



**DISTRIKTSKÖTERSORSSTRATEGIER FÖR ATT
MINSKA BETEENDEMÄSSIGA OCH PSYKISKA
SYMPTOM HOS ÄLDRE MED DEMENS INOM
KORTTIDSBOENDE**

**DISTRICT NURSES' STRATEGIES TO REDUCE
BEHAVIORAL AND PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS ON
THE ELDER WITH DEMENTIA IN SHORT TERM
ACCOMMODATION**

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad
Avancerad nivå
15 Högskolepoäng
Vårtermin 2017

Författare: Helena Kostander
Suzanne Malmberg

SAMMANFATTNING

Titel:	Distriktsköterskors strategier för att minska beteendemässiga och psykiska symtom hos äldre med demens inom korttidsboende
Författare:	Kostiander, Helena; Malmborg, Suzanne
Institution:	Institutionen för hälsa och lärande, Högskolan i Skövde
Program/kurs:	Examensarbete i omvårdnad, OM806A, 15hp
Handledare:	Svanström, Rune
Examinator:	Sahlsten, Monika
Sidor:	24
Nyckelord:	BPSD, Distriktsköterska och sjuksköterska, Korttidsboende, Personcentreradvård, Äldre människa.

Bakgrund: Vården av äldre med BPSD är både fordrande och tidsomfattande och ställer höga krav på sjuksköterskors kompetens i bemötande och i omvårdnad. Många äldre med BPSD har omfattande symtom som är svåra att komma tillrätta med av omvårdnadspersonal, sjuksköterskor och personens anhöriga. Genom att undersöka närmare på olika omvårdnadsåtgärder/strategier som distriktsköterskor och sjuksköterskor använder sig av i vården av personer med demens kan en uppfattning erhållas om vilka strategier och tillvägagångssätt det finns att tillgå och som kan ha betydelse för äldre med demens och vilka strategier, tillvägagångssätt det finns anledning att undersöka närmare. **Syfte:** Studiens syfte var att belysa distriktsköterskors strategier för att minska beteendemässiga och psykiska symtom hos äldre med demens inom korttidsboende. **Metod:** I denna studie användes en induktiv ansats där datamaterialet analyserades med kvalitativ innehålls analys. Åtta distriktsköterskor och sjuksköterskor inom korttidsboende intervjuades. **Resultat:** Ur analysen identifierades ett tema Strävan mot harmoni och välbefinnande hos personen med demens samt tre kategorier; Hjälpmiddel i omvårdnadsarbetet, Fokusera patienten som person, Involvera anhöriga som medaktör med sex underkategorier. **Konklusion:** Studien visar att personcentrerad vård där individuella omvårdnadsstrategier tillämpas i syfte att minska BPSD är ett grundläggande förhållningssätt i vården. Med hjälp av BPSD registret, NPI skattningsskala, anhörigas stöd, levnadsberättelse och där läkemedel inte är ett förstahandsval, kan individuella vård- och bemötandeplaner upprättas som har betydelse för äldre med BPSD.

ABSTRACT

Title: District nurses' strategies to reduce behavioral and psychological symptoms of dementia- BPSD on the elder in short term accommodation

Author: Kostiander, Helena; Malmborg, Suzanne

Department: School of Health and Education, University of Skövde

Course: Master Degree Project in Nursing, OM806A 15 ECTS

Supervisor: Svanström, Rune

Examiner: Sahlsten, Monika

Pages: 24

Keywords: BPSD, District nurses' and nurses, elderly person, person-centered care, Short term accommodation.

Care of the elderly with behavioral BPSD is many times a both demanding and time-extensive nursing work with high demands on nurses' skills in response and in treatment. Many older people with BPSD experiencing mentally illness as can be difficult to deal with by health care workers, nurses and the person's relatives. By examining various nursing strategies as district nurse's and nurses using in healthcare of people with dementia can an idea be obtained which strategies and approaches may be of importance to elderly with dementia and what strategies and approaches there is reason to investigate further. **Purpose:** The study's purpose was to highlight district nurses' strategies to reduce behavioral and psychological symptoms of dementia on the elder with dementia in short-term accommodation. **Method:** Qualitative content analysis with an inductive approach was used in the study. Eight district nurses and general nurses within short- time accommodation where interviewed. **Results:** From the analysis the theme Pursuit of harmony and Well-being of people with dementia was identified and three categories; Resources in nursing works, Focus the patient as a person, Involve relatives as co-workers with six subcategories. **Conclusion:** The study shows that person- centered care their individual inpatient care strategies are applied in order to reduce BPSD is a basic approach in care. Using BPSD, NPI estimation scale, relatives' support, life story and their drugs are not a first choice can induce care and treatment plans can be established that matter for elderly with BPSD.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Korttidsboende	1
Den äldre människans hälsa och åldrande	1
Demenssjukdom	2
BPSD.....	3
Läkemedel vid BPSD.....	3
Estetisk syn på omvårdnad	4
Personcentrerad vård	5
Distriktssköterskans funktion och ansvar	6
Problemformulering	6
Syfte	6
METOD	7
Urval.....	7
Datainsamling	8
Analys.....	9
Etiska överväganden.....	9
RESULTAT	11
Strävan mot harmoni och välbefinnande hos personen med demens	11
Hjälpmiddel i omvårdnadsarbetet	12
Använda NPI i omvårdnadsarbetet	12
Utesluta yttre faktorer som orsak till symptom.....	12
Fokusera patienten som person	13
Ta sig tid	13
Anpassa sig till den äldre.....	13
Involvera anhöriga som medaktör	14
Anhöriga som en resurs i vården.....	14
Tillvarata levnadsberättelsen	14
Resultatsammanfattning	15
DISKUSSION	16
Metoddiskussion.....	16
Resultatdiskussion	17
Konklusion	20
Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet.....	20
REFERENSER	21
BILAGOR	
1. Informationsbrev till verksamhetschefer	
2. Informationsbrev om intervjustudie till distriktssköterska/sjuksköterska	
3. Skriftligt samtycke till att genomföra intervju	

INLEDNING

Enligt Socialstyrelsen (2016) finns det idag cirka 160 000 personer med demenssjukdom i Sverige och siffran beräknas stiga i takt med att befolkningen blir allt äldre. I Sverige insjuknar årligen 24 000 personer i demenssjukdom (Socialstyrelsen, 2016). Detta innebär att personer med demenssjukdom är en patientgrupp som blir allt större inom hälso- och sjukvården. Som distriktsköterska/sjuksköterska är det därför viktigt att ha kunskap inom området för att kunna tillgodose den äldre en trygg och meningsfull tillvaro i samband med vistelsen inom korttidsboende. Enligt Socialstyrelsen (2016) bör omvårdnaden av personer med demenssjukdom grundas på ett personcentrerat förhållningsätt där vård och omsorg ska ges i en god psykosocial miljö där personen är i fokus (Socialstyrelsen, 2016). Personer med demens har i varierande omfattning beteendemässiga och psykiska symtom på demens och beror på skadans lokalisation samt i vilken fas i det progressiva sjukdomstillståndet personen befinner sig. Förutom patologiska förändringar i hjärnans struktur kan bristande kunskap hos vårdpersonal i bemötande och omhändertagande av den äldre med demens vara bidragande orsaker till psykiskt illabefinnande. Med adekvat bemötande kan distriktsköterskan vara ett stöd för den äldre med demens men för detta behövs kunskap om lämpliga strategier, vilket denna studie fokuserar.

BAKGRUND

Korttidsboende

Korttidsboende beskrivs (Socialstyrelsen, 2015) som en kommunal insats av tillfälliga vård- och omsorgsbehov för äldre personer (Socialstyrelsen, 2015). Sedan ädelreformen genomfördes år 1992 har det varit en biståndsbedömd insats som äldre personer med behov av vård och omsorg kan ansöka om via socialtjänsten. En korttidsplats kan definieras som en bäddplats utanför det egna boendet avsedd för tillfällig vård och omsorg dygnet runt. En korttidsplats kan även, förutom särskilt korttidsboende, utgöras av några få platser på en enhet inom ett permanent särskilt boende. Korttidsboendet ska ha resurser för att ge växelvård, rehabilitering samt avlastning för närstående. Enligt Socialtjänstlagen (SFS 2010:427) kap 5. 5 § ska Socialnämnden verka för att äldre människor får bra bostäder och ge dem som behöver det stöd och hjälp i hemmet och annan lätt åtkomlig service. Kommunen ska även inrätta särskilda boendeformer exempelvis korttidsboenden för service och omvårdnad för äldre människor som behöver särskilt stöd. Den äldre personen ska, så långt det är möjligt, kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service ska ges (Socialstyrelsen, 2015)

Den äldre människans hälsa och åldrande

Enligt Hylén Ranhoff (2010) räknas äldre personer till de med en ålder av 65 år och uppåt. Denna grupp av personer består av individuella individer och trots vetskap om att åldrandet kan se olika ut är det lätt att generaliseringar av äldre personer sker. Hälsa, sociala

förhållanden, livserfarenheter, känsloliv och intellektuell kapacitet kan skilja sig åt mellan olika individer (Hysten Ranhoff, 2010). Ernsth Bravell (2014) menar att åldrandet inte går att fastställa med all säkerhet. Det är allmänt accepterat att dela in gruppen yngre- äldre i ålderskategorin 60-65 år och uppåt och gruppen äldre 75-80 år och uppåt samt gruppen äldre- äldre i ålderskategorin 85 år och där över (Ernsth Bravell, 2014).

