

DECEMBER 2017

MIDTVEJSEVALUERING: MODEL TIL MÅLRETTET PLEJE AF PLEJEHJEMSBEBOERE MED DEMENS OG BPSD

UDARBEJDET AF COWI A/S FOR SUNDHEDSSTYRELSEN



COWI

DECEMBER 2017

MIDTVEJSEVALUERING: MODEL TIL MÅLRETTET PLEJE AF PLEJEHJEMSBEBOERE MED DEMENS OG BPSD

PROJEKTNR.

A082676

DOKUMENTNR.

1

VERSION

1.0

UDGIVELSESDATO

20. december
2017

BESKRIVELSE

UDARBEJDET

MBDN, MEMK,
HEEH

KONTROLLERET

KIGN

GODKENDT

KIGN

INDHOLD

1	Resumé og konklusion	5
2	Baggrund	10
2.1	Læsevejledning	11
2.2	BPSD-modellen	11
2.3	Formålet med midtvejsevalueringen	14
2.4	Datagrundlag og metode	14
3	Udvikling i BPSD-symptomer	19
3.1	Plejepersonalets vurdering af livskvalitet	22
4	Implementering	24
4.1	Samlet vurdering af implementeringen	24
4.2	Kompetenceudvikling	27
4.3	NPI-screeningerne	30
4.4	BPSD-konferencerne	33
4.5	Beboerindsatserne	36
5	Mekanismer og barrierer	41

BILAG

Bilag A	Kommuner og plejecentre	47
Bilag B	Karakteristika ved beboerne	48
Bilag C	Oversigt over kerneelementer og implementeringsscore	50
Bilag D	Konceptbeskrivelse	51
Bilag E	Temaer i kompetenceudvikling	67
Bilag F	Antal og andel beboere med en NPI-score på nul	68

1 Resumé og konklusion

Denne midtvejsevaluering omfatter de foreløbige resultater fra projektet: Model til målrettet pleje af plejehjemsbeboere med demens og BPSD. Projektet er udmøntet som led i satspuljeaftalen fra 2015-2018 med det formål at afprøve en model målrettet pleje af beboere med demens og adfærdsmæssige og psykiske symptomer (BPSD).

Projektet omfatter 24 plejecentre fra kommunerne Greve, Faxe, Hedensted, København og Næstved.

Omdrejningspunktet i projektet er at afprøve en model til målrettet pleje af beboere med demens. Formålet med modellen er at sikre en målrettet indsats og kontinuerlig opfølgning for den enkelte beboer ved at gennemføre systematiske screeninger, strukturerede analyser og målrettede indsatser for at mindske beboerens BPSD og øge dennes trivsel. Arbejdet understøttes af et elektronisk BPSD-system, hvor data om beboerens BPSD registreres.

Som led i projektet skal plejepersonalet¹ løbende screene beboere med demens med henblik på at identificere eventuelle BPSD-symptomer. Hvis der identificeres BPSD-symptomer hos beboeren, afholder personalet en BPSD-konference, hvor de drøfter symptomerne og mulige årsager til symptomerne. På BPSD-konferencen aftales det, hvilke målrettede beboerindsatser, der skal igangsættes for den enkelte med det formål at mindske beboerens BPSD-symptomer og øge vedkommendes trivsel. På BPSD-konferencen aftales det samtidig, hvornår der skal følges op på de igangsatte beboerindsatser. Processen gentages, som minimum, hver tredje måned.

Formålet med midtvejsevalueringen er at vurdere status på implementeringen af BPSD-modellen og de foreløbige resultater af udviklingen i beboernes BPSD-symptomer. Derudover følger midtvejsevalueringen op på de bagvedliggende antagelser om, *hvordan* BPSD-modellen virker og belyser de mekanismer, som forklarer hvorfor eller hvorfor ikke, der opnås de forventede effekter i projektet. Den afsluttende evaluering vil følge op på fundene i midtvejsrapporten og yderligere indeholde analyser af effekter på medicinforbrug, kontakt til sundhedsvæsenet samt omkostninger ved projektet og disses sammenhæng til opnåede effekter.

