

# **God vård av personer med minnessjukdom och beteendemässiga och psykiska symtom vid demens**

En kvalitativ litteraturstudie

Camilla Lindell

Examensarbete

Sjukskötare

2021

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Sjukskötare
Identifikationsnummer:	22204
Författare:	Camilla Lindell
Arbetets namn:	God vård av personer med minnessjukdom och beteendemässiga och psykiska symtom vid demens - En kvalitativ litteraturstudie
Handledare (Arcada):	Marianne Meyer-Arnold
Uppdragsgivare:	Hugo & Maria Winbergs stiftelse
<p>Sammandrag:</p> <p>Minnessjukdomar blir allt vanligare bland den åldrande populationen. Upp till 97% av alla som lider av minnessjukdom uppvisar även beteendemässiga och psykologiska symtom vid demens (BPSD), vilket är en stor orsak till stress och lidande bland såväl personen med minnessjukdom samt vårdpersonalen. Detta arbete vill utreda vad en god vård av personer med minnessjukdom och BPSD innebär, samt vilka hinder det kan finnas för den goda vården. Svar på dessa frågor fås genom en kvalitativ litteraturstudie. Som grund för arbete är sex artiklar med tidigare forskning. Den teoretiska referensramen består av två olika teorier utarbetade av Tom Kitwood: personcentrerad vård samt Flower of emotional needs (Kitwood 1997). Arbetet har analyserat fem artiklar publicerade under de senaste fem åren på engelska, finska eller svenska. Analysen resulterade i tre kategorier: personcentrerad vård, individens behov och vårdorganisationen. Personcentrerad vård ansågs vara central för den goda vården av personer med minnessjukdom och BPSD, och kan även hjälpa att minska framkomsten av BPSD. BPSD kan bero på att individens behov inte blir uppfyllda, men det kan vara svårt att förstå vilka dessa behov är pga. försämring i den kognitiva funktionsförmågan och svårigheter med kommunikation pga minnessjukdom. Vårdorganisationer har en stor roll i hur personcentrerad och god vård används inom vården. Olika interventioner kan användas för att implementera personcentrerad vård, men ett stort hinder är resursbrist av olika slag.</p>	
Nyckelord:	BPSD, beteendemässiga och psykiska symtom vid demens, minnessjukdom, god vård, personcentrerad vård, Flower of emotional needs
Sidantal:	41
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	2.3.2021

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Nurse
Identification number:	22204
Author:	Camilla Lindell
Title:	God vård av personer med minnessjukdom och BPSD - En kvalitativ litteraturstudie om vården av beteendemässiga och psykiska symtom vid demens
Supervisor (Arcada):	Marianne Meyer-Arnold
Commissioned by:	Hugo & Maria Winbergs stiftelse
<p>Abstract:</p> <p>Dementia is increasing in the aging population around the world. Up to 97% of all people diagnosed with dementia will suffer from one or more behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) during their illness. BPSD is a leading cause for stress and burden for those caring for people with dementia. Because of this it is of importance to seek to improve the quality of care of people with dementia and BPSD. This thesis aims to explore what quality care for people with dementia and BPSD is, and what can hinder quality care. This thesis is a literature review, and Tom Kitwoods theory of person-centered care and the Flower of emotional needs have been used as a theoretical framework. Through a content analysis of five articles published between 2015 and 2020, three main categories for quality care were found: person-centered care, the needs of the individual and organizational-level care. Person-centered care is of big importance and can reduce the prevalence of BPSD. The needs of the individual are to be considered, as if the needs are unmet it can be a leading cause behind BPSD. Furthermore, quality care starts on the organizational level. If the leadership has a positive attitude towards person-centered care, it is more likely that it will be carried out. Oftentimes the hindrance for quality care is found on the organizational level as well, as a big reason for this is a lack of resources. If person-centered care was to be established, it has to start at the organizational level, and there are a number of different interventions for this.</p>	
Keywords:	Behavioural and psychological symptoms of dementia, dementia, BPSD, quality care, person-centred care, Flower of emotional needs
Number of pages:	41
Language:	Swedish
Date of acceptance:	2.3.2021

## Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Inledning</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Bakgrund</b>	<b>6</b>
2.1	Minnessjukdomar	6
2.2	Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD)	8
2.3	God vård	10
<b>3</b>	<b>Teoretisk referensram</b>	<b>12</b>
3.1	Personcentrerad vård	12
3.2	Flower of emotional needs	14
<b>4</b>	<b>Forskningsöversikt</b>	<b>16</b>
4.1	Orsaker till BPSD	17
4.2	Behandlingsformer av BPSD	17
4.3	Vårdpersonalens kunskapsnivå och dess inverkan på BPSD	19
4.4	Sammanfattning	20
<b>5</b>	<b>Syfte och frågeställning</b>	<b>21</b>
<b>6</b>	<b>Studiens metod och material</b>	<b>22</b>
6.1	Kvalitativ litteraturstudie	22
6.2	Etiska överväganden	23
6.3	Datainsamling	23
6.4	Material	24
6.5	Innehållsanalys	26
<b>7</b>	<b>Resultat</b>	<b>28</b>
7.1	Personcentrerad vård	28
7.2	Individens behov	29
7.3	Vårdorganisationen	31
7.4	Sammanfattning	32
<b>8</b>	<b>Diskussion</b>	<b>33</b>
8.1	Resultatdiskussion	33
8.2	Metoddiskussion och förslag till framtida forskning	35
8.3	Avslutande reflektion	35
	<b>Källor / Referenser</b>	<b>37</b>
	<b>Bilaga 1</b>	<b>41</b>

# 1 INLEDNING

Minnessjukdomar ökar allt mer bland den snabbt åldrande befolkningen runtom hela världen. Minnessjukdomar är en utmaning för såväl personer med minnessjukdom, deras anhöriga, vårdare, folkhälsan och ekonomin. Det uppskattas att det i dag lever ca 190 000 personer med minnessjukdom i Finland. Antalet uppskattas öka markant inom de närmaste åren. (Institutet för Hälsa och Välfärd 2019a)

Inom vården träffar vi allt oftare på personer som har någon sorts minnessjukdom. Minnessjukdomar för ofta med sig förändringar och störningar i beteendet. Ett samlingsnamn för dessa beteendestörningar är BPSD, som står för Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens. Beteendeproblematik uppkommer hos upp till 97% av personer med minnessjukdom. Dessa symtom kan vara kortvariga eller hålla på i flera år. (God Medicinsk Praxis 2016)

Syftet med detta arbete är att se vilka faktorer som bidrar till en god vård av personer med minnessjukdom som uppvisar BPSD, med hopp om att bidra till en förbättrad vård av personer med minnessjukdom. Arbetet fokuserar främst på vården inom långtidsvård, då det t.ex. på en jour inte finns samma möjligheter och resurser att lära känna patientens individuella behov i samma grad.

Studien är ett samarbete mellan Yrkeshögskolan Arcada och Hugo och Maria Winbergs stiftelse, och är en del av projektet Ett Gott Åldrande. Jag har valt att använda titeln ”personer med minnessjukdom” i stället för ”patient med minnessjukdom” i enlighet med den personcentrerade vårdteorin.

Som teoretisk referensram har jag valt att använda teorin om personcentrerad vård som är väldigt central för god vård av personer med minnessjukdom, samt Tom Kitwoods *Flower of emotional needs* (Kitwood 1997). Tom Kitwood var en förespråkare för god vård av personer med minnessjukdom, och hans teori om den minnessjuka personens emotionella behov har därför tagits med i detta arbete.

## 2 BAKGRUND

I detta kapitel berättas om de centrala begreppen: minnessjukdomar, beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) och god vård.

### 2.1 Minnessjukdomar

Minnessjukdom innebär en sjukdom som försämrar minnet och andra kognitiva funktioner (Institutet för Hälsa och Välfärd 2019a). Minnessjukdomar leder ofta till demens, som är ett samlingsnamn för de olika symtom som orsakas av hjärnskador. Dessa demenssymtom kan yttra sig på olika sätt, beroende på vilket område i hjärnan är drabbat (Svenskt Demenscentrum 2018). Symtomen beror på att nervceller i hjärnan bryts ner och dör. Minnessjukdomar leder till att den kognitiva, sociala, funktionella samt yrkesmässiga förmågan påverkas negativt. Detta leder oundvikligt till att omgivningen kring den drabbade också påverkas av sjukdomen. Med kognitiva funktioner menas individens förmåga att tala, tänka, komma ihåg - med andra ord individens tankeprocesser. (Jönköping 2011 s. 345)

Minnessjukdomar är en folksjukdom som har blivit allt vanligare runt omkring i världen. År 2015 uppskattades det att det fanns 50 miljoner personer i världen som har någon form av minnessjukdom. Det uppskattas att detta antal kommer dubblas var 20:e år. Ungefär en tredjedel av personer över 65 år har någon form av minnessjukdom. Årligen insjuknar ca 14 500 personer i Finland. Största delen av de insjuknade är över 80 år, men ca 7000 personer i arbetsför ålder (35-65 år) har en diagnostiserad minnessjukdom. En tredjedel av alla över 65-åriga personer inom långtidsvården har en minnessjukdom. (Institutet för Hälsa och Välfärd 2019b)

Det finns många olika minnessjukdomar, och symtomen varierar mellan dessa. Minnesstörning är ett vanligt tecken på demens, och detta tillstånd framskrider och försämras med tiden. (Jönköping 2011 s. 346)

Tidiga symtom på minnessjukdom är t.ex. glömska, svårigheter att hitta ord, försvagad slutlednings- eller problemlösningsförmåga, svårigheter att förstå klockan eller att sköta

sin ekonomi, humörsvängningar eller ångest i kombination med ett försvagat närminne. Personlighetsförändringar, förvirring, misstänksamhet eller ängslighet samt försvagad initiativförmåga och tillbakadragande är också symtom på minnessjukdom. (Minnesförbundet 2018)

Även andra tillstånd och sjukdomar kan orsaka problem med minnet, och därför är det viktigt att undersöka den bakomliggande orsaken. Faktorer som kan orsaka minnessymtom men inte är en minnessjukdom är t.ex. olika läkemedel, B-vitaminbrist, rusmedel, vissa psykiatriska störningar och även brådskas, stress, trötthet och depression (God Medicinsk Praxis 2018; Tarnanen et al. 2017).