Dehlin och Rundgren (2014) förklarar det biologiska åldrandet med att det uppstår en molekylär oordning i de åldrande cellerna vilket gör dem mer sårbara för sjukdom. Många sjukdomar som exempelvis cancer, hjärt- och kärlsjukdomar och Alzheimers sjukdom är starkt kopplade till den åldrande människan. Det biologiska åldrandet innebär även en reducering av kroppsvävnader och av en progressiv försämring av fysiologiska funktioner i olika organsystem. Dessa förändringar kan påverka den äldre personens förmåga att upprätthålla en konstant inre miljö, homeostas, vid yttre förändringar i miljön (Rundgren & Dehlin, 2015). Enligt Hagberg och Dehlin (2002) får det biologiska åldrandet ofta konsekvenser för den äldres förmåga att fungera i sammanhang som tidigare inte varit problematiska. Det sociala åldrandet innebär i sin tur att vänner och bekanta i ens egen ålder dör eller att den egna hälsan sätter gränser för den sociala samvaron. Det sociala åldrandet påverkar den psykiska hälsan då det kan innebära en isolering från den värld personen tidigare varit en del av (Hagberg & Dehlin, 2002).

Lundman, Norberg, Santamäki och Alex (2012) menar att den äldres balans mellan krav och förmågor har betydelse för hur åldrandet upplevs. För den äldre människan är det viktigt att kunna stärka sina inre resurser samtidigt som förluster i sin tur behöver kompenseras (Lundman et al., 2012). Travelbee (1971) beskriver omvårdnaden som en mellanmänsklig process där sjuksköterskan hjälper en familj, individ eller samhälle att bemästra eller förebygga lidande och sjukdom samt vid behov finna mening i detta (Travelbee, 1971). Det psykologiska åldrandet handlar om hur den äldre lär sig hantera de fysiska och psykiska förändringarna åldrandet medför samt personens förmåga att anpassa sig när minnet och den intellektuella förmågan sviktar (Hagberg & Dehlin, 2002).

Demenssjukdom

Med åldern ökar risken för att insjukna i olika slags sjukdomar och demens är en vanligt förekommande kognitiv funktionsnedsättning till följd av sjukdom i hjärnan. (Socialstyrelsen, 2016) Enligt Hayajneh och Shehadeh (2014) är demens en av många orsaker till kognitiv svikt vilket innebär att förmågan att tänka, lära sig ny kunskap och bearbeta information blir nedsatt (Hayajneh & Shehadeh, 2014). Det finns många olika demenssjukdomar. De tre vanligaste demenssjukdomarna är enligt Svensk Demenscentrum (2016) Alzheimers sjukdom som utgör cirka 60 % av samtliga fall följt av vaskulär demens cirka 20-30 % och Lewy body demens cirka 10-15 %. Enligt DSM- IV kriterier för demens ska kognitiv svikt infinna sig i form av nedsatt minnesfunktion, förmåga till inläring samt försämrade förmåga att minnas det som tidigare lärts in. Dessutom ska minst en av följande störningar finnas; afasi, apraxi, agnosi eller störning i de exekutiva funktionerna (Svensk Demenscentrum, 2016). Solomon, Kivipelto och Winblad (2012) menar att demenssjukdom kan leda till att personer med demens får allt svårare att tolka och förstå sin omgivning och de blir allt mer beroende av andra människor (Solomon, Kivipelto & Winblad, 2012).

BPSD

BPSD är en förkortning för beteendemässiga och psykiska symtom på demens. BPSD-registret inrättades i oktober 2010 i syfte att minska omfattningen och allvarlighetsgraden av BPSD och för att minska lidande och öka livskvaliteten hos personer med demens. BPSD-registret förordar ett personcentrerat förhållningssätt där hänsyn tas till individuella aspekter i omvårdnaden. Registret stöds av Sveriges kommuner och Landsting, från november 2010 (BPSD register, 2017b). BPSD-registret (2017b) som stöd kan bidra till att ge en god struktur i vården genom upprättande av individuella omvårdnadsstrategier med tydliga mål. Registret kan även bidra till kvalitetssäkring av vården genom ständiga uppföljningar av vårdplan vilket kan resultera i att personer med demens kan få ökad livskvalitet (BPSD register, 2017b).

Med hjälp av BPSD- registret kan distriktsköterskan finna olika förslag på orsaker till beteendemässiga och psykiska symtom hos personer med demens samt ge exempel på olika omvårdnadsåtgärder eller strategier för att minska BPSD. Bedömningen av BPSD:s omfattning och allvarlighetsgrad görs med hjälp av en skattningsskala, Neuro Psychiatric Inventory, NPI. Ju högre skattning desto omfattande BPSD. Efter att en skattning är gjord upprättas en vårdplan/bemötandeplan vilket innefattar olika individuella omvårdnadsåtgärder/strategier i syfte att eliminera eller mildra omfattningen av BPSD och öka livskvalitén hos dessa personer. I BPSD- registret (2016b) finns även en webbaserad utbildning i olika omvårdnadsstrategier i syfte att minska BPSD där förslag på olika strategier kan bidra till att eliminera eller mildra beteendemässiga och psykiska symtom hos personer med demens. Några strategier som presenteras och som kan ha betydelse för personer med BPSD är musik, sång, utevistelse och fysisk aktivitet (BPSD register, 2016b).

Enligt BPSD- register (2016a) infinner sig beteendemässiga och psykiska symtom på demens någon gång hos cirka 90 % av alla som insjuknat i demenssjukdom. Sömnstörningar, oro, aggression, hallucinationer, apati, ångest och nedstämdhet är vanliga beteendemässiga och psykiska symtom på demens (BPSD register, 2016a). Marcusson, Blennow, Skoog och Wallin (2011) menar att psykiska symtom är vanligt förekommande vid Alzheimers sjukdom och Lewy body demens, varav depressiva symtom är de mest framträdande och kan finnas med under hela sjukdomsförloppet. Andra symtom som hallucinationer och vanföreställningar uppstår som regel i ett senare skede av sjukdomen (Marcusson et al., 2011). Personer med psykiska symtom på demens som oroligt vandrande, gråt, skrik och aggression har sämre prognos som ökad sjuklighet och död (Kales, Gitlin & Lyketsos, 2014). Dessa personer får ett mera omfattande behov av sjukvård och förflyttas till vårdhem i ett betydligt tidigare skede än personer utan dessa symtom (Kales, Gitlin & Lyketsos, 2014). Det är viktigt att vården av personer med demens är individuellt anpassad för att eliminera eller mildra beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD register, 2016a).

Läkemedel vid BPSD

Enligt BPSD - register (2017a) har läkemedelsförskrivningen ökat med cirka 70 % sedan år 2009 framför allt på särskilda boenden hos personer 75 år och uppåt. I genomsnitt har dessa personer 8-10 olika läkemedel per person (BPSD register, 2017a). Enligt läkemedelsverket (2017) och BPSD register (2017a) får äldre personer lättare biverkningar av läkemedel

därför rekommenderas inte läkemedel som förstahandsval till personer med demens. Det primära är först och främst att finna orsaken till de beteendemässiga och psykiska symtom och göra en grundlig somatisk undersökning för att utesluta fysiologisk orsak till beteendet. Detta för att finna lämpliga strategier i bemötandet av dessa personer och en anpassning av den omgivande miljön (Läkemedelsverket, 2017; BPSD register, 2017a).

Det finns många olika undergrupper av läkemedel som används i behandlingen av BPSD med det finns för få studier om dom för att kunna ta ställning om dess effekter (Läkemedelsverket, 2017). Antipsykosläkemedel har en liten effekt på symtom som vanföreställningar, hallucinationer och aggressivitet. Andra generationens antipsykotiska läkemedel har en ökad risk för att påverka de kognitiva funktionerna samt att insjukna i cerebrovaskulära sjukdomar och ökad risk för mortalitet. Läkemedlet har även dosberoende biverkningar i form av motorisk påverkan som kan orsaka fallolyckor. Användning av anxiolytika som exempelvis kortvarigt verkande bensodiazepiner kan användas vid omfattande oros och ångestillstånd. Dock är biverkningar vid denna typ av läkemedel ganska omfattande så som påverkan på de kognitiva funktionerna och aggressivitet. Läkemedlet rekommenderas inte som nyinsättning på grund av dess vanebildande effekt med omfattande utsättningssymtom som oro och ångest som följd. Antidepressiva läkemedel (SSRI preparat) rekommenderas som förstahandsval vid depressiva symtom som oro, irritabilitet och aggressivitet (Läkemedelsverket, 2017).

Estetisk syn på omvårdnad

Enligt Wikström (2003) ska omvårdnaden formas utifrån patientens behov och dels på människans helhetssyn vilket är vårdens estetiska verksamhetsmål. En estetisk syn på omvårdnad kan exempelvis omfatta en förändring av livsmiljön som gör att individens hälsa befrämjas (Wikström, 2003). Personens förmåga att varsebli och förstå miljön denne befinner sig i (Edvardsson & Sandman, 2014) försämras i ett senare skede av sin demens. Därför är det viktigt att den omgivande miljön formas på ett sådant sätt att personen med demens upplever den som trygg och som personen känner igen. Många boendevarianter signalerar institution, sjukhus och sjukhusvård och personer med demens känner sig inte sjuka på ett sätt som föranleder inläggning på en sådan inrättning. Personen med demens försöker som alla andra tolka den miljö de befinner sig i för att bilda sig en uppfattning om hur de ska bete sig. En miljö som ger ett tydligt uttryck av sammanhang kan hjälpa personen till ett mera adekvat beteende (Edvardsson & Sandman, 2014). Wijk (2014) menar att kan vardagen kan underlättas genom en personcentrerad miljö där patienten får stöd i att använda sig av olika strategier och ledtrådar för att minska desorientering och för att underlätta det vardagliga livet. Med hjälp av exempelvis livsberättelsen kan personen delge viktiga värderingar och delar av sitt liv som kan ha betydelse i sammanhanget och för den personcentrerade miljön (Wijk, 2014).

