



HÖGSKOLAN
DALARNA

Examensarbete

Avanceradnivå

Sjuksköterskans erfarenhet av att lindra beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom på geriatrisk avdelning

En kvalitativ intervjustudie

Nurses' experiences of reliving behavioral and psychological symptoms of dementia in the geriatric ward

A qualitative interview study

Författare: Silvana Norin och Nathalie Ekholm

Institution: Högskolan Dalarna

Handledare: Lena Marmstål Hammar

Examinator: Anna Ehrenberg

Ämne: Omvårdnad

Kurskod: AVÅ27H

Högskolepoäng: 15 hp

Examinationsdatum: 230530

Vid Högskolan Dalarna finns möjlighet att publicera examensarbetet i fulltext i DiVA. Publiceringen sker Open Access, vilket innebär att arbetet blir fritt tillgängligt att läsa och ladda ned på nätet. Därmed ökar spridningen och synligheten av examensarbetet.

Open Access är på väg att bli norm för att sprida vetenskaplig information på nätet. Högskolan Dalarna rekommenderar såväl forskare som studenter att publicera sina arbeten Open Access.

Jag/vi medger publicering i fulltext (öppet tillgänglig på nätet, Open Access):

Ja

Nej

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Demenssjukdom är en ökande folksjukdom och nästan alla drabbas av beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD) under sin sjukdomstid. Genom personcentrerad omvårdnad och individanpassade åtgärder kan BPSD-symtom förbyggas och lindras. Det är vanligt att äldre med demenssjukdom är i behov av vård på geriatrisk avdelning. Sjukhusmiljön orsakar en komplex omvårdnadssituation både för sjuksköterskan och personen med demenssjukdom.

Syfte: Syftet var att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av främjande och hindrande faktorer för att lindra beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom på geriatrisk avdelning.

Metod: En kvalitativ intervjustudie genomfördes med 10 sjuksköterskor yrkesverksamma på geriatrisk avdelning. Intervjuerna analyserade utifrån Granheim och Lundmans (2004) innehållsanalys med manifest fokus.

Resultat: Analysen ledde fram till två kategorier. Kategorin *Främjande faktorer för att lindra BPSD på geriatrisk avdelning* bröts ner i följande underkategorier: att tillgodose basala behov, att se hela personen, att vara kreativ i sina lösningar samt betydelsen av teamarbetet. Den andra kategorin *Hindrande faktorer för att lindra BPSD på geriatrisk avdelning* bröts ner i följande underkategorier: att inte ha kompetensen, att vårdmiljön inte är anpassad, att inte ha tillräckligt med personal och tid samt läkemedel som ger negativ effekt.

Slutsats: Sjuksköterskorna eftersträvade personcentrerat arbete med fokus på individens basala behovstillfredsställelse och lindring av BPSD-symtom genom teamarbete. Bristande kunskap och förutsättningar bidrog till svårigheter för att kunna lindra BPSD-symtom på geriatrisk avdelning. Medvetet och metodiskt arbete bidrar till ökad trygghet och välbefinnande för personen med demenssjukdom.

Nyckelord: BPSD, demenssjukdom, geriatrisk avdelning, personcentrerad vård, sjuksköterska

ABSTRACT

Background: Dementia is a public disease that is increasing and almost everyone who is affected has behavioral and psychological symptoms (BPSD) throughout the illness.

Through person-centered care and individually tailored measures, BPSD-symptoms can be prevented and alleviated. It is common for elderly people with dementia to need care in a geriatric ward. The hospital environment causes a complex nursing situation for both the nurse and the person with dementia.

Aim: The aim was to describe the nurse's experiences of promoting and hindering factors in alleviating behavioural and psychological symptoms of dementia in a geriatric ward.

Method: A qualitative interview study was conducted with 10 nurses working in a geriatric ward. The interviews were analyzed based on Granheim and Lundman's (2004) content analysis with a manifest focus.

Results: The analysis led to two categories. The category Promoting factors to alleviate BPSD in the geriatric ward was broken down into the following subcategories: meeting basic needs, seeing the whole person, being creative in their solutions and the importance of teamwork. The second category Obstructing factors for alleviating BPSD in the geriatric ward was broken down into the following subcategories: not having the knowledge, that the care environment is not adapted, not having enough staff and time, and medicine that have a negative effect.

Conclusions: The nurses focused on person-centered work with the individual's basic needs in focus and alleviation of BPSD-symptoms through teamwork. Lack of knowledge and conditions contributed to difficulties in alleviating BPSD-symptoms in the geriatric ward. Conscious and methodical work contributes to increased security and well-being for the person with dementia.

Keywords: BPSD, dementia, geriatric ward, person-centred care, nurse

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
<i>Demenssjukdom</i>	1
<i>Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom</i>	2
<i>Behandling och omvårdnad vid demenssjukdom</i>	4
<i>Personer med demenssjukdom på geriatrisk avdelning</i>	5
<i>Teoretiskt perspektiv: Personcentrerad vård</i>	6
Problemformulering	8
Syfte	9
METOD	9
<i>Design</i>	9
<i>Urval</i>	9
<i>Datainsamling</i>	9
<i>Tillvägagångsätt</i>	10
<i>Dataanalys</i>	11
<i>Etiska överväganden</i>	12
RESULTAT	13
<i>Främjande faktor för att lindra BPSD på geriatrisk avdelning</i>	14
Att tillgodose basala behov	14
Att se hela personen	15
Att vara kreativ i sina lösningar	17
Betydelsen av teamarbetet	18
<i>Hindrande faktorer för att lindra BPSD-symtom på geriatriska avdelning</i>	19
Att inte ha kompetensen	19
Att vårdmiljön inte är anpassad	20
Att inte ha tillräckligt med personal och tid	21
Läkemedel som ger negativ effekt	22
DISKUSSION	23
<i>Resultatdiskussion</i>	23
<i>Metoddiskussion</i>	27
<i>Slutsats</i>	30
<i>Klinisk betydelse för samhället</i>	30
<i>Förslag till vidare forskning</i>	31
REFERENSER	32
BILAGOR	40

INLEDNING

Ämnesvalet för denna uppsats skedde utifrån författarnas gemensamma erfarenheter och intresse för omvårdnadsarbetet riktat mot personer med beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD). För en person med demenssjukdom kan vardagliga aktiviteter upplevas svåra och utmanande. Om samma person blir akut sjuk och behöver inneliggandevård i en främmande sjukhusmiljö kan det leda till att utmaningar blir ännu svårare. BPSD-symtom kan utlösas eller förvärras av bland annat miljöbetingade faktorer samt underliggande sjukdomar. De flesta personer med demensdiagnos är äldre och multisjuka vilket medför en stor sannolikhet för vård på en geriatrisk avdelning under sjukdomstiden. Sjuksköterskan på geriatrisk avdelning träffar oftast personen med demenssjukdom under en kort och intensiv tid och fokus ligger då främst på att behandla det somatiska. Personer med demenssjukdom behöver en individ anpassad miljö och bemötande. Därför vill författarna till denna studie undersöka sjuksköterskans erfarenheter av främjande och hindrande faktorer för att lindra BPSD på geriatrisk avdelning. Förhoppningen med denna studie är att kunna bidra till ökad kunskap och omvårdnads kvalitet för personer med BPSD-symtom som vårdas på geriatrisk avdelning.

BAKGRUND

Demenssjukdom

Enligt World Health Organization (WHO, 2021) beräknas över 55 miljoner personer leva med en demenssjukdom. Redan år 2030 förväntas antalet personer med sjukdomen öka till 78 miljoner, och år 2050 beräknas siffran stiga till 139 miljoner. Demenssjukdom är den sjätte vanligaste dödsorsaken bland alla sjukdomar i världen samt en av de vanligaste orsakerna till sjukdomsbetingade funktionsnedsättningar bland äldre. Det råder en bristande kunskap och förståelse för demenssjukdomar i samhället, vilket leder till stigmatisering och, till följd av det, en fördröjd diagnostisering och vård (WHO, 2022). Idag uppskattas mellan 130 000 – 150 000 personer i Sverige vara drabbade av demenssjukdom (Svenska Demensregistret [SveDem], 2020). I denna uppsats benämns de som har en demenssjukdom som *personer*, för att betona det personcentrerade förhållningsättet.

En demenssjukdom kan vara resultatet av närmare hundra andra olika sjukdomar och sjukdomstillstånd. Hjärnan består av mer än 100 miljarder nervceller och vid demenssjukdom bryts de ner och dör. Skadorna i hjärnan påverkar de kognitiva funktionerna. Kognition är ett samlingsbegrepp för hjärnans förmåga att samla, lagra, ta emot, bearbeta och plocka fram information (Eriksdotter, 2020). Demenssjukdom kännetecknas av en gradvis, ihållande och progressiv försämring (Calsolaro et al., 2021). Vilka kognitiva förmågor som försämras beror på vilken del av hjärnan som sjukdomen drabbar. Försämringen kan bland annat drabba den exekutiv förmåga att planera och fatta beslut. Även inlärningsförmåga respektive när- korttids- och långtidsminne, simultankapacitet, uppmärksamhetsförmåga, förmågan att dela uppmärksamheten och bearbetningsförmågan kan påverkas. Många demenssjukdomar leder till försämrad språkliga förmåga avseende att finna orden, upprätthålla grammatik och vidhålla språkligt flöde. Det är inte ovanligt med försämrad perceptuell motorisk förmåga vilken styr orienteringsförmåga och igenkänning av saker och personer. Många personer drabbas av försämrad social kognition vilket exempelvis medför personlighetsförändring och försämrad förmåga att läsa av andra människor (Edberg, 2020).

Demenssjukdomar indelas i tre olika grupper beroende på bakomliggande orsak. Den första gruppen är primärdegenerativa sjukdomar. Till dessa hör bland annat Alzheimers sjukdom, Frontotemporal och Lewykroppsdemens (Eriksdotter, 2020). Alzheimer sjukdom utgör ensam ungefär 60 procent av *alla* demenssjukdomar (Svenskt demenscentrum, 2020a). Den andra gruppen utgörs av vaskulära demenssjukdomar, även kallade blodkärlsdemens, som orsakats av blödningar eller blodproppar som strypt syretillförseln till hjärnan vilket lett till hjärnskador (Eriksdotter, 2020). De vaskulära demenssjukdomarna utgör ca 30 procent och symtomen kommer ofta plötsligt. Den sista sjukdomsgruppen är sekundära sjukdomar som är helt andra sjukdomar och skador på hjärnan, som kan leda till demenssjukdom i förlängningen men även vara behandlingsbart. Det kan bland annat röra sig om infektioner, hjärntumörer och alkoholmissbruk (Svenskt demenscentrum, 2020b; Eriksdotter, 2020).

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom är vanligt förekommande och drabbar omkring 90 procent av personerna någon gång under sjukdomstiden (Cerejeira et

al., 2012). Beteendemässiga och psykiska symtom kan bland annat yttra sig, och benämns som, aggressivitet, motorisk rastlöshet, vanföreställningar, hallucinationer, apati, hämningsbortfall, oro och ångest, vandrande, upprymdhet/eufori, sömnstörningar och förändrat ätbeteende (Schwertner et al., 2022; Skovdahl et al., 2020). Förekomsten och svårighetsgraden av symtomen kan variera från person till person och BPSD-symtomen är ofta mycket plågsamma för såväl den drabbade som närstående (Cerejeira et al., 2012). Symtomen är ofta särskilt svårtolkade och deras direkta orsak är ofta oklar (Skovdal et al., 2020). De kan utgöra del av personens nya sätt att uttrycka sig i en situation där demenssjukdomen orsakat begränsningar i att kommunicera och förmedla sig (Skovdal et al., 2020; Wisten et al., 2020). Därför är det viktigt att försöka tolka både verbal och icke verbal kommunikation för att förstå en person med BPSD-symtom (Clifford & Doody, 2018). Vidare kan de beteendemässiga och psykiska symtomen vid demenssjukdom bero på att basala behov inte tillgodoses, svårigheter att tolka och orientera sig i den omgivande miljön samt kommunikationsproblem (Ooi et al., 2018). Det kan också handla om brist på meningsfulla aktiviteter, för stora krav, smärta eller somatiska sjukdomar. För hög läkemedelsdos eller olämpliga läkemedel är en vanlig bakomliggande orsak. Symtomen kan också bero på personens hjärnskada. För att kunna förebygga och lindra symtomen krävs grundlig utredning av fysiologiska, psykologiska och miljömässiga förhållanden (Skovdahl et al., 2020). Enligt Socialstyrelsen (2017) handlar det om att i varje enskilt fall observera och kartlägga vad som orsakar eller utlöser symtomen.

