



**Karolinska
Institutet**

Institutionen för Neurobiologi, Vårdvetenskap och Samhälle

Examensarbete för magisterexamen i fysioterapi- inriktning demensvård, 15 hp

En god struktur för teamarbetet - Fysioterapeuters erfarenheter av det svenska BPSD-registret

A good structure for teamwork - Physiotherapists' experiences of the Swedish BPSD registry

Författare: Emma Karlsson
emma.karlsson.4@stud.ki.se

Handledare: Annika Sköld, Universitetsadjunkt, Med Dr,
Institutionen för Neurobiologi, Vårdvetenskap
och Samhället, annika.skold@ki.se

Examinerande lärare: Elisabeth Rydwick, Universitetslektor, Med Dr,
Institutionen för Neurobiologi, Vårdvetenskap
och Samhället

Abstrakt

Bakgrund

Nio av tio personer med demenssjukdom drabbas någon gång av Beteendemässiga och Psykiska symtom vid Demenssjukdom (BPSD). Det svenska BPSD-registret tillkom som ett sätt att minska frekvens och allvarlighetsgrad av BPSD genom tvärprofessionella åtgärder. Trots att det finns forskning som stödjer fysioterapeutiska åtgärder för att lindra BPSD finns det ingen kunskap om fysioterapeuters delaktighet i arbetet med BPSD-registret.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva fysioterapeuters erfarenheter av det svenska BPSD-registret med specifikt fokus på fysioterapeuters delaktighet i registreringen.

Metod

Kvalitativ studiedesign har använts och halvstrukturerade intervjuer användes som datainsamlingsmetod. Insamlat intervjumaterial analyserades enligt kvalitativ innehållsanalys.

Resultat

Analysen resulterade i ett huvudtema med kategorier och underkategorier. Temat var: "BPSD-registret fungerar som en struktur för teamarbetet". De fyra kategorierna var: "Registreringarna kan underlätta teamarbete", "Registreringarna kan påverka teamets arbetsförhållanden", "Fysioterapeuten kan bidra till teamet utifrån sin professionsspecifika kunskap" samt "Tid, kunskap och samlad kompetens leder till ett bra teamarbete och en bra registrering".

Sammanfattning

Studien har bidragit till ökad kunskap om fysioterapeuters erfarenheter av BPSD-registret. Registret ger en struktur till teamarbetet och är ett värdefullt verktyg i vården av personer med demenssjukdom. Fysioterapeuten bör vara en

del av det team som genomför registreringarna och bidra med kunskaper som kan leda till minskning av BPSD.

Nyckelord

Fysioterapi, BPSD-registret, BPSD, demens, multiprofessionella team

Abstract

Background

Nine out of ten people with a dementia disorder will suffer from Behavioural and Psychological Symptoms in Dementia (BPSD). The Swedish BPSD-registry arose from the need to diminish the frequency and severity of BPSD through interdisciplinary actions. Despite research suggesting that physiotherapy might diminish BPSD there is no available knowledge of physiotherapists' involvement in the work with the BPSD-registry.

Aim

The aim of the study was to describe physiotherapists' experiences of the Swedish BPSD registry with specific focus on physiotherapists' participation in the registration.

Method

A qualitative study design has been used and semi-structured interviews were used as data collection method. Collected interview material were analyzed using a qualitative content analysis.

Results

The analysis resulted in a main theme with categories and subcategories. The theme was: "The BPSD-registry works as a structure for teamwork". The four categories were: "The registrations can facilitate teamwork," "The registrations can affect the team's working conditions," "The physiotherapist can contribute to the team based on his/her profession-specific knowledge" and "Time, knowledge and combined skills lead to good teamwork and a good registry".

Conclusion

The study has contributed to increased knowledge of physiotherapists' experiences of the BPSD registry. The registry provides a structure for teamwork and is a valuable tool in the care of people with dementia. Physiotherapists should be part of the team that conducts the registrations and contribute knowledge that can lead to the reduction of BPSD.

Keywords

Physiotherapy, BPSD Registry, BPSD, Dementia, Multiprofessional Team

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Inledning.....	1
1 Bakgrund.....	1
1.1 Demenssjukdom.....	1
1.2 Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom (BPSD).....	2
1.3 Multiprofessionella team.....	3
1.4 Personcentrerad omvårdnad.....	4
1.5 Det svenska BPSD-registret.....	5
1.6 Registrering i BPSD-registret.....	6
1.7 Fysioterapi.....	7
1.8 Fysioterapi vid demenssjukdom och BPSD.....	8
1.9 Syfte.....	10
2 Metod.....	10
2.1 Design.....	10
2.2 Urvalsstrategier och beskrivning av urvalsgruppen.....	11
2.3 Datainsamling.....	12
2.4 Analysmetod.....	14
2.5 Etiska aspekter.....	16
3 Resultat.....	16
3.1 Registreringarna kan underlätta teamarbetet.....	18
3.1.1 Registreringarna ger en samsyn och underlättar kommunikationen i teamet.....	18
3.1.2 Tydliga roller i registreringarna underlättar teamarbetet.....	20
3.1.3 Registreringarna underlättar teamets analys av symtom.....	21
3.1.4 Registreringarna underlättar teamets prioritering av åtgärder.....	22
3.2 Registreringarna kan påverka teamets arbetsförhållanden.....	23
3.2.1 Registreringarna kan ge tryggare arbetsförhållanden.....	23
3.2.2 Registreringarna kan ge ökad arbetsbelastning.....	25
3.3 Fysioterapeuten kan bidra till teamet utifrån sin professionsspecifika kunskap.....	26
3.3.1 Teamets kunskap om fysioterapeutens specifika kompetens.....	26
3.3.2 Fysioterapeuten bidrar till teamet med kunskap om rörelse och rörelseförmåga.....	27
3.4 Tid, kunskap och samlad kompetens behövs för ett bra teamarbete och en bra registrering.....	29
3.4.1 Fysioterapeuten behöver kunskap och information för att kunna bidra till teamarbetet kring registreringarna.....	29
3.4.2 Samlad kompetens leder till bra teamarbete och registrering.....	31
3.5 BPSD-registreringarna fungerar som en struktur för teamarbetet.....	32
4 Diskussion.....	32
4.1 Resultatdiskussion.....	32
4.2 Metodologiska överväganden.....	38
4.3 Implikationer för praxis (kliniska implikationer).....	40
4.4 Implikationer för fortsatta studier.....	41
5 Slutsats.....	42
6 Referenser.....	43
7 Bilagor.....	49
7.1 Bilaga A.....	49
7.2 Bilaga B.....	51
7.3 Bilaga C.....	54
7.4 Bilaga D.....	57
7.5 Bilaga E.....	58

Inledning

Utifrån egen klinisk erfarenhet verkar det inte vara en självklarhet att fysioterapeuter är en del av det team som genomför registreringar i BPSD-registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens). Det finns i dagsläget ingen forskning på fysioterapeuters medverkan i registreringar som görs i det svenska BPSD-registret. Utifrån detta uppstod frågor kring hur fysioterapeuterna själva ser på sina insatser, vad de kan bidra med och vad de själva kan ha för nytta av registreringen. Författaren deltar själv regelbundet i registreringar i BPSD-registret som görs på ett boende för personer med demenssjukdom och har därför fått ett intresse för att använda registret som arbetssätt.

1 Bakgrund

1.1 Demenssjukdom

Det beräknas finnas ungefär 50 miljoner människor med demenssjukdom i världen (World Health Organisation [WHO], 2017) och i Sverige uppgår antalet till ca 130 000-150 000 personer (Socialstyrelsen, 2017). Demenssjukdomar påverkar hjärnans kognitiva funktioner genom exempelvis nedsättning i minne, tänkande, orientering, inlärning och språk. Sjukdomen medför även ofta minskning i kontroll av känslor och socialt beteende samt kan minska motivation att utföra uppgifter. Den påverkan på kognitionen som uppstår vid en demenssjukdom är större än vad som kan förväntas vid normalt åldrande (WHO, 2017). Det finns i dagsläget ingen botande behandling utan hälso- och sjukvården arbetar för att bidra till att patienterna skall ha en så god livskvalité som möjligt genom att lindra symtomen och kompensera för funktionsnedsättningen. De vanligaste demenssjukdomarna är Alzheimers sjukdom, vaskulär demens, lewykroppss demens och frontotemporal demens (Socialstyrelsen, 2017).

1.2 Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom (BPSD)

Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom (BPSD) kan enligt Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom (Socialstyrelsen, 2017) innebära aggressivitet, skrik, vandring, plockande, störd dygnsrytm och psykiska symtom som hallucinationer, vanföreställningar, ångest eller depression. Nio av tio personer med demenssjukdom drabbas någon gång under sin sjukdom av BPSD (Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens [BPSD-registret], 2016a) och symtomen orsakar stort lidande för den drabbade samt är svåra att hantera för närstående och vårdare. BPSD kan uppstå plötsligt under sjukdomstiden och kan mildras eller försvinna helt igen (Socialstyrelsen, 2017).

Det finns få läkemedel med bevisad effekt på BPSD, istället rekommenderas i första hand anpassning av omvårdnads- och omgivningsfaktorer (Läkemedelsverket, 2008). Några av de insatser som fått prioritet 1-2¹ i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom (2017) är uppföljning och utvärdering av BPSD, multiprofessionellt teambaserat arbete och individanpassade stödinsatser. Dessa insatser bör därför sättas in i vården av personer med demenssjukdom. Insättande av läkemedel vid BPSD och konfusion har prioritet 7-10, beroende på preparat (Socialstyrelsen, 2017).

Enligt en registerstudie, genomförd som magisteruppsats, med fokus på omvårdnadsåtgärder i det svenska BPSD-registret var de mest förekommande omvårdnadsåtgärderna lugn ljudmiljö, massage, fysisk aktivitet och musik. De vanligast förekommande symtomen var agitation, irritabilitet och motoriskt avvikande. Författarna konkluderade att det behövs mer kunskap kring hur omvårdnadsåtgärder kan lindra symtom och öka livskvalité för personer med demenssjukdom (Grozdanic & Gustafsson, 2015).

¹ Åtgärderna rangordnas 1-10 där åtgärder med prioritet 1 har högst angelägenhetsgrad att utföra och prioritet 10 lägst. 1-3 bör utföras, 4-7 kan utföras och 8-10 kan i undantagsfall utföras (Socialstyrelsen, 2017).

1.3 Multiprofessionella team

Enligt Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom är det multiprofessionella teambaserade arbetet viktigt för att se de individuella behoven ur ett helhetsperspektiv (Socialstyrelsen, 2017). I Socialstyrelsens termbank definieras multiprofessionellt team inom vård och omsorg som ”grupp av vård- och omsorgspersonal med olika professioner och/eller kompetenser som samarbetar kring den enskilde” och kan utgöras av personal från hälso- och sjukvård samt socialtjänst (Socialstyrelsen, 2014). Fysioterapeuten är en av de yrkesgrupper som kan ingå i ett multiprofessionellt team tillsammans med läkare, sjuksköterska, demenssjuksköterska, arbetsterapeut, undersköterska, vårdbiträde, kurator, biståndshandläggare och neuropsykolog. Vilka som ska ingå beror på individens behov och kan förändras över tid. Dock ska de ingående professionerna ha sin bas i hälso- och sjukvården samt socialtjänsten (Socialstyrelsen, 2017). Socialstyrelsen har i Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom gett multiprofessionellt teambaserat arbetssätt prioritet 1. Anledningen till den starka rekommendationen är att de patienter som fått åtgärden har bättre livskvalité och funktion än de som inte fått åtgärden. Det är beprövad erfarenhet, inte vetenskapligt underlag, som talar för åtgärdens styrka (Socialstyrelsen, 2017).

Callahan et al (2006) studerade vad de kallade för collaborative care management (samarbetsvård) som intervention för personer med demenssjukdom i primärvård. Personer med demenssjukdom och deras vårdare fick vård av ett multiprofessionellt team lett av specialistsjuksköterska under som högst tolv månader. Syftet var att behandla BPSD och att använda icke-farmakologiska åtgärder. Interventionen gav signifikanta förbättringar på BPSD enligt skattningsskalan Neuro Psychiatric Inventory (NPI) jämfört med de studiedeltagare som fick vanlig vård. Effekten kvarstod 18 månader efter start, trots att interventionen avslutades efter 12 månader. Forskarna såg ingen signifikant förbättring på depression, kognition eller funktion. Vårdarna upplevde signifikant förbättring i vårdarstress efter 12 månader men inte efter 18 månader. Forskarna konkluderade att samarbetsvård signifikant förbättrade

vårdkvalité och minskade BPSD hos personer med demenssjukdom i primärvård (Callahan et al., 2006).

Krolak-Salmon et al (2016) studerade om ett multidisciplinärt mobilt team bestående av geriatriker, psykiater, sjuksköterska, psykolog, socialarbetare och vid behov andra professioner kunde minska förekomst av BPSD (mätt med NPI). 424 personer med Alzheimers sjukdom och BPSD deltog i studien och fick besök av det mobila teamet. Teamet lämnade efter besök rekommendation om lämplig behandling (farmakologisk och icke-farmakologisk) för varje patient. Författarna konkluderade att insats i form av ett mobilt team kan minska BPSD samt att denna minskning kan reducera antalet sjukhusinläggningar på grund av BPSD (Krolak-Salmon et al., 2016).

1.4 Personcentrerad omvårdnad

Ett nyckelbegrepp inom Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom är personcentrerad omvårdnad. Det innebär att personen ska sättas i fokus istället för sjukdomen. Omvårdnad och vårdmiljö ska anpassas efter den enskilde individen för att exempelvis möjliggöra självständighet och initiativförmåga. (Socialstyrelsen, 2017). Inom personcentrerad vård skall personen synliggöras och personcentrerad vård förespråkas som en del av en effektiv behandling. Personcentrerad vård har visat sig ge bättre resultat på samstämmigheten mellan patient och vårdare, bättre hälsoreultat och ökad tillfredsställelse för patienten (Edvardsson, Winblad & Sandman, 2008). Vid personcentrerad vård av personer med demenssjukdom ses beteenden som ett sätt för personen att visa på sina uppfyllda behov. Fokus ligger då på att tolka beteendet för att sätta in rätt åtgärd och på så sätt kunna möta personens behov (Ekman et al., 2011).

