Mittuniversitetet
MID SWEDEN UNIVERSITY

Mat, sömn och samvaro. De grundläggande behovens betydelse för symtombild hos personer med demenssjukdom – En kvantitativ masteruppsats

Frida Axelsson Patljak & Patrik Dahlin Olofsson

Examensarbete masterexamen
Huvudområde: Omvårdnad
Högskolepoäng: 15hp
Termin/år: VT2025
Handledare: Ulla Näppä
Examinator: Ingegerd Hildingsson
Kurskod/registreringsnummer: OM161A
Utbildningsprogram: Masterprogrammet i omvårdnad, 120hp

Open access är på väg att bli norm för att sprida vetenskaplig information på nätet. Mittuniversitetet rekommenderar såväl forskare som studenter att publicera sina arbeten open access.

Jag/vi medger publicering i fulltext (fritt tillgänglig på nätet, open access):

☒ Ja, jag/vi godkänner publiceringsvillkoren.

☐ Nej, jag/vi godkänner inte att mitt självständiga arbete publiceras i det offentliga gränssnittet i DiVA (Endast arkivering i DiVA).

Ludvika, Alingsås 2025-05-15.....
Ort och datum

Masterprogrammet i omvårdnad, Examensarbete masterexamen, OM161A
Program/Kurs

Frida Axelsson Patljak, Patrik Dahlin Olofsson.....
Namn (alla författares namn)

1980, 1983.....
Födelseår (alla författares födelseår)

Abstrakt

Bakgrund: Majoriteten av personer drabbade av kognitiv svikt till följd av demenssjukdom drabbas någon gång under sin sjukdomstid av beteendemässiga och psykiska symtom, som kan orsaka ytterligare ohälsa och lidande. Utlösande orsaker till dessa symtom kan vara både omgivande faktorer, sjukdomen i sig och i många fall otillfredsställda behov.

Syfte: Syftet var undersöka sambandet mellan behov som inte är tillgodosedda och förekomsten av beteendemässiga och psykiska symtom hos personer med demenssjukdom.

Metod: Vald metod för examensarbetet var av kvantitativ, retrospektiv tvärsnittsstudie av registerdata från BPSD-registret.

Resultat: Resultatet visade att det finns ett signifikant samband mellan otillfredsställda behov och skattade symtom. Flera behov, så som otillräcklig mat, otillräcklig sömn och brist på social samvaro hade signifikant påverkan på den totala poängen i skattningsskalan. Direkta samband mellan specifika behov och specifika symtom identifierades och var signifikanta men av något svagare art.

Slutsats: Examensarbetet understryker vikten av att identifiera och åtgärda grundläggande otillfredsställda behov hos personer med demenssjukdom, för att minska BPSD och främja välbefinnande, vilket även påvisar sjuksköterskans centrala roll i förebyggande omvårdnad.

Nyckelord: Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom, demens, Kitwood, kognitiv svikt, Neuropsychiatric Inventory Scale – Nursing Home, otillfredsställda behov

Abstract

Background: The majority of people with cognitive impairment due to dementia experience behavioural and psychological symptoms at some point during their illness, which can cause further illness and suffering. Triggers for these symptoms can be both environmental factors, the illness itself, and in many cases, unmet needs.

Aim: The aim was to investigate the relationship between unmet needs and the occurrence of behavioural and psychological symptoms in dementia.

Method: The chosen method for the thesis was a quantitative, retrospective cross-sectional study of registry data from the BPSD-registry.

Results: The results show that there is a significant relationship between unmet needs and rated symptoms. Several needs, such as insufficient food, insufficient sleep and lack of social interaction had a significant impact on the total score on the rating scale. Direct association between specific needs and specific symptoms were identified and were significant but of a somewhat weaker nature.

Conclusion: The thesis highlights the importance of identifying and addressing basic unmet needs in individuals with dementia in order to reduce BPSD and promote well-being, which also demonstrates the central role of nurses in preventive care.

Keywords: Behavioural and psychological symptoms of dementia, cognitive impairment, dementia, Kitwood, Neuropsychiatric Inventory Scale – Nursing Home, unmet needs

Innehåll

Introduktion **6**

Bakgrund **6**

Demenssjukdom 6

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom 7

Otillfredsställda behov 8

En säker demensvård 10

Personcentrerad vård 11

Problemformulering 12

Syfte **12**

Metod **12**

Design 12

BPSD-registret 13

Neuropsychiatric Inventory Scale – Nursing Home 13

Checklista för otillfredsställda behov 13

Deltagare 14

Procedur 14

Hantering av variabler 14

Analys 15

Etiska överväganden 16

Resultat **17**

Diskussion **21**

Metoddiskussion 21

Resultatdiskussion 24

Slutsats **26**

Referenser **28**

Bilaga 1 – Exempel på BPSD-skattning **1(4)**

Introduktion

Antalet personer drabbade av kognitiv svikt till följd av demenssjukdom ökar ständigt i vårt samhälle och i hela världen. En majoritet av de drabbade personerna utvecklar någon gång under sin sjukdomstid olika beteendemässiga och psykiska symtom som ökar lidande och försämrar allmäntillstånd och mående hos både personen och dennes anhöriga. Symtomen ökar även behovet av vård och omsorg och medför ökade kostnader för samhället. Det är därför nödvändigt att ständigt förbättra kunskapen kring demenssjukdomar, besvärliga symtom och orsaker till dessa, och hur vård- och omsorgspersonal inom region och kommun kan arbeta med omvårdnadsinsatser för att förebygga och minska lidande och främja hälsa.

Bakgrund

Demenssjukdom

Demens är ett samlingsnamn för en rad olika sjukdomar som orsakar skador i hjärnan och leder till försämrad hälsa genom nedsatta kognitiva funktioner. De kognitiva funktionerna kan delas in i olika domäner, antingen baserade på allmänna processer på var funktionen härleds från i hjärnan, eller på funktionens komplexitet (Harvey, 2019). Ett vedertaget förslag på uppdelning av de olika kognitiva domänerna är utifrån sex olika funktioner; perceptuell-motoriska funktioner, exekutiva funktioner, uppmärksamhetsfunktioner, social kognition, inlärning- och minnesfunktioner samt verbala funktioner. Demenssjukdomarna drabbar och påverkar olika delar av hjärnan och därav de kognitiva funktionerna på olika sätt (Lim m.fl., 2021).

I Sverige insjuknar varje år över 20 000 personer i en demenssjukdom (Socialstyrelsen, 2018). De vanligaste demenssjukdomarna är Alzheimers sjukdom, vaskulär demens, frontotemporal demenssjukdom och Lewykroppsdemens. Utöver dessa finns flera mindre vanliga demenssjukdomar och även kombinationer av dem. Alzheimers sjukdom kännetecknas av förändringar i hjärnan vilka sker genom inlagringar av amyloida plack och bildning av fibriller. Dessa sprider sig i hjärnan vilket leder till att hjärnans nervceller förtvinar och dör (Masters m.fl., 2015). Personer med Alzheimers sjukdom drabbas utöver minnessvikt ofta av flera olika symtom så som bland annat apati, agitationsproblematik, ångest, motorisk rastlöshet och sömnproblem (Schwertner m.fl., 2022; Zhao m.fl., 2016). Vaskulär demens orsakas av minskat blodflöde till hjärnan på grund av skador eller sjukliga förändringar av blodkärl. Personer drabbade av vaskulär demens har ofta kognitiva problem så som långsamt tänkande, minnesförlust, desorientering och ökade svårigheter att utföra

olika uppgifter (Venkat m.fl., 2015). Frontotemporal demenssjukdom drabbar de främre delarna av hjärnan, det vill säga pannloben och/eller tinningloberna, och kännetecknas av progressiva brister i beteende, omdöme, koncentration och språk. Sjukdomen debuterar ofta tidigt, innan 65-års åldern, och misstas i många fall för olika former av psykisk ohälsa (Bang, m.fl., 2015). Vid Lewykroppsdemens bildas så kallade Lewy-kroppar, onormala pålagringar av alfa-synukleinprotein, i de delar av hjärnan som reglerar beteende, kognition och rörelse. Personer som insjuknat i Lewykroppsdemens har ofta svårt med avståndsbedömning, är stela i sin rörelsemimik och är i många fall drabbade av skrämmande hallucinationer och mardrömmar (Nazarko, 2019).

Det är av stor vikt att få en komplett och noggrann utredning och diagnossättning redan vid primära symtom av kognitiv svikt för att kunna få adekvat vård och behandling. Det finns idag dock inget botemedel för demenssjukdomar och att drabbas kan upplevas som en stor tragedi både för personen själv och dennes anhöriga (Black, m.fl., 2020; Wimo, m.fl., 2013). Trots en förstående och engagerad omgivning så hamnar ofta personen i en sorts isoleringskänsla då den försämrade kognitiva förmågan leder till svårigheter med att följa med i samtal och agera i det sociala samspelet. Det syns även att det finns en förförståelse hos de drabbade att det är minnesförlusten som är det största och primära symtomet. Övriga symtom, fysiska, kognitiva och psykiska besvär som demenssjukdomar ofta för med sig är svårare att greppa och även svårare att se hos sig själv (Lindeberg, m.fl., 2021). De flesta, omkring 75 %, av de personer i Sverige som har fått en demensdiagnos, har dagliga vård- och omsorgsinsatser och bor på demensboende eller särskilt boende. Ju längre demenssjukdomen fortskrider desto högre andel individer behöver stöd och omvårdnad. De personer som inte har några dagliga insatser är framförallt yngre, under 79 år, och som har ett fungerande nätverk i hemmet och vars sjukdom ännu inte utvecklats till de svårare stadierna (Paddick m.fl., 2015; sm-Rahman m.fl., 2022).

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom

Besvärande symtom som skiljer sig från hur personen mår och reagerar i sitt habitualtillstånd är vanligt förekommande hos personer som är drabbade av demenssjukdom och kognitiv svikt. Dessa symtom går ofta under samlingsnamnet beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom, internationellt behavioural and psychological symptoms of dementia, och kallas BPSD. Symtomen är vanligt förekommande och kända sedan många år tillbaka under olika definitioner och begrepp. BPSD-liknande symtom med koppling till ”senildemens” finns beskrivna redan på 1800-talet, och i samband

med att Alzheimers sjukdom upptäcktes identifierades symtom som paranoia, vanföreställningar och hallucinationer. Men trots att olika symtom varit kända under lång tid så är bristen på tidig forskning om BPSD påtaglig (Finkel, 2000; International Psychiatric Association, 2015). BPSD som begrepp definierades 1996 av International Psychiatric Association (IPA) och ersatte då den tidigare använda termen beteendestörningar. BPSD sågs då som symtom på störd perception, tankeinnehåll, humör eller beteende som ofta förekommer hos personer med demenssjukdom (International Psychiatric Association, 2015). Idag finns rikligt med forskning om besvärande symtom vid olika demenssjukdomar, grader av kognitiv svikt och även flertalet olika skalor och bedömningsinstrument för att bedöma och gradera dessa symtom (González m.fl., 2023; Poon, 2019; Schwertner m.fl., 2022). Förekomsten av BPSD hos personer med demenssjukdom är enligt flera studier mycket hög. Paddick m.fl. (2015) såg en förekomst av symtom på 88% (n=78), Huang m.fl. (2017) visade en förekomst på 97,5% (n=276), och Majer m.fl. (2019) visade i sin undersökning av 131 personer att 100% var drabbade av symtom. I en studie om svenska BPSD-registret så visade sig 93% (n=19553) av deltagarna ha någon form av symtom (Franzén, 2017). Även jämfört med personer med någon annan form av kognitiv nedsättning och med personer helt utan diagnos så har personer med demensdiagnos betydligt fler besvärande symtom (Paddick m.fl., 2015). Utvecklingsgraden av personens demenssjukdom påverkar också svårighetsgraden av BPSD. Ju längre personens sjukdom utvecklats, desto fler och svårare symtom är personen drabbad av (Huang m.fl., 2017). BPSD är ofta besvärande både för individen själv och drabbar även personens omgivning. Upplevelsen från vårdpersonal som vårdar personer med demenssjukdom är att symtomen bland annat leder till otrygghet och skapar oro hos de andra personerna boende på demensavdelning. Utmanande symtom som agitation och upprördhet är ofta mer påtagliga och lätta att identifiera eftersom de syns och hörs och upplevs även störa gruppens harmoni, medan ”tysta” symtom som apati och depression ofta hamnar i bakgrunden och mer sällan identifieras och blir åtgärdade (Grootscholten m.fl., 2023). BPSD har visat sig vara den vanligaste orsaken till att personer med demens i takt med att sjukdomen förvärras tvingas flytta in på ett särskilt boende och att dessa symtom även orsakar multisjuklighet, dödlighet och fler inläggningar på sjukhus (Kales, m.fl., 2015).

