Riktlinjer samt utvärdering (Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens 2010).

Vid användning av Bpsd-registret görs det en symtomskattning i samråd i en grupp/ team med ett instrument (Neuro Psychiatric Inventry, NPI). Instrumentet innehåller hjälpfrågor som kan användas vid osäkerhet, gruppen kan diskutera vilka symtom patienten har, hur ofta symtomen förkommer och hur de påverkar personen och omgivningen. Efter skattningen görs en orsaksanalys med hjälp av en checklista där eventuella orsaker som t.ex. smärta, högt/ lågt blodtryck eller förstoppning dokumenteras och åtgärdas. I sista fasen handlar det om att välja ut de Bpsd-symtom som upplevs vara viktigast att försöka lindra. Gruppen diskuterar och väljer lämpliga åtgärder för att lindra personens symtom. Det kan handla om nya åtgärder, en åtgärd som redan görs men bör göras vid annan tid på dagen eller göras på ett sätt som bättre passar för personen. Åtgärderna dokumenteras i en vårdplan.

Åtgärderna utvärderas efter en bestämd tidperiod genom en ny skattning, skattning, orsaksanalys och vårdplan registreras på registrets hemsida. På Bpsd-registrets hemsida registreras uppgifter om individers symtom, vilka åtgärder som används samt resultat. Bpsd-registret syfte är att lindra Bpsd-symtom och kvalitetssäkra omvårdnaden av personer med demenssjukdom. Det ska uppnå ett likvärdigt omhändertagande av denna personkategori över hela landet (Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens 2010). När Bpsd-registret skall implementeras på en enhet så får sjuksköterskan, enhetschefen och minst en undersköterska på varje enhet gå en 2 dagars utbildning. De skall sedan hålla i skattningarna och lära sina kollegor att använda verktyget samt registrera i resultat i registret. Arbete med Bpsd-registret bidrar till teamarbete, gemensamt språk i gruppen och personcentrerad omvårdnad. Skattningen ger möjlighet att mäta vårdtyngd, kvalitet kan säkras genom uppföljningar mot tydliga mål och bidrar till verksamhetsutveckling (Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens 2010). Det är i huvudsak är omvårdnadspersonal som ansvarar för användningen av registret inom kommunal hälso- och sjukvård.

Problemformulering

Nästan alla personer med demenssjukdom drabbas någon gång av Bpsd-symtom vilket skapar stort lidande samt är mycket komplicerat och krävande att hantera för både anhöriga och personal. Sjuksköterskornas har ansvar för att planera patientens vård i den kommunala hälso-och sjukvården så att den blir av god kvalitet, men det är framför allt undersköterskor som ansvar för den dagliga omvårdnaden av personer med demenssjukdom. Bpsd-registret används i syfte att skapa en personcentrerad vård och att identifiera Bpsd-symtom, hitta orsaker och lindra symtomen hos personer med demenssjukdom. Undersköterskorna i kommunal hälso- och sjukvård är de som främst använder Bpsd-registret i omvårdnadsarbetet. Det blir därmed av betydelse att undersöka på vilket sätt som registret används och hur det kan bidra till en utveckling av god omvårdnad för personer som lider demenssjukdom. Kunskap som är betydelsefull för sjuksköterskan i arbetet med att leda och utveckla vården för personer med demenssjukdom inom den kommunal hälso- och sjukvård.

Syfte

Att beskriva undersköterskors erfarenheter av att använda Bpsd-registret i omvårdnaden av personer med demenssjukdom.

Metod

Design

För att undersöka hur undersköterskors användning av Bpsd-registret, valdes en kvalitativ forskningsansats. Kvalitativ design användes för att den passar för att undersöka mänskliga upplevelser och komplexa sammanhang som mänskliga interaktioner (Polit & Beck 2012).

Enligt Polit och Beck (2012) är intervjuer det vanligaste sättet att samla information i kvalitativa studier. Det finns inga fasta regler för hur många deltagare som ska ingå i en studie men det är däremot betydelsefullt att deltagarna kan bidra med tillräckligt med djupgående information för att mönster, kategorier och dimensioner av fenomenet som studeras ska kunna beskrivas (Polit & Beck, 2012). Antalet deltagare styrs därmed av ämnet, insamlingsmetoden och kvaliteten på underlaget. Om deltagarna i studien kan reflektera över sina erfarenheter så kan datasaturation nås med ett mindre antal deltagare a.a.

Kvalitativ innehållsanalys var lämplig analysmetod då den enligt Egberg Thyme et al (2013) bidrar till att skapa en både bred och djup beskrivning för fenomenet i fokus.

Urval

För att komma i kontakt med intervjupersoner söktes kontaktinformation till demenssköterskor och enhetschefer via kommuners hemsidor i Västsverige.

Kontakt togs via telefon med enhetschefer och demenssköterskor med frågan om de använde Bpsd-registret. Tio kommuner där Bpsd-registret användes tillfrågades initialt och nio av dessa var positiva till att medverka i studien. Endast en kontaktad kommun avböjde deltagande. Då kontaktades ytterligare en kommun där den tionde intervjun sedan utfördes.

Enhetschefer och demenssköterskor förmedlade sedan kontakt till undersköterskor som kunde vara intresserade av att delta i studien.

Alla tilltänkta intervjupersoner arbetade i mindre kommuner. Författaren och intervjupersonen bestämde tillsammans tid och plats för intervjun via telefon eller mail. Enhetscheferna på enheterna och intervjupersoner informerades muntligen och skriftligen i ett informationsbrev (bilaga 1 och 2), där studiens syfte och hur den skulle utföras redovisades. De informerades även om att de när som helst kunde avstå från att medverka i studien utan att motivera varför. Samtycke inhämtades muntligen och skriftligen i samband med intervjutillfället. Enligt Polit och Beck (2012) så kan det vid kvalitativa intervjuer vara svårt att i förväg veta vag för data som kommer att bli diskuterade, vad fördelar och risker deltagaren får och hur lång tid intervjun kommer ta då kan deltagaren få möjligheten att omvärdera sin medverkan under intervjun a.a.

Vid första intervjun visade det sig att tre personer på enheten önskade medverka i intervjun därför beslutades att det ska finnas utrymme för att vara flera deltagare vid intervjun så att deltagarna kunde få stöd av varandra. Sammanlagt genomfördes därmed två intervjuer med tre deltagare och en med två deltagare. Vid resterande intervjuer deltog endast en deltagare per intervju. Totalt genomfördes därmed tio intervjuer med 15 deltagare.

Intervjupersonerna var undersköterskor och var mellan 24-57 år gamla och hade 3-30 års erfarenhet av att arbeta med personer med demenssjukdom. Intervjupersonerna hade arbetat med registret mellan 1-3 år på avdelningar med sex till tolv vårdtagare. En deltagare

arbetade vid hemtjänsten och använde Bpsd-registret hos fem personer. Sex deltagare från demensboenden hade extra utbildning om demenssjukvård. Av deltagare var 14 kvinnor och en deltagare var man.

Intervjuer

För att få en bild av hur registret användes, vilka personer som deltog vid skattningar samt hur det upplevdes att använda verktyget formulerades intervjufrågor. Exempel på frågor som deltagarna fick är: Om personalen upplevde att arbetssättet hade förändrats sedan de börjat använda Bpsd-registret, hur de använde Bpsd-registret, vilka symtom som var svåra att hantera och om användningen av lugnande läkemedel. Frågor om intervjupersonen som ålder och hur länge de arbetat med personer med demens samt utbildningar inkluderades för att få en bild av deltagarna. Det var viktigt för att kunna bedöma om gruppen var representativ för vårdpersonal inom kommunal hälso- och sjukvård. Enligt Polit och Beck (2012) så är ett representativt urval viktigt för att resultatet skall användas i jämförelse med andra studier a.a. Datainsamlingen genomfördes genom intervjuer som spelades in, intervjuerna var semistrukturerade. Enligt Polit och Beck (2012) så kan det även kallas fokuserade intervjuer, vilket innebär att det används en guide med frågor i de olika områden som ansågs vara viktiga att beröra under intervjun för att få tillräckligt med information a.a. Frågorna fungerade som stöd vid intervjuerna för att inte missa viktiga ämnen. Frågornas syfte var att få förståelse för hur deltagarna upplevde att använda Bpsd-registret i förhållande till studien syfte. Frågorna som användes var öppna och följdes upp med följdfrågor för att få en tydlig bild av individens upplevelser. Deltagarna uppmuntrades till att berätta om sina erfarenheter och ge exempel på t.ex. hur en vårdåtgärd provats ut eller varför det upplevs viktigt att kunna sitta flera personer och arbeta med Bpsd-registret. Vid semistrukturerade intervjuer så uppmuntras deltagaren att tala fritt om sina erfarenheter och ger möjligheter att berätta exempel på vad de varit med om. Det är ett sätt för forskaren att få tillgång till all tillgänglig information (Polit & Beck, 2012).

Alla intervjuer utfördes på deltagarnas arbetsplatser i enskilt rum. Intervjuerna utfördes i lugn takt tills deltagare och intervjuare upplevde att alla områden var täckta och det inte fanns något mer att tillägga.

Vid första intervjun användes ett kort frågeformulär för frågor angående deltagarnas ålder år, i yrket m.m. Det visade sig att dessa frågor behövdes i början på intervjun för att deltagaren ska komma i gång. Enligt Polit och Beck (2012) så kan det behövas en ”isbrytare” för att deltagaren ska slappna av och frågorna om ålder m.m. fungerade bra för att få ett flöde vid senare intervjuer. Vid första intervjun blev det tydligt att det var viktigt att fråga om man använde levnadsberättelse.