1.5 Det svenska BPSD-registret

Det svenska BPSD-registret startades 2010 som ett sätt att ”genom tvärprofessionella vårdåtgärder minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och det lidande som detta innebär och att genom detta öka livskvalitén för personen med demenssjukdom” (BPSD-registret, 2017a). BPSD-registret är tänkt att bidra till teamarbetet och fokus ligger på individanpassade omvårdnadsåtgärder och personcentrerad omvårdnad. Registret lämnar ingen rekommendation om vilka yrkesgrupper som ska delta utan lämnar det öppet för varje enhet att besluta (BPSD-registret, 2017b). Januari 2016 tillkom möjligheten att även ange vilka yrkeskategorier som deltar i registreringen. Som alternativ finns undersköterska, vårdbiträde, sjuksköterska, läkare, arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut, chef, närstående och ”annat” (E. Granvik, landskoordinator för BPSD-registret, personlig kommunikation, 18 oktober 2017). Enligt statistik från E. Granvik (personlig kommunikation, 16 dec 2016), deltog fysioterapeuter år 2016 vid 1025 av de totalt 2016 registreringar som genomfördes i Sverige.

För att bedöma vilka symtom som förekommer samt hur de påverkar individen används Skattningsskalan Neuro Psychiatric Inventory, NPI (Cummings et al., 1994) i BPSD-registret. NPI skattar förekomst och allvarlighetsgrad av 12 olika beteendedomäner som är vanliga vid demenssjukdomar. Beteendedomänerna är: hallucinationer, vanföreställningar, agitation/upprördhet, depression/nedstämdhet, ångest, lättretlighet/labilitet, hämningslöshet, upprymdhet/eufori, apati/likgiltighet, motorisk rastlöshet, sömnstörningar samt matlust och ätstörningar. Relevant information om personen med demenssjukdom för att kunna skatta enligt skalan inhämtas från omvårdnadspersonal som är väl bekanta med patienten. Skalan kan användas av olika professioner. Den som genomför NPI-skattningen ska dock ha fått instruktioner i hur skalan används (Cummings et al., 1994). Möjliga orsaker till BPSD kan identifieras och lämpliga vårdåtgärder sättas in. Arbetssättet blir på detta sätt personcentrerat och baserat på individanpassade åtgärder (BPSD-registret, 2017b).

1.6 Registrering i BPSD-registret

Vid en registrering ska en administratör med utbildning i BPSD-registret närvara. Administratören registrerar den data som samlas in (BPSD-registret, 2017c). Vid en registrering genomförs 4 steg: 1) Symtomen hos personen med demenssjukdom skattas genom NPI-skalan. 2) Orsaken till symtomen analyseras och registreras. 3) Individanpassade vårdåtgärder väljs i syfte att minska symtomen. 4) Vårdåtgärderna prövas en tid och därefter sker utvärdering genom en ny registrering i BPSD-registret för att se om symtomen har förändrats. Denna arbetsgång finns inte beskriven i text utan i form av en utbildningsvideo (BPSD-registret, 2017d) (Bilaga A).

Det är frivilligt för personer med demenssjukdom att ingå i BPSD-registret och personen eller nära anhörig tillfrågas innan registrering i registret görs (BPSD-registret, 2017e; Sveriges Kommuner och Landsting, 2016).

BPSD-registrets syfte att ”minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD” (BPSD-registret, 2017a) har studerats i en ännu opublicerad studie (Mayer, Granvik, Minthon & Nägga, 2014). En grupp personer med demenssjukdom som registrerades i registret jämfördes med en kontrollgrupp som inte registrerades. Studien pågick i 18 månader och efter 6 månader kunde forskarna se en signifikant reduktion på NPI-skalan för försöksgruppen. De fann även en positiv korrelation mellan NPI och Quality of Life in Late-Stage Dementia (QUALID). Resultatet kvarstod under hela studien och kunde inte reproduceras i kontrollgruppen. Forskarna konkluderade att användandet av BPSD-registret gav en signifikant och stabil minskning i BPSD samt bättre livskvalité (Mayer et al., 2014).

1.7 Fysioterapi

En fysioterapeut arbetar självständigt med bedömning och åtgärd utifrån sin legitimation och fysioterapi ”syftar till att främja hälsa och att minska ohälsa och lidande. Vidare syftar fysioterapi till att vidmakthålla eller återvinna optimal rörelse och funktionsförmåga och delaktighet i samhällslivet hos personer som drabbats av sjukdom eller skada” (Broberg & Lenné, 2017, s 16).

Fysioterapeuten arbetar för att utveckla, bibehålla och återställa maximal rörlighet och funktion genom livet samt identifierar och maximerar livskvalité och rörelsepotential genom promotion, prevention, behandling/intervention, habilitering och rehabilitering. Inom fysioterapin är hälsa ett grundläggande begrepp vilket utgörs av både fysiskt, psykiskt och socialt välmående. Rörelse ses som ett nödvändigt element för att uppnå hälsa och välmående och anses vara nödvändigt för individen (World Confederation for Physical Therapy [WCPT], 2016; Broberg & Lenné, 2017). Rörelse ses även som meningsfullt för individen och kan påverkas av inre och yttre faktorer. Fysioterapi inriktas mot individens eller populationens rörelsebehov och rörelsepotential (WCPT, 2016).

Fysioterapeutisk bedömning och behandling baseras på aktuell evidens och fysioterapeuten arbetar tillsammans med individen, dennes närstående samt andra yrkesgrupper. En fysioterapeut arbetar enligt Fysioterapiprocessen vilken omfattar utredning, fysioterapi- eller funktionsdiagnos, målsättning, intervention och utvärdering (Broberg & Lenné, 2017).

Fysioterapeutens fokus på rörelse beskrivs i ”The Movement Continuum Theory of Physical Therapy” (Cott et al., 1995), vilken bygger på att rörelse är nödvändigt för mänskligt liv och involverar förändrad position av kroppen och dess olika delar. Rörelse tillåter människan att upprätthålla liv, att utforska sin fysiska och sociala miljö samt att tillfredsställa basala behov såsom bostad, sällskap och kunskap. Rörelse sker längs ett kontinuum från mikroskopisk nivå (molekylerna i kroppen) till makroskopisk nivå (individen i samhället). Teorin ger även att varje person har en maximal rörelsepotential som påverkas av nivåerna på rörelsekontinuumet såväl som fysiska, sociala, psykologiska och mentala faktorer. Inom den maximala rörelsepotentialen har varje människa en

föredragen rörelsekapacitet (det personen vill klara) samt en nuvarande rörelsekapacitet (det personen faktiskt klarar). De flesta personer använder inte sin maximala rörelsekapacitet regelbundet, istället använder de sig av en nivå som känns bekväm och som tillgodoser deras dagliga behov. Individerna upplever problem när den nuvarande rörelsekapaciteten är lägre än den föredragna rörelsekapaciteten, exempelvis sjukdom eller skada. Fysioterapi fokuserar på att minimera potentiell eller existerande skillnad mellan föredragen rörelsekapacitet och nuvarande rörelsekapacitet hos individen. Genom att teorin fokuserar på rörelse snarare än dysfunktion kan den verka för prevention, välmående och hälsa (Cott et al., 1995).

1.8 Fysioterapi vid demenssjukdom och BPSD

Fysioterapeuternas etiska regler anger bland annat att en fysioterapeut ska verka för gott samarbete med andra professioner, ha respekt för andras kunskaper och yrkesvillkor samt rådgöra med andra vårdgivare vid behov (Fysioterapeuterna, 2017). Att delta i BPSD-registreringarna skulle, enligt författaren till denna studie, kunna vara ett sätt att följa de etiska reglerna. Genom deltagande kan fysioterapeuten utveckla samarbetet samt rådgöra med andra professioner för att utforma en fysioterapeutisk intervention för en person med demenssjukdom.

Den allmänna rekommendationen kring fysisk aktivitet för personer med demenssjukdom säger att de bör utöva aerob² och muskelstärkande fysisk aktivitet för att bibehålla eller förbättra fysisk funktion. Denna sorts träning kan för äldre personer bidra till att de kan leva självständigt längre, delta mer aktivt i sina liv samt bibehålla förmågan att utföra dagliga aktiviteter. Enligt rekommendationerna bör personer med demenssjukdom utföra minst 150 minuters måttligt intensiv konditionsträning per vecka, fördelat på 3-7 pass alternativt 75 minuters högintensiv träning fördelat på 3-5 pass.

Muskelstärkande träning rekommenderas 2-3 gånger per vecka och bör

² Fysisk aktivitet som innebär att energibehovet främst täcks av processer som förbrukar syre. Kan bedrivas på låg, måttlig eller hög intensitet och är den vanligaste formen av fysisk aktivitet. Konditionsträning är en form av aerob fysisk aktivitet (Matsson, Jansson & Hagströmer, 2016).

innehålla 8-10 övningar som utförs i 8-12 repetitioner i minst 1 set (Taraldsen, Hellbostad & Saltvedt, 2016)

I en reviewstudie som granskade 16 studier slog forskarna fast att det finns evidens för att personer i alla stadier av demenssjukdom kan erhålla effekt på fysisk funktion av fysisk aktivitet. I de granskade studierna sågs störst effekt på gånghastighet, funktionell rörlighet och balans vid vad som i reviewen kallades för multikomponent-interventioner (en kombination av styrketräning och konditionsträning). Denna intervention var bättre än enbart gångträning eller enbart progressiv styrketräning. Störst effekt kunde ses vid högre träningsvolym. Forskarna rekommenderade en duration på minst 12 veckor med 3 träningspass per vecka, där varje pass varade i 45-60 minuter (Blankevoort et al., 2010).

Det vetenskapliga underlaget för effekt av träning på BPSD har undersökts i en reviewstudie. Forskarna fann att träning gav effekt på depressiva symtom, aggressivitet, oro och rastlöshet. Viss förbättrad nattsömn sågs också. Forskarna ansåg det vetenskapliga underlaget för effekt på ångest, apati och repetitiva beteenden vara för svagt för att kunna dra slutsatser kring och konkluderade att det behövs fler studier (Thuné-Boyle, Iliffe, Cerga-Pashoja, Lowery och Warner, 2012). En senare reviewstudie undersökte effekten av fysisk aktivitet som behandling av neuropsykiatriska störningar hos personer med Alzheimers sjukdom. Författarna konkluderade att det fanns viss evidens för att fysisk aktivitet överlag kan lindra BPSD (såsom exempelvis depression, ångest, motorisk oro och apati). De konstaterade dock att befintliga studier har en hög grad av heterogenitet dels vad gäller studiedesign och dels vad gäller duration, frekvens och typ av fysisk aktivitet. De kunde därför inte dra några slutsatser kring vilken sorts fysisk aktivitet som ger bäst resultat. Författarna lämnar en rekommendation för framtida forskning att det krävs studier av typen randomiserade kontrollerade studier med större urval och som systematiskt manipulerar dos, intensitet och typ av fysisk aktivitet (Matura, Carvalho, Alves och Pantel, 2016)

Forskningen visar alltså att BPSD kan påverkas genom tvärprofessionell behandling och fysioterapeutiska åtgärder. Rörelse är en faktor som har positiv inverkan på BPSD och fysioterapeuten är därför en profession som har ett viktigt bidrag att ge till registreringen och till situationen för personer med BPSD. Det verkar rimligt att fysioterapeuters deltagande i teamarbetet kring registreringarna skulle kunna vara en naturlig del av att följa fysioterapiprocessen och fysioterapeuternas etiska regler. Fysioterapeuten kan genom deltagande medverka till att ge personer med demenssjukdom bästa möjliga vård samt arbeta för en minskning av BPSD. Kunskap om hur teamen och fysioterapeuterna arbetar med registreringarna är dock mycket begränsad och hittills finns ingen kunskap om hur fysioterapeutens roll i registreringen ser ut. Kunskap om detta skulle kunna bidra till att utveckla arbetet med registreringarna, klargöra vilken betydelse arbetet med registreringarna har, samt tydliggöra fysioterapeutens roll i registreringen.

1.9 Syfte

Syftet med studien är att beskriva fysioterapeuters erfarenheter av det svenska BPSD-registret med specifikt fokus på fysioterapeuters delaktighet i registreringen.

2 Metod

2.1 Design

Kvalitativ studiedesign användes i denna studie eftersom avsikten var att utforska ett område där kunskapen var begränsad. Kvalitativ design ansågs kunna ge ny insikt i och förståelse för fysioterapeuters erfarenheter av det svenska BPSD-registret. Induktivt resonerande har använts, det vill säga att

slutsatser dragits utifrån specifika fall (intervjuer). I induktivt resonerande finns det på förhand ingen ”sanning” eller några generella principer innan studien påbörjas. I denna studie söktes kunskap baserat på studiedeltagarnas uppfattningar om det svenska BPSD-registret för att söka efter mönster eller generella principer (DePoy & Gitlin, 2016).

Kvalitativ innehållsanalys har tillämpats för att tolka intervjuerna i denna studie (Graneheim och Lundman, 2004).

2.2 Urvalsstrategier och beskrivning av urvalsgruppen

Strategiskt urval har tillämpats för att få ett så variationsrikt urval som möjligt (Creswell, 2013; Depoy & Gitlin, 2016). Deltagande fysioterapeuter skulle delta i registreringar i det svenska BPSD-registret på något sätt och kunde ha arbetat med registret under flera år eller precis introducerats till registret. Författaren såg det som en fördel om de även hade olika lång erfarenhet av att arbeta som fysioterapeut samt att båda könen fanns representerade.

Rekrytering skedde genom att förfrågan om deltagande skickades ut i ett demensnätverk som bedrivs via mail av Sektionen för Äldres hälsa inom Fysioterapeutförbundet. Nätverket vänder sig till fysioterapeuter med särskilt intresse för demensfrågor. Förfrågan om att skicka ut informationsbrev till nätverkets medlemmar godkändes av ansvarig för nätverket. Hon skickade även ut förfrågan om deltagande i ett lokalt nätverk för fysioterapeuter med intresse för demens. En förfrågan lades ut på Sektionen för Äldres hälsas facebook-sida efter godkännande av ansvarig samt laddades upp på sektionens hemsida. Förfrågan om deltagande skickades även ut till fysioterapeuter i den kommun där författaren är yrkesverksam. För att kunna genomföra intervjuerna behövde deltagarna befinna sig relativt nära rent geografiskt alternativt kunna tänka sig att bli intervjuade via videosamtal.