Undersökningarna kan påbörjas på den egna hälsocentralen eller via privatläkare. Diagnos baseras på den kliniska bilden (symtom och fynd från neurologiska undersökningar). Läkaren intervjuar personen och ibland anhöriga för att reda ut minnesstörningens omfattning och dess negativa effekter. Förutom intervjuer görs vanligen minnestestet CERAD. Då en minnesstörning konstateras görs ofta vidare undersökningar genom t.ex. blodprov för att reda ut som minnesstörningen anknyter till allmänna sjukdomar, vitaminbrister eller störningar i ämnesomsättningen. Om det finns orsak till ett göra noggrannare undersökningar kan man ta en magnetavbildning av huvudet eller datortomografi. (Juva 2018)

Genom dessa undersökningar kan diagnos ges på minnessjukdom. Utifrån undersökningarna bildas en exakt uppfattning om minnet, slutledningsförmågan och språk- och gestaltningsstörningarna. På så vis kan man skilja åt olika minnessjukdomar samt depression och normalt åldrande från varandra. (Juva 2018)

Det finns ingen bot mot minnessjukdomar i dagens läge. Det finns olika sätt att behandla de symtom som uppkommer, men inget sätt att få stop på den framskridande sjukdomen. Det finns olika läkemedel som kan användas vid behandling av de olika minnessjukdomarna, såsom acetylkolinesterashämmare (rivastigmin, galantamin och donepezil) och memantin. För beteendesyntom gäller läkemedelsfria behandlingsmetoder i första hand, men i svåra beteendeproblem som depressionssymtom eller allvar-

liga symtom på rastlöshet och psykos kan medicinering övervägas. I dessa fall används olika psykofarmaka. (God Medicinsk Praxis 2018)

Minnessjukdomar kan delas in i tre olika kategorier: primärdegenerativa minnessjukdomar, vaskulära minnessjukdomar och sekundära tillstånd. Den vanligaste primärdegenerativa minnessjukdomen är Alzheimers sjukdom som står för ca 70% av sjukdomsfallen. (God Medicinsk Praxis 2018)

Andra minnessjukdomar är Lewykroppsdemens, minnessjukdom vid Parkinsons sjukdom, pannlobsdemens, frontotemporal demens, vaskulär demens, Huntingtons sjukdom samt sekundära demenssjukdomar som kan orsakas av t.ex. allvarliga olyckor, Hydrocephalus, hjärntumörer eller infektioner. (Svenskt Demenscentrum 2016)

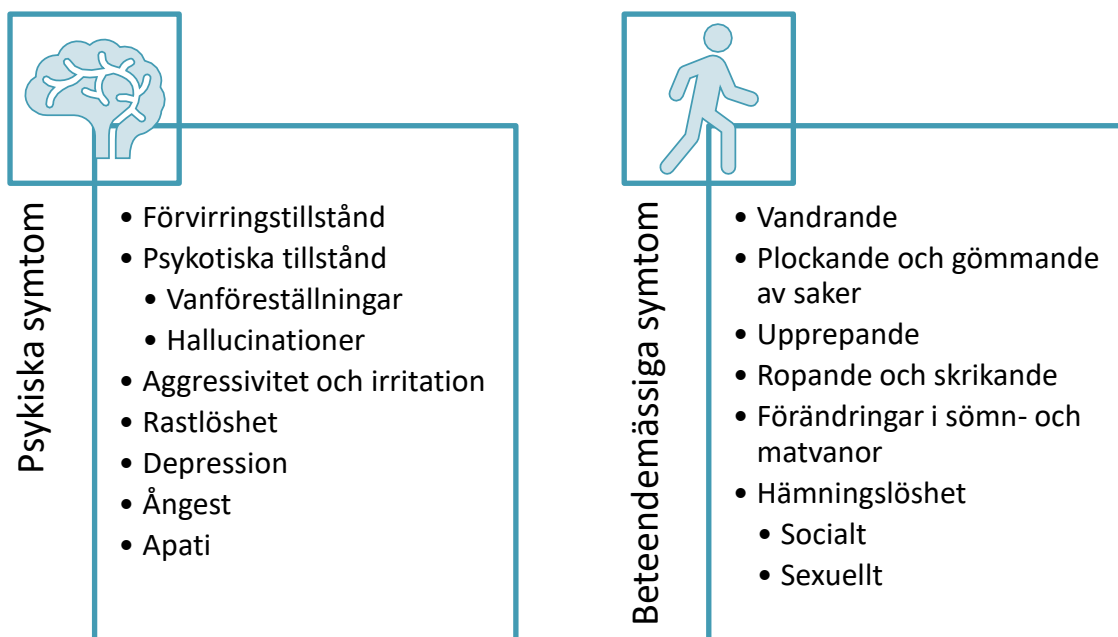
Till minnessjukdomar hör till att symtomen långsamt förvärras, och att personen i takt med att sjukdomen framskrider blir allt mer beroende av omgivningens hjälp (God Medicinsk Praxis 2018). Trots att orsaken till att minnessjukdomar bryter ut är oklar, vet man att risken för att insjukna ökar vid högt blodtryck och högt kolesterol, diabetes, övervikt och rökning. Risken för att insjukna minskar vid regelbunden motion, hälsosam kost, hög utbildning och aktiv livsstil. Institutet för Hälsa och Välfärd 2019a)

## **2.2 Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD)**

Ett vanligt symtom som följer med minnessjukdomar är beteendeförändringar i olika grader. Ett samlingsnamn för dessa beteendestörningar och -förändringar är BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens). Dessa symtom kallas också för neuropsykiatriska symtom. (God Medicinsk Praxis 2018)

Det uppskattas att upp till 90% av alla personer som har en minnessjukdom även drabbas av BPSD av någon grad under sin sjukdomstid. BPSD leder ofta till utmaningar och lidande för både den drabbade, anhöriga och vårdare. Förutom lidande leder BPSD även oftare till långvariga sjukhusvistelser, missbruk av läkemedel samt ökade kostnader för hälsovården. (Cerejeira et al. 2012)





Figur 1. Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (Duodecim 2017)

I figuren ges en inblick över de psykiska och beteendemässiga symtomen vid demens. BPSD inkluderar agitation, aggressivitet, ångest, irritation, depression, apati, hallucinationer, upprymdhet och förändringar i sömn och matvanor (Cerejeira et al. 2012). Detta inkluderar även bristande koncentration, svårigheter med stresshantering samt passivitet (Jönhagen 2011 s. 346). (Figur 1)

De vanligaste BPSD symtomen bland personer med minnessjukdom är apati, depression, irritation, agitation och ångest, medan de ovanligaste symtomen är eufori, hallucinationer och hämningslöshet. Kliniskt sett är de mest betydelsefulla symtomen depression, apati och ångest. 50% av personer med minnessjukdom uppvisar minst fyra symtom samtidigt. (Cerejeira et al. 2012)

BPSD är en stor orsak till försämrad livskvalitet bland personer med minnessjukdom samt deras anhörigvårdare. Förutom den stora inverkan BPSD har på den drabbade, har det också en djup effekt på både formella och informella anhörigvårdare samt vårdare inom hälsovården. Psykotiska symtom som vanföreställningar samt störande beteende som aggression och skrikande har rapporterats vara de tyngsta att handskas med för såväl anhörigvårdare som vårdpersonal. (Cerejeira et al. 2012)

Det finns ingen generell behandlingsmetod för BPSD. Symtomen måste identifieras och tolkas, samt ses i sitt sammanhang innan åtgärder kan sättas in. I vissa fall kan läkemedel användas som behandling, men oftast omfattar behandlingen bemötande och omvårdnadsstrategier. (Svenskt Demenscentrum 2019a)

BPSD anses ibland vara en problematisk term, som stigmatiserar personen med minnesjukdom och orsakar onödigt lidande (Cunningham et al. 2019). Cunningham et al. menar att då en person med minnessjukdom ”stämplas” med BPSD, stiger risken för övermedicinering och att vårdpersonalen ofta slutar försöka hitta den egentliga orsaken till det uppvisade beteendet. Tanken är att alla de beteenden som är associerade med minnessjukdom inte är de facto ett resultat av de förändringar i hjärnan som tar plats, utan ett resultat av att deras behov inte blir mötta.

## **2.3 God vård**

Vårdandet är centralt i flera yrken, och definitivt det mest centrala i sjukskötarens och läkarens arbete. Ursprungligen är vårdandet ett naturligt mänskligt beteendemönster. Eriksson (2018 s. 237) definierar vårdande som att genom ansning, lekande och lärande åstadkomma en känsla av tillit, tillfredsställelse, kroppsligt samt andligt välbehag, samt en känsla av att vara i utveckling i syfte att förändra hälsoprocesserna. Vård kan också definieras som en ”tillsyn som är förenad med någon form av behandling eller annan åtgärd” (Nationalencyklopedin 2019).

Vårdandet är en interaktiv process, alltså något som sker mellan två eller fler parter. Patienten är inte en passiv mottagare eller ett objekt som får vård, utan vårdande förutsätter en hög grad av ömsesidighet mellan patient och vårdare. Eriksson (2018 s. 238-239) lägger upp vårdandets utgångspunkter, och menar att vårdandet är att ansa, leka och lära. Eriksson (2018 s. 245-247) menar att ansandet – eller vårdandet – är en naturlig egenskap hos människan och ett grundläggande beteendemönster. Den moraliska människan eller idealpersonligheten försöker minska den andras lidande, och har alltså en tendens att vårda. Detta betyder att vårdandet är något som borde komma naturligt till oss alla. Leken i sin tur bidrar till den psykiska hälsan, och främjar utveckling och

grupprelationer. Lärandet är nära förknippat med lekandet, då inläring ofta sker genom lek. Vidare menar Eriksson (2018 s. 247) att vårdandet kan åstadkomma ett tillstånd av tillit, tillfredsställelse, kroppsligt och andligt välbehag samt en känsla av utveckling genom olika former av ansning, lekande och lärande. Enligt Eriksson är en god vård det som är gott för människan, och det som skapar optimala möjligheter för patienten. En god vård tar i beaktande hela människan, och inte bara det fysiska.