Vid intervjuer med flera deltagare så ombads deltagarna att inte prata i munnen på varandra då det kunde vara svårt att annars urskilja vad de sa vid transkribering.

Intervjuerna med flera deltagare skilde sig inte mycket från de från de med bara en person mer än vid första intervjun där deltagarna verkade ha svårt att slappna av. Det som skilde var att vid intervjuer med flera deltagare så kunde en deltagare börja svara och sedan kunde en annan deltagare fylla på med ytterligare information eller förtydliga vad de menade.

Författaren lämnade sin mailadress till deltagarna som gavs möjlighet att återkomma om hon/ han kom ihåg nån mer viktig information i efterhand. Ingen deltagare utnyttjade detta. Intervjuerna varade mellan 20 till 54 min och spelades in under februari till april 2015. De inspelade intervjuerna transkriberades ordagrant i löpande text av författaren.

Dataanalys

Analysen baseras på transkriberade intervjutexter. Insamlade data har bearbetats genom kvalitativ beskrivande innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004).

Materialet lästes igenom flera gånger för att få en helhetsbild. Sedan söktes materialet igenom för att identifiera meningar och stycken i texten som svarade på studiens syfte, hur det var att använda registret och om/ användandet påverkat omvårdnaden, så kallade meningsenheter. Enligt Graneheim och Lundman (2004) så är meningsenheter meningar, stycken eller ord som har samma centrala mening a.a. Dessa meningsenheter lades in i ett dokument för analys. Meningsenheten kondenserades, vilket enligt Graneheim och Lundman (2004) innebär att texten kortas ner men att kärninnehållet i texten beskrivs. Den kondenserade meningsenheten gavs en kod som användes som ett verktyg för att kunna dela upp innehållet. Koderna delades in i kategorier och subkategorier, kategorierna identifierades genom att jämföra koderna med varandra för att likheter och olikheter. Enligt (Polit & Beck 2012) så det vanligaste sättet för analys att använda sig av kodning. Enligt

Graneheim och Lundman så gör koden att det går att se datan på ett nytt sätt, koden förstås i relation till sitt sammanhang a.a. I detta fall, kan koderna förstås i relation till användandet av Bpsd-registret i omvårdnad av personer med demenssjukdom.

Noggrann bearbetning och analys av materialet genomfördes för att urskilja kategorier. Enheterna i kategorin ska ha ett gemensamt innehåll och kategoriers innehåll ska vara tydligt skilt från andra kategorier (Graneheim & Lundman 2004). Exempel på analysprocessen visas i figur 1.

Meningsenhet	*Kondenserad Meningsenhet*	*Kod*	*Subkategori*	*Kategori*
om det skulle vara så vi kan hjälpa varandra över gränserna det tycker jag är jättebra	Vi kan hjälpa varandra över gränserna det är bra	Hjälpa varandra över gränserna	Samarbete för att hjälpa personen	Arbeta utifrån varandras erfarenheter-hitta svar tillsammans

Figur 1. Exempel på analysprocessen.

I analysen framkom fyra tydliga kategorier; Att arbeta för ett gemensamt fokus, Se personens livsvärld och behov, Arbeta utifrån varandras erfarenheter-hitta svar tillsammans och Behov avgör vårdåtgärder.

Etiska överväganden

Studiens syfte och metod har granskats av etisk kommitté och bedömts uppfylla etiska krav på forskning på människor (SFS 2003:460).

Resultat

Att arbeta för ett gemensamt fokus

I intervjuerna framkommer att personalen, genom att använda Bpsd-registret, har fått ett gemensamt fokus i sitt arbete. De har lärt sig att med NPI-skattningens hjälpfrågor känna igen särskilja symtom, dessutom upptäcka tidigare okända symtom. Personalen utreder vad det kan finnas för orsaker till symtomen samt provar ut åtgärder. Personalen upplevde att de har erhållit en utökad förståelse och kunskap både individuellt och i gruppen. Denna kunskap upplevs ha bidragit till vård och omsorg som möter individens behov mer.

”*vi är ganska duktiga på att se att det kan vara nedstämdhet och depression också, så antidepressiv behandling kan behöva i bland ökas i vissa perioder. Så har vi lugnande men jag tycker att det har trappats ut mycket och minskat men vissa behöver ju det ändå”*

nr 8

Det beskrivs också att de förstår att det är viktigt det är att känna personen och se till att dennes grundläggande behov är uppfyllda. Registret bidrar till att hjälpa arbetsgruppen att tillsammans skapa omvårdnadsåtgärder utifrån de behov som personen med demenssjukdom har. Personalen upplever att de har lärt sig att hitta strategier för hur de ska lösa svårigheter och utföra arbetet på ett sätt som möter personernas behov. Det upplevs som att registret ökar medvetenheten om den kunskap de hade sedan tidigare. De har märkt att vissa åtgärder ibland bara fungerar under en kortare tid och vilket man vet beror på att sjukdomens fortskrider. Att känna personen upplevs tillsammans med kunskap om symtom som nödvändigt för att hitta lämpliga åtgärder för olika symtom. Personalen kan nu med hjälp av registret oftast lindra personens symtom. De har lärt sig att det inte alltid fungerar, men för det mesta men att även när åtgärder fungerar så kommer det dagar när åtgärderna inte hjälper.

Se personens livsvärld och behov

Personalen upplevde att de behöver känna personen för att hitta lämpliga åtgärder för att behandla symtom. Individen och dennes behov och önskemål behövde vägas in tillsammans med symtomen när åtgärder väljs. Personalen upplevde att levnadsberättelsen kan vara till stor hjälp innan de har lärt känna personen. Levnadsberättelsen användes på alla boenden i studien, levnadsberättelsen fylldes oftast i av anhöriga och ger information om personens uppväxt, intressen och tidigare liv. Levnadsberättelsen beskrivs vara ett stöd för personalen att finna samtalsämnen innan de lärt känna personen eller i senare sjukdomsskede när personen behöver hjälp med att komma in i samtal. I hemtjänsten beskrivs hur levnadsberättelsen användes genom att lägga den på köksbordet så att personalen och personen fyllde i den tillsammans och samtidigt samtalade om personens liv. Med levnadsberättelsen synlig kunde personen fylla i den själv. Både personal och personen med demenssjukdom upplevde att det var bäst om det fanns möjlighet för personen med demenssjukdom att skriva i sin levnadsberättelse själv. Levnadsberättelsen förlorade ofta sin

betydelse när personalen lärt känna personen. När personalen kände personen och hade en helhetsbild, kunde de se vad som orsakat symtom som oro och gjorde det lättare förstå vad individen har för behov. Det var inte alltid det fungerade och personalen märkte att deras beteende påverkade. De upplevde sig mer medvetna och förstod att en oreflekterad välmening från personalens sida kan leda till problem, och värsta fall till att personen inte längre vill ha hjälp. Det kunde vara något som verkade betydelselöst men var viktigt för personen och påverkade väldigt mycket, som exempelvis kvällsrutiner eller morgonrutiner. Personalen upplevde att de med hjälp av Bpsd-registret ser och åtgärdar problem.

”Det beror på vad som problemet eller vad säger ni? Ja till personen som det gäller, personen som vi skattar, ja oftast är det kanske vad det skall bli för åtgärd t.ex. om någon är orolig, vad den tycker om, om det finns nått som kan lugna den, om vi kan bryta mönstret någonstans i oron”

Nr 1

I början så upplevde personalen att det var svårt att skriva planer, det var oklart vad de var till för, vad som skulle skrivas, själva syftet med planen. Det sattes in många åtgärder som personalen ville ha med men de lärde sig att det är bättre att begränsa antalet åtgärder. På det sättet blev de gjorda och genom att anpassa bemötandet till personens behov, vilket gjorde att det fungerade. Det var när personalen såg att planen fungerade som syftet med arbetet blev tydligt. När personalen förstod att det var viktigt att känna personen för att hitta lämpliga åtgärder så blev det självklart att kontaktpersonen, som känner personen bäst, behövde medverka vid skattningen. Det bidrar till en vårdplan som är anpassad till personens behov. Personalen berättade hur de var uppmärksamma på patienternas sinnesstämning och behov, de upplever att de hel tiden får vara beredda på eventuella symtom. Personalen sa sig förstå behoven hos personen med demenssjukdom och prioriterade att hjälpa personen med demenssjukdom så snabbt det gick för att förebygga oro eller andra symtom.

Undersköterskor upplevde att redskapet bidrar till att de arbetade personcentrerat. De upplevde sig ha ny förståelse för vad personen kan ha för behov och anpassar åtgärderna därefter som att förebygga oro genom att skapa trygghet. Exempelvis genom att lägga en mjukdjurskatt i sängen bredvid en dam som hade katter tidigare i sitt liv. Märker personalen som känner personen att det behövs motivations stärkande åtgärder eller att höja

självförtroendet kunde de be om sällskap vid kaffet så att personen med demenssjukdom kunde känna sig behövd. Det kunde motivera personen att gå upp på morgonen då de tillför någonting till någon annan person. En undersköterska beskrev hur hon låter en man få följa med och ”*rädda*” personalen när de ska slänga sopor i källaren, han fick känna sig behövd och manlig. Att prata om personens liv och lära känna dem kunde även användas som åtgärd (remenisence), personalen uppmuntrade till att berätta om sitt liv, det kan ge mening, öka välbefinnande och lugn. I enskilda aktiviteter med personen med demens och personal kunde personalen lära känna personen och använda fantasin för att finna rätt aktiviteter i syfte att skapa välbefinnande. I hemtjänsten hade de social tid hos personen. Då arbetade de med att kombinera aktiviteter som samtal och arbete i hemmet som personalen gjorde eller så gör de det tillsammans. Det skapar trivsel och gör att samtalet blir avslappnat och personalen hinner hjälpa personen med fler saker.