Svar inkom från åtta kvinnliga fysioterapeuter som på något sätt arbetade med BPSD-registret. En av fysioterapeuterna skulle vara sjukskriven en längre period

och kunde endast delta efter sjukskrivningen. Hon exkluderades då av tidsmässiga skäl. Skriftligt medgivande inhämtades från de presumtiva deltagarnas chefer för att få genomföra intervjun på arbetstid. I samband med att intervju bokades skickades deltagarinformation (Bilaga B) ut till samtliga presumtiva deltagare.

Undersökningsgruppen bestod av sju kvinnor anställda inom äldreomsorg i kommunal eller privat regi (tabell 1).

Tabell 1

Ålder	39-54 (medel 46,4 år)
Antal år som sjukgymnast/fysioterapeut	13-28 år (medel 20 år)
Antal års erfarenhet av att arbeta med personer med demenssjukdom	8-28 år (medel 15,9 år)
Antal års erfarenhet av att arbeta med BPSD-registret på något sätt	1-5 år (medel 2,7 år)
Antal deltagare som genomgått BPSD-registrets administratörsutbildning	3, varav en fungerade som administratör under registreringarna

Deltagarna i studien hade skilda erfarenheter av att arbeta med BPSD-registret. En deltagare deltog aldrig i någon del av själva registreringen utan fick till sig information om resultatet i efterhand och fick då även till sig eventuella ärenden som teamet hade bedömt att en fysioterapeut skulle ansvara för. Fyra av deltagarna deltog i hela registreringarna som genomfördes på de enheter där de arbetade. Två av dessa fyra deltog vid nästintill samtliga registreringar och resterande två vid behov. De övriga två deltagarna deltog vanligen endast i halva registreringen (efter att NPI-skattningen gjorts) vid behov.

2.3 Datainsamling

Studien är en intervjustudie med halvstrukturerade intervjuer vilket innebär att det varken handlar om ett helt öppet samtal eller ett slutet frågeformulär (Kvale & Brinkman, 2014). Till studien skapades en intervjuguide (bilaga C) som stöd under intervjuerna. Intervjuguiden innehöll förslag på frågor och följdfrågor som

kunde ställas och det fanns möjlighet att göra förändringar i frågornas utformning och ordningsföljd. Uppföljningsfrågor användes när ett svar behövde förtydligas (Kvale & Brinkman, 2014).

En provintervju genomfördes för att testa om frågorna gav svar som svarade mot studiens syfte (Patel & Davidson, 2017) och efter analys av innehållet beslöt författaren att inkludera intervjun. Frågorna i intervjuguiden ändrades inte efter den inledande intervjun. Den deltagare som deltog i provintervjun rekryterades på samma sätt som övriga deltagare.

Intervjuerna genomfördes på deltagarnas arbetsplatser på en plats, dag och tid som de själva fått välja (Polit och Beck, 2012). En av intervjuerna genomfördes via videosamtal i Skype medan deltagaren befann sig på sitt arbete. Övriga intervjuer skedde genom fysiskt möte. Samtliga deltagare hade ordnat en plats där risken för störning var liten och inga störningar inträffade under intervjuerna. Samtliga intervjuer spelades in på en digital diktafon och fördes sedan över till en dator med lösenordsskydd. Inga personuppgifter förvarades tillsammans med inspelningarna för att deltagarnas identitet inte skulle kunna avslöjas. Efter studiens avslut raderades alla inspelningar från diktafon och dator.

Vid intervjutillfället fick deltagaren läsa igenom informationen om studien och författaren frågade om deltagaren hade några frågor för att försäkra sig om att syftet med studien stod klart. Författaren gick igenom informationen, hörde efter om deltagaren har några frågor samt informerade om användningen av diktafon. Detta gjordes som en orientering inför intervjun, något som kan vara avgörande för om deltagaren väljer att dela med sig av sina erfarenheter (Kvale & Brinkman, 2014). Författaren och deltagaren ”småpratade” även innan intervjun formellt påbörjades. Att genom ”småprat” skapa tillit kan vara en viktig del av inledningen på intervjun eftersom det kan hjälpa deltagaren att komma över nervositeten över att befinna sig i en intervjusituation samt över att samtalet spelas in på diktafon (Polit & Beck, 2012). Deltagaren fick skriva på en samtyckesblankett (Bilaga D) och informerades om möjligheten att när som helst avbryta studien innan intervjun påbörjades.

Intervjuerna pågick i 24 till 65 minuter och avslutades när deltagarna uppgav att de inte hade något ytterligare att tillföra. Författaren ställde som avslut frågan om deltagaren hade något mer att tillägga om sitt arbete med BPSD-registret för att avrunda intervjun. Enligt Kvale och Brinkman (2014) ger forskaren då deltagaren tillfället att ta upp sådant som hen tänkt på eller undrat över under intervjun.

2.4 Analyismetod

Efter att författaren hade lyssnat igenom intervjuerna transkriberades materialet av densamma. Transkribering innebär att ändra det muntliga samtalet till skriven text och blir en sorts översättning av det muntliga språket (Kvale & Brinkman, 2014). Transkriberingen genomfördes ordagrant inklusive pauser, skratt och andra betydelsefulla ljud och utskriften bearbetades sedan enligt kvalitativ innehållsanalys.

Författaren har använt kvalitativ innehållsanalys för att bearbeta och analysera intervjuerna i studien. Kvalitativ innehållsanalys fokuserar på tolkning av texter och används bland annat inom vårdvetenskap. Tolkningen kan ske på olika nivåer och därmed anpassas till det aktuella forskningsområdet. Skillnader och likheter i texterna beskrivs och syftet är att upptäcka viktiga underliggande teman och kategorier (Lundman & Hällgren Graneheim, 2010; Polit & Beck, 2012). Vid kvalitativ innehållsanalys bestämmer forskaren sig först för huruvida innehållet ska analyseras manifest, det vill säga det som syns och är uppenbart i texten, eller latent, det vill säga vad texten handlar om och hur den underliggande meningen i texten kan tolkas (Graneheim & Lundman, 2004). I denna studie analyserades latent innehåll. Som ett första steg i analysen läste författaren igenom intervjuerna i sin helhet flera gånger för att få en överblick över materialet och börja plocka ut meningsenheter som svarade mot studiens syfte. Meningsenheterna kondenserades för att förkorta innehållet samtidigt som innehållet bevarades. Meningsenheter och koder lades in i en tabell i

ordbehandlingsprogrammet Word. Tabellerna skrevs ut i pappersformat och därefter påbörjades analys. Under analysen skapades kategorier och underkategorier som skulle svara på frågan ”Vad” utifrån studiens syfte. Slutligen skapades ett tema. Temat svarar på studiens ”Hur” och kan beskrivas som ”den röda tråden” som återkommer i flera kategorier och är ett sätt att binda samman dessa kategorier (Lundman & Hällgren Graneheim, 2010; Graneheim & Lundman, 2004).

Under analysen hade författaren diskussion med handledare angående möjliga tolkningar, s.k. peer-debriefing (Polit & Beck, 2012), för att stärka studiens trovärdighet.

Tabell 2

Exempel på koder	Underkategorier	Kategori	Tema
När jag hörde om registret kände jag att jag alltid velat jobba så	Registreringarna ger en samsyn och underlättar kommunikationen i teamet	Registreringarna kan underlätta teamarbetet	BPSD-registreringarna fungerar som en struktur för teamarbetet
En skriver, en läser och resten diskuterar	Tydliga roller i registreringarna underlättar teamarbetet		
Ett neutralt sätt att diskutera problemen	Registreringarna underlättar gemensam analys av symtom och prioritering av åtgärder		
Blir rädd när det är hotfullt men om vi gjort en registrering och tittat på symtomen så blir man mindre rädd	Registreringarna kan ge tryggare arbetsförhållanden	Registreringarna kan påverka teamets arbetsförhållanden	
Det kan skapa oro	Registreringarna kan ge ökad arbetsbelastning		

2.5 Etiska aspekter

Enligt Karolinska Institutets ”Etikprövning av studenters examensarbeten” (Bilaga E) hamnar denna studie inom kategori 2³ och då ämnet inte bedöms vara särskilt känsligt (såsom frågor om politisk åsikt eller sexuell läggning) har etikprövning inte sökts.

För att få informerat samtycke utformade författaren ett informationsbrev som lämnades ut till presumtiva deltagare. Informationen innehöll bland annat studiens syfte och information om sekretess samt klargjorde att studien var frivillig (DePoy & Gitlin, 2016). Författaren bad därefter om tillåtelse av Verksamhetschef och Enhetschef innan några deltagare kunde inkluderas. Deltagarnas identitet figurerade inte i samband med det insamlade materialet utan samtliga tilldelades koder (intervju 1, intervju 2 osv). Endast författaren hade tillgång till inspelat material. Transkribering genomfördes av författaren själv. Handledaren hade tillgång till transkriptionerna under analysen.

3 Resultat

Innehållsanalysen resulterade i bildandet av ett tema, ”BPSD-registreringarna fungerar som en struktur för teamarbetet”, inom vilket följande kategorier bildades: 1) ”Registreringarna kan underlätta teamarbetet”. 2) ”Registreringarna kan påverka teamets arbetsförhållanden”. 3) ”Fysioterapeuten kan bidra till teamet utifrån sin professionsspecifika kunskap”. 4) ”Tid, kunskap och samlad kompetens behövs för ett bra teamarbete och en bra registrering”. Kategorierna innehöll flera underkategorier (tabell 3). Resultatet beskrivs nedan och belysande citat anges i kursiv stil.

³ Kategori 2 avser studier som inte utförs på patienter utan istället på kurskamrater eller bekanta. Om studien rör frågor som inte är känsliga behövs inget etiskt godkännande.

Tabell 3

Tema	Kategorier	Underkategorier
BPSD-registreringarna fungerar som en struktur för teamarbetet	Registreringarna kan underlätta teamarbetet	Registreringarna ger en samsyn och underlättar kommunikationen i teamet Tydliga roller i registreringarna underlättar teamarbetet Registreringarna underlättar teamets analys av problem Registreringarna underlättar teamets prioritering av åtgärder
	Registreringarna kan påverka teamets arbetsförhållanden	Registreringarna kan ge tryggare arbetsförhållanden Registreringarna kan ge ökad arbetsbelastning
	Fysioterapeuten kan bidra till teamet utifrån sin specifika professionskunskap	Teamet behöver kunskap om fysioterapeutens specifika kunskap Fysioterapeuten bidrar med specifik kunskap till teamarbetet
	Tid, kunskap och samlad kompetens behövs för ett bra teamarbete och en bra registrering	Fysioterapeuten behöver kunskap för att kunna bidra till teamarbetet kring registreringarna Samlad kompetens leder till ett bra teamarbete och en bra registrering

3.1 Registreringarna kan underlätta teamarbetet

3.1.1 Registreringarna ger en samsyn och underlättar kommunikationen i teamet

Flera deltagare uttryckte att teamarbetet varit nästintill obefintligt innan BPSD-registreringarna infördes på deras arbetsplatser. Arbetet med registreringarna upplevdes fungera stärkande för teamarbetet och registret sågs som ett verktyg för teamarbete samt uppgavs bli en anledning att samlas som team. Deltagarna uppgav att när registreringen gjordes i team ökade samsynen på problemen och samtliga teammedlemmars ansvar för vårdåtgärder som sattes in tydliggjordes. En av deltagarna uttryckte att hon längtat efter ett arbetssätt som kunde underlätta arbetet med personer med demenssjukdom på det sätt som BPSD-registret gjort.

” När BPSD-registret liksom tillkom och jag var och lyssnade på arbetssättet och tankarna kring registret då kände ju jag att det är ju precis såhär som vi alltid har velat jobba.”

Som en bieffekt av att teamet samlades oftare lärde medlemmarna känna varandra bättre, vilket gynnade samarbete och samsyn samt underlättade diskussion. Att teamet var en helhet som stöttade varandra togs upp som betydelsefullt för samarbetet. Känslan av att vara ett team sågs som viktig och deltagarna pratade även om vikten av att teammedlemmarna hade förtroende för varandra, kände tillit, undvek revirtänk samt undvek att gå i försvar inför varandra.

I diskussionerna kring personen med demenssjukdom ansågs det viktigt att teamet satte problematiken i centrum, som gemensamt mål för alla teammedlemmar. Det framkom att teamet i registreringarna behövde tänka fritt och lyfta problemet till en ”högre nivå” för att hitta lösningar. Det innebar att teammedlemmarna gick djupare i analysen för att finna den verkliga orsaken till symtomet. För att göra detta uppgavs teamet behöva analysera fler parametrar rörande personen med demenssjukdom mer djupgående.

”När man går igenom punkterna ser man vad som är problemet och vad som inte är det.”

Registreringarna underlättade för teamet att fokusera på personen med demenssjukdoms bästa enligt två av deltagarna. Viljan att det skulle bli bra för individen samt att diskussionerna speglade detta ledde till en lyckad registrering för teamet och i slutändan personen med demenssjukdom. En annan deltagare tyckte att en viktig funktion som registreringarna fyllde var att Socialtjänstlagen (SOL) och Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) fick en chans att mötas och arbeta mot ett gemensamt mål. Det lades i registreringarna mindre vikt vid vad som traditionellt låg på HSLs eller SOLs ansvar och mer vikt vid att personen med demenssjukdom fick det stöd den behövde. Detta skapade enligt deltagaren också en samsyn och ett gemensamt mål samt bidrog till personcentrerad utredning och personcentrerad vård.

