



Vårdprofessioners erfarenheter, stöd och användning av ett kvalitetsregister inom demensvården-

vid Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens

Care professionals experiences, support and use of a qualityregister within dementiacare- at Behavioural and Psychological Symtoms of Dementia

Anne Li Adolfsson
Malin Herke

Hälsa, natur- och teknikvetenskap

Examensarbete med inriktning mot Distriktsköterskans verksamhetsområde (OMA312)

Avancerad Nivå

Handledare: Anna Enblom

Examinerande lärare: Anna Nordin

181110

Sammanfattning

Titel:	Vårdprofessioners erfarenheter, stöd och användning av ett kvalitetsregister inom demensvården- vid Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens
Fakultet:	Hälsa, natur- och teknikvetenskap
Kurs:	Examensarbete med inriktning mot distriktssköterskans Verksamhetsområde 15 hp
Författare:	Anne Li Adolfsson & Malin Herke
Handledare:	Anna Enblom
Examinerande lärare:	Anna Nordin
Sidor:	26
Datum för examination:	181110
Nyckelord:	Icke- farmakologisk behandling, demens, beteendemässiga och psykiska symtom vid demens, symtom

Bakgrund: Personer med demenssjukdomar är idag en stor grupp som kommer att öka kraftigt de närmaste åren. Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) är mycket vanliga och kan innebära stort lidande. För vårdgivarna inom demensvården kan det vara stressande när den demente lider av BPSD, med rätt utbildning och stöd minskar stressen på vårdprofessionerna. I BPSD-registret kan vårdprofession få information, råd och hjälp med icke- farmakologiska åtgärder som kan hjälpa den demente personen. *Syfte:* Syftet var att undersöka vårdgivares möjligheter och erfarenheter av att genomföra BPSD-skattning och följa upp icke- farmakologiska åtgärder i arbetet på särskilt boende för demens. Syftet med studien var vidare att jämföra om vårdgivarnas yrkeserfarenhet hade betydelse för värdet av BPSD-skattning vid Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens. *Metod:* Kvantitativ enkätstudie genomfördes på särskilda boende med inriktning demens N=5. Enkäten innehöll studiespecifika frågor om möjligheter till BPSD- skattning och åtgärder, ansedda värdet av BPSD- skattning samt om icke-farmakologiska åtgärder utfördes, följdes upp och ansågs minska BPSD. Resultatet presenterades med tabeller och diagram. Kruskal Wallis test användes för att jämföra variabler mellan subgrupper med olika lång yrkeserfarenhet. *Resultat:* De flesta vårdprofessioner erfor sig ha möjlighet till BPSD-skattning, 50% (n=28). Att de icke-farmakologiska åtgärderna som sattes in och utfördes minskade BPSD ansåg 88% (n=49). Vårdgivarna upplevde BPSD- skattningen som viktig 100% (n=56). Ingen statistisk signifikant skillnad mellan yrkesverksamma år och de variabler som jämfördes framkom (p-värden varierade 0,266-0,981). *Slutsats:* Studien fann att vårdprofessionerna menade att de hade möjligheter att genomföra BPSD-skattning, icke-farmakologiska åtgärder samt uppföljning. BPSD-skattning ansågs vara av värde för vårdprofessionerna; och längden på yrkeserfarenheten i demensvård tycktes inte ha någon betydelse för hur de erfor värdet av BPSD-skattning.

Abstract

Title: Care professionals experiences, support and use of a qualityregister within Dementiacare- at Behavioural and Psychological Symtoms of dementia

Faculty: Health, Science and Technology

Course: Degree project- nursing 15 ECTS

Authors: Anne Li Adolfsson & Malin Herke

Supervisor: Anna Enblom

Examining teacher: Anna Nordin

Pages: 26

Date for the examination: 181110

Keywords: Non- pharmacological treatment, dementia, behavioural and psychological symptoms of dementia, symptoms

Background: Persons with dementia diseases are today a large group that will increase significantly over the next few years. Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) are very common and can cause major suffering. For dementia care professionals, persons with dementia suffering from BPSD may induce stress in the caregiving situation. With proper training and support, this stress may be reduced. In the BPSD register, the dementia care professionals may get information, advice and help suggesting non-pharmacological interventions that can help the person with dementia.

Aim: The aim of the study was to investigate caregivers opportunities and experiences in implementing BPSD registration and follow up of non-pharmacological interventions in the caregiving situation within residential care for dementia. Furthermore, the aim was to compare if the dementia caregivers experience had significance for the experienced value of BPSD registration in Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia.

Method: A quantitative survey was conducted on residential care for dementia, N=5. The study- specific questionnaire covered possibility for BPSD- registration and interventions, considered value of BPSD estimation, and if non-pharmacological interventions are performed followed up, and considered to reduce BPSD. The results are presented using tables and diagrams. Kruskal Wallis test was used to compare variables between subgroups with varying working experience.

Result: Most dementia caregivers considered that they had possibility to conduct BPSD registration 50% (n=28). They expressed 88% (n=49) that the non-pharmacological interventions that were initiated and performed decreased BPSD. Further they experienced BPSD follows up being important, 100% (n=56). There were no statistically significant differences between number of professional years and the compared variables (p-values ranged 0,266-0,981).

Conclusion: The study found that dementia care professionals considered having possibilities to perform BPSD estimation, non-pharmacological interventions and follow- up. BPSD registration was experienced to be a helping tool for the dementia providers; and the length of the working experience had no significant relation to how they graded the value of the BPSD estimation.

Innehållsförteckning	
Introduktion	5
Bakgrund	5
Demenssjukdomar	5
BPSD-registrering, åtgärdsinitiering och uppföljning	6
Icke- Farmakologiska interventioner	7
Att vårda personer med BPSD- ett teamarbete	8
Utbildning och yrkeserfarenhetens betydelse	9
Problemformulering	9
Syfte	9
Metod	10
Design	10
Urval och kontext	10
Datainsamling	10
Pilotstudie av den studiespecifika enkäten	11
Dataanalys	11
Forskningsetiska överväganden	12
Resultat	13
BPSD-skattning i team	15
Möjligheter att utföra BPSD-skattning samt åtgärder	16
Värdet av BPSD-skattning	17
Värdet av yrkeserfarenhet vid BPSD-skattning	18
Uppföljning på effekten av icke- farmakologiska åtgärder	19
Diskussion	20
Resultatdiskussion	20
Metoddiskussion	21
Konklusion	23
Implikation	23
Referenser	24
Brev till verksamhetschef	Bilaga 1
Forskningspersonsinformation	Bilaga 2
Enkät	Bilaga 3

Introduktion

Befolkningen i världen ökar snabbt, år 2050 förväntas det att gruppen äldre vuxna har fördubblats. Patientgruppen med demenssjukdom är stor och beräknas kraftigt öka de närmaste åren. Det finns i dagsläget 47 miljoner personer med demenssjukdom runt om i världen och antalet förväntas öka till 75 miljoner år 2030 (World Health Organisation [WHO] 2018). Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) drabbar ett stort antal av de personer som får demens. BPSD kan yttra sig som ångest, hallucinationer, aggressivitet, vandringsbeteende och nedstämdhet (Shah et al. 2005). Riktlinjer gällande vård och omsorg vid demenssjukdom finns på många platser i världen. Det beskrivs i dagsläget att hälso- och sjukvården i första hand skall använda sig av icke-farmakologiska interventioner i arbetet med personer med BPSD (Azermi et al. 2011). Att vårda personer med BPSD kan vara stressande, med adekvat utbildning och erfarenhet samt uppföljande handledning kan stressnivåerna reduceras (McCabe et al. 2014). Som stöd finns BPSD-registret som hjälper vårdgivarna att skatta BPSD, införa åtgärder för att minska BPSD samt följa upp dessa åtgärder (BPSD 2018). I arbetet med dementa personer ses det som viktigt att distriktssköterskan kan leda och anpassa sig till individens och vårdens behov, lindra lidande, stärka patienten, stödja och främja delaktighet. Utöver detta ska distriktssköterskan kunna utbilda, informera samt ge råd vilket står beskrivet i Kompetensbeskrivningen för distriktssköterskor (Swenurse 2008).

Bakgrund

Demenssjukdomar

I Sverige finns det i dagsläget 130 000-150 000 demenssjuka personer. Varje år får 20 000-25 000 en demensdiagnos i Sverige (Socialstyrelsen 2017). Alzheimers sjukdom (Basun 2013a) och vaskulär demens (Wahlund 2013a) är de vanligaste demenssjukdomarna. Några andra vanliga demenssjukdomar är Lewykroppens demens (Basun 2013b) och Frontotemporal demens (Kilander 2013).

Alzheimers sjukdom

Vanligaste primärdegenerativa demenssjukdomen är Alzheimers sjukdom som står för 50-60% av alla demenssjukdomar. Alzheimers sjukdom drabbar främst temporalloberna, parahippocampusområdet samt till viss del frontalloberna. I dessa områden sker atrofi, förlust av neuron, synapser samt försämrade koppling till hjärnbarken. Symtomen på Alzheimers sjukdom kommer ofta smygande med försämrat episodminne (nyinlärd kunskaper) och leder så småningom till språkstörning, apati, svårighet att planera samt BPSD. I dagsläget finns det ingen behandling som kan stoppa progressen av sjukdomen. Det finns endast läkemedel som kan minska symtomen för en tid (Basun 2013a; Socialstyrelsen 2017).

Vaskulär demens

Vaskulär demens är den andra vanligaste demenssjukdomen, den står för 25-30%. Demenssjukdomen beror på förändringar i hjärnans blodkärl och uppkommer ofta efter stroke, TIA (Transitorisk Ischemisk Attack) eller annan cerebrovaskulär händelse. Förändringen orsakar skador i hjärnan, ofta på grund av nedsatt blodflöde runt det drabbade området. De vanligaste förekommande symtomen är ofta neurologiska symtom, talrubbing, gångsvårigheter, urininkontinens samt oregelbundenhet i minne och humör över dagen. Symtomen beror på vilket område i hjärnan som är skadat. Kognitiv svikt med minnesförsämring kommer ofta senare i förloppet. Det finns ingen behandling vid vaskulär demens. Högre förekomst av sjukdomen har setts hos personer med andra vaskulära

sjukdomar, såsom högt blodtryck och diabetes. Behandling och kontroll av dessa vaskulära sjukdomar kan minska risken för vaskulär demens (Wahlund 2013a; Socialstyrelsen 2017).