År 2010 upprättades ett svenskt BPSD-register för kvalitetssäkring av vården för personer med beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom. Inom BPSD-registret används Neuropsychiatric Inventory Scale Nursing Home (NPI-NH) vilken mäter svårighetsgraden och frekvensen av beteendeförändringar (Cummings, 2009). BPSD -registret registrerar utredningar, åtgärder och utvärderingar kopplade till BPSD-symtom. Inom BPSD-registret ingår en obligatoriskt individuellt bemötande och kommunikationsplan. I bemötandepilen ska det beskrivas hur dygnets alla möten mellan omvårdnadspersonal och personen som vårdas utformas för att förebygga eller reducera eventuella BPSD -symtom (Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens [BPSD], 2023). Vanligast används BPSD-registret på särskilda boenden, men även alltmer inom hemsjukvården och på korttidsboenden. Registret används däremot nästan inte alls inom slutenvården (BPSD, 2020). Enligt Molin (2017) kan kartläggning

av BPSD-symtom i sjukhusmiljön upplevas som alltför tidskrävande. I ett sådant läge kan sjukhuspersonalens första steg bli att kontakta annan vårdpersonal, till exempel på personens boende, för att få en första uppfattning om hur omsorg och miljö kan anpassas på sjukhuset.

Behandling och omvårdnad vid demenssjukdom

Demenssjukdom kan inte botas men tidig diagnostisering möjliggör vårdoptimering och påbörjandet av symtomlindrande läkemedelsbehandling (Liss et al., 2021). I dagsläget finns olika läkemedel som exempelvis acetylkolinestrasshämmare och memantin.

Preparaten ger symtomlindring men förmår inte bromsa sjukdomsförloppet. Flera studier visar på att det är vanligt att antipsykotiska läkemedel används för att minska BPSD - symtomen, men att detta kan leda till biverkningar, försämrade symtom och ökad dödlighet (White et al., 2017; Calsolaro et al., 2021). Farmakologisk behandling med antipsykotisk och sederande effekt för att reducera beteendemässiga och psykiska symtom ska enligt Ooi et al. (2018) användas med försiktighet och kunskap. Vidare anger Socialstyrelsen (2017) att behandlings- och omvårdnadsåtgärder vid demenssjukdom i första hand är icke farmakologiska. Läkemedelsbehandling rekommenderas endast då de individanpassade insatserna inte leder till symtomreducering.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder syftar till är att underlätta vardagen och bidra till bibehållandet av god livskvalitet under sjukdomsförloppet. Arbetet ska bedrivas enligt ett personcentrerat förhållningsätt. Det handlar om att hitta icke farmakologiska, individanpassade åtgärder (Socialstyrelsen, 2017). Sådana icke farmakologiska metoder och arbetssätt inom demensvården innefattar bland annat musik, vårdarsång, taktmassage, validation, reminiscens, dans och djur i vården (De Oliveira et al., 2015; Scales et al., 2018; Swall et al., 2020; Tao et al., 2021). Vidare ska den fysiska miljön och vårdpersonalens bemötande anpassas efter personens behov (Socialstyrelsen, 2017). Inom ramen för detta lyfts den så kallade levnadsberättelsen fram som ett verktyg för uppmärksammandet av individens livserfarenheter, preferenser och identitet. Med denna personkänedom kan vårdens personcentrering optimeras (Kitwood, 2019). Aktivt arbete med levnadsberättelsen gör det lättare för vårdpersonal att förstå personen och dennes behov (Cooney & O'Shean, 2019; Hammond et al., 2017). Förståelsen möjliggör upprätthållandet av personens identitet och värdighet (Kitwood, 2019).

Personer med demenssjukdom på geriatrisk avdelning

De flesta personer som vårdas på geriatrisk avdelning är 65 år eller äldre och har oftast flera akuta eller kroniska åldersrelaterade sjukdomar (Dehlin & Rundgren, 2014).

Personer med demenssjukdom har ofta en komplex multisjuklighet, vilket ökar risken för behovet av sjukhusvård (Shepherd et al., 2019). Personerna löper även en större risk för längre sjukhusinläggning och har en högre återinläggningsfrekvens efter utskrivning (Fogg et al., 2019). Förekomsten av demenssjukdom på en geriatrisk avdelning undersöktes i studie av Wojszel (2020). Resultatet påvisade att uppemot en tredjedel hade en demensdiagnos. Forskning visar också att BPSD förekommer hos tre av fyra personerna med demenssjukdom inom slutenvården och att sjukhusmiljön kan utlösa respektive förvärra olika BPSD-symtom (White et al., 2017; Sampson et al., 2014).

Enligt Molin (2017) är sjukhusmiljön inte anpassad för personer med demenssjukdom som har svårt att ta emot och använda information. Bristande anpassning gäller både för lokalerna och den vård som ges. Sjukhusmiljön beskrivs bland annat som intensiv, överstimulerande och ovärdig för personer med demenssjukdom (Petty et al., 2021). Den fysiska sjukhusmiljön beskrivs som farlig när personen vandrar obehållat där det finns trapphus. Vandrandet är då förenat med fallrisk eller risk för att avvika från avdelningen (Shannon et al., 2018). Flera studier påtalar att det finns kunskapsluckor bland vårdpersonal på sjukhus och ett behov av demensspecifika utbildningar (Dooky & Daly, 2021; Pinkbert et al., 2018; Clifford & Doody, 2018). Tidsbrist och personalbrist på sjukhus försvårar en god omvårdnad för personer med demenssjukdom (Yous et al., 2019; Pinkbert et al., 2018). Sjuksköterskan strävar efter att ge en personcentrerad vård trots den komplexa omvårdnadssituationen i sjukhusmiljön (Dooky & Daly, 2021; Cheong et al., 2021). I det sammanhanget är den tvärprofessionella teamverksamheten av central betydelse för delandet av kunskap och erfarenheter (Ross et al., 2015). Närstående besitter värdefull kunskap och information om personens behov, och närståendes närvaro bidrar till en lugnare och mer hemlik sjukhusmiljö för personen med demenssjukdom (Dooky & Daly, 2021).

Teoretiskt perspektiv: Personcentrerad vård

År 1997 argumenterar Kitwood mot det normerade användandet av begreppet ”dementa”; ett ord som fokuserar på sjukdom och oförmåga i stället för person. Kitwood menar att historiskt har ”mental sjukdom” ansetts inverkat på de kognitiva förmågor som betecknat personskap. Ett sådant avhumaniserande synsätt har präglat många kulturer, och haft sin grund i många olika faktorer; bland annat synen på åldrandet som en förfulande process som gör människan till en social börda. Följaktligen har personer med demenssjukdom huvudsakligen reducerats till vårdobjekt. I motsats till sin samtids paradigmen anför Kitwood att demensvårdens främsta uppgift är upprätthållandet av individens personskap trots sviktande mental förmåga. Personskapet definierade som summan av omgivningens erkännande av, respekt för och tilltro till den enskilde. Personer med demenssjukdom ska alltså ses som bärare av personliga upplevelser, livserfarenheter och miljöpräglade värderingar. Kitwood menar att alla människor har grundläggande behov av *tröst, anknytning, inkludering, identitet och sysselsättning*. En demenssjukdom ska inte ses som att behoven uttraderas. Snarare leder demenssjukdom gradvis till att behoven kommer till uttryck på nya sätt, varför det är viktigt att vårdgivare strävar efter att förstå avvikande beteendemönster i stället för att ta avstånd. Kitwood betonar vikten av att se PERSON med demenssjukdom i stället för person med DEMENSSJUKDOM. Strävan efter att se personen före sjukdomstillståndet kännetecknar förhållningssättet *personcentrerad omvård* (Kitwood, 1997).

Personcentrerad omvårdnad har införlivats i ett ramverk benämnt Person-centred Nursing Framework (PCN) som baseras på fyra teoretiska begrepp: *förutsättningar, vårdmiljö, personcentrerade processer och förväntat resultat* (McCormack & McCance, 2010). Vidareutvecklingen Person-centred Practice Framework (PCPF) är konstruerat för att på bred front föra vidare personcentrerad omvårdnad till alla professioner inom vården (McCormack & McCance 2016).

Förutsättningar fokuserar på sjuksköterskans olika attribut. Attributet professionell kompetens innebär att sjuksköterskan har tillräckliga kunskaper och kompetens för beslutsfattande (McCormack & McCance, 2010), men personcentrerad kompetens går utöver förmågan att utföra arbetsuppgifterna korrekt. Ett holistiskt kompetensperspektiv tillåter förenandet av utbildning, erfarenhet och personliga färdigheter, attributet

interpersonella färdigheter krävs för att kunna kommunicera på olika nivåer för skapandet av positiva relationer. Attributet yrkesmässig hängivenhet skapas på såväl grupp som individnivå och kännetecknas av ambitionen att ge såväl vårdtagare som anhöriga bästa möjliga omvårdnad. Attributets tydliga värderingar och övertygelser beskrivs som viktiga för arbetsprocesser inriktade på vårdmiljön. Värderingar kan förstås som uppfattningen av vad som *borde* göras, medan övertygelser bäst förstås som avvägningen mellan *sant* mot *falskt*. Slutligen inryms även attributet självkänedom, vilken inte kan läras in utan kommer som resultatet av livslånga erfarenheter och personlig utveckling genom självreflektion (McCormack & McCance, 2016).

Vårdmiljö utgörs delvis av fysiska aspekter; rummets storlek och utseende, vad som finns på väggarna och olika effekter av ljud och belysning. Både den psykosociala och fysiska miljö som omvårdnaden sker i (McCormack & McCance, 2010). Vårdmiljön utgörs även av psykosociala faktorer konstruerade utifrån färdighetskombination, en hälsosam arbetsplatskultur, balans mellan styrning och professionell autonomi, interprofessionella relationer, system som delar beslutsfattande mellan privatperson och profession samt ett aktivt lärande. En personcentrerad vårdmiljö tar hänsyn till alla som vistas i den, vilket bland annat bör komma till uttryck genom ständigt prövande av rådande normer och tillåtandet av inramade initiativ och kreativ frihet. De personliga relationer som skapas på olika nivåer inrymmer såväl kraften att uppmuntra som att nedtrycka personcentrerat handlingsutrymme (McCormack & McCance, 2016).

Personcentrade processer beskriver flertals aktiviteter som alla förverkligar personcentrerad praktik. Systemen för delaktighet i beslutsfattandet ska göra personen delaktig på en tillräckligt personlig nivå. Personen ska ses som en jämlik motvikt till professionen, och genom ett partnerskap ska parterna gemensamt kunna diskutera olika behandlingsalternativ och genomförandeprocesser. För att möjliggöra detta är det avgörande att kartlägga personens livsberättelse, och låta den beskriva personens värderingar och erfarenheter, samt nuvarande livssituation och vad den fört med sig i termer av förlust och inskränkt förmåga. Därefter krävs ett relationsskapande som erkänner personens unika människovärde och det värde som finns i livserfarenheterna. Utifrån detta erkännande bör personen därefter göras så delaktig som möjligt i vardagliga

processer och beslutsfattande. (McCormack & McCance, 2016).

Förväntat resultat handlar om fyra huvudsakliga resultatområden. Det första är vårdtillfredsställelse. Vårdtillfredsställelse har traditionellt undersökts genom organisationsövergripande undersökningar, men ett personcentrerat fokus intresserar sig snarare för omvårdnadsprocessen och stödsystem på individnivå (McCormack & McCance, 2010). Vårdtillfredsställelse på individnivå mäts också i relation till personalens upplevelse, eftersom vårdtillfredsställelse också kan beskrivas utifrån intresset av att *ge* god vård. Samspelet mellan personal och vårdtagare leder fram till ett andra resultatområde: Delaktighet. Såväl vårdtagare som vårdgivande professioner tjänar på ett partnerskap mellan klinisk kompetens och vårdtagarens personliga erfarenheter. Utgångspunkten är ungefär densamma för resultatområdet välbefinnande. Såväl vårdtagare som vårdgivare vill känna välbefinnande, ett begrepp som i sin tur indikerar upplevelsen av värde. Slutligen mäts förväntat resultat utifrån resultatområde hälsosam kultur. Med detta avses en kultur som möjliggör delat beslutsfattande, främjar kollegialt samarbete, bygger på föränderligt ledarskap och uppmuntrar innovation (McCormack & McCance, 2016).