Otillfredsställda behov

Algase m.fl. (1996) presenterade ett teoretiskt ramverk där det beskrivs hur svårartade beteenden hos personer med kognitiv sjukdom kan förstås, genom att handlandet ses som ett uttryck för att antingen nå ett mål eller som ett uttryck för ett otillfredsställt behov. Genom denna förklaringsmodell kan beteenden som skulle beskrivas som svåra eller störande mer tydligt förklaras och tolkas. Algase m.fl. betonar även att det är viktigt att förstå beteendet

utifrån den enskilda sjukdomsdrabbade personen som har det. Beteendet kan för den personen, hur störande det än upplevs vara för omgivningen, vara det mest rationella svaret på faktorer i dennes närhet. BPSD-begreppet används inte av Algase m.fl. utan ramverket innefattar istället begreppet Need-driven Dementia-Compromised Behaviors (NDB). I ramverket presenteras bakomliggande faktorer, som kan vara neurologiska, kognitiva, hälsomässiga och psykosociala, tillsammans med proximala faktorer så som psykologiska, fysiska och sociala. De bakomliggande faktorerna har en långsiktig påverkan och de neurologiska, kognitiva och hälsomässiga delarna kan bland annat innebära den kognitiva sjukdomsutvecklingen men även andra somatiska sjukdomar. När det gäller de psykosociala delarna så kan de tolkas som personens livshistoria, personlighet, erfarenheter och det sociala nätverket. De proximala faktorerna har en mer direkt och omedelbar påverkan och handlar om till exempel fysiska faktorer som smärta, miljöfaktorer som olika stimuli och sociala faktorer som interaktion med andra. Dessa bakomliggande och proximala faktorer samverkar och leder till olika behov hos personen, som i sin tur skapar ett beteende (NDB).

Cho m.fl. (2021) undersökte vidare hur proximala faktorer definierat som sömn- och aktivitetsnivåer, olika utlösande faktorer av personlig karaktär, personlighetstyper och otillfredsställda behov hängde ihop med olika typer av symtom. Symtomen grupperades då i grupper där psykotiska symtom innebar vanföreställningar och hallucinationer, affektiva symtom beskrevs som depression, ångest och apati och hyperaktiva symtom var agitation, hämningslöshet och labilitet. Eufori, ätstörningar, sömnstörningar och motorisk rastlöshet var däremot inte uppdelade gruppvis utan sågs som enskilda symtom. Det visas även att det finns ett samband mellan flera olika proximala faktorer, förändringar i omgivningen, exponering för en miljö med högt ljud eller otillräcklig belysning och olika kategorier av symtom. Algase m.fl. (1996) lyfter på liknande sätt fram den fysiska och psykosociala omgivningen. Det kan handla om en lång rad faktorer som kan bidra till att antingen öka eller minska NDB såsom möblering, färgsättning, ljudnivå, ljusstyrka och inte minst personalens bemötande och förståelse. Kales m.fl. (2015) menar även de att svåra symtomen kan orsakas av både såväl sjukdomen i sig, annan akut sjukdom, vårdgivare och miljöfaktorer som otillfredsställda behov samt redan existerande personlighetsdrag. Rouch m.fl. (2019) visar att bland annat premorbid personlighet har större risk att utveckla symtom redan i tidig fas av Alzheimers sjukdom.

Kovach m.fl. (2005) vidareutvecklade Algases modell och visade vilka konsekvenser som NDB kan leda till. Enligt den modellen kan otillfredsställda behov hos personer leda till en kaskadeffekt av ytterligare behov som leder till ytterligare NDB. Detta exemplifieras bland annat genom beskrivningen av en person med kognitiv sjukdom som är törstig, och törst är då den bakomliggande faktorn. Personens primära behov är vätska. Om inte detta behov

tillfredsställs blir personen exempelvis motoriskt orolig. Motorisk rastlöshet är då det primära symtomet. Om inte symtomet kopplas ihop med behovet så finns fortsatt risk att behovet inte tillgodoses, och situationen kan leda vidare till exempelvis förstoppning och magsmärtor. Personens sekundära behov blir då förslagsvis anpassad kost och laxantia. Om det sekundära behovet inte tillfredsställs kan detta leda både till förvärrande av personens primära symtom och/eller ytterligare symtom, som agitation och oro. I denna modell benämns dessa ytterligare symtom som sekundärt NDB.

En säker demensvård

För att kunna utvärdera, utveckla och kvalitetssäkra vården kring personer med demenssjukdom krävs mätbara instrument. Kvalitetsregister är värdefulla källor för kvalitetsmätning och utveckling. I Sverige finns flera olika kvalitetsregister (BPSD-registret, SveDem, Senior Alert) som involverar personer som är drabbade av demenssjukdom och kognitiv svikt (Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård, 2025). Forskning som använder sig av kvalitetsregister kan visa bland annat hur diagnostik, vård och behandling fungerar samt hur stora kostnader som demensdiagnostik och vård står för (Wimo, m.fl., 2013). Studier av kvalitetsregister har bland annat visat att äldre personer inte får samma grad av utredning vid minnessvikt som yngre personer får, att fullständiga demensutredningar saknas i 47% av fallen (n=9625), och att utredningen även skiljer sig betydligt mellan de personer som får utredning via primärvården och de som får träffa en specialistläkare (Garcia-Ptacek, m.fl., 2017; Wimo, m.fl., 2013). Flera studier visar även att nästan en tredjedel av alla registrerade personer i kvalitetsregister saknar diagnos alternativt har fått diagnosen ospecificerad demens (Franzen, 2017; Schwertner, m.fl., 2022; SveDem, 2024). I arbete med kvalitetsregister kan omvårdnaden och måendet hos personen observeras, analyseras, vidareutvecklas och förbättras genom åtgärder och uppföljningar. Genom observationer kan symtom, beteende, hälsa och lidande fastställas och vidareanalyseras. Individanpassade omvårdnadsåtgärder och individuellt utformade bemötande- och kommunikationsplaner kan minska och motverka svåra symtom, som sedan utvärderas för att avgöra om det pågående arbetet är framgångsrikt (BPSD-registret, 2025). Jönsson m.fl. (2025) visar att kvalitetsregister kan ge ett strukturerat ramverk för att identifiera bakomliggande faktorer, utveckla individanpassade vårdåtgärder och för att följa upp effekten av dem. Registrerad data möjliggör jämförelser mellan olika vårdinstanser vilket kan leda till både identifiering av förbättringsområden och högkvalitativ vård.

Personcentrerad vård

Kitwood (1997) utvecklade teorin om personcentrerad vård för personer med demens under 1990-talet och betonar där vikten av att sätta personen i centrum även vid sjukdom som påverkar personens kognitiva funktioner. Kitwood (1997, s. 7-8) är kritisk till hur personer med kognitiv sjukdom reduceras till att i första hand vara bärare av den sjukdom de har. Utgångspunkten ska istället vara att personen finns kvar, inte definierad av sin sjukdom utan som en egen och unik individ, med resurser och förmågor men med svårigheter att kommunicera sina känslor, upplevelser och sin egen personlighet. Kitwood (1997, s. 8) använder sig av begreppet personskap (personhood) som kan förstås som den status eller ställning som tilldelas en person av andra människor genom de relationer de har via sociala sammanhang. Det är i relationen möjligt att både erkänna och förstärka en människas personskap eller misslyckas med att göra det. Kitwood (1997, s. 80-84) definierar följande fem övergripande behov hos personer med kognitiv sjukdom; trygghet, anknytning, inkludering, syfte och identitet.

Vidare använder sig Kitwood av begreppen malign socialpsykologi (malignant social psychology) och positivt personarbete (positive person work) för att beskriva på vilka sätt personer med kognitiv sjukdom kan bli bemötta av vård- och omsorgspersonal. Kitwood (1997, s. 46-47) definierar malign socialpsykologi som något som är direkt skadligt för en människas personskap och som kan underminera det psykiska välbefinnandet. Flera olika element definieras tillhöra den maligna socialpsykologin, så som att bland annat nedvärdera, håna, ignorera och ställa orimliga krav. I motsats till den maligna socialpsykologin finns det positiva personarbetet (Kitwood, 1997, s. 89-93) där även där flera olika beteenden eller strategier lyfts fram som positiva i arbetet med personer som har kognitiv sjukdom. Exempel på de positiva aspekterna är samarbete, bekräftelse, trygghet, skapande och sensorisk stimulans. Som ansvarig för omvårdnaden är sjuksköterskans åtgärder, inställning och arbete i stort av största vikt för personer drabbade av demenssjukdom och kognitiv svikt. Kitwood (1997, s. 80-84) betonar att sjuksköterskan ska fungera som en förebild för övrig vårdpersonal i arbetet med personcentrerad vård. Sjuksköterskan ska främja en individanpassad och hälsosam vårdmiljö och möjliggöra för personen att använda sina kvarvarande resurser och förmågor. Mitchell och Agnelli (2015) menar att sjuksköterskan är ansvarig över att bevara och förstärka personligheten när de kognitiva funktionerna sviktar och att genom det tillgodose personens psykologiska behov. Mitchell och Agnelli skriver även att Kitwoods framarbetande begrepp om malign socialpsykologi och positivt personarbete gör det möjligt för sjuksköterskan att utveckla sin kompetens och genomföra optimala omvårdnadsåtgärder för personer med demenssjukdom.

Problemformulering

Demenssjukdom och kognitiv svikt medför både minnesförlust och flera andra kognitiva, psykiska så väl som fysiska problem. Beteendemässiga och psykiska symtom ses hos i stort sett alla drabbade individer, vilket kan leda till stort lidande och försämrad hälsa. Som orsak till besvärliga symtom ses både omgivande faktorer, sjukdomen i sig och, i många fall, otillfredsställda behov. Mer forskning om sambandet mellan otillfredsställda behov och beteendemässiga och psykiska symtom och problem kan öka möjligheten för sjuksköterskan att identifiera behov i tid, förebygga symtomen de leder till och därmed förbättra hälsa och välmående.