Lewykroppss demens

Är en relativt ny diagnos, den står för ca 5-10%. Den innebär att Lewykroppar och amyloida plack som båda är proteiner lagrats in i nervcellerna samt att det i hjärnan råder brist på dopamin och acetylkolin. Symtomen är ofta oregelbundna med synhallucinationer, svimning, sömnstörning, fall och parkinsonism, vilket innebär skakningar, stelhet och försämrat rörelsemönster. Behandlingen består av att lindra symtom, ingen botande behandling finns i dagsläget (Basun 2013b).

Frontotemporal demens

Debuterar ofta tidigt redan vid 50-60- års ålder, den står för ca 3-4%. Den orsakar nervcellsöd på grund av olika proteininlagringar, så kallade "Picks bodies", i någon del av frontala cortex eller främre temporal cortex. Symtomen visar sig ofta som påverkan på social kompetens, språkstörning, upprepningar, distanslöshet, sämre förmåga att planera, ta initiativ, skjuta upp ett behov bristande tidsuppfattning och andra exekutiva funktioner. Andra symtom som kan förekomma är brist på empati samt att personer med frontotemporal demens ofta styrs av impulser. Minnet hos personer med frontotemporal demens är ofta intakt långt in i sjukdomens förlopp. Behandlingen är främst avledande aktiviteter, men viss effekt har påvisats med läkemedel mot depression. Bensodiazepiner har ibland visats sig ha effekt. Vid aggressivitet och beteenden som är svåra kan även antipsykotika provas (Kilander 2013; Socialstyrelsen 2017).

Sekundära demenssjukdomar

Det är sjukdomar där demens inte är orsaken men att sjukdomen personen fått, kan orsaka demens eller symtom som vid demenssjukdom. Ibland kan de botas, dessa tillstånd kan vara depression, vitaminbrist, normaltryckshydrocefalus, hjärntumör m.m (Wahlund 2013b) dessa sekundära sjukdomar tas inte upp mer här då de orsakas av annan grundsjukdom.

BPSD- Registrering, åtgärds initiering och uppföljning

BPSD förekommer hos ungefär 90% av alla personer med demenssjukdom. Detta kan innebära stort lidande för patienten, anhöriga och vårdprofessionerna (BPSD 2018). BPSD kan yttra sig som bland annat nedstämdhet, ångest, hallucinationer, vanföreställningar, hyperaktivitet, agitation, apati, vandringsbeteende samt initiativlöshet (Shah et al. 2005; Socialstyrelsen 2017). Bidragande orsaker till BPSD, förutom de patologiska förändringarna som ses i den demenssjukes hjärna, kan vara kommunikationsproblem, svårigheter att tolka och orientera sig, för stora krav, brist på meningsfulla aktiviteter, smärta, för hög läkemedelsdos eller felaktiga läkemedel vilka späder på de negativa konsekvenserna av patientens hjärnskada. Det ses som betydelsefullt att de grundläggande behoven så som sömn, mat, dryck och smärta är tillfredsställda (Socialstyrelsen 2017). Grunden för att lindra BPSD, minska omsorgsbehov samt förbättra livskvaliteten är att följa upp åtgärder, anpassa miljön samt utbilda vårdprofessioner i bemötande (McCabe et al. 2014) .

Skattning av den demenssjukes symtom och uppföljning av åtgärder görs ofta i Sverige med hjälp av bedömningsinstrumentet Neuro-Psychiatric Inventory, NPI (Cummings 1994). Shah et al. (2005) beskriver att NPI skalan mäter de psykometriska (personlighet, beteende, motivation och kognition) egenskaperna väl. Bedömningsinstrumentet NPI används av kvalitetsregistret BPSD, som Socialstyrelsen (2017) rekommenderar vid identifiering, individuellt anpassad åtgärds-initiering och uppföljning av BPSD-skattningen. NPI mäter

durationen samt intensiteten av symtomen. Symtom som skattas är vanföreställningar, hallucinationer, agitation/upprördhet, depression/nedstämdhet, ångest, upprymdhet/eufori, apati/likgiltighet, hämningslöshet, lättretlighet/labilitet, motorisk rastlöshet, sömnstörningar samt matlust och ätstörningar. Durationen BPSD har pågått bedöms med siffrorna 1-5 och intensiteten med siffrorna 1-4 dessa variabler räknas sedan samman. Vårdprofessionerna som gjort skattningen får då en summerad poäng, som uppger svårighetsgraden på BPSD. Desto högre poäng, desto mer symtom tolkas den demente ha (Demenscentrum 2013; Cummings 1994). Fysiskt- och psykiskt status och medicinsk utredning med läkemedelsgenomgång, skall ingå i BPSD-registreringen. Med hjälp av kvalitetsregistret BPSD kan inrapporterade data på individnivå analyseras om orsaker till BPSD, hur riskerna att de uppkommer igen kan minskas, samt hur de BPSD som redan finns kan lindras (BPSD 2018).

Icke-farmakologiska interventioner

De nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom (Socialstyrelsen 2017) beskriver att hälso- och sjukvården utifrån dagens evidensläge avseende nytta i relation till risker; i första hand ska icke- farmakologiska interventioner användas i arbetet med personer med BPSD. Det beskrivs även att icke-farmakologiska interventioner innebär en högre kostnad än farmakologisk behandling. Genomförandet av icke- farmakologiska interventioner med individuellt anpassat förhållningssätt kräver ökade arbetsinsatser (Socialstyrelsen 2017). Icke-farmakologiska interventioner som ofta används vid BPSD är validation, reminiscens, taktil stimulering, djur i vården, dockor, vårdarsång, musik, sång och dans. Dessa exempel används med målsättningen att förbättra patienternas livskvalitet (Backhouse et al. 2013).

Enligt författarnas litteratursökningar tycks den vetenskapliga evidensen för effekten av de av Backhouse et al. (2013) exemplifierade icke-farmakologiska interventionerna vara begränsad. Vissa studier har indikerat effekten på BPSD (Nordgren & Engström 2014; Lin et al. 2011) och livskvalitet (Backhouse et al. 2013), andra inte (Figueiro et al. 2014). Nordgren och Engströms (2014) undersökte i sin studie med personer med demens (n=33) om djurterapi med hund hade effekt på BPSD. Resultatet visade att verbal agitation ökade under interventions perioden som pågick i 17 månader jämfört med den fysiska agitationen som minskade. Ingen effekt på MMSE- test (Mini Mental State Examination) kunde ses, dock sågs en inte statistiskt säkerställd, reduktion på andra BPSD såsom psykologiska symtom (Nordgren & Engström 2014). Figueiro et al. (2014) har gjort en experimentell studie utan kontrollgrupp på vårdtagare (N=14) på ett demensboende, de kom fram till att agitation minskade vid ljusterapi. Speciellt låggradigt blå-vitt ljus installerades i vårdtagarens rum under en fyra veckors period och en mätning på deras agitation gjordes. Efter ytterligare fyra veckor gjordes en ny mätning på vårdtagarnas agitation, denna hade då ökat något men låg fortsatt lägre än från början av studien. Under studien framkom även att vårdtagarnas sömnkvalitet förbättrades av ljusterapi. Lin et al. (2011) har gjort en studie med experimentell design med 100 studiedeltagare. Randomisering delade deltagarna i två grupper en interventionsgrupp (n=49) och en kontrollgrupp (n=51), upprepade mätningar med vårdtagare på demensboende genomfördes. Mätningen pågick under tio veckor, mätningar gjordes två gånger under perioden musikterapi fortgick. Ytterligare en mätning utfördes fyra veckor efter avslutad musikterapi. Interventionsgruppen fick två gånger i veckan under en sex veckors period musikterapi i grupp, kontrollgruppen deltog i de normala dagliga aktiviteterna demensboendet erbjöd. Slutsatsen de kom fram till var att musikterapi i grupp minskade agitation på vårdtagare med demens i jämförelse med kontrollgruppen. Backhouse et al. (2013) studie som undersökte äldreboenden med både icke- dementa och dementa personer (N=291) i östra England genom en enkät om användandet av antipsykotika. I studien beskrivs att användning av icke-farmakologiska metoder är en förstahandsmetod för att minska BPSD. Studien

undersökte om äldreboenden som använde sig av icke-farmakologiska metoder hade en lägre frekvens av antipsykotika i jämförelse med boenden som inte använde icke-farmakologiska metoder. Detta visade sig inte vara korrekt då boenden som inte använde icke farmakologiska metoder hade lägre frekvens av förskrivning av antipsykotika. Dock framkom det att de boenden som var avsedda för dementa personer var de som hade högre frekvens av icke-farmakologiska interventioner men även av förskrivning av antipsykotika.