I studier framhålls musikens, sångens och dansens betydelse i vården av personer med demens. Genom att tillvarata den äldres intresse för exempelvis musik, sång och dans kan det öppna upp för situationer där den äldre ges möjlighet att uppleva lugn och harmoni. Enligt Ueda, Suzukamo, Sato och Izumi (2013) kan musikinterventioner minska depression och oro hos personer med demenssjukdom. Att lyssna på musik visar på god effekt på beteendemässiga symtom, depression och oro. Jämfört med andra icke medicinska ingripanden har sång, musik och rytmisk rörelse ångestlindrande effekt hos personer med

demens. Även om den medicinska terapin har större effekt på beteendemässiga och psykiska symtom på demens så rekommenderas i första hand användningen av musik i syfte att lindra dessa symtom framför farmakologiska interventioner med ogynnsamma effekter (Ueda et al., 2013).

Enligt Sung, Chang och Lee (2010) har musikterapi en god symtomlindrande och avslappnande effekt på oro, rädsla och rastlöshet hos personer med demens. Vårdarna kan i olika sammanhang få den äldre att sjunga med genom att välja den äldres favoritmusik (Sung et al., 2010). Enligt Chi och Young (2011) kan musikinterventioner om 20-30 minuter i veckan eller mer mildra ett agiterat beteende hos personer med demens (Chi & Young, 2011) Musiken behöver inte alltid vara stillsam och lugn för att det ska ha effekt hos personer med demens. Gregory (2002) framhåller att bekant musik med högt tempo som kan få den äldre att vilja röra sig i takt visar sig ha en positiv effekt på oro och aggressivitet hos personer med demens. Musik som personen känner igen kan också stärka positiva minnen från förr (Gregory, 2002).

Personcentrerad vård

Socialstyrelsens (2016) nationella riktlinjer beskriver att en personcentrerad vård och omsorg ska följas av ett förhållningssätt där omvårdnaden och vårdmiljön är individanpassad och där förståelse för att olika problem som exempelvis beteendemässiga och psykiska symtom kan uppstå (Socialstyrelsen, 2016). Enligt Slater (2006) är personcentrerad vård ett begrepp som beskriver en god vård som vilar på en humanistisk grund och ett holistiskt synsätt. Detta innebär att bekräfta personens livsvärld och respektera det individuella hos personen, stödja dennes styrkor och behov samt ge förutsättningar för ett eget beslutstagande i frågor rörande hälso- och sjukvård (Slater, 2006). Skog (2013) menar att personen ska vara i fokus och inte demenssjukdomen det vill säga att utgå från den äldre med demens, dennes uppfattning av verkligheten och upplevelsen av den. Vårdmiljön och omvårdnaden anpassas efter personen och genom ett personcentrerat förhållningssätt uppnås en större förståelse för personens demensbeteende och psykiska symtom (Skog, 2013). Den personcentrerade vården syftar till att främja andliga, existentiella, psykiska och sociala behov hos en person och utgår från individuella förutsättningar och behov (Svensk sjuksköterske-förening, 2010). Skovdahl och Kihlgren (2012) påpekar att trots att de kognitiva förmågorna försämras måste patienten få bevara sin identitet och mötas med respekt (Skovdahl & Kihlgren, 2012).

Att stärka personens upplevelse av att vara en fullvärdig människa är ett viktigt förhållningssätt i den personcentrerade vården samt att uppmuntra denne till att delta och medverka i olika beslut (Edvardsson, 2010). En personcentrerad vård fodrar att vårdpersonalen har god kännedom i personens intressen och behov för att åstadkomma det lilla extra och för att höja välbefinnandet i tillvaron. Det anses vara ett medmänskligt och humanistiskt sätt att utföra omvårdnad (Edvardsson, 2010). Varje människa är unik (Travelbee, 1971) och oersättlig vilket innebär att vid sjukdom har varje människa trots sin diagnos sin egen upplevelse av sin sjukdom, förlust och lidande (Travelbee, 1971).

Distriktssköterskans funktion och ansvar

Distriktssköterskan har behörighet att arbeta i kommuner, privata verksamheter och landsting (Distriktssköterskeföreningen, 2008). Distriktssköterskans arbete ska präglas av etiskt och holistiskt förhållningssätt och baseras på evidensbaserad kunskap samt beprövad erfarenhet. Distriktssköterskan styrs av lagar, förordningar, föreskrifter och riktlinjer i sitt arbete. Ett etiskt förhållningssätt innefattar att visa respekt för det unika hos patienten, självbestämmande och integritet i olika miljöer och situationer. Ett holistiskt förhållningssätt innefattar individen, närmiljö och samhälle där ekonomiska och politiska faktorer ingår. Ett personcentrerat arbetssätt används för att kunna jobba med hälsofrämjande åtgärder samt för att stödja och stärka individen, familjen och gruppen. Distriktssköterskan ska besitta mod, visa trygghet och ha god självuppfattning och självkänsla. Dessa egenskaper har en betydande roll för hur vården ska kunna individanpassas till individ och vårdens resurser. Distriktssköterskan behöver vara lyhörd för samhällsförändringar, ha beredskap för livslångt lärande samt förmåga att söka kunskap och använda sig av evidensbaserad kunskap (Distriktssköterskeföreningen, 2008).

Problemformulering

Många äldre med demens har förlorat stora delar av sin kognitiva förmåga så som minne, inläring, koncentrationsförmåga, tids- och rumsuppfattning samt har i varierande omfattning psykiska och beteendemässiga symtom. Dessa aspekter kan bidra till psykiskt illabefinnande och förlust av mening och sammanhang hos den äldre med demens. Genom att titta närmare på vilka individuella strategier det finns att tillgå vid BPSD och som kan ha betydelse för den äldres välbefinnande kan det bidra till att ge en djupare förståelse för den äldre med demens som en unik person. Användande av läkemedel är ofta ett förstahands val i syfte att snabbt lugna en orolig person vilket inte alltid är det optimala därför att läkemedelsbiverkningar är betydligt vanligare bland äldre personer och kan leda till fysiska försämringar inom många områden. Distriktssköterskan behöver göra en korrekt bedömning av den äldres individuella omvårdnadsbehov och använda adekvata strategier och en personcentrerad vård i syfte att minska BPSD.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskors strategier för att minska BPSD hos äldre med demens inom korttidsvård.

METOD

I studien användes en induktiv ansats där datamaterialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys beskriven av Lundman och Graneheim (2012). Enligt Lundman och Graneheim (2012) är en kvalitativ vetenskapssyn lämplig i studier inom humanvetenskapen där forskarna vill få svar på deltagarnas upplevelser av ett specifikt fenomen eller erfarenhet. Denna typ av forskning går på djupet av människans upplevelser. En induktiv ansats innebär att datamaterialet bearbetas och analyseras förutsättningslöst. Fokus vid kvalitativ innehållsanalys är skillnader och likheter som framkommer i texten. Kvalitativ innehållsanalys kännetecknas av ett manifest och ett latent innehåll. Ett manifest innehåll beskriver innehållet i en text. Ett latent innehåll fokuserar på det som sägs mellan raderna (Lundman & Graneheim, 2012). Studien har sitt fokus på den latent nivå.

Urval

I studien användes ett bekvämlighetsurval. Enligt Polit och Beck (2016) är bekvämlighetsurval bra då deltagare till en studie rekryteras från en specifik organisation där forskaren kan finna deltagare som bäst kan matcha studiens syfte (Polit & Beck, 2016). Inklusionskriterier var: distriktssköterskor/sjuksköterskor, tjänstgöringsgrad minst 75 %, minst sex månaders erfarenhet av att arbeta med äldre som har demens på korttidsboende. Distriktssköterskor/sjuksköterskor som var timanställda, vikarier, sjuksköterskor med enbart nattjänst samt distriktssköterskestudenter/sjuksköterskestudenter exkluderades ur studien.

För att få uppfattning om forskningsfältet tog författarna först kontakt med tio distriktssköterskor och sjuksköterskor på åtta olika korttidsboenden. En deltagare exkluderades från studien på grund av missförstånd gällande en av inklusionskriterierna. Deltagaren saknade minst ett års arbetslivserfarenhet inom korttidsboende. Ytterligare en sjuksköterska valde att inte medverka i studien på grund av tidsbrist. Därefter kontaktades verksamhetscheferna för godkännande för att få tillträde till forskningsfältet (Bilaga 1). Tre distriktssköterskor och fem sjuksköterskor valde att medverka i studien. Information om studiens syfte, tillvägagångssätt och om att deltagande av studien är frivilligt tillhanda gavs muntligt via telefonsamtal och mail till samtliga deltagare (Bilaga 2). Ett skriftligt samtyckeblankett för deltagande skickades via mail (Bilaga 3). Studiens deltagare var alla kvinnor i olika åldrar och med varierande grad av erfarenhet av att arbeta inom korttidsboende (tabell 1).