Problemformulering

Demenssjukdomar är en av de folksjukdomarna som ökar mest i världen och som leder till kognitiva funktionsnedsättningar bland äldre. Nästan alla personer med en demenssjukdom utvecklar BPSD-symtom under sin sjukdomstid. För att kunna förebygga och lindra symtomen behövs utredning av orsak samt ett personcentrerat förhållningssätt där den fysiska miljön och vårdpersonalens bemötande anpassas. På en geriatrisk avdelning vårdar sjuksköterskan oftast flera äldre personer som med stor sannolikhet kan ha en demenssjukdom. BPSD-symtomen kan uppkomma eller förvärras under sjukhusvistelsen. Sjukhusmiljön orsakar en komplex omvårdnadssituation både för sjuksköterskan och personen med demenssjukdom. Därför är det viktigt att undersöka sjuksköterskans erfarenheter av både främjande och hindrande faktorer för lindrar BPSD-symtom på en geriatrisk avdelning.

Syfte

Syfte var att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av främjande och hindrande faktorer för att lindra beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom på geriatrisk avdelning.

METOD

Design

Examensarbetet har en kvalitativ design där intervjuer användes som datainsamlingsmetod. En kvalitativ intervjustudie anses vara lämplig för att belysa upplevelser och skapa en djupare förståelse för människors erfarenheter enligt Polit och Beck (2021) och Danielson (2017).

Urval

Studien eftersträvade totalt 10 informanter. Studiens inklusionskriterier var yrkesverksamma sjuksköterskor som arbetat minst ett år på geriatrisk avdelning och där vårdat personer med BPSD-symtom. Sjuksköterskor från författarnas arbetsplatser exkluderades. Med hela Sverige som sökområde rekryterades sju informanter med hjälp av strategiskt urval. Ett strategiskt urval innebär enligt Henricson och Billhult (2017) att författarna strävar efter att söka informanter med erfarenheter som är relevanta för studiens syfte. Ett strategiskt urval möjliggör, enligt Polit och Beck (2021) även sökandet av informanter som utifrån varierande erfarenheter kan ge rika berättelser.

Rekryteringssvårigheter ledde till att kvarvarande tre informanter rekryterades genom snöbollsurval. Snöbollsurval innebär att befintliga informanter eller personer i nätverket tillåts hänvisa till andra som kan delta i studien. Metoden har som fördel att referenspersonen kan underlätta upprättandet av en förtroendefull relation med nya informanter (Polit & Beck, 2021).

Datainsamling

Datainsamling skedde genom semistrukturerade intervjuer baserade på en fastställd frågeguide. Frågeguiden innehöll öppna frågor och följdfrågor (Bilaga, 1). Enligt Polit

och Beck (2021) uppmuntrar semistrukturerad intervju att deltagare svarar fritt med sina egna ord inom ämnet. Vidare beskriver Polit och Beck (2021) att följdfrågor ger möjligheter att kunna erhålla detaljerad och riklig information om ämnet som undersöks.

För att kvalitetssäkra frågeguiden genomfördes två provintervjuer. Provintervjuerna klargjorde om den tänkta genomförandeprocessen behövdes korrigeras. Efter provintervjuerna omformulerades några av frågorna. Danielson (2017) uttrycker att provintervjuer låter forskaren testa frågorna och upplägget. En provintervju möjliggör även testning av teknisk utrustning, och en utskrift av provintervjun kan påvisa om frågorna är adekvata eller om intervjuguiden behöver justeras.

Tillvägagångsätt

Ursprungligen samlades data in genom ett strategiskt urval. För att rekrytera deltagare publicerades ett beskrivande inlägg i den slutna Facebookgruppen ”Sjuksköterskan”. I denna slutna grupp fanns över 37 000 medlemmar som antingen var legitimerade sjuksköterskor eller studerande i termin 4–6 på sjuksköterskeutbildning. Två informanter hörde av sig, men endast en uppfyllde inklusionskriterierna. Den informanten som exkluderades var sjuksköterska och enhetschef på ett särskilt boende. Författarna publicerade ännu ett inlägg som gav två till informanter. Efter ytterligare en vecka hade studien endast fått ihop tre kvalificerade informanter. Eftersom antalet informanter var lågt kontaktades totalt 20 verksamhetschefer på geriatriska avdelningar via e-postmeddelande från norr till söder i Sverige. Författarna hade som mål att få så stor spridning som möjligt i Sverige och kontaktade sjukhus med geriatriska avdelningar där verksamhetschefer kunde nås via e-postmeddelande. Därefter skickades ett e-postmeddelande till verksamhetschefer som innehöll presentation om projektets syfte och vilka deltagare som söktes med informationsbrev till chef (Bilaga, 2). Efter att påminnelse skickats ut hade endast tre verksamhetschefer svarat med att samtliga sjuksköterskor skulle bli tillfrågade. Sammantaget gav detta ytterligare fyra informanter.

Totalt sju informanter hade nu anslutit till studien, i ett läge där författarna eftersträvade minst tio informanter. I detta läge togs beslut om tillämpning av snöbollsurval, författarna kontaktade alla personer som eventuellt kände någon som kunde bidra till studien utifrån syftet och inklusionskriterierna. Därigenom uppnåddes önskat antal om tio informanter.

Samtliga informanter kontaktades via mejl och delgavs på så sätt informationsbrev (Bilaga, 3) och samtyckesblankett (Bilaga, 4). Mot bakgrund av geografiska avstånd, logistiska utmaningar och en rådande pandemi genomfördes de flesta intervjuer digitalt. Polit och Beck (2021) poängterat just videokonferenser som en god möjlighet vid geografisk spridning, och framhåller dem som fördelaktiga eftersom både den visuella och auditiva registreringen garanteras. Åtta intervjuer genomfördes via Zoom och två intervjuer via telefon då informanterna själv önskade detta. Varje intervju inleddes med återkoppling till informationsbrevets innehåll, och med muntlig bekräftelse på avgivet skriftligt samtycke. Intervjun spelades in med hjälp av diktafonapplikation på datorn och försvarades på lösenordskyddad fil. Frågorna i intervjun genomfördes enligt den fastställda intervjuguiden (Bilaga, 1). Intervjun avslutades med att författaren sammanfattade frågorna och därefter tillfråga om det var något informanten ville tillägga eller ändra på. Insamling av data skedde mellan januari och februari 2023. Författarna kom att ansvara för fem intervjuer var, och den genomsnittliga intervjutiden kom att uppgå till 35 minuter.

Dataanalys

Intervjuerna transkriberades ordagrant och bearbetades genom kvalitativ innehållsanalys med manifest fokus. Manifesterat innehåll är synligt och uppenbart, och tydliggör vad texten uttrycker ordagrant (Granheim & Lundman, 2004). Vid valet av analysenhet följdes Graneheim och Lundmans (2004) rekommendation om att utgå från varje intervju i sin helhet. För att detta ska vara möjligt krävs att intervjuerna är tillräckligt omfattande för att ge en helhetsbild samtidigt som de ska vara tillräckligt korta för att förbli hanterbara kontexter. Denna studie har baserats på sammanlagt tio intervjuer vars genomsnittliga intervjutid uppgått till 35 minuter, som har sex specifika öppna huvudfrågor med tillhörande följdfrågor.

Meningsbärande enheter utkristalliserades med hjälp av analyschema (Tabell, 1). En meningsbärande enhet utgörs av ett stycke, en mening eller ett ord som svarar mot forskningssyftet (Granheim & Lundman, 2004). De meningsbärande textenheterna kondenserades och kodades. Koderna grupperades därefter i ett antal underkategorier. Färger användes som ett verktyg för sortering och bidrog lättare till att bearbeta materialet. Med utgångspunkt i Graneheim och Lundman (2004) kan kondensering förstås

som förkortandet av texten utan att ändra textens kärna. Kodning innebär att meningsbärande enheter etiketteras. En kategori är en grupp av kodat innehåll som delar gemensam betydelse, och kategorier kan delas in i underkategorier för vidare abstraktionsnivåer.

Tabell 1: *Exempel på analyschema*

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
<i>Man försöker hitta roten till oron, liksom kan vara grundläggande behov som människa, det här med mat och dryck och toalettbesök.</i>	Hitta roten till oron. Kan vara grundläggande behov, mat, dryck och toalettbesök.	Basala behov	Att tillgodose basala behov	Främjande faktorer för att lindra BPSD på geriatrisk avdelning
<i>Lokalerna är den största svårigheten att kunna bedriva liksom en bra vård. Det är mycket rörelse mycket stök, det är inte deras egen hemmiljö, det är ganska så sterilt och kalt.</i>	Lokalerna en svårighet för att bedriva bra vård. Mycket rörelser och stök. Ingen hemlik miljö, sterilt och kalt.	Vårdmiljön	Att vårdmiljön inte är anpassad	Hindrande faktorer för att lindra BPSD på geriatrisk avdelning

Etiska överväganden

Denna studie tillämpar de fyra huvudkraven för forskningsetik som Vetenskapsrådet (2002) fastställt, och sedan utvecklat i publikationen *God Forskningssed* (Vetenskapsrådet, 2017). Därtill har studien beaktat de principer om forskareetik som formulerats på europeisk nivå (All European Academies, 2018). Någon ansökan till Forskningsetiska nämnden vid Högskolan Dalarna har inte krävts, eftersom studien inte hanterat känsliga personuppgifter enligt Dataskyddsförordningen.

Begreppet forskningsetik begränsas i många sammanhang till att omfatta etiska överväganden gällande personerna som deltar i forskningen. Det är mycket viktigt att de som deltar i studien behandlas med respekt, och skyddas mot skada eller kränkning. Mot denna bakgrund föreligger forskningsetiska informationskrav, samtyckeskrav, konfidentialitetskrav och hanteringskrav (Vetenskapsrådet, 2017). Med utgångspunkt ur

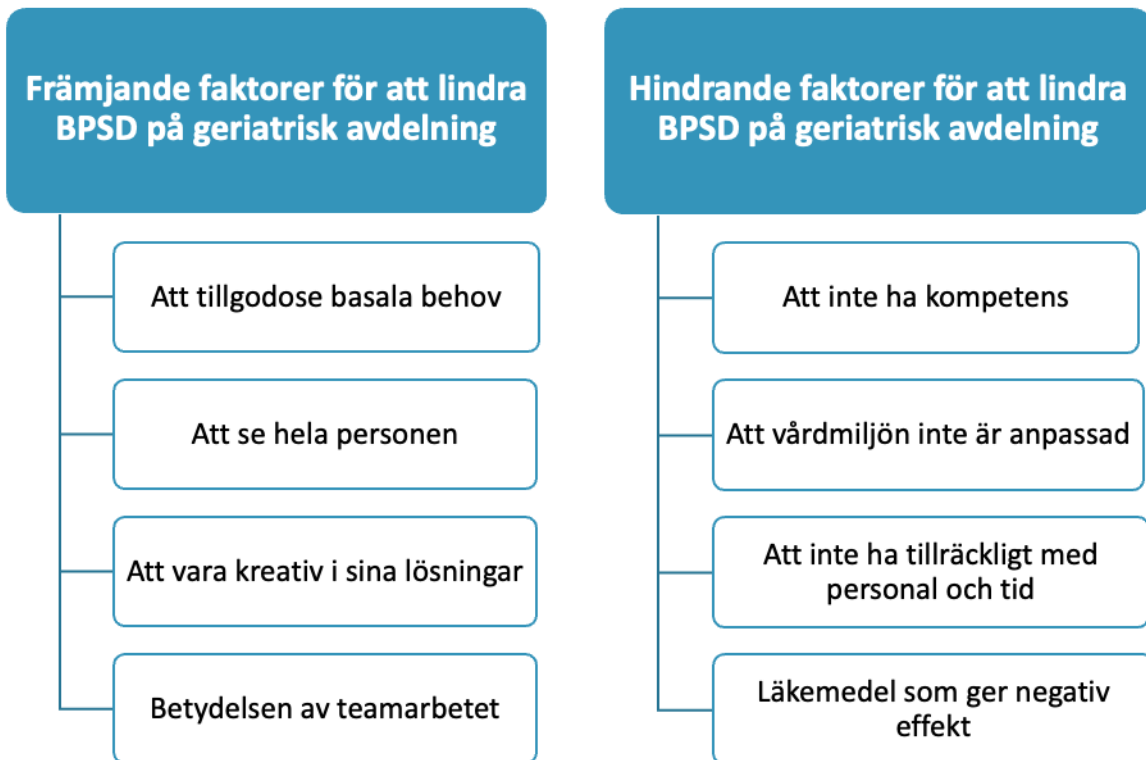
dessa krav erhöll samtliga deltagare skriftlig information om studiens syfte och ramarna för deltagandet i den. Det framgick att deltagandet skedde på frivillig grund utifrån möjligheten att när som helst avbryta. Skriftligt samtycke inhämtades innan intervju, och muntligt samtycke inhämtades som första steg under intervjun. Deltagarna informerades även om hur datahanteringen och vem som kunde komma att få hel respektive begränsad åtkomst. Insamlade data förvarades under behörighetskontrollerade former och förstördes när det inte längre behövdes. I sammanhanget användes Högskolan Dalarnas checklista för etisk egengranskning av studieprojekt som involverar människor (Bilaga, 5).