”...att lagrummen möts och att det viktigaste blir att vi pratar om personens bästa”

Det framkom att registrets gemensamma språkbruk underlättade kommunikation mellan teammedlemmarna. Missförstånd kunde därför undvikas i större utsträckning. Ett gemensamt språkbruk hade även andra fördelar; det blev lättare för teammedlemmarna att stötta varandra i arbetet med registreringarna och teamet fick lättare att diskutera problemen när de analyserades på ett mer neutralt och objektivt sätt. Dessutom främjades konstruktiv diskussion samtidigt som det var lättare för teamet att komma vidare och inte fastna i problematiken när det fanns konkreta frågor att utgå ifrån.

”man får nån, nån, nån form av neutralt sätt att diskutera problemen...”

3.1.2 Tydliga roller i registreringarna underlättar teamarbetet

Det framkom att tydliga roller i teamet gjorde arbetet roligare och mindre tidskrävande. Rollerna kunde handla om att rätt person var på rätt plats rent praktiskt, till exempel att en person tar på sig att sitta vid datorn och skriva, en läser ur manualen och resten deltar i diskussionen. Det beskrevs att registreringsarbetet blev mer tidseffektivt om den teammedlem som bäst kände till registret och hade störst datorvana skötte inmatningen av uppgifter.

Det framstod som viktigt för deltagarna att registreringen hade en mötesledare. Personens yrke kunde variera, det viktiga var ett tydligt ledarskap och en förmåga att kunna strukturera mötet. Det framkom att det var önskvärt att enhetschefen deltog vid registreringarna för att beslut gällande åtgärder skulle accepteras av hela teamet.

”För en... en enskild personal har inget mandat i sin egen arbetsgrupp att säga ”nu jobbar vi såhär” om man nu ska ändra alltså, ha ett visst arbetssätt gentemot en brukare. Därför måste ju enhetschefen vara med och, och styra upp det.”

Teammedlemmarna uppgavs av en deltagare behöva vara lyhörda inför varandra i registreringarna och teamarbetet. Teamets medlemmar upplevdes ibland ha behov av att känna sig hörda i en problematisk situation som uppstått. Att någon tog på sig rollen som lyssnare och visade att den brydde sig kunde då hjälpa teamarbetet. Personen ansågs kunna bekräfta att teamet arbetade rätt med personen med demenssjukdom men att arbetet ändå kunde upplevas som komplicerat. Denna roll var inte tydligt uttalad inom teamet men flera av deltagarna uppgav att de själva ofta tog på sig rollen som lyssnare.

”Däremot bejakar vi deras problem och det tror jag är bra, att dom får en person som faktiskt har en förståelse eller, för så brukar jag tänka att jag måste göra. Att jag förstår att det är besvärligt det här.”

3.1.3 Registreringarna underlättar teamets analys av symtom

Det framkom att strukturen i registret underlättade för teamet att arbeta systematiskt med att hitta orsaker till personen med demenssjukdoms symtom. Möjligheten att arbeta mer objektivt med problematiken ansågs öka när teamet följde registrets manual med frågor och alltid arbetade på samma sätt.

När symtomen definierades ansågs det dessutom lättare att bringa reda i kaoset kring personen. Det blev mer tydligt vilket symtom som dominerade vilket gjorde det lättare att leta efter orsaken till symtomet.

”Alltså det är inte bara ett stort orosmoln utan det blir mer definierat att det är två symtom som dominerar och det är symtom på sjukdom och eh, vad kan det bero på?”

Orsaken till symtomen uppgavs kunna framträda under registreringen. Ibland krävdes det dock att teamet frågade annan omvårdnadspersonal eller personens anhöriga. När ytterligare information behövdes kunde strukturen i registreringen hjälpa teamet att ställa rätt frågor för att komma vidare. Exempelvis uppgav en deltagare att en registrering kunde leda till att teamet frågade anhöriga om personen med demenssjukdoms tidigare motionsvanor. Teamet kunde få ledtrådar till de symtom patienten uppvisade och även få förståelse för orsaken. Teammedlemmarna uppgavs även bli mer reflekterande av att delta i registreringarna och tog reda på mer bakgrundsinformation om personen.

”Det var en framgångsfaktor på nåt sätt för att, för hade vi inte gjort skattningen då hade vi liksom inte vaknat till i våra huvuden men... vad är det här för en man egentligen, vad... varför är han som han är?”

Det framkom i flera intervjuer hur viktigt det var för analysen av symtomets orsak att teamet hade fokus på personen med demenssjukdom och inte på personalen. Två deltagare menade att situationen kring en person med demenssjukdom kaunde vara så problematisk att det var svårt att flytta fokus till varför hen kan tänkas må dåligt. Registreringarna kunde vara en hjälp i detta.

Det uppgavs även att fysioterapeuten som deltagare i teamet kunde hjälpa till att skifta fokus. Fysioterapeuten var inte med personen med demenssjukdom hela dagarna vilket antogs göra belastningen i situationen mindre för fysioterapeuten. Det kunde underlätta för hen att ändra fokus från symtomet till själva orsaken.

”Jag blir inte galen utan när jag jobbar så är jag professionell och fysioterapeut. Jag tror att det är lite lättare för att vi dels inte är med de här personerna hela tiden. Vi kommer ju som satelliter och tittar in lite och så.”

3.1.4 Registreringarna underlättar teamets prioritering av åtgärder

Registret uppgavs underlätta för teamet att hitta och sätta in lämpliga vårdåtgärder istället för läkemedel. Deltagarna menade vidare att registreringarna gav teamet ett bra stöd att prioritera vårdåtgärder, bemötandeplan och livskvalité. De ansågs därför vara ett bra verktyg för att minska användningen av olämpliga läkemedel vid exempelvis oro och ångest.

”Det vill man ju så oerhört gärna komma ifrån och BPSD-registret är ju ett stöd i det, i den strävan. Att komma bort från dom läkemedlen som förstör människors gångförmåga.”

Registret uppgavs vidare stöttande när teamet valde vårdåtgärd genom att det uppmuntrade till att välja ut några få vårdåtgärder som tydligt riktades mot de symtom som framträdde allra mest. Få vårdåtgärder ansågs underlätta utförande av beslutade vårdåtgärder samt utvärdering av effekten efteråt. Risken för att vårdåtgärder glömdes bort ansågs dessutom minska eftersom det fanns nedskrivet vem som skulle göra vad.

Det framkom att fysioterapeuter ofta saknar viktig information om personerna med demenssjukdom, vilket kunde göra det svårare att bedöma vilken vårdåtgärd som var lämpligast. Genom att delta i registreringarna ökade

möjligheten till kunskapsinhämtning för fysioterapeuten vilket uppgavs kunna leda till bättre beslut om vårdåtgärd. Det ökade möjligheten för fysioterapeuten att arbeta personcentrerat.

”Men här blir ju ett helt annat strukturerat arbete, över, där man får en helt annan bild då av den här personen, vilket gör att jag kan ju... alltså mina, mina bedömningar kan ju också bli... ha en bättre, ett bättre underlag. När jag får veta mer om den här personen, hur den fungerar.”

3.2 Registreringarna kan påverka teamets arbetsförhållanden

3.2.1 Registreringarna kan ge tryggare arbetsförhållanden

Personen med demenssjukdom kunde enligt deltagarna få det bättre när teamet genomförde registreringar. Genom diskussion, analys, bemötandeplan och vårdåtgärder påverkades personalens förhållningssätt gentemot personen. När all personal följde bemötandeplanen menade deltagarna att personen med demenssjukdom kunde uppleva större trygghet och mindre stress. Väl avvägda vårdåtgärder och bemötandeplaner kunde då minska BPSD. Symtomen kunde ibland till och med försvinna helt. En lyckad registrering uppgavs därför kunna leda till att teamet fick lugnare arbetsförhållanden pga. att BPSD lindrades när personen med demenssjukdom fick sina behov tillgodosedda.

När symtomen framträdde tydligare fick teamet dessutom en bättre förståelse för dess orsak. Det kunde leda till att teamet och omvårdnadspersonalen kände sig tryggare i att arbeta med personen med demenssjukdom. Samtidigt gav det en ökad förståelse för beteendet som symptom på sjukdom och ett sätt för patienten att visa på sina uppfyllda behov.

”Jag blir ju också rädd ifall någon är aggressiv och hotfull och näven, smockan hänger i luften. Det är ju jätteotäckt, jag blir rädd. Så är det. Men om vi har gjort en registrering och tittat på hur symtomen ser ut och diskuterat vad det kan vara som utlöser det här då blir man mindre rädd.”

Det framkom att registreringarna kunde ge förnyad kraft och bättre självförtroende till teamet. Att veta symtomen och dess orsak ansågs ge trygghet i hur personen med demenssjukdom skulle bemötas. Det i sin tur gav ett tryggare team som kunde ge rätt bemötande. Registreringarna uppgavs även ge en trygghet för teamet att det gör allt det kan för att personen med demenssjukdom skulle må så bra som möjligt. Denna trygghet kunde ge lugn genom en upplevelse av att symtomen var påverkbara och kunde lindras. Arbetet kunde även bli roligare i och med att det både i registret och ”i verkligheten” gick att se effekten av åtgärderna som sattes in och att personen med demenssjukdom började må bättre.

”Det är roligt när det händer nåt och när man ser att det kan ge nåt positivt för den boende.”

Vidare kunde registreringen ge en tillfredsställelse och trygghet till teamet i själva känslan att det fanns ett redskap som kunde användas för att göra det så bra som möjligt för personen med demenssjukdom. Registreringarna sågs som något att luta sig emot när problematiska situationer uppstår.

Deltagarna uppgav att det blev enklare att rapportera över information vid personalbyte när det fanns en tydlig bemötandeplan för personen med demenssjukdom. Personalen kunde lättare förklara för varandra vad de gjort.

Det framkom att arbetssättet i registreringarna var användbart utanför registret. Det kunde därför påverka och underlätta arbetet på fler områden. Arbetssättet kunde användas vid arbete med andra patientgrupper eller på enheter som inte var anslutna till registret och var värt att alltid ha i tanken. Pappersversionen av registreringen uppgavs användbar vid arbete inom andra områden.

”det här arbetssättet och det här tankesättet som finns i BPSD-registret. Jag tycker det är så centralt och så användbart så att man skulle gott och väl kunna prata om det i nästan alla sammanhang.”

3.2.2 Registreringarna kan ge ökad arbetsbelastning

Registreringarna upplevdes av deltagarna ibland orsaka oro för ökad arbetsbelastning hos teammedlemmarna. Två deltagare lyfte att omvårdnadspersonal i teamet kunde uppleva att exempelvis vårdåtgärder som föreslogs av fysioterapeuten skulle öka deras arbetsbelastning. Vissa vårdåtgärder befarades kunna ta mer tid i anspråk att utföra, till exempel en extra promenad eller ett träningsprogram. Då var det upp till fysioterapeuten att förklara tanken bakom vårdåtgärden och vad hen hoppades på skulle förbättras av den. Deltagarna menade att insättande av den fysiska aktiviteten syftade till att minska BPSD och på så sätt göra att personen med demenssjukdom mådde bättre. Det kunde minska problemen kring personen och därigenom minska arbetsbördan för personalen. Deltagarna poängterade här hur viktigt det var att lägga fram sin kunskap begripligt så teammedlemmarna inte misstrodde varandra. Detta gällde speciellt när olika förslag på vårdåtgärder lades fram och teammedlemmarna kanske hade olika tankar om vilken vårdåtgärd som skulle väljas och varför.

”...men då är det upp till mig att lägga fram det på ett sätt som går att begripa också.”

Det framkom olikheter i hur deltagarna upplevde att registreringarna påverkade deras egen arbetsbelastning. De som inte deltog i så många registreringar upplevde det inte som ökad belastning medan de som deltog ofta gjorde det.

Det framkom även att fysioterapeuten på några ställen deltog mycket aktivt i uppstarten av en vårdåtgärd. Det gjordes dels för att underlätta uppstarten för omvårdnadspersonalen men även för att fysioterapeuten och teamet skulle kunna

utvärdera vårdåtgärden lättare om en och samma person alltid utförde den. Detta kunde leda till märkbart högre belastning för fysioterapeuten och sågs därför inte som enbart positivt.

3.3 Fysioterapeuten kan bidra till teamet utifrån sin professionsspecifika kunskap

3.3.1 Teamets kunskap om fysioterapeutens specifika kompetens

Flera av deltagarna beskrev att övriga yrkeskategorier i teamet ofta inte visste vad en fysioterapeut arbetade med mer än träning. De upplevdes därmed inte ha insikt i vad professionen kunde bidra med.

”Det skulle kunna vara så att, eh att man kanske inte vet på vilket sätt vi skulle kunna hjälpa till. Alltså att man inte riktigt ser våran roll... att man inte ser... ehm, möjligheterna med att vi finns med”

Det uppgavs därför som viktigt av deltagarna att de själva fick komma in i teamet med sitt perspektiv, vilket handlade om hur viktigt fysisk aktivitet var för personen med demenssjukdom.

En deltagare upplevde att det låg en utmaning i vilka förväntningar teammedlemmarna kunde ha på fysioterapeuten. Förväntningarna trodde hon var kopplade till att teamet inte hade kunskap om fysioterapeutens arbetssätt. Problemet kunde uppstå exempelvis när omvårdnadspersonal förväntade sig att ett hjälpmedel skulle förskrivas som lösning vid förflyttningsproblematik. När fysioterapeuten istället bedömde att problemet bäst löstes genom ändrat bemötande för att förmå personen att klara så mycket som möjligt själv fanns det risk att relationerna i teamet blev lidande. Detta trodde deltagaren främst hände när teammedlemmarna inte kände varandra väl och inte hade kunskap om varandras yrkesroller.

”Jag tror egentligen kanske grunden är att man förväntar sig nånting av varandra och så levererar inte den andra det man hade förväntat sig, då, då kan det bli frostiga relationer.”