¹ Plejepersonalet benyttes som en samlet betegnelse for ledere, nøglemedarbejdere og øvrige medarbejdere i projektet.

HOVEDRESULTATER OG OPMÆRKSOMHEDSPUNKTER FREMADRETTET

Foreløbige resultater viser et fald i beboernes BPSD-symptomer

Analyserne af udviklingen i beboernes BPSD-symptomer er baseret på NPI-screeninger og omfatter 698 beboere og 1.986 NPI-screeninger (i perioden 1. januar 2017 til og med den 31. oktober 2017).

Der er et statistisk signifikant fald i BPSD-symptomerne over tid for alle beboerne samlet set. I alle fem kommuner ses et fald (som er statistisk signifikant i fire af de fem kommuner).

Der er ikke en statistisk signifikant forskel i udviklingen i beboernes BPSD-symptomer mellem kommuner.

Det er en faglig grundantagelse i projektet, at et fald eller en stabilisering af den enkelte beboers BPSD-symptomer vil medføre en forbedret livskvalitet. I alt vurderer 85 pct. af plejepersonalet (31 pct. i høj grad og 54 pct. i nogen grad), at BPSD-konceptet øger trivslen blandt beboere med BPSD. Denne vurdering afhænger dog af plejepersonalets rolle i projektet: Blandt lederne vurderer 96 pct. (53 pct. i høj grad og 43 pct. i nogen grad), at BPSD-konceptet øger trivslen blandt beboere med BPSD. Blandt nøglepersonerne vurderer 88 pct. (34 pct. i høj grad og 54 pct. i nogen grad), at BPSD-konceptet øger trivslen blandt beboere med BPSD. Blandt de øvrige medarbejdere vurderer 78 pct. (22 pct. i høj grad og 56 pct. i nogen grad), at BPSD-konceptet øger trivslen blandt beboere med BPSD.

Resultatet afspejler en mere generel udfordring i projektet. Analyserne viser, at de øvrige medarbejdere ikke i samme omfang som lederne og nøglemedarbejderne oplever at være involveret i projektet. Det er selvfølgelig en grundlæggende præmis, at ledelsen og nøglepersonerne spiller en central rolle, men dette udgør også et dilemma fremadrettet ift. at sikre en høj implementeringsscore – især i forhold til at sikre at de aftalte indsatser for beboerne gennemføres.

BPSD-konceptet bidrager til en mere målrettet, systematisk og kontinuerlig beboerindsats

De kvalitative interviews bekræfter de bagvedliggende hypoteser om, hvordan BPSD-modellen påvirker beboernes BPSD-symptomer. Generelt vurderer plejepersonalet, at de iværksætter en mere systematisk og målrettet plejeindsats overfor den enkelte beboer. Indsatserne målrettes i højere grad beboerens BPSD-symptomer på baggrund af beboerens NPI-score, analyse af mulige årsager og aftaler om indsatser, som er indgået på en BPSD-konference. Derudover vurderer de, at den enkelte beboers pleje er blevet mere kontinuerlig, og at plejepersonalet i højere grad arbejder ud fra samme mål. Det gennemgående billede er, at det understøttende elektroniske BPSD-system bidrager til systematik, overblik og struktur på BPSD-konferencerne, og at BPSD-systemet synliggør resultater og giver overblik over de enkelte beboeres tilstand og udvikling.

COWI vurderer, at BPSD-projektet er blevet vel modtaget på de deltagende plejecentre. Flere medarbejdere og ledere fremhæver, at BPSD-modellen er anvendelig for alle beboere på plejecentrene, dvs. også for beboere uden demens, og de fleste ledere, nøglepersoner og øvrige medarbejdere giver udtryk for, at de ønsker at fortsætte med at arbejde med BPSD-modellen efter projektperioden. COWI vurderer derfor, at der er stort potentiale for, at BPSD-konceptet forankres efter projektafslutning.

BPSD-modellen afprøves i overensstemmelse med projektets konceptbeskrivelse - men der er forskel på i hvor høj grad det lykkes at implementere de forskellige elementer

Vurderingen af implementeringen omfatter de fire kerneelementer i det samlede koncept: Kompetenceudvikling, NPI-screening, BPSD-konferencerne og beboerindsatserne. Implementeringsscoren opgøres som en procentvis målopfyldelse fra 0-100 point (hvor 100 point er den bedst mulige implementering).