Tabell 1. Presentation av deltagarna i studien

Deltagare	1	2	3	4	5	6	7	8
Ålder	28	31	40	46	55	57	58	60
År som sjuksköterska	2	6	13	20	4	17	28	14
År som distriktsköterska				3	14			9
Antal år på korttidsboende	1	6	2	11	5	11	11	10
Tjänstgöringsgrad	100%	90%	80%	100%	100%	86%	100%	100%

Datainsamling

I Studien användes kvalitativ forskningsintervju som datainsamlingsmetod. Enligt Kvale och Brinkman (2014) belyser och fångar, en kvalitativ intervju, upp en stor del av informanternas erfarenheter och föreställningar kring ett specifikt område, vilket ger en mer allsidig och varierande bild av forskningsområdet (Kvale & Brinkmann, 2014). Intervjuerna genomfördes i Skaraborgs, Jönköpings och Kronobergs län under februari månad 2017. Tid och plats valdes av respektive deltagare. Totalt nio intervjuer genomfördes var av en exkluderades ur studien då deltagaren inte uppfyllde inklusionskriterierna. Innan intervjun startade informerades om studiens syfte, att deltagande var frivilligt och att det när som helst under intervjun gick att avbryta utan motivering samt tillvägagångssätt. Skriftligt samtycke till deltagande inhämtades innan påbörjad intervju. Bakgrundsfakta inhämtades så som ålder, legitimationsår, specialistkompetens, tjänstgöringsgrad, antal år inom korttidsboende. (Tabell 1).

För varje intervjutillfälle avsattes en timma men intervjuerna pågick mellan 15-45 minuter. Den kvalitativa intervjun utgick ifrån fyra i förväg fastställda frågor och beroende på vad informanterna gav för svar ställdes följdfrågor för att vägleda informanterna tillbaka till syftet. Intervjuerna genomfördes med varje deltagare var för sig och spelades in med mobiltelefon. Intervjuerna transkriberades ordagrant av den som genomförde intervjun. Kvale och Brinkman (2014) menar att transkribering i kombination med upprepad avlyssning bidrar till en tillbakablick till intervjusituationen och ger en bättre grund för vidare bearbetning i analysprocessen (Kvale & Brinkmann, 2014).

Analys

Datamaterialet analyserades med en kvalitativ innehållsanalys utifrån en modell beskriven av Graneheim och Lundman (2012). Texten lästes igenom flera gånger, både gemensamt och enskilt för att få en helhetsbild av innehållet. Därefter identifierades meningar eller fraser som var relevanta till studiens syfte så kallade meningsbärande enheter. Dessa kondenserades, abstraherades och namngavs med en kod. Koder bildades för att kortfattat beskriva innehållet i enheterna. En meningsenhet beskrivs, enligt Lundman och Graneheim (2012) som en meningsbärande del av en text som håller samman med sitt innehåll och kontext (Lundman & Graneheim, 2012). Koderna grupperades och jämfördes med varandra för att finna likheter och skillnader och grupperades under preliminära underkategorier. Utifrån underkategorierna skapades sedan huvudkategorier. I texten framkom ett manifest och ett latent budskap. Det manifesta innehållet tolkade det textnära på en beskrivande nivå i form av kategorier därefter bearbetades materialet till en latent nivå. Det latent innehåll fångades upp ur textens underliggande budskap, det som framkom mellan raderna och uttrycktes på en tolkande nivå i form av ett tema som avspeglade det underliggande budskapet, det latent innehåll i kategorierna. Ett exempel på analysprocess (tabell 2).

Tabell 2. Ett exempel på analysprocess

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Att kunna se och känna in vad det är som just nu är jobbigt för den äldre.	Att kunna känna in vad som är jobbigt	Empatisk förmåga	Bekräfta patienten	Fokusera patienten som person

Etiska överväganden

Enligt Medicinska forskningsrådet (2003) börjar alltid en god forskningsetik hos forskaren själv. Att ha en hög etisk medvetenhet är därför viktigt hos den som ska ta sig an en forskningsuppgift (Medicinska forskningsrådet, 2003). Vetenskapsrådet (2007) anger att de etiska reglerna utgår bland annat från internationella konventioner som slår fast vilka principer som ska gälla för etiken (Vetenskapsrådet, 2007). Information om studiens syfte och upplägg gavs till deltagarna både muntligt och via mail. Information om att deltagandet var frivilligt gavs och genom att deltagarna när som helst kunde dra sig ur studien utan närmare förklaring. Kontaktuppgifter till ansvariga för studien bifogades så att deltagarna för studien hade möjlighet att kontakta berörda personer vid ytterligare frågor angående studien. Ett informerat samtycke till studien inhämtades därefter från samtliga deltagare.

Kvale och Brinkmann (2014) hävdar att det finns krav på konfidentialitet för deltagare i studier. Med konfidentialitet i forskning menas att privata uppgifter som kan identifiera deltagarna i undersökningen kommer att hållas på ett sådant sätt att de inte kommer att avslöjas (Kvale & Brinkmann, 2014). Intervjuerna avidentifierades och inga citat i texten kan spåras till berörda deltagare. Datamaterialet förvarades utom räckhåll för obehöriga. De skriftliga medgivande som inhämtades inför studien kasseras när studien är avslutad. Datamaterial som framkom ur studien användes enbart i denna studie vilket gör att nyttjandekravet är uppfyllt. Då studien följde ramen inom högskoleutbildning på avancerad nivå, krävdes ingen etikprövning enligt Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460).

RESULTAT

Ur analysen av datamaterialet framkom ett tema, tre kategorier och sex underkategorier, vilka presenteras i tabell 3.

Tabell 3. Översikt av tema, kategorier och underkategorier baserat på distriktsköterskors utsagor.

Tema	Kategori	Underkategori
Strävan mot harmoni och välbefinnande hos personen med demens	Hjälpmedel i omvårdnadsarbetet	Använda NPI i omvårdnadsarbetet Utesluta yttre faktorer som orsak till symptom
	Fokusera patienten som person	Ta sig tid Anpassa sig till den äldre
	Involvera anhöriga som medaktör	Använda anhöriga som resurs i vården Tillvarata levnadsberättelsen

Strävan mot harmoni och välbefinnande hos personen med demens

Deltagarna beskriver vården av personer med demens som en stor utmaning. Upplevelsen är att det ställer höga krav på deras kompetens i omvårdnadsarbete. Kommunikation är en viktig aspekt när den äldre med demens förlorat sin förmåga att tolka och förstå. Genom att tillämpa ett personcentrerat förhållningssätt i vården kan den äldres intressen tillvaratas som har betydelse i vården av äldre med demens. Att använda individuella strategier som med hjälp av BPSD registret kan ge en kvalitetsförbättring i vården och en djupare förståelse för den äldres symptom. Den äldres anhöriga och levnadsberättelse beskrivs som en viktig del i omvårdnaden där deltagarna kan inhämta information i syfte att hitta strategier för att hjälpa den äldre och dennes livssituation. Läkemedel är ett viktigt inslag i det akuta skedet för att bryta ett negativt beteende och för att lindra BPSD.

Hjälpmedel i omvårdnadsarbetet

Hjälpmedel i omvårdnadsarbetet handlar om BPSD-registret som tillhandahåller NPI-skattningsskala som ett viktigt stöd i vården av äldre med demens.

Använda NPI i omvårdnadsarbetet

Användande av NPI-skattningsskala i syfte att bedöma svårighetsgraden av personens beteendemässiga och psykiska symtom är ett stöd i vården av äldre med demens. Deltagarna använder sig av skattningsinstrumentet, NPI, i syfte att bedöma hur ofta BPSD förekommer samt på vilket sätt det påverkar den äldre. Vid upprättande av individuella vårdplaner är NPI ett betydelsefullt hjälpmedel. NPI är en statisk skattningsskala som kan vara till hjälp genom att kontinuerligt utvärdera och vid behov upprätta nya omvårdnadsstrategier. Genom användningen av NPI kan individanpassade strategier användas. En deltagare använde sig av NPI-skattning då den äldre under en tid haft oro och vandringsbeteende. Personen stod på fem olika läkemedel och det togs beslut om att sätta ut läkemedel succesivt och under tiden utvärdera förändringar. Det ledde till att patienten fick ett ökat välbefinnande och kändes lugnare. Deltagarna som använder sig av skattningsskalan upplever den som ett bra hjälpmedel i omvårdnadsarbetet.

"Med skattningsskala får vi ju en förståelse för hur svår personens demens är och ju högre poäng desto svårare BPSD. När det finns i registret är det ju bra då kan man ju hitta olika sätt för att minska symtomen, vilket vi inte har kunnat göra innan på samma sätt".

Utesluta yttre faktorer som orsak till symtom

BPSD-registret upplevdes av deltagarna som en kvalitetsförbättring i omvårdnadsarbetet och med hjälp av registret erhålls en större förståelse för den äldres symtom. Deltagarna upplever BPSD som vanligt förekommande hos äldre personer med demens och det kan uttryckas på olika sätt som oro, aggressivitet, gråtmildhet, plockighet, hallucinationer, apati, och vandrande. Symtomen kan påverkas av yttre faktorer som exempelvis miljö, personal, dygnsrytm även fysiska sjukdomar, som exempelvis infektioner kan ge uttryck i olika psykiska symtom. Samtliga deltagare lyfter fram den äldres upplevelse och livskvalitet som en betydelsefull aspekt. En deltagare beskriver att miljön spelar stor roll för den äldres upplevelse av harmoni. Vita kala väggar och stark belysning ledde till oro och skrikbeteende hos en äldre som precis kommit till korttidsboende. För att utesluta fysisk åkomma eller sjukdom som orsak till beteendet gjordes en grundlig hälsokontroll. Genom tillämpning av olika strategier i den nära miljön som att ställa fram fotografier och föremål som den äldre känner igen fick den äldre att bli mer lugn och harmonisk.