Syfte

Syftet var att undersöka sambandet mellan behov som inte är tillgodosedda och förekomsten av beteendemässiga och psykiska symtom hos personer med demenssjukdom.

Forskningsfråga:

Finns det ett statistiskt signifikant samband mellan otillfredsställda behov och olika symtom hos personer med demenssjukdom?

Metod

Metodavsnittet redogör för arbetets design, urval samt procedur av datainsamling och analys. Avsnittet avslutas med etiska överväganden.

Design

Vald ansats för arbetet var kvantitativ metod och den genomfördes som en retrospektiv tvärsnittsstudie av registerdata från BPSD-registret. Metoden valdes då den gör det möjligt att undersöka samband mellan flera olika variabler vid en viss tidpunkt och att granska och analysera stora mängder data (Polit & Beck, 2021, s. 9-10, 176; Wang & Cheng, 2020). Insamlade data bestod av individuella registreringar i BPSD-registret utförda mellan åren 2022-2024, vilka innefattade dokumenterade NPI-poäng och tänkbara orsaker till BPSD. För exempel på BPSD-registrering, se Bilaga 1.

BPSD-registret

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister som startades 2010 i Malmö. BPSD-registret syftar till att utveckla och kvalitetssäkra vården för personer med kognitiva sjukdomar. Registret används över hela landet och har sedan starten drygt 125 000 registrerade personer. Samtliga av Sveriges 290 kommuner har registrerat personer med demenssjukdom i registret. För att bli BPSD-administratör och behörig för att registrera personer i BPSD-registret krävs två dagars utbildning kring demenssjukdomar, demensvård, bemötande och registerarbete samt en tillhörande halvdags uppföljningsutbildning. Representanter för hela teamet kring personen, så som enhetschef, sjuksköterska, undersköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut rekommenderas att gå administratörsutbildningen (BPSD-registret, 2025).

Neuropsychiatric Inventory Scale – Nursing Home

Bedömningsskalan som inom BPSD-registret används för att mäta förekomsten av symtom är den modifierade NPI–NH skalan (Neuropsychiatric Inventory Scale – Nursing Home). NPI-skalan är välkänd över hela världen, är översatt till omkring 40 olika språk och är det mest använda bedömningsinstrumentet för att bedöma BPSD (Cummings, 2020). Skalan innehåller bedömning av tolv olika symtom; vanföreställningar, hallucinationer, agitation/upprördhet, depression/nedstämdhet, ångest, upprymdhet/eufori, apati/likgiltighet, hämningslöshet, lättretlighet/labilitet, motorisk rastlöshet, sömnstörningar samt matlust/ätstörningar. Personal som har god kännedom om personen med demenssjukdom genomför tillsammans skattningen, där först noggrant utvalda övergripande frågor ställs för att utröna om personen lider av symtomet. Vid bekräftande av symtom ställs en rad följdfrågor vilka följs av att förekomsten av symtomet, som graderas på en skala mellan ett till fyra (1: mindre än en gång i veckan, 2: ungefär en gång per vecka, 3: flera gånger i veckan men inte varje dag, eller 4: en eller flera gånger om dagen). Förekomsten multipliceras sedan med allvarlighetsgraden, som graderas mellan ett till tre (1: lindrig 2: måttlig, eller 3: svår). Personen får då ett värde mellan ett till tolv för varje symtom som förekommer. Ju högre värde desto svårare är symtomet. Om förekomst av ett visst symtom inte bekräftas erhåller personen siffran 0. Efter att screening gjorts för alla tolv symtom slås de individuella symtomvärdena ihop till ett totalvärde på maximalt 144 poäng (Cummings, 1994; 2020; Granvik, 2016).

Checklista för otillfredsställda behov

Vid en registrering i BPSD-registret så bedöms tänkbara orsaker till BPSD genom en checklista. Dessa orsaker namnges också som *otillfredsställda behov*, vilket är begreppet som härefter används i detta examensarbete vid syfte på tänkbara orsaker i registret. Checklistan innehåller en rad behov som antingen är – eller inte är – tillfredsställda så som tillräckligt med mat, tillräckligt med vätska, tillräckligt med sömn, normal urin, normal avföring, utan

hudbesvär, utan munbesvär, god syn, god hörsel, möjlighet att ändra kroppsläge, samt om personen har daglig positiv samvaro med andra personer. Den innehåller även enkla vitala parametrar; blodtryck, puls, blodsocker, temp och andning. Utöver dessa bedöms även om personen är smärtfri, om smärtskala använts samt om översyn av läkemedel och miljö är gjorda eller inte (BPSD-registret, 2025). Se Bilaga 1 för exempel på checklista och NPI-skattning.

Deltagare

Urvalet bestod av personer med demensdiagnos inom en storstadsnära medelstor kommun i Sverige, som fanns registrerade i BPSD-registret mellan 2022-2024. Enheten valdes ut genom bekvämlighetsurval utifrån kännedom om kommunen. Inklusionskriterier var att urvalspersonerna skulle ha minst en fullständig individuell registrering i BPSD-registret under vald tidsperiod. I enlighet med önskade variabler så exkluderades automatiskt ofullständiga registreringar, liksom registreringar gjorda på personer som tackat nej till att deltaga i forskning och statistik.

Procedur

En inledande kontakt togs med BPSD-registret redan innan examensarbetets start för att diskutera inriktning och planerat syfte. Efter positiv feedback från BPSD-registret och godkännande från handledande lärare skickades ansökan om tillstånd för registerutdrag till BPSD-registret tillsammans med projektplan och lista på önskade variabler. Efter återkoppling från registerhållare så kompletterades ansökan med uppdrag från verksamhetschef över aktuell kommun. Datainsamlingen skedde således genom att registerutdrag erhölls från BPSD-registret genom att det skickades från BPSD-registrets utlämnande enhet till avsedd e-postadress.

Hantering av variabler

Den kvantitativa analysen inleddes med beskrivande analyser för att sammanfatta och presentera data. Statistiska analyser genomfördes sedan för att jämföra och hitta sambandsmönster mellan variablerna, i enlighet med Hassons (2024) beskrivning, och numeriska värden användes för att beskriva sambandet mellan dem. Enligt Polit och Beck (2021, s. 194) är kännetecknet för en retrospektiv design är att forskaren utgår från en beroende variabel vilken kan, eller inte kan, påverkas av en oberoende variabel. Den

beroende variabeln var i denna uppsats symtomet, vilket undersöktes om det påverkades eller inte påverkades av den oberoende variabeln; otillfredsställda behov. Använt analysprogram är Statistical Package for the Social Sciences (SPSS IBM version 29) och utlämnad data erhölls i SPSS-filformat. Data innehöll både nominalvariabler och kvotvariabler. Vald signifikansnivå för uppsatsen var 0,05 vilket i de flesta studier anses som acceptabelt, och innebär att p-värden under 0,05 visar på minst 95% säkerhet att sambandet inte är slumpmässigt (Polit & Beck, 2021, s. 393; 389). Accepterat *R*-värde för uppsatsen ansågs vara 0,5. *R*-värdet används i analyser för att ange styrka och riktning på ett linjärt samband mellan oberoende och beroende variabler. Beroende på sammanhang och analys så ses ett *R*-värde på 0,4-0,6 som ett måttligt samband och ett värde över 0,6 som ett starkt samband (Polit & Beck, 2021, s. 412-415). Analyserad data presenteras i form av tabeller, figurer och i löpande text. Enligt Hasson, 2024, är grafer och figurer av stort värde för att tydliggöra för läsaren och visa komplexa resultat på ett visuellt sätt.

Analys

Bearbetningen av data inleddes med att granska, namnge och sortera variabler i SPSS. Valet gjordes att exkludera variablerna om läkemedelsöversyn är gjord, om miljööversyn är gjord samt om smärtskattningsskala använts då det inte finns möjlighet att avgöra vad dessa lett fram till. Det togs även beslut att exkludera de vitala parametrarna då det krävs information om bakomliggande sjukdomar för att kunna avgöra deras betydelse. Från variablerna exkluderades även en variabel namngiven med ”urinetest” som inte förekommer i en BPSD-skattning. Enligt Hasson (2024) är det en del av proceduren vid insamling av kvantitativa data att kvalitetssäkra och rensa data på dubbletter, anomalier samt irrelevanta uppgifter. Efter granskningen av data inleddes den deskriptiva analysen för att få en överblick och göra en sammanställning över de olika variablerna. Frekvenstabeller skapades över antal deltagare, könsindelning, genomsnittsålder, demensdiagnoser, otillfredsställda behov och NPI-poäng för varje symtom. Vidare gjordes även en medelvärdesanalys där genomsnittspoäng på NPI jämfördes med antal otillfredsställda behov.

Nästa steg i analysen var att genom Spearmans korrelationstabeller identifiera samband mellan de olika symtomen och de otillfredsställda behoven. Efter att ha gjort en scatterplot för att få överblick över hur sambanden och fördelningen mellan variablerna såg ut konstaterades att sambanden inte var linjära. Enligt Polit & Beck (2021, s. 403) är Spearman’s rho lämplig att använda när data inte är normalfördelade eller är på ordinalnivå. Först jämfördes antalet otillfredsställda behov med de olika symtomen och sedan korrelerades samtliga behov mot samtliga symtom. Efter att ha identifierat signifikanta samband i tabellen så utfördes linjära regressionsanalyser, som används för att förutse om en oberoende

variabel påverkar en beroende variabel (Polit & Beck, 2021, s. 412-413). När multipel regression genomförs inkluderas även flera oberoende kontrollvariabler i analysen för att öka möjligheten att förutse ett samband (Polit & Beck, 2021, s. 414-416; Wang & Cheng, 2020). I den linjära regressionen användes det aktuella otillfredsställda behovet som oberoende variabel och symtomen som det ansågs ha påverkat som beroende variabel. Det gjordes även en regressionsanalys där den totala NPI-poängen användes som beroende variabel för att kontrollera vilka otillfredsställda behov som påverkar symtomen i stort.

Oberoende t-test användes sedan för att se skillnader i medelvärde på totala NPI-poäng mellan de personer som hade eller inte hade ett visst otillfredsställt behov. T-test kan enligt Polit & Beck (2021, s. 394-396) användas för att jämföra medelvärde mellan två oberoende grupper. För bedömning av effektstorlek vid oberoende t-test användes Cohen's *d*. Enligt Polit & Beck (2021, s. 404-405) så kan resultat på 0,2 av Cohen´s *d* tolkas som liten effekt, 0,5 som medelstor effekt och 0,8 som stor effekt.