COWI har udregnet en implementeringsscore for hvert kerneelement og for hele BPSD-konceptet samlet set. Den samlede implementeringsscore er forholdsvis ens på tværs af de fem kommuner, hvor implementeringsscoren varierer mellem 60-70 point. Taget i befragtning, at der er tale om en meget kompleks intervention, vurderer vi, at det generelt er lykket at implementere BPSD-konceptet i alle kommunerne.

Vi finder dog, at der særligt er en udfordring med efterfølgende at få gennemført de aftalte indsatser for beboerne, som der besluttes på BPSD-konferencerne (herefter betegnes dette som beboerindsatserne). Her er implementeringsscoren på 45 point. på tværs af kommunerne. Der ses dog en betydelig variation mellem kommunerne, hvor implementeringsscoren for beboerindsatserne varierer mellem 20 og 65 point. Derudover er der også en stor variation ift. implementeringen af NPI-screeningerne. Her varierer implementeringsscoren mellem 32 og 61 point.

Kompetenceudvikling af de øvrige medarbejdere udgør et opmærksomhedspunkt

Langt størstedelen af lederne og nøglemedarbejderne deltog indledningsvist i henholdsvis et 2-dages og 4-dages kursusforløb. Blandt de øvrige medarbejdere er det dog 42 pct., som rapporterer, at de har gennemført kompetenceudvikling bestående af et webkursus. Tallene afspejler blandt andet, at nye medarbejdere ikke introduceres til webkurset. Samtidigt efterspørger de øvrige medarbejdere mere viden om BPSD-konceptet. For ledelsen er det derfor fremadrettet et opmærksomhedspunkt at sikre, at nye medarbejdere introduceres til webkurset.

NPI-screeningerne udgør et opmærksomhedspunkt i nogle kommuner og plejecentre

Kravet til NPI-screeningerne er, at alle beboere skal NPI-screenes inden for tre måneder (i denne evaluering er dette opgjort som inden for 90 dage) – uanset om beboeren scorer nul eller over nul i screeningen. En forholdsvis stor andel af NPI-screeningerne gennemføres inden for 90 + fem dage (95 dage), og dermed er meget tæt på at opfylde kravet. Det gælder for hhv. 73 pct. af de NPI-screeninger, hvor beboeren scorede nul, og for 75 pct. af de NPI-screeninger, hvor beboeren scorede over nul.

Der er dog kommuner og plejecentre, hvor der er en større afvigelse og hvor det fremadrettet er et opmærksomhedspunkt.

Manglende kontinuitet ift. NPI-screeningerne påvirker negativt plejepersonalets oplevelse af anvendeligheden af NPI-screeningerne. Ved manglende kontinuitet forstås, at vurderingen af den enkelte borger gennemføres af forskellige medarbejdere/kontaktpersoner. Fremadrettet vurderer vi derfor, at ledelsen og nøglepersonerne i så høj grad som muligt, bør prioritere kontinuiteten.

BPSD-konferencer giver mulighed for tværfaglig læring, videndeling og refleksion og bidrager med ejerskab – men kun for deltagerne

BPSD-konferencerne udgør et helt centralt element ift. at sikre læring og videndeling mellem medarbejderne og de forskellige faggrupper. Det er her medarbejderne i fællesskab træffer beslutninger om hvilke beboerindsatser, der skal afprøves for at mindske den enkelte beboers BPSD-symptomer. At deltage på en BPSD-konference giver en større forståelse af rationalet bag beslutningerne om

specifikke beboerindsatser og dermed også en højere grad af ejerskab overfor disse. Der er dog forskel på, hvor mange og hvilke faggrupper, der deltager på konferencerne.