Begreppet forskareetik behandlar frågeställningar relaterade till hantverket och forskarens ansvar gentemot forskningens kvalitet, forskarsamhället och samhället i övrigt. Hit hör bland annat frågor om forskarens personliga uppträdande, kvalitets- och publiceringsansvar och så kallad vetenskaplig oredlighet (Vetenskapsrådet, 2017). Forskaretiken ska vila på de fyra principerna om tillförlitlighet, ärlighet, respekt och ansvar. God forskningssed upprätthålls genom nogsamsam praktisk tillämpning inom flera sammanhang (All European Academies, 2018). Sammanhangsbeskrivningen har tjänat som underlag för denna studie, som genomgått löpande egenkritisk granskning utifrån samtliga listade aktiviteter. Bland mycket annat har studien handletts av erfaren forskare, och arbetet har i alla delar strävat efter hänsynstagande till de senaste rönen inom studiens forskningsområde.

RESULTAT

Analysen ledde fram till två kategorier med tillhörande fyra underkategorier (Tabell, 2)

Tabell 2: Kategorier och underkategorier



Främjande faktor för att lindra BPSD på geriatrisk avdelning

Att tillgodose basala behov

Sjuksköterskorna beskriver basal behovstillfredsställelse som en grundförutsättning för lindrandet av BPSD-symtom. Flertalet framhäver vikten av tillräckligt med mat och dryck, behovet av sömn, balans mellan stimulans och lugn samt behovet av närhet och avskildhet. Även att utesluta smärta och andra somatiska orsaker som eventuella upphov till BPSD-symtom.

Möjligheten att sköta magen och miktion lyfts fram som ett särskilt centralt grundläggande behov. Sjuksköterskorna beskriver att problem med magen leder till oro, obehag och förvirring. Det beskrivs som mycket viktigt att personen får hjälp med att uppsöka toaletten flera gånger per dag. Det gäller även om personen har inkontinensskydd, eftersom toalettbesök både handlar om utträttandet av ett fysiskt behov och om att upprätthålla en livslång vana. Vidare lyfter sjuksköterskorna fram vikten av tillräckligt näringsintag. I allmänhet beskrivs regelbundna uppföljningar av att personerna

äter och dricker. Sjuksköterskor lyfter fram det basala behovet av sömn med motivering att fungerande och tillräcklig sömn motverkar agitation och oro.

Vi ser till att allt det basala funkar till att börja med, det kan ju vara så enkelt som att de får komma in och sköta magen, känner att det är någon oro i kroppen och sen att vi bara hjälper dem att gå på toaletten. Oftast handlar det ju om att dom här patienterna inte har sovit, det är ju ofta en stor del av varför de blir så här agiterade. (Informant 1)

Det kan vara svårt för en person med nedsatt kognition att använda larm knappen för att meddela när de behöver hjälp. I stället används tekniska hjälpmedel som larmmatta och rörelselarm som signalerar när personen reser sig upp ur sängen. Ofta handlar det om att personen behöver uppsöka toaletten, börjar bli orolig eller är desorienterad. Genom att kunna möta upp personen vars kommunikationsförmåga eller orienteringsförmåga är inskränkt också kunna tillgodose personens behov i tid. Vilket ansågs kunna lindra eventuella BPSD-symtom.

Så det är jättebra att ha larmmattan nära sängen, när patienten reser sig, vi kan komma direkt och kolla och hjälpa med rullator och att gå på toa eller så och undvika ångest och så vidare. (Informant 9)

För de flesta sjuksköterskorna var det först och främst att utesluta att BPSD-symtomen var orsakade av otillfredsställda basala behov. Även att under hela vårtiden förebygga symtomens uppkomst genom att kontinuerligt tänka på de basala behoven.

Att se hela personen

Flertalet sjuksköterskor uttrycker vikten av att se personen och inte demenssjukdomen som en förutsättning för att kunna lindra BPSD-symtom. Detta innebär att arbeta personcentrerat och försöka lära känna personen. Information inhämtades från personen själv men även från anhöriga och annan vårdpersonal anknutet till personen.

Informationen kunde handla om vad personen tycker om, intressen och annat som var av vikt för att lära känna personen. Sjuksköterskorna strävade efter att se hela personen och genom det kunna individanpassa åtgärderna för att lindra BPSD-symtom.

Det är det här med att man ska se individen och inte sjukdomen och förstå att alla är olika och alla reagerar olika och försöka då lära känna patienten. (Informant 5)

Sjuksköterskorna belyser även vikten av att personalen måste vara flexibla och lyhörda i stunden när personen uppvisar BPSD-symtom. Att få förståelse för vad det kan vara som orsakar symtomen och vad som kan lindra för just den personen de har framför sig. Det framkom även hur sjuksköterskan ändrar dagliga rutiner för att anpassa efter personen och för att främja dennes självbestämmande och delaktighet.

Är det så att dom vill gå en promenad ja då gör vi det fast vi hade planerat att göra något helt annat egentligen. Är det så att dom bara vill sitta tysta någonstans så ja, då gör vi det. Att vara smidig och lyhörd och sätta patienten i centrum är ju det som är det ABSOLUT viktigaste. (Informant 1)

Det framkom att sjuksköterskorna strävar efter att ha ett personcentrerat bemötande och att det var en grundförutsättning för att förebygga och lindra BPSD-symtom. Flera nämnde att de använder ett lågaffektivt bemötande vid agitation och oro. Det handlar också om att anpassa kommunikationen efter personens individuella behov. Det var att tänka på hur information och instruktioner gavs. En fördel kunde vara att endast en ur personalen pratar om det är flera i rummet. Det beskrevs också som viktigt att inte ge för mycket information eller ställa för många frågor. Vissa personer behöver mindre verbal guidning utan mer icke verbal kommunikation och guidning. Det framkom att kontinuitet genom minimerad personalomsättning var viktigt för att minska intryck och förvirring. Två sjuksköterskor återgav att de skapar specifika bemötandeplaner, där de fokuserar på hur, miljön, vården och bemötandet ska utföras för personen under vårdtiden. Det kan handla om hur de ska hjälpa personen att gå på toaletten, tvätta sig, hur det ska se ut för personen där den äter, vad som är en bra och anpassad omgivning, vad de ska prata om och vad de inte ska prata om.

Att vara kreativ i sina lösningar

Flertalet sjuksköterskor delgav vikten av kreativiteten hos personalen för att kunna lindra BPSD-symtom. Delvis genom att använda sig själva som redskap men även av miljön. Det var till stor hjälp att vara lyhörd och sätta sig in i personens verklighet. En sjuksköterska återberättade ett exempel om en äldre dam som under natten hade vanföreställningar. I hennes verklighet var hon småbarnsmor och oroade sig för sina barn och behovet av att natta dem. Sjuksköterskan uppmärksamma detta och la sig i en tom säng i samma rum. Då kom den äldre damen och la på henne flera filter och stoppade om henne. Det gjorde att hon blev lugn, tillfreds och själv gick och la sig.

Det tycker jag kännetecknande för hur det är att jobba på geriatriken att det är inte alltid den medicinska biten och du får vara ganska kreativ i dina lösningar. (Informant 2)

Att leva sig in i personens verklighet och ibland spela med var ett kreativt sätt att kunna nå personen och lindra BPSD-symtom. De gånger informationen om personen vara knapphändig fick sjuksköterskan vara uppmärksam och lyhörd på det personen uttryckte. Ofta var det genom samtalen sjuksköterskan fick använda sin kreativitet och försöka kliva in i personens verklighet. En sjuksköterska återberättade att hon vårdade en utåtagerande person som tidigare varit militär och genom hennes kunskap om det militära kunnat få personen lugn och lyckats avleda. Ett annat exempel var om en man som tidigare varit bonde och var stressad över allt som behövde göras på gården. Sjuksköterskan levde sig in i situationen och kunde lugna för stunden genom förståelse och bekräftelse. Vidare poängterade sjuksköterskorna vikten av att "tänka utanför boxen". Som exempel på fler kreativa lösningar nämndes hur en person som klöste sig själv blev erbjuden att bära grytvantar, vilket personen själv uppskattade, valde att bära och som lindrade symtomen. Ett annat exempel beskrev hur en person med påtagligt kontrollbehov fick tillfälle att rikta den energin mot att skapa ordning i ett rum som sjuksköterskan avsiktligt stökat till. På så sätt skapades en situation som stärkte personens känsla av att ha en uppgift och vara behövd. En sjuksköterska nämnde att hon i möjligaste mån brukar sitta ned och äta tillsammans med den personen som har svårt att äta. Det handlar också om att vara kreativ när det kommer till vissa praktiska moment som ska utföras när personen uppvisar BPSD-

symtom och att personalen vågar prova sig fram med olika tillvägångsätt som att sjunga, hålla i hand och därmed kunna avleda.

Sist när jag skulle sätta PVK på en kvinna som var väldigt påverkad av sin demenssjukdom, aggressiv, orolig och jag började sjunga och någon annan satt och höll henne i handen och jag försökte avleda på något annat sätt och till slut gick det. (Informant 8)

Betydelsen av teamarbetet

Samtliga sjuksköterskor betonade att ett fungerande teamarbete var en betydande faktor för lindrandet av BPSD-symtom. Det handlar om att de olika professionerna som läkare, fysioterapeut, arbetsterapeut, dietist, undersköterska, sjuksköterska och kurator delar sina kunskaper och erfarenheter för att hitta orsak och åtgärder för att lindra BPSD-symtom. Det framkom att det kunde vara stor skillnad på det strukturerade arbetet i teamet. Vissa hade regelbundna temaronder där de tillsammans diskuterade och planerade vården på ett djupare plan kring personen med BPSD. Där även NPI-skattnings instrumentet används som stöd i vårdplaneringen.

Då sitter vi ner i teamet, oftast är det undersköterskan som håller i det här och börjar fylla i NPI-skattning och sen gör den här själva vårdplanen som går det runt i hela teamet och sen får vi lägga till, tycka och tänka vad vi anser om det är något vi vill lägga till eller något som vi inte håller med om. (Informant 1)

Vissa hade tillgång och stöd av engagerade läkare medan andra beskrev att ibland består teamet endast av sjuksköterska och undersköterska. Vissa avdelningar hade specialiserade läkare inom geriatrik eller psykiatri och ansågs som en stor tillgång. Sjuksköterskan kunde också vända sig till kollegor som hade erfarenheter inom demensvård från tidigare arbetsplatser på demensboende. Det återgavs att det var viktigt med en bra kommunikation med undersköterskan som är närmast i omvårdnaden med personen med BPSD-symtom.

Sjuksköterska och undersköterska försöker komma underfund med vad det är som ger besvär varför personen är orolig och hur vi kan göra för att lindra det. Beroende på vad vi har för läkare så kan de också vara väldigt involverade och lyssna och själva se besvären som patienterna har och komma med förslag eller åtgärder. (Informant 3)

Teamarbete handlar också om att kunna ge varandra stöd och avlastning. Flera sjuksköterskor uppgav att det ibland kan upplevas psykiskt påfrestande att arbeta med personer med BPSD-symtom och vikten av att orka för att ge en god omvårdnad. Det var viktigt att personalen ser varandra och kommunicerar för att kunna ge stöd och avlastning i sådana lägen.

Se varandra och känna varandra för att avlasta. Det blir ingen bra vård till personen med BPSD-symtom om personalen blir trött eller tålamodet tryter, viktigt att hjälpas åt. (Informant 1)

Det framkommer att anhöriga också är en del av teamet eftersom de besitter information och hur personens BPSD-symtom kan bemötas. Några berättar att anhöriga fungerar som rådgivare och stöd. Flera uppger att anhöriga gärna vill dela med sig av sina erfarenheter och gärna vill bli involverade. Några sjuksköterskor lyfter att anhöriga har en lugnade inverka på den enskilde.

Hindrande faktorer för att lindra BPSD-symtom på geriatriska avdelning

Att inte ha kompetensen

Flertalet sjuksköterskor upplever att det saknades kunskap inom BPSD, och beskriver hur denna brist påverkar det vardagliga arbetet. Det anförs att sjuksköterskegrundutbildning inte förbereder dem för hanterandet av BPSD-symtom. Många beskriver att de förväntats att bli självlärda som följd av sin yrkesutövning och tilltagande erfarenhet.