Vissa symtom kan vara svåra att lindra men omvårdnaden kan anpassas för att ändå hjälpa personen. Personer med Lewy Body demens har mycket hallucinationer som inte går att läkemedels behandla. Personen kan då ha svårt att hinna med att äta, då de upplever att de måste gå till sitt rum och tala med personen som de upplever i sina hallucinationer. Vid sådana situationer kan personalen om det inte går att avleda spara mat och serverar den senare. På det sättet försöker man undvika ytterligare negativa konsekvenser för individen.

Arbeta utifrån varandras erfarenheter-hitta svar tillsammans

Bpsd-registret upplevdes vara ett stöd, något som de kunde använda om de fastnade i arbetet, då kunde någon annan i gruppen ge förslag på åtgärd som kan lindra personens besvär. På flera enheter förekom regelbundna möten då även andra yrkeskategorier som sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster är med. Då kunde de diskutera, inhämta information och kunskap inför skattningar. Dessa möten syftade inte till att diskutera Bpsd-symtom men symtom togs ofta upp på möten ändå.

Administratörerna hade fått utbildning om Bpsd-registret i två dagar och de upplevde att den utbildningen har lett till en ökad förståelse. Med hjälp av denna kunskap så försökte de vid skattningar hjälpa sina kollegor genom frågor så att de lättade skall komma till insikt och hitta lösningar på t.ex. eventuella orsaker till symtom. Skattningens resultat registrerar administratören sedan på registrets hemsida. Det var vanligt att kontaktpersonen och

administratören gjorde skattningar och uppföljningar men på en del enheter valde man att sitta fler, helst hela gruppen vid skattning. Sådana samtal upplevdes extra viktiga när det var svårt att hitta åtgärder. På en enhet förberedde administratören skattningen genom att ge gruppen frågor att begrunda under dagen och sedan gjordes skattning och vårdplan senare på dagen.

”för varje fråga har man ju kan man ju faktiskt ha en diskussion, det blir det ju oftast, man kan ju ha hjälp av tidigare symtomskattningar som vi har med oss. Bollar idéer kan man säga det är väldigt bra”

Nr 8

Det gav fler tankar både om symtomen och olika infallsvinklar för lösningar. Personalen uppfattade ofta personen med demenssjukdom på olika sätt bland annat beroende på synsätt, toleransnivå och olika erfarenheter, det ger möjlighet att se olika fungerande lösningar. Det kunde även handla om personkemi mellan personen med demenssjukdom och personalen kunde också spela in. Vid skattningar delade de med sig av sin kunskap och små knep men det var inte helt lätt. En personal säger:

”*det är nästan lite pinsamt att säga att gör så här eller så där, men det är ändå viktigt att man gör likadant*”.

Nr 10

När det var svårt att finna åtgärder så kunde personalen även få hjälp av kollegor från en annan avdelning för att hjälpa personen. Det upplevdes att gruppen hade växt och förändrats så att det blev ett team som tänker på samma sätt. Personalen tyckte att det kändes bra att söka lösningar tillsammans både undersköterskor och sjuksköterskor. Sedan de börjat arbeta med registret så talar personalen mer med varandra för att hitta lösningar och inte bara vid skattning för att kunna lära sig mer och kunna hjälpa personen med demenssjukdom ytterligare. Det upplevs positivt att kunna använda sin ökade kunskap för att kunna hjälpa personen mer, arbetet blir roligare. Gruppen upplever att de förstår varandra bättre, tänker lika och talar samma språk.

Behov avgör åtgärder

När Bpsd-registret används ett tag så upplevde personalen att de arbetar på ett nytt sätt, de förstod då vikten av att ha korrekt information för att kunna rikta åtgärder och få önskat resultat. Observationsverktyg upplevdes bidra till en mer korrekt information om patienten. Verktyget gav personalen en tydlig bild av symtomens frekvens och svårighetsgrad över hela dygnet samt kring vad som hände innan symtomen bryter ut. Noggrann faktainsamling med t.ex. redskapet Abbey Pain Scale som hjälpte personalen att upptäcka smärta. När problemet var känt så kunde symtomen oftast lindras. Exempelvis yrsel som kan orsakas av både lågt eller högt blodtryck och kan orsaka aggressivitet. Lindring av dessa fysiska symtom innebär ett ökat välbefinnande vilket även kan lindra de Bpsd-symtom som orsakats av fysiska symtom. Vid sådana fall involverades även sjuksköterskan och läkaren för att justera läkemedel. Personalen hade lärt sig att om personens grundläggande behov är tillfredsställda, undviks många Bpsd-symtom.

Planen skapades utifrån vad som framkom i skattningen, utifrån de problem och behov individen hade och vilka åtgärder som kan lindra eventuella besvär. Det kunde vara något som lugnade personen eller bröt ett mönster så inte situationer uppstår. Som t.ex. att personalen förebyggde motorisk oro genom att se till att personen med demenssjukdom fick gå på promenad, vilket även kunde minska sömnproblem. Det kunde också vara hur man ska kunna motivera personen till aktivitet. Personalen berättade hur de formar omvårdnaden så att just den här personen ska må så gott som möjligt på boendet. De såg att de kunde lindra symtom via arbete med Bpsd-registret och då började de fundera på sätt att anpassa planen genom att lägga till eller ta bort åtgärder utifrån personens behov. Därför prioriterade personalen att tillmötesgå sådana genom verktyget identifierade behov. När personen inte kunde uttrycka sina behov så får personalen försöka lista ut vad de vill ha hjälp med, det beskrivs i genomförandeplanen.

”Vi försöker ju se till den enskilde och deras problem och försöka lösa det”

Intervju nr 1

Bpsd-registret upplevdes vara ett bra verktyg, om man läste planen och arbetade efter den så arbetade alla lika det skapar trygghet för personen. Det tog lite tid innan gruppen kom in i arbetssättet men sedan gav registret stöd för gruppen i deras arbete. Då inte alla alltid var

med vid skattningarna så informerades gruppen när det fanns ny vårdplan för personen så personalen kunde arbeta efter den. Skattningar gjordes när personalen har sett ett behov och åtgärderna blir att försöka tillmötesgå behovet. Det kunde vara att följa bestämda rutiner för att ge trygghet, åtgärder måste göras av all personal för att fungera. Tidigare så började personalen vid ökade Bpsd-symtom prata om att personen behövde lugnade läkemedel, vilket inte sker längre. När personalen visste att det oftast fanns någon anledning till förändringen så arbetade personalen istället med observation, för att se om symtomet uppstår under vissa omständigheter. Sedan provades omvårdnadsåtgärder för att möta personens behov och lindra symtom.

”när vi går in på morgonen skall vi inte bara dra upp patienten ur sängen utan vi skall tända ljuset sätta på radio såna där grejer och då märker man att oron blir mindre och aggressiviteten”

nr 1

Personalen kunde också sätta in nya åtgärder om de upptäckt att det går att undvika symtom genom att de gör på ett annat sätt. Det kunde vara så litet som att göra saker vid rätt tid på dygnet exempelvis, för en del fungerar dusch på kvällen bättre medan andra får mindre symtom av att duscha på morgonen. Genom dokumentation av åtgärderna blir det tydlig vad som är prövat och det hjälper arbetet framåt.

Arbetet med vårdplaner upplevdes ge positiv effekt och personens symtom minskar när personalen anpassade omvårdnaden efter personens behov minskade också behovet av lugnande läkemedel. Oftast ledde det till att de lyckats hjälpa personen men om det inte fungerade så tar personalen hjälp av sjuksköterska för t.ex. läkemedelsförändring, men man försökte alltid att lindra med åtgärder först. Att arbeta utifrån vårdplaner kunde innebära en del extra jobb för att möta personernas behov men det upplevdes inte vara något problem om det samtidigt minskade personens symtom.

Trots att personalen inte alltid tyckte samma så arbetade gruppen ändå lika utifrån vad som planerats, så var det inte innan. Personalen berättade att åtgärder kunde vara riktade för att hjälpa en enskild individ men kunde även vara ämnade att förebygga symtom på ett allmänt plan. Det blev ett förebyggande sätt att arbeta. Genom att arbeta lugnt samt att inte stressa, skapades en lugn miljö på enheten. Lugn skapades genom att tala lugnt och tydligt och se

personen i ögonen och förklara vad man gör. Det upplevdes viktigt att personalen agerar på samma sätt i omvårdnaden, exempelvis att alla gav personen samma svar på frågor för att undvika förvirring. Genom att personalen arbetade med planerade åtgärder under dagen så kan det skapades lugn även på kvällen. På kvällarna undveks livliga aktiviteter och istället verkades det för lugn på avdelningen. Det kunde göras genom att sitta ner tillsammans och prata i dämpad belysningen när det är dags att komma till ro.