Att vårda personer med BPSD- ett teamarbete

Vid arbete med demenssjuka personer ses det som viktigt att arbeta i team där närstående samt flera yrkeskategorier medverkar och har god kommunikation för att den demenssjuka ska få den individuellt anpassade vård som krävs för ett gott liv. Det ses även som viktigt att arbeta utifrån en värdegrund som bidrar till att den demenssjuka ska få sin integritet, sina rättigheter och sin trygghet beaktad samt få en jämlik vård utan diskriminering (Skog 2013). I arbetet med personer med demenssjukdom är det av stor vikt att vara lyhörd för personens behov och känslor samt ha ett bemötande som ger den demenssjuka en känsla av trygghet och förtroende. Det är betydelsefullt att vårdprofessioner talar ett enkelt och tydligt språk samt ger få instruktioner gärna en i taget. För att bevara de funktioner som fortfarande är bibehållna är det väsentligt att ha tålmod och inte visa stressen som uppstår när saker tar längre tid (Nygård 2013). Ett stöd för vårdprofessioner inom demensvården kan vara BPSD-registrering där NPI (Cummings 1994) är en hjälp och stöd i arbetet för vårdteamet att observera, analysera, åtgärda och utvärdera hur ofta de olika symtomen uppkommer samt en analys av olika orsaker (BPSD 2018). Ett team är en grupp människor som tillsammans jobbar mot gemensamma mål och riktlinjer med patienten, dennes behov och närstående i centrum (Carlström 2013). Exempel på yrkeskategorier som kan vara med och samverka: undersköterska, vårdbiträde, sjuksköterska, distriktssköterska, arbetsterapeut, läkare, fysioterapeut. Inom demensvård är teamarbete en av de viktigaste delarna för att ge den demente personen och dess närstående det behov av vård och stöd de behöver (Skog 2013). I intervjustudien av Oppert et al. (2018) som pågick under en månad med vårdprofessioner på äldreboende (N=12). Beskrevs att använda teamarbete i vården med dementa personer som var fysiskt och psykiskt krävande var en främjande faktor för att kunna ge personcentrerad vård, trygghet och god omvårdnad. Teamarbete var ett tillvägagångssätt för att alla i arbetslaget skulle dela samma tilltro och värderingar till vården de gav samt för stödet teamet gav varandra. Det beskrevs även att när vårdgivarna skulle utföra daglig omvårdnad behövde de kunna samarbeta med varandra vilket krävde teamarbete. För att kunna utföra personcentrerad vård hjälpte alla i teamet till att underlätta arbetet för varandra. Ett stödjande och förstående team minskade de negativa effekterna som det psykiskt utmanande och fysiskt krävande arbetet var. Att kunna dela glädje och sorg med varandra gav god potential för en stark teamanda, förmåga till anpassning och högre jobbtillfredsställelse i vården med äldre (Oppert et al. 2018). Ericson-Lidman & Strandberg (2014) beskrev i sin studie vårdprofessioner (N=13) som använt deltagande aktionsforskning under en period av 14 månader med. Att teamarbete där både vårdbiträden, undersköterskor, sjuksköterskor och chef samarbetade var av stor vikt för både teamet och vårdtagarna. Forskarna beskriver även att en öppen kommunikation och diskussion om händelser som varit utmanande under dagen som viktiga delar för ett gott teamarbete. I en intervjustudie av Kristiansen et al. (2006) beskrevs att vårdprofessionerna i studien (N=20) ofta upplevde otillräcklighet, otrygghet, tvivel, trötthet, förödmjukelse, missnöjdhet och sårbarhet i arbetet med de demenssjuka. Vårdprofessionerna blev ofta utsatta för psykiskt och fysiskt våld både genom slag, hot, blev spottade på och fick motta verbala skällsord. Det framkom även att vårdprofessionerna fick dåligt samvete då de inte alltid hade tid att ge alla den extra omsorg som de skulle önska. I studien delgav vårdprofessionerna dock att de kände sig trygga och bekräftade av sina

medarbetare. De flesta tyckte om sina arbeten och hade utvecklats i sina professionella roller med ökad erfarenhet i demensvården. De brydde sig om de demenssjuka och ville deras bästa.

Utbildning och yrkeserfarenhetens betydelse

Att vårda personer som har demenssjukdom med BPSD kan vara mycket stressande beskrev McCabe et al.(2014). I deras RCT-studie som pågick under 12 månader deltog sjuksköterskor, undersköterskor, assistenter på arbetsterapi och personliga assistenter (N=204) från särskilt boende. Dessa delades in i tre grupper med olika stöd. Resultatet visade att den grupp som fått utbildning och kontinuerlig handledning reducerade sin stressnivå till skillnad från de andra grupperna som inte fått samma stöd där stressnivån inte blev påverkad alls. Karlstedt et al. (2014) beskrev att sjuksköterskor (N=344) med längre yrkeserfarenhet anser sig vara mer tillfredsställda med sin kunskap än de som hade arbetat kortare tid inom yrket. Att även ha en specialistutbildning samt vara äldre hade betydelse för upplevelsen av yrkestillfredsställelse. Det framkom i studien att behovet av ökad kunskap var störst inom området äldre, demensvård, läkemedelskunskap, palliativ vård, forskrivningsrätt samt vissa medicinska tillstånd som diabetes, hjärtsjukdomar, funktionsnedsättning, ledarskap och rehabilitering. Utbildning och kompetensutveckling ses som en viktig grund i arbetet med personer med demenssjukdom, för att kunna ge en god och säker vård (Skog 2013).

Problemformulering

Demenssjukdomarna förväntas öka kraftigt de närmaste åren (WHO 2018) och personer med demenssjukdom får ofta BPSD. Rekommendationer vid vård och omsorg av demenssjukdom är att använda sig av icke- farmakologiska interventioner vid BPSD, vilket är resurskrävande (Socialstyrelsen 2017). I BPSD-registret finns möjlighet för vårdprofessionerna att få stöd och hjälp med att skatta BPSD, vidta icke-farmakologiska åtgärder för att minska dessa samt att följa upp åtgärderna för att utvärdera om de haft effekt på BPSD (BPSD 2018). För vårdprofessionerna inom demensvården och de dementa skulle BPSD-registret kunna vara till hjälp. Det är enligt författarnas litteratursökningar inte känt om användningen av BPSD-registret har implementerats på särskilt boende och hur vårdprofessionerna i så fall erfar att användningen fungerar. Därför tros demensvården efterfråga en studie undersökande hur vårdprofessionerna uppfattar möjlighet och värde av att använda BPSD-registret. Tidigare litteratur talar för att ökad erfarenhet i yrket ger ökad tillfredsställelse (Karlstedt et al. 2014). Det tycks inte tidigare vara studerat om vårdprofessioner med längre yrkeserfarenhet i högre utsträckning anser att BPSD-skattning bidrar med stöd i arbetet eller ökar vårdkvaliteten för den demente.

Syfte

Syftet var att undersöka vårdgivares möjligheter och erfarenheter av att genomföra BPSD-skattning och följa upp icke- farmakologiska åtgärder i arbetet på särskilt boende för demens. Vidare var syftet att jämföra om vårdgivarnas yrkeserfarenhet hade betydelse för värdet av BPSD-skattning vid Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens.

Metod

Design

Metoden för denna uppsats är en kvantitativ, icke experimentell, deskriptiv, tvärsnittsstudie (Polit & Beck 2012). Enkät med egenformulerade frågor som datainsamlingsmetod. Studien genomfördes i en mindre kommun i mellersta Sverige under en vecka i Augusti 2018.

Urval och kontext

Studien genomfördes med ett strategiskt urval av vårdprofessioner på fem särskilda boenden med inriktning demens i en mindre kommun i mellersta Sverige. Undersökningsgruppen bestod av 84 personer som arbetar på de särskilda boendena med inriktning demens. I kommunen har samtliga vårdprofessioner inom särskilt boende fått minst en halv dags utbildning i BPSD och i BPSD- registrering.

Inklusionskriterier: arbeta på ett demensboende, undersköterska, validerad undersköterska, sjuksköterska, distriktssköterska, vårdbiträde, arbetsterapeut, tillsvidareanställd som är i arbete under perioden enkätundersökningen sker.

Datainsamling

Information och samtycke

Information och samtycke till att informera om och utföra studien bland vårdprofessionerna inhämtades av verksamhetschefen i en mindre kommun i mellersta Sverige (Bilaga 1). Författarna åkte till de fem särskilda boendena och gav muntlig och skriftlig information om studien, att deltagandet var frivilligt samt att datainsamlingen skedde konfidentiellt (Bilaga 2). Enkäten innehöll ett försättsblad med forskningspersonsinformation samt kort beskrivning om studien. Informerat samtycke gavs; vid ifyllande av enkätundersökningen sågs detta som ett samtycke till att delta i studien (Kristensson 2017; Polit & Beck 2012; Henricsson 2017). Om respondenterna inte önskade medverka i studien, ombads de att lämna in enkäten i en studiesvarslåda utplacerad på respektive särskilda boende; med de demografiska frågorna på första enkätsidan ifyllda, för att kunna beskriva gruppen som deltog gentemot de som inte deltog. Det var helt frivilligt att lämna uppgifterna. Om vårdprofessionerna inte önskade lämna några uppgifter alls ombads de lägga enkäten i studiesvarslådan direkt utan att besvaras alls. Antal enkäter som lämnades ut på varje arbetsplats begränsades till samma antal som det fanns tillsvidareanställda personer under perioden för enkätens utlämnande; denna begränsning utfördes för att kunna beräkna antalet som inte ville medverka i studien, det vill säga hur stor del av möjliga vårdprofessioner som kunde inkluderas. Efter två dagar åkte författarna ut till de fem särskilda boendena och påminde muntligt de som var i tjänst om att studien pågick.

Insamling av enkätdata

En studiespecifik enkät med frågor som besvarades med Lickert- skala utformades. Principer för utformning av studiespecifik enkät följdes. Frågorna utformades därav med begripligt språk för målgruppen, lättförståeliga, entydiga frågor, inga ledande frågor, försiktighet med kunskapsfrågor, en fråga åt gången, inte för långa eller för många frågor, tilltalande frågor samt logisk ordning i svarsalternativen genom hela enkäten (Ejlertson 2014; Kristensson 2017; Polit & Beck 2012). Enkätundersökningen bestod av två delar. En del bestod av demografiska data om kön, ålder, yrkeskategori samt yrkesverksamma år. Den andra delen bestod av 13 egenformulerade frågor i form av påståenden, som deltagarna tog ställning till på Lickert- skalor med rangordnade svarsalternativ (Henricson 2017; Polit & Beck 2012) (Bilaga 3). De två första frågorna i enkätens andra del svarade på om BPSD-skattning användes eller har använts senaste året på arbetsplatsen ("Ja" eller "Nej") samt vilka vårdprofessioner som

samarbetade vid skattningen (“vårdbiträde och undersköterska”, “team bestående av vårdbiträde, undersköterska, sjuksköterska och arbetsterapeut” eller om den gjordes “ensam”). De övriga 11 frågorna handlade om BPSD- skattning, åtgärder och uppföljning. Ett par exempel på frågorna var “BPSD-skattning hjälper mig i arbetet med den demente” och “Tid finns till att utföra insatta BPSD-åtgärder”. Svartalternativen var utformade med skattningsskalor där 0 stod för “instämmer inte alls”, 1 “instämmer dåligt”, 2 “instämmer ganska dåligt”, 3 “instämmer ganska bra”, 4 “instämmer bra” och 5 “instämmer mycket bra”. Det tog ca 10-15 minuter för respondenterna att besvara enkäten.