Sjuksköterskorna uttrycker önskemål om fler utbildningsinsatser om demenssjukdom och BPSD. De önskade även mer handlingsberedskap kring bemötandet av svåra BPSD-symtom som aggressivitet, utåtagerande och hämningslöshet.

Avsaknad av kunskap leder till att sjuksköterska många gånger upplever dåligt samvete och att omvårdnadskvaliteten för personen blir påverkad. Det framkom även att kunskapsbrister uppmärksammas inom flera yrkeskategorier. Kunskapsbrister leder till felaktiga föreställningar om hur person med demenssjukdom ska bemötas; exempelvis att man talar över huvudet på personen i övertygelsen om att personen inte förstår.

Jag tycker att det är mycket avsaknad av kunskap, dels tänker jag om alltså BPSD men ja också mycket avsaknad av hur man ska bemöta, att man inte vet hur man ska göra. Varför uppstår de här symptomen? Vad kan jag göra för att lindra eller förebygga? Så bristande kunskap skulle jag säga att jag ser. (Informant 3)

Utbildningsinsatserna behöver även beröra hur vårdpersonalen bäst stöttar anhöriga när deras anhörige uppvisar svårhanterliga symtom. Sjuksköterskorna påpekade bland annat att symtomen ibland blir svårbegripliga till följd av att de ännu inte satts i ett sammanhang genom fastställd diagnos.

Att vårdmiljön inte är anpassad

Majoriteten av sjuksköterskorna återgav att vårdmiljön på de flesta avdelningar inom geriatrisk slutenvård var ett hinder för att lindra BPSD-symtom. Flera nämnde att miljön kan påverka BPSD-symtomen eftersom det ofta är långa korridorer, kala och sterila vägar, mycket stök, rörelse och hög ljudnivå. Den långa korridoren gör att det många gånger är svårt att ha uppsikt över personen och det har hänt att patienten har avvikit från avdelning. Sjuksköterskorna upplever utmaningar med sjukhussalarna eftersom det är svårt att individanpassa, några personer trivs med att dela sal och finner en trygg gemenskap med varandra medan andra triggas av varandras BPSD-symtom. Det kan även vara problematiskt med enklasar, några patienter finner lugn och ro medan andra upplever ensamhet. I relation till sömnen identifieras olika utmaningar, personer som delar sallar kan hålla varandra vakna, dygnsrytmen kan rubbas och natten kan upplevas som en otrygg tid.

Bristen på att kunna ha avskildhet och verkligen individanpassa saker är ett stort hinder i den fysiska miljön. Det blir svårt att få den där vården med personcentrerad för att du måste hitta någon sorts gyllene medelväg.
(Informant 2)

Stress och det höga tempo är en faktor som påverkar personen med demenssjukdom. Det händer mycket på avdelning, personalen ropar på varandra, flera ska gå på undersökning, larm som låter mycket. En annan faktor är att sjukhusmiljö inte är deras hemmiljö och personen inte känner igen sig och har svårt att orientera sig och många gånger triggas i gång BPSD.

Lokalerna är den största svårigheten att kunna bedriva liksom en bra vård för de. Det är mycket rörelse, mycket stök. Det är inte deras egen hemmiljö, det är ganska så sterilt och kalt. (Informant 7)

Det framkommer att sjukhusmiljön skulle kunna anpassas mer för personer med demenssjukdom. Färgmässigt är allt oftast bara vitt och kan vara svårt att orientera sig. Det skulle kunna gynnas av att röd markera toalettringen och knappar som man oftare har på särskilda boende. Detta skulle vara ett sätt för att öka personens orienteringsförmåga samt minska förvirring. Sjuksköterskorna förklarar att tekniskas hjälpmedel som larmmatta eller rörelselarm kan skapa oro och osäkerhet hos personen. De förklarar att vissa personer hoppar över larmmattan som förmodligen upplevs som ett stort hål. Det kunde också vara att personen känner sig övervakad vilket kunde förvärra psykotiska symtom.

Att inte ha tillräckligt med personal och tid

Brist på tid upplevs som en utmaning, den höga arbetsbelastningen gör att sjuksköterska inte hinner tillgodose alla behoven. Personen med BPSD-symtom behöver mer tid av sjuksköterskan, för att kunna verbalt guida och lugna i olika situationer som kan inträffa. Flera beskriver att symtom som oro är svår att lindra eftersom det de saknar tid och möjligheten.

En annan svårighet är tid, en person med demensdiagnos behöver mycket, mycket mer tid, den behöver mer verbal guidning, den behöver upprepning mycket mer så tiden är ett problem. (Informant 6)

En annan hindrande faktor för att lindra BPSD-symptom är brist på personal. Sjuksköterskorna ansvarar för många personer och hinner inte att vara närvarande. De instämmer att nattetid är väldigt skör då oftast en sjuksköterska ansvarar för en hel avdelning. Några uttrycker att de går på knäna och trots att det råder personalbrist förväntas leverera god omvårdnad.

Alltså jag har inte möjlighet att tillgodose deras behov, jag lyckas inte alltid dämpa oron och besvär. Och det skulle jag säga händer nog rätt så ofta att det inte finns möjlighet till att möta våra patienter, att sätta sig ner och lugna eller hitta orsaken. (Informant 3)

Endast en av de tio sjuksköterskorna nämnde att de hade hög personalnärvaro på avdelningen. Det innebar att sjuksköterskan upplevde att de hade både tiden och resurserna för att kunna lindra BPSD-symtom. Det fanns tid att kunna ägna mer tid och gå undan med personen för det fanns alltid personal som kunde stötta upp.

Läkemedel som ger negativ effekt

Samtliga sjuksköterskor framhäver att administrerandet av lugnande och antipsykotiska preparat ofta blir en kortsiktig lösning, som för med sig en förhöjd risk för fallolyckor. Det är även vanligt med insomningspreparat som kan ge negativ effekt på dygnsrytmen vilket leder till mer oro.

Sen hade man gett en insomningstablett och sen så hade man gett också Oxascand så det gjorde ju så att patienten inte alls sov utan den var vaken hela natten och var jättetaggad. (Informant 10)

Några sjuksköterskor berättar om tillfällena då det varit svårt att avgöra om beteenden ska tolkas som BPSD-symtom eller kopplas till psykiatriskt tillstånd. I sådana situationer beslutas ofta om administrering av lugnande preparat genom injektion. Åtgärderna syftade

till att lugna patienten och lindra ett utåtagerande eller självskadande beteende. Det råder en enighet kring synen på farmakologisk behandling som negativt för arbetet med att lindra BPSD-symtom. Sjuksköterskor uttrycker att samtal, närvaro och ett anpassat bemötande är mer effektivt än lugnandemedel, men att avsaknad av kunskap om läkemedelspåverkan gör att efterfrågan fortsätter vara stor. Det handlar även om svårigheter att omsätta den kunskap som faktiskt finns i praktiken.

Vi försöker med läkemedel för att få de något lugnare. Min erfarenhet är att det sällan hjälper faktiskt. Bemötande och samtal, närvaro, brukar jag säga är nog det mest effektiva. (Informant 6)

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Till denna studie användes McCormack och McCances (2016) ramverk för personcentrerad vård som teoretiskt perspektiv. McCormack och McCances ramverk utvecklades för att konkretisera den personcentrerad vården. Resultat diskuteras även utifrån tidigare forskning. Resultatdiskussionen ramas in av kategorier *Främjande faktorer för att lindra BPSD på geriatrisk avdelning* samt *Hindrande faktorer för att lindra BPSD på geriatrisk avdelning*.

Främjande faktorer för att lindra BPSD på geriatrisk avdelning

Enligt McCormack och McCance (2016) bör personcentrerad omvårdnad bedrivas utifrån ett holistiskt perspektiv. Det innebär helhetssyn på *fysiologiska behov, psykologiska behov, sociokulturella behov, utvecklingsmässiga behov* samt *andliga behov*. Resultatet i föreliggande studie kan hänföras till det holistiska perspektivet genom att sjuksköterskan strävade efter att se hela personen och att tillgodose personens basala behov. De fysiologiska behoven ansågs som det primära till utlösandet av BPSD-symtom, som också lindrades i takt med behovstillfredsställelse. Sjuksköterskornas beskrivning ligger huvudsakligen i linje Backhouse et al. (2016) och Ooi et al. (2018) som anför att identifiering och åtgärdandet av otillfredsställda behov både kan förebygga och lindra BPSD-symtom. Sjuksköterskorna i föreliggande studie anser att agitation och oro primärt kopplas samman med sömn och toaletsituation, och även vårdmiljön tillmäts betydelse. I

detta finns en tydlig uppslutning även kring Graneheim et al. (2015) respektive Clifford och Doody (2018) i noterandet att verbalt eller fysiskt utåtagerande beteenden kan förstås som personens alternativa kommunikationssätt. Vidare beskriver Kitwood (1997) att demenssjukdomen kan medföra att grundläggande behov kommer till uttryck på andra sätt och att vårdgivarens uppgift är att försöka förstå avvikande beteende.

Studiens resultat påvisar att arbetet med BPSD-symtom bedrivs både i den individuella yrkesutövningen och genom samverkan i team. Resultatet styrker den positiva betydelsen av vad McCormack och McCance (2016) benämner effektiva medarbetarrelationer. En positiv medarbetarkultur möjliggör samsyn över professionsgränser kring vad man gör och hur man gör. I den meningen tyder resultatet på att effektiva medarbetarrelationer är en grundförutsättning för ändamålsenlig färdighetskombination enligt McCormack och McCances (2016) definition. Effektiv teamsamverkan förefaller även bilda utgångspunkt för arbetet med fysiologiska, psykologiska, sociokulturella, utvecklingsmässiga och andliga behov. Resultatet i föreliggande studie tecknar bilden av att god samverkan kring bemötande och en genomarbetad bemötandeplan utgör kompenserande element i förhållanden till hindrande faktorer i vårdmiljön och kompetensbrist. Tidigare forskning påvisar att interprofessionellt teamarbete har stor betydelse för omvårdnaden och personcentrerad vård (Ross et al., 2015). Vidare påvisar resultatet att teamet inte enbart har en professionell bas, utan även med fördel inkluderar anhörigperspektivet. Resultatet beskriver hur sjuksköterskorna på olika sätt inhämtar information om personen genom anhöriga för att kunna utforma en bra personcentrerad bemötandeplan. Resultatet visar att anhöriga i stor utsträckning visar intresse för delaktighet, och att de kan ha en lugnande inverkan på den person som vårdas. Därmed ansluter resultatet till Fukuda et al. (2015) i observationen av att kontakten med anhöriga bland annat kan ha en lugnande inverkan som lindrar personen med demenssjukdoms irritation och aggressivitet. Det framkommer även i tidigare forskning att anhöriga är en viktig källa till kunskap och information om personens behov under sjukhusvistelse, när personen själv inte kan uttrycka sig. Anhörigas närvaro bidrar även till en trygg punkt i den främmande sjukhusmiljön (Dookhy & Daly, 2021; Sanatinia et al., 2020).

Sjuksköterskorna strävar efter att se hela personen och samla tillräckligt mycket personlig information för att möjliggöra personcentrerad vård. Utifrån det personcentrerade ramverket lyfter McCormack och McCance (2016) betydelsen av att kartlägga personens levnadsberättelse och anpassa vården efter personen värderingar och preferenser. Detta kopplas till delat beslutsfattande, där personalen kan underlätta deltagandet i beslutsfattande när hänsyn tas till personliga övertygelser, preferenser och värderingar. Tidigare forskning visar på att ett aktivt arbete med levnadsberättelse och personkännedom gör det lättare för vårdpersonalen att förstå personen och dennes behov (Cooney & O'Shean, 2019; Hammond et al., 2017). Genom att personalen tar del av, och aktivt arbetar med, levnadsberättelse bidrar den till att identiteten och personligheten kan bevaras för personen med demenssjukdom (Kitwood, 1997). Tidigare studier visar att levnadsberättelse anses som grundläggande för att tillämpa en personcentrerad vård för personer med demenssjukdom (Collier et al., 2020; Jensen et al., 2019).