"Först och främst så ska man utesluta kroppsliga symptom. Om dom har ont någonstans...att dom inte har nån urinvägsinfektion eller förstoppning. Sedan måste de basala behoven, som att dom äter och sover tillgodoses."

Fokusera patienten som person

Att fokusera patienten som person och att anpassa sig till den äldre är att visa respekt för personen. Att vara lyhörd och att ta sig tid är viktiga faktorer i mötet med personen med demens. Det handlar även om att hitta strategier som har betydelse för den äldre i syfte att öka välbefinnande.

Ta sig tid

Att ta sig tid uppfattas av deltagarna som en grundläggande och viktig aspekt i vården av äldre med demens. Genom att ta sig tid knyts viktiga band mellan vårdare och den äldre vilket har betydelse vid BPSD. Att fokusera patienten som person och att anpassa sig till den äldre är att visa respekt för personen, vara lyhörd och att bemöta personen där denne befinner sig. Det handlar även om att hitta strategier som har betydelse för den äldre i syfte att öka välbefinnande. Trots att läkemedel inte är ett förstahandsval behöver ibland läkemedel sättas in för att bryta ett negativt beteende, anser deltagarna. När den äldre förlorat sin förmåga att tolka och förstå är kroppsspråk, beröring och tonläge viktiga aspekter för personen att bilda sig en uppfattning om en situation. Beröring kan av den äldre tolkas på olika sätt och det är viktigt att beröring sker på ett sätt som känns bra för den äldre.

Anpassa sig till den äldre

Att anpassa sig till den äldre handlar om att visa respekt, vara lyhörd och att bemöta patienten där denne befinner sig. Samt att hitta strategier som har betydelse för den äldres upplevelse av välbefinnande. En deltagare nämner att musik som den äldre gillar kan bidra till ett lugnare beteende och att anpassa den omgivande miljön.

"Att försiktigt i lugn ton inte klampa in och säga god morgon högljutt. Det fungerar i stort sett alltid. Tända lampan och låta den äldre få vakna till i sin takt. Under tiden går jag in till nästa rum och kommer åter efter en stund. Då brukar det fungera bra med påklädning och bäddning".

"En äldre man som låg under sin säng och jag försökte prata med honom. Han vägrade att komma fram. Men efter en stund kröp han ut själv och pratade med sig själv om att han fixat och grejat med däck. När jag tänkte efter kom jag ihåg att jag läst om att den äldre hade arbetat som bilmekaniker. Det är sådana här saker man inte alltid tänker på och som kan försvåra omvårdnadsarbetet. Jag frågade om han var nöjd med sitt jobb och då log han. Han sa att han frös och då gav jag honom en filt".

En deltagare nämner aspekter som kroppsspråk, beröring och tonfall på rösten som betydelsefulla i syfte att minska BPSD. På vilket sätt och i vilket sammanhang en person berörs har stor betydelse. Ett handfast grepp eller en mild smekning kan tolkas på olika sätt.

Involvera anhöriga som medaktör

Att involvera anhöriga som medaktör handlar om äkta engagemang men också om att få värdefull information om den äldre tidigare liv och intressen som kan ha betydelse i vården.

Anhöriga som en resurs i vården

Anhöriga har en viktig roll i att lindra BPSD hos den äldre genom deras engagemang men även genom att de kan bistå med viktig information om den äldre. En deltagare berättar om en äldre som vägrade dricka sitt kaffe som serverades i mugg. Vid samtal med anhöriga togs problemet upp. Då framkom att den äldre innan sitt insjuknande drack sitt kaffe på fat. Senare vid fiket testades detta och då sken personen upp med hela sitt ansikte. Det innebär att den äldre i fortsättningen kunde njuta av sitt kaffe.

En bekant röst, ett telefonsamtal från en anhörig kan räcka för att stilla ett oroligt beteende. En strategi som många av deltagarna använder vid exempelvis oroligt vandrande och när den äldre söker efter en familjemedlem. Deltagaren berättar att ett samtal med anhöriga kan ha en lugnande effekt när de får höra en röst de känner igen.

"Ibland har maken eller dottern sagt att han gärna får ringa till mig om det blir väldigt oroligt. Det kan ibland lugna när de bara får höra rösten för ibland kan dom tro att personen inte lever längre och det kan vara otäcka saker dom får för sig".

En deltagare nämner att de använder sig av fotografier på anhöriga eller situationer de varit med om. Detta kan väcka igenkännande och minnen och få den äldre att fokusera på annat vid oro.

Tillvarata levnadsberättelsen

Deltagarna anser att levnadsberättelsen är ett viktigt hjälpmedel när individanpassade strategier ska tas fram. När den äldre själv inte längre har förmåga att komma ihåg, förstå och kommunicera är levnadsberättelsen ett viktigt verktyg för att tillvarata den äldre livshistoria, intressen och för att hitta individanpassade strategier i syfte att lindra BPSD. Deltagarna nämner exempelvis dans, musik, sång och boule som några intressen och strategier som används med god effekt för att lindra BPSD.

"Det gäller att försöka locka fram det dom tyckt är roligt innan vårdtagaren blev sjuk. Häromdagen dansade en av personalen med en av boendena. Det uppskattades då det visat sig att hon tidigare gått på buggkurserna"

"Jag har haft en äldre som slutade prata och tappade sitt modersmål. Hon kom från ett annat land än Sverige. En dag spelades en sång på radion just på hennes språk. Då började hon prata. Hon kunde inte heller känna igen sina barn. Då var ett fotoalbum med bilder från förr till god hjälp".

Deltagarna tycker det är viktigt att få kunskap om vad den äldre har arbetat med tidigare i sitt yrkesverksamma liv för att kunna skapa situationer som kan efterlikna det som personen tidigare har arbetat med. En deltagare berättar om en äldre man som tidigare varit urmakare. Denna person blir lugn och nöjd när han får höra urverket i dagrummet så personalen försöker sätta honom nära när han ska äta. En annan deltagare berättar om en äldre som har arbetat som bagare och fick ett ökat välbefinnande då den fick vara med och baka bröd.

Resultatsammanfattning

Resultaten visar att omvårdnaden av äldre med BPSD är både omfattande och komplex och ställer höga krav på distriktsköterskans kompetens i mötet med den äldre. Vid beteendemässiga och psykiska symtom på demens hos äldre görs oftast en somatisk undersökning för att utesluta kroppslig orsak till symtom. Distriktsköterskor inom korttidsvård använder sig av BPSD register och NPI - skattningsskala för att få stöd i att upprätta personcentrerade strategier i syfte att lindra BPSD. Genom levnadsberättelsen kan distriktsköterskan få en uppfattning om den äldres yrkesverksammaliv samt dennes intressen som är viktiga i upprättande av individuella vårdplaner. Musik, sång och dans är några strategier som används med gott resultat i syfte att lindra ett oroligt beteende. Många anhöriga är aktivt involverade i den äldres liv. Anhöriga är betydelsefulla och utgör en viktig länk mellan den äldres förflutna och nuet. Ett samtal eller en promenad med anhöriga dämpar många gånger ett oroligt beteende. Distriktsköterskorna ser inte läkemedel som ett förstahandsval i syfte att lindra ett oroligt beteende. Att ta sig tid i mötet med den äldre i syfte att lindra BPSD är en viktig strategi för att undvika läkemedel. I mötet med den äldre är det viktigt att vara lyhörd, att anpassa situationen för den äldre som exempelvis dämpa eller öka belysning att få komma upp på morgonen i egen takt, att få sitta avskilt eller tillsammans. Vårdpersonalens kroppsspråk, tonläget samt på vilket sätt patienten blir berörd av vårdpersonalens händer spelar en viktig roll när den äldres kognitiva förmåga sviktar. Ett personcentrerat förhållningssätt samt individanpassad vård utgör själva kärnan i vården av äldre med BPSD.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskors strategier för att minska BPSD hos äldre med demens inom korttidsvård. Som datainsamlingsmetod valdes intervjuer för att deltagarna fritt skulle kunna berätta om sina erfarenheter. Därför valdes en induktiv ansats där datamaterialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys beskriven av Graneheim och Lundman (2004). Deltagarna till studien inhämtades genom ett strategiskt urval vilket innebär att deltagarna ska ha erfårit det som eftersöks. Deltagarnas olika erfarenheter bidrar till att belysa studiens syfte utifrån olika perspektiv vilket enligt Graneheim och Lundman (2004) kan stärka studiens giltighet. Studien utgår från distriktsjuksköterskor i åldrarna 28 till 60 år. Antalet verksamma år på korttidsboende för respektive deltagare varierar mellan ett och 10 år. Eftersom det bland deltagarna finns en bredd och en variation på ålder och yrkesverksamhet ökar det resultatets trovärdighet och tillförlitlighet (Danielsson, 2012). Åtta deltagare varav tre distriktssköterskor och fem sjuksköterskor intervjuades. Åtta intervjuer delades lika mellan författarna. Enligt Trost (2010) kan fem till åtta deltagare vara att föredra, annars kan textmaterialet bli svårbehandlat. Samtliga deltagare var kvinnor. Det är möjligt att resultatet kan ha påverkats av att deltagarna är kvinnor eftersom det kunde ha framkommit något ytterligare i resultatet om manliga deltagare hade deltagit i studien.