Efter att ha använt registret ett tag förstod personalen vikten av att åtgärderna följdes upp kontinuerligt. Därför hittade de på olika sätt för att påminna sig om de åtgärder som beslutats. Exempelvis placerades vårdplanen på insidan av medicinskåpet eller så användes whiteboardtavla där rumsnummer och åtgärder dokumenterades. Personalen följde också upp att åtgärderna blivit gjorda genom att använda signeringslistor, så kunde de se så allt blir gjort och dokumentera samt orsaken till att åtgärderna inte blir gjorda. På en enhet hade en av personalen som arbetsuppgift att se till att åtgärderna blir gjorda. Några av enheterna hade gott om tid avsatt för uppföljningar medan andra inte har någon avsatt tid alls, men då personalen såg att arbetet med Bpsd-registret gav resultat såg de till att hitta sätt att få tid för arbetet. Tid för skattningar och uppföljningar schemalades andra använde tid vid arbetsplatsträffar då hela gruppen är med.

I samband med uppföljning så ser personalen tydligt om symtomen minskat, de beskriver att när registret används ett tag så blev det tydligt hur bra det är att ha en bemötandeplan. Det är inte alltid åtgärderna hjälper då görs en ny skattning och nya åtgärder införs. Förutom planen i Bpsd-registret (bemötandeplan) så arbetade omvårdnadspersonalen även med genomförandeplanen som de använder enligt SOL (socialtjänstlagen) som är mer allmän. I den planen beskrivs omvårdnaden som personen behöver under dagen från morgon till kväll. I Bpsd-planen så finns det åtgärder som passar för stunden. Om behovet kvarstod över tid och att det är något som personen behöver i sin vardag skrivs det in i genomförandeplanen. Det upplevdes vara betydelsefullt att få ett arbetsblad med tillräckligt med utrymme att skriva planen i, vad som skulle utföras, hur det ska göras och av vem. Personalen hittade åtgärder som hjälper genom att testa åtgärder under en tid, några veckor eller upp till en månad och om det fungerade skrevs det in i personens vårdplan. Ibland fanns det som kommit fram redan i genomförandeplanen. Fungerar inte åtgärden så gick det att prova åtgärden senare i sjukdomen då det kan fungera bättre.

I samband med skattningen bestämmer personalen när uppföljningen skulle göras, om det inte var så svåra symtom eller inga symtom alls gör detta efter halvår, om det är mycket symtom så gjordes uppföljning redan efter en månad. Inga förändringar av vårdplanen genomfördes innan utvärdering, om inte personen reagerar mycket negativt på vidtagna åtgärder. Även om personalen känner att det fungerar och har sett resultat av att arbeta med registret så framkom att ett antal deltagare inte var säkra på varför det blir bättre.

Diskussion

Metoddiskussion

Studien syfte var att undersöka undersköterskors erfarenheter av att använda bpsd-registret. För detta användes kvalitativ design. Enligt Polit och Beck (2012) så är kvalitativ design lämplig för att studera upplevelser och komplexa fenomen. Semistrukturerade intervjuer med öppna frågor och följdfrågor användes, för att inte missa viktig information. Deltagarna uppmuntrades att berätta fritt om sina upplevelser vilket överensstämmer med Polit och Beck (2012) beskrivning av hur semistrukturerade intervjuer bör utföras.

Enligt Polit och Beck (2012) så behöver forskaren ställa sig frågan vem som skulle kunna tillföra mycket information om det som önskas undersökas. I detta fall var det undersköterskor som vårdar personer med demenssjukdom och har erfarenhet av att använda Bpsd-registret. Utifrån egen erfarenhet bedömdes att deltagare i studien behövde ha använt Bpsd-registret i minst ett år för att lära sig att använda verktyget i verksamheten. Enligt Polit och Beck (2012) så används urvalskriterium för att kunna undersöka ett visst fenomen a.a. Ett viktigt urvalskriterium var därmed att enheten skulle ha använt redskapet tillräckligt länge bedömdes vara avgörande för att få den information som söktes (Polit & Beck 2012). Det var inte ett kriterium att alla deltagare skulle vara administratörer, men det visade sig att alla som ville delta i intervju var utbildade administratörer. Att alla deltagare var administratörer och har extra utbildning i användandet av Bpsd-registret har troligtvis påverkat resultatet. Det finns vanligtvis en till två administratörer på enheten och genom utbildningen så hade de lite mer kunskap än sina kollegor. De har som uppgift att hjälpa kontaktpersonen vid skattningar och att föra in resultatet i registret. En studie med deltagare som inte genomgått administratörsutbildning eller en blandad grupp skulle troligtvis visat något annat resultat. Polit och Beck (2012) tar upp behovet av att hitta

deltagare som kan bidra tillräckligt med information, vilket denna grupp deltagare kunde. Urvalet kan därmed sägas vara homogent, vilket ofta används vid fokusgruppsintervjuer. Ett homogent urval kan användas för att förstå en grupp eller ett fenomen extra väl (Polit & Beck 2012). Syftet med studien var att undersöka hur användningen av registret upplevdes av undersköterskor, vilket resultatet visar även om urvalet inte är representativt för alla i en arbetsgrupp som arbetar inom demensvård. Deltagargruppen var dock representativ för undersköterskor som arbetar inom vården av personer med demenssjukdom då de flesta var kvinnor där många var äldre och endast en deltagare var man. Enligt Polit och Beck (2012) så bör urvalet vara likt verkliga livet och gör det därigenom överförbart till andra enheter. De undersköterskor som deltog i studien arbetade med personer med demenssjukdom inom kommunal hälso- och sjukvård i Västra Götaland. Det visade sig att alla deltagare hade tillräckligt med erfarenheter för att bidra med unik och viktig information.

Intervjuerna utfördes under några månaders tid, våren 2015, författaren anpassade sig efter deltagarnas möjligheter. Intervjuerna utfördes i tio olika kommuner vilket kan ses som en styrka då resultatet speglar de olika förutsättningarna som fanns på olika enheter i olika kommuner. Resultatet bidrar därmed till en bredare förståelse för fenomenet i fokus än om alla intervjuer hade varit utförts på samma enhet. Enligt Polit och Beck (2012) så är det viktigt att forskaren inger förtroende men samtidigt inte blir för emotionellt engagerad då det kan göra att det blir svårare att samla in data. Forskaren behöver alltså vara medveten om risken att påverka resultat genom sitt beteende.

Författaren försökte att hjälpa deltagarna att känna sig så bekväma som möjligt vid intervjuerna. Många deltagare var lite nervösa i början men författaren försökte underlätta för deltagaren genom uppmuntran till att utveckla och berätta mer om sina upplevelser vilket också resulterade i ett fylligt material.

Vid första intervjun blev det tydligt hur viktigt det vara att börja med neutrala frågor som deltagarens ålder och yrkeserfarenhet för att få flyt i intervjun, till skillnad mot övriga intervjuer så blev den något stel, det kan ses som ett misstag på grund av ovana hos forskaren.

Det var meningen från början att det skulle vara enskilda intervjuer men redan vid första intervjun så visade sig att tre personer ville delta i intervjun. Just den intervjun var blev olik

de andra men författaren upplevde att det berodde på att intervjun startade för tvärt, om det bara hade varit en deltagare i intervjun så kan det ha lett till att deltagarna känt sig mer besvärade och tysta. Polit och Beck (2012) tar upp svårigheterna med att intervjua grupper rent tekniskt då det kan vara svårt att höra vad deltagarna säger om de talar samtidigt. Vidare tar de upp att det som sägs i fokusgruppsintervjuer inte bör uppfattas som personliga åsikter utan gruppens. De menar även att det är viktigt att vara uppmärksam på om det som sägs i intervjun verkar vara hela gruppens åsikt eller bara en personens a.a. Vid intervjun med två deltagare tog den ena deltagaren över och talade mest, det finns risk för att det då missades viktigt information som den andra deltagaren hade att förmedla. Vid de andra intervjuerna med fler än en deltagare så fyllde deltagarna och förtydligade varandras uttalanden det upplevdes därför som att alla deltagares upplevelser framkom. Vissa teman återkom i de flesta eller alla intervjuerna, men varje intervju tillförde någon ny fakta. Skillnaderna berodde troligtvis på att det var olika enheter. Deltagarna var stolta över det arbete de utfört och för hur resultatet hade blivit för personerna med demenssjukdom. Det upplevs dock inte troligt att de överdrev resultatet i positiv riktning. Vid frågor som de inte upplevde att de svar på som om anhöriga på något sätt hade uppmärksammat arbetet så var det bara en person som mindes att det upplevts positivt.

För att få en exakt återgivning så spelades intervjuerna in med digital bandspelare och transkriberades sedan av författaren. Materialet lästes igenom och bearbetades ett flertal gånger av författaren. Det var dock ibland en svårighet att vara ensam författare, då det inte fanns någon att diskutera med. Materialet skapade ändå en tydlig bild av ett lärande och förändring på samtliga enheter.

Materialet bearbetades med kvalitativ innehållsanalys och det manifesta innehållet vilket enligt Graneheim och Lundman (2004) är det uppenbara innehållet som sammanställdes och strukturerades. Resultatet svarade efter mycket analysarbete upp till studiens syfte då det skapar en tydlig bild av hur det upplevdes att använda Bpsd-registret.

Enligt Graneheim och Lundman (2004) kan en studies trovärdighet bedömas utifrån hur den har utförts. Genom noggrann beskrivning av urvals och analysprocessen ges läsaren möjlighet att bedöma studiens giltighet. När studiers trovärdighet bedöms används vid kvalitativa studier begreppen giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet. Genom att använda citat från intervjuerna i resultatdelen ökar studiens trovärdighet. Vid genomläsning och i

analysprocessen har syftet används som utgångspunkt för att inte tappa relevanta delar av resultatet. Även detta ökar studiens trovärdighet.