I föreliggande studie betonas sjuksköterskornas kreativa lösningar för att lindra personens pågående BPSD-symtom. Det kräver bland annat förmågan att leva sig in i personens verklighet. Genom samtal och handling kan personalen möta personen där den befinner sig och lindra personen BPSD. Detta kan kopplas till McCormack och McCances (2016) teoretiska begrepp *förutsättningar* och sjuksköterskans attribut. Förmågan att kunna kommunicera på olika nivåer för att skapa en positiv relation kräver så kallade interpersonella färdigheter. Även attributet yrkesmässiga hängivenheten, med ambitionen att ge bästa möjliga vård, är av stor betydelse. Det kan även hänföras till den icke-farmakologiska metoden validation där personal bekräftar personen med demenssjukdoms verklighet och känslor (Scales et al., 2018). Metoden kräver inte mycket tid och skulle kunna vara ett enkelt sätt för personalen att lindra BPSD på geriatrisk avdelning. Socialstyrelsen (2017) hänvisar till att arbetsmetoden utövas för att öka livskvalitet samt ses som redskap i den personcentrerade vård och omsorgen. Resultatet i föreliggande studie visar även på förekomsten av icke-farmakologiska åtgärder som sång och taktilberöring. Detta överensstämmer med Socialstyrelsens linje med personcentrerade åtgärder för personer med demenssjukdom. Enligt tidigare forskning kan musik och vårdarsång verka lugnande och en effektiv metod för kommunikation om det utförs personcentrerat (Swall et al., 2020). Resultatet i föreliggande studie visar på att flera delar

av det personcentrerade PCPF-ramverket kan noteras i sjuksköterskans arbete och att detta är främjande faktorer för att lindra BPSD.

Hindrande faktorer för att lindra BPSD på geriatrisk avdelning

Socialstyrelsen (2017) nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom fastställer att läkemedelsbehandling ska erbjudas först efter att hälso- och sjukvården utrett BPSD-symtomens bakomliggande orsaker och effekten av icke-farmakologisk behandling. Tidigare forskning visar att användning av antipsykotiska och sederande läkemedel ökar under en sjukhusvistelse för personer med demenssjukdom och BPSD-symtom (Möllers et al., 2020; Timmons et al., 2023). Tidigare forskning påvisar även att antipsykotiska läkemedel är den vanligaste farmakologiska åtgärden vid BPSD-symtom, och oavsett typ av BPSD-symtom medför sjukhusvistelsen en ökad risk för förskrivning av antipsykotiska läkemedel. Vidare framkommer en ökad dödlighet för personer som föreskrivs antipsykotiska läkemedel under sjukhusvistelse (White et al., 2017).

Sjuksköterskorna i föreliggande studie beskriver hur kunskapsbrist leder till insättning av lugnande preparat och psykofarmaka som en enkel och snabb lösning i svåra situationer. Sammantaget tecknas bilden av att utvecklingen i många enskilda sammanhang går åt fel håll i förhållande till de nationella rekommendationernas målbild.

Enligt Socialstyrelsen (2017) utförs den allra största delen av åtgärderna inom vård och omsorg vid demenssjukdom av undersköterskor och vårdbiträde som innehar kortare teoretisk utbildning. Resultatet i föreliggande studie påvisar dock att sjuksköterskorna på sjukhus åläggs ett stort praktiskt ansvar, och att grundutbildningen till sjuksköterska inte behandlar personcentrerat arbete med personer med BPSD-symtom i tillräcklig omfattning. Ramverket PCN baseras enligt McCormack & McCance (2010) bland annat på begreppet *förutsättningar*. Begreppet fokuserar på olika attribut. Ett av attributen är sjuksköterskans professionella kompetens. McCormack och McCance (2016) förespråkar dessutom PCPF som en vidareutveckling för att föra ut personcentrerat omvårdnad till fler professioner inom vården. Resultatet i föreliggande studie påvisar att kunskapsbrist påverkar beslutsfattandet för alla professioner. Tidigare forskning visar på att endast 40 procent av personalen på en akutvårdsavdelning hade tidigare utbildning inom demensvård och att kunskapsbrist försvårade utförandet av den personcentrerad vården (Scerri et al., 2020). Tidigare forskning bekräftar även kunskapsbristen om

demenssjukdom som stor inom sjukhusvården (Pinkbert et al., 2018; Clifford & Doody, 2018). Vidare visar tidigare forskning att utbildningsinsatser stärker personalens självförtroende i omvårdnaden och gynnar en positiv inställning till personer med demenssjukdom (Gkioka et al., 2020). Det har även framkommit att workshops för personalen i olika möten med personer med demenssjukdom på sjukhus ökat det interprofessionella samarbetet och personalens förståelse för personen med demenssjukdom (Scerri et al., 2019).

I förhållande till vårdmiljö visar resultatet att sjuksköterskorna i stor utsträckning betonar den fysiska miljöns försvårande inverkan på lindrandet av BPSD-symtom. Enskilda personer upplever miljön som främmande vilket bidrar till otrygghet och oro. Den fysiska miljön beskrivs som högljudd och bullrig, fylld av högt tempo och larm som leder till att personal skyndar genom korridorerna. Beskrivningarna ansluter till slutsatser som framgått av tidigare forskningsstudier med fokus på en överstimulerande sjukhusmiljö (Petty et al., 2021; Pinkbert et al., 2018). Tidigare forskning av Digby et al., (2018) beskriver även hur sjukhusmiljön bidrar till ökad förvirring och att personer med demenssjukdom ofta känner sig exkluderade. Föreliggande studie finner också att vårdmiljön skapar negativa utmaningar för sjuksköterskans personcentrerade arbetsprocesser. Resultatet visar att vårdmiljön utmanas av tekniska kapacitetsbegränsningar gällande tillgången till lämpliga salar och bemanningsgrad. Vilket leder till att kreativitet och individanpassning får stå tillbaka. För stora utrymmen kan också försvåra BPSD-symtom. Bland de tydligaste exemplen nämns att långa korridorer kan trigga motorisk rastlöshet. Här kan konstateras att bristande vårdmiljö hindrar vad McCormack och McCance (2016) benämner som sympatisk närvaro. Otillräcklig bemanning leder till att sjuksköterskan inte hinner uppmärksamma varje enskild person i tillräckligt hög grad. Studien resultat påvisar flera hindrande omständigheter för att bedriva personcentrerad vård för personer med BPSD och det personcentrerade PCPF-ramverket skulle kunna vara ett verktyg för utvecklandet av den personcentrerade vården på geriatrisk avdelning.

Metoddiskussion

Studiens syfte var att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av främjande och hindrande faktorer för att lindra beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom på

geriatrisk avdelning. Kartläggningen gjordes genom kvalitativ design med intervju som datainsamlingsmetod. Såväl Polit och Beck (2021) som Danielson (2017) beskriver kvalitativa intervjustudier som lämpliga för att belysa upplevelser och skapa en djupare förståelse för människors erfarenheter. Under intervjuerna uttryckte informanterna ofta subjektivitet genom ordval som ”jag tycker” och ”jag känner”. De beskrev personliga erfarenheter och reflekterade fritt kring upplevelser. Varje intervju får följaktligen anses ha uppfyllt kriterierna för en kvalitativ ansats.

Forskningsresultat ska ha en hög grad av tillförlitlighet. Inom kvalitativ forskningstradition kan tillförlitligheten graderas utifrån kriterier som trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet. Trovärdigheten avgörs av effektivt fokus i processerna datainsamling och dataanalys. Variationer bland informanterna ökar trovärdigheten (Graneheim och Lundman, 2004). Denna studie tillämpade ursprungligen ett strategiskt urval vilket enligt Henricson och Billhult (2017) innebär att författarna strävar efter att söka informanter med erfarenheter som är relevanta för studiens syfte. Meningen var bland annat att skapa variationer bland informanterna avseende yrkeserfarenhet. Det strategiska urvalet visade sig svår genomförligt. Först publicerades ett beskrivande inlägg i den slutna Facebookgruppen ”Sjuksköterskan” som har 37 000. Sedan kontaktades 20 enhetschefer på geriatriska avdelningar från norr till söder i hela Sverige. Ändå anslöt bara sju informanter. Därför övergick studien till tillämpning av snöbollsurval för att finna ytterligare tre upp till sammanlagt 10 informanter. Enligt Kvale och Brinkmann (2021) brukar antalet intervjuer ligga kring 15 +/- 10. Författarna påpekar fördelen med färre intervjuer och större fokus på förberedelse respektive analys. Uppfattningen får stöd av Polit och Beck (2021) som menar att antalet informanter bör baseras på graden av datamättnad och informationens kvalitet snarare än en viss mängd personer. Mot bakgrund av att denna studie genomförts under en begränsad tid har antalet intervjuer reducerats till förmån för en grundligare dataanalys. Denna studie bedömer att 10 informanter gett tillräckligt med information för att kunna svara på syftet. Bedömningen grundas till stor del på informanternas variation i yrkeserfarenhet. Intervallet för antal yrkesverksamma år var tre till 40 år. Urvalet bedöms sammantaget både som ändamålsenligt och tillräckligt i förhållande till studiens syfte.

Datainsamlingen skedde genom semistrukturerade intervjuer bestående av sex öppna huvudfrågor kompletterade med fördjupande följdfrågor. Informantintervjuerna föregicks av två pilotintervjuer som tillät justering av huvudfrågorna för ökad begriplighet. Provintervjuerna exkluderades eftersom informanterna var författarnas fördetta kollegor som var ett exklusionskriterie samt att huvudfrågor omformulerades efter provintervju. Åtta av tio informanter intervjuades via Zoom. Två informanter önskade bli intervjuade över telefon. Ali och Skärsäter (2017) poängterar betydelsen av kroppsspråket som en form av icke verbal kommunikation. Om kroppsspråket inte kan tolkas kan också information bli svårare att förstå. Enligt Danielson (2017) är det då viktigt att noga uppmärksamma rösten och tonläget. Under de åtta videointervjuerna kunde informanternas kroppsspråk och mimik observeras. Den möjligheten försvann under de två telefonintervjuerna. Möjligheten till telefonintervju bidrog samtidigt till en trygg intervjukontext vilket får anses betydande för telefonintervjuernas värde. Telefoninformanterna talade fritt och avslappnat medan intervjuaren observerade skiftningar i ton- och röstläge. Samtliga informanter upplevde att de fick tala till punkt och att allt blev sagt. Den genomsnittliga intervjutiden uppgick till 35 minuter utan alltför stora skillnader mellan separata värden.

Studien fokuserade på det manifesta innehållet. Varje intervju utgjorde en separat analysenhet och textens meningsbärande enheter kondenserades till koder, som sedan kategoriserades. I studiens resultatdel framhövs en rad direkta citat som understöd till beskrivande text. Med utgångspunkt i Graneheim och Lundmans (2004) beskrivningar har denna studie därmed analyserat texten utifrån vad som uttryckligen framgår, meningar som svarade på syftet plockades ut som meningsbärande enheter utan att inverka på kärnbudskapet. Genom att, i enlighet med Graneheim och Lundmans (2004) anvisningar, framhäva relevanta citat från transkriberad text anses denna studie ha påvisat kategoriernas trovärdighet, respektive kopplingen mellan data och resultat.

Vidare bedöms studien svara väl mot kravet på pålitlighet. Enligt Graneheim och Lundman (2004) handlar pålitlighet om beredskapen för instabilitets- och förändringsfaktorer. När datainsamlingen är mycket omfattande och pågår över längre tid kan processen bli osammanhängande och variera i kvalitet. Denna studie samlade dock in data under en begränsad tid. Antalet informanter var också så pass få att

instabilitetsfaktorer inte anses ha inträtt i processen, med möjligt undantag för de första intervjuerna vars kvalitet kan ha påverkats av intervjuarens ovana. Någon påtaglig kvalitetsskillnad har i detta avseende inte framgått av det transkriberade materialet.

Slutsats

Studien påvisar den positiva betydelsen av aktivt arbete med lindrandet av BPSD-symtom. Medvetet och metodiskt arbete bidrar till ökad trygghet och välbefinnande för personen med demenssjukdom. Tidsbrist och personalbrist är konstaterat ett hinder för att lindra BPSD på geriatrisk avdelning samt att vårdmiljön är svår att anpassad efter personens behov. Det finns tydliga främjande och hindrande faktorer som kan kopplas till det personcentrerade PCPF-ramverket. Sjuksköterskans utbildnings- och erfarenhetsattribut är av avgörande betydelse för möjligheten att bedriva personcentrerad vård. Samtidigt beskrivs en påtaglig brist på riktade utbildningsinsatser som riskerar leda till diskrepans mellan förväntade och förvärvade *färdigheter*. Effektiva medarbetarrelationer och färdighetskombinationer möjliggör lärande och teamarbete. Brist på kunskap leder ofta till att BPSD-symtom motverkas genom läkemedelsinsättning som ger negativ effekt. Sjuksköterskorna påtalar personcentrerat bemötande och personcentrerade processer som både säkrare och mer fungerande. BPSD-symtom kan ses som ett tecken på behov i stället för som ett problem i sig, något som ofta visar sig i relation till basal behovstillfredsställelse. Sjuksköterskorna lyfter betydelsen av att samtliga professioner arbetar enhetligt med personcentrerad omvårdnad. En tillämpning av det personcentrerade praktiken (PCPF) anses därför kunna vara ett verktyg för att implementera den personcentrerade vården på geriatrisk avdelning.