Inom den finska *Lag för patientens ställning och rättigheter (785/1992)* fastställs patientens rättigheter och de juridiska principer enligt vilka patienten skall bemötas. Lagen fastställer att patienten har rätt att få god hälso- och sjukvård av god kvalitet. Denna vård skall vara god både objektivt och subjektivt. Detta betyder i praktiken att vården skall vara medicinskt motiverad och evidensbaserad. Patienten skall även uppleva att vården är god. Patienten har rätt till ett gott, sakligt och respektfullt bemötande, på ett sätt att hans människovärde inte kränks. I mån av möjlighet skall patientens individuella behov, modersmål och kultur även beaktas. (HUS 2019)

God vård anses vara kunskap, skicklighet, respekt och ömsesidig tillit mellan patienten och vårdaren. Från patientens perspektiv är den goda vården subjektiv, och påverkas av den individuella upplevelsen som är en summa av god vård samt växelverkan. Patienter kan dock tro att en god vård innebär att hen får vad hen önskar. Man kan inte ifrågasätta patientens symtom eller rätt till god vård, men att endast bejaka patientens önskemål och vilja är inte heller ett kännetecken för god vård. Med andra ord är vårdpersonalen ändå den som har den kunskap och erfarenhet som möjliggör god vård, men den sker alltid i växelverkan med patienten. Man kan gå emot patientens begär för att säkerställa eller möjliggöra en god vård, om det är evidensbaserat och det är viktigt att alltid förklara detta för patienten. (Niinistö 1995)

Det finns många benämningar för en person som får vård eller blir vårdad, men detta lägger personen i en relativt passiv ställning. Den vanligaste benämningen man stöter på i vetenskaplig forskning är patient eller klient. Trots att både *lagen om patientens ställning och rättigheter* samt Eriksson (2018) i sin teori om god vård talar om att vården riktas mot patienten, använder jag främst termen ”person med minnessjukdom” i mitt arbete. Jag vill sätta fokus på själva personen och inte sjukdomen, i enlighet med den

personcentrerade vårdteorin som presenteras i nästa kapitel. Detta betyder att man använder benämningen person istället för patient, då ordet patient i högre grad betonar sjukdomen eller kopplingen till en sjukvårdsinrättning, i stället för att betona själva människan. (Hörnsten & Udo 2018)

### 3 TEORETISK REFERENS RAM

I detta kapitel tas upp den teoretiska referensramen för detta arbete. Som teoretisk referensram har valts den personcentrerade vårdteorin (Edberg 2011; Svensk Sjuksköterskeförening 2016) samt Flower of Emotional Needs som är utarbetad av Tom Kitwood (Kitwood 1997). Dessa teorier har valts eftersom den personcentrerade vården ofta anses vara grunden för den goda vården av personer med minnessjukdom och Tom Kitwood anses vara en av de första som förespråkade för den goda vården av personer med minnessjukdom. Skribenten vill se om de psykologiska behov som Kitwood talar om korrelerar med den information som kommer fram i studien.

#### 3.1 Personcentrerad vård

God vård av personer med minnessjukdom är alltså i hög grad personcentrerad, och den personcentrerade vården kommer ofta fram som en grund för all den vård som skall ges. Med personcentrerad vård menas att man strävar efter att upprätthålla någons personlighet, trots sviktande funktionsförmåga. I praktiken betyder detta att man lägger fokus på hela personen, och inte bara den fysiska sjukdomen. Man tar i beaktande personens upplevelse och alla de andliga, existentiella, sociala och psykiska behov personen kan ha. (Edberg 2011 s. 151; Svensk Sjuksköterskeförening 2016)

Personcentrerad vård innebär att tyngden läggs på att det är en *person* med minnessjukdom, och inte en *minnessjuk* person. Termer som ”dement”, ”senil” och ”demenssjuk” är inte termer som är i enlighet med den personcentrerade vården, då dessa sätter fokus och tyngdpunkten på själva sjukdomen och inte personen. Detta betyder också att man använder benämningen person istället för patient, då ordet patient i högre grad betonar sjukdomen eller kopplingen till en sjukvårdsinrättning, i stället för att betona själva människan. (Hörnsten & Udo 2018)

Begreppet personcentrerad vård likställs ofta med god, humanistisk vård. Personer med ohälsa, risk för ohälsa eller funktionsnedsättning bör inte betraktas utifrån sitt hälsotillstånd, sin sjukdom eller funktionsnedsättning, utan i stället skall vårdarna fokusera på de resurser personen har. Detta betyder också att personen som får vård inte är en passiv mottagare av en medicinsk åtgärd, utan aktivt får delta i beslutsfattningen kring sin egen vård. Utgångspunkten för vården är personens upplevelse och berättelse om sin sjukdom. Från denna utgångspunkt görs en gemensam vårdplan med olika mål och strategier för genomförande och uppföljning. Detta leder ofta till bättre egenvård och bättre samarbete. (Hörnsten & Udo 2018)

För personen med minnessjukdom betyder detta att man genom personcentrerad vård kan uppnå en känsla av autonomi och kontroll över det egna livet, och detta är centralt för att livskvaliteten skall hållas hög genom sjukdomens förlopp. Den personcentrerade vården behöver börja så tidigt som möjligt, helst redan då diagnosen ges och fortsätta igenom hela sjukdomsförloppet tills den palliativa vården. (Alzheimer's Association 2018 s. 18)

Edvardsson et al. (2008) har identifierat sex komponenter i personcentrerad vård till personer med minnessjukdom:

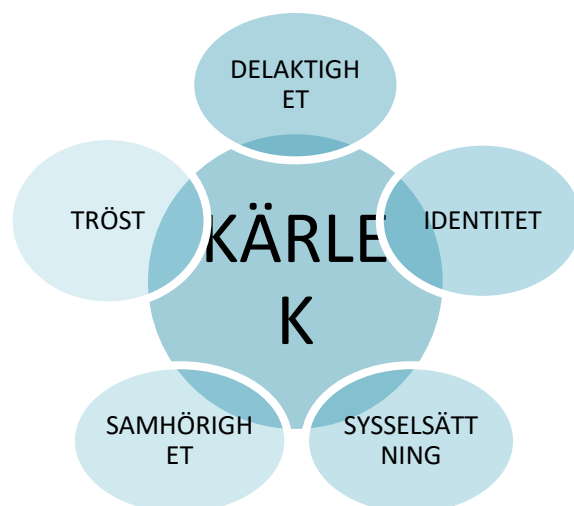
- Att se personens personlighet och identitet som dolt, snarare än förlorat
- Att erkänna personens identitet i alla aspekter av vården
- Att göra vården och omgivningen personlig
- Att erbjuda personen möjlighet att vara delaktig i beslutsfattningen
- Att tolka beteenden från personens perspektiv
- Att prioritera relationen till personen lika mycket som själva vårdaktiviteterna

Man kan alltså säga att respekt för individen, hans värde och värderingar står i fokus inom personcentrerad vård. Detta innebär att man som vårdare bör ta reda på personens livshistoria och hans egen upplevelse om den egna situationen. Detta förutsätter dock att det finns en organisation och struktur som möjliggör och stöder relationen mellan vårdpersonal och vårdtagare så att relationen får möjlighet att fördjupas. (Edberg 2011 s. 167)

### 3.2 Flower of emotional needs

Tom Kitwood var en förespråkare för personer med minnessjukdom. Han talade på 1990-talet om personcentrerad vård för personer med minnessjukdom, och förespråkade för en vård som utgick från individens perspektiv. Förutom detta skapade han en modell om de psykologiska behoven en person med minnessjukdom har. Han menar att behov upplevs som begär, men att våra begär inte representerar våra behov. Kitwood anser att en behovshierarki inte fungerar med personer med minnessjukdom, utan att man i stället kan anta att behoven bildas en klase, där de alla funktionerar tillsammans kring ett centralt behov. Dessa behov är starkt kopplade och överlappar varandra. När ett av behoven blir uppfyllt, inverkar det även på de andra behoven. När alla behoven blir uppfyllda ökar personens känsla av egenvärde och självkänsla. Då behoven är uppfyllda får personen med minnessjukdom möjligheten att komma bort från rädslan, sorgen och ilskan hen möjligen känner. (Kitwood 1997 s. 80-81)

Behoven Kitwood (1997 s. 81) tar upp i sin modell är kärlek, tröst, delaktighet, identitet, sysselsättning och samhörighet. För att ett av dessa behov skall tillfredsställas behöver även de andra tillfredsställas. Gränsen mellan dessa behov är alltså arbiträr och suddig. Dessa behov finns hos alla människor, men Kitwood menar att behoven är mer uppenbara hos personer med minnessjukdom, då deras nedsatta förmåga att ta initiativ ofta leder till att behoven inte blir tillfredsställda. Modellen illustreras nedan i figur 2.



Figur 2. Tom Kitwoods Flower of emotional needs (Kitwood 1997)

### **Tröst (Comfort)**

Ordet tröst innefattar olika dimensioner, och kan liknas med ömhet, närhet, en känsla av säkerhet och trygghet som kommer från en annan persons närhet. Att ge tröst är att ge värme och styrka då det behövs. Hos personer med minnessjukdom är detta speciellt viktigt då personen upplever en förlust av något slag, vare sig det handlar om sorg vid någons död eller vid förlust av funktionsförmåga. Detta är ett genomgående tema hos personer med minnessjukdom. (Kitwood 1997 s. 81-82)

### **Delaktighet (Inclusion)**

Människan är en social varelse, och det sociala livet och umgänge är väldigt viktigt genom våra liv. Då detta behov inte uppfylls syns det ofta hos personer med minnessjukdom som uppmärksamhetssökande, t.ex. som olika former av protesterande och störande eller som en tendens att klänga sig fast vid andra. Tyvärr brukar det sociala livet minska drastiskt för personer med minnessjukdom ju längre deras sjukdom skrider. (Kitwood 1997 s. 83)

### **Identitet (Identity)**

Att ha en identitet innebär att veta vem man är, både kognitivt och känslomässigt. Det betyder att man känner till sitt förflutna och känner en viss kontinuitet i livet. Tidigare var det vanligt att personer med minnessjukdom blev rövade av sin identitet i och med institutionalisering. I dag vet vi att det är viktigt att sträva till att personen får hjälp till att hålla kvar sin identitet. Detta kan göras genom att andra personer i den drabbades omgivning känner till ens en del av den drabbades livshistoria. (Kitwood 1997 s. 83-84)

### **Sysselsättning (Occupation)**

Att vara sysselsatt betyder att vara del av en större process i livet som är viktigt förutom för personen själv, även för omgivningen. Sysselsättning får drivkraft från personens förmågor och styrkor. Motsatsen till sysselsättning är tristess och apati. Genom att göra får man respons från andra och får saker att hända i sin omgivning. Sysselsättning behöver dock inte ske kring andra – man kan ”göra” i ensamhet också. Sysselsättning behöver inte betyda arbete, utan är likväl också olika former av hobbyn och lek. Detta är

även viktigt för personer med minnessjukdom, då behovet av att vara sysselsatt och helt enkelt göra något inte försvinner trots att funktionsförmågan försämras. Det kräver en del arbete att kunna erbjuda meningsfull aktivitet, men är något som absolut inte bör glömmas. (Kitwood 1997 s. 83)

### **Samhörighet (Attachment)**

Samhörighet eller anknytning är något som kommer naturligt för människan. Detta syns redan då man är liten. Samhörighet inger en känsla av trygghet, och är essentiellt för människan att kunna fungera i samhället oavsett ålder. Personer med minnessjukdom har ett starkt behov av samhörighet, då förlusten av minnen av närstående personer lätt kan orsaka en känsla av att situationer eller miljöer är främmande, och detta kan aktivera ett starkt behov av samhörighet. (Kitwood s. 83)

### **Kärlek (Love)**

Det centrala för alla dessa behov är kärlek. Det enda människan behöver i grund och botten är kärlek. Personer med minnessjukdom kan uppvisa en stor längtan för kärlek, alltså i grund acceptans, förlåtande, generositet och emotionellt stöd. Kitwood (1997 s. 81) menar att kärleken är det behov som genomsyrar alla andra behov och är det starkaste behovet alla människor har.