Datamaterialet genomfördes med hjälp av intervjuer där fyra öppna frågor ställdes. Följdfrågor ställdes även för att informanten skulle kunna ge djupare och mer uttömmande svar. Följdfrågorna upplevdes som en hjälp i intervjun men kunde samtidigt i berättandet upplevas som ledande. Distriktssköterskorna som intervjuades var motiverade att delta och fritt kunde delge sina erfarenheter. Val av tid och plats har varit avgörande för att få ett bra samtal. Deltagarna informerades om möjligheten att när som helst avbryta intervjun. Skriftligt samtycke gavs. Det är viktigt att deltagarna känner sig trygga och avslappnade under intervjun (Kvale & Brinkman 2014). Intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant av samma person som genomfört intervjun inom 24 timmar. Efter avslutad transkribering spelades intervjuerna upp ytterligare en gång för att säkerställa att inget gått förlorat. Datamaterialet analyserades objektivt utifrån deltagarnas berättelser. I analysen har båda författarna läst igenom allt datamaterial flera gånger, analyserat, diskuterat och utifrån det formulerat ett kategorisystem. Det bidrar enligt Graneheim och Lundman (2004) till att stärka tillförlitligheten i datamaterialet. Resultatets trovärdighet visas genom att sjuksköterskorna fått samma frågor i intervjuerna och i studiens resultat finns citat från intervjuerna. Detta visar på en öppenhet så att läsaren kan bedöma själv om resultatet tolkats på ett korrekt sätt. Det är även läsaren själv som bedömer om studien är överförbar till andra situationer (Graneheim & Lundman, 2004). För att bibehålla en helhet har det använts en detaljerad kodning.

Fördelen med kvalitativ innehållsanalys är att det finns en tydlig arbetsstruktur, till exempel användning av analysmall där meningsenheter, kondenserade meningsenheter, koder, underkategorier, kategorier och teman från intervjuerna sätts in. Svagheten är att insamlade materialet från intervjuerna tar lång tid att tolka och bearbeta för att nå fram till studiens resultat (Polit & Beck, 2016). Som alternativ analysmetod skulle fenomenologi kunnat användas eftersom kärnan i fenomenologi är att belysa innebörder i ett fenomen (Persson & Sundin, 2012).

Bägge författarna är legitimerade sjuksköterskor som saknar erfarenhet av att arbeta med BPSD på korttidsboende. I och med detta fanns en begränsad förförståelse för arbetet som distriktsjuksköterska med äldre med demens inom korttidsboende, vilket ger en större öppenhet vid bearbetningen av analysen.

Resultatdiskussion

Av resultaten framgår att olika hjälpmedel i omvårdnadsarbetet är betydelse för att minska BPSD. Deltagarna upplever BPSD som vanligt förekommande hos äldre personer med demens. Det kan uttryckas på olika sätt som oro, aggressivitet, gråtmildhet, plockighet, hallucinationer, apati, och vandrande. Enligt BPSD-register (2016a) är det här vanliga beteendemässiga och psykiska symtom på demens. Symtomen kan påverkas av yttre faktorer som exempelvis miljö, personal, dygnsrytm även fysiska sjukdomar, som exempelvis infektioner kan ge uttryck i olika psykiska symtom. Med hjälp av BPSD-register kan distriktsköterskan få fram olika alternativ på eventuella orsaker till den äldres beteendemässiga och psykiska symtom på demens samt förslag på olika omvårdnadsåtgärder som kan ha betydelse när individuella vårdplaner upprättas. BPSD-registret (2017b) används för att med hjälp av tvärprofessionella omvårdnadsåtgärder minska omfattningen och allvarlighetsgraden av BPSD (BPSD registret, 2017b). För att få mer förståelse och kunskap om registret efterfrågas dock utbildning i större utsträckning.

Av resultaten framkommer att sjuksköterskans uppgift är att utesluta kroppslig orsak till beteendemässiga och psykiska symtom som exempelvis förstoppning eller smärta. Resultatet tydliggör att skattningsskalen NPI är ett hjälpmedel i omvårdnaden för att få en uppfattning om omfattningen och allvarlighetsgraden av BPSD hos äldre. Med hjälp av skattningsskalen kan personcentrerad vårdplan och bemötandeplan upprättas som ett stöd i omvårdnadsarbetet vilket har minskat användningen av lugnande läkemedel. Deltagarna som använder skattningsskalen upplever det som ett bra hjälpmedel i omvårdnadsarbetet. Gustavsson, Karlsson och Lövheim (2013) menar att personer med BPSD i första hand ska behandlas med icke-farmakologisk behandling, vilket kan innefatta att utreda bakomliggande orsak, individanpassade omvårdnadsåtgärder och att förebygga situationer som utlöser BPSD (Gustavsson, Karlsson & Lövheim, 2013). Travelbee (1971) beskriver omvårdnaden som en mellanmänsklig process där sjuksköterskan hjälper en familj, individ eller samhälle att bemästra eller förebygga lidande och sjukdom samt vid behov finna mening i detta (Travelbee, 1971).

De individuella strategierna och tillvägagångssätten i syfte att mildra BPSD upplevs som en viktig gemensam nämnare. Dahlberg och Segesten (2013) menar att det mentala tanke- och känslomässiga har betydelse för hälsan. De kallar det för den emotionella rörelsen som kan ha betydelse för den äldres välbefinnande. Den emotionella rörelsen kan uppstå med hjälp av föremål eller situationer som kan väcka minnen och igenkännande (Dahlberg & Segesten, 2013). Sjuksköterskor och annan vårdpersonal behöver lära känna den äldre med BPSD för att ta reda på vad som är viktigt, vilka aspekter och intressen som har betydelse och som ger mening och sammanhang i tillvaron. Dahlberg och Segesten (2013) menar att en människa som saknar upplevelse av sammanhang och där dennes liv inte upplevs ha någon mening har svårt för att uppleva hälsa (Dahlberg & Segesten, 2013). Föremål eller fotografier av platser eller personer som den äldre känner igen upplevs av deltagarna som betydelsefulla för den

äldre med demens. Genom att tillämpa individuella omvårdnadsstrategier som exempelvis fysiskaktivitet, utevistelse, dans och musik i syfte att lindra BPSD kan den äldre få hjälp med att bemästra sin egen sjukdom.

Resultaten tydliggör att skattningsinstrumentet NPI är ett betydelsefullt hjälpmedel i vården för att få en uppfattning om omfattningen och allvarlighetsgraden på personens demens. Med hjälp av skattningsinstrumentet kan distriktsköterskan få hjälp och stöd vid upprättande av individuella vårdplaner som ett stöd i omvårdnadsarbetet vilket har minskat användningen av lugnande läkemedel. Deltagarna som använder sig av skattningsskalan upplever den som ett bra hjälpmedel i omvårdnadsarbetet. Gustavsson, Karlsson och Lövheim (2013) menar att personer med BPSD i första hand ska behandlas med icke-farmakologisk behandling, vilket kan innefatta att utreda bakomliggande orsak, individanpassade omvårdnadsåtgärder och att förebygga situationer som utlöser BPSD (Gustavsson et al, 2013).

Av resultaten framkommer att fokusera patienten som person är en förutsättning för en god omvårdnad. Att ta sig tid upplevs betydelsefullt. Deltagarna uppger att genom att ta sig tid ges förutsättningar för att en god vårdrelation skapas vilket underlättar omvårdnadsarbetet och kan få den äldre att känna sig trygg. Pulsford, Duxbury och Hadi (2010) konstaterar att när personalen tar sig tid för den sjuke utan att stressa, förstår personen lättare vad personalen menar. Den sjuke upplever att den blir sedd och hörd av personalen. Detta gör att personen blir lugnare och får ett ökat välbefinnande (Pulsford et al., 2010). Deltagarna upplever att bristen på tid kan bidra till att de inte använder den kunskap som de har utan tar till snabba lösningar. Av resultaten framgår att tidsaspekten ses som avgörande för att undvika läkemedel. Deltagarna uppger att läkemedel inte är ett förstahandsval. Enligt läkemedelsverket (2017) och BPSD- registrets (2017a) rekommendationer för behandling av personer med BPSD ska läkemedel inte vara ett första val utan istället ska lämpliga strategier urskiljas i bemötande av dessa personer. Gustafsson, Karlsson och Lövheim (2016) konstaterar att antipsykotika endast har en begränsad effekt på personer med demens.

I första hand ska ett personcentrerat förhållningssätt och individuella strategier tillämpas för att mildra BPSD. Trots detta, anser deltagarna, att ibland måste ett lugnande läkemedel sättas in för att bryta ett negativt beteende. Även beröring, kroppsspråk och tonläge är betydelsefullt i kontakten med den äldre med demens när dennes kognitiva förmåga sviktar. Ett handfast grepp eller en mild smekning kan tolkas på olika sätt. Cohen-Mansfield, Marx, Dakheel-Ali och Thein (2015) menar att den mänskliga kontakten och beröringen är viktig. Samvaro med andra och mänsklig beröring kan få den äldre med demens att känna sig trygg. Dock är det skillnad på vilket sätt och i vilket sammanhang beröringen sker. (Cohen-Mansfield et al., 2015). Av resultaten framgår även att miljön har en avgörande roll för att minska BPSD. Dämpad belysning och stillsam musik har en lugnande inverkan. Det blir en märkbar skillnad med minskad BPSD efter att den omgivande miljön görs mer ombonad med hjälp av fotografier och prydnadsföremål. Detta är i linje med en studie av Wikström (2003) som beskriver att en förändring av livsmiljön kan bidra till att individens hälsa befrämjas. Även Edvardsson och Sandman (2014) belyser att det är viktigt att den omgivande miljön konstrueras så att personen med demens upplever den som trygg och lätt att känna igen. Många boendevarianter för personer med demens signalerar institution, sjukhus och sjukhusvård. Detta kan vara problematiskt för personer med demens som inte känner sig sjuka på ett sådant sätt och kan bete sig oförutsett. Därför kan en miljö som ger

ett tydligt uttryck av sammanhang hjälpa personen till ett mera adekvat beteende (Edvardsson & Sandman, 2014).