Klinisk betydelse för samhället

Författarna anser att studiens resultat av lindrandet av BPSD-symtom på geriatrisk avdelning även kan appliceras inom andra slutenvårdsavdelningar där personer med demenssjukdom vårdas. Studiens resultat visar på bristande kompetens och behovet av kunskap inom demenssjukdom. Därav borde kontinuerlig utbildning bedrivas inom alla professioner med fokus på personcentrerad vård. Specialistsjuksköterskor inom demensvård kommer att ha en central funktion i utvecklande av demensvård inom slutenvården genom att kunna handleda personal och leda förbättringsarbeten. Det finns

även bristande förutsättningar för att bedriva personcentrerad vård på grund av vårdmiljöns utformning. Det personcentrerade perspektivet bör genomsyra konstruktionen av fysisk vårdmiljö, vilket kan innebära att även arkitekter och ingenjörer behöver beakta sambandet mellan personcentrerad omvårdnad och lindrandet av BPSD-symtom.

Förslag till vidare forskning

Denna studie har uppmärksammat värdet av att fler vårdprofessioner utför personcentrerad vård riktat mot personer med BPSD-symtom. Mot den bakgrunden kan vidare forskning med fördel undersöka implementeringen av PCPF. Hälso- och sjukvårdslagen innehåller bestämmelser om att all hälso- och sjukvårdsverksamhet ska tillgodose enskildas behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet (Hälso- och sjukvårdslag [HSL], 2017). Begreppen är av stor betydelse för personer med BPSD, som till följd av sin sjukdom ofta befinner sig i utsatta situationer. Vidare anser författarna att det bör göras mer forskning om hur icke-farmakologiska åtgärder kan utföras inom slutenvården för att minska användande av farmakologiska åtgärder.

REFERENSER

Ali, L., & Skärsäter, I. (2017). Att använda internet vid datainsamling. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s.217–230). Studentlitteratur.

All European Academies. (2018). Den europeiska kodexen för forskningens integritet. https://www.vr.se/download/18.7f26360d16642e3af99e94/1540219023679/SW_ALLEA_Den_europeiska_kodexen_för_forskningens_integritet_digital_FINAL.pdf

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

Calsolaro, V., Femminella, G. D., Rogani, S., Esposito, S., Franchi, R., Okoye, C., Rengo, G., & Monzani, F. (2021). Behavioral and psychological symptoms in dementia (BPSD) and the use of antipsychotics. *Pharmaceuticals (Basel, Switzerland)*, 14(3), 246. <https://doi.org/10.3390/ph14030246>

Cerejeira, J., Lagarto, L., & Mukaetova-Ladinska, E. B. (2012). Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Frontiers in neurology*, 3, 73. <https://doi.org/10.3389/fneur.2012.00073>

Cheong, C. Y., Tay, F. H. E., & Yap, P. L. K. (2021). Person-centred dementia care in an acute hospital: Experiences from nurses working in a specialized dementia unit. *Alzheimer's & Dementia*, 17 Suppl 8, e051012. <https://doi.org/10.1002/alz.051012>

Clifford, C., & Doody, O. (2018). Exploring nursing staff views of responsive behaviours of people with dementia in long-stay facilities. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 25(1), 26–36. <https://doi-org.www.bibproxy.du.se/10.1111/jpm.12436>

Collier, A., De Bellis, A., Hosie, A., Dadich, A., Symonds, T., Prendergast, J., Rodrigues, J., & Bevan, A. (2020). Fundamental care for people with cognitive impairment in the hospital setting: A study combining positive organisational scholarship and video-reflexive ethnography. *Journal of Clinical Nursing*, 29(11-12), 1957-1967. <https://doi.org/10.1111/jocn.15056>

Cooney, A., & O'Shea, E. (2019). The impact of life story work on person-centred care for people with dementia living in long-stay care settings in Ireland. *Dementia (London, England)*, 18(7-8), 2731-2746. <https://doi.org/10.1177/1471301218756123>

Cummings, J. L. 2009. Neuropsychiatric inventory nursing home version (NPI-NH). <http://www.dementiamanagementstrategy.com/File.axd?id=c9f7405f-3596-4f5f-9f8d-f322e5188678>

Danielson, E. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 285–297). Lund: Studentlitteratur.

Dehlin, O. & Rundgren, Å. (2014). *Geriatrisk* (3 uppl.). Studentlitteratur

De Oliveira, A. M. d., Radanovic, M., Mello, Patrícia Cotting Homem de, Buchain, P. C., Vizzotto, A. D. B., Celestino, D. L., Stella, F., Piersol, C. V., & Forlenza, O. V. (2015). Nonpharmacological interventions to reduce behavioral and psychological symptoms of dementia: A systematic review. *BioMed Research International*, 2015, 218980-9. <https://doi.org/10.1155/2015/218980>

Digby, R., Lee, S., & Williams, A. (2018). The liminality of the patient with dementia in hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), e70-e79. <https://doi.org/10.1111/jocn.13869>

Dookhy, J., & Daly, L. (2021). Nurses' experiences of caring for persons with dementia experiencing responsive behaviours in an acute hospital: A qualitative descriptive study. *International Journal of Older People Nursing*, 16(4), 1–10. <https://doi.org/www.bibproxy.du.se/10.1111/opn.12379>

Edberg, A.K. (2020) Personcentrerad omvårdnad. I A-K. Edberg (red.) *Att möta personer med demenssjukdom*. (3 Upplagan., s. 131–148). Lund: Studentlitteratur.

Eriksdotter, M. (2020). Demenssjukdomar. I A-K. Edberg (red.) *Att möta personer med demenssjukdom*. (3 Upplagan., s. 311–322). Lund: Studentlitteratur.

Fogg, C., Meredith, P., Culliford, D., Bridges, J., Spice, C., & Griffiths, P. (2019). Cognitive impairment is independently associated with mortality, extended hospital stays and early readmission of older people with emergency hospital admissions: A retrospective cohort study. *International journal of nursing studies*, *96*, 1–8. <https://doi-org.www.bibproxy.du.se/10.1016/j.ijnurstu.2019.02.005>

Fukuda, R., Shimizu, Y., & Seto, N. (2015). Issues experienced while administering care to patients with dementia in acute care hospitals: A study based on focus group interviews. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, *10*(1), 25828.

Gkioka, M., Teichmann, B., Moraitou, D., Papagiannopoulos, S., & Tsolaki, M. (2020). Effects of a person centered dementia training program in greek hospital staff-implementation and evaluation. *Brain Sciences*, *10*(12), 976. <https://doi.org/10.3390/brainsci10120976>

Graneheim, U. H., Jansson, L., & Lindgren, B. (2015). Hovering between heaven and hell: An observational study focusing on the interactions between one woman with schizophrenia, dementia, and challenging behaviour and her care providers. *Issues in Mental Health Nursing*, *36*(7), 543. <https://doi.org/10.3109/01612840.2015.1007540>

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, *24*(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Hammond, S. P., Ruseell, A., & Fisher, P. (2017). life story boards, person-centred care, and patients living with dementia: A qualitative study. *Innovation in Aging*, *1*(suppl_1), 207-208. <https://doi.org/10.1093/geroni/igx004.783>

Henricson, M. (2017). Forskningsprocessen. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 43–55).

Studentlitteratur.

Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 111–119). Studentlitteratur.

Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30). Socialdepartementet.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Jensen, A. M., Pedersen, B. D., Wilson, R. L., Bang Olsen, R., & Hounsgaard, L. (2019). Nurses' experiences of delivering acute orthopaedic care to patients with dementia. *International Journal of Older People Nursing*, 14(4), e12271-n/a. <https://doi.org/10.1111/opn.12271>

Kitwood, T. (2019). *Dementia Reconsidered Revisited: The Person Still Come First*. I D. Brooker. (Red.), (2 Uppl.). Open University Press.

Kitwood, T.M. (1997). *Dementia reconsidered: the person comes first*. Buckingham: Open University Press.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Liss, J. L., Seleri Assunção, S., Cummings, J., Atri, A., Geldmacher, D. S., Candela, S. F., Devanand, D. P., Fillit, H. M., Susman, J., Mintzer, J., Bittner, T., Brunton, S. A., Kerwin, D. R., Jackson, W. C., Small, G. W., Grossberg, G. T., Clevenger, C. K., Cotter, V., Stefanacci, R., . . . Sabbagh, M. N. (2021). Practical recommendations for timely, accurate diagnosis of symptomatic Alzheimer's disease (MCI and dementia) in primary care: A review and synthesis. *Journal of Internal Medicine*, 290(2), 310–334.
<https://doi.org/10.1111/joim.13244>

McCormack, B. & McCance, T. (2016). *Person-centred practice in nursing and health care theory and practice*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.

McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-centred nursing: theory and practice*. John Wiley & Sons, Ltd.

Molin, K. (2017). *Om demenssjukdom på sjukhus – en handbok från svenskt demenscentrum*. Svenskt Demenscentrum.

https://www.demenscentrum.se/sites/default/files/globalassets/publicerat_pdf/sdc_pdf/sjukhus_sv.pdf

Möllers, T., Perna, L., Stocker, H., Ihle, P., Schubert, I., Schöttker, B., Frölich, L., & Brenner, H. (2020). New use of psychotropic medication after hospitalization among people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35(6), 640-649. <https://doi.org/10.1002/gps.5282>

Petty, S., Griffiths, A., Coleston, D. M., & Dening, T. (2021). Improving emotional well-being for hospital-based patients with dementia. *Quality in Ageing & Older Adults*, 22(1), 56–67. <https://doi-org.www.bibproxy.du.se/10.1108/QAOA-05-2020-0019>

Pinkbert, C., Faul, E., Saxer, S., Burgstaller, M., Kamleitner, D., & Mayer, H. (2018) Experiences of nurses with the care of patients with dementia in acute hospitals: A secondary analysis. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 27(1-2), 162-172. <https://doi-org.www.bibproxy.du.se/10.1111/jocn.13864>

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2021). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (11 uppl.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Ross, H., Tod, A. M., & Clarke, A. (2015). Understanding and achieving person-centred care: the nurse perspective. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 24(9–10), 1223–1233. <https://doi-org.www.bibproxy.du.se/10.1111/jocn.12662>

Sampson, E. L., White, N., Leurent, B., Scott, S., Lord, K., Round, J., & Jones, L. (2014). Behavioural and psychiatric symptoms in people with dementia admitted to the acute

hospital: prospective cohort study. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 205(3), 189–196. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.130948>

Sanatinia, R., Crawford, M. J., Quirk, A., Hood, C., Gordon, F., Crome, P., Staniszewska, S., Zafarani, G., Hammond, S., Burns, A., & Seers, K. (2020). Identifying features associated with higher-quality hospital care and shorter length of admission for people with dementia: A mixed-methods study. *Health Services and Delivery Research*, 8(22), 1-92. <https://doi.org/10.3310/hsdr08220>

Scales, K., Zimmerman, S., & Miller, S. J. (2018). Evidence-Based Nonpharmacological Practices to Address Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *The Gerontologist*, 58(suppl_1), S88–S102. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx167>

Scerri, A., Innes, A., & Scerri, C. (2019). Using appreciative inquiry to implement person-centred dementia care in hospital wards. *Dementia (London, England)*, 18(1), 190-209. <https://doi.org/10.1177/1471301216663953>

Scerri, A., Innes, A., & Scerri, C. (2020). Person-centered dementia care in acute hospital wards—The influence of staff knowledge and attitudes. *Geriatric Nursing (New York)*, 41(3), 215-221. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.09.001>

Schwertner, E., Pereira, J. B., Xu, H., Secnik, J., Winblad, B., Eriksdotter, M., Nägga, K., & Religa, D. (2022). Behavioral and psychological symptoms of dementia in different dementia disorders: A large-scale study of 10,000 individuals. *Journal of Alzheimer's Disease*, 87(3), 1307. <https://doi.org/10.3233/JAD-215198>

Shannon, K., Grealish, L., & Cruickshank, M. (2018). The care of older people with dementia in rural Australian hospitals - a case study. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 36(1), 6-15.