3.3.2 Fysioterapeuten bidrar till teamet med kunskap om rörelse och rörelseförmåga

Det framkom att registret tydligt synliggjorde fysisk aktivitet som viktig vårdåtgärd. Det gjorde att fysioterapeutens roll i registreringarna och i arbetet med personer med demenssjukdom lyftes fram och gavs plats som en del av lösningen på personen med demenssjukdoms symtom. Om fysioterapeuten inte deltog sågs en risk att teamet missade att se behov av rörelse som möjlig orsak till BPSD, samt som åtgärd för att minska BPSD. Fysioterapeuten uppgavs dessutom kunna ge en vetenskaplig och objektiv syn på fysisk aktivitet. Huruvida en person med demenssjukdom fick fysisk aktivitet som vårdåtgärd baserades då inte på teammedlemmarnas subjektiva uppfattning om träning utan på fysioterapeutens bedömning av personens behov. Även viktiga aspekter kring problematik i förflyttningssituationer och rörlighet riskerade att glömmas bort. Det kunde vara svårt för andra yrkeskategorier i teamet att se att orsaken till dessa problem kunde härstamma ur demenssjukdomen enligt deltagarna. Fysioterapeuten kunde bidra med kunskap om demenssjukdomarna samt hur dessa sjukdomar kunde påverka rörelseförmågan på olika sätt. Fysioterapeuten ansågs även kunna bedöma orsaken till ett problem som uppstått, exempelvis i en förflyttningssituation. Att fysioterapeuten medverkade i registreringarna kunde hjälpa teamet att se förflyttningsproblem som en direkt konsekvens av sjukdomen samt hjälpa teamet att behandla det. Risken att det sattes in hjälpmedel som passiviserade personen med demenssjukdom uppgavs då minska.

”...att man skulle missa lite grann, hur viktigt vissa bitar är när det gäller rörelse och sådär att, hur man ska locka fram och att få det att ske aktivt liksom det här alltså att... för vi kan ju bedöma om patienten kan eller inte kan på ett annat sätt. Dom säger att

han är så stel i armarna eller nånting, det behöver ju inte vara, det behöver ju inte vara det. Man skulle tappa bort lite grann orsaken tror jag om inte vi var med.”

Även den s.k. automatiken i rörelser (d.v.s. att rörelser såsom att t.ex. resa sig upp sker automatiskt utan att personen behöver tänka på hur de ska genomföras) var något som fysioterapeuten kunde tillföra kunskap om. Fysioterapeuten kunde utöver detta tillföra information om personen med demenssjukdoms nuvarande aktivitetsnivå och funktion genom bedömning och observation inför registreringen.

En deltagare upplevde särskilt stor risk att personer med demenssjukdom överbeskyddades från att vara fysiskt aktiva på grund av rädsla för att de till exempel skulle gå vilse, gå ut från enheten eller ramla. Deltagaren menade att fysioterapeuten kunde bidra med att ge personen det stöd den behöver för att vara aktiv. Vidare beskrevs att fysioterapeuter hade kunskap i att bedöma individens behov och kapacitet för att individanpassa den fysiska aktiviteten så att det blev rätt dosering för varje person.

”Så att det blir rätt, så att det blir bra, så att det blir individanpassat och att det blir någon ansträngning”

Fysioterapeuten uppgavs inte se ålder eller kognitiva nedsättningar som ett hinder för fysisk aktivitet utan hade kunskapen att kunna anpassa aktiviteten efter personens förutsättningar. Om fysioterapeuten inte deltog i registreringarna sågs en risk att personer med demenssjukdom fick för lite fysisk aktivitet men även att vissa faktiskt kunde få för mycket och bli alldeles för uttröttade.

”Och sen är det ju också utformningen av fysisk aktivitet, herregud. Om omsorgspersonal själva väljer fysisk aktivitet, men då, det är ju bra men hur blir det då med dosering och omfattning och intensitet och så vidare?”

3.4 Tid, kunskap och samlad kompetens behövs för ett bra teamarbete och en bra registrering

3.4.1 Fysioterapeuten behöver kunskap och information för att kunna bidra till teamarbetet kring registreringarna

Deltagarna beskrev ett behov av fördjupade kunskaper om demenssjukdomarna och dess konsekvenser för rörelseförmågan hos personer med demenssjukdom. Utan denna kunskap ansågs fysioterapeuten inte kunna bidra till teamet på ett konstruktivt sätt.

”Jag tycker också att man behöver ha, vilket har kommit till mig ganska nyligen, det här med alltså... vad händer vid olika diagnoser, vad är typiskt för den här diagnosen, vad är typiskt för den diagnosen och den och den och den.”

Kunskap om sjukdomarna ger trovärdighet till fysioterapeuten, både inför andra och inför sig själv. Det framkom även att det var viktigt att ta till sig ny kunskap inom området.

Några deltagare önskade mer praktisk kunskap om hur de som fysioterapeuter kunde arbeta med personer med demenssjukdom och vad en fysioterapeut gör rent konkret inom demensområdet.

”Man skulle vilja ha, alltså rent det teoretiska, det kan man. Man vet var man ska ta reda på saker och, och sådär men rent... rent praktiskt alltså liksom. Sjukgymnastrollen liksom för just dementa.”

Nödvändig kunskap, både teoretisk och praktisk, uppgavs fysioterapeuten kunna tillskansa sig genom att arbeta med personer med demenssjukdom. Att följa kunskapsutvecklingen genom olika websidor såsom Svenskt Demenscentrums

hemsida uppgavs också vara värdefullt. Även särskilda utbildningar riktade mot fysioterapeuter inom demensområdet önskades av deltagarna. Registrets administratörsutbildning och den webbutbildning som finns på hemsidan rekommenderades av samtliga deltagare som genomfört dem. Deltagarna trodde att det kunde vara svårt att komma direkt från fysioterapeututbildningen och delta i registreringarna eftersom de upplevde att det ingick sparsamt med information om äldre och demenssjukdom när de utbildade sig. De visste dock inte om det fortfarande var så.

Deltagarna upplevde det som viktigt att ha kontakt med andra fysioterapeuter som var verksamma inom demensområdet. De menade att det var värdefullt att diskutera bedömning och åtgärd med någon utifrån de fysioterapeutiska aspekterna. En deltagare önskade ett bra nätverk för fysioterapeuter som arbetade inom demensområdet.

Information om personen som registrerades vid registreringen sågs som väsentlig av några av deltagarna för att de skulle kunna bidra på ett konstruktivt sätt. Kunskap om personen ansågs underlätta deltagande i diskussion och val av vårdåtgärd och ville ha träffat den boende och ha gjort en funktionsbedömning innan registreringen.

”Vi känner patienterna lite för dåligt många gånger för att vara med, för att tillföra nåt på riktigt. Man skulle behöva känna patienterna lite bättre och då är det lätt och roligt att vara med.”

Det rådde delade meningar bland deltagarna om hur mycket kunskap om registret och datasystemet fysioterapeuten behövde ha för att delta. Hur mycket kunskap som ansågs behövas var kopplat till vilken roll deltagaren hade i registreringarna. En deltagare som deltog i registreringarna som administratör ansåg att fysioterapeuten behövde ha god kunskap om själva registret och registreringen eftersom hon höll i mötesstrukturen. De andra deltagarna spelade mer av en biroll och ansåg att de endast behövde ytlig kunskap om registret.

3.4.2 Samlad kompetens leder till bra teamarbete och registrering

Deltagarna var nöjda med vilka som ingick i teamen på deras enheter och trodde att övriga teammedlemmar kände likadant. Det uppgavs att alla professioner behövs i registreringarna eftersom de tillförde olika saker och kompletterade varandra. Om inte alla professioner deltog sågs en risk att registreringen haltade eftersom någon eller några yrkesgruppers perspektiv och kunskap då saknades.

”Man vill ju jobba liksom med att alla professioner ska vara med i så stor utsträckning som möjligt för man tillför olika... ja olika saker helt enkelt.”

Samtliga deltagare uttryckte att det var självklart att fysioterapeuten skulle vara en del av teamet som genomför registreringarna och de flesta upplevde att de övriga teammedlemmarna tänkte likadant. Dock uppgav en deltagare att hon ibland upplevt att andra teammedlemmar undrat varför hon deltagit i registreringarna.

En deltagare pratade särskilt om respekt i teamarbetet och menade att det dels var viktigt för alla i teamet att respektera varandra men även att fysioterapeuten vill ha respekt för sin specifika kunskap om betydelsen av bland annat fysisk aktivitet samt kunskap kring förflyttning och bemötande.

Deltagarna hade olika åsikter om hur ofta fysioterapeuten skulle delta i registreringarna. Från att hen borde vara med vid varje tillfälle till att det räckte att vara med vid behov, det vill säga när det behövdes hjälp i exempelvis en förflyttningssituation eller när en patient av omvårdnadspersonal och/eller fysioterapeut bedömdes ha behov av utökad fysisk aktivitet eller annan fysioterapeutisk åtgärd. Åsikten om frekvens var kopplad till deltagarens roll i registreringen. Den deltagare som var administratör deltog i stort sett alltid medan de som hade en biroll upplevde att det räckte att delta mer sällan.

Frågorna i registreringen uppgavs göra teammedlemmarna öppna för ny kunskap inom demensområdet och en deltagare upplevde registreringarna som en chans för teamet att utbilda varandra inom demensfrågorna. Hon menade

även att medlemmarna genom deltagande utvecklade sin ”fingertoppskänsla”, d.v.s. förmågan att känna av hur mycket hjälp en person med demenssjukdom behövde och vilket bemötande som fungerade.

”Men jag har ju lärt mig väldigt mycket om demens för att jag suttit med och BPSD-skattat.”

3.5 BPSD-registreringarna fungerar som en struktur för teamarbetet

Den ”röda tråd” som löpt genom resultatet har handlat om hur registret påverkat teamarbete genom den struktur som finns inbyggt i registret. Strukturen underlättar för teamet att arbeta med problematiken kring BPSD och som en konsekvens av det påverkas teamets arbetsförhållanden. Även fysioterapeutens roll i teamarbetet kring BPSD-registreringarna har kunnat tydliggöras genom strukturen i registret. Vidare har registret påverkat fysioterapeuterna att fundera över sitt behov av kompetens inom demensområdet samt vad de kan tillföra till registreringarna.

4 Diskussion

4.1 Resultatdiskussion

Ett viktigt resultat från studien var att BPSD-registreringarna gett en struktur till teamarbetet på deltagarnas arbetsplatser. Teamarbetet hade genom detta ökat och blivit bättre sedan införandet av registreringarna. Det stora fokus som låg på teamarbete var ett oväntat fynd i studien. Multiprofessionellt teamarbete pekas i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom ut som viktigt och prioriteras högre än medicinering som åtgärd vid BPSD (Socialstyrelsen, 2017). Grand, Caspar och Macdonald (2011) beskriver i en

review funktionen av multiprofessionella team inom demensvården. Multiprofessionella team är viktiga eftersom ingen profession ensam har den kompetens som krävs för att hantera den komplexa sjukdomsbild som uppvisas vid demenssjukdom. Effektiv demensvård bör förlita sig mindre på farmakologiska interventioner och istället baseras på åtgärder från flera olika professioner. Det kan tillåta den enskilda klinikern att fokusera på det problemområde som ligger inom dennes expertis (Grand et al., 2011). Resultatet i denna studie bekräftar att en samlad kompetens behövs för att teamet ska ha en så bred kunskapsbas som möjligt. Det borde därför vara angeläget för samtliga professioner som arbetar med vård av personer med demenssjukdom att delta i teamarbetet. BPSD-registreringarna kan enligt resultatet fungera som verktyg för att öka teamarbetet på enheter för demensvård.

Resultatet visade på att teamet behöver ha gemensamma mål att arbeta mot. I studien handlade detta om att sätta personen med demenssjukdoms välmående i centrum. Wheelan (2016) menar att framgångsrika team har ett gemensamt tydligt mål. Hon framhåller att teamet behöver diskutera sitt mål så att alla teammedlemmar är införstådda med det samt för att klargöra att alla har samma förståelse av vad målet innebär. Målet måste av teammedlemmarna uppfattas som viktigt, rimligt och möjligt att uppnå samt som något som teamet kan dra nytta av. Även Grand et al. (2011) menar att ett framgångsrikt team inom hälso- och sjukvården karaktäriseras av att det finns ett gemensamt mål i att tillhandahålla så god vård som möjligt (Grand et al., 2011). BPSD-registret syftar till att minska BPSD för personer med demenssjukdom, vilket också bör vara målet för teamet i registreringen.

I resultatet framkom att tydliga roller kunde underlätta teamarbetet, göra det roligare och mindre tidskrävande. Enligt Wheelan (2016) är det viktigt att klargöra rollerna i teamet för att organisera sig och uppnå det uppsatta målet. Teamet behöver besluta vem som ska göra vad och medlemmarna kan erbjuda sig frivilligt eller tilldelas en roll av en ledare. Wheelan menar att det finns tre viktiga saker att tänka på: 1) medlemmarna måste vara klara över den roll de tilldelats, förväntningarna på den samt hur uppgiften som tillhör rollen ska utföras, 2) medlemmarna måste ha förmåga och kompetens att utföra den

uppgift som tilldelats genom rollen och 3) medlemmarna måste hålla med om och acceptera den givna rollen (Wheelan, 2016). Författaren till denna studie har reflekterat över huruvida det är vanligt att fysioterapeuter som deltar i de team som genomför BPSD-registreringar funderar över sina roller. Det framkommer inte i resultatet om fysioterapeuterna har de förutsättningar som Wheelan tar upp eller om de reflekterar över dem, även om de tagit upp aspekter kring rollfördelning i teamet.