Pilotstudie av den studiespecifika enkäten

Pilotstudie av en enkätstudie kan innebära att forskaren testat enkäten i liten skala för att säkerställa att frågorna inte kan missuppfattas (Ejilertsson 2014). En pilotstudie av den studiespecifika enkäten genomfördes (n=4) för att testa att frågorna svarade mot syftet, att de uppfattades på samma sätt av flera personer samt att strukturen var god. Detta för att stärka interbedömarreliabiliteten (att frågorna mäter det de är avsedda att mäta), facevaliditeten (konsultation med personer med mer kunskap inom området; om mättekniken är rätt för ändamålet), innehållsvaliditet (personer väl insatta i ämnet bedömde att antalet frågor var lämpligt samt om frågorna var adekvata för det som skulle mätas) (Polit & Beck 2012). Pilotstudien genomfördes med en distriktssköterska, en sjuksköterska samt två undersköterskor genom att de muntligt kommenterade frågorna. Distriktssköterskan samt sjuksköterskan har fördjupad utbildning inom demensvård samt BPSD-registret och arbetar på vårdcentral med dementa patienter i samarbete med kommunen. Undersköterskorna arbetar på ett särskilt boende med inriktning demens. Vid pilotstudien ansåg samtliga pilotdeltagare att enkäten var väl utformad och förståelig. Ändring skedde på två av enkätfrågorna, då dessa frågade om två saker i samma fråga. Detta för att undvika förvirring hos respondenterna samt vid tolkning av svaren.

Dataanalys

Till dataanalysen använde författarna statistikprogrammet Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) (Polit & Beck 2012). Både deskriptiv och analytisk statistik presenterades. Deskriptiv analys utfördes för att sammanfatta och redovisa data om personer samt enkäternas svarsmaterial (Henricson 2017). Analytisk statistik presenteras via tabeller och diagram (Henricson 2017; Kristensson 2017). Då enkäternas svartalternativ på Lickert- skalorna var av typen ordinalskala gjordes deskriptiv analys och den analytiska statistiken genomfördes med icke-parametriska metoder (Polit & Beck 2012; Henricson 2017). Gällande den demografiska variabeln åldern i den första delen av enkäten gjordes deskriptiv analys med median och kvartiler (Polit & Beck 2012). Övriga demografiska variablerna kön, yrkeskategori samt yrkesverksamma år redovisades med hjälp av tabell gällande antal (n) och procent (%). När författarna analyserade variablerna i den andra delen av enkäten, som handlade om BPSD-skattningen, framkom fem resultat som rör studiens frågeställningar. Antal och procent som svarat respektive svartalternativ på enkätfrågorna presenterades. Data om yrkesverksamma år inom demensvård (fem ursprungs kategorier) delades av författarna in i tre grupper där den första gruppen var 0-5 år, andra gruppen 5-10 år och tredje gruppen 10 år eller fler. Kruskal- Wallis icke-parametriskt test användes för analysen där författarna testade om grupperna yrkesverksamma år visade någon signifikant skillnad i erfarenhet och om deltagarna ansåg att BPSD-skattning gav stöd i arbetet, gav vårdtagaren bättre livskvalitet samt om respondenterna ansåg BPSD-skattning som onödigt. Kruskal- Wallis test användes för att analysera om de tre grupperna med olika antal yrkesverksamma skiljde sig i hur stor utsträckning deltagarna ansåg att BPSD- skattningen gav stöd i arbetet, gav vårdtagaren bättre

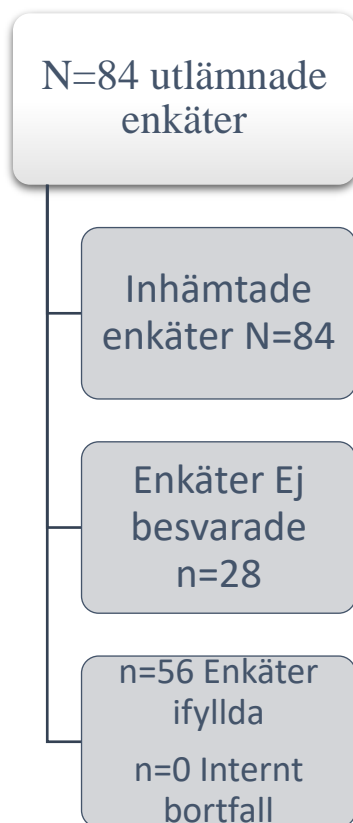
livskvalitet samt om BPSD-skattning sågs som onödigt. Median och kvartiler över svarsalternativens rangordning beräknades; signifikansnivån sattes till $p < 0,05$.

Forskningsetiska överväganden

Forskningsetiken i Sverige regleras av två lagar, Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) samt Dataskyddsförordningen (The General Data Protection Regulation, GDPR 2018). I studien beaktas deltagarnas autonomi då alla har en självbestämmanderätt och ingen var tvingad till deltagande, data som samlades in behandlades konfidentiellt och var avidentifierad samt informerat samtycke gavs innan studien genomfördes på så vis bevarades även deltagarnas integritet, värdighet och sårbarhet. Göra gott principen är ytterligare en del där forskningsresultaten kommer att ge en insyn i deltagarnas arbetsliv som tidigare inte undersökts vilket kan ge en bättre förståelse om deltagarnas arbete med BPSD. Utifrån inte skada principen värderade uppsatsförfattarna att det endast fanns en mycket liten risk för skada; då enkätfrågorna testades i en pilotstudie och under denna framkom det att inga frågor upplevdes som obehagliga eller psykologiskt påfrestande. Rättvis principen beaktades genom att all data som inhämtades behandlades lika. Det var författarnas ansvar att beskydda deltagarnas liv, hälsa, privatliv samt värdighet (The Northern Nurses Federation 2003).

Resultat

Enkäterna lämnades ut till 84 deltagare som arbetar på särskilt boende för demens. Författarna inhämtade 56 svar (66%), 28 personer (34%) valde att inte delta, dessa enkäter låg helt obesvarade i studiesvarslådan, därför kan inga data för dessa redovisas (Figur 1).



Figur 1 Flödesdiagram Svarsfrekvens

Antal=n

BPSD- skattning med hjälp av NPI- skalan användes på samtliga särskilda boenden för demens som undersöktes. Resultatet som framkom presenteras under rubrikerna BPSD- skattning i team, möjligheter att utföra BPSD-skattning samt åtgärder, värdet av BPSD- skattning, värdet av yrkeserfarenhet vid BPSD- skattning samt uppföljning på effekten av icke- farmakologiska åtgärder. Av de 56 vårdgivarna som svarade var 89% (n=50) kvinnor. Respondenterna hade en medianålder på 41 år och 93% (n=52) var någon typ av undersköterska eller vårdbiträde. De flesta respondenter 68% (n=38) hade varit yrkesverksamma inom demensvården 0-10 år (se tabell 1).

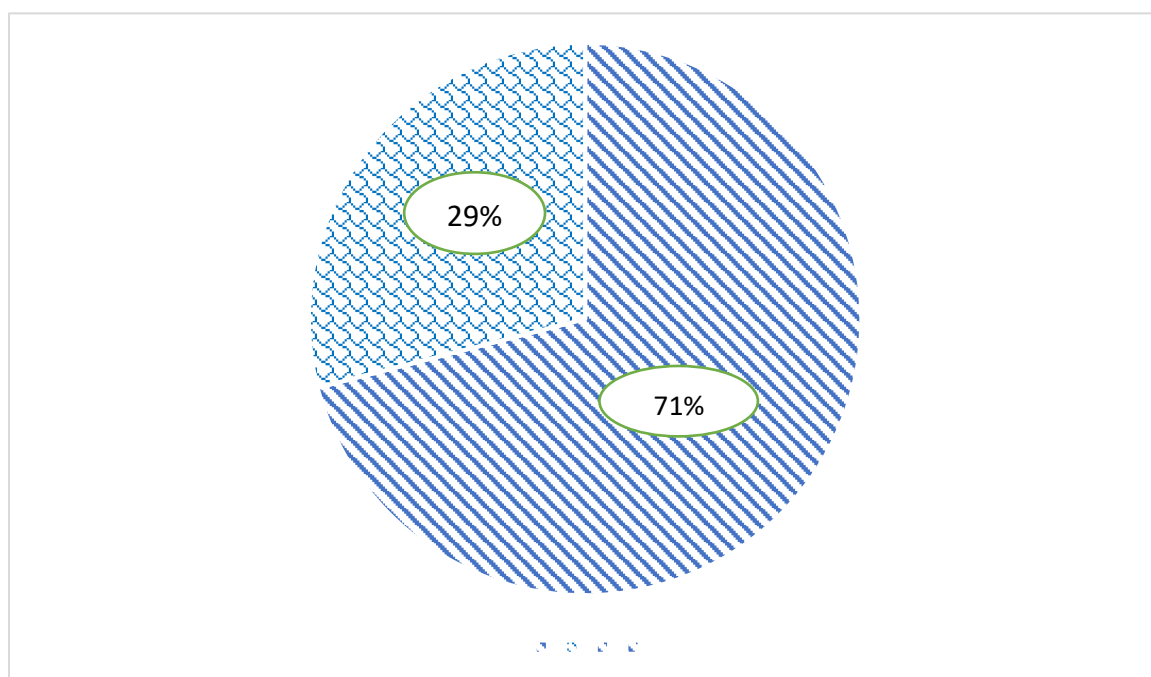
Tabell 1 Demografisk data

Demografisk data	n, (%)
Kön	n=56, 100%
Man	6 (11)
Kvinna	50 (89)
Ålder	n=56
Median	41
Percentil 25	32,25
Percentil 50	41
Percentil 75	51,75
Yrkeskategori	n=56
Vårdbiträde	4 (7)
Validerad undersköterska	9 (16)
Undersköterska	39 (70)
Distriktssköterska	0 (0)
Sjuksköterska	3 (5)
Arbetsterapeut	1 (2)
Arbetade år inom demensvård	n=56
0-5	20 (36)
5-10	18 (32)
10-20	7 (13)
20-30	7 (13)
30 eller fler	4 (7)



n=Antalet personer. %=Procent. Summan av % blir inte 100% på grund av avrundning.