Författaren har också reflekterat över sin förförståelse och upplevt att den var till nytta i början av studien för att formulera relevanta frågor. När intervjuerna började så gjorde deltagarnas svar att författaren fick tänka i nya banor. Då intervjuerna är utförda på enheter i ett större geografiskt område utan band till varandra så kan resultatet även överföras till andra enheter i landet som använder registret, vilket upplevs som en styrka.

Även om kontakten med deltagarna förmedlades till viss del av enhetschefer så upplevs det inte ha påverkat intervjuerna då alla deltagare garanterades konfidentialitet och att det ej går att urskilja vad som är sagt på vilken enhet för någon annan än författaren.

Vid kvalitativa studier så är urvalet för litet för att man skall kunna dra några generella slutsatser, det är dock tydligt att vissa data återkommer i resultatet.

Resultatdiskussion

Studiens resultat beskriver undersköterskors erfarenheter av att använda Bpsd-registret i omvårdnaden av personer som drabbats av demenssjukdom. Upplevelsen var att användandet av Bpsd-registret har lett till ökad kunskap och att deras arbetssätt förändrats allt eftersom att de sig att har lärt att använda verktyget. Resultatet visar att användandet av Bpsd-registret i omvårdnaden har lett till att fokus läggs på att möta behoven hos personen med demenssjukdom och ger struktur till arbetet. Resultatet visar i likhet med resultatet i två andra magisteruppsatser som publicerats sedan studien påbörjades (Bodén 2016) (Christine Lantz, 2016).

Gemensamt fokus genom att använda Bpsd-registret

Resultatet kan förstås utifrån Wenger (1998) som beskriver lärande i grupp och det samspel som sker i arbetsgrupper med liknande arbetsuppgifter som på en arbetsplats. Det kallar han Communties of practice eller praktikergemenskap som det kan översättas till på svenska. Det som gör en arbetsgrupp till en praktikergemenskap är att det är en grupp där lärande skapas genom interaktion i gruppen och genom förtingling skapas tillämpning i arbetet. Förtingling innebär t.ex. att det dokumenteras hur en situation ska hanteras t.ex. rutiner men kan även vara hjälpmedel eller gemensamma minnen. I ett cop så träffas medlemmarna i gruppen och kan diskutera personliga värderingar, teorier och kunskap. Det handlar inte om att alltid vara

överens utan att diskutera och lyssna på varandra. Wenger (1998) kallar denna interaktion för att förhandla om mening, vid förhandling skapas en gemensam mening. Processen att skapa en gemensam mening är central för ett cop och resultatet är inte statiskt utan ändras när förutsättningarna ändras genom t.ex. ny kunskap. Andra kännetecken för ett cop är att det finns ett gemensamt språk, engagemang, mål och arbetssätt a.a.

Resultatet visar att det tog ett tag för personalen att lära sig och förstå hur Bpsd-registret fungerade och hur de kunde använda det. Det var först när de såg att arbetet hade minskat symtom som de såg syftet med arbetet. När personalen lärt sig att använda Bpsd-registret upplevde att de genom att använda verktyget fått ett nytt sätt att förstå och hantera Bpsd-symtom hos de personer som de vårdar. Genom Bpsd-registret de lärt sig att känna igen och särskilja olika Bpsd-symtom från varandra. Det blev rutin att skatta vid förändring i beteendet hos personen med demenssjukdom för att se vad problemet bestod av, sedan kunde de hitta en åtgärd anpassad till symtomet och individens behov. När personen har svårt att uttrycka sina behov det har tidigare lett till att Bpsd-symtom ofta behandlats med läkemedel, nu berättar deltagarna att det oftast går med åtgärder istället. Personalen upplevde nu att om de identifierar orsaken till symtomen och kan lindra patientens obehag så upphörde ofta Bpsd-symtomen. De förstår att Bpsd-symtom kan bero på fysiska eller psykiska orsaker som gör att personen beter sig på ett sätt som de inte annars skulle ha gjort. När personalen förstår att symtomen beror på personen lider blir de mer uppmärksamma på tecken på eventuell ohälsa som kan orsaka Bpsd-symtom.

Personalen förstod också varför det var viktigt att samla in den information som sjuksköterskan ber om till t.ex. kvalitetsregistret, de berättade att de lärt sig att använda nya instrument för att på detta sätt hitta nya sätt att hjälpa de personer som de vårdar. Arbetet med Bpsd-registret har lett till ökat samförstånd mellan personalen som grupp och med sjuksköterskan. Det upplevdes att de nu arbetar tillsammans mot att patienten skall få det bra. Genom Bpsd-registret har personalen fått ett tydligt gemensamt mål och riktning i sitt arbete, Bpsd-registret har också gett en tydlig struktur för att nå målet som i en praktiker gemenskap. Det upplevs att arbetet med Bpsd-registret kräver att man engagerar sig mer.

Förebyggande arbete

Personalen har börjat arbeta förebyggande genom åtgärder och bemötande försöker och undvika att symtom uppstår. Användningen av Bpsd-registret har gett personalen bättre

förutsättningar för att kunna förstå och möta de behov som personen med demenssjukdom har. När personalen såg att symtomen minskar och att personen med demenssjukdom mår bättre, på grund av de åtgärder som införs, blev de motiverade till fortsatt arbete utifrån verktyget. Personalen förstod att åtgärderna var viktiga för att nå resultat, så de hade skaffat verktyg för att påminna och kontrollera, som signeringslistor. De olika sätten att som används för att se till att åtgärderna blev utförda tyder på det har varit ett problem med följsamhet och engagemang men att enheterna har hittat sätt för att öka följsamheten genom påminnelser och kontroll. I en tidigare uppsats (Lantz, 2016) om användandet visar också på att det i början av användandet var svårt att implementera åtgärder i arbetet. Administratörerna tror där att följsamheten skulle öka om alla medarbetare fick gå administratörsutbildningen, vilket deltagarna även tog upp som ett sätt att förbättra i denna studie. Administratörerna upplevde att administratörsutbildningen gav mer förståelse om hur varför arbetet med Bpsd-registret och vad som var viktigt än vad den webbaserade utbildningen gjorde. Anledningen att brist på engagemang inte nämns som ett stort problem i resultatet kan bero på att personalen sett tillräckligt med positiva resultat för att för att hela gruppen nu följer åtgärderna i arbetet. På hemsidan för kvalitetsregistret (Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens, 2010) beskrivs vikten av att hela gruppen ser synliga resultat för att nya arbetssätt skall kunna implementeras. Påminnelserna och kontroll kan också ha bidragit också ha bidragit till ökad följsamhet och är viktiga för att hjälpa ny personal och vikarier att komma in i arbetet. Endast på en enhet var det tydligt att enhetschefen genom att införa att en person hade ansvar för att åtgärderna blev gjorda dagtid, aktivt hjälpt personalen att säkerställa att åtgärderna blev gjorda. Enhetschefen har enligt Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (2010) en viktig roll för att implementera arbetssättet genom att ge stöd visa engagemang och intresse.

Arbetet upplevs med Bpsd-registret fått en ny mening, personalen kan genom sitt arbete påverka och förbättra för patienten. De får själva en lugnare arbetsmiljö med mindre Bpsd-symtom det leder till en ökad arbets-tillfredställelse. Även om patienten skulle få symtom så upplevs de lättare att hantera om man vet varför de uppstår. Symtomen blir mer hanterbara, personalen får en ökad förståelse för personen med demens och kan se egen roll. När personalen ser att symtomen minskar och personen mår bättre blir det meningsfullt

att hitta åtgärder. När personalen ser att det hjälper personen och att alla har samma arbetssätt så blir det också meningsfullt att följa planen även om alla inte alltid tror på åtgärden. Personalen upplever att arbetet blir roligare när de känner att de kan hjälpa personen.

Gruppens gemensamma mål är att hjälpa personen med demenssjukdom, det ger mening åt arbetet och riktning. Flera deltagare i intervjuerna har berättat om att gruppen fått ett gemensamt sätt att tänka och uttrycka sig sedan de börjat arbeta med verktyget vilket också är ett kännetecken för det som Wenger (1998) kallar en praktiker gemenskap.

Alla enheter visade sig använda levnadsberättelsen för att lära känna och förstå de personen som de vårdar. Alla deltagare uttrycker att det är avgörande att känna personen för att kunna hitta åtgärder som fungerar. Det stämmer med en av Socialstyrelsens (2017) indikatorer för god vård på särskilt boende att vården utformas utifrån personens levnadsberättelse. Men de berättar också att levnadsberättelsen oftast var skriven av en anhörig och fick mindre betydelse när de kände personen. Man tyckte att det var bättre om personen skrev den själv. Enligt Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (2010) så skall helst levnadsberättelsen skrivas av personen själv tillsammans med anhöriga.

Enligt Ekman et al (2011) så behövs rutiner för att säkra utvecklingen mot ett personcentrerat arbetssätt, de lyfter fram betydelsen av levnadsberättelse som ett första steg för att skapa en relation samt partnerskapet och planen a.a. Om levnadsberättelsen skrevs tillsammans med personen med demenssjukdom skulle troligtvis kunna bidra personcentrerad vård. Relationen mellan personal och den personen med demens som troligtvis fanns sedan tidigare men genom ökad förståelse kan ha blivit djupare. Att använda planer i vården var inte helt nytt heller men kunde inte följas upp som med bpsd-registret genom ny skattning (Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens 2010). Personen med demens kan ha svårt att medverka i att skriva sin vårdplan men vårdpersonalen försöker tolka symtomen för att möta behoven.