Etiska överväganden

De etiska överväganden som gjorts i detta arbete grundar sig i huvudsak på de etiska principerna från Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2024) samt föreskrifter från Vetenskapsrådet (2024) och Etikprövningsmyndigheten (u.å). En formell ansökan om etiskt godkännande av Etikprövningsmyndigheten (u.å) krävdes inte då studentuppsatser på avancerad nivå inte omfattas av Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460). Avsikten med arbetet är att göra gott utan att skada, genom att bidra till kunskap och öka välbefinnande hos personer med demenssjukdom. Möjlig förförståelse och förväntningar på resultatet utifrån professionell erfarenhet inom demensvård beaktas under processen. Information om syftet med arbetet lämnades in till BPSD-registret i samband med ansökan om registerutdrag. Respekten för forskningsdeltagare beaktades genom att bevara integriteten och skydda individen. Deltagande var anonymt, eftersom utlämnad data var avkodad av registret och personnummer var ersatt av koder. Genom att presentera resultatet endast på gruppnivå så finns det inte heller någon risk att där identifiera enskilda individer (Polit & Beck, 2021, s. 141, 472). Enligt Patientdatalagen (SFS 2008:355) så får inte personuppgifter behandlas i ett kvalitetsregister om den enskilde motsätter sig det, och uppgifter kan även efter registrering när som helst raderas om personen så önskar. Konfidentialiteten säkrades genom att insamlad data under hela processen har lagrats och hanterats lösenordskyddat och på ett sätt att ingen obehörig person kunnat komma åt hela eller delar av informationen. Utlämnad data raderas då examensarbetet blivit godkänt.

Resultat

Den inledande deskriptiva analysen finns sammanfattad i Tabell 1 samt Figur 1 och 2. Den visade att urvalet bestod till största delen av kvinnor (67,4%). Genomsnittsåldern på samtliga deltagare var 84 år (n=368) och den mest förekommande demenssjukdomen var Alzheimers sjukdom (34,8%) följt av vaskulär demens (34,8%). Minst förekommande var frontotemporal demenssjukdom (1,9%). Nästan en fjärdedel av deltagarna (22,6%) var diagnosticerade med ospecificerad demens.

Tabell 1. Bakgrundsdata över deltagarna

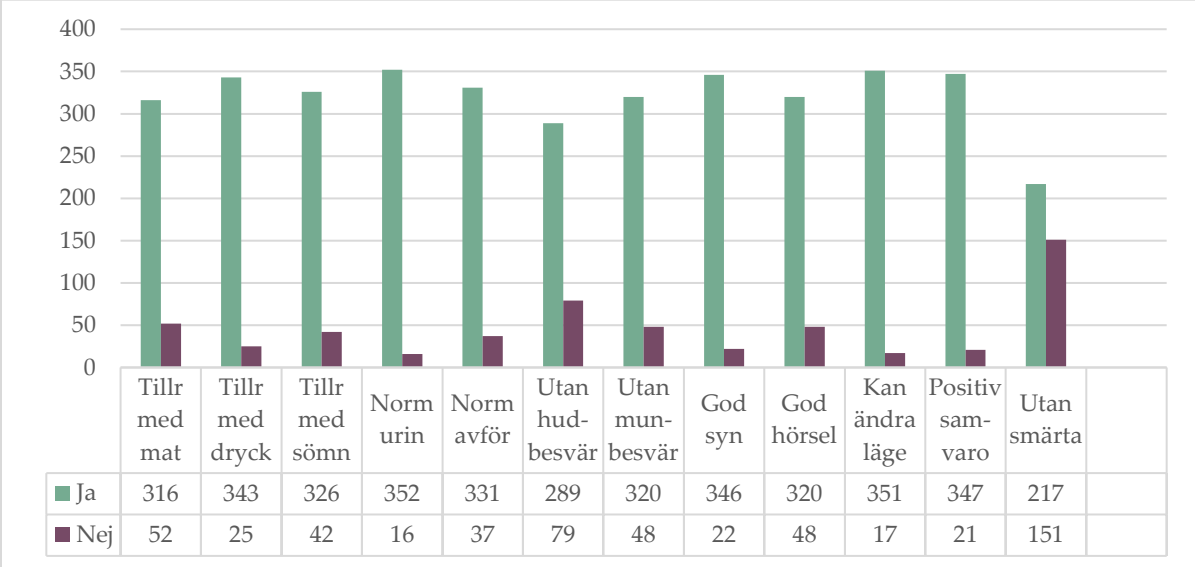
	Total n = 368, (%)	*Män, antal=n (%)*	*Kvinnor, antal=n (%)*
Deltagare		120, (32,6%)	248, (67,4%)
Ålder, år ± std dev	84,01 ± 7,30	83,34 ± 7,83	84,34 ± 7,03
NPI-poäng totalt ± std dev	22,87 ± 19,57	22,25 ± 19,80	23,17 ± 19,48
Alzheimers sjukdom	128, (34,8%)	33, (9,0%)	95, (25,8%)
Vaskulär demens	78, (21,2%)	17, (4,6%)	61, (16,6%)
Frontotemporal demens	7, (1,9%)	5, (1,4%)	2, (0,5%)
Blanddemens	29, (7,9%)	14, (3,8%)	15, (4,1%)
Ospecificerad demens	83, (22,6%)	36, (9,8%)	47, (12,8%)
Övriga (Levykroppsdemens, alkoholdemens, Parkinsons sjukdom med demens m.fl.)	43, (11,7%)	15, (4,1%)	28, (7,6%)

Det sammanlagda genomsnittet av NPI-poäng var 22,87 och genomsnittet för de olika symtomen visade att motorisk rastlöshet hade högst poäng (6,72) följt av matlust/ätstörningar (5,85). Minst poäng hade eufori/upprymdhet (2,97) och hallucinationer

(3,88). De mest förekommande symtomen var agitation (n=228) och lättretlighet (n=209) medan det minst förekommande var eufori (n=31).

Figur 1. Genomsnitt av NPI-NH-poäng för varje symtom

Den deskriptiva översikten över otillfredsställda behov visade att ”utan smärta” var överlägset det behov som fått flest nekande svar (n=151, 41,0%), följt av ”utan hudbesvär” (n=79, 21,5%) och ”tillräckligt med mat” (n=52, 14,1%).



	Tillr med mat	Tillr med dryck	Tillr med sömn	Norm urin	Norm avför	Utan hud-besvär	Utan mun-besvär	God syn	God hörsel	Kan ändra läge	Positiv sam-varo	Utan smärta
Ja	316	343	326	352	331	289	320	346	320	351	347	217
Nej	52	25	42	16	37	79	48	22	48	17	21	151

Figur 2. Översikt över tillfredsställda/otillfredsställda behov

Vid jämförande av antal otillfredsställda behov och medelvärde av totala NPI-NH-poäng så konstaterades ett, dock inte helt linjärt, samband; ju fler otillfredsställda behov desto högre poäng. De personer som inte hade några otillfredsställda behov hade ett medelvärde på

17,49 NPI-NH poäng medan de personer som hade fem eller fler otillfredsställda behov hade ett medelvärde på 38,93 poäng, se Tabell 2.

Tabell 2. Översikt över antal otillfredsställda behov jämfört med medelvärde av totala NPI-poäng

	N= (%)	Medelvärde NPI-NH-poäng (std dev)
0 otillfredsställda behov	98 (26,63%)	17,49 (16,37)
1 otillfredsställt behov	117 (31,79%)	19,81 (17,28)
2 otillfredsställda behov	80 (21,74%)	26,37 (20,32)
3 otillfredsställda behov	34 (9,24%)	31,79 (24,86)
4 otillfredsställda behov	24 (6,52%)	25,42 (18,10)
5 eller fler otillfredsställda behov	15 (4,08%)	38,93 (19,80)

I de inledande statistiska analyserna genomfördes Spearmans korrelationsanalys, för att undersöka sambandet mellan otillfredsställda behov och förekomsten av specifika symtom. Resultatet visade svaga till måttliga positiva samband ($r < 0,5$, $p < 0,05$) mellan variablerna för flera symtom så som agitation, labilitet och sömnstörningar, och otillfredsställda behov som otillräckligt med mat, otillräckligt med sömn, bristande social samvaro med andra personer samt om personen hade minskad möjlighet att ändra kroppsläge. En serie linjära regressionsanalyser utfördes sedan mellan de behov och symtom som sågs ha samband i korrelationsanalysen. Syftet var att undersöka i vilken grad enskilda behov kunde förutspå specifika symtom. Dessa analyser visade att det fanns ett statistiskt signifikant samband på att vissa otillfredsställda behov, så som otillräcklig mat och otillräcklig sömn var utlösare för bland annat agitation och irritation med b-koefficienter mellan 1,639 och 5,406 ($p < 0,05$). Därefter utfördes multipla regressionsanalyser för att undersöka om flera av de oberoende kontrollvariablerna, det vill säga behoven, tillsammans hade en effekt på olika symtom. De behov som visade signifikanta effekter i de linjära analyserna inkluderades. Resultaten från de multipla analyserna, som presenteras i Tabell 3, visade att behoven förblev signifikanta prediktorer, med b-koefficienter mellan 1,510 och 5,994 ($p < 0,01$ för samtliga samband).

En ytterligare regressionsanalys genomfördes där samtliga otillfredsställda behov inkluderades för att undersöka sambandet med de totala NPI-poängen. Resultaten från denna analys visade starka och signifikanta samband mellan totala NPI-poäng och flera otillfredsställda behov, inklusive otillräckligt med mat, otillräckligt med sömn, otillräcklig

daglig samvaro samt smärtpåverkan med b-koefficienter mellan 8,621 och 15,355 ($p < 0,01$ för alla samband). Dessa resultat visar att aktuella otillfredsställda behov är starkt associerade med högre NPI-poäng. Översikt över resultat från regressionsanalyser visas i Tabell 3.

Tabell 3. Regressionsanalys mellan effekten av otillfredsställda behov och symtom. Ostandardiserade b-koefficienter ± standardavvikelse. Effekter utan signifikant samband har exkluderats.

	Agitation/ upprördhet	Irritation/ labilitet	Motorisk rastlöshet	Matlust/ Ätstörn	Sömn-störn	Totala NPI-poäng
Otillräckligt med mat	1,717* ± 0,638	1,510* ± 0,682		2,541* ± 0,768	2,746* ± 0,834	9,223* ± 2,711
Otillräckligt med sömn	2,094* ± 0,731	2,022* ± 0,815	2,279* ± 0,755		3,531* ± 0,526	11,944* ± 2,962
Otillräcklig dagl samv		2,364* ± 0,873				15,355* ± 4,056
Oförmåga ändra läge			5,994* ± 1,908			
Har smärta						8,621* ± 1,922
Constant	4,786* ± 0,253	4,396* ± 0,273	6,006* ± 0,322	4,130* ± 1,464	2,607* ± 0,314	15,792* ± 1,308
N=	228	209	178	98	121	368
Adj. R^2	0,057	0,078	0,107	0,216	0,340	0,154

*$p < 0,01$

För att undersöka om det fanns en signifikant skillnad mellan de personer som hade tillfredsställda behov och de som hade otillfredsställda behov genomfördes oberoende t-tester. Samtliga behov jämfördes med totalpoäng av NPI-NH. Även effektstorlek enligt Cohen's d beräknades. Resultatet visade att för vissa av behovsvariablerna hade gruppen av tillfredsställda personer signifikant lägre NPI-poäng jämfört med den grupp av personer som inte hade dessa behov tillfredsställda. Den första variabeln som hade en signifikant skillnad var om personerna fått tillräckligt med mat (M = 21,3, SD = 18,4) jämfört med otillräckligt med mat (M = 32,3, SD = 23,5); $t(61,8) = 3,2$, $p = 0,002$, $d = 0,57$. Effektstorleken var här medelstor enligt Cohens kriterier. Den andra variabeln var om personerna fick tillräckligt med sömn (M = 21,3, SD = 18,4) jämfört med otillräckligt med sömn (M = 34,7, SD = 21,7); $t(61,8) = 3,2$, $p = 0,002$, $d = 0,57$. Effektstorleken var medelstor enligt Cohens kriterier. Nästa variabel var om personerna var smärtfria (M = 21,3, SD = 18,4) alternativt upplevs

smärtpåverkade (M = 28,6, SD = 22,0); $t(61,8) = 3,2$, $p = 0,002$, $d = 0,57$. Även här var effektstorleken medelstor enligt Cohens kriterier. Den sista signifikanta variabeln var om personerna fick tillräckligt med daglig positiv samvaro (M = 21,3, SD = 18,4) jämfört med de som hade brist på samvaro (M = 38,3, SD = 20,1); $t(61,8) = 3,2$, $p = 0,002$, $d = 0,57$. Här var enligt Cohens kriterier effektstorleken stor.