## **4 FORSKNINGSOVERSIKT**

Mycket forskning har gjorts kring vården kring minnessjukdom och även mer specifikt om BPSD. För att hitta den tidigare forskningen inom ämnet användes databaserna Academic Search Elite, Cinahl, Pub Med, Science Direct och Google Scholar. Som sökord användes ”BPSD or Behavioural and psychological symptoms of dementia”, “neuropsychiatric symptoms”, “dementia” och “quality of care or quality care” i olika kombinationer.

Till forskningsöversikten valdes sex forskningsartiklar, som tydliggör den tidigare forskningen och kunskapen inom ämnet. Artiklarna lyfter fram olika interventioner som är riktade antingen mot vårdpersonalen och deras kunskap om BPSD eller direkt mot personer med BPSD, t.ex. olika terapiformer. Artiklarna undersöker skillnader mellan



de olika förhållningssätten till vård av BPSD, ofta mellan olika slags icke farmakologiska behandlingsformer samt även läkemedelsvård. Dessutom tar fler av artiklarna upp vårdpersonalens kunskap som en faktor som bidrar till vården av BPSD.

#### **4.1 Orsaker till BPSD**

En stor orsak som kan bidra till uppkomsten av BPSD är ouppfyllda behov, t.ex. rädsla, smärta och hunger. Man har undersökt vilka determinanter eller möjliga orsaker till olika beteendemässiga eller psykologiska symtom kan vara. Forskning visar att de förändringar i de neurologiska banorna som uppkommer vid minnessjukdom inte ensam kan ligga bakom framkomsten av BPSD. Personer med minnessjukdom är särskilt utsatta för förändringar och röriga omständigheter i deras miljö. BPSD kan alltså orsakas av antingen interna (smärta, rädsla) eller externa (överstimulerande miljö, opassande kommunikationssätt från vårdpersonalen) faktorer, (Gitlin et al. 2012 s. 4)

Kolanowski et al. (2017) har sett på fem olika symtom: aggression, apati, agitation, depression och psykos och utrett möjliga determinanter i anknytande till patienten, vårdaren eller miljön. Kolanowski et al. menar att faktorer i anknytande till patienten, vårdaren och/eller miljön i samband med den neurodegeneration som är associerad med minnessjukdomar leder till BPSD. De patientfaktorer som inverkar är t.ex. tidigare psykiska sjukdomar, akuta medicinska problem och ouppfyllda behov (smärta, sömnproblem, rädsla, tristess). Faktorer hos vårdpersonal som kan leda till uppkomst av BPSD är t.ex. stress, stor börda, depression, otillräcklig kunskap om minnessjukdomar, problem med kommunikationen och obalans mellan vårdarens förväntningar och klientens förmåga. De faktorer i miljön som påverkar är över- eller understimulering, säkerhetsfrågor, bristfällig aktivitet eller struktur samt bristfälliga eller icke existerande rutiner.

#### **4.2 Behandlingsformer av BPSD**

I behandling av BPSD har användningen av antipsykotiska läkemedel varit vanlig. Dock visar forskning att antipsykotiska läkemedel i vård av BPSD ökar risken för stroke och död, samt även ökad risk för fall och kognitivt avtagande (Backhouse et al. 2016 s. 856; Kirkham et al. 2016 s. 171). Trots att majoriteten av vårddirektiv för BPSD lyfter fram

olika icke farmakologiska behandlingsformer, visar forskning att dessa behandlingsformer inte alltid är genomförbara i praktiken pga. resursbrist eller kunskapsbrist (Kirkham et al. 2016 s. 171).

Då BPSD inte behandlas, kan de leda till en snabbare försämring i funktionsförmåga, försämrade livskvalitet och vårdkvalitet och ett ökat vårdbehov. Icke farmakologiska behandlingsformer är alltså att föredra, och majoriteten av officiella vårdriktiv rekommenderar icke-farmakologiska behandlingsformer. (Gitlin et al. 2012 s. 1)

Icke farmakologiska behandlingsformer och interventioner kan delas in i två kategorier: sådana som är riktade till personen med minnessjukdom och BPSD samt interventioner riktade mot vårdpersonalen. Behandlingsformer riktade mot personer med minnessjukdom och BPSD inkluderar t.ex. musik, musikterapi, aromaterapi, snoezelen terapi, sensorisk stimulation, strukturerad aktivitet eller manipulation av miljön (Livingston et al. 2005). Vidare kan dessa behandlingsformer delas in i direkta och indirekta behandlingsformer. De direkta behandlingsformerna eller interventionerna är riktade mot det specifika beteendet eller symtomet. De indirekta behandlingsformerna är i sin tur riktade för att öka den generella livskvaliteten i hopp om att minska BPSD (Backhouse et al. 2016 s. 856).

Livingston et al. (2005 s. 2015-2017) fann att musikterapi och Snoezelen var effektiva under själva terapisessionen och minskade symtom under den stunden, men hade inga långvariga effekter. Snoezelenmetoden betyder att man erbjuder sinnesstimulering i en anpassad miljö, ofta ett mindre rum, där synen, hörseln, lukt, smak och känsel blir stimulerat i en kravlös miljö (Svenskt Demenscentrum 2019b). Ett hinder för användning av snoezelenmetoden är dess höga kostnad i jämförelse med den relativt lilla nyttan i behandling av t.ex. BPSD man får (Livingston et al. 2005 s. 2016).

En långvarigare effekt har kunnat fås med olika slags fortbildningar och utbildningar för vårdare som arbetar med personer med minnessjukdom och BPSD. Speciellt stor och långvarig var effekten då undervisningen gavs på en individuell och personlig nivå kontra undervisning som gavs i grupp (Livingston et al. 2005 s. 2016).

Studier visar att mer forskning bland de olika icke farmakologiska behandlingsformerna behövs (Kolanowski et al. 2017; Livingston et al. 2005). På det stora hela finns det för lite forskning om icke farmakologiska behandlingsformers inverkan på olika typers symtom, och då många av metoderna eller behandlingsformerna kan vara relativt dyra och tidskrävande, kan det vara en orsak till att läkare och vårdare fortfarande lätt tar till psykofarmaka när det kommer till behandling av BPSD (Backhouse et al. 2016 s. 857).

Icke farmakologiska behandlingsformer har som mål att förebygga, behandla, minska eller eliminera frekvensen eller svårighetsgraden av symtomen. Vidare mål är att minska vårdarens börda och förebygga att klient eller vårdare kommer till skada. (Gitlin et al. 2012)

Då antipsykotiska läkemedel används för vård av BPSD, är det viktigt att med jämna mellanrum utreda responsen och terapivaret, för att vid möjlighet avbryta läkemedelsvården (Duodecim 2017). Att minska användningen av antipsykotiska läkemedel kräver ett medvetet samarbete av såväl läkare, sjukskötare, närvårdare samt själva sjukvårdsorganisationerna (Kirkham et al 2016 s. 177). För att man skall kunna öka bruket av icke farmakologiska behandlingsformer behövs en ökad kunskap om dessa behandlingsformer och om BPSD. Dessutom behövs ökade resurser, då forskning visar att vårdinstanser där det finns mindre personal och där personalen inte har tillräckligt med tid att tillbringa med sina klienter även har en större prevalens av antipsykotiska läkemedel (Kirkham et al. 2016 s. 171).

### **4.3 Vårdpersonalens kunskapsnivå och dess inverkan på BPSD**

Livingston et al. (2005 s. 2015) menar att de effektivaste interventionerna är de som fokuserar på vårdpersonalens kunskapsbas och kommunikationsfärdigheter. Vårdpersonal som fått träning i kommunikationsfärdigheter ledde till att patienternas aggression minskade märkbart upp till 3 månader efter träningen, och patienternas depression minskade efter 6 månader. Vårdpersonal som fått utbildning om minnessjukdomar och vårdstrategier ledde till ett minskat behov av fysisk tygel samt minskad aggression mot vårdpersonalen.

Ervin et al. (2010 s. 91-92) menar att vårdpersonal i Australien har kunskap om BPSD i den grad att de kan utesluta övriga orsaker till beteendet, som smärta, trötthet, hunger eller konstipation. Dock saknar personalen i övrigt kunskap om olika behandlingsformer, och respondenterna beskriver hur de anser att psykofarmaka är en lämplig behandlingsform, trots officiella vårddirektiv samt även respondenternas egna erfarenheter om psykofarmakas effektivitet. Ingen av respondenterna nämnde personcentrerad vård eller kände till Tom Kitwoods teori om emotionella behov. Dessutom ansåg respondenterna att klientens behov av en meningsfull vardag och identitet inte hör till sjukskötarens roll, vilket står i direkt motsats till det den personcentrerade vårdteorin säger.

Förutom att vårdpersonal möjligen inte har en tillräcklig kunskap om BPSD och dess behandlingsformer, kan ett vidare problem vara det att vårdpersonal inte heller är medvetna om sin bristfälliga kunskapsgrund. Vårdpersonal som deltog i Ervin et al. (2010) studie ansåg sig ha en hög kompetens och kunskapsnivå om ämnet, vilket visade sig vara i stort kontrast med de övriga resultaten i studien.

#### **4.4 Sammanfattning**

De möjliga orsakerna till BPSD är många, och forskning visar att de fysiologiska förändringarna i hjärnan i samband med interna och externa faktorer orsakar symtomen. Faktorer som inverkar kan vara t.ex. rädsla, smärta, konstipation, kommunikationssvårigheter, vårdpersonalens bristfälliga kunskap om minnessjukdom och BPSD, över- eller understimulerande miljö eller säkerhetsproblem på enheten. (Kolanowski et al. 2017; Gitlin et al. 2012)

För behandling av BPSD är icke-farmakologiska behandlingsformer att föredra. Trots att vårddirektiv rekommenderar icke-farmakologiska behandlingsformer är det vanligt att personer med minnessjukdom och BPSD ändå behandlas med antipsykotiska läkemedel. Antipsykotiska läkemedel ökar risken för fall, stroke, död och kognitivt avtagande (Backhouse et al. 2016; Kirkham et al. 2016 s. 171). Forskning visar att de största orsakerna till att icke farmakologiska behandlingsformer inte används är resursbrist (tid och/eller personal) och kunskapsbrist (Kirkham et al. 2016; Backhouse et al. 2016).