Av resultaten framkommer att sjuksköterskor kan bidra till att ge äldre trygghet och tillgodose de äldres olika behov. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer (2016) ska en personcentrerad vård följas av ett förhållningssätt där omvårdnaden och vårdmiljön är individanpassad och en förståelse för att olika problem kan uppstå, både beteendemässiga och psykiska symtom. Distriktsköterskor ska ha fördjupade kunskaper inom omvårdnad för att stödja patienten i dennes dagliga liv med respekt för individens val och livsvärld (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Även att reflektera över och vidta åtgärder för att behandla och lindra sjukdom, symtom och handikapp i förhållande till patientens livsvärld är viktigt för distriktsköterskor. Enligt Slater (2006) och Skog (2013) är det betydelsefullt att bekräfta personens livsvärld och respektera att personer vill bli bemötta på ett individuellt sätt (Slater, 2006; Skog, 2013). Skovdahl och Kihlgren (2012) påpekar att trots att de kognitiva förmågorna försämras måste patienten få bevara sin identitet och bemötas med respekt (Skovdahl & Kihlgren, 2012). Resultatet tydliggör att det är viktigt att se personen och inte endast diagnosen. Enligt Skog (2013) och Edvardsson (2010) ska personen sättas i fokus och inte sjukdomen det vill säga att utgå från den äldre med demens, dennes uppfattning av verkligheten och upplevelsen av den. Att stärka personens upplevelse av att vara en fullvärdig människa är ett viktigt förhållningssätt (Skog, 2013; Edvardsson, 2010).

Resultaten tydliggör anhöriga som en viktig resurs i vården av äldre med demens. Ett telefonsamtal eller ett besök av anhörig kan lugna ett oroligt beteende. Anhöriga kan bidra med viktig information om den äldre som kan ha betydelse i omvårdnaden och när individuella vårdplaner ska upprättas. Deltagarna anger levnadsberättelsen som viktig när personen själv inte längre har förmåga att komma ihåg, förstå och kommunicera. Levnadsberättelsen är ett viktigt stöd för att tillvarata den äldres livshistoria och intressen. Detta är i linje med två studier av Ross, Mary och Clarke (2015) samt Kolanowski, Fick, Frazer och Penrod (2010) som menar att den äldres livshistoria är viktig i vården av personer med BPSD. Anhöriga kan bistå med viktig information om den äldres levnadshistoria, intressen och ogillande som kan ha betydelse vid upprättande av individuella vård- eller bemötandeplaner (Ross et al., 2015; Kolanowski et al., 2010).

Kunskap om vad den äldre har arbetat med tidigare i sitt yrkesverksamma liv upplevs betydelsefullt. Detta för att kunna skapa situationer som kan efterlikna det som personen tidigare har arbetat med. Med hjälp av den äldres levnadsberättelser kan aktiviteter och omgivande miljö anpassas efter varje vårdtagares behov. Kolanowski et al. (2010) menar att det är viktigt att lära känna de personer som vårdas. Att få kunskap om den äldres intressen, hur livet har sett ut, familjeförhållanden, arbete och dennes levnadsvanor har betydelse (Kolanowski, 2010). Det är betydelsefullt att sjuksköterskan prioriterar att det finns tid för att stödja personen med demens i att vara självständig. Mapelli, Di Rosa, Nocita, och Sava (2013) konstaterar att samtal med personen som har demens, om dennes livshistoria, även stimulerar personens intellekt (Mapelli et al., 2013). Kolanowski et al. (2010) menar att en viktig del i syfte att lindra BPSD är att stödja personen i att klara vardagliga sysslor då det främjar både det fysiska och psykiska måendet (Kolanowski et al., 2010). Detta framkommer tydligt när deltagarna beskriver att de försöker finna det lilla extra för att ge ett ökat välbefinnande.

Konklusion

Denna studie har bidragit med kunskaper om olika strategier som distriktssköterskor använder för att minska BPSD hos äldre inom korttidsvård. Av resultaten framkommer att vården av äldre med BPSD är ett komplext och många gånger ett tålamodskrävande och omfattande arbete som ställer höga krav på distriktssköterskans/sjuksköterskans kompetens. BPSD kan orsaka psykiskt illabefinnande därför är det viktigt att upprätta individuella vårdplaner och bemötandeplaner i syfte att minska BPSD. På många korttidsboenden har BPSD-register införts, med gott resultat, i syfte att kvalitetssäkra omvårdnaden för att minska BPSD. En del korttidsboenden använder sig inte av BPSD-register och där brister det i kunskap inom området. I BPSD-registret är utvärdering av vårdplan en viktig del för att eventuellt revidera strategier och sammanställa en ny plan. Resultaten tydliggör att det är viktigt att distriktssköterskor fokuserar på patienten som en person genom att ta sig tid och att anpassa sig till den äldres behov. Vid akuta skeden eller svåra situationer vid BPSD kan läkemedel behöva vara ett förstahandsval för att bryta ett negativt beteende som exempelvis oroligt vandrande, ropande och aggressivitet. I avsikt att lugna en person med BPSD har anhöriga en viktig roll i att förmedla information om den äldres intressen och behov. Sammantaget visar resultatet att strategierna för att minska BPSD är väldigt individuella och måste ses utifrån ett personcentrerat perspektiv.

Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet

Resultaten av denna studie kan ge insikt om och väcka intresse för vilka strategier som fungerar väl hos äldre med BPSD. Dessa strategier upplevs av samtliga deltagare i studien oavsett om de använder registret eller inte. Ett behov finns att implementera BPSD-register i alla vårdverksamheter där personer med demens vårdas. Därför behövs utbildning för såväl distriktssköterskor som sjuksköterskor av BPSD-registret. Fortsatta studier behövs för att undersöka hur distriktssköterskor som använder BPSD-registret uppfattar styrkorna med registret.

REFERENSER

BPSD registret. (2017a). *Beteendemässiga och psykiska symtom på demens, BPSD*. Hämtad 2 februari, 2017, från [http:// www.bpsd.se/](http://www.bpsd.se/)

BPSD registret. (2017b). *Läkemedelsbehandling*. Hämtad 26 april, 2017, från <http://www.bpsd.se/arbete-med-registret/lakemedelsbehandling/>

BPSD registret. (2016a). *Vad är BPSD?* Hämtad 18 december, 2016, från <http://www.bpsd.se/wp-content/uploads/2016/02/Vad-är-BPSD.pdf>

BPSD registret. (2016b). *Webbutbildning*. Hämtad 18 december, 2016, från <http://www.bpsd.se/media/player/player.html> See comment in PubMed Commons below

Chi, G.C. & Young, A. (2011). Selection of music for inducing relaxation and alleviating pain: literature review. *Holistic Nursing Practice*, 25(3), 127-135. doi: 10.1097/HNP.0b013e3182157c64

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2013). *Hälsa & Vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Författarna och Natur & Kultur.

Danielsson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I Henricson, M. (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 329-342). Lund: Studentlitteratur.

Dehlin, O., Hagberg, B., Rundgren, Å., Samuelsson, G. & Sjöbäck, B. (2002). *Gerontologi. Åldrandet i ett biologiskt, psykologiskt och socialt perspektiv*: Stockholm: Natur och Kultur.

Edvardsson, D. (2010). *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Edvardsson, D. & Sandman, P-O. (2014) Symboler i vården och vården som symbol. I H. Wijk (Red.), *Vårdmiljöns betydelse* (s.57-72). Lund: Författarna och Studentlitteratur.

Ernst Bravell, M. (2013). Gerontologi – vad är det? I M. Ernst Bravell (Red.), *Äldre och Åldrande* (s. 19-42). (2. uppl.). Malmö: Författarna och Gleerups Utbildning AB.

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

Gregory, D. (2002). Music listening for maintaining attention of older adults with cognitive impairments. *Journal of Music Therapy*, 39(4), 244-264.

Gustavsson, M., Karlsson, S. & Lövheim, H. (2013). Inappropriate long-term use of antipsychotic drugs is common among people with dementia living in specialized care units. *BCM Pharmacological & Toxicology*, 14(10), 1-8.