I tabell 4 redovisas resultatet av oberoende t-test där skillnaden i totalpoäng mellan tillfredsställt behov (Grupp 1) och otillfredsställt behov (Grupp 2) var statistiskt signifikant (<0,05) och effektstorleken var som lägst på en medelstor nivå (> 0,5). Tabell 4 visar även medelvärden, standardavvikelser, antal deltagare per grupp, skillnader i medelvärden (mean difference), 95 % konfidensintervall samt t-värden, p-värden och effektstorlekar (Cohen´s *d*) för jämförelser mellan Grupp 1 och Grupp 2. Det signifikanta resultatet indikerar en statistiskt säkerställd skillnad mellan grupperna för aktuell variabel.

Tabell 4. Jämförelser på medelvärde på NPI-poäng mellan Grupp 1 och Grupp 2 på utvalda variabler med oberoende t-test.

Variabel	G1 (n)	G1 (M ± SD)	G2 (n)	G2 (M ± SD)	Mean diff	95% CI	t(df)	p	Cohen´s *d*
Mat-intag	316	21,3 ± 18,4	52	32,3 ± 23,5	11	[-18, -4]	-3,2 (61,8)	.002	-.574
Sömn	326	21,4 ± 18,8	42	34,7 ± 21,7	13,3	[-19,5, -7,1]	-4,2 (366)	<.001	-.696
Smärt-frihet	217	18,9 ± 16,6	151	28,6 ± 22,0	9,7	[-13,9, -5,6]	-4,6 (263,9)	<.001	-.513
Samvaro	347	21,9 ± 19,2	21	38,3 ± 20,1	16,4	[-25,8, -7]	-3,7 (22,2)	.001	-.853

Diskussion

Metoddiskussion

Fördelar med metodvalet är bland annat att tvärsnittsdesign är tids- och kostnadseffektiv och ger en övergripande bild av urvalet (Wang & Cheng, 2020). En styrka med registerdata är möjligheten att samla in stora datamängder, vilket ökar den statistiska styrkan och

generaliserbarheten av resultaten. På grund av de begränsade tidsramarna för en studentuppsats så ansågs det fördelaktigt att spara tid genom att använda redan insamlad data, vilket även bekräftas som en styrka av både Adami och Hernán (2015) och Slater och Hansson (2024). Andra fördelar är att deltagarna inte påverkades av datainsamlingen eftersom det inte förkom någon direkt interaktion, vilket också minskade risken för bias som annars kan uppstå vid direkt kontakt. Då personuppgifter inte samlades in förenklades dessutom uppsatsens etiska hantering. Uppsatsen kunde också användas för att identifiera mönster eller samband som kanske inte hade varit uppenbara i andra typer av forskning, vilket också framhålls som en styrka av Adami och Hernán (2015).

Validiteten i examensarbetet kan stärkas genom att variablerna är utvalda och registrerade på ett sätt att de verkligen mäter det som avses att mäta. Hög validitet innebär även att mätinstrumenten och metoderna är väl anpassade för att fånga det specifika fenomen som ska studeras (Pallant, 2020, s. 7; Polit & Beck, 2021, s. 322-323; Slater & Hasson, 2024). Enligt Slater (2024) ska ett lämpligt mätverktyg som används inom kvantitativ forskning vara relevant för det urvalet som det ska forskas på, ha goda psykometriska egenskaper och bör överensstämma med de nyckelbegrepp som studien innehåller. Speciellt vid forskning på personer med demenssjukdom så är det mycket viktigt att instrumentet är välutformat, relevant och beprövat. NPI-skalan är en välkänd skala som är granskad av bland andra van der Linde m.fl. (2014), vilka funnit den tillförlitlig och erkänd. NPI-NH-poäng delas vid skattningar upp i allvarlighetsgrad och förekomst för varje symtom, vilket i arbetet inte togs hänsyn till på grund av begränsad tid men som vid vidare forskning kan precisera resultatet ytterligare. Även checklistan har visat sig vara signifikant och av värde för att bedöma individens mående och otillfredsställda behov (Franzén, 2017; Schwertner m.fl., 2022). Däremot kan det vara svårt att fastställa och dra slutsatser kring orsak och verkan bland variablerna, eftersom examensarbetet innefattar redan utförda observationer istället för experimentell design (Wang & Cheng, 2020).

Svagheter med metoden kan vara att data är begränsad till de variabler som redan har registrerats, så det finns därför ingen möjlighet att komplettera med ytterligare information, vilket kan begränsa forskningen (Ayilara m.fl., 2019). Flera parametrar exkluderades från analysen vilket kan diskuteras om det kan ha påverkat resultatet. De vitala parametrarna ansågs inte vara av intresse för denna uppsats då det är svårt att avgöra vad de står för och om andra bakomliggande sjukdomar kan ligga till grund för avvikande värden. Uppgiften om smärtskattningsskala använts, om miljööversyn är gjord och om läkemedelsöversyn är gjord exkluderades då det inte finns någon information om vad dessa lett fram till. Däremot kan både miljöaspekter och läkemedel ha påverkat personernas mående, behov och symtom och därigenom examensarbetets resultat. Speciellt parametrarna om miljö och läkemedel

skulle i checklistan därför kunna omformas till om det finns problem med/i personens närmiljö eller om personen har exempelvis olämpliga läkemedel.

Reliabilitet handlar om att kunna lita på resultaten, och att data samlats in och analyserats på ett korrekt sätt (Polit & Beck, 2021, s. 450-453). De variabler som använts anses vara relevanta och mätbara i relation till syftet och BPSD-registret är ett vedertaget och validerat kvalitetsregister (BPSD-registret, 2025; Franzén, 2017; Jönsson m.fl., 2025). Reliabiliteten i studien påvisar att mätningarna är stabila och konsekventa med pålitliga resultat. Det är också viktigt att variablerna är strukturerade och registrerade på ett tillförlitligt sätt, vilket gör det möjligt att uppnå samma resultat vid upprepade mätningar (Pallant, 2020, s. 6; Polit & Beck, 2021, s. 316). Alla mätningar och registreringar har utförts enligt de standardiserade riktlinjerna från BPSD-registret, vilket möjliggör upprepning av mätningar och analyser på samma eller ett utökat urval. Samtidigt bör det beaktas att registreringarna är subjektiva, och det går inte att verifiera att alla administratörer har bedömt samma symtom och behov på exakt samma sätt. Enligt Slater och Hasson (2024) kan subjektiviteten vara en nackdel, även om alla som gör registreringarna har genomgått samma utbildning och på så sätt arbetar utifrån samma kunskapsgrund.

Urvalet innehöll registreringar gjorda på personer mellan 2022-2024. Anledningen till att dessa år valdes var att materialet skulle vara så nytt som möjligt men inte innehålla data från tiden då Covid-19 kunde påverka personernas mående. Det togs inte hänsyn till om personen hade tidigare skattningar eller inte, vilket i djupare och mer ingående analyser skulle kunnat visa skillnader i mående om personen exempelvis var nyinflyttad eller hade vistats på enheten en längre tid. Urvalet var till en början tänkt att inkludera personer från hela landet. På grund av att tillstånd krävdes från olika instanser för att använda nationell data så begränsades urvalet till en kommun. Detta minskade den geografiska överförbarheten och möjligheten att generalisera resultatet till populationen i stort, men åldersfördelning, kön och demensdiagnoser ses vid jämförelse men nationella data (BPSD-registret, 2025) vara representativa för populationen i stort och urvalet anses därför kunna ge giltiga resultat som kan jämföras med andra kommuner och delar av landet. Ett större urval hade dock kunnat maximera representativiteten av urvalet för den undersökta populationen vilket enligt Slater och Hasson (2024) bidrar till att minimera urvalsbias och förbättra validiteten.

När det gäller etiken i examensarbetet så samlades inga personuppgifter in, såsom namn eller personnummer, vilket säkerställer att ingen data kan kopplas till en specifik individ. Informerat samtycke är något som prioriteras högt vid forskning på människor (World Medical Association, 2024; Vetenskapsrådet, 2024). Deltagarna informerades inte om sin medverkan eftersom data redan var insamlad, men enligt riktlinjer från BPSD-registret

informerades deltagare och anhöriga om att deras data kan användas i forskning, och de kan välja att inte delta. I enlighet med Etikprövningsmyndighetens (u.å.) riktlinjer ska forskningspersoner kunna ta del av resultat från studier. Efter att examensarbetet har godkänts kommer resultaten att göras tillgängliga i DiVA (Digitala Vetenskapliga Arkivet) och skickas till BPSD-registret.

Resultatdiskussion

Syftet med masteruppsatsen var att undersöka sambandet mellan otillfredsställda behov och förekomsten av beteendemässiga och psykiska symtom hos personer med demenssjukdom. Resultatet visar att det finns ett signifikant samband mellan otillfredsställda behov och förekomsten av symtom, både när det gäller antalet behov och enskilda symtom och även vid förekomst av flera olika symtom. Det finns även ett direkt samband mellan vissa specifika behov och det totala antalet NPI-NH-poäng. Mellan vissa specifika behov och specifika symtom ses ett svagt samband men som än dock är signifikant. Särskilt starka samband observerades mellan grundläggande behov som otillräcklig sömn, otillräckligt matintag och avsaknad av daglig positiv samvaro, och symtom som agitation, labilitet och sömnstörningar. Resultatet visade även att otillfredsställda behov, framförallt otillräckligt med mat, avsaknad av positiv samvaro med andra personer, otillräcklig sömn samt att ha smärta var statistiskt signifikant relaterade till högre total NPI-poäng. Dessa fynd stöds av tidigare forskning. Terkelsen m.fl. (2021) betonar vikten av att sjuksköterska och omvårdnadspersonal uppmärksammar och bemöter individuella behov såsom hunger och ensamhet, och bekräftar att svårhanterliga symtom då kan minska. Även Kitwood (1997, s. 8, 81) lyfter fram betydelsen av att förstå och bemöta de unika behoven hos varje individ som en förutsättning för god omvårdnad. Utöver detta understryker han vikten av att förstå individen i sitt sociala sammanhang, att en persons beteende och symtom ofta måste ses i relation till omgivningens bemötande och den sociala miljön, vilket ligger i linje med masteruppsatsens resultat.