Vissa icke farmakologiska behandlingsformer som musikterapi och Snoezelen är effektiva under själva terapisessionen, men man fann ingen långvarig effekt. Mer långvarig effekt gav undervisning för personalen. Långvariga effekter fick man speciellt då undervisningen fokuserade på vårdpersonalens kunskap om minnessjukdom och BPSD samt deras kommunikationsfärdigheter. Träning i dessa kan minska aggressivt beteende samt depression. (Livingston et al. 2005)

Forskningen visar att vårdpersonal ofta saknar en djupgående kunskap om minnessjukdom och BPSD. Vårdpersonal kan känna igen och utesluta möjliga andra orsaker till beteendeproblemen, som smärta, trötthet och hunger. Dock saknar vårdpersonalen ofta kunskap om övriga behandlingsformer. Ett vidare problem är att vårdpersonalen inte är medveten om sin bristfälliga kunskapsbas. (Ervin et al. 2010)

Artiklarna som valdes till forskningsöversikten visar att det finns tidigare forskning om BPSD och att det finns en relativt bra kunskap om möjliga behandlingsformer. Forskningen visar att ett stort problem och hinder för att dessa behandlingsformer skall användas är både personal- och tids- samt övrig resursbrist. Även brister i vårdpersonalens kunskapsgrund kan finnas.

## **5 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING**

Denna studie ämnar utreda vad en god vård av den minnessjuka personen med BPSD innebär, i syfte om att bidra till att förbättra vården av personer med minnessjukdom. Vidare vill denna studie se vilka hinder det finns för att en god vård av personer med minnessjukdom och BPSD sker.

Frågeställningar:

1. Vad innebär en god vård av personer med minnessjukdom och BPSD?
2. Vilka hinder finns det för god vård av personer med minnessjukdom och BPSD?

## 6 STUDIENS METOD OCH MATERIAL

I detta kapitel presenteras den valda metoden, datainsamlingen, etiska överväganden, materialet och analysprocessen.

### 6.1 Kvalitativ litteraturstudie

Som metod har den kvalitativa litteraturstudien valts. Litteraturstudier är den vanligaste typen av studie som är baserad på sekundärdata – med andra ord data som samlats in av andra. Syftet med detta upplägg är att få fram vilken kunskapsstatus som finns inom det valda fältet. Litteraturstudier baseras på rapporter, artiklar eller böcker som andra publicerat. Genom litteraturstudien ämnar man alltså ta fram vad som gjorts inom det valda fältet, att sammanställa teorier och sedan försöka slå fast vilken kunskap som redan innehas. (Jacobsen 2012 s. 59-60)

Denna metod valdes eftersom meningen med en kvalitativ litteraturstudie är att få en ökad kunskap och förståelse inom ett ämne, och det är även målet med denna studie. En kvalitativ litteraturstudie skall följa vissa steg, och dessa är att först motivera varför studien görs, att formulera frågor som går att besvara, formulera en plan för studien, bestämma sökord och strategi, identifiera litteratur och välja litteratur i form av vetenskapliga artiklar eller rapporter, sedan kritiskt värdera, kvalitetsbedöma och välja den litteratur som skall ingå, analysera samt diskutera resultat, och till sist sammanställa och dra slutsatser. (Forsberg & Wengström 2008 s. 35) I detta arbete kommer dessa steg att följas.

Machi och McEvoy (2012) har utarbetat en process med sex steg för litteraturstudier. Det första steget är att välja ett ämne, som följs av att litteratursökning, utveckling av argument, vidare undersökning av materialet, analysering av litteraturen och det sista steget är redovisning av resultat. För att kunna göra en litteraturstudie av god kvalitet är det viktigt att vara specifik i val av ämne och det är även nödvändigt att tydligt avgränsa sitt forskningsområde.

## 6.2 Etiska överväganden

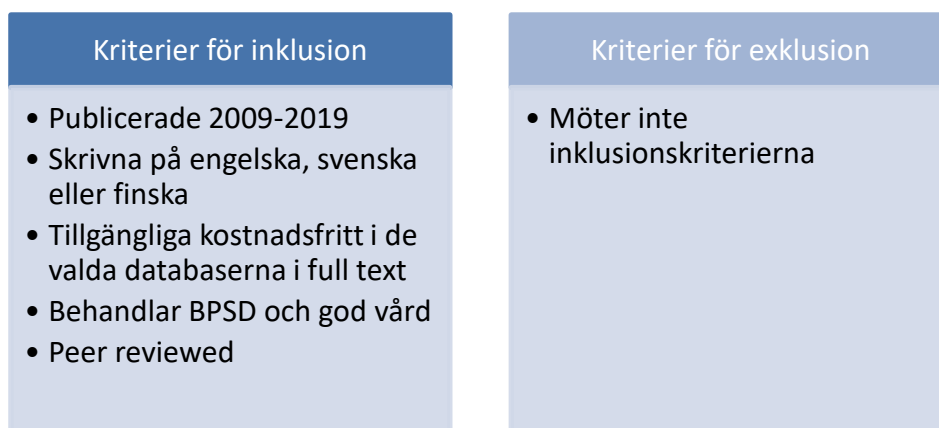
Skribenten ämnar följa Arcadas regler för god vetenskaplig praxis, vilket innebär att arbetsprocessen utförs ärligt, noggrant och med hänsyn till etiken inom mitt yrkesområde (Arcada 2014).

God vetenskaplig praxis innebär att man iakttar ärlighet, omsorgsfullhet och noggrannhet i sin undersökning, dokumentering och presentation av resultat samt även i bedömning av andras undersökningar och resultat. Dessutom innebär det att man tillämpar etiskt hållbara dataanskaffnings-, undersöknings- och bedömningsmetoder. Vidare bör man ta hänsyn till andra forskare och medstudenter genom t.ex. korrekta hänvisningar. Undersökningen skall planeras, genomföras och rapporteras så att de krav som vetenskapliga metoder förutsätter möts. Skribenten ämnar följa dessa riktlinjer enligt bästa förmåga. (Arcada 2014)

Skribenten skriver arbetet ensam och har ingen finansiell eller övrig bundenhet som har betydelse för undersökningen. Skribenten ämnar även undvika alla former av avvikelser från god vetenskaplig praxis, d.v.s. bland annat fabricering, förfalskning, plagiering eller stöld. (Arcada 2014)

## 6.3 Datainsamling

Artikelsökningen gjordes under året 2020 i olika repriser. Skribenten använder databaserna Academic Search Elite, Cinahl och PubMed för att hitta lämpliga artiklar. Som kriterier för inklusion används t.ex. tillgänglighet till full text kostnadsfritt, artikelns språk och publiceringsår (figur 4). Artiklar som behandlar god vård av personer med minnessjukdom men som inte nämner BPSD eller neuropsykiatriska symtom exkluderas, och även alla artiklar som inte möter inklusionskriterierna.



Figur 4. Kriterier för inklusion och exklusion

Som sökord användes olika kombinationer av "BPSD", "behavioural and psychological symptoms of dementia", "neuropsychiatric symptoms", "nursing care" och "quality of care". Genom dessa sökord och inklusionskriterierna valdes fem artiklar skriva på engelska, publicerade mellan åren 2015 och 2020.

## 6.4 Material

Genom datainsamlingen hittades fem artiklar som inkluderades i analysen. Artiklarna genomgick en kvalitetsgranskning utgående från Karolinska institutets (2020) frågeställningar för en kvalitativ forskningsartikel. Punkterna som kvalitetsgranskades är t.ex. relevans, aktualitet, studietyp och studiekvalitet. Skribenten anser att alla de valda artiklarna fyllde dessa punkter. Till näst presenteras de inkluderade artiklarna kort, och vidare information om artiklarna kan hittas i Bilaga 1.

### **Arai et al. 2017: Behavioral and psychological symptoms of dementia in older residents in longterm care facilities in Japan: a cross-sectional study**

I sin studie från 2017 undersökte Arai et al. prevalensen av beteendemässiga och psykologiska symtom vid demens hos personer som bodde på vårdhem i Hokkaido, Japan. Studien genomfördes som en enkätstudie, där vårdpersonal svarade på frågor om sina klienter, deras hälsa, omgivning och BPSD. De fann att 64% av alla som bodde på vårdhem hade någon sorts BPSD. De fann att Alzheimers sjukdom, obalans mellan



ADL och kognitiva funktioner, och dåliga relationer mellan klienterna resulterade mer sannolikt i framkomsten av BPSD.

### **Ballard et al. 2018: Impact of person-centred care training and person-centred activities on quality of life, agitation, and antipsychotic use in people with dementia living in nursing homes: A cluster-randomised controlled trial**

Ballard et al. (2018) undersökte hur personcentrerad vård, utbildning i personcentrerad vård samt personcentrerade aktiviteter påverkar livskvaliteten och användningen av antipsykotiska läkemedel i vårdhem. Studien genomfördes som en randomiserad klusterstudie mellan januari 2013 och september 2015 i 69 olika vårdhem i Storbritannien. Personalen i dessa vårdhem fick utbildning i personcentrerad vård. Studien fann att personcentrerad vård ökar livskvaliteten och minskar ångest. Personcentrerad vård minskade inte på användningen av antipsykotiska läkemedel i denna studie.

### **Wang et al. 2020: Personalising Management of behavioural and psychological symptoms of dementia in nursing homes: Exploring the synergy of quantitative and qualitative data**

I sin studie från 2020 undersökte Wang et al. hur man genom samling av personlig kvalitativ och kvantitativa data kan vårda personer med minnessjukdom som uppvisar BPSD. Data som samlades in kunde användas för att märka förändringar i beteende och aktivitet, vilket kunde tala om t.ex. smärta eller andra orsaker som ledde till BPSD. Genom de samlade data kunde vården göras mer personlig.

### **Chenoweth et al. 2019: Effects of person-centered care at the organisational-level for people with dementia. A systematic review**

Chenoweth et al. (2015) undersökte genom en systematisk litteraturstudie hur personcentrerad vård på en organisationsnivå påverkade personer med minnessjukdom. De fann att ifall personcentrerad vård möjliggjordes och uppmuntrades av ledningen inom organisationen, uppvisade personerna med minnessjukdom färre BPSD. Då ledningen

erbjöd utbildning för hela personalen var det mer sannolikt att vården faktiskt var personcentrerad.

### **Wang et al. 2015: The investigation and comparison of the underlying needs of common disruptive behaviours in patients with Alzheimer's disease**

Wang et al. (2015) genomförde en semi-strukturerad intervjustudie för att se vilka underliggande behov kan finnas bakom BPSD med fokus på fem symtom: samlande av saker, aggressivt beteende, repetitivt beteende, förändringar i matvanor samt vanföreställningar. Data samlades in genom intervjuer med vårdpersonal. Studien fann att det är viktigt att förstå behoven som ligger bakom BPSD och därmed kunna göra personens vårdplan med individuell.