Shepherd, H., Livingston, G., Chan, J., & Sommerlad, A. (2019). Hospitalisation rates and predictors in people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *BMC medicine*, 17(1), 130. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1369-7>

Skovdahl, K., Kihlgren, M., & Blomqvist, K. (2020). Att tolka och förstå beteendeförändringar. I A-K. Edberg (red.) *Att möta personer med demenssjukdom*. (3. Uppl., s. 227–246). Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2017). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom – stöd och styrning*. Stockholm. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2017-12-2.pdf>

Svenskt registret för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens [BPSD] (2023). *Åtgärder för att förebygga och minska BPSD*. <https://bpsd.se/omvardnadsatgarder/>

Svenskt registret för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens [BPSD] (2020). *Årsrapport 2019*. https://bpsd.se/wp-content/uploads/2020/11/RSSU008_A%CC%8Arssrapport-2019_TANP_1.4_AVP-byta-till-denna.pdf

Svenskt Demenscentrum (2020a). *Fakta om demens*. <https://demenscentrum.se/fakta-om-demens/vanliga-symptom/kognitiva-symptom>

Svenskt Demenscentrum (2020b). Vaskulär demens (blodkärl demens). <https://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Demenssjukdomarna/Vaskular-demens/>

Svenska Demensregistret [SveDem] (2020) *årsrapport 2020*. <https://www.demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/Verktyg/Svenskt-BPSD-register->

Swall, A., Hammar, L. M., & Gransjön Craftman, Å. (2020). Like a bridge over troubled water - a qualitative study of professional caregiver singing and music as a way to enable person-centred care for persons with dementia. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 15(1), 1735092. <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1735092>

Tao, D., Supriya, R., Gao, Y., Li, F., Liang, W., Jiao, J., Huang, W. Y., Dutheil, F., & Baker, J. S. (2021). Dementia and dance: Medication or movement? *Physical Activity and Health*, 5(1), 250-254. <https://doi.org/10.5334/paah.138>

Timmons, S., Bracken-Scally, M., Chakraborty, S., Gallagher, P., Hamilton, V., Begley, E., & O'Shea, E. (2023). Psychotropic medication prescribing to patients with dementia admitted to acute hospitals in Ireland. *Drugs & Aging*, 1-12. <https://doi.org/10.1007/s40266-023-01020-w>

Ooi, C. H., Yoon, P. S., How, C. H., & Poon, N. Y. (2018). Managing challenging behaviours in dementia. *Singapore Medical Journal*, 59(10), 514. <https://doi.org/10.11622/smedj.2018125>

Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. <https://www.vr.se/analys-och-uppdrag/vi-analyserar-och-utvarderar/alla-publikationer/publikationer/2017-08-29-god-forskningssed.html>.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. https://www.vr.se/download/18.68c009f71769c7698a41df/1610103120390/Forskningsetiska_principer_VR_2002.pdf

White, N., Leurent, B., Lord, K., Scott, S., Jones, L., & Sampson, E. L. (2017). The management of behavioural and psychological symptoms of dementia in the acute general medical hospital: a longitudinal cohort study. *International journal of geriatric psychiatry*, 32(3), 297–305. <https://doi.org/10.1002/gps.4463>

Wisten, A., Brännström, I., & Larsson, B. (2020). Kroniska tillstånd och deras betydelse vid akut sjukdom. I A. Wisten (Red.), *Akutgeriatrik* (2. Uppl., s.181–236). Lund: Studentlitteratur.

Wojszel Z. B. (2020). Dementia Diagnoses and Treatment in Geriatric Ward Patients: A Cross-Sectional Study in Poland. *Clinical interventions in aging*, 15, 2183–2194. <https://doi.org/10.2147/CIA.S281723>

World Health Organization (September 2021) *World failing to address dementia challenge*. <https://www.who.int/news/item/02-09-2021-world-failing-to-address-dementia-challenge>

World Health Organization. (20 September 2022). *Dementia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Yous, M., Ploeg, J., Kaasalainen, S., & Martin, L. S. (2019). Nurses' experiences in caring for older adults with responsive behaviors of dementia in acute care. *SAGE Open Nursing*, 5, 2377960819834127-2377960819834127. <https://doi.org/10.1177/2377960819834127>

BILAGOR



1. Hur länge har du jobbat som sjuksköterska?
2. Kan du berätta om en situation i ditt arbete där du mötte en person med BPSD? Ett där du lyckats lindra BPSD? Ett där du inte lyckats lindra?
3. Vilka exempel på åtgärder vidtar du för att lindra en persons BPSD-symtom?
4. Hur arbetar ni i team för att lindra en persons BPSD symtom?
5. Kan du beskriva vilka svårigheter du upplever att finns för att lindra BPSD på geriatrisk avdelning?
6. Är det något som du vill tillägg som vi inte berört när det gäller att lindra BPSD på geriatrisk avdelning?

Följdfrågor:

Vill du beskriva det ytterligare?

Vill du ge exempel på det?

Vad tänker du om det?

Vad hände?

Hur agerade du?

Hur menar du?

Hur gör du då?



HÖGSKOLAN
DALARNA

BILAGA 2. Informationsbrev till Enhetschefer

Förfrågande om deltagande

Du tillfrågas härmed om din enhet kan medverka i en undersökning som kommer att presenteras i form av D-uppsats vid Högskolan Dalarna. Studien syftar till att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av att lindra beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) på geriatrisk avdelning.

Sjuksköterskor kommer inbjudas att delta i en intervju med öppna frågor. Intervjuerna kommer att ske digitalt med hänsyn till rådande pandemi. Informanter får välja datum och tid som passar. Ljudet under intervjun kommer att spelas in för att sedan kunna transiberas. Beräknas ta cirka 30–60 minuter. Materialet kommer att hanteras konfidentiellt.

Studien kommer att inkludera sjuksköterskor som har arbetat minst ett år på geriatrisk avdelning och där vårdat personen med BPSD. Totalt kommer 10 sjuksköterskor att ingå i studien. Vi ser inga risker med studien. Deltagande i undersökning kommer inte att utsätta sjuksköterskan för några risker eller obehag.

Hantering av data och personuppgiftshantering

Högskolan Dalarna ansvarar för behandlingen av personuppgifter i samband med examensarbetet. Deltagarna i undersökningen har enligt Dataskyddsförordningen (GDPR) rätt att informeras om hur personuppgifterna kommer behandlas. De har också rätt att ansöka om ett så kallat registerutdrag, samt att få eventuella fel rättade. För frågor om behandlingen av personuppgifter kan deltagarna vända sig till Högskolan Dalarnas dataskyddsbud.

Frivillighet för deltagande

Sjuksköterskans deltagande i studien är helt frivilligt. De kan avbryta sitt deltagande utan närmare motivering.

Publicering av resultatet

Undersökning kommer att presenteras i form av uppsats vid Högskolan Dalarna och alla informanter kommer att erbjudas en kopia på slutversionen.

Ort: _____ Datum: _____

Ytterligare upplysningar lämnas av nedanstående ansvariga:

Student: Natjalie Ekholm Mail: v21naekh@du.se Tel: 070 006 78 38

Student: Silvana Norin Mail: v19sino@du.se Tel: 073 073 20 94

Handledare: Anna Swall Mail: asw@du.se



HÖGSKOLAN
DALARNA

BILAGA 3. Informationsbrev till informant

Information om studien ”sjuksköterskans erfarenhet av att lindra beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom på geriatrisk avdelning”.

Du tillfrågas härmed om deltagande i denna undersökning.

Studiens syfte är att beskriva sjuksköterskans erfarenhet av att lindra beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) vid geriatrisk avdelning.

Genomförande av studien

Till studien söker vi sjuksköterskor som arbetet minst ett år på geriatriskavdelning och där vårdat personer med BPSD. Cirka tio sjuksköterskor kommer ingå i studien. Det är en kvalitativ intervjustudie där du kommer få öppna frågor med eventuella följdfrågor. Intervjuerna kommer att ske digitalt via Zoom eller Teams med hänsyn till den rådande pandemin. Du kommer själv få välja datum och tid som passar. Intervjun beräknas till ca 30–60 minuter och kommer spelas in via ljudinspelning detta för att sedan kunna skrivas ner i textform.

Hantering av data och personuppgifter

Materialet kommer att hanteras konfidentiellt. Intervjuerna kommer endast att användas i forskningssyfte och sparas så länge studien pågår för att sedan kasseras.

Högskolan Dalarna är ansvarig för behandlingen av personuppgifter i samband med examensarbetet. Som deltagare i undersökningen har du enligt Dataskyddsförordningen (GDPR) rätt att få information om hur dina personuppgifter kommer behandlas. Du har också rätt att ansöka om ett så kallat registerutdrag, samt att få eventuella fel rättade. Vid frågor om behandlingen av personuppgifter kan du vända dig till Högskolans dataskyddsbud.

Publicering av resultat

Undersökningen kommer att presenteras i form av en uppsats vid Högskolan Dalarna. Efter studiens färdigställande kommer alla informanter som önskar få en kopia på det färdiga materialet.

Frivillighet för deltagande

Ditt deltagande i undersökningen är helt frivilligt. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan närmare motivering. Om du avstår från att delta, eller avbryter ditt deltagande så kommer detta inte att påverka eventuell fortsatt arbete.

Ort: _____ Datum: _____

Ytterligare upplysningar lämnas av nedanstående ansvariga:

Student: Nathalie Ekholm Mail: v21naekh@du.se Tel: 070 006 78 38

Student: Silvana Norin Mail: v19sino@du.se Tel: 073 073 20 94

Handledare: Anna Swall Mail: asw@du.se

BILAGA. 4

SAMTYCKE TILL ATT DELTA I STUDIEN

Namn

Jag har fått muntlig och skriftlig information om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen

- Jag samtycker till att:
- 1) delta i studien ”Undersökning av sjuksköterskans erfarenheter av att lindra beteendemässiga och psykiska symtom vid demensvård på geriatrisk avdelning.
 - 2) att uppgifter om mig behandlas på det sätt som beskrivs i studiepersoninformationen.
 - 3) Följande personuppgifter aktivt samlas in: namn, befattning, telefonnummer och e-postadress.
 - 4) Andra personuppgifter, inklusive känsliga data, som framkommer under intervjun behandlas och lagras som en del av studiematerialet.
 - 5) de insamlade uppgifterna kommer att bevaras tills att uppsatsen är godkänd.

<input type="checkbox"/> Jag samtycker till inspelning av intervjun	<input type="checkbox"/> Jag samtycker inte till inspelning av intervjun
--	---

Ort/datum: _____

Ort/datum: _____

Underskrift

Deltagare

Underskrift

Ansvarig för studien

Bilaga 5

Blankett för etisk egengranskning av studentprojekt som involverar människor

Använd blanketten som en grund för forskningsetiska reflektioner tillsammans med din handledare och för att komma fram till bästa forskningsetiska förhållningssätt samt beslut om ansökan till den Forskningsetiska nämnden vid Högskolan Dalarna alternativt Etikprövningsmyndigheten behövs eller ej. Blanketten behålls av studenten och handledaren.

Projekttitel: Sjuksköterskans erfarenhet av att lindra beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom.

Student/studenter: Silvana Norin och Nathalie Ekholm

Handledare: Susanna Nordin

	Ja	Tveksamt	Nej
1 Kan frivilligheten att delta i studien ifrågasättas dvs. omfattar studien deltagare som kan betraktas tillhöra en sårbar grupp t.ex. barn (under 18 år), personer med nedsatt kognitiv förmåga, psykisk funktionsnedsättning eller sådana som har en beroendeställning till den som genomför studien t.ex. som patienter eller elever till densamma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
2 Innebär undersökningen att informerat samtycke inte kommer att inhämtas (d.v.s. forskningspersonerna kommer inte att få full information om undersökningen och/eller möjlighet att avsäga sig ett deltagande)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
3 Innebär undersökningen någon form av fysiskt ingrepp på forskningspersonerna?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
4 Kan undersökningen påverka forskningspersonerna fysiskt eller psykiskt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
5 Används biologiskt material som kan härledas till en levande eller avliden människa (t.ex. blodprov)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
6 Avser du behandla känsliga personuppgifter, som etnicitet, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse, medlemskap i fackförening, hälsa eller sexualliv?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
7 Avser du behandla personuppgifter om lagöverträdelse, som brott, domar i brottmål, straffprocessuella tvångsmedel eller administrativa frihetsberövanden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
8 Avser du att behandla personuppgifter? Observera att: <ul style="list-style-type: none"> • Samtliga uppgifter som kan kopplas till en levande person betraktas som personuppgifter, även om de är kodade eller krypterade. • I händelse av att studentarbetet INTE omfattar några känsliga personuppgifter och heller INTE deltagare som tillhör en sårbar grupp eller deltagare som INTE står i beroendeställning till den som genomför studien, behöver inte någon ansökan till Forskningsetiska nämnden vid Högskolan Dalarna göras. • Vid behandling av personuppgifter ska dock ALLTID anmälan om detta göras på avsedd blankett som sänds till: dataskydd@du.se 	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fastställt av Forskningsetiska nämnden 2020-09-23