Resultatet visade att det kan finnas en oro bland övriga teammedlemmar att arbetsbelastningen ska öka vid insättande av vårdåtgärder såsom fysisk aktivitet. Fysioterapeuten å sin sida menade att arbetsbelastningen snarare kan minska eftersom BPSD kunde minska när vårdåtgärden sattes in. Scherder, Bogen, Eggermont, Hamers och Swaab (2010) menar att det finns ett orsakssamband mellan fysisk aktivitet och kognition hos äldre i tidiga stadier av demenssjukdom. De hävdar att en nedgång i fysisk aktivitet har negativa effekter på kognitiva funktioner och beteende hos personer med demenssjukdom. Att begränsa en persons rörelsefrihet orsakar stress, aggression och en ökad neuropatologi. Träning uppgavs av författarna kunna minska stress och agitation (Scherder et al., 2010). Arthur, Kairalla och Mann (2017) fann i sin studie att BPSD är signifikant associerat med vårdarens välmående. Välmående mättes genom symtom på depression samt vårdarbörda. Forskarna menar att när BPSD ökar minskar vårdarens välmående. De konkluderade även att det fanns en brytpunkt vid fyra BPSD; vårdarens välmående minskade särskilt när personen med demenssjukdom uppvisade fyra eller fler BPSD. Forskarna rekommenderade att vårdare bör få hjälp att förebygga, hantera och reducera BPSD, oavsett hur många BPSD personen med demenssjukdom uppvisar (Arthur et al., 2017). Att sätta in vårdåtgärder såsom fysisk aktivitet kan minska BPSD och i förlängningen leda till att arbetsbelastningen minskar. En vårdåtgärd kan förvisso öka arbetsbördan initialt i och med att den tar tid att genomföra men effekten kan bli att en person med demenssjukdom mår bättre och då kräver färre andra insatser mot BPSD. Vårdarens arbetssituation kan genom denna minskning förbättras. Det är viktigt att teamet som genomför registreringarna upplever det som möjligt att minska BPSD och därmed sin arbetsbörda så att de är beredda att sätta in de åtgärder som behövs.

Fysioterapeuten kan då ha en viktig uppgift att upplysa om de möjligheter som finns med att sätta in och prioritera en åtgärd som exempelvis fysisk aktivitet, något som även framkom i denna studie.

Det framkommer i studien att det finns ett behov av att sprida kunskap om fysioterapi till andra professioner i vården. Barr (1998) föreslår ett antal kompetenser som viktiga för samarbete. Dessa innebär bland annat: att kunna beskriva sin roll och det egna ansvaret inför andra i syfte att avdramatisera; att inse och uppmärksamma begränsningar i sin egen roll, sitt ansvar och sin kompetens; att erkänna och respektera andra professioners roller, skyldigheter, kompetenser och begränsningar i relation till sina egna; att tolerera skillnader, missförstånd, tvetydigheter och ensidiga förändringar hos andra professioner (Barr, 1998). Även Pelling (2015) påtalar vikten av att förstå den andres perspektiv för att kunna bedriva lyckad interprofessionell samverkan. Han ger förslag om att använda exempelvis intervju eller skuggning (att nära följa en person i dennes arbete) som ett sätt att få kunskap om andra professioner (Pelling, 2015). Det förefaller alltså vara viktigt att medlemmarna i teamet som genomför registreringarna har kunskap om fysioterapeutens kompetens och att fysioterapeuten kan förklara sin egen roll i registreringarna samt vad hen kan tillföra. Att använda intervju eller skuggning skulle kunna vara ett sätt att öka kunskapen om fysioterapi och samtidigt tillse att fysioterapeuten har kunskap om de professioner hen samarbetar i team med. Fysioterapeuter skulle även kunna använda sig av det i relation till andra fysioterapeuter som ett sätt att inom professionen sprida kunskap om hur en fysioterapeut kan arbeta inom demensområdet. I resultatet framkom att fysioterapeuterna inte självklart ser hur de ska arbeta inom demensområdet, vilket skulle kunna göra det mer komplicerat för dem att klargöra för andra vilket bidrag de kan ge till registreringarna. Sannolikt är det inte endast de andra teammedlemmarna som har dålig kunskap om fysioterapi utan även fysioterapeuten kan behöva vidga sin kunskap om sina kollegor i teamet.

Det framkom i resultatet att deltagarna upplevde att personer med demenssjukdom ibland blir begränsade i sin fysiska aktivitet av välmenande personal. Syftet var att skydda personerna från skada. Enligt Scherder et al.

(2010) finns det dock ingen evidens för positiva effekter av fysiska begränsningsåtgärder för personer med demenssjukdom. I kontrast ses att när begränsningsåtgärder används medför det negativa effekter på kognitiva funktioner, humör och socialt samspel. Personerna blir mer beroende av hjälp och som en konsekvens minskar deras möjlighet till social interaktion (Scherder et al., 2010). Det framkom i resultatet inte exakt på vilket sätt personerna med demenssjukdom hindrades från fysisk aktivitet men enligt författarens erfarenhet kan det innebära exempelvis låsta dörrar på boenden eller att ett bord placeras framför personen då hen sitter ned. Detta förhindrar personer med demenssjukdom att fritt kunna röra sig i sin närmiljö och kan ge negativa effekter på BPSD. Fysioterapeuten kan med sin kunskap om fysisk aktivitet spela en stor roll i att förhindra att personer med demenssjukdom begränsas i sin rörelsefrihet, varför de har en viktig funktion att fylla i BPSD-registret.

I resultatet framkom att deltagarna hade uppmärksammat en kunskapslucka när det gällde demensområdet hos sig själva och professionen. Upplevelsen av att inte ha fått med sig tillräckligt med kunskap inom demensområdet från grundutbildningen delades av flera deltagare men det är svårt att veta exakt hur utbildningen såg ut när de genomförde sin utbildning. Enligt Shaw och DeForge (2012) kan fysioterapeuten ses som en "bricoleur", en hantverkare, som använder sig av alla verktyg och all kunskap som finns tillgängliga. Fysioterapeuten som hantverkare kan upptäcka nya former av kunskap och nya sätt att resonera kliniskt. Det ger även att den kunskap som klinikern sedan tidigare tillägnat sig ständigt behöver ifrågasättas. Enligt Shaw och DeForge (2012) söker studenter söker ofta regler och riktlinjer som stöd för att fatta kliniska beslut men behöver utveckla en vetskap om att all kunskap behöver ifrågasättas. En fysioterapeut behöver en holistisk syn samt en förmåga att väva samman evidens med insikter. Kunskap kan inhämtas via observation och bedömning men även som känslomässig, social och politisk erfarenhet av en skada, ett tillstånd eller en sjukdom. Kliniska beslut måste fattas utifrån kunskap som fysioterapeuten sökt och tillägnat sig och kunskap behöver sökas från flera perspektiv (Shaw & DeForge, 2012). Pettersson (2015) pekar på vikten av reflektion i allt lärande och menar att reflektion är ett sätt att tänka mer systematiskt och konstruktivt. Utan reflektion finns risk att dra felaktiga

slutsatser om exempelvis det man lär sig och reflektion är nödvändigt för att kunna lära av erfarenheter. Professionell kompetens handlar därför inte enbart om att ha rätt teoretisk kunskap och instrumentell färdighet. Dessa behöver vägas samman med faktorer inom hälso- och sjukvården såsom patientens behov och önskemål samt organisationens mål och ekonomiska förutsättningar. Exempelvis behöver en kliniker tolka resultat från kliniska studier och anpassa till de förhållanden som råder i varje möte med en patient. Reflektion är en viktig del i detta sätt att väva samman kunskap och erfarenheter (Pettersson, 2015). Författaren av denna studie har reflekterat kring studenternas intresse av att tillägna sig kunskap om äldre och demens. I denna studie fanns inte möjlighet att se över hur fysioterapiutbildningen såg ut när deltagarna utbildade sig, varför det är svårt att dra några slutsatser kring om deltagarna i studien verkligen inte fick någon mer omfattande kunskap om äldre och demenssjukdomar. Det fanns heller inte möjlighet att titta på hur fysioterapiutbildningen hanterar dessa frågor idag. Klart står dock att det finns ett behov av fortsatt utbildning och handledning för fysioterapeuter som arbetar inom demensvården. Även nätverk för fysioterapeuter som arbetar inom området vore ett bra sätt att söka kunskap och sprida tips på hur en fysioterapeut kan arbeta.

Det finns i dagsläget inga kliniska riktlinjer från Fysioterapeutförbundet kring hur en fysioterapeut kan arbeta med personer med demenssjukdom (Fysioterapeuterna, 2018). Möjligen kan området vara för stort för att ge en bra riktlinje kring men kanske skulle det vara möjligt att utarbeta riktlinjer kring vilka interventioner som är lämpliga vid gång- och förflyttningssproblematik i samband med demenssjukdom. Dock är kunskapsunderlaget för vilka fysioterapeutiska interventioner som bäst kan lindra BPSD begränsat, vilket kan göra det svårt att ge sådana riktlinjer.

Resultatet visar slutligen på att fysioterapeutens deltagande i registreringarna bör anpassas efter verksamheten och behovet hos personen med demenssjukdom. Det viktiga förefaller vara huruvida det finns en tanke i verksamheten om att fysioterapeuten ska/kan delta och att fysioterapeuten får kunskap om att det finns behov av deltagande. Under år 2016 deltog fysioterapeuterna endast i drygt hälften av de registreringar som genomfördes. Författaren till denna studie frågar sig om behovet inte är större eller om

kunskapen om fysioterapeutens bidrag till registreringarna inte finns fullt ut i teamen? Kanske skulle deltagandet öka om fysioterapeutens roll i registreringarna förtydligades och det tydliggjordes vad en fysioterapeut kan bidra med när det gäller att minska BPSD? Om fysioterapeuten ska kunna kopplas in vid behov kräver det att övriga teammedlemmar har tillräckligt god kunskap om fysioterapeutens kompetensområde för att bedöma att hen ska kopplas in. Fysioterapeuten själv behöver dessutom ha förståelse för sitt bidrag till registreringarna. Alternativt behöver fysioterapeuten delges information inför registreringarna så att hen kan bedöma om deltagande behövs. Risken finns annars att fysioterapeuten inte kommer att delta även om personen med demenssjukdom har behov av åtgärder som fysioterapeuten kan bidra till teamarbetet med.

4.2 Metodologiska överväganden

Studiens syfte var att ta reda på fysioterapeuters erfarenheter av det svenska BPSD-registret. Eftersom författaren önskade förstå och beskriva fysioterapeuters erfarenheter och det inte finns några tidigare studier inom området ansågs kvalitativ design mest lämplig (Creswell, 2013; Depoy & Gitlin, 2016). Halvstrukturerade intervjuer valdes eftersom de ansågs kunna ge ett djup som en enkät inte kunde. Detta genom chansen att få mer innehållsrika svar, möjligheten att komma med följdfrågor för att få ut ytterligare information samt säkerställa att deltagaren förstått frågan (Kvale & Brinkman, 2014).

Ett strategiskt urval användes för att få ett brett material från deltagare med både kortare och längre erfarenhet av BPSD-registret (Depoy & Gitlin, 2016).

Avsikten var att rekrytera deltagare med olika lång erfarenhet som fysioterapeut såväl som av registret samt av båda könen för att uppnå så stor variation som möjligt (Polit & Beck, 2009). Samtliga som visade intresse för studien var kvinnor och deras erfarenhet som fysioterapeut var 13-28 år med 1-5 års erfarenhet av att arbeta med registret. Deras sätt att arbeta med registret skilde sig åt och de hade olika kunskapsnivå kring registret genom att deras utbildning inom det skiljde sig åt. En geografisk spridning uppnåddes genom att ett av

nätverken samt Sektionen för äldres hälsa når fysioterapeuter i hela landet. Användning av Sektionen för äldres hälsas facebook-sida bidrog också till större geografisk spridning. Författaren bedömer att ett strategiskt urval endast delvis kunnat genomföras eftersom inga män deltog samt att samtliga fysioterapeuter som deltog hade över 13 års erfarenhet av yrket. Intervju med en nyutbildad fysioterapeut om dennes erfarenhet av registret hade eventuellt kunnat tillföra andra perspektiv.

Det finns en risk att de fysioterapeuter som anmälde intresse för studien varit mer positiva till registret än fysioterapeuter i allmänhet är. Det skulle kunna medföra att resultatet visar på fler positiva effekter av registret än vad fysioterapeuterna i allmänhet upplever.

Pga. tidsbrist exkluderades en intresserad deltagare. Det går inte att utesluta att denna deltagare hade kunnat bidra med ytterligare information till studien.

Två olika intervjuformer användes i studien. Enligt Depoy och Gitlin (2016) kan intervjuer genomföras ansikte mot ansikte, via telefon eller genom virtuell kommunikation. Polit och Beck (2012) anser telefonintervjun som ett något sämre alternativ med hänvisning till att deltagaren kan komma att samarbeta sämre. De nämner dock inte huruvida samma gäller för intervju genom videolänk (Polit & Beck, 2012). Den intervju som genomfördes via videolänk bedöms av författaren till denna studie som lika rik på information som övriga intervjuer. Deltagaren uttryckte heller inget obehag av att intervjuas på detta sätt.

Samtliga intervjuer har genomförts av författaren. Enligt Kvale och Brinkman (2014) är intervjuaren det viktigaste forskningsverktyget i en studie med intervjuer. Att som intervjuare ha kunskap om intervjuområdet pekas ut som viktigt (Kvale & Brinkman, 2014). Författaren till denna studie är väl insatt i BPSD-registret efter att ha genomgått registrets administratörsutbildning samt arbetat regelbundet med det i fyra år. Författaren har dock endast utfört en intervjustudie tidigare vilket kan vara en svaghet. Enligt Kvale och Brinkman (2014) är det å andra sidan en styrka att intervjuerna genomförts av samma intervjuare eftersom det ökar sannolikheten att frågorna ställs på liknande sätt.

Författarens upplevelse av BPSD-registret som ett positivt arbetsredskap i arbetet med personer med demenssjukdom skulle potentiellt kunna påverka studiens resultat. Författaren har reflekterat över sin kunskap och förståelse kring registret under hela studien för att försöka att inte påverka resultatets tillförlitlighet.

Att författaren varit ensam om analysarbetet kan vara en svaghet, särskilt som författaren inte hade någon erfarenhet av kvalitativ innehållsanalys sedan tidigare. Analysen genomfördes därför under översyn av handledare med större erfarenhet, s.k. peer-debriefing. Syftet med det var att stärka validitet och tillförlitlighet genom att handledaren kunnat ställa frågor kring genomförande och tolkning som gjorts (Polit och Beck, 2012).

En annan metod för att öka studiens validitet som författaren övervägde var att presentera det preliminära resultatet för deltagarna, s.k. member checking (Creswell, 2013). Intervjumaterialet uppfattades dock som tydligt, varför detta steg inte ansågs nödvändigt.