## **6.5 Innehållsanalys**

Innehållsanalys är en metod som är utvecklat för att hantera stora mängder data. Genom kvalitativ innehållsanalys kan man tolka texter. Innehållsanalys som metod kan vara både deduktiv och induktiv. Deduktiv ansats innebär att man gör en analys utgående från en redan utarbetad mall eller teori, medan man med en induktiv ansats gör en förutsättningslös analys av texter. (Lundman & Hällgren Graneheim 2012 s. 159-160)

I detta arbete har en induktiv ansats använts, då analysen varit förutsättningslös och inte utgår från en färdigt utarbetad mall.

I innehållsanalys används ofta begrepp som analysenhet, domäner, meningsenhet, kondensering, kodning, kategorisering och tematisering. En analysenhet är den enhet som skall analyseras, t.ex. en artikel. Analysenheten måste vara tillräckligt stor för att kunna utgöra en helhet och även vara tillräckligt liten att den är hanterbar. En domän är delar av en text som berör ett specifikt område, och kan därmed utgöra en grov struktur. En meningsenhet i sin tur är en meningsbärande del av texten, t.ex. citat, eller enstaka ord eller meningar. Meningsenheten utgör grunden för analysen och bör vara av lagom storlek för att kunna hanteras. (Lundman & Hällgren Graneheim 2012 s. 162-163)

Då analysen fortsätter kondenseras och abstraheras meningsenheterna. Kondensering innebär att texten blir kortare och därmed lättare hanterbar, men samtidigt bevaras det centrala innehållet. Med abstrahering menas att lyfta innehåller till en högre logisk nivå. Den kondenserade texten abstraheras alltså och ges koder. Koderna i sin tur sammanförs till kategorier eller teman. En kod är en etikett på en meningsenhet som beskriver innehållet. Då flera koder med liknande innehåll sätts ihop bildas en kategori. Innehållet i en kategori är nära besläktat, och inga data bör finnas i flera kategorier eller falla mellan två kategorier. Då kategorier läggs ihop hittas ett tema. Man kan kalla ett tema den röda tråden som finns i flera kategorier. (Lundman & Hällgren Graneheim 2012 s. 163-163)

I tabell 2 syns de koder och kategorier som kom fram under analysen. De tre kategorier som lyftes fram är personcentrerad vård, individens behov och vårdorganisationen. Med vårdorganisation menas i denna kontext hela vårdpersonalen (närvårdare, sjukskötare, läkare, psykologer, fysioterapeuter, ergoterapeuter osv) samt ledningen inom sjukhuset, vårdenheten eller vårdorganisationen.

Tabell 2. Koder och kategorier

<b>KODER:</b>	<b>KATEGORI:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personlig vård</li> <li>- Fokus på individens liv och erfarenheter</li> <li>- Meningsfulla aktiviteter anpassade för individen</li> </ul>	Personcentrerad vård
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fysiska miljön</li> <li>- Relationer till familj</li> <li>- Relationer till personal och övriga patienter/klienter</li> <li>- Aktivitet</li> <li>- Livskvalitet</li> <li>- Uteslutning av övriga orsaker till BPSD</li> <li>- Ouppfyllda behov</li> <li>- Trygghet/säkerhet</li> </ul>	Individens behov

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personalens kunskap</li> <li>- Ledarskap</li> <li>- Utbildning, fortbildning</li> <li>- Interventioner</li> <li>- Samling av data</li> <li>- Användning av samlade data</li> <li>- Tidsbrist</li> <li>- Personalbrist</li> </ul>	Vårdorganisationen
---	--------------------

## 7 RESULTAT

Detta examensarbete vill svara på frågorna ”Vad innebär en god vård av personer med minnessjukdom och BPSD?” och ” Vilka hinder finns det för god vård av personer med minnessjukdom och BPSD?”. Genom en innehållsanalys av fem forskningsartiklar, kan man konstatera att en god vård av personer med minnessjukdom och BPSD inte har ett enkelt svar. Tre kategorier kom fram under innehållsanalysen: personcentrerad vård, individens behov och vårdorganisationen. Dessa tre kategorier är av stor vikt för den goda vården av personer med minnessjukdom och BPSD. Den tredje kategorin ”vårdorganisationen” tar indirekt upp fler hinder för god vård av personer med minnessjukdom och BPSD. I detta kapitel kommer resultaten av innehållsanalysen presenteras.

### 7.1 Personcentrerad vård

Personcentrerad vård är ett centralt tema för god vård av personer med minnessjukdom som uppvisar BPSD. Orsaker bakom det att personcentrerad vård inte används i så stor grad inom äldreården kan vara t.ex. svårigheter i att integrera den personcentrerade vården inom de existerande vårdformerna samt det stora fokuset på prestation och effektivitet på arbetsplatserna (Chenoweth et al 2019).

Ballard et al. (2018) menar att en intervention med fokus på att implementera ett personcentrerat arbetssätt på vårdhem för personer med minnessjukdom har en märkbar effekt på individernas livskvalitet, nivå av ångest samt överlag framkomsten av BPSD. Resultaten i den 9 månader varande studien kan enligt Ballard et al. jämföras med effekten som fås av antipsykotiska läkemedel. Chenoweth et al. (2019) i sin tur fann en

märkbar förhöjning i livskvaliteten då vården var personcentrerad, men de fann inte någon märkbar förbättring i prevalensen av BPSD, och ingen förbättring i prevalensen av depression eller ångest.

För att kunna erbjuda en personlig, personcentrerad vård kan vårdpersonalen uppmuntras att söka information om personen med minnessjukdom och BPSD, antingen genom diskussion med individen eller med individens anhöriga. Detta är viktigt eftersom vården inte kan vara personlig och modifierad enligt individens behov och vanor om vårdpersonalen inte är medveten om dessa vanor och behov. Förutom individens livshistoria är det viktigt att få en bild om individens personlighet. (Chenoweth et al. 2019).

Förutom att bygga en bra relation till personen med minnessjukdom och dess anhöriga för att få en förståelse för personens livshistoria, vanor och personlighet, är det viktigt att under sjukdomens förlopp uppdatera kunskapen regelbundet. Här kommer olika data som samlas in med i bilden. T.ex. rapportering och dokumentering är av stor vikt för att kunna göra en individuell vårdplan. Olika metoder för att samla in vidare data om t.ex. aktivitet kan även användas då en vårdplan görs. (Wang et al. 2020)

## **7.2 Individens behov**

För att kunna ge en personcentrerad vård, måste man utgå från individens behov. Ibland kan det vara rätt krävande att förstå och inse vilka dessa behov är, då personer med minnessjukdom kan ha svårt att uttrycka sig verbalt. (Wang et al. 2015)

Ouppfyllda behov kan ligga bakom de uppvisade BPSD, och därför är det viktigt att förstå vilka behov som individen har. Utan denna information kan vårdpersonalen ha uppfattningen att personen med minnessjukdom beter sig ”illa” pga. en svår personlighet. Detta i sin tur kan leda till en dålig vårdrelation mellan vårdare och individen. Wang et al. (2015) menar att för att man skall kunna ha ett personcentrerat arbetssätt måste personen med minnessjukdoms behov förstås och uppfyllas i mån av möjlighet.

Wang et al. (2020) forskade kring kvalitativa och kvantitativa data, som vårdpersonal kan använda sig av i vården av personer med minnessjukdom och BPSD. Vårdpersonal

som tagit del i studien ansåg att det är viktigt att få varierande data t.ex. med hjälp av elektroniska klockor som samlar data om personernas aktivitet under dagen. Denna data, och speciellt förändringar i data, kan hjälpa förstå och märka olika behov som personer med minnessjukdom har. Förändringar i aktivitet kan t.ex. tala om smärta eller andra fysiologiska orsaker som är viktiga att utesluta som orsak för BPSD.

Ouppfyllda behov ligger ofta i bakgrunden då beteendemässiga och psykologiska symtom uppvisas. Wang et al. (2015) delar upp dessa behov i fyra kategorier: fysiologiska behov, behov av säkerhet och trygghet, behov av kärlek och samhörighet samt ett behov av självkänsla. Olika beteendemässiga symtom tyder inte alltid på specifika behov, utan dessa varierar också mellan personer med minnessjukdom och BPSD. Förutom att ett visst symtom kan tyda på många olika behov, kan ett uppfyllt behov uppvisas som olika beteendemässiga och psykologiska symtom.

Sociala faktorer och faktorer i miljön kan även orsaka BPSD. Personer med minnessjukdom som har väldigt få eller rentav dåliga relationer till övriga personer och personal på enheten är mer sannolika att lida av ett eller flera BPSD. Dock kan det även hända att olika BPSD kan vara den grundläggande orsaken bakom den dåliga relationen, vilket sedan förvärrar BPSD. (Arai et al. 2017)

Då minnessjukdomen skrider framåt, leder det till en sänkt funktionsförmåga och kognitiva färdigheter. Ibland sker dessa inte samtidigt, och då den fysiska och kognitiva funktionsförmågan är i obalans är det mer sannolikt att hen även uppvisar BPSD. Då en obalans mellan den fysiska och kognitiva funktionsförmågan märks, är det viktigt att stöda funktionsförmågan så att obalansen tillrättas. Över lag är det viktigt att stärka personen med minnessjukdom till att vara så självständig i sina aktiviteter i dagliga livet (ADL), t.ex. påklädning, ätande och hygien. Då en person med minnessjukdom inte tillåts försöka klara av saker själv, är det mer troligt att hen också uppvisar BPSD. (Arai et al. 2017)

Även den fysiska miljön och omgivningen inverkar på personen med minnessjukdom. Om det är för mycket oljud, det luktar illa, för varmt eller för kallt, för stark eller dunkel belysning eller för mycket människor omkring, kan det resultera i BPSD, då individen

inte kan inverka på dessa eller föra fram sin önskan om förändring i dessa (Wang et al. 2020). Den fysiska omgivningen kan även vara ett vidare redskap till att möjliggöra en personcentrerad vård. Den fysiska omgivningen kan användas för att stöda personen med minnessjukdoms rätt till integritet och privatliv, maximera självständighet, stöda både den fysiska och kognitiva funktionsförmågan, ge möjlighet till socialt umgänge och ge en känsla av trygghet (Chenoweth et al 2019).

### **7.3 Vårdorganisationen**

Både personcentrerad vård och över lag god vård är starkt bunden till vårdorganisationen, alltså vårdpersonalen, organisationens ledning, organisationens principer och resurser som finns tillgängliga. För att en personcentrerad vård skall kunna erbjudas av vårdpersonalen, måste organisationens ledning demonstrera engagemang och stöd för vårdpersonalen, genom att ha en klar vision om vad personcentrerad vård innebär, möjliggöra tillräckliga resurser och etablera värden genom hela organisationen som stärker en personcentrerad vård. (Chenoweth et al. 2019)

Implementationen av personcentrerad vård är beroende på många faktorer, som inte alltid kommer fram i olika studier. Chenoweth et al. (2019) konstaterar att personcentrerad vård är beroende av t.ex. arbetskulturen inom organisationen, personalens kunskap och utbildningsnivå, personalbrist samt den fysiska och psykosociala omgivningen. Personcentrerad vård har försökts implementeras genom olika slags interventioner som tar fasta på vårdpersonalens kunskapsnivå, färdigheter, vårdkulturen och arbetssätt (Ballard et al. 2018).