Med hjälp av Bpsd-registret lärde känna personerna med demens och förstå deras beteende och deras behov på ett sätt som de kanske inte gjort innan. Personalen ser personen som döljs på grund av sjukdomen, de kan med hjälp av kännedom om personens tidigare liv

förstå personens beteende. De kan förstå beteende som kan verka oförklarligt för någon som inte känner personen, detta sätt att se personen beskriver Kontos och Naglie (2007) som beskriver hur personens vanor sitter i och har betydelse för individen. Det kan vara att låta personen som upplever att han skall sköta sitt jobb få vara ute och sopa eller plocka i trädgården om det varit något han brukat göra. Det blir ett sätt för individen att uttrycka sig och så länge beteendet inte skadar någon så låter personalen dem fortsätta. När personalen förstår och hanterar individens beteende med åtgärder behövs inte läkemedel. Kontos och Naglie (2007) beskriver även hur förståelse för individen som person och förståelse för kroppsligt obehag samt personalens lösningar för att tillmötesgå personens behov som personcentrerad vård a.a. Personalen försökte identifiera vad som orsakar symtom och om möjligt se till att personen slipper känna obehag, de försöker skapa en bra tillvaro för dem de vårdar. De försöker även stärka personernas självbild genom att hjälpa personen med demenssjukdom att uttrycka sina behov genom frågor. När personen med demenssjukdom inte kan uttrycka sina behov så försökte personalen hitta olika sätt förstå vad personen behöver och möta personens behov. Genom att vara uppmärksamma på reaktioner hos personen med demenssjukdom så kan de dra slutsatser om åtgärderna fungerar. När gruppen lyckats finna åtgärder som leder till att personen blir mindre orolig så skrivs det in i en vårdplan.

Hedman (2014) har i sin avhandling genom intervjuer visat att personer med demenssjukdom inte känner sig annorlunda men har svårt att uttrycka sig vilket påverkar förmågan att förmedla behov. På grund av sin sjukdom fick de ibland hoppa över uppgifter som var försvåra och allt eftersom det blev fler saker som de inte längre klarade så ledde det till att de kände sig ledsna och maktlösa över att förlora förmågor. Nordenfeldt (2010) beskriver hur personens självbild och identitets värdighet kan skadas av funktionsnedsättning vid sjukdom. Hedman (2014) beskriver hur samhällets negativa syn på personer med demenssjukdom leder till att personer som drabbas av demenssjukdom känner sig bortstött och utesluten av samhället även om synen på sjukdomen håller på att förändras. Avhandlingen visade på svårigheterna för personer med demenssjukdom att lyfta fram sina positiva attribut i en grupp på grund av talsvårigheter relaterade till sjukdomen. Hedman (2014) har genom intervjuer med personer med demenssjukdom kommit fram till att med stödjande bemötande och genom att ge tid till personen med demens hjälper det

personen att positionera sig positivt. Förmågan att positionera sig positivt var viktig för att kunna vara en del av en gemenskap.

Personerna med demenssjukdom behöver den omsorg och hjälp att lyfta fram det de kan i stället för det som är svårt, det gör personalen för att höja självförtroendet hos personerna med demens. Personalen berättar även hur de genom åtgärder försöker motivera personen att vara med i aktiviteter för att få sysselsättning och känna tillhörighet och att de betyder något för någon annan. Dessa handlingar är psykosociala vårdåtgärder som enligt Kitwood (1997) är de viktigaste åtgärderna för att hjälpa personen med demens. Personalen försökte även sätta sig in i hur personen kunde uppleva sin tillvaro för att se om det var något de kunde göra för att hjälpa personen så att de slapp att få Bpsd-symtom.

Sjuksköterskans roll – The Broker

Sjuksköterskans roll i arbetet med registret var lite svår att se i resultatet, sjuksköterskan var inte med vid skattningarna men personalen upplevde att de fick den hjälp de behövde i omvårdnaden. Man kunde ändå se i resultatet att sjuksköterskan hade varit med och format arbetssättet genom de instrument som personalen lärt sig att använda. Wenger (1998) skriver om en ”mäklare” en person som kan implementera ny kunskap i gruppen, Sjuksköterskan har utifrån sin kompetens denna speciella roll i praktikergemenskapen, att föra in ny kunskap för att förbättra vården för personerna som vårdas. Sjuksköterskan som är ansvarig för patientens omvårdnadskvalitet, beskrivs som ett stöd som kan hjälpa personalen att hitta lösningar genom att ställa ”rätt” frågor. Bpsd-registret kan med sin tydliga struktur vara till hjälp för sjuksköterskan i arbetet med forma en god omvårdnad för personen med demens. Enligt Sjuksköterskans kompetensbeskrivning så ingår det i arbetet att stödja och handleda personalen (Socialstyrelsen 2005). Sjuksköterskan kan bidra till kompetensutveckling andra yrkesgrupper inom hälso- och sjukvård för att ge patienten optimal vård a.a. Enligt Apker, Propp, Zabava Ford och Hofmeister (2006) så är vissa kommunikationsegenskaper viktiga för att sjuksköterskan skall kunna fungera väl i team och förbättra situationen för patienten. De menar att sjuksköterskan skall söka och hantera information som behövs för att hjälpa patienten och förmedla den vidare till rätt person/ profession på ett sätt så att de förstår. Sjuksköterskan bör kunna visa övriga teammedlemmar med respekt och omsorg och kan hitta lösningar och fattar beslut. En sjuksköterska behöver kunna hantera konflikter när de uppkommer på ett taktfullt sätt,

delegera uppgifter till andra medarbetar och motivera och uppmuntra a.a. Karlsson, Ekman och Fagerberg (2008) menar att en viktig förutsättning för gott samarbete är att man vet vilka förväntningar som finns på respektive individ. Deras resultat visar vidare att sjuksköterskan ses som en nyckelperson som planerar och fattar beslut om vården för de personer som vårdas på enheten. Personalen inom kommunal hälso- och sjukvård, upplevde att det var mycket viktigt att sjuksköterskan förstod dem och de såg sjuksköterskan som en ledare med expertis inom omvårdnad. För att Sjuksköterskan skall kunna axla rollen som den som planerar vården inom personcentrerad vård så krävs det enligt McCormack och McCance (2006) att sjuksköterskan har egenskaper som professionell kompetens och tydliga värderingar. Det krävs även att det finns en stödjande organissation, delat beslutsfattande och makt samt öppenhet för att ta risker. Det behöver finnas fungerande relationer mellan medarbetare samt den den kompetensmix som behövs på enheten för att personcentrerat arbetet skall vara möjligt.

Viktiga skattningsmöten - Förhandling om mening

Åtgärderna togs fram vid skattningar i grupp. Personalen upplever att vid skattningar hittade de lösningar som fungerade för att lindra symtom "förr eller senare" genom att diskutera i grupp. Det är alltså avgörande att det finns möjlighet för undersköterskegruppen att sitta tillsammans och söka lösningar. I resultatet så var det oftast enbart administratören, kontaktpersonen och möjligtvis någon mer i personalgruppen, sjuksköterskan är mycket sällan med och inte heller sjukgymnaster eller arbetsterapeuter. I tidigare magisteruppsatser Bodén (2016) och Lantz (2016) så visar resultatet att sjuksköterskan varit mer aktiva vid registrering än på de enheter där denna studiens intervjuer utförts, speciellt om sjuksköterskan även var administratör. Enhetschefen avgör vilka resurser som undersköterskorna får tillgång till, därför är det viktigt att enhetschefen är insatt i Bpsd-registret dess funktion och vad arbetet med registret kan bidra till. Enligt Socialstyrelsen (2016) så har uppföljning av personens beteendemässiga och psykiska symtom högsta prioritet, utifrån att åtgärden bidrar till lindrigare beteendemässiga och psykiska symtom, förbättrad funktion och livskvalitet samt minskat omsorgsbehov hos personer med BPSD-symtom a.a. Det framkommer i intervjuerna att grupperna hade väldigt olika förutsättning för sitt arbete med Bpsd-registret i tid och stöd. Några deltagare berättade att de fick stöd och avsatt tid från sin enhetschef. Dessa grupper hade nått långt och hittade kreativa och innovativa sätt att hjälpa personerna, i dessa grupper hade personalen ofta fått studera om

demens tidigare vilket kan ha varit till nytta. I minst en av dessa grupper hade flera av medarbetarna fått gå administratörsutbildning vilket också kan bidragit till goda resultat. Enligt Nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom (2016) så är det kvalitetsindikator för utveckling att omsorgspersonal har genomgått längre påbyggnadsutbildning med inriktning mot demens. Det verkar som att de arbetsgivare som har satsat på att utbilda sin personal om demens, har fortsatt att ge personalen resurser nu i form av tid vilket tillsammans med deras tidigare kunskap har lett till att personalen har lättare att hitta åtgärder som fungerar och är mer tillfredsställda med sitt arbete.

De grupper som inte fick avsatt tid för att arbeta med Bpsd-registret upplevde att det var svårt att hinna med arbetet bland alla andra uppgifter. Genom att inte få tid att sitta ner i gruppen och diskutera symtom och lösningar försvinner möjligheten till socialt lärande och möjligheten till att diskutera utifrån flera perspektiv förloras. Gruppen får inte del av gruppmedlemmarnas samlade kunskap och lär inte lika mycket av varandra. Möjligheten att bygga upp en gemensam kunskapsbank i gruppen minskar. Om inte gruppen är delaktig i skattningar så minskar förutsättningarna för att implementera arbetssättet i verksamheten, om personalen inte är med och förstår åtgärderna så kan följsamheten minska. Enligt Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (2010) så är det viktigt att medarbetarna blir uppmärksammade för sitt arbete både. Brist på avsatt tid signalerar att arbetet inte är viktigt för ledningen.