Det er et krav i konceptbeskrivelsen, at der som minimum skal deltage en leder, en nøgleperson, beboerens kontaktperson og en sygeplejerske, men der mangler en sygeplejerske på 34 pct. af BPSD-konferencerne. De kvalitative interviews peger dog på, at nøglepersonen ofte er uddannet sygeplejerske. Således formodes deltagelsen af sygeplejersker på BPSD-konferencerne rent faktisk at være højere, fordi plejepersonalet ofte kun registrerer en af funktionerne i BPSD-systemet. Derfor er det vigtigt fremadrettet at sikre, at begge funktionerne registreres i BPSD-systemet. Ellers vil det fejlagtigt se ud som om, at der enten mangler en nøgleperson eller en sygeplejerske. Ligeledes er det vigtigt, at plejecentrene husker at opføre varigheden af BPSD-konferencen per beboer (i fald der gennemføres flere BPSD-konferencer samme dag).

Slutteligt vurderer COWI, at det vil være en fordel, at andre faggrupper end social og sundhedspersonale og sygeplejersker deltager på BPSD-konferencer for at få det fulde udbytte af de tværfaglige drøftelser. Derudover har nogle plejecentre gode erfaringer med at inddrage medarbejdere fra nat- og dagvagt for at fremme implementeringen af beboerindsatserne.

Beboerindsatserne udgør et centralt opmærksomhedspunkt i alle kommuner og plejecentre

Målrættede beboerindsatser iværksættes på baggrund af drøftelserne på BPSD-konferencerne. Konceptbeskrivelsen indeholder ikke deciderede krav til indholdet af beboerindsatserne, som eksempelvis kan omfatte sundhedsfaglige og/eller pædagogiske tiltag. Det er afgørende, at beboerindsatserne gennemføres i praksis, og at det er tydeligt, hvem der skal gøre hvad.

Vi finder, at under halvdelen (38 pct.) af nøglepersonerne og lederne vurderer, at beboerindsatserne i høj grad implementeres i praksis. Samtidigt viser de kvalitative interviews at det er en udfordring at sikre, at alle de øvrige medarbejdere er informerede om de aftalte beboerindsatser. Da plejen af den enkelte beboer typisk er spredt ud på mange forskellige medarbejdere (og forskellige vagtlag) er et af de væsentligste opmærksomhedspunkter, at sikre, at alle relevante medarbejdere er orienterede om de aftalte beboerindsatser. Det gælder især de medarbejdere, der ikke deltog på den enkelte BPSD-konference.

Her har nogle plejecentre gode erfaringer med at sikre, at medarbejdere fra de forskellige vagtlag er repræsenteret på BPSD-konferencerne, og andre har gode erfaringer med at anvende fysiske BPSD-tavler, der viser mål og beboerindsatser for de deltagende beboere. Tavlerne er typisk placeret i personalerum eller andre steder, hvor de er synlige for alle medarbejdere. Fordelen er, at de øvrige medarbejdere ikke selv aktivt skal opsøge information om beboerindsatser i forskellige journaler eller handleplaner. Hvis de øvrige medarbejdere selv aktivt skal opsøge informationer, er der en højere risiko for, at informationen går tabt. Det er derfor vores vurdering, at disse tavler er et godt redskab til udbrede kendskabet til beboerindsatserne. BPSD-tavlerne kan dog ikke stå alene.

Slutteligt anbefaler vi, at plejepersonalet fokuserer på færre beboerindsatser ad gangen for den enkelte beboer for ikke at miste overblikket, og for at kunne vurdere effekten af de iværksatte beboerindsatser.

Rollefordeling og ledelsesprioritering

Midtvejssurveyet viser, at ca. halvdelen af lederne og nøglepersonerne vurderer, at det i høj grad er tydeligt, hvem der har hvilke opgaver i forbindelse med implementeringen og opfølgningen på de beboerindsatser. Interviewene med lederne viser, at opfølgningen typisk er uddelegeret til teamlederne, nøglepersonerne og i nogle centre til de øvrige medarbejdere. Dette udgør ikke nødvendigvis et problem, men det er vigtigt at bemærke, at ledelsen og nøglepersonerne har ansvaret for at sikre, at beboeren får den aftalte beboerindsats i følge konceptbeskrivelsen. Samtidigt vurderer COWI, at ledelsen fremadrettet bør sætte mere fokus på at følge op på, om beboerindsatserne implementeres i praksis.