BPSD- skattning i team

Cirkeldiagrammet visar vilka yrkeskategorier som utförde BPSD-skattning, resultatet visade att det till större delen 71% (n=40) gjordes i team av undersköterska och vårdbiträde och resterande 29% (n=16) i team av vårdbiträde, undersköterska, sjuksköterska samt arbetsterapeut (se figur 1). Ingen utförde BPSD-skattning ensam 0% (n=0).



Figur 1 BPSD-skattning utförs i

 = Vårdbiträde, Undersköterska  = Team (Vårdbiträde, Undersköterska, Sjuksköterska, Arbetsterapeut)

Möjligheter att utföra BPSD-skattning samt åtgärder

Övervägande delen 64% (n=36) av respondenterna ansåg att BPSD-skattning var tidskrävande. Tid till BPSD-skattning fanns upplevde 50% (n=28). Större delen 63% (n=35) av respondenterna upplevde att möjligheterna till att utföra BPSD-åtgärderna fanns (tabell 2). BPSD-åtgärderna utförs delar 93% (n=52) av respondenterna.

Tabell 2 Tid ger möjligheter

Frågor	Svarsalternativ					
	Instämmer inte alls	Instämmer dåligt	Instämmer ganska dåligt	Instämmer ganska bra	Instämmer bra	Instämmer mycket bra
BPSD-skattning är tidskrävande						
N	3	7	10	20	9	7
%	5	13	18	36	16	13
Tid finns till BPSD-skattning						
N	1	11	16	19	6	3
%	2	20	29	34	11	5
BPSD-åtgärder som satts in utförs sedan						
N	0	4	0	27	23	2
%	0	7	0	48	41	4
Tid finns till att utföra insatta BPSD-åtgärder						
N	1	1	19	23	11	1
%	2	2	34	41	20	2

Antal= (n) Andel Procent=(%) som svarat respektive svarsalternativ. BPSD=Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens

Värdet av BPSD-skattning

Att BPSD-skattning erfors vara till hjälp i arbetet bekräftade övervägande delen av respondenterna 97% (n=54) som också ansåg att det bidrog till god vårdkvalitet för den demente. Av respondenterna betraktade 89% inte BPSD-skattning som onödigt arbetet (n=50)(tabell 3).

Tabell 3 BPSD-skattningens hjälp och värde

Frågor	Svarsalternativ					
	Instämmer inte alls	Instämmer dåligt	Instämmer ganska dåligt	Instämmer ganska bra	Instämmer bra	Instämmer mycket bra
BPSD-skattning hjälper mig i arbetet med den demente						
N	0	2	0	24	21	9
%	0	4	0	43	38	16
BPSD-skattning bidrar till god vårdkvalitet för den demente						
n	0	0	2	18	24	12
%	0	0	4	32	43	21
BPSD-skattning är onödigt arbete						
n	24	14	12	4	1	1
%	43	25	21	7	2	2

Antal= (n) Andel Procent= (%) som svarat respektive svarsalternativ. BPSD=Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens

Värdet av yrkeserfarenhet vid BPSD- skattning

Yrkesverksamma år inom demensvården hade ingen betydelse för om respondenterna upplevde att BPSD-skattning hjälpte dem i arbetet. Det fanns heller inget signifikant samband mellan yrkesverksamma år och om respondenterna ansåg att BPSD-skattning bidrog till god vårdkvalitet, inte heller om de ansåg att BPSD-skattning var onödigt, P 0,266- 0,981 (tabell 4). Vid en uppdelning av år i yrket observerades att 25-50% av de som arbetat mer än 10< ansåg sig instämma ganska bra med att de hade hjälp av BPSD-skattning. Dock ansåg 50-75% av respondenterna som arbetat 10< att de instämde bra med att de hade hjälp av BPSD-skattningen. Dock ansåg de som arbetat mellan 5-10 år i demensvården att de till 75% instämde mycket bra.

Tabell 4 Yrkeserfarenhetens betydelse för BPSD-skattning

Frågor	År i yrket	n=56	Median	Percentil			Jämförelse mellan yrkesverksamma år. = P-värde
				25	50	75	
BPSD-skattning hjälper mig i arbetet med den demente							0,266
	0-5	20	4	3	4	4	
	5-10	18	4	3	4	5	
	10<	18	3	3	3	4	
BPSD- skattning bidrar till god vårdkvalitet för den demente							0,638
	0-5	20	4	3	4	4	
	5-10	18	4	3	4	5	
	10<	18	4	3	4	4	
BPSD-skattning är onödigt arbete							0,981
	0-5	20	1	0	1	2	
	5-10	18	1	0	1	2	
	10<	18	1	0	1	2	

Jämförelse mellan yrkesverksamma år= P-värdet. P-värdet är satt till= 0,05. BPSD= Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens

Uppföljning på effekten av icke-farmakologiska åtgärder

De icke-farmakologiska åtgärderna som sattes in och utfördes ansåg 88% (n=49) av respondenterna minskade BPSD. Det styrktes med att 91% (n=51) av respondenterna ansåg det inte som onödigt att utföra åtgärderna. BPSD-åtgärderna följdes upp menade 91% (n=51). Samtliga 100% (n=56) menade att det var viktigt med uppföljning av åtgärderna (tabell 5).

Tabell 5 Effekten av icke-farmakologiska åtgärder

Frågor	Svarsalternativ					
	Instämmer inte alls	Instämmer dåligt	Instämmer ganska dåligt	Instämmer ganska bra	Instämmer bra	Instämmer mycket bra
Åtgärder som satts in och utförs minskar BPSD-symtom						
n	0	1	6	25	21	3
%	0	2	11	45	38	5
Åtgärder som satts in är onödiga						
n	19	19	13	5	0	0
%	34	34	23	9	0	0
Åtgärderna vid BPSD följs upp						
n	0	2	3	21	23	7
%	0	4	5	38	41	13
Uppföljning av åtgärderna är viktiga						
n	0	0	0	5	26	25
%	0	0	0	9	46	45

Antal= (n) Andel Procent= (%) som svarat respektive svarsalternativ. BPSD=Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens

Diskussion

Denna studie undersökte vårdgivares möjligheter och erfarenhet av att genomföra BPSD-skattning och följa upp icke-farmakologiska åtgärder i arbetet på särskilt boende för demens. Vidare jämförde studien om vårdgivarnas yrkeserfarenhet hade betydelse för värdet av BPSD-skattning vid Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens. Studien fann att vårdprofessionerna menade att de hade möjligheter att genomföra BPSD-skattning, icke-farmakologiska åtgärder samt uppföljning. Vidare framkom att BPSD-skattning ansågs vara av värde för vårdprofessionerna. Vårdprofessionernas yrkeserfarenhet tycktes vid jämförelse inte ha någon betydelse för hur de erfor värdet av BPSD-skattning.

Resultatdiskussion

BPSD-skattning ett teamarbete

Samtliga respondenter som deltog i studien arbetade med BPSD-skattning, detta kan vara ett resultat av att vårdprofessionerna har fått utbildning i BPSD-skattning, åtgärder och uppföljning. Vikten av att alla i ett team ska få samma information och utbildning bekräftas av Prahl et al. (2015) där beskrevs att alla vårdprofessioner på ett boende fått utbildning i demensvård. Utfallet blev att de arbetade bättre som team och gjorde ett bättre arbete med de dementa och deras närstående, då vårdgivarna fått en bättre förståelse om teamets betydelse samt bättre kommunikation. Vidare beskrev Barbosa et al. (2013) att utbildning och teamarbete mellan flera yrkeskategorier involverade var viktigt för att uppnå god kommunikation, förståelse för varandra samt motivation att göra ett bra arbete.

Vårdprofessionerna i denna studie utförde inte någon BPSD-registrering ensam, även detta kan enligt författarna vara ett resultat av att alla fått samma utbildning som givit ett bra teamarbete. Fortlöpande utbildning av vårdprofessioner på lång sikt inom området demens är också något som Socialstyrelsen (2017) rekommenderar för att kunna ge god vårdkvalitet. De beskriver även vikten av handledning och praktisk övning för att kunna uppnå god vård med den kompetens som krävs. Författarna har fört en diskussion om hur resultatet hade påverkats om deltagarna inte fått utbildningen i BPSD, om utbildningen med BPSD-skattningen har gjort att de arbetar bättre i team eller om ingen skillnad finns; vilket författarna kommer fram till behöver utforskas vidare.

Vårdgivarna ansåg att de hade möjligheter att utföra BPSD-skattning och åtgärder

Tid är ett begrepp som ger möjligheter i vården, dock lider vården ofta brist på tid. Detta var något som bekräftades av Oppert et al. (2018) där det beskrevs att tidsbristen var ett problem; speciellt den tid det tog att bemöta personer med BPSD var svår att få till så att vården blev personcentrerad. Författarna av denna studie kommit fram till att det var ungefär 6 av 10 vårdprofessioner som ansåg att BPSD-skattning var tidskrävande dock ansåg ungefär lika många att tid fanns att utföra insatta åtgärder. Vår tolkning var att BPSD-skattning tog tid dock var det betydelsefullt för vårdprofessionernas arbete och för den dementes vårdkvalitet att åtgärderna utfördes, därför prioriterades detta före andra arbetsuppgifter. Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) beskrev att mellan hälso- och sjukvårdspersonal och vårdtagare ska det främjas god kontakt, vården ska vara av god kvalitet samt erhålla kontinuitet. I författarnas mening kan detta uppfyllas med hjälp av BPSD-skattning som ger den demente åtgärder speciellt anpassade för honom eller henne och som kan främja en god kontakt med vårdprofessionerna.