Personalen såg nyttan av att använda Bpsd-registret och att och de gjort framsteg men upplevde att brist på tid gjorde att de inte kunde hjälpa personen så väl som de ville, de upplevde att det kändes tråkigt. Personalen uttryckte framför allt önskemål om att få sitta mer och diskutera och utbyta erfarenheter och få mer tid för individuella aktiviteter med personerna. Enligt Beck, Ortigara, Mercer och Shue (1999) visar tidigare forskning om hur utbildning för omvårdnadspersonal visar att det behövs mer än bara utbildning för att uppnå för att nå goda resultat. Det krävs att kulturen på enheten ändras och att all personal på boendet kan vara med och forma vården och vårdpersonalens viktiga roll uppmärksammas. I bpsd-registret så ges personalen möjlighet att lära sig och utvecklas, i arbetet tas personalens kunskap tillvara vilket kan ha bidragit till goda resultat.

Slutsats

Personalen upplevde att användandet av Bpsd-registret i omvårdnaden leder till att de arbetar personcentrerat och har bidragit till mindre Bpsd-symtom samt ökad livskvalitet för de personer med demenssjukdom som de vårdar. Det upplevs även att användandet av Bpsd-registret har bidragit till en ökad kunskap och medvetenhet och har hjälpt personalen att få ett gemensamt arbetssätt genom sin tydliga struktur. Personalen upplevde också att det är viktigt att känna personen med demens för att finna åtgärder som fungerar och att det finns möjlighet att sitta i grupp och diskutera olika perspektiv bidrar till att hitta åtgärder. När personalen såg att arbetet med verktyget gav resultat blev det tydligt att hela gruppen behövde följa planen för att nå resultat. Det är viktigt enhetschefen ger personalen möjlighet att sitta tillsammans och arbeta med Bpsd-registret för att hitta fungerande åtgärder.

Arbetet med Bpsd-registret och användandet av levnadsberättelsen samt att det finns en dokumenterad vårdplan bidrar till att vården av personer med demenssjukdom blir personcentrerad, utifrån hur Ekman et al (2011) beskriver personcentrerad vård. Arbetssättet är också personcentrerat utifrån Kitwood (1997) då personalen försöker att förstå vad som orsakar Bpsd-symtom genom att sätta sig in i hur de upplever sin omgivning, för att försöka hitta sätt att hjälpa personen. Personalen arbetar även med psykosociala omvårdnadsåtgärder för att tillgodose personens känslomässiga behov. Slutligen så är arbetet med Bpsd-registret Bpsd-registret personcentrerat utifrån Kontos och Naglie (2007) då personalen kan se individen som döljs av demenssjukdomen och hittar sätt att förstå och hantera tillsynes obegripligt beteende. Att de hittar sätt att genomföra sina arbetsuppgifter utan att det blir för jobbigt för personen med demens och använder omvårdnadsåtgärder framför att behandla symtom med lugnande läkemedel. Genom att använda Bpsd-registret har gruppen även fått ett gemensamt språk, gemensamt arbetssätt, gemensam mening i arbetet och ett gemensamt mål som ett community of practice (COP).

Kliniska implikationer

Det behövs avsättas tid och forum för att reflektera över resultat och ta vara på ny kunskap och nya arbetsmetoder. Personalen behöver ha tid avsatt för att kunna använda Bpsd-registret om de skall kunna hitta åtgärder för att kunna ge personen med demenssjukdom börja möjliga vård. Sjuksköterskan/ Specialistsjuksköterskan behöver ha tid för ge stöd och

vara med och forma omvårdnaden samt att inhämta kunskap om nya sätt att hjälpa personen med demens som kan användas i omvårdnaden. Utifrån att vården på demensboenden är anpassad efter de behov som personer med demens är det viktigt att de får plats på demensboende när det behovet för särskilt boende uppstår.

Förslag på fortsatt forskning

Deltagarna i studien berättar hur de bär största delen av arbetet med registret men på vissa håll så är läkaren intresserad av skattningsresultaten vid bedömningar. Det vore värdefullt att undersöka andra professioners roll i arbetet med registret och se hur de kan bidra i processen. Det vore också värdefullt att undersöka hur anhöriga kan involveras för att främja personcentrerad vård. Ytterligare forskning om hur och när levnadsberättelsen bör skrivas för att hjälpa personen med demens på bästa sätt och användas vore värdefull för att utveckla personcentrerad vård. Den fysiska omvårdnaden har personalen kommit långt med, det som har varit svårare är att arbeta med psykosocialt stöd och aktiviteter. Det vore värdefullt med forskning om det så att det kan utvecklas ytterligare hjälpmedel i detta viktiga område så personer med demenssjukdom kan få det stöd de behöver. Då undersköterskorna är viktiga för vården och omsorgen av personer med demenssjukdom så är det viktigt att undersöka hur arbetet med Bpsd-registret påverkar deras arbetssituation och om det bidrar till att kompetent personal stannar i yrket.

Referenser

Apker, J., Propp, K., Zabava Ford, W & Hofmeister, N. (2006). Collaboration, Credibility, Compassion and Coordination: Professional nurse communication skill sets in health care team interactions. *Journal of Professional Nursing.* Vol 22 , No 32006:pp 180-189.

Beck, C., Ortigara, A., Mercer, S. & Shue, V. (1999). Enabling and empowering certified nursing assistants for quality dementia care*. International Journal of geriatric* Psychiatry. 1999;14, 197-212.

Berg, A., Hallberg, I.R. & Norberg, A. (1998). Nurses` reflections about dementia care, the patients, the care and themselves in their daily caregiving. *International Journal of Nursing Studies* 35 (1998) 271-282.

Boden, A (2016) *Att arbeta med Bpsd-registret- Vårdpersonalens upplevelse* (Magister uppsats). Stockholm Sophia hemmet Högskola. Tillgänglig: http://www.bpsd.se/wp-content/uploads/2014/07/Uppsats-Anna-Bodén-Att-arbeta-med-BPSD-registret-jan-2017.pdf

Dettmore, D., Kolanowski, A. & Boustani, M. (2009). Aggression in persons with dementia: Use of Nursing Theory guide to clinical practice. *Geriatric nursing* 2009;30:8-17.

Egberg Thyme, K., Wiberg, B., Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2013). Qualitative content analysis in art psychotherapy reserárch: Concepts, procedures and measures to reveal the latent meaning in pictures and the words attached to the pictures. *The Arts in Psychotherapy* 40, S101-S107. DOI: 10.1016/j.aip.2012.11.007.

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

Eriksson, S., Minthon, L., Moksnes, K.M., Saarela, T., Sandman, P.O. & Snaedal, J. (1999). *BPSD from a nordic perspective. Behavorial and psychological symtoms in dementia: a state-of-the-art document*. Västra Frölunda: Jansen-Cilag AB.

Finkel, S. (2000). Introduction to behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD). *International journal of Geriatric Psychiatry* 15 S2-S4.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures, measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education today* 24 105-112. DOI: 10.1016/j.nedt.2003.10.001.

Jessop, T., Harrison, F., Cations, M., Draper, B., Chenoweth, L., Hilmer, S., Westbury, J., Low, L., Heffernan, M., Sachdev, P., Close, J., Blennerhassett, J., Marinkovich, M., Shell, A. & Brodaty, H. (2017). Halting Antipsychotic Use in Long-Term care (HALT): a single-arm longitudinal study aiming to reduce inappropriate antipsychotic use in long-term care residents with behavioral and psychological symptoms of dementia. *International Psychogeriatrics*: page 1 of 13 © International Psychogeriatric Association 2017 doi:10.1017/S1041610217000084

Karlsson, I., Ekman, S. & Fagerberg, I. (2008). To both be like a captain and fellow worker of the caring team: the meaning of Nurse Assistants' expectations of Registered Nurses in Swedish residential care homes. (2008) *International Journal of Older People Nursing* 3, 35–45 doi/10.1111/j.1748-3743.2007.00084.x/epdf

Kat, M., Jonghe, J., Aalten, P., Kalisvaart, K., Dröes, R. & Verhey, F. (2002). Neuropsychiatric Inventory (NPI). *Tijdschr Gerontol Geriatr. 2002;33(4):150-155*

Kitwood. T. (1997) The Experience of dementia. *Journal of Aging & Mental Health, 1* (1), 13-22. Doi:10.1080/13607869757344

Kontos, P. & Naglie, G. (2007). Bringing theory and practice Imagination , the body, and personcentred dementia care. *Dementia* Sage *Publications* Vol 6(4) 549-569 DOI: 10.1177/1471301207084394

Kontos, P. & Naglie, G. (2007). Expressions of Personhood in Alzheimer's Disease: An Evaluation of Research-Based Theatre as a Pedagogical Tool. *Qualitative Health Research.* Volume 17 Number 6 July 2007 799-811. Sage Publications Doi: 10.1177/1049732307302838

Lantz, C. (2016). *Omvårdnad av personer med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens Vårdpersonalens erfarenheter av att arbeta med BPSD registrering för personer med demenssjukdom* (Magisteruppsats) Stockholm. Institutionen för Neurobiologi, Vårdvetenskap och Samhälle, Sektionen för omvårdnad, Karolinska Institutet. Tillgänglig: http://www.bpsd.se/wp-content/uploads/2014/07/Magisteruppsats-Tina-Lantz-170520.pdf

McCormack, B. & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing* 56(5), 472–479. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x

Milev, R., Kellar, T., McLean, M., Mileva, V., Luthra, V., Thompson, S. & Peever, L. (2008). Multisensory Stimulation for Elderly With Dementia: A 24-Week Single-Blind Randomized Controlled Pilot Study. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias® ®* Volume 23 Number 4 August/September 2008 372-376 © 2008 Sage Publications 10.1177/1533317508316681

Nordenfeldt, L. (red) (2010). *Värdighet i vården av äldre personer* Lund: Studentlitteratur

Nägga, K., Minthon, L & Eriksdotter, M (2013) Modern demensvård på gång tack vare Nationella riktlinjer *Läkartidningen*. 2013;110:CF9P

Polit, D & Beck, C. (2012). *Nursing Research-Generating and assessing evidence for nursing practice.* Lippincott Williams & Wilkins: China.