För att personer med minnessjukdom och BPSD skall få en god, personcentrerad vård, är det av stor vikt att interventionerna som implementeras gäller hela organisationen. Genom att ledningen ger entydiga mål och redskap för att nå dem, kan vårdpersonalen arbeta tillsammans mot en god vård för personer med minnessjukdom. Det är viktigt att erbjuda tillräckligt med resurser, utbildning och tydliga exempel och modeller för t.ex. kommunikation med personer med minnessjukdom. Utbildning i kommunikation kan göra tolkning av BPSD och bakomliggande behov enklare. Förutom detta är det viktigt

att ledningen demonstrerar attityder som placerar relationen till individen före prestationer inom vården. (Chenoweth et al. 2019)

Inom äldreården framkommer det ofta personalbrist och en hög personalomsättning. Detta försvårar en god, personcentrerad vård, då den nya vårdpersonalen inte känner personerna med minnessjukdom och BPSD, deras personlighet, vanor eller färdigheter. För att personcentrerad vård skall kunna implementeras på ett hållbart sätt måste förändringen och stödet komma från ledningen, och det måste finnas tillräckligt med resurser. (Ballard et al. 2018)

## 7.4 Sammanfattning

Vad är alltså god vård av personer med minnessjukdom och BPSD och vilka möjliga hinder finns det? Svaret på denna fråga är mångfacetterad, och resultatet av denna litteraturanalys visar att en god vård är individuellt anpassad, alltså personcentrerad, men den goda vården kräver även vissa insatser på en organisationsnivå, t.ex. utbildning och tillräckliga resurser. Utbildningen eller utbildningen av personal kan handla konkret om information om BPSD eller personcentrerad vård, eller så kan det handla mer specifikt om t.ex. kommunikation med personer med minnessjukdom (Chenoweth et al. 2019). Utbildning som ökar personalens färdigheter i kommunikation kan också öka personens känsla av samhörighet och kärlek (Wang et al. 2015), då personen blir bättre förstådd.

Vidare är vården skraddarsydd till individens behov, oberoende av behovets slag. Då behoven blir ouppfyllda resulterar det i uppkomsten av BPSD. Wang et al. (2015) delar in individens behov i fyra kategorier: fysiologiska behov, behov av säkerhet och trygghet, behov av samhörighet och kärlek samt ett behov av självkänsla. När man jämför detta med Kitwoods (1997 s. 80-84) *Flower of emotional needs* finns tydliga jämligheter. I grunden vill alla människor, vare sig man har minnessjukdom eller inte, ha kärlek, samhörighet, trygghet och en stark självkänsla eller känsla av identitet. Då vårdpersonalen tar sig tid och anstränger sig för att lära känna individen är det mer sannolikt att dessa behov blir uppfyllda, och framkomsten av BPSD kan minska.



För att vården skall kunna vara individuellt anpassad är det viktigt att vårdorganisationen möjliggör detta genom utbildning, tillräckliga resurser och genom att inom organisationen utveckla arbetsgemenskapen och attityder gentemot personer med minnessjukdom och BPSD. Möjliga hinder för att en god vård skall erbjudas är arbetskulturen, personal- eller tidsbrist, hög personalomsättning, vårdorganisationens attityd gentemot personcentrerad vård samt kunskapsbrist och utbildningsnivå.

## **8 DISKUSSION**

I detta kapitel diskuterar skribenten resultatet. I det första stycket diskuteras resultatet och arbetet granskas kritiskt. I den andra delen diskuteras metoden och förslag till framtida arbeten inom ämnet ges. Till sist kommer ännu en reflekterande avslutning på detta arbete.

### **8.1 Resultatdiskussion**

God vård är ett mångfacetterat fenomen som är väldigt centralt för sjukskötare och andra personer inom vårddyrket. Vården av personer med minnessjukdom och BPSD är också en svår fråga som inte har ett entydigt svar.

Då den tidigare forskningen långt såg på helheter kring vårdandet av personer med minnessjukdom och BPSD, har forskningen under de senaste 5 åren fokuserat mer på de individuella behoven och den personcentrerade vården. Personcentrerad vård är något som definitivt bör strävas efter för att uppnå en god vård av personer med minnessjukdom och BPSD, men tyvärr är det inte alltid så lätt att genomföra som man skulle önska. Möjliga hinder för genomförandet av personcentrerad vård är tidsbrist, personalbrist, personalens utbildning och kunskapsnivå, engagemang och stöd från ledningen samt fokuset på prestation på arbetsplatsen.

Personcentrerad vård kan implementeras på olika vis, och vidare forskning olika interventioner behövs. Det finns många slags interventioner för att göra den personcentrerade vården lättare tillgänglig och mer bekant för vårdorganisationer som arbetar med

personer med minnessjukdom och BPSD. Ballard et al. (2018) forskade kring interventionen WHELD (Improving wellbeing and health for people living with dementia) och fann att interventioner som WHELD är ett bra sätt att introducera konceptet personcentrerad vård, men att dagens vårdkultur samt personalomsättningen bland äldrevården är ett stort hinder för att personcentrerad vård skall bli välintegrerat i vårdverkligheten. Då vårdpersonalen har en hög omsättning är det svårt att se till att vården är individuellt anpassad. Här kan dock olika program och interventioner för dokumentering och rapportering hjälpa. Wang et al. (2020) fann att kvantitativa och kvalitativa data som samlas in med hjälp av t.ex. elektroniska klockor, kan hjälpa vårdpersonalen reagera på förändringar samt göra vården mer individuellt anpassad, då de kan följa med data genom patientjournalen om de inte haft tillräckligt med tid eller möjlighet att göra det under arbetsskiftet.

God vård av personer med minnessjukdom och BPSD kan vara komplicerat. Då minnessjukdomen framskrider försämras den fysiska och kognitiva funktionsförmågan, och personens behov och vilja är svår att förstå. För att kunna tolka behoven behövs tid och engagemang från vårdpersonalen, men i dagens läge då resurser finns knapert, är det inte alltid så realistiskt. Forskning visar att ett personcentrerat arbetssätt kan vara minst lika effektivt som antipsykotiska läkemedel, men med mycket färre riskfaktorer (Ballard et al. 2018). Personcentrerad vård kan minska BPSD och öka livskvaliteten hos personer med minnessjukdom och BPSD, men kräver en viss tidsmässig och ekonomisk insats från vårdorganisationerna. Förhoppningsvis kommer den personcentrerade vården att vara en standard för vården av personer med minnessjukdom och BPSD.

Då denna litteraturstudie gjordes med frågeställningarna ”Vad innebär en god vård av personer med minnessjukdom och BPSD?” och ”Vilka hinder finns det för god vård av personer med minnessjukdom och BPSD?”, anser skribenten att frågeställningar blivit besvarade. God vård i sig är en bred fråga med många faktorer som spelar in, men denna litteraturstudie har fått ett svar för hur den goda vården kan se ut för personer med minnessjukdom och BPSD. Trots att litteraturstudien främst hade fokus på den goda vården och personcentrerad vård, fick skribenten även ett svar på möjliga hinder för god vård av personer med minnessjukdom och BPSD. Denna frågeställning kunde

ha fått ett bredare och djupare svar genom en mer specifik litteratursökning, men skribenten anser att det svar som nu fås är tillräckligt i denna kontext.

## **8.2 Metoddiskussion och förslag till framtida forskning**

Detta examensarbete gjordes som en kvalitativ litteraturstudie med induktiv innehållsanalys. Metoden var lämplig för denna studie, då skribenten ville veta vad den färskaste forskningen sade om den goda vården av personer med minnessjukdom och BPSD. Det hade också varit intressant att göra en intervjustudie eller enkätstudie kring vårdpersonalens kunskap kring BPSD eller åsikter om personcentrerad vård. Skribenten hoppas att dessa tema kommer forskas kring mer i framtiden.

Denna litteraturstudie gjordes under året 2020. Litteratursökningen för analys gjorde i två olika repriser, varav den sista var i december 2020. Detta möjliggjorde att även den nyaste forskningen kom med till studien. Inklusions och exklusionskriterierna var noggrant utvalda och motiverade, vilket ökar litteraturstudiens validitet. Skribenten anser att kriterierna för inklusion och exklusion var lämpliga, och styrde inte forskningens vinkling för starkt.

Den valda litteraturen granskades noggrant med hjälp av Karolinska institutets (2020) riktlinjer för kvalitativa studier. Den valda litteraturen ansågs vara relevant för frågeställningarna, aktuell i och med att den valda litteraturen var högst 5 år gammal, studietyperna varierade men ansågs vara pålitliga och väl planerade och studie kvaliteten ansågs av skribenten vara god.

Denna litteraturstudie kunde förbättras genom en mer specifik frågeställning och litteratursökning, t.ex. kunde den ha vinklats mot enbart personcentrerad vård eller psykologiska behov bakom BPSD, för att få en djupare insyn på ämnet. Skribenten anser trots detta är denna litteraturstudie ger en bra bild om hur den goda vården av personer med minnessjukdom och BPSD kan se ut.

## **8.3 Avslutande reflektion**

Då minnessjukdomar ökar bland populationen runtom hela världen, blir deras vård mer och mer aktuell. En god vård av personer med minnessjukdom kan minska framkomsten

av BPSD, vilket är viktigt, då BPSD är en ledande orsak till stress bland vårdare och en stor orsak till lidande bland de personer med minnessjukdom som uppvisar dessa symptom.

Personcentrerad vård är det man önskar vore en självklarhet bland vårdinstanser där personer med minnessjukdom påträffas. Tyvärr finns inte tillräckliga resurser som möjliggör detta i dagens läge. Personcentrerad vård är inte heller en realistisk möjlighet t.ex. på jourer eller avdelningar med korttidsvård. Förstås skall patienten alltid ses som en individ, men ren personcentrerad vård kan vara väldigt svår att genomföra i praktiken på avdelningar där patientomsättningen är stor och vårdtiderna korta. Därför lämpar sig denna litteraturstudie främst för vårdinstanser och -organisationer som äldreboenden, stödda grupphem eller andra avdelningar där personer med minnessjukdom har en möjlighet att lära känna personalen och omgivningen.