BPSD-skattningens värde

BPSD-skattning kan vara en del i arbetet som är värdefullt både för vårdprofessionerna och för den demente. Det framkom i enkätundersökningen att 54 av 56 vårdprofessioner ansåg att

BPSD-skattning var till hjälp i arbetet samt att 50 av 56 ansåg att det var meningsfullt att utföra. Att BPSD-skattning skulle vara onödigt arbete dementades av respondenterna då samtliga ansåg det betydelsefullt. Resultatet kan i författarnas mening innebära att vårdprofessionerna fått en god förståelse för BPSD-skattningen och dess betydelse i arbetet med den demente. Prahl et al. (2015) beskrev i sin studie om hur vårdprofessioner hade fått stöd genom en utbildningsmodell i att omvandla sina kunskaper från tankar och handlingar till ord. Genom utbildningsmodellen fick de bekräftat att det de redan gjorde hade stor betydelse för känslan av glädje samt att göra gott i arbetet. I vår mening kan respondenternas utbildning inom BPSD vara en produkt av en utbildningsmodell som i likhet med Prahl et al. (2015) givit vårdprofessionerna bättre möjligheter till samverkan och redskap att omvandla sin kunskap till handling för en tydligare struktur i arbetet.

Yrkeserfarenhetens värde

Att 54 av 56 vårdprofessioner svarade att det gav god vårdkvalitet till den demente, var i vår mening ett tecken på att vårdprofessionerna sett BPSD-skattningens betydelse i arbetet med att öka vårdkvaliteten för den demente. Karlstedt et al. (2014) beskrev att vårdprofessionerna i deras studie med längre yrkeserfarenhet, högre ålder samt vidareutbildning tolkade sin kompetens högre än de med kortare tid i yrket och lägre ålder. Ett samband mellan att ha längre erfarenhet inom demensvård och anse att det kan vara till hjälp med BPSD-skattning för både vårdprofessionerna och för den demente var något som författarna antog var ett faktum. Vårdkvaliteten genom BPSD-skattning hade betydelse menade alla respondenter ”stämmer bra” samt att de som arbetat 5-10 år ansåg det ”stämmer mycket bra”. Antagandet om att yrkesverksamma år hade betydelse sågs endast på den ålderskategorin och skillnaden var liten det kan därför vara svårt att med säkerhet bekräfta eller dementera antagandet.

Uppföljning av åtgärder

Socialstyrelsen (2017) bekräftade att BPSD kan minska vid insatta åtgärder och att detta då kan leda till förbättrad funktionsförmåga, minskat behov av vård samt minskad risk för depression och oro. I Socialtjänstlagen (SFS 2001:453) stod det att vården bland annat ska ge en aktiv och meningsfull tillvaro samt ett värdigt liv och välbefinnande. Författarnas åsikt var att BPSD-registret kan vara ett bra stöd och komplement för att uppnå Socialtjänstlagens mål i vården. Som tidigare beskrivits rekommenderar Socialstyrelsen (2017) uppföljning som en viktig del i arbetet för att utvärdera effekten av icke-farmakologiska åtgärder. I resultatet framkom det tydligt att även respondenterna ansåg uppföljning som en viktig del i arbetet. BPSD minskade när åtgärderna som sattes in utfördes samt att det var meningsfullt med insatta BPSD-åtgärder var något som vårdgivarna i stort sett var eniga om visade utfallet av resultatet. Författarna delade åsikt med respondenterna om att det var viktigt att följa upp åtgärder i arbete med BPSD för att få insyn i om de åtgärder som var insatta hade förbättrat livskvaliteten för den demente.

Metoddiskussion

Enkätstudie valdes då författarna ville nå ut till ett större antal respondenter för att undersöka deras ansedda värde och möjligheter att använda BPSD-skattning. Enkätundersökning kan ge fler möjliga svar än exempelvis intervjustudie, är tidssparande samt kostnadseffektiv då fler personer nås vid ett mätillfälle (Polit & Beck 2012). En svaghet i studien kan vara att inga förkonstruerade enkäter fanns som passade för syftet varför författarna fick konstruera en egen studiespecifik enkät, det mest optimala hade dock varit att använda sig av en redan befintlig enkät. Författarna ansåg att en viktig del i värderandet vid konstruktionen av enkäten var att den utformades med ett begripligt och tilltalande språk, lagom långa och undvikande av ledande frågor (Polit & Beck 2012; Kristensson 2017; Ejlertson 2014). Frågorna i

enkätstudien testades i en pilotstudie av den studiespecifika enkäten vilket ytterligare ökade studiens reliabilitet gällande att pilotstudiedeltagarna fick kommentera att frågorna mäter det som avses att mätas. Validiteten i studien stärktes då utomstående personer dock väl insatta i ämnet studerade enkätfrågorna och bekräftade dess pålitlighet innan de användes (Polit & Beck 2012). Vilket är något som författarna av studien ansåg som en styrka för att så långt det var möjligt undvika att frågorna tolkades fel. Ett annat alternativ för pilotstudien av den studiespecifika enkäten avseende hur frågorna skulle kunna testas för att stärka att frågorna mäter det de ska mäta, skulle kunna vara att göra ett test-retest (Polit & Beck 2012), dock fanns för lite tid att hinna med detta då det fanns en tidsplan för examensarbetet. Frågorna gjordes enkla att förstå dock kan någon ha ansett frågorna för många och därför valt att inte delta i studien. Författarna diskuterade inte egna värderingar eller möjliga resultat med respondenterna då detta sänker validiteten, då det kan påverka respondenternas svar. Enligt Polit och Beck (2012) är tiden enkäterna finns ute viktig. Om enkäterna får vara ute en längre tid ökar chanserna att uppnå en högre svarsfrekvens. Tiden författarnas enkäter var ute på särskilt boende för demens var en vecka. Detta kan ha givit en lägre svarsfrekvens då en del deltagare eventuellt inte hade möjlighet att besvara enkäten under den veckan. Författarna åkte tillbaka till de särskilda boendena för att påminna om enkäten vid ett tillfälle, det kan ha påverkat svarsfrekvensen positivt. Enligt Henricson (2017) svarar endast ungefär hälften av respondenterna vid första tillfället och ytterligare hälften av de som inte svarat gör det vid en påminnelse. Hur många respondenter som svarade innan påminnelsen framgår inte då ingen insamling gjordes under påminnelse tillfället.

Enkätstudiens deltagare som valde att inte delta var 34% dock menar Polit och Beck (2012) att med en svarsfrekvens på över 65% kan studien räknas som tillförlitlig. Utfallet gav relativt entydiga svar och därför tolkar författarna studien som tillförlitlig. En styrka i enkäten var att det inte förekom något internt-bortfall i frågorna (Polit & Beck 2012). Ursprungskategorin "År i yrket" var indelad i fem grupper; vid dataanalys upptäcktes att det var för få respondenter i några grupper. Respondenterna delades in i tre grupper utan urvalsstorleksberäkning gällande antalet respondenter studien behövt i varje kategori för att se en skillnad i rangordning. Dock blev dessa grupper ungefärliga i antalet, vilket var en styrka. Genom att studera median och kvartiler har författarna kommit fram till att det inte fanns signifikant p-värdet vid jämförelserna detta beror på ett Typ 2-fel (vilket innebär att studien hade för få deltagare för att kunna säkerställa att nollhypotesen är sann). Ett alternativ till grupperingen av "År i Yrket" hade kunnat vara att respondenterna fått skriva sina yrkesverksamma år mer exakt; för att författarna sedan skulle gjort en analys av den variabeln. Även en power analys hade kunnat utföras för att ta reda på hur många respondenter studien behövt för att kunna säkerställa signifikant resultat och på så vis minska risken för typ 2-fel (Kristensson 2017).

En svaghet med studien var att det var för få respondenter med eftergymnasial utbildning som valde att delta och däribland ingen distriktssköterska, vilket gör att studien endast kan generaliseras till de med utbildning som var högst gymnasial. Studien utfördes i en mindre kommun i mellersta Sverige där samtliga deltagare genomgått minst en halvdags utbildning inom BPSD, därför är resultat endast generaliserbart för just den kommunen. Eftersom det var för få som svarade i varje yrkeskategori har författarna i efterhand diskuterat angående om det istället hade varit bättre att riktat enkätundersökning till enbart undersköterskor. Alternativt att utöka det geografiska området för vilka som ska ingå i studien för att öka chansen till fler svar från respondenter med eftergymnasial nivå och på det viset öka generaliserbarheten. Andra metoder författarna diskuterat som alternativ är intervjustudie eller observationsstudie med distriktssköterskor för att kunnat ställa mer djupgående frågor angående deras upplevelser av

att arbeta med BPSD-skattning, åtgärder och uppföljning. Dock tror författarna att risk för mindre ärliga svar föreligger med de metoderna då de inte är anonyma på samma vis samt att det är mer tidskrävande. Ytterligare ett alternativ kan vara att använda mer öppna frågor eller använda både öppna och slutna frågor i enkäten. Kruskal Wallis test valdes för att analysera data och se om det fanns någon signifikant skillnad mellan yrkesverksamma år och hur deltagarna upplever BPSD-skattning. Användandet av Kruskal Wallis test anser författarna var ett lämpligt test då frågornas svar var på ordinal nivå samt att testet var icke-parametriskt. Om parametriskt test istället använts hade risken för ett felaktigt resultat varit större. Ibland kan parametriska tester användas på icke-parametrisk data men då behöver det vara ett stort antal respondenter (Polit & Beck 2012). Dock ses vid splittring av år i yrket att de som hade längre yrkeserfarenhet ansåg sig ha mindre stöd av BPSD-registret vilket enligt författarna kan bero på att de hade högre grundkunskaper och därför inte behövde samma råd och stöd för att vårda personer med BPSD, de förmodas utgå mer från sin beprövade erfarenhet.