Midtvejssurveyet viser derudover, at det er en udfordring, at få fulgt op på om beboerindsatserne har den ønskede virkning – det gælder både på BPSD-konferencen og løbende i dagligdagen. Her svarer 22 pct. af lederne og 30 pct. af nøglepersonerne, at de i høj grad evaluerer beboerindsatserne i hverdagen, mens 56 pct. af lederne og 61 pct. af nøglepersonerne svarer at de i høj grad evaluerer beboerindsatserne på BPSD-konferencerne.

På den baggrund vurderer COWI, at der er behov for en skærpelse af rollefordelingen ift. implementeringen af beboerindsatserne, og at ledelsen prioriterer opfølgningen, eksempelvis ved at sætte yderligere fokus på hvorfor eller hvorfor ikke det lykkes at implementere beboerindsatserne, og undersøge om der er nogle mere generelle barrierer på det pågældende plejecenter.

Slutteligt vurderer COWI, at det er vigtigt, at ledelsen prioriterer, at de øvrige medarbejdere med jævne mellemrum kan deltage på BPSD-konferencerne, og at deltagelsen på BPSD-konferencerne dermed ikke kun er begrænset til en lille gruppe af medarbejdere. BPSD-konferencerne bidrager med læring og videndeling og til at skabe ejerskab og motivation. Som supplement til dette anbefales det, at lederne i højere grad præsenterer resultaterne fra NPI-screeningerne på personalemøder o. lign. for dermed at synliggøre succeserne for de øvrige medarbejdere.

2 Baggrund

Når en borger rammes af demens, har det vidtrækkende konsekvenser for den enkelte og for vedkommendes pårørende. Samtidig stiller sygdommen store krav til de medarbejdere, som plejer borgeren med demens. Demens udgør derfor en af de centrale faglige udfordringer på ældreområdet. Ikke mindst på plejecentrene, hvor op mod to ud af tre skønnes at have demens.

Mennesker med demens vil i stigende grad udvise adfærdsmæssige og psykiske symptomer som sygdommen skrider frem. Det anslås, at 80-90 pct. af beboere med en demenssygdom på plejecentre har BPSD. BPSD står for "Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia" og oversat til dansk: Adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens (herefter BPSD). Symptomerne kan være vrangforestillinger, hallucinationer, agitation/aggressivitet, depression, angst, eufori, apati, hæmningsløshed, irritabilitet, afvigende motorisk adfærd samt problemer med søvn og appetit. Symptomerne kan medføre en markant forringet livskvalitet for den enkelte og er med til at øge kompleksiteten i pleje og omsorg af mennesker med demens.

Sverige introducerede i 2011 et nationalt elektronisk register til registrering af BPSD hos personer med demens på plejecentre. IT-registreringssystemet kan både understøtte medarbejdere på plejecentre i at screene beboere for BPSD, identificere og iværksætte beboerindsatser, samt følge op herpå. Formålet med systemet er at nedbringe BPSD blandt mennesker med demens og dermed øge deres livskvalitet. Sverige har gode erfaringer med anvendelsen af IT-registreringssystemet.

Med afsæt i det svenske IT-registreringssystem og deres erfaringer hermed afprøver Sundhedsstyrelsen i 2017-2018 en lignende model til målrettet pleje af beboere med demens og BPSD. Afprøvningsforegår på 24 plejecentre i Faxe, Greve, Hedensted, København og Næstved Kommune. Projektet er udmøntet som led i satspuljeaftalen for 2015-2018.

Den primære målgruppe i projektet er beboere på plejecentre med en demenssygdom, eller som har kognitiv funktionsnedsættelse, hvor der er mistanke om demens. Projektets sekundære målgruppe er de medarbejdere, teamledere og ledere på plejecentre, der indgår i pleje og omsorg af beboerne.

2.1 Læsevejledning

I resten af **kapitel 2** gennemgås kort de forskellige elementer i BPSD-modellen, formålet med evalueringen og den metode og de datakilder, som danner grundlaget for midtvejsevalueringen.