Ett annat direkt och signifikant samband som identifierades var mellan oförmåga att ändra kroppsläge och förekomsten av motorisk rastlöshet. Motorisk rastlöshet är ofta förknippad med vandringsbeteende, där individen går fram och tillbaka och har svårt att komma till ro. I det här fallet skulle motorisk rastlöshet kunna manifestera sig genom att personen, på grund av sin troliga oförmåga att ändra kroppsläge i stol eller säng, uppvisar plockighet, ropbeteende eller andra symtom på rastlöshet. Saari m.fl. (2019) visade att motorisk rastlöshet ökar i takt med minskad förmåga att utföra personliga aktiviteter i dagliga livet (ADL), vilket stärker detta resonemang. Utifrån Kitwoods (1997, s. 70-73) teori så skulle motorisk rastlöshet kunna ses som en del av de störande eller problematiska beteenden som

är uttryck för behov. Kitwood betonar att dessa beteenden bör ses som ett sätt för individen att försöka kommunicera sina behov eller känslor, särskilt i ett sammanhang där personen kan ha svårt att uttrycka sig verbalt.

I resultatet identifierades vissa samband såsom mellan sömnstörningar och otillräcklig sömn såväl som mellan matlust/ätstörningar och otillräckligt med matintag, vilket kan ses som förväntat då symtomen och de bakomliggande orsakerna ligger nära varandra. Men det framkom även att otillräckligt med mat och sömn har ett signifikant samband med flera andra symtom, så som agitation och irritation. Sambandet mellan otillfredsställda behov och totalpoäng av NPI-NH kan ses som en styrka i förhållande till teorin om NDB (Algase m.fl. 1996), där symtom betraktas som ett uttryck för otillfredsställda behov. Det kan dock vara svårt att påvisa vad som är orsak och vad som är verkan mellan dessa variabler. Är personerna agiterade och irriterade på grund av brist på mat och sömn, eller är det istället så att de sover och äter sämre för att de är agiterade och irriterade? En möjlig förklaring är att agitation och irritation kan ses som de sekundära NDB-symtom som Kovach m.fl. (2005) beskriver, där det finns underliggande primära behov och symtom som inte är tillgodosedda, vilket skulle kunna förklara varför dessa sekundära symtom uppstår. De båda ramverken utvecklade av Algase m.fl. (1996) och Kovach m.fl. (2005) ses fortfarande som relevanta och kan förstås som en helhet där orsak och verkan hänger ihop. Denna syn kan även kopplas ihop med Kitwoods (1997, s. 81) beskrivning på beteenden som ett uttryck för otillfredsställda behov.

Resultatet visar att ju fler otillfredsställda behov en person har, desto högre NPI-NH-poäng och därmed desto fler BPSD-symtom. Även om medelvärdena har stor spridning och standardavvikelserna är stora så pekar resultatet på en tydlig trend: otillfredsställda behov hos personer med kognitiv sjukdom påverkar individen och dennes mående på ett negativt sätt. Det överensstämmer med Franzéns (2017) resultat, som visade att checklistan var signifikant, och att ju fler punkter på checklistan som inte var godkända, desto högre var NPI-NH poängen hos individen. Detta samband visade sig i resultatet dock inte gälla alla symtomvariabler. Avsaknad av tydliga samband mellan otillfredsställda behov och vanligt förekommande symtom som exempelvis depression talar för att förhållandet mellan behov och symtom inte alltid är linjärt eller enkelt att förutse. Inte heller hallucinationer, apati och eufori ses inte ha något signifikanta samband med otillräckliga behov. Hallucinationer kan däremot utlösas av själva demenssjukdomen, och är ett känt symtom vid Lewykroppsdemens (Vik-Mo m.fl., 2020). Flera andra symtom anses även de kunna utlösas direkt av olika demenssjukdomar, som exempelvis motorisk rastlöshet och agitation som ofta kopplas samman med Alzheimers sjukdom. Enligt Kales m.fl. (2015) kan svåra symtom ha flera orsaker, där både sjukdomen i sig och andra bakomliggande faktorer spelar in. Frågan som då uppstår är om det verkligen är sjukdomen i sig som utlöser symtomen, eller

om sjukdomen medför en förlust av förmågor, vilket gör det svårare för individen att uttrycka sina behov och känslor, vilket i sin tur leder till symtom. Kitwood (1997, s. 46) stödjer denna tanke och menar att det är just förlusten av förmågor, snarare än sjukdomen i sig, som kan vara en drivande faktor bakom symtomen. NPI-skalan valideras av flera undersökande studier (Lai, 2014; van der Linde m.fl., 2014), men visas även innehålla vissa begränsningar och problem. Bland annat så påpekas av Lai (2014) att skalan inriktas mot att enbart poängsätta symtom, och ingen hänsyn tas till eventuella bakomliggande orsaker eller omgivande faktorer.

I BPSD-registrets underlag för registrering saknas idag uppföljning av de bakomliggande orsakerna som enligt resultatet har ett signifikant samband med symtom. Det finns inget steg i registret som säkerställer att icke-uppfyllda variabler i checklistan åtgärdas innan registreringen kan fortsätta, och en person skulle därför kunna ha samma grundläggande behov som inte är tillgodosedda skattning efter skattning. Det kan leda till fortsatt höga NPI-poäng och fler besvärande symtom trots att åtgärder planeras och utförs för att motverka dessa. Därav är det extra viktigt att sätta in åtgärder både för att lindra symtom och för att tillgodose de behov som kan misstänkas vara orsaken till dem. Algase m.fl. (1996), Cho m.fl. (2021) och Kales m.fl. (2015) menar att även fysiska och psykosociala omgivningsfaktorer kan ligga till grund för en stor del av svåra symtom. Detta understryker vikten av att se personligheten bakom sjukdomen och individens unika behov, vilket betonas av Kitwood (1997, s. 8). Kitwood beskriver vidare att personskap formas i relation till andra, vilket måste värnas även om vid kognitiv sjukdom. Sjuksköterskan har, enligt Kitwood (s. 80–84), en särskilt viktig roll i att upprätthålla individens personlighet och skapa en vårdmiljö som tillgodoser både fysiska och psykosociala behov.

Sammantaget pekar examensarbetets resultat på vikten av att sjuksköterskan och det multiprofessionella vårdteamet tillämpar ett personcentrerat förhållningssätt och fokuserar på att se hela människan. Detta innebär att hela personens livssituation, inklusive fysiska och psykosociala behov, ska beaktas i all planering av vård och omvårdnad. Alla individer ska ha rätt att få sina grundläggande behov tillgodosedda, oavsett diagnos och boendesituation. Det kan även vara avgörande att identifiera och åtgärda även till synes mindre behov för att förebygga att en negativ spiral med ökade symtom och ytterligare behov uppstår.

Slutsats

Examensarbetets resultat tydliggör att det finns ett samband mellan otillfredsställda behov - särskilt relaterade till näring, sömn, smärta och social samvaro - och beteendemässiga och psykiska symtom hos personer drabbade av demenssjukdom. Även om det är svårt att

förutse vilka behov som leder till specifika symtom, pekar resultatet på att förhållandet mellan dem kan innefatta en komplex och dynamisk process med flera olika bakomliggande orsaker och symtom involverade. Detta stärker teorierna om behovsdrivna beteenden och understryker vikten av systematisk behovsbedömning inom demensvården. För sjuksköterskan innebär det att arbeta proaktivt med fokus på personcentrering för att förebygga och motverka otillfredsställda behov och när de uppkommer, att tillgodose och åtgärda dessa i möjligaste mån för att minska BPSD. En holistisk och behovsorienterad omvårdnad kan både minska symtombelastning och främja livskvalitet, autonomi och trygghet för personen med demenssjukdom.

Vidare forskning inom samma område skulle kunna inkludera jämförande studier mellan andra kommuner och hela landet, som skulle kunna ge värdefulla insikter om likheter och skillnader inom demensvården och hur BPSD-registret används.

För att förbättra registret och öka dess användbarhet inom både omvårdnad och vidare forskning så vore det värdefullt att komplettera skattningen med att planerade åtgärder för eventuella otillfredsställda behov behöver anges vid registrering. Alternativt kan en checkruta finnas för att kunna dokumentera om åtgärder vidtagits för att åtgärda bakomliggande orsaker. Även variablerna miljööversyn och läkemedelsgenomgång borde kopplas till någon form av ytterligare information såsom om miljön är tillfredsställande eller inte och vad resultatet av läkemedelsgenomgången var. På så vis kan registrets potential som verktyg för förbättrad, individanpassad demensvård stärkas ytterligare.

Referenser

Adami, H. O., & Hernán, M. A., (2015). Learning how to improve healthcare delivery: the Swedish Quality Registers. *Journal of Internal Medicine*, *277*(1), 87-89. doi:10.1111/joim.12315

Ayilara, O. F., Zhang, L., & Sajobi, T. T., (2019). Impact of missing data on bias and precision when estimating change in patient-reported outcomes from a clinical registry. *Health and Quality of Life Outcomes, 17*(1), 106. doi:10.1186/s12955-019-1181-2

Algase, D.L., Beck, C., Kolanowski, A., Whall, A., Berent, S., Richards, K., & Beattie, E. (1996). Need-driven Dementia-compromised Behavior: An Alternative View of Disruptive Behavior. *American Journal of Alzheimer's Disease,* 11(6), 10-19. doi:10.1177/153331759601100603

Bang, J., Spina, S., & Miller, B. (2015). Frontotemporal dementia. *The Lancet*, *386*(10004). 1672-1682. doi:10.1016/S0140-6736(15)00461-4

BPSD-registret. (2025). Hämtad 2025-01-27, från BPSD – Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symptom vid demens

Cho, E., Kim, S., Hwang, S., Kwon, E., Heo, S. J., Lee, J. H., Ye, B. S., & Kang, B. (2021). Factors Associated With Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: Prospective Observational Study Using Actigraphy. *Journal of medical Internet research*, *23*(10), e29001. doi:10.2196/29001

Cummings, J. (1994). Neuropsychiatric Inventory Nursing Home Version (NPI-NH). Comprehensive Assessment of Psychopathology in Patients with Dementia Residing in Nursing Homes. Hämtad 2025-01-30, från NPI-NH_cr.pdf

Cummings J. (2020). The Neuropsychiatric Inventory: Development and Applications. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, *33*(2), 73-84. doi:10.1177/0891988719882102

Etikprövningsmyndigheten. (u.å). Hämtad 2025-01-30 från Etikprövningsmyndigheten Startsida. Ansök och läs mer om etikprövning

Finkel, S. (2000). Introduction to behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *15*, S2-S4. doi:10.1002/(SICI)1099-1166(200004)15:1+<S2::AID-GPS159>3.0.CO;2-3

Franzén, E. (2017). Validation of a checklist used when searching for possible causes of Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) - a study based on the Swedish BPSD registry. [Examensarbete, Lunds Universitet].