Konklusion

Slutsatsen var att vårdprofessionerna menar att de har möjligheter att genomföra BPSD-skattning, icke-farmakologiska åtgärder samt uppföljning. Vidare framkom att BPSD-skattning ansågs vara av värde för vårdprofessionerna. Vårdprofessionernas yrkeserfarenhet tycktes vid jämförelse inte ha någon betydelse för hur de erfor värdet av BPSD-skattning.

Implikation

Det är av vikt att arbetsgivare erbjuder kompetensutveckling och utbildning inom demens och BPSD för vårdprofessioner inom demensvården för att främja ett gott teamarbete, öka vårdkvaliteten samt ge en trygg, säker och god vård för de dementa.

Distriktssköterskeprofessionen har en betydande roll vid motivation, handledning, stöd samt implementering av förbättringsarbete.

Behovet av forskning inom BPSD-registreringar och dess betydelse för vårdprofessionerna i större skala för att kunna generaliseras till ett bredare område ses som betydelsefullt. Även jämförande studie på demensboende med deltagare som inte genomgått utbildningen med de som har genomgått den anses vara värdefullt.

Ytterligare forskning inom icke-farmakologiska interventioner vid BPSD kan ge ökad grund för vårdprofessioner inom demensvård över de interventioner som har visats ha god effekt.

Forskning behövs om distriktssköterskans arbete med dementa som har BPSD samt vad denne kan utföra för vårdtagarna, närstående och vårdprofessionerna.

Referenser:

Azermai, M., Petrovic, M., Elseviers, M., Bourgeois, J., Van Bortel, L. & Vander Stichele, R. (2011). Systematic appraisal of dementia for the management of behavioural and psychological symptoms. *Ageing Research Reviews*. 11 (2012), 78-86.

Backhouse, T., Killeit, A., Penhale, B., Burns, D., & Gray, R. (2013). Behavioural and psychological symptoms of dementia and their management in care homes within the East of England: a postal survey. *Ageing & Mental Health*, 18 (2), 187-193.

Barbosa, A., Nolan, M., Sousa, L. & Figueiredo, D. (2013). Psycho-Educational approaches in long-term care workers and managers' perspectives. *Procedia-Social and behavioural sciences*, 2014 (131), 406-410.

Basun, H. (2013a). Alzheimers sjukdom. I Basun, H., Skog, M., Wahlund, L-O. & Wijk, H. *Boken om demenssjukdomar*. Stockholm: Liber. s. 13-26.

Basun, H. (2013b). Lewykroppsdemens. I Basun, H., Skog, M., Wahlund, L-O. & Wijk, H. *Boken om demenssjukdomar*. Stockholm: Liber. s. 27-34.

BPSD. (2018). *Att arbeta med registret*. [Elektronisk]. Tillgänglig: <http://www.bpsd.se/arbete-med-registret/hur-arbetar-man-med-registret/> [2018-07-12].

Carlström, E. (2013). Vårdens organisation. I Basun, H., Skog, M., Wahlund, L-O. & Wijk, H. *Boken om demenssjukdomar*. Stockholm: Liber. s. 291-312.

Cummings, JL. (1994). *NPI. Neuropsychiatric inventory*. Svenskt Demenscentrum. [Elektronisk]. Tillgänglig: http://www.demenscentrum.se/globalassets/arbete_med_demens_pdf/skalor_instrument/npi-nh_svenska.pdf [2018-08-24]

Datinspektionen. (2018). *Dataskyddsförordningen (GDPR)*. Stockholm: Datinspektionen.

Ejilertsson, G. (2014). *Enkäten i praktiken- en handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur

Ericson-Lidman, E. & Strandberg, G. (2014). Learning to deal constructively with troubled conscience related to care providers' perceptions of deficient teamwork in residential care of older people- a participatory action research study. *Scandinavian Journal of Caring Studies*. 2015, (29), 215-224.

Figueiro, M., Plitnick, B., Lok, A., Jones, G., Higgins, P., Hornick, T. & Rea, M. (2014). Tailored lighting intervention improves measures of sleep, depression, and agitation in persons with Alzheimer's disease and related dementia living in long-term care facilities. *Clinical Interventions in Aging*, (9), 1527-1537.

Henricson, M. (2017). *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Karlstedt, M., Wadensten, B., Fagerberg, I. & Pöder, U. (2014). Is the competence of Swedish Registered Nurses working in municipal care of older people merely a question of age and postgraduate education. *Scandinavian Journal of Caring sciences*. 2015 (29), 307-316.

Kilander, L. (2013). Frontotemporal demens. I Basun, H., Skog, M., Wahlund, L-O. & Wijk, H. *Boken om demenssjukdomar*. Stockholm: Liber. s. 34-49.

Kristensson, J. (2017). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Falun: Natur & Kultur.

Kristensson, J. (2017). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Falun: Natur & Kultur.

Kristiansen, L., Hellzén, O. & Asplund, K. (2006). Swedish assistant nurses' experiences of job satisfaction when caring for persons suffering from dementia and behavioural disturbances. An interview study. *International journal of qualitative studies on health and Well-being*, 1 (4), 245, 245-256.

Lin, Y., Chu, H., Yang, C. Y., Chen, C. H., Chen, S.G., Chang, H.J., Hsieh, C. J. & Chou, K.R. (2011). Effectiveness of group music intervention against agitated behavior in elderly persons with dementia. *International journal of geriatric psychiatry*. 26, 670- 678.

McCabe, M.P., Bird M., Davison, T., Mellor, D., MacPherson, S., Hallford, D & Seedy, S. (2014). An RCT to evaluate the utility of a clinical protocol for staff in the management of behavioral and psychological symptoms of dementia in residential aged-care settings. *Aging and mental health*, 19 (9), 799-807

Nordgren, L. & Engström, G. (2014). Effects of dog-assisted intervention on behavioural and psychological symptoms of dementia. *Nursing older people*, 26 (3), 31-38.

Nygård, L. (2013). Vardagslivets aktiviteter, möjligheter och begränsningar. I Basun, H., Skog, M., Wahlund, L-O. & Wijk, H. *Boken om demenssjukdomar*. Stockholm: Liber. s. 56-68.

Oppert, L M., O'Keeffe, V J. & Duong, D. (2018). Knowledge, facilitators and barriers to practice of person-centred care in aged care workers: a qualitative study. *Geriatric Nursing*, 2018, 1-6.

Polit, D F. & Beck, C T. (2012). *Nursing Research- Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Wolters Kluwer & Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia., Baltimore., New York., London., Buenos Aires., Hong Kong., Sydney & Tokyo.

Prahl, C., Krook, C. & Fagerberg, I. (2015). Understanding the role of an educational model in developing knowledge of caring for older persons with dementia. *Nurse education practice*, 17 (2016), 97-101.

SFS 2001:453. *Socialtjänstlagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2003:460. *Lagen om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

Shah, A., Dalvi, M. & Thompson, T. (2005). Behavioural and psychological signs and symptoms of dementia across cultures: current status and the future. *International journal of geriatric psychiatry*, 2005 (20), 1187-1195.

Skog, M. (2013). Gemensam värdegrund och arbetssätt-etik och reflektion. I Basun, H., Skog, M., Wahlund, L-O. & Wijk, H. *Boken om demenssjukdomar*. Stockholm: Liber. s. 233-250.

Socialstyrelsen (2017). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom: Stöd för styrning och ledning*. [Elektronisk]. Tillgänglig: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20739/2017-12-2.pdf> [2018-09-04].

Svenskt Demenscentrum. (2013). *NPI- Neuropsychiatric Inventory*. [Elektronisk]. Tillgänglig: <http://www.demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/Verktyg/Skattningsskalor-instrument/NPI--Neuropsychiatric-Inventory/> [2018-08-26].

Swenurse (2008). *Kompetensbeskrivningen Legitimerad sjuksköterska med specialistjuksköterskeexamen distriktssköterska*. [Elektronisk]. Tillgänglig: <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/distriktskoterska.kompbeskr.webb.pdf> [2018-09-04].

The Northern Nurses Federation (2003). Ethical guidance for nursing research in the Nordic countries. *Vård i norden* 4. 2003 publ. (70) 23.

Wahlund, L-O. (2013a). Vaskulär demens. I Basun, H., Skog, M., Wahlund, L-O. & Wijk, H. *Boken om demenssjukdomar*. Stockholm: Liber. s. 50-55.

Wahlund, L-O. (2013b). Ovanliga demensformer. I Basun, H., Skog, M., Wahlund, L-O. & Wijk, H. *Boken om demenssjukdomar*. Stockholm: Liber. s. 56-68.

World Health Organisation [WHO] (2018). *Dementia*. [Elektronisk]. Tillgänglig: <http://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/dementia> [2018-10-09]

Bilaga 1

Fakulteten för hälsa, natur- och teknikvetenskap
Institutionen för hälsovetenskaper



Till Verksamhetschef Lindesbergs kommun

Härmed ansöks om tillstånd att genomföra enkätundersökning med sjuksköterskor, distriktssköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, undersköterskor, vårdbiträden verksamma hos er på särskilt boende för demens, som är tillsvidareanställda och i arbete under perioden enkätundersökningen sker. Detta som ett led i studien "Support in Behavioural and Psychological Symptoms with Dementia -BPSD-registration for caregivers in dementiacare". Studien är underlag för ett examensarbete på avancerad nivå i omvårdnad vid distriktssköterskeprogrammet Karlstads universitet.

Information angående studien:

Syftet med studien är att ta reda på personalens kunskap och ansedda värde av att använda BPSD-registreringar med skattning, icke-farmakologiska interventioner och uppföljning i arbetet med personer med BPSD.

Genom lämna ut enkäter till sjuksköterskor, distriktssköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, undersköterskor, vårdbiträden inom särskilt boende demens. I enkätundersökningen kommer vi att be deltagarna svara på påståenden om upplevelser och förutsättningarna att arbeta med BPSD-registreringar, interventioner och uppföljningar. Enkäten beräknas att ta cirka 10-15 minuter att besvara, den läggs sedan i en försluten låda på avdelning, denna låda inhämtas efter en vecka av författarna.