Registercentrum syd eyenet, Sweden (2014) *Handbok för utveckling av kvalitetsregister, tredje upplagan.* Åtta45: Karlskrona isbn:978-91-7164-471-8 Hämtat 2014-11-20

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen* (HSL) Stockholm: Socialdepartementet. Hämtat 2016-09-01.

SFS 2001:453. *Socialtjänstlagen* (SOL) Stockholm: Socialdepartementet. Hämtat 2015-03-20.

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor.* Stockholm: Utbildningsdepartementet. Hämtat 2014-12-07.

SFS 2014:821. *Patientlagen.* Stockholm: Socialdepartementet. Hämtat 2015-03-22.

Skolverket och Fritzes (2000) *Gy2000:15 Omvårdnadsprogrammet, programmål, kursplaner, betygskriterier och kommentarer.* Centraltryckeriet: Borås ISBN 91-38-31685-4. Hämtat 2015-03-25.

Socialstyrelsen (2005) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska.* http://www.alvsbyn.se/wp-content/uploads/2014/06/2005-105-1_20051052.pdf Hämtat 2017-03-26.

Socialstyrelsen. (2010). Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Västerås: Socialstyrelsen. Hämtad 2016-09-08. http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18012/2010-5-1.pdf Hämtat 2014-11-26.

http://www.socialstyrelsen.se/omsocialstyrelsen Hämtat 2017-01-20.

Svensk sjuksköterskeförening (2017) *Kompetensbeskrivning, Legitimerad Sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktsköterska.* Hämtad 2017-05-13.

https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/distriktskoterksa.kompbeskr.webb.pdf

Svensk Sjuksköterskeförening (2013) *Teamarbete och förbättringskunskap-två kärnkompetenser för god och säker vård.* Hämtad 2017-02-19. https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kvalitet-publikationer/teamarbete.och.forbattringskunskap.pdf

Svenskt Demenscentrum SDC (2008) *Fakta om demens.* Hämtad 2015-01-15. http://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/

Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (2010). Hämtat 2014-11-10. http://www.bpsd.se/om-bpsd-registret/om-svenskt-bpsdregister/

Vasse, E., Vernooij-Dassen, M., Cantegreil, I., Franco, M., Dorenlot, P., Woods, B. & Moniz-Cook, E. (2011). Guidelines for psychological inventions in dementia care: a European survey and comparison. *International Journal of Geriatric Phychiatry.* Doi: 10:1002/gps.2687

Vårdförbundet (2014) *När vården flyttar hem.* Göteborg. Vårdförbundet avdelning Västra Götaland. Hämtad 2016-09-09 https://www.vardforbundet.se/SysSiteAssets/lokala-avdelningar/vastra-gotaland/vattenfallet/nar_varden_flyttar_hem_webb.pdf

Västra Götalandsregionen (2016) *Slutrapport avseende projektet minskad förskrivning av sömn- och lugnande läkemedel i Västra Götalandsregionen, samt förslag till fortsatt arbete.* Hämtad 2017-03-20 från http://epi.vgregion.se/upload/L%c3%a4kemedel/Psykiatri/Projektrapport%20slutrapport%20ver%2016%2001%2019%20pdf.pdf

Västsvenska kommunalförbundens samorganisation (2011) *Avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland* Hämtad 2014-11-18 från Västra Götalandsregionen. www.vgregion.se/upload/HSA%20kanslienheten/H%C3%A4lso-20och%20sjukv%C3%A5rdsavtalet/H%C3%A4lso-%20och%20sjukv%C3%A5rdsavtal%202012-2016.pdf

Wenger, E (1998) *Communies of practice- Learning, Meaning and Identity.* Cambridge University Press: New York

Wood, B., Spector, A., Jones, C., Orrell, M. & Davies, S. (2005). Reminicence therapy for dementia. *The Cochrane Collaboration.* John Wiley& Sons, Ltd

Ädelreformen (2016) i *National encyklopedin* Hämtad 2016-09-09 från http://www.ne.se.ezproxy.server.hv.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/ädelreformen

Till:

Enhetschef

Förfrågan om tillåtelse att genomföra studie.

Undersköterskor upplever hur det är att använda Bpsd-registret (symtomskattning, orsaksanalys och omvårdnadsplaner)

Detta brev avser tillåtelse att genomföra en studie vid er enhet. Studien syftar till beskriva hur undersköterskor upplever att arbeta med, bedömningar enligt Bpsd-registret (symtombedömning, orsaksanalys och vårdplan) i omvårdnaden av personer med demenssjukdom**.** Det finns ingen tidigare studie som fokuserar undersköterskor erfarenheter av att använda Bpsd-registret. I studien önskat vi intervjua undersköterskor som har använt Bpsd- registret i minst ett år.

Intervjun tar ca 1 timma, utförs på lämplig plats och spelas in. Medverkan är helt frivillig och undersköterskan kan när som helst ändra sig utan att ange orsak. Samtliga uttalanden kommer att behandlas på ett sådant sätt att det inte går att utläsa vilka enheter som har ingått i undersökningen eller vem som deltagit. Datamaterialet kommer inte att användas i något annat syfte än för denna studie och kommer att förvaras oåtkomligt för obehöriga.

Jag har haft kontakt med ansvarig för Bpsd-registret och de ställer sig mycket positiva till studien och vill publicera den på sin hemsida www.bpsd.se. Studien planeras även att publiceras i form av vetenskaplig artikel. Ni kommer att få möjlighet att ta del av resultatet så snart studien är sammanställd.

Studien görs inom ramen för en magisteruppsats i Distriktssköterskeutbildningen med inriktning på avancerad vård i hemmet. Om du har några frågor eller funderingar är du välkommen att kontakta någon av oss.

Författare Handledare

Maria Sjöström, Vänersborg
Leg. Sjuksköterska
Tfn 0702-206288
Maria.Sjostrom@student.hv.se

Maria Skyvell Nilsson
Universitetslektor
Tfn 0520-223878
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur.
Avdelningen för vårdvetenskap på avancerad nivå
Högskolan Väst. Trollhättan
Maria.Skyvell-Nilsson@hv.se

Till verksamhetschef

Tillstånd gives för att specialistsjuksköterskestudenterna Maria Sjöström kan genomföra ovan beskrivna studie:

Verksamhetschef:_____

Namnförtydligande:_____

Datum:_____

HÖGSKOLAN VÄST

Till:

Undersköterska

Informationsbrev om deltagande i en studie om att använda

Bpsd-registret (symtomskattning, orsaksanalys och vårdplaner)

Detta är en förfrågan till dig som undersköterska om du är villig att delta i en intervjustudie. Studien syfte är att beskriva hur det är att arbeta med bedömningar av Bpsd-symtom, orsaksanalys och vårdplaner i omvårdnaden av personer med demenssjukdom**.** Det finns ingen tidigare studie som fokuserar hur undersköterskor upplever det är att använda bpsd-registret.

Jag önskar därför intervjua dig som har använt Bpsd-registret i minst ett år. Intervjun utförs på din arbetsplats, spelas in och tar ca 1 timma. Medverkan är helt frivillig och du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan att ange orsak. Samtliga uttalanden kommer att behandlas på sådant sätt att det inte går att utläsa vilka enheter som ingått eller vem som deltagit. Datamaterialet kommer inte att användas i något annat syfte än för denna studie och det kommer att förvaras oåtkomligt för obehöriga.

Jag har haft kontakt med ansvarig för Bpsd-registret, som ställer sig positiva till genomförandet av studien. Studien kommer även att publiceras på www.bpsd.se och i form av en vetenskaplig artikel. Ni kommer att få möjlighet att ta del av resultatet oavsett om den blir publicerad eller inte.

Studien görs inom ramen för en magisteruppsats i Distriktssköterskeutbildningen med inriktning på avancerad vård i hemmet.

Om du har några frågor eller funderingar är du välkommen att kontakta någon av oss.

Författare

Maria Sjöström, Vänersborg

Leg. Sjuksköterska

Tfn 0702-206288

Maria.Sjostrom@student.hv.se

Handledare

Maria Skyvell Nilsson

Universitetslektor

Tfn 0520-223878

Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur

Avdelningen för vårdvetenskap på avancerad nivå

Högskolan Väst. Trollhättan

Maria.Skyvell-Nilsson@hv.se

Jag, _____har fått information och samtycket till att delta i denna intervjustudie.

Namn_____

Namnförtydligande_____

Datum:_____

Högskolan Väst

Institutionen för hälsovetenskap

461 86 Trollhättan

Tel 0520-22 30 00 Fax 0520-22 30 99

www.hv.se