Garcia-Ptacek, S., Nilsson Modéer, I., Kåreholt, I., Fereshtehnejad, S-M., Farahmand, B., Religa, D., & Eriksdotter, M. (2017). Differences in diagnostic process, treatment and social Support for Alzheimer's dementia between primary and specialist care: resultss from the Swedish Dementia Registry, *Age and Ageing*, *46*(2), 314-319. doi:10.1093/ageing/afw189

González, D.A., Resch, Z.J., Obolsky, M.A., & Soble, J.R. (2023). Comparing Behavioral and Psychological Symptom Structures on the Neuropsychiatric Inventory Questionnaire. *Psychological Assessment*, 35(6), 522-532. doi:/10.1037/pas0001230

Granvik, E. (2016). Modifierad NPI-NH (Neuropsychiatric Inventory Scale - Nursing Home). Hämtad 2025-01-30 från Modifierad-NPI-NH-2018.pdf

Grootscholten, E., Poslawsky, I., & Bakker, T. Nursing Staff's Observations of BPSD Amongst Older Adults with Dementia Living in a Nursing Home: A Qualitative Study. *Nursing Reports, 13*(1), 166-178. doi:10.3390/nursrep13010018

Harvey, P.D. (2019). Domains of cognition and their assessment. *Dialogues in Clinical Neuroscience. 21*(3), 227-237. doi:10.31887/DCNS.2019.21.3/pharvey

Hasson, F. (2024). Quantitative Data Quality Assurance, Analysis and presentation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.* doi:10.1111/jpm.13143

Huang, S.S., Wang, W.F., & Liao, Y.C. (2017). Severity and prevalence of behavioral and psychological symptoms among patients of different dementia stages in Taiwan. *Archives of Clinical Psychiatry São Paulo*, *44*(4), 89-93. doi:10.1590/0101-60830000000127

International Psychiatric Association, (2015). The IPA Complete Guides to Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. Hämtad 2025-02-28 från IPA_BPSD_Specialists_Complete_Guide_Online_2015_Final.pdf

Jönsson, L., Wibom, M., Londos, E., & Nägga, K. (2025). Person-centered care at a population scale: The Swedish registry for behavioral and psychological symptoms of dementia. *Alzheimer´s Dement*, *11*(e70057). doi:10.1002/trc2.70057

Kales, H.C., Gitlin, L.N., & Lyketsos, C.G. (2015). Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMJ*, *350*(mar02), 369. doi:10.1136/bmj.h369

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

Kovach, C. R., Noonan, P. E., Schlidt, A. M., & Wells, T. (2005). A model of consequences of need-driven, dementia-compromised behavior. *Journal of Nursing Scholarship, 37(*2). 134–140. doi:10.1111/j.1547-5069.2005.00025_1.x

Kunskapsstyrning hälso-och sjukvård (2025). *Nationella kvalitetsregister*.Hämtad 2025-03-10 från Kvalitetsregister | Kunskapsstyrning vård | SKR

Lai, C. (2014). The merits and problems of Neuropsychiatric Inventory as an assessment tool in people with dementia and other neurological disorders. *Clinical Interventions in Aging*, (July 8,9), 1051-1061. doi:10.2147/CIA.S63504

Lim, J.E., Wong, W.T., The, T.A., Lim, S.H., Allen, J.C., Quah, J.H.M., Malhotra, R., & Tan, N.C. (2021). A Fully-Immersive and Automated Virtual Reality System to Assess the Six Domains of Cognition: Protocol for a Feasibility Study. *Frontiers Aging Neuroscience, 12*(604670). doi:10.3389/fnagi.2020.604670

Lindeberg, S., Samuelsson, C., & Müller, N. (2021). Experiencing dementia: How does assessment of cognition and language relate to daily life? *Dementia, 20*(4), 1408-1424. doi:10.1177/1471301220945832

Majer, R., Simon, V., Csiba, L., Kardos, L., Frecska, E., & Hortobágyi, T. (2019). Behavioural and psychological symptoms in neurocognitive disorders: Specific patterns in dementia subtypes. *Open Medicine*, *14*(1), 307-316. doi:10.1515/med-2019-0028

Masters, C.L., Bateman, R., Blennow, K., Rowe, C.C., Sperling, R.A., & Cummings, J.L. (2015). Alzheimer's disease. *Nature Reviews. Disease Primer*, *1*(1), 15056. doi:10.1038/nrdp.2015.56

Mitchell, G., & Agnelli, J. (2015). Person-centred care for people with dementia: Kitwood reconsidered. *Nursing Standard. 30*(7). 46-50. doi:10.7748/ns.30.7.46.s47

Nazarko, L. (2019). Dementia 4. Lewy Body dementia: diagnosis, treatment and medical management. *British Journal of Healthcare Assistants, 13*(10). doi:10.12968/bjha.2019.13.10.474

Paddick, S.M., Kisoli, A., Longdon, A., Dotchin, C., Gray, W.K., Chaote, P., Teodorczuk, A., & Walker, R. (2015). The prevalence and burden of behavioural and psychological symptoms of dementia in rural Tanzania: Behavioural and psychological symptoms of dementia in Africa. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *30*(8), 815-823. doi:10.1002/gps.4218

Pallant, J. (2020). *SPSS Survival Manual. A Step by Step Guide to Data Analysis using IBM SPSS.* (7 uppl.). Open University Press

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

Poon, E. (2019). A Systematic Review and Meta-Analysis of Dyadic Psychological Interventions for BPSD, Quality of Life and/or Caregiver Burden in Dementia or MCI. *Clinical Gerontologist, 45*(4), 777–797. doi:10.1080/07317115.2019.1694117

Rouch, I., Dorey, J.M., Padovan, C., Trombert-Paviot, B., Benoit, M., Laurent, B., PACO group/Appendix., Boublay, N., & Krolak-Salmon, P. (2019). Does Personality Predict Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia? Results from PACO Prospective Study. *Journal of Alzheimer's Disease*, *69*(4), 1099-1108. doi:10.3233/JAD-190183

Saari, T., Hallikainen, I., Hintsa, T., & Koivisto, A. M. (2020). Neuropsychiatric symptoms and activities of daily living in Alzheimer's disease: ALSOVA 5-year follow-up study. *International Psychogeriatrics*, *32*(6), 741–751. doi:10.1017/S1041610219001571

Schwertner, E., Pereira, JB., Xu, H., Secnik, J., Winbland, 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), 1307-1318. doi:10.3233/JAD-215198

SFS 2003:460. Lag om etikprövning av forskning som avser människor. Hämtad 2025-01-30 från Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor | Sveriges riksdag

SFS 2008:355. Patientdatalag. Hämtad 2025-01-30 från Patientdatalag (2008:355) | Sveriges riksdag

Slater, P. (2024). Fundamentals of Quantitative Research Methods in Mental Health Nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.* doi:10.1111/jpm.13130

Slater, P., & Hasson, F. (2024). Data measurement, Instruments and Sampling. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.* doi:10.1111/jpm.13142

Socialstyrelsen (2018). Nationella riktlinjer - Vård och omsorg vid demenssjukdom – Utvärdering 2018 – Sammanfattning med förbättringsområden. Hämtad 2025-02-05 från 2018-3-1.pdf

sm-Rahman, A., Hydén, L. C., & Kelfve, S. (2022). People Living with a Dementia Diagnosis with No Eldercare at all: Who Are They? *Journal of Aging & Social Policy*, *34*(6), 876–893. doi:10.1080/08959420.2022.2111165

Svedem. (2024). *Årsrapport 2023*. Hämtad 2025-03-13 från https://www.ucr.uu.se/svedem/om-svedem/arsrapporter/svedemarsrapport-2023-2/download

Terkelsen, A.S., Petersen, J.V., & Kristensen, H.K. (2020). Mapping empirical experiences of Tom Kitwood's framework of person-centred care for persons with dementia in institutional settings. A scoping review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 34*(1), 6–22. doi:10.1111/scs.12709

van der Linde, R.M., Stephan, B.C.M., Dening, T., & Brayne, C. (2014). Instruments to measure behavioural and psychological symptoms of dementia: BPSD instruments. *International Journal of Methods in Psychiatry Research*. *23*(1), 69-98. doi:10.1002/mpr.1414

Venkat, P., Chopp, M., & Chen, J. (2015). Models and mechanisms of vascular dementia. *Experimental Neurologi, 272,* 97-108. doi:10.1016/j.expneurol.2015.05.006

Vik-Mo, AO., Giil, LM., Borda, MG., Ballard, C., & Aarsland, D. (2020). The Individual Course of Neuropsychiatric Symptoms in People with Alzheimer's and Lewy Body Dementia: 12-year Longitudinal Cohort Study. *The British Journal of Psychiatry, 216*(1), 43-48. https://doi.org/10.1192/bjp.2019.195

Vetenskapsrådet (2024, 25 november). Etik i forskningen och god forskningsed. Etik i forskningen - Vetenskapsrådet

Weng, X., & Cheng, Z. (2020). Cross-Sectional Studies. Strengths, Weaknesses and Recommendations. *Chest Journal. 158*(1). 65-71. doi:10.1016/j.chest.2020.03.012

Wimo, A., Religa, D., Spångberg, K., Edlund, A.K., Winblad, B., & Eriksdotter, M. (2013). Costs of diagnosing dementia: results from SveDem, the Swedish Dementia Registry. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. *28*(10), 1039-1044. doi:10.1002/gps.3925.

World Medical Association. (2024, 30 december). WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants – WMA – The World Medical Association

Zhao, Q.F., Tan, L., Wang, H.F., Jiang, T., Tan, M.S., Tan, L., Xu, W., Li, J.Q., Wang, J., Lai, T.J. & Yu, J.T. (2016). The prevalence of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *190*, 264-271. doi:10.1016/j.jad.2015.09.069

Bilaga 1 – Exempel på BPSD-skattning

(Publicerad med tillstånd från BPSD-registret)

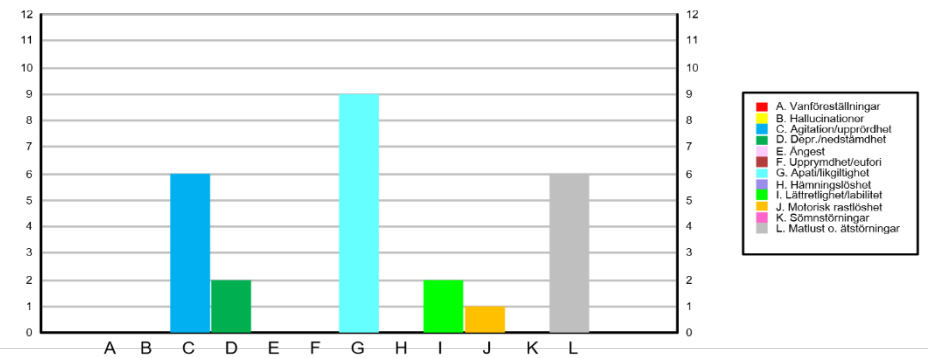
Personnummer	Namn	Registrering utförd	Nästa registrering
19190101xxxx	TjugoNoll TjugoNoll	2025-02-06	2025-05-22

Diagnos
Alzheimers sjukdom, sen debut

Teamdeltagare i processen

Undersköterska, Sjuksköterska, Chef

NPI-poäng



Status

Signerad

Datum
2025-02-06

Signerad av
TEST1

Vårdenhet
TEST1

Totalt: 26

Bemötande- och kommunikationsplan

Väck mig inte om jag sover. Låt mig sova så länge jag vill på morgonen.
Vill gärna ha van personal, tycker inte om när okända kommer in på mitt rum.
Har svårt för manlig personal vid personlig omvårdnad.
Behöver sitta enskilt vid måltid. Blir annars stressad och orolig.