I **kapitel 3** præsenteres resultaterne vedr. udviklingen i beboernes BPSD-symptomer baseret på NPI-screeningerne. **Kapitel 4** præsenterer resultaterne vedr. implementeringen af BPSD-konceptet. Først præsenteres en overordnet vurdering efterfulgt af en mere detaljeret analyse af implementeringen af hver de fire kerneelementer i BPSD-konceptet: kompetenceudviklingen, NPI-screeningen, BPSD-konferencerne og beboerindsatserne. **Kapitel 5** præsenterer en analyse af mekanismer og barrierer/fremmende faktorer.

Bilag A giver en oversigt over de deltagende kommuner og plejecentre, og Bilag B beskriver karakteristika ved de deltagende beboere. Der er herudover en række bilag bestående af en oversigt over kerneelementer og implementeringsscore, BPSD konceptbeskrivelsen, temaer i kompetenceudviklingen samt oversigt over antal beboere med en NPI-score på nul.

2.2 BPSD-modellen

BPSD-modellen afprøves på beboere med en demenssygdom, eller som har kognitiv funktionsnedsættelse, hvor der er mistanke om demens, på de deltagende plejecentre.

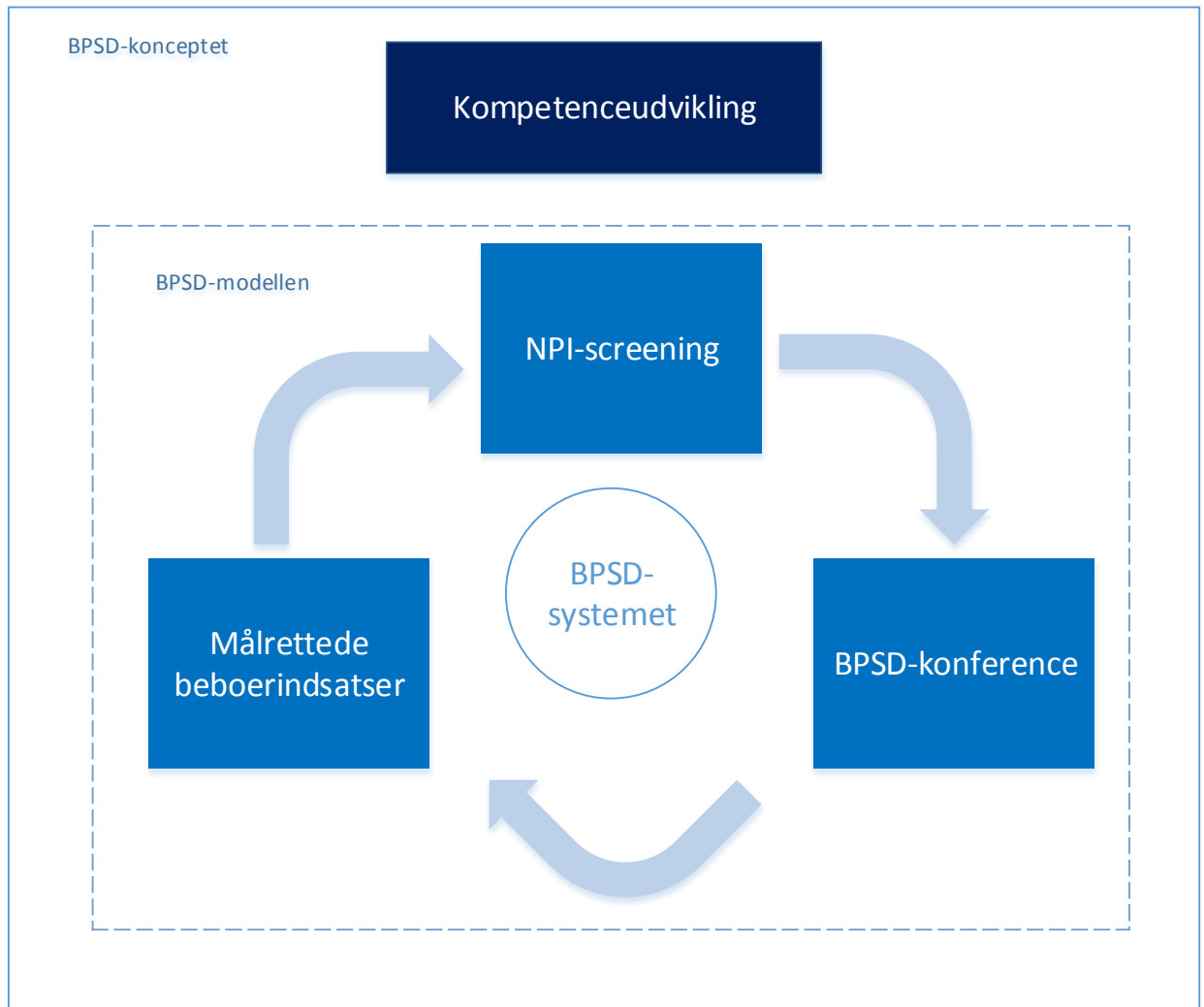
Af figur 1 fremgår det, at BPSD-modellen består af tre trin: først vurderes den enkelte beboers BPSD-symptomer ved hjælp af det validerede måleinstrument Neuropsychiatric Inventory (herefter NPI). Herefter drøftes resultatet af NPI-screeningen og mulige årsager hertil på en BPSD-konference, hvor plejepersonalet også aftaler og efterfølgende afprøver målrettede indsatser for beboeren. Processen gentages løbende efter vurderet behov, dog må der maksimum være tre måneder imellem NPI-screeningerne som vist i Figur 1.