Allt material kommer att förvaras och hanteras enligt Dataskyddsförordningen (GDPR 2019/679) och kommer inte att vara tillgängligt för någon obehörig. Karlstads universitet är forskningshuvudman och personuppgiftsansvarig. Personuppgifter (kontaktuppgifter) raderas när examensarbetet är färdigt.

Studiens upplägg har granskats av examinator för kursen.

Om vi får tillstånd att lämna ut enkäter till sjuksköterskor, distriktssköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, undersköterskor och vårdbiträden i Lindesbergs kommun kommer vi att kontakta enhetschef på SÄBO och efterhöra när det är lämpligt att vi kommer ut och ger informerat samtycke samt lämnar enkäterna till vårdprofessionerna.

Bilaga 1

Om det är något du undrar över ytterligare, är du välkommen att kontakta oss.

Tillståndsblanketten kommer att inhämtas på kommunhusets reception av författarna. Vi kommer inom kort följa upp detta brev med ett telefonsamtal, utifall det skulle vara så att du har några synpunkter eller frågor att diskutera innan du ger ditt eventuella tillstånd. Har du några frågor- vänligen kontakta oss!

Med vänliga hälsningar:

Anne Li Adolfsson, Leg. Sjuksköterska Lindesbergs Kommun
Mejladress: anneliadolfsson82@hotmail.se

Malin Herke, Leg. Sjuksköterska Balderkliniken Vårdcentral Åmål
Mejladress: brolla_7@hotmail.com

Handledare:
Anna Enblom
Karlstads universitet

Bilaga 1

Fakulteten för hälsa, natur- och teknikvetenskap
Institutionen för hälsovetenskaper



Tillstånd att genomföra enkätstudie Support in Behavioural and Psychological Symptoms with Dementia- BPSD-registration for caregivers in dementiacare.

Härmed ges tillstånd till AnneLi Adolfsson och Malin Herke, studenter vid distriktssköterskeprogrammet, Karlstads universitet att genomföra enkätundersökning med sjuksköterskor, distriktssköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeut, undersköterskor, vårdbiträden inom demens verksamheten Lindesbergs kommun, i enlighet med information jag erhållit.

Studien genomförs av AnneLi Adolfsson och Malin Herke under handledning av Anna Enblom Karlstads universitet.

Ort _____ Datum _____

Namnteckning

Namnförtydligande, titel, telefonnummer, mailadress

Bilaga 2

Fakulteten för hälsa, natur- och teknikvetenskap
Institutionen för hälsovetenskaper



Forskningspersonsinformation i studien "Support in Behavioural and Psychological Symptoms with Dementia- BPSD-registration for caregivers in dementiacare", eller "Stöd vid Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens- BPSD-registrering för vårdprofession inom demensvården"

Du som arbetar på särskilt boende för demens får detta brev.

Vi är studenter på distriktssköterskeprogrammet vid Karlstads Universitet. Som en del av vårt examensarbete på avancerad nivå kommer en studie genomföras, om upplevelsen och förutsättningar att använda BPSD-skattning, åtgärder och uppföljning på särskilt boende med inriktning demens. Bakgrunden till studien är att det är vanligt med Beteendemässiga och Psykiska Symtomen vid Demenssjukdom hos dementa personer på demensboende. Det kan innebära att personen kan få symtom som bland annat vandringsbeteende, rastlöshet, gråt, sexuellt opassande beteende, apati, oro, sömnstörningar, ilska, ropbeteende, hallucinationer, ångest eller depression. Studien är intresserad av de BPSD som kan bedömas utifrån skalan Neuro Psychiatric Inventory (NPI) som används vid registrering i BPSD-registret. Vid användandet av NPI säger man att en BPSD-skattning görs. Genom BPSD-skattning i BPSD-registret får vårdprofession en tydligare bild av BPSD hos den demente samt om åtgärder som kan vara till hjälp för att minska symtomen. Studien undersöker upplevelser och förutsättningar för vårdprofession inom demensvården i Lindesbergs kommun att genomföra skattning, åtgärder och uppföljning.

Brevet innebär en förfrågan om du vill medverka i denna studie. Om du väljer att medverka kommer du att under perioden 180919- 180925 ha möjlighet att fylla i ett frågeformulär. Det kommer att ta 10-15 minuter att besvara enkäten.

Det är helt frivilligt att delta i studien och om du väljer att delta i studien kan du när som helst avbryta ditt deltagande utan att uppge varför fram tills att frågeformuläret är inlämnat. De uppgifter som samlas in är relaterade till studien och inga känsliga personuppgifter kommer att hanteras.

Du anger inte ditt namn eller några andra uppgifter på enkäten som gör att enkäten går att koppla ihop med din identitet eller det demensboende som just du arbetar på, enkätundersökningen är anonym.

All information behandlas konfidentiellt. I samband med databearbetning kommer inget

Bilaga 2

datamaterial kunna hänföras till vem som svarat. Resultatet kommer att redovisas på gruppnivå och ingen enskild person kommer att kunna identifieras.

Allt material kommer att förvaras och hanteras enligt Dataskyddsförordningen (GDPR 2019/679) och kommer inte att vara tillgängligt för någon obehörig. Karlstads universitet är forskningshuvudman och personuppgiftsansvarig.

Samtycke till deltagande i studien görs genom att du besvarar enkäten. Du som inte väljer att delta, ber vi dig om möjligt att besvara enkätens allra första sida med bakgrundsuppgifter. Dessa uppgifter redovisas enbart för att beskriva gruppen som svarat, till exempel gentemot de som inte svarat på enkäten. Önskar du inte lämna några uppgifter till oss alls ber vi dig ändå lämna in enkäten, utan svar. Du kan vid behov lättillgängligt nå oss för mer information om studien.

Kontakt:

AnneLi Adolfsson, leg.Sjuksköterska, distriktssköterskestuderande på Fakulteten för hälsa, natur- och teknikvetenskap, Institutionen för hälsovetenskaper, Omvårdnad, Karlstads universitet. anneliadolfsson82@hotmail.se Telnr: 070-3546146.

Malin Herke, leg.Sjuksköterska, distriktssköterskestuderande på Fakulteten för hälsa, natur- och teknikvetenskap, Institutionen för hälsovetenskaper, Omvårdnad, Karlstads universitet. brolla_7@hotmail.com Telnr: 073-9917470.

Handledare: Anna Enblom, Med. Dr., Universitetslektor, Fakulteten för hälsa, natur- och teknikvetenskap, Institutionen för hälsovetenskaper, Omvårdnad, Karlstads universitet, SE-651 88 Karlstad.

Med vänliga hälsningar

Anne Li och Malin

Bilaga 3

Frågeformulär

Kön: Man Kvinna

Ålder: _____

Yrkeskategori: Vårdbiträde Validerad undersköterska Undersköterska
Distriktssköterska Sjuksköterska Arbetsterapeut

Yrkesverksamma år inom demensvård: 0-5 5-10
10-20 20-30 30 eller fler

Bilaga 3

1 . Använder ni på avdelningen BPSD-skattning (under senaste året)?

1. JA

2. NEJ

Om nej, behöver du ej svara mera på denna enkät.

2. BPSD-skattning utförs i

1. Team

2 Ensam

3. Vårdbiträde och USK

(team=vårdbiträde, usk,
ssk, arbetsterapeut)

Bilaga 3

3. BPSD-skattning hjälper mig i arbetet med den demente

Instämmer Inte alls	Instämmer dåligt	Instämmer ganska dåligt	Instämmer ganska bra	Instämmer bra	Instämmer mycket bra
0	1	2	3	4	5

4. BPSD-skattning bidrar till god vårdkvalitet för den demente

Instämmer Inte alls	Instämmer dåligt	Instämmer ganska dåligt	Instämmer ganska bra	Instämmer bra	Instämmer mycket bra
0	1	2	3	4	5

5. BPSD-skattning är onödigt arbete

Instämmer Inte alls	Instämmer dåligt	Instämmer ganska dåligt	Instämmer ganska bra	Instämmer bra	Instämmer mycket bra
0	1	2	3	4	5

Bilaga 3

6. BPSD-skattningen är tidskrävande

Instämmer Inte alls	Instämmer dåligt	Instämmer ganska dåligt	Instämmer ganska bra	Instämmer bra	Instämmer mycket bra
0	1	2	3	4	5

7. Tid finns till BPSD- skattning

Instämmer Inte alls	Instämmer dåligt	Instämmer ganska dåligt	Instämmer ganska bra	Instämmer bra	Instämmer mycket bra
0	1	2	3	4	5

8. BPSD- åtgärder som satts in utförs sedan

Instämmer Inte alls	Instämmer dåligt	Instämmer ganska dåligt	Instämmer ganska bra	Instämmer bra	Instämmer mycket bra
0	1	2	3	4	5

Bilaga 3

9. Tid finns till att utföra insatta BPSD- åtgärder

Instämmer Inte alls	Instämmer dåligt	Instämmer ganska dåligt	Instämmer ganska bra	Instämmer bra	Instämmer mycket bra
0	1	2	3	4	5

10. Åtgärder som satts in och utförs minskar BPSD- symtom

Instämmer Inte alls	Instämmer dåligt	Instämmer ganska dåligt	Instämmer ganska bra	Instämmer bra	Instämmer mycket bra
0	1	2	3	4	5

11. Åtgärder som satts in är onödiga

Instämmer Inte alls	Instämmer dåligt	Instämmer ganska dåligt	Instämmer ganska bra	Instämmer bra	Instämmer mycket bra
0	1	2	3	4	5

Bilaga 3

12. Åtgärderna vid BPSD följs upp

Instämmer Inte alls	Instämmer dåligt	Instämmer ganska dåligt	Instämmer ganska bra	Instämmer bra	Instämmer mycket bra
0	1	2	3	4	5

13. Uppföljning av åtgärderna är viktiga

Instämmer Inte alls	Instämmer dåligt	Instämmer ganska dåligt	Instämmer ganska bra	Instämmer bra	Instämmer mycket bra
0	1	2	3	4	5

Tack för din värdeulla medverkan!!!

Malin och Anne Li leg. Sjuksköterskor och distriktssköterskestudenter vid Karlstads universitet.