Syfte med åtgärden: Basala behov

Åtgärd:	Enskilda måltider		
När:	Alla måltider	*Var:*	
Hur:	Sitta enskilt och äta. Antingen vid enskilt bort eller på rummet.	*Med vem:*	
Hur länge:		*NPI:*	Matlust/ätstörningar

Syfte med åtgärden: Social aktivitet

Åtgärd:	Promenad		
När:	Dagligen	*Var:*	Runt boendet
Hur:	Daglig promenad med omvårdnadspersonal	*Med vem:*	
Hur länge:	En kvart	*NPI:*	Motorisk rastlöshet

Tänkbara orsaker till BPSD

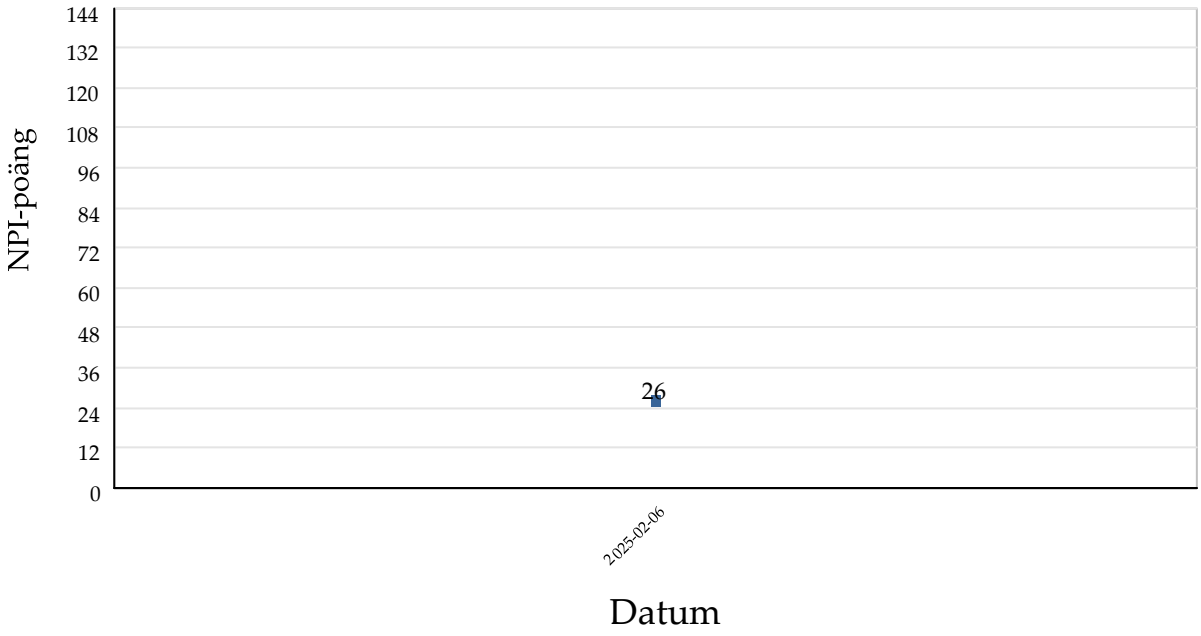
Tillräckligt med mat:	Nej	*Daglig, positiv samvaro*	Nej
Tillräckligt med dryck:	Nej	*Miljööversyn genomförd*	Ja
Tillräckligt med sömn:	Ja	*Verkar personen smärtfri?*	Ja
Normal urin:	Ja	*Har någon smärtskattningsskala använts?*	Ja
Normal avföring:	Ja	*Temp:*	Normal
Utan hudbesvär:	Ja	*Blodsocker:*	Normal
God syn, med eller utan hjälpmedel:	Ja	*Blodtryck:*	Normal
God hörsel, med eller utan hjälpmedel:	Nej	*Puls:*	Normal
Utan munbesvär:	Ja	*Andning:*	Normal
Möjlighet att ändra kroppsläge:	Ja	*Läkemedelsöversyn genomförd:*	Ja

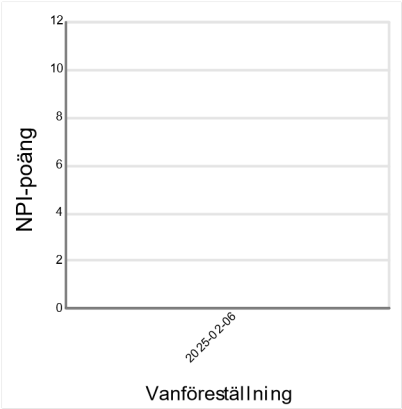
Läkemedel

Aktuella

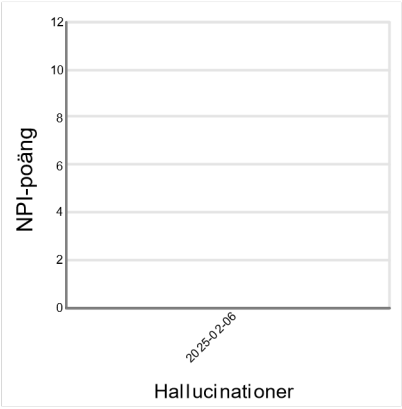
Läkemedel	*Insatt datum*	
Oxascand	2024-01-01	
Oxascand	2024-04-01	Vid behov
Alvedon	2021-02-18	
Memantin	2023-04-25	
Donepezil	2020-06-24	

NPI poäng över tid

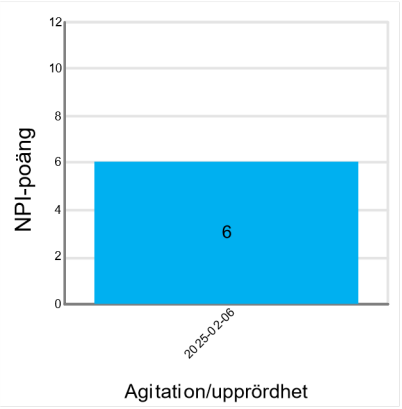




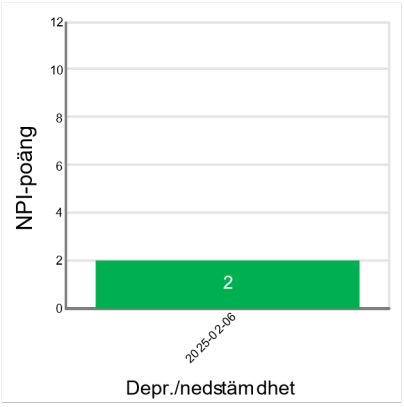
Vanföreställning



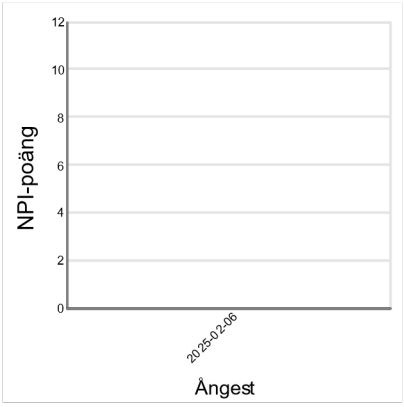
Hallucinationer



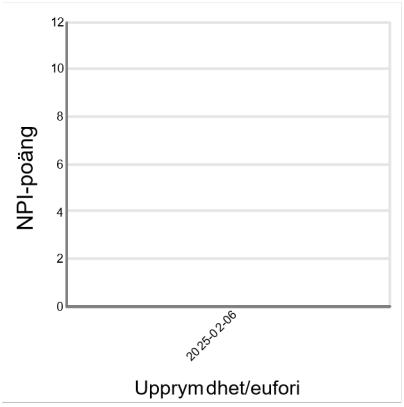
Agitation/upprördhet



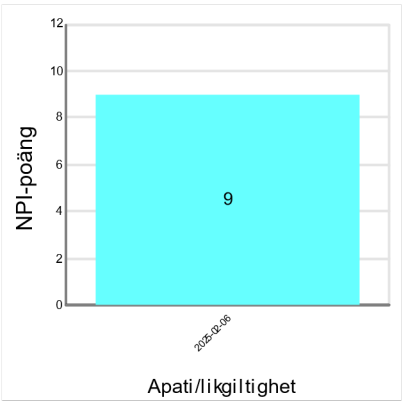
Depr./nedstämdhet



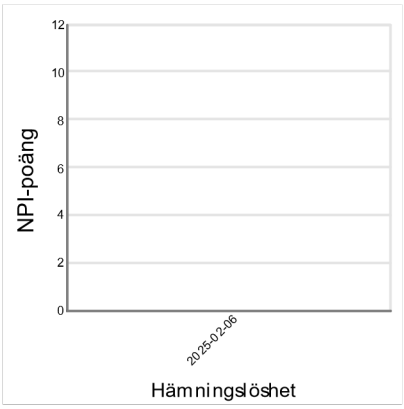
Ångest



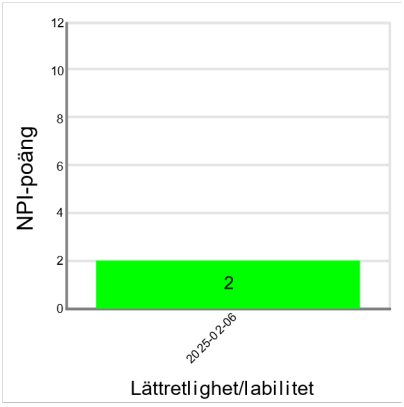
Upprymdhet/eufori



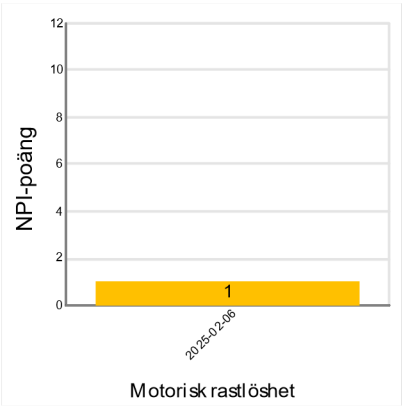
Apati/likgiltighet



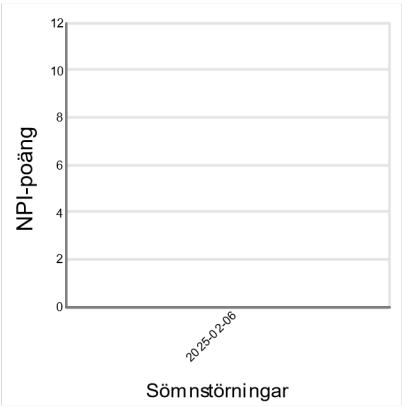
Hämningslöshet



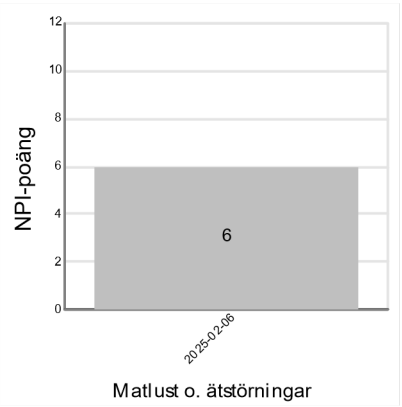
Lättretlighet/labilitet



Motorisk rastlöshet



Sömnstörningar



Matlust o. ätstörningar