Processen understøttes af det elektroniske BPSD-system, som bl.a. anvendes til at registrere beboerens BPSD-symptomer, mulige årsager og hvilke beboerindsatser, der iværksættes.

For at kunne arbejde med modellen skulle ledere, nøglemedarbejdere og de øvrige i begyndelsen af projektet gennemføre et kompetenceudviklingsforløb, hvor medarbejderne bl.a. blev undervist i BPSD-systemet og demens og BPSD. Bilag E giver en mere detaljeret oversigt over temaerne i kompetenceudviklingen.

I rapporten vil betegnelsen BPSD-modellen blive anvendt, om den systematiske proces bestående af NPI-screening, BPSD-konference og målrettede beboerindsatser, mens betegnelsen BPSD-konceptet refererer til de tre trin i BPSD-modellen og den indledende kompetenceudvikling.

Figur 1: BPSD-konceptet og BPSD-modellen



NPI-screeningen er baseret på NPI-NH, som er et valideret screeningsredskab til at vurdere BPSD-symptomer med. NPI er en skala udviklet til at vurdere et bredt spektrum af psykopatologi, der ses ved demens. I projektet bruges versionen af NPI-NH, specielt udviklet til vurdering af personer, der bor på plejehjem eller andre plejehjem, hvor der indsamles information af professionelle omsorgsgivere. Skalaen er udviklet af Dr. Jeffrey L. Cummings i 1994.

NPI-screeningen er baseret på et struktureret interview med borgerens primære plejeperson, typisk kontaktpersonen. Interviewet gennemføres af en nøgleperson. Alle beboere i projektet, uanset om de scorer nul eller over nul, skal screenes løbende med intervaller af maksimalt tre måneder. Beboerne skal screenes løbende for at sikre at beboerne får en målrettet pleje idet symptomer kan opstå og/eller udvikle sig over en kortere tidsperiode.

BPSD-konferencen og analyse af årsager: Beboere, der scorer over nul i NPI-screeningen, skal tages op på en BPSD-konference senest tre dage efter NPI-screeningen, da hurtig handling på de observerede symptomer er essentielt. For beboere der scorer nul, behøver medarbejderne ikke gennemføre en BPSD-konference, men skal følge op på beboerens udvikling ved en ny NPI-screening igen efter max. tre måneder.

På BPSD-konferencen skal som minimum en leder, en nøgleperson, beboerens kontaktperson og en sygeplejerske deltage. Deltagerne drøfter resultatet af beboerens NPI-screening og undersøger systematisk hvilke mulige årsager, der kan være til de identificerede symptomer ved brug af en fast dagsordenskabelon. På baggrund af analysen træffes en beslutning om, hvilke(n) målrettet indsats(er), der skal afprøves i en afgrænset periode for at mindske beboerens symptomer og øge livskvaliteten.