Skribenten hoppas att detta ämne kommer även i fortsättningen att forskas kring, då en förtvinande kognitiv funktionsförmåga inte är en orsak till att glömma personen bakom sjukdomen. Personer med minnessjukdom behöver tvärtom mer stöd och hjälp till att kvarhålla sin identitet, för att få leva sitt liv till slut med upplevelser av kärlek, trygghet, samhörighet och delaktighet. Det är trots allt något vi alla människor längtar efter.

## KÄLLOR / REFERENSER

- Alzheimer's Association, 2018, *A guide to quality care from the perspectives of people living with dementia*. Tillgänglig: <https://www.alz.org/getmedia/a6b80947-18cb-4daf-91e4-7f4c52d598fd/quality-care-person-living-with-dementia> Hämtad: 30.10.2019
- Arai, A., Ozaki, T. & Katsumata, Y. 2017. Behavioral and psychological symptoms of dementia in older residents in longterm care facilities in Japan: a cross-sectional study. *Aging and Mental Health*. 2017, vol 21, no 10. S. 1099 - 1105
- Arcada, 2014, *God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada*. Tillgänglig: [https://start.arcada.fi/system/files/media/file/2019-06/god\\_vetenskaplig\\_praxis\\_i\\_studier\\_vid\\_arcada.pdf](https://start.arcada.fi/system/files/media/file/2019-06/god_vetenskaplig_praxis_i_studier_vid_arcada.pdf) Hämtad: 23.10.2019
- Backhouse, T., Killeth, A., Penhale, B. & Gray, R. 2016. The use of non-pharmacological interventions for dementia behaviours in care homes: findings from four in-depth, ethnographic case studies. *Age and Ageing*. 2016 Nov;45(6):856-863
- Ballard, C., Corbett, A., Orrell, M., William, G., Moniz-Cook, E., Romeo, R., Woods, B., Garrod, L., Testad, I., Woodward-Carlton, B., Wenborn, J., Knapp, M. & Fossey, J. 2018. Impact of person-centred care training and person-centred activities on quality of life, agitation, and antipsychotic use in people with dementia living in nursing homes: A cluster-randomised controlled trial. *PLoS Med*. 2018. 15(2).
- Cerejeira, J., Lagarto, L. & Mukaetova-Ladinska, E.B. 2012. Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Frontiers in Neurology* 2012, 3:73. Tillgänglig: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3345875/>
- Chenoweth, L., Stein-Parbury, J. Lapkin, S., Wang, A., Liu, X. & Williams, A. 2019. Effects of person-centered care at the organisational-level for people with dementia. A systematic review. *PLoS ONE* 2019 14(2).
- Duodecim, 2017, *Muistisairaudet*. Tillgänglig: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50044#s24> Hämtad: 9.1.2020
- Edvardsson, D., Winblad, B. & Sandman, P.O., 2008, Person-centered care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *Lancet Neurology*, vol 7. S. 362-367.
- Ervin, K., Finlayson, S. & Cross, M. 2010. The management of behavioural problems associated with dementia in rural aged care. *Collegian*. 2012;19(2):85-95
- Forsberg, C., & Wengström, Y., 2008, *Att göra systematiska litteraturstudier: vägledning, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. S. 30-53

- Friberg, F., 2006, *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Studentlitteratur. S. 115-120
- Gitlin, L., Kales, H.C. & Lyketsos, C.G. 2012, Managing Behavioural Symptoms in Dementia Using Nonpharmacologic Approaches: An Overview. *Journal of the American Medical Association*. 308(19).
- HUS, 2019, *God vård och gott bemötande*. Tillgänglig: <https://www.hus.fi/sv/patienten/patientens-rattigheter/god-var-d-och-gott-bemotande/Sidor/default.aspx> Hämtad: 28.10.2019
- Hörnsten, Å. & Udo, C. 2018. *Personcentrerad vård*. Tillgänglig: <https://www.var-dhandboken.se/arbetsatt-och-ansvar/bemotande-i-var-d-och-omsorg/bemotande-i-var-d-och-omsorg-var-degrund/personcentrerad-var-d/> Hämtad: 5.11.2019
- Juva, K. 2018. *Undersökning av minnesstörningar*. Tillgänglig: <https://www.muistiliitto.fi/sv/minnessjukdomar/minnesstorningar-och-sjukdomar/undersokning-av-minnesstorningar> Hämtad: 1.11.2019
- Jönhagen, M., 2011, Demenssjukdomar – en översikt. I: Edberg, A-M. (red.), *Att möta personer med demens*, Studentlitteratur, s. 345-355
- Karolinska institutet, 2020, *Värdera information*. Tillgänglig: <https://kib.ki.se/soka-var-d-dera/var-d-dera-information> Hämtad: 9.12.2020
- Kirkham, J., Sherman, C., Velkers, C., Maxwell, C., Gill, S., Rochon, P. & Seitz, D. 2016. Antipsychotic Use in Dementia: Is There a Problem and Are There Solutions? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(3), pp. 170–181
- Kolanowski, A., Boltz, M., Galik, E., Gitlin, L.N., Kales, H.C., Resnick, B., Van Haitsma, K.S., Knehans, A., Sut-terlin, J.E., Sefcik, J.S., Liu, W., Pe-trovsky, D.V., Massimo, L., Gilmore-Bykovskyi, A., MacAndrew, M., Brewster, G., Nalls, V., Jao, Y-L., Duffort, N. & Scerpella, D. 2017. Determinants of behavioral and psychological symptoms of dementia: A scoping review of the evidence. *Nursing Outlook*. 2017 Sep - Oct;65(5):515-529.
- God Medicinsk Praxis, 2016, *Ohje potilaille ja läheisille: Muistipotilaiden käytösoireet (masennus, ahdistuneisuus, levottomuus, aistiharhat, harha-ajatukset)*. Tillgänglig: <https://www.kaypahoito.fi/nix01592> Hämtad: 9.10.2019
- God Medicinsk Praxis, 2018, *Minnessjukdomar*. Tillgänglig: <https://www.kaypahoito.fi/sv/gvr00014#s8> Hämtad: 21.10.2019
- Lag om patientens ställning och rättigheter. Finlex. Tillgänglig: <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785> Hämtad: 29.10.2019

- Livingston, G., Johnston, K., Katona, C., Paton, J. & Lyketsos, C.G. 2005. Systematic Review of Psychological Approaches to the Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia. *American Journal of Psychiatry*. 2005 Nov;162(11):1996-2021.
- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. 2012. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvården*, I: Granskär Monica & Höglund-Nielsen Birgitta. Studentlitteratur, Lund.
- Machi, L. A. & McEvoy, B. T. 2012. *The literature review : six steps to success*. Corwin Press cop.
- Minnesförbundet, 2018. *Minnesproblem – när ska man börja oroa sig?* Tillgänglig: <https://www.muistiliitto.fi/sv/minnessjukdomar/minnesproblem> Hämtad: 8.11.2019
- Niinistö, L. Mikä on hyvä hoito? *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 1995, 111:1. Tillgänglig: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/1995/1/duo50010> Hämtad: 29.10.2019
- Svenskt Demenscentrum, 2016. *Demenssjukdomar*. Tillgänglig: <http://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Demenssjukdomarna/> Hämtad: 22.10.2019
- Svenskt Demenscentrum, 2018. *Vad är demens?* Tillgänglig: <http://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Vad-ar-demens/> Hämtad: 21.10.2019
- Svenskt Demenscentrum, 2019a. *Beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD)*. Tillgänglig: <http://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Symtom/BPSD/> Hämtad: 5.11.2019
- Svenskt Demenscentrum, 2019b. *Snoezelenmetoden*. Tillgänglig: <http://www.demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/Metoder-och-arbetssatt/Snoezelenmetoden/> Hämtad: 7.1.2020
- Tarnanen, K., Rosenvall, A. & Tuunainen, A. 2017. *Minnesluckor – vad är det fråga om, vad hjälper?* Tillgänglig: <https://www.kaypahoito.fi/sv/khr00072> Hämtad: 21.10.2019
- Institutet för Hälsa och Välfärd, 2019a. *Minnessjukdomar*. Tillgänglig: <https://thl.fi/sv/web/folksjukdomar/minnessjukdomar> Hämtad: 9.10.2019
- Institutet för Hälsa och Välfärd, 2019b, *Muistisairauksien yleisyys*. Tillgänglig: <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-yleisyys> Hämtad: 8.11.2019

Valvira, 2018. *Potilaan asema ja oikeudet*. Tillgänglig: <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet> Hämtad: 29.10.2019

Wang, C.J., Pai, M.C., Hsiao, H.S. & Wang, J.J. 2015. The investigation and comparison of the underlying needs of common disruptive behaviours in patients with Alzheimer's disease. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2015, vol 29, s. 769 – 775.

Wang, G., Gong, H., Albayrak, A., van der Cammen, T. J. M. & Kortuem, G. 2020. Personalising Management of behavioural and psychological symptoms of dementia in nursing homes: Exploring the synergy of quantitative and qualitative data. *BioMed Research International*, vol 2020.



## BILAGA 1. Artikelpresentation

SÖKORD	DATABAS	FÖRFATTARE & ÅRTAL	ARTIKEL
BPSD or "behavioural and psychological symptoms of dementia" AND nursing care	Cinahl	Arai, A., Ozaki, T. & Katsumata, Y. 2017	Behavioral and psychological symptoms of dementia in older residents in longterm care facilities in Japan: a cross-sectional study
BPSD or "behavioural and psychological symptoms of dementia" or neuropsychiatric symptoms AND quality of care	Academic Search Elite	Ballard, C., Corbett, A., Orrell, M., William, G., Moniz-Cook, E., Romeo, R., Woods, B., Garrod, L., Testad, I., Woodward-Carlton, B., Wenborn, J., Knapp, M. & Fossey, J. 2018	Impact of person-centred care training and person-centred activities on quality of life, agitation, and antipsychotic use in people with dementia living in nursing homes: A cluster-randomised controlled trial
BPSD or "behavioural and psychological symptoms of dementia" or neuropsychiatric symptoms AND quality of care	Academic Search Elite	Wang, G., Gong, H., Albayrak, A., van der Cammen, T. J. M. & Kortuem, G. 2020	Personalising Management of Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia in Nursing Homes: Exploring the Synergy of Quantitative and Qualitative Data
BPSD or "behavioural and psychological symptoms of dementia" or neuropsychiatric symptoms AND quality of care	PubMed	Chenoweth, L., Stein-Parbury, J. Lapkin, S., Wang, A., Liu, X. & Williams, A. 2019	Effects of person-centered care at the organisational-level for people with dementia. A systematic review.
BPSD or "behavioural and psychological symptoms of dementia" or neuropsychiatric symptoms AND quality of care	Academic Search Elite	Wang, CJ., Pai, MC., Hsiao, HS. & Wang, JJ. 2015	The investigation and comparison of the underlying needs of common disruptive behaviours in patients with Alzheimer's disease