4.3 Implikationer för praxis (kliniska implikationer)

Av studien framgår att deltagande i BPSD-registret kan medföra att teamarbetet på en enhet för personer med demenssjukdom förbättras samt att fysioterapeuten kan bidra till teamarbetet kring registreringen. Fysioterapeuten bör därför vara en del av teamet och delta vid behov. Det framgår vidare att fysioterapeuternas deltagande i BPSD-registreringarna ser olika ut på olika arbetsplatser. Sannolikt kan teamarbetet kring registreringarna anpassas så att det passar den aktuella verksamheten. För att underlätta för teamet att avgöra när fysioterapeuten bör närvara vid registreringen vore det önskvärt att fysioterapeutens roll i BPSD-registret tydliggjordes. Eftersom fysioterapeutiska insatser kan minska BPSD bör fysioterapeuter dessutom ges möjlighet att prioritera att vara med vid registreringarna. Även detta skulle kunna underlättas genom ett tydliggörande av

fysioterapeutens roll i registreringarna samt på vilket sätt fysioterapeutiska åtgärder kan minska BPSD.

Utbildning inom demensområdet för fysioterapeuter efterfrågades vilket tyder på behov av handledning och utbildning av fysioterapeuter inom demensområdet. Utbildning kan ge fysioterapeuten stöd i att prioritera deltagande i registreringarna, underlätta för hen att förklara sitt bidrag i registreringarna samt i att välja lämplig åtgärd för aktuell BPSD. Arbetsgivare bör därför eftersträva att erbjuda sina medarbetare nödvändig utbildning inom området samt uppmuntra dem att delta i nätverk för fysioterapeuter inom demensområdet. Fysioterapeuter behöver å sin sida påtala behovet av ytterligare kompetens inom området.

Med tanke på det stora fokus som låg på teamarbetet kring registreringarna borde det även vara lämpligt med handledning och utbildning till samtliga professioner kring teamarbete. Exempelvis hur roller kan fördelas och hur ett team kan arbeta mot gemensamma mål borde vara viktiga aspekter att ta upp. Detta var inget som togs upp i intervjuerna men eftersom resultatet kom att handla mycket om teamarbete är det rimligt att anta att det skulle kunna vara en lämplig väg att gå för att på bästa sätt arbeta för att minska BPSD.

4.4 Implikationer för fortsatta studier

För att kunna förtydliga fysioterapeutens roll i registreringarna vore det intressant att studera om fysioterapeuters deltagande har effekt på NPI-poängen. Det vore även intressant att titta på om fysioterapeutens deltagande i registreringarna påverkar vilka vårdåtgärder som sätts in mot BPSD. Sådan kunskap skulle kunna leda till att underlätta för teamet och fysioterapeuten att avgöra när fysioterapeut bör medverka. Vidare finns behov av ytterligare studier kring vilka fysioterapeutiska interventioner som leder till bäst resultat på exempelvis NPI-poängen för att vägleda fysioterapeuter i val av vårdåtgärd mot BPSD.

Med tanke på deltagarnas uppfattning om att de inte fick med sig tillräckligt med kunskaper kring demenssjukdomar från sin grundutbildning vore det intressant att ta reda på fysioterapistudenters och nyutexaminerade fysioterapeuters uppfattning om vilken kunskap om äldre och demens de fått med sig. Är kunskapen tillräcklig och tar de till sig den information som ges? För att ta reda på mer om detta behöver även utbildningarnas utbildningsplaner granskas. Behöver utbildningarna utformas annorlunda? Behövs handledning av fysioterapeuter inom demensområdet?

5 Slutsats

Studien har bidragit till ökad kunskap om fysioterapeuters erfarenheter av BPSD-registret. Arbetet med registret handlar om teamarbete och registret underlättar detta teamarbete med sin struktur. Arbetet med registret kan även hjälpa teamet att ha ett gemensamt mål och verktyg för att personen med demenssjukdom ska få det så bra som möjligt. Det finns ett behov av BPSD-registret som verktyg för att bedriva effektiv vård som team inom demensvården. BPSD-registret kan påverka teamets och fysioterapeuternas arbetsförhållanden, oftast i en positiv riktning men i vissa aspekter även i en negativ riktning. Det har framkommit att fysioterapeuten med sitt yrkeskunnande har en viktig plats i teamet, precis som andra professioner, men att teamet för att nyttja fysioterapeuten som resurs fullt ut behöver kunskap om dennes yrkesområde. Fysioterapeuter som arbetar inom demensområdet har dessutom behov av fortsatt kompetensutveckling, dels för att kunna bidra till registreringarna men också för att själva kunna förtydliga sitt bidrag till registreringarna.

6 Referenser

Arthur, P. B., Gitlin, L. N., Kairalla, J. A., Mann, W. C. (2017). Relationship between the number of behavioral symptoms in dementia and caregiver distress: what is the tipping point?. *Int Psychogeriatr*, 1-9.
doi:10.1017/S104161021700237X

Barr, H. (1998). Competent to collaborate; towards a competency-based model for interprofessional education. *J Interprof Care*, 12(2), 181-187.
doi:10.3109/13561829809014104

Blankevoort, C., Van Heuvelen, M., Boersma, F., Luning, H., De Jong, J., Scherder, E. (2010). Review of Effects of Physical Activity on Strength, Balance, Mobility and ADL Performance in Elderly Subjects with Dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 30(5), 392-402.
doi:10.1159/000321357

Broberg, C., Lenné, R. (2017). *Sjukgymnastik som vetenskap och profession*. Hämtad från Fysioterapeuternas webbplats:
<http://www.fysioterapeuterna.se/globalassets/professionsutveckling/om-professionen/webb-fysioterapi-vetenskap-och-profession-20160329.pdf>

Callahan, C. M., Boustani, M. A., Unverzagt, F. W., Austrom, M. G., Damush, T. M., Perkins, A. J., ... Hendrie, H. C. (2006). Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care: a randomized controlled trial. *JAMA* 10;295(18), 2148-57. doi:10.1001/jama.295.18.2148

Cott, C. A., Finch, E., Gasner, D., Yoshida, K., Thomas, S. G., Verrier, M. C. (1995) The movement continuum theory of physical therapy. *Physiother Can*. 1995;47:87-95.

Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches* (3., [uppdaterad] uppl.). Thousand Oaks: SAGE Publications.

Cummings, J.L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D.A., Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44(12), 2308-2314. doi: 10.1212/WNL.44.12.2308

Depoy, E., Gitlin, L. (2016). *Introduction to Research – Understanding and Applying Multiple Strategies* (5. uppl.). St. Louis: Elsevier.

Edvardsson, D., Winblad, B., Sandman, P.O. (2008). Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: Current status and ways forward. *Lancet Neurol*, 7(4), 362-367. doi: 10.1016/S1474-4422(08)70063-2

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., . . . Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-Centered Care - Ready for Prime Time. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 10(4), 248-251. doi:10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008

Fysioterapeuterna. (2017). *Stadgar för fysioterapeuterna*. Hämtad från http://www.fysioterapeuterna.se/globalassets/om_forbundet/stadgar_2017_web.pdf

Fysioterapeuterna. (2018). Kliniska riktlinjer för fysioterapi. Hämtad 2018-02-15 från <http://www.fysioterapeuterna.se/Profession/Riktlinjer/>

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

Grand, J., Caspar, S., & MacDonlad, S. (2011). Clinical features and multidisciplinary approaches to dementia care. *J Multidiscip Healthc*, 4(49), 125-147. doi: 10.2147/JMDH.S17773

Grozdanic, M., Gustafsson, L. Symtom och omvårdnadsåtgärder bland personer med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens - en registerstudie

(Magisteruppsats, Högskolan i Halmstad, Halmstad). Hämtad från
<http://www.bpsd.se/wp-content/uploads/2014/07/Uppsats-okt-2016.pdf>

Kvale, S., Brinkman, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (4. uppl.).
Lund: Studentlitteratur.

Krolak-Salmon, P., Roubaud, C., Finne-Soveri, H., Riolacci-Dhoyen, N.,
Richard, G., Rouch, I., ... Dauphinot, V. (2016). Evaluation of a mobile team
dedicated to behavioural disorders as recommended by the Alzheimer
Cooperative Valuation in Europe joint action: observational cohort study.
Eur J Neurol, 23(5), 979-988. doi: 10.1111/ene.12975

Läkemedelsverket. (2008). Läkemedelsbehandling och bemötande vid
Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom – BPSD. Hämtad
2018-02-15 från [https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-
sjukvard/behandlingsrekommendationer/BPSD-
rek_webb_bokm%C3%A4rken.pdf](https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/BPSD-
rek_webb_bokm%C3%A4rken.pdf)

Lundman, B., Hällgren Graneheim, U. (2010). Kvalitativ innehållsanalys. I M.
Granskär, B. Höglund-Nielsen. (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom
hälso- och sjukvård*. (s. 159-172). Lund: Studentlitteratur.

Matsson, C. M., Jansson, E., & Hagströmer, M. (2016). Fysisk Aktivitet -
Begrepp och definitioner. I A. Ståhle (Red.), *FYSS*. <http://www.fyss.se/>:
Yrkesföreningar för fysisk aktivitet.

Matura, S., Carvalho, A. F., Alves, G. S., Pantel, J. (2016) Physical Exercise for
the Treatment of Neuropsychiatric Disturbances in Alzheimer's Dementia:
Possible Mechanisms, Current Evidence and Future Directions. *Curr Alzheimer
Res*, 13(10), 1112-1123. doi: 10.2174/1567205013666160502123428

Mayer, S., Granvik, E., Minthon, L., Nägga, K. (2014). Improved Quality of
Life by active intervention with the Swedish BPSD registry. *Alzheimers
Dement*, 10(4), 139-140. doi: 10.1016/j.jalz.2014.04.088

Patel, R., & Davidsson, B. (2017). *Forskningsmetodikens grunder – Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. (4. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Pelling, S. (2015). Att lära i interprofessionell samverkan. I G. Biguet, I. Lindquist, C. Martin & A. Pettersson Red.), *Att lära och utvecklas I sin profession* (s. 81-99). Lund: Studentlitteratur.

Pettersson, A. (2015). Reflektion – En del av lärandet. I G. Biguet, I. Lindquist, C. Martin & A. Pettersson Red.), *Att lära och utvecklas I sin profession* (s. 39-52). Lund: Studentlitteratur AB.

Polit, D.F., Beck, C.T. (2012) *Nursing research – Generating and assessing evidence for nursing practice* (9. uppl.) Philadelphia: Wolter Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Scherder, E. J. A., Bogen, T., Eggermont, L. H. P., ; Hamers, J. P. H., Swaab, D. F. (2010). The more physical inactivity, the more agitation in dementia. *Int Psychogeriatr*, 22(8), pp.1203-1208. doi:10.1017/S1041610210001493

Shaw, J. A., Deforge, R. T. (2012). Physiotherapy as bricolage: Theorizing expert practice. *Physiother Theory Pract*, 28(6), p.420-427. doi: 10.3109/09593985.2012.676941

Socialstyrelsen. (2017). Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom – stöd för styrning och ledning. Remissversion. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20739/2017-12-2.pdf>

Socialstyrelsen. (2014). Termbanken. Hämtad 2017-10-16 från <http://termbank.socialstyrelsen.se/index.php?fTerm=m>

Svenskt Register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens.
(2017a). Välkommen till BPSD-registret. Hämtad 2017-10-16 från

<http://www.bpsd.se/>

Svenskt Register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens.
(2017b). Att arbeta med registret – Hur arbetar man med registret. Hämtad

2017-10-16 från <http://www.bpsd.se/arbeta-med-registret/hur-arbetar-man-med-registret/>

Svenskt Register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens.

(2017c). Om BPSD-registret. Hämtad 2017-10-16 från <http://www.bpsd.se/om-bpsd-registret/om-svenskt-bpsd-register/>

Svenskt Register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens.

(2017d). *Webbutbildning* [Webbutbildning]. Hämtad från

<http://www.bpsd.se/media/player/player.html>

Svenskt Register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens.

(2017e). Information till vårdtagare och närstående. Hämtad 2017-10-18 från

<http://www.bpsd.se/wp-content/uploads/2010/05/NYTT-INFOBLAD-jan-2015.pdf>

Sveriges Kommuner och Landsting. (2016). För dig som patient. Hämtad 2017-10-18 från

<http://kvalitetsregister.se/tjanster/omnationellakvalitetsregister/fordigsompatient.2039.html>

Taraldsen, K., Hellbostad, J. L., & Saltvedt, I. (2016). Fysisk aktivitet vid demens. I A. Ståhle (Red.), FYSS. <http://www.fyss.se/> : Yrkesföreningar för fysisk aktivitet.

Thuné-Boyle, I. C. V., Iliffe, S., Cerga-Pashoja, A., Lowery, D., Warner, J. (2012). The effect of exercise on behavioral and psychological symptoms of

dementia: towards a research agenda. (2012) *Int Psychogeriatr*, 24:7, 1046–1057. doi:10.1017/S1041610211002365


Wheelan, S. (2016). *Creating effective teams – A guide for members and leaders* (5., uppl). Los Angeles: SAGE Publications, Inc.