- Hayajneh, F. A. & Shehadeh, A. (2014). The impact of adopting person-centred care approach for people with Alzheimer's on professional caregivers' burden: An interventional study. *International Journal of Nursing Practice*, 20(4), 438-445.
- Hylen Ranhoff, A. (2010). Den äldre patienten. I M Kirkevold, K Brodtkorb & A Hylen Ranhoff (Red.), *Geriatrisk omvårdnad – God omsorg till den äldre patienten* (s. 73-84). Stockholm: Liber.
- Kales, HC., Gitlin, LN. & Lyketsos, CG. (2014). Management of neuropsychiatric symptoms of dementia in clinical settings: recommendations from a multidisciplinary expert panel. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(4), 762-769. doi: 10.1111/jgs.12730
- Kolanowski, A., Fick, D., Frazer, C. & Penrod, J. (2010). It's about time: Use of Non-pharmacological Interventions in the Nursing Home. *Journal of Nursing scholarship*, 42 (2), 214-222.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). (2.uppl.). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S. & Brinkmann, B. (2014). (3.uppl.). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I: M.Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (sid. 187-202). Lund: Studentlitteratur.
- Lundman, B., Norberg, A., Santamäki Fischer, R. & Alex, L. (2012). Syn på åldrandet och äldre personer. I A. Norberg, B. Lundman & R. Santamäki Fischer (Red.), *Det goda åldrandet* (1:a uppl.). (s.18-40). Lund: Studentlitteratur.
- Läkemedelsverket. (2008). *Läkemedelsbehandling och bemötande vid Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom- BPSD*. Hämtad 24 mars, 2017, från https://lakemedelsverket.se/upload/halso-sjukvard/behandlingsrekommendationer/BPSD-rek_webb
- Mapelli, D., Di Rosa, E., Nocita, R. & Sava, D. (2013). Cognitive Stimulation in Patients with Dementia: Randomized Controlled Trial. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 3, 263-271.
- Marcusson, J., Blennow, K., Skoog, I. & Wallin, A. (2011). *Alzheimers sjukdom och andra kognitiva sjukdomar*. (3:e uppl.). Stockholm: Liber AB.
- Persson, C. & Sundin, K. (2012). Fenomenologisk hermeneutisk tolkningsmetod – ett dialektiskt förhållningssätt. I Henricson, M. (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s.374-387). Lund: Studentlitteratur.
- Polit, D. & Tatano Beck, C. (2016). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluver.

Ross, H., Mary, A. & Clarke, A. (2015). Understanding and achieving person-centred care: the nurse perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 1223-1233. doi: 10.1111/jocn

Rundgren, Å. & Dehlin, O. (2015). Det humana åldrandet i olika organ och system- kan åldrandet påverkas? *Svensk Geriatrik*, 4, 14-20.

Skog, M. (2013). Den fundamentala och kroppsnära vården och omsorgen vid demenssjukdom. I H. Basun, M. Skog, L. O. Wahlund & H. Wijk (Red.), *Boken om Demenssjukdomar* (s. 77-152). Stockholm: Liber AB.

Skovdahl, K. & Kihlgren, M. (2012). Beteenden som kan vara svåra att tolka och förstå. I K. Edberg (Red.), *Att möta personer med demens* (s 31-39). Lund: Studentlitteratur AB.

Slater, L. (2006). Person-centredness: a concept analysis. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 23(1), 135-144. doi:10.5555/conu.2006.23.1.135

Socialstyrelsen. (2016). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom – stöd för styrning och ledning*. Hämtad 3 januari, 2017, från <http://www.social-styrelsen.se/lists/Artikelkatalog/Attachments/20399/2016-11-7-pdf>

Socialstyrelsen (2015). *Åtgärdsförslag för att utveckla vården och omsorgen om de mest sjuka äldre- primärvård och korttidsboende-vad behöver förändras*. Hämtad 19 januari, 2017, från, <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-2-45>

Solomon, A., Kivipelto, M. & Winblad, B. (2012). Alzheimers sjukdom och vaskulär demens. I L. Olson & A. Josephson (Red.), *Hjärnan* (s.455-474). (2:a uppl.). Karolinska Institutet: University Press.

Sung, H.C., Chang, A.M. & Lee, W.L. (2010). A preferred music listening intervention to reduce anxiety in older adults with dementia in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 19(7-8), 1056-1064. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03016.x

Svenskt Demenscentrum: *Alzheimers sjukdom*. (2017). Hämtad 29 januari, 2017, från <http://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Demenssjukdomarna/Alzheimers-sjukdom/>

Svenskt Demenscentrum: *Vaskulär demens*. (2017). Hämtad 26 januari, 2017, från <http://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Demenssjukdomarna/Vaskular-demens/>

Svensk sjuksköterskeförening . (2010) *Kompetensbeskrivning- Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktsköterska*. Hämtad 19 Maj, 2017, från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensksjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar/publikationer/distriktskoterska.kompbeskr.webb.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Personcentrerad vård*. Hämtad 29 december, 2016, från Svensk sjuksköterskeförening, http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.personcentrerad.vard_web.pdf

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. (2nd ed). Philadelphia: S.A. Davys.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Ueda, T., Suzukamo, Y., Sato, M. & Izum, S. (2013). Effects of music on behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 12(2), 628-641. doi: 10.1016/j.arr.2013.02.003.

Wijk, H. (2014). Personcentrerad utformning av vårdmiljön. I H. Wijk (Red.), *Vårdmiljöns betydelse* (s. 43-53). Lund: Författarna och Studentlitteratur.

Wikström, B-M. (2003). *Estetik och omvårdnad*. (2:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1: Informationsbrev till verksamhetschef

Vi är två studenter som läser andra terminen på distriktsköterskeprogrammet på Högskolan i Skövde. I utbildningen ingår att skriva en uppsats. Vi har valt att genomföra en intervjustudie vars syfte är att beskriva distriktsköterskors/sjuksköterskors omvårdnadsåtgärder/strategier vid beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) hos personer med demens på korttidsboende. Vi efterfrågar därför möjlighet att få intervjua i första hand distriktsköterskor alternativt sjuksköterskor med minst 75 % tjänstgöringsgrad samt med minst två års erfarenhet av att arbeta med demensvård på korttidsboende. Vi undrar om ni som verksamhetschef kan föreslå deltagare med ovan nämnda kompetens och kriterier som är villiga att medverka i studien. Efter ert godkännande av studien kommer personlig kontakt att tas med varje deltagare då muntlig och skriftlig information kommer att ges om studiens syfte samt genomförande. Medverkan av studien kommer naturligtvis att vara frivilligt och deltagaren har inga som helst förpliktelser gentemot berörda personer och kan när som helst avbryta sin medverkan. Intervjutillfället kommer att ske på respektive förvald verksamhet där den distriktsköterska som kommer medverka får bestämma tid och plats inom angiven tidsram. Tid för genomförande av intervjun beräknas ta ca 60 minuter och kommer spelas in med hjälp av bandspelare. Intervjun kommer där efter att skrivas ned ordagrant, avidentifieras och förvaras så att ingen obehörig får tillgång till den. I uppsatsen kommer intervjuer att ingå men de kommer att presenteras så det inte går att identifiera enskilda intervjupersoner.

För att detta ska kunna genomföras praktiskt behöver vi få svar för godkännande senast den 2017-02-03 klockan 17:00.

Med vänlig hälsning

Helena Kostander Telefon: xxx-xxxxxxx E-post: helena.kostiander@mail.com

Suzanne Malmborg Telefon: xxx-xxxxxxx E-post: susannemalmborg@live.se

Handledare.

Rune Svanström, Lektor i omvårdnad Högskolan i Skövde

Telefon: xxxx-xxxxxx

E-post: rune.svanstrom@his.se

Bilaga 2: Informationsbrev om intervjustudie till distriktsköterska alternativt sjuksköterska

Vi är två studenter som läser andra terminen på distriktsköterskeprogrammet på Högskolan i Skövde. I utbildningen ingår att skriva en uppsats. Vi har valt att genomföra en intervjustudie vars syfte är att beskriva distriktsköterskors/sjuksköterskors omvårdnadsåtgärder/strategier vid beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) hos personer med demens på korttidsboende

För att vi ska kunna genomföra studien och nå studiens syfte önskar vi intervjua dig som är distriktsköterska eller sjuksköterska med minst 75 % tjänstgöringsgrad samt med minst två års erfarenhet av att arbeta inom demensvård på korttidsboende. Intervjuerna kommer att genomföras, enskilt under perioden januari- februari 2017, av undertecknade distriktsköterskestudenter på den vårdverksamhet där du är anställd. Intervjuerna kommer att spelas in med hjälp av bandspelare och där vi avsatt en tid på ca 60 minuter till vårt förfogande. Intervjuerna kommer att skrivas ned ordagrant, aidentifieras och förvaras på ett sätt så att ingen obehörig får tillgång till dem. Deltagandet av studien är naturligtvis frivilligt och kan när som helst avbrytas utan någon som helst förklaring till detta. I uppsatsen kommer intervjuer att ingå men de kommer att presenteras så det inte går att identifiera enskilda intervjupersoner.

Vid ytterligare information eller funderingar gällande studien kontakta i första hand undertecknade studenter.

Med vänlig hälsning

Helena Kostander Telefon: xxx-xxxxxxx E-post: helena.kostiander@mail.com

Suzanne Malmberg Telefon: xxx-xxxxxxx E-post: susannemalmberg@live.se

Handledare

Rune Svanström, Lektor i omvårdnad Högskolan i Skövde

Telefon: xxxx-xxxxxx

E-post: rune.svanstrom@his.se

Bilaga 3: Skriftligt samtycke att genomföra intervju

Jag har tagit del av den skriftliga informationen om studiens syfte och tillvägagångssätt och ger mitt samtycke till deltagande. Jag är införstådd med att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst kan avbryta medverkan utan förklaring. Jag godkänner att intervjun får spelas in och jag är införstådd med att materialet som framkommer i intervjun kommer att behandlas konfidentiellt. Jag godkänner att studien får publiceras till magisterexamen.

Jag har fått både skriftlig och muntlig information om studiens syfte och ger härmed samtycke för publikation av studien i en magisterexamen.

Verksamhetschef namnunderskrift

Namnförtydligande

Datum/Ort

Vänliga hälsningar

Helena Kostander

Telefon: : xxx-xxxxxxx

E-post: helena.kostiander@mail.com

Suzanne Malmberg

Telefon: xxx-xxxxxxx

E-post: susannemalmberg@live.se