World Health Organisation. (2017). Dementia. Hämtad 2018-02-15 från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>

World Confederation for Physical Therapy. (2017). Policy Statement: Description of physical therapy. Hämtad 2018-01-10 från <http://www.wcpt.org/policy/ps-descriptionPT>

7 Bilagor

7.1 Bilaga A



Personregistrering

Svenskt register för Bivetsedemässliga och Fysiska Symptom vid Demens

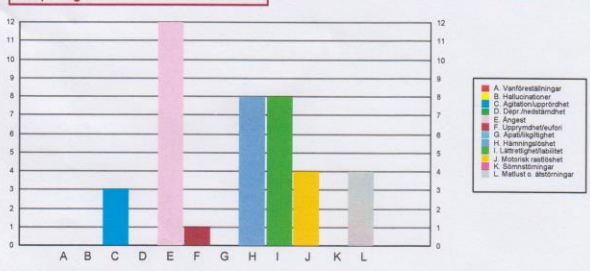
Personnummer: _____ Namn: _____ Registrering utförd: _____ Nästa registrering: _____

Diagnos: _____

Deltagare vid registrering

Undersköterska, Arbetsterapeut, Sjukgymnast/Fysioterapeut

NPI-poäng



Kategori	Poäng
A	0
B	0
C	3
D	0
E	12
F	1
G	0
H	8
I	8
J	4
K	0
L	4

Status

Signerad

Datum: _____

Signerad av: _____

Vårdenhet: _____

Totalt: 40

Tänkbara orsaker till BPSD

Tillräckligt med mat:	Ja	Temp:	Normal
Tillräckligt med dryck:	Ja	Puls:	Normal
Tillräckligt med sömn:	Ja	Blodtryck:	Normal
Normal urin:	Ja	Andning:	Normal
Normal avföring:	Ja	Verkar personen smärtrfri?	Ja
God syn, med eller utan hjälpmedel:	Ja	Blodsocker:	Normal
God hörsel, med eller utan hjälpmedel:	Ja	Läkemedelsöversyn genomförd:	Nej
Finns det daglig, positiv samvaro?	Ja		

Vårdåtgärder

Bemötandeplan: När _____ är upprörd eller agiterad avleds _____ genom att en personal kommer är allierad med _____

Hygienesituationen: ha inte en viss dag försök alla dagar. försök hitta en tid som passar _____

Kopplad till symtom

Utevistelse:	gg/v:
Fysisk aktivitet:	gg/v:
Massage:	gg/v:
Musik/Sång:	gg/v:
Aktivering:	gg/v:
Lugn (judmilo):	

BPSD Registret - PatientSkattnig - Version: 10.28.37

Sida: 1 av 2

Övrigt: För att underlätta att hitta tid då duschning fungerar görs en välbefinnandeskattning. Andra förslag som kan provas efterhand är: Musik i samband med dusch, sätta på duschen innan så vet vad som ska hända. Låta _____ göra en helkroppsavtvätt istället. Efter välbefinnandeskattningen ska utredas om det finns åtgärder som kan minska oron.

Läkemedel

Insatta

Läkemedel

Insatt datum

Utsatta

Läkemedel

Insatt datum

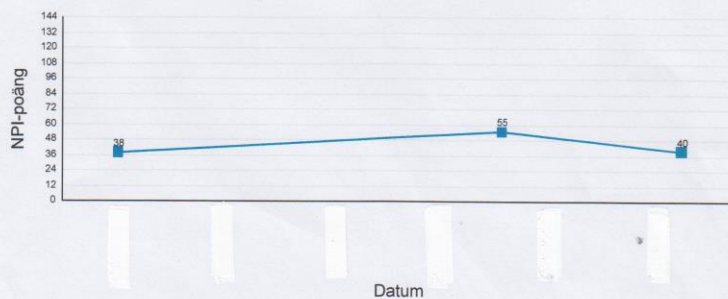
Utsatt datum

Aktuella

Läkemedel

Insatt datum

NPI poäng över tid



7.2 Bilaga B

Förfrågan om medverkan i intervju angående:

Fysioterapeuters erfarenheter av det svenska BPSD-registret

Bakgrund

BPSD står för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid demens och kan innebära aggressivitet, skrik, vandring, plockande eller störd dygnsrytm och psykiska symtom som hallucinationer, vanföreställningar, ångest eller depression. 9 av 10 personer med demenssjukdom drabbas någon gång under sin sjukdom av BPSD och symtomen orsakar stort lidande för den drabbade samt är svåra att hantera för närstående och vårdare. Sedan år 2010 finns i Sverige det s.k. BPSD-registret som är tänkt att bidra till teamarbetet och fokus ligger på omvårdnadsåtgärder för att minska förekomsten av BPSD. I registret används Neuro Psychiatric Inventory, NPI, för att bedöma vilka symtom som förekommer samt hur de påverkar individen. NPI är en skattningsskala i vilket förekomst och allvarlighetsgrad av 12 olika beteendedomäner som är vanliga vid demenssjukdomar skattas. Registret lämnar ingen rekommendation om vilka yrkesgrupper som ska delta utan lämnar det öppet för varje enhet att besluta men under 2016 infördes möjligheten att vid skattningen fylla i vilka yrkeskategorier som deltar. För att kunna genomföra skattningar krävs att enheten är ansluten till registret.

Som en del i pågående magisterutbildning vid Karolinska Institutet genomför undertecknad nu en studie som syftar till att utforska hur fysioterapeuter ser på BPSD-registret och deras medverkan i detta register. Exempelvis om man som fysioterapeut anser sig vara en del av det team som kan genomföra skattningen och huruvida man upplever att det egna deltagandet tillför något eller inte.

Syfte

Att beskriva fysioterapeuters erfarenheter av det svenska BPSD-registret med specifikt fokus på fysioterapeuters delaktighet i skattningen.

Förfrågan om deltagande

Du förfrågas om att delta i studien eftersom Du är legitimerad fysioterapeut/sjukgymnast och arbetar i en verksamhet som är ansluten till det svenska BPSD-registret. Det är av intresse för studien att komma i kontakt med Dig som ofta deltar i skattningar men också dig som sällan eller aldrig deltar. Det är också av intresse att komma i kontakt med fysioterapeuter med olika lång erfarenhet i yrket.

Hur studien går till

Studien utgörs av personliga intervjuer som tar högst en timme. Intervjun kommer att spelas in och vi träffas vid ett tillfälle på en tid och plats som passar av Dig. Du kan om du vill ytterligare information om frågeområdet innan intervjun så Du kan förbereda Dig i lugn och ro. Det skulle även kunna vara möjligt att genomföra intervju via exempelvis Skype.

Hantering av data och sekretess

Personuppgifter kommer att hanteras konfidentiellt vilket innebär att Ditt deltagande inte kommer att kunna identifieras. Citat från intervjuerna kan komma att presenteras under resultatdelen, men vara avidentifierade och inte möjliga att känna igen av annan är Dig själv samt undertecknad. Data som framkommer vid intervjun, kommer endast att användas till studien, förvaras inlåst under arbetet med studien och endast hanteras av undertecknad och handledare.

Frivillighet

Deltagandet är helt frivilligt och Du kan när som helst avbryta. Ett eventuellt avbrytande kommer inte att medföra några negativa konsekvenser. Materialet kommer endast att användas i forskningssyfte. Om Du vill medverka, kommer Du att fylla i blankett för samtycke.

Ansvarig

Fysioterapeuten som genomför studien är Emma Karlsson, handledare är Annika Sköld leg. Arbetsterapeut, Med.Dr., Adjunkt.

Har Du ytterligare frågor om studien är Du välkommen att ta kontakt per telefon eller e-post.

Emma Karlsson

0707-794987

emma.karlsson.4@stud.ki.se

Annika Sköld

annika.skold@ki.se

7.3 Bilaga C

Intervjuguide

Ålder:

Erfarenhet som fysioterapeut:

Arbetat med personer med demenssjukdom:

Erfarenhet av BPSD-registret:

Administratör:

1. Kan du berätta för mig hur en skattning i BPSD-registret vanligen går till hos er?
2. I hur stor andel av skattningarna deltar du som fysioterapeut/sjukgymnast i skattningarna?
Varför deltar du?
Vilken roll har du i skattningen?
Skulle du vilja vara mer delaktig (eller delaktig på ett annat sätt) än du är?
I så fall hur?
3. Anser du att fysioterapeuterna bör vara en del av skattningarna?
Varför/Varför inte?
4. Vad upplever du att du som fysioterapeut tillför skattningen?
Hur tror du att skattningarna skulle se ut om du som fysioterapeut inte deltog?
5. Vad tror du att de andra deltagarna (tex ssk, omv personal, AT) i skattningen upplever att du tillför?
6. Vad upplever du att skattningen tillför dig i din verksamhet?
7. Tycker du att det är rätt personer som är med i teamet kring skattningen?
Varför/varför inte?
Hur skulle det kunna vara istället?

Vad skulle bli annorlunda då?

8. Kan du beskriva en lyckad skattning?

Vad var det som gjorde att den blev lyckad?

Vad betydde det för patienten?

Vad betydde det för personalen?

9. Kan du beskriva en skattning som kändes mindre lyckad?

Vad var det som gjorde den mindre lyckad?

10. Hur resonerar ni som team kring att välja ut åtgärder?

Vilka aspekter är viktiga?

Skiljer det sig mellan yrkesgrupperna hur ni ser på åtgärderna?

Hur tänker du som fysioterapeut kring vilka åtgärder som sätts in?

11. Vilken kunskap upplever du att man som fysioterapeut behöver ha för att delta i skattningarna?

Har du fått dessa kunskaper?

12. Brukar dina fysioterapeutkollegor delta i skattningarna?

Till hur stor andel?

13. BPSD-registret ska vara ett verktyg i arbetet med personer som har en demenssjukdom, har ditt/ert arbetssätt påverkats av införandet av skattningarna?

På vilket sätt?

14. Hur tror du att din chef och dina närmaste kollegor tänker om att du är med i skattningarna?

15. Vad skulle du vilja förändra i ert sätt att arbeta med skattningarna?

16. Samtalar du med patienten, anhöriga och/eller personal om skattningarna ni gör för individen?

17. Brukar du ta del av resultaten och kunskap från registret (exempelvis genom årsrapporten, hemsidan eller studier som finns länkade via hemsidan)?
18. Samtalar du med patienten, anhöriga och/eller personal om resultaten från registret?
19. Saknar du något eller någon information från registret?
20. Har du något annat du vill tillägga om ditt/ert arbete med registret?

7.4 Bilaga D

Samtyckesformulär

Ja, jag samtycker till att delta i studien ”**Fysioterapeuters erfarenheter av det svenska BPSD-registret**”

Jag känner att mitt deltagande är helt frivilligt, samt att jag när som helst och utan närmare förklaring kan tacka nej eller avbryta mitt deltagande utan att det medför negativa konsekvenser.

Ort och datum

Namnteckning/namnförtydligande

Ansvarig för studien är Annika Sköld leg. Arbetsterapeut, Med.Dr., Adjunkt vid Karolinska Institutet

7.5 Bilaga E

Etikprövning av studenters examensarbeten

Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (2003:460 och 2008:280:192) definierar forskning som: ”Vetenskapligt experimentellt eller teoretiskt arbete för att inhämta ny kunskap och utvecklingsarbete på vetenskaplig grund. Undantaget är sådant arbete som utförs inom ramen för högskoleutbildning på grund- eller på avancerad nivå”. I propositionen (2007/08:44 s. 20) har regeringen anfört följande: ”Det förslag till definition av forskningsbegreppet som lämnas av utredningen öppnar upp för att arbeten som utförs av studenter inom ramen för högskoleutbildning på grundnivå eller på avancerad nivå i viss mån skulle kunna omfattas av lagens krav på etikprövning. Det är av avgörande betydelse att det är tydligt för såväl forskaren som andra aktörer vilka förfaranden som omfattas av etikprövning. Det föreslås därför att det direkt av etikprövningslagen ska framgå att sådana arbeten inte faller under lagens tillämpningsområde”. I den etiska analys som bör göras ligger i ena vågskålen vikten att uppfylla den lag som gäller studentarbete under grundutbildning och på avancerad nivå som hävdar att detta inte är forskning och därmed inte behöver etikgranskas och i den andra vågskålen vikten av att projektarbeten som genomförs av studenter och som har inslag som ingår i begreppet forskning enligt etikprövningslagen, t.ex. hantering av känsliga personuppgifter och försök som påverkar forskningspersonen psykiskt eller fysiskt, etikgranskas. I en sådan avvägning finner Etikrådet att sådana arbeten med hänsyn till forskningssubjektets integritet bör underkastas etikprövning. En sådan möjlighet har också öppnats genom att i förordningen om etikprövning införts en bestämmelse som säger att etikprövningsnämnden får lämna rådgivande yttranden över arbeten som utförs inom ramen för högskoleutbildning på grundnivå eller på avancerad nivå. I sitt yttrande uttalar nämnden sin uppfattning om det finns några etiska hinder mot utförande av projektet. Yttrandet har samma värde som ett godkännande. Följande riktlinjer kan vara användbara vid bedömning av om rådgivande yttrande ska begäras: 1) Projekt som är forskningsetiskt oproblematiske: exempelvis ett arbete där man driver en tes som man baserar på studier av befintlig litteratur. I sådana projekt finns inga direkt eller indirekt (via exempelvis register) kontakt med

forskningspersoner och inte heller behandlas känsliga personuppgifter. 2) Projekt som kan vara etiskt problematiska är exempelvis där man frågar kurskamrater, lärare eller bekanta om deras föreställningar om exempelvis orsaker till någon sjukdom eller skada (som hål i tänderna). Gränsdragningen blir här när man kommer in på mer känsliga frågor om den egna hälsan/ohälsan, politiskt eller religiös tillhörighet, sexuell läggning eller liknande. I denna typ av projekt ingår inga patienter. Beroende av urval och systematik vid genomförandet kan sådana projekt i vissa fall leda till publikation och om ambitionen är en publikation bör projektet etikgranskas. 3) Projekt som omfattar forskningspersoner. Det kan vara fråga om patienter, friska forskningspersoner (vars attityder som undersöks, se föregående punkt) eller användning av registerdata. Dessa undersökningar bör som regel genomgå etikprövning. Handledaren har här ett speciellt ansvar att övervaka en sådan undersökning och regelbundet säkra sig att inga problem uppstår. Handledaren måste också vara beredd att avsluta en studie om icke förutsedda problem uppstår. Rör det sig om frågor om patienters hälsotillstånd måste man se till att forskningspersonerna inte tillhör en svag eller utsatt grupp. Man bör undvika barn och helt undvika svårt sjuka patienter samt patienter som befinner sig i livets slutskede. Det är Etikrådets uppfattning att arbeten enligt kategori 3 och i vissa fall kategori 2 ska etikprövas genom ansökan om rådgivande yttrande. Ansökan ska genomföras i nära samarbete med en handledare. Det är handledaren som ansvarar för att ansökan om rådgivande yttrande inhämtas i god tid.. Prefekten undertecknar ansökan om rådgivande yttrande och är normalt huvudman för projektet. Kostnaden för etikprövning betalas i förekommande fall av Karolinska Institutet /Utarbetat av Göran Elinder i samråd med Olof Forsberg, ordförande i Etikprövningsnämnden i Stockholm i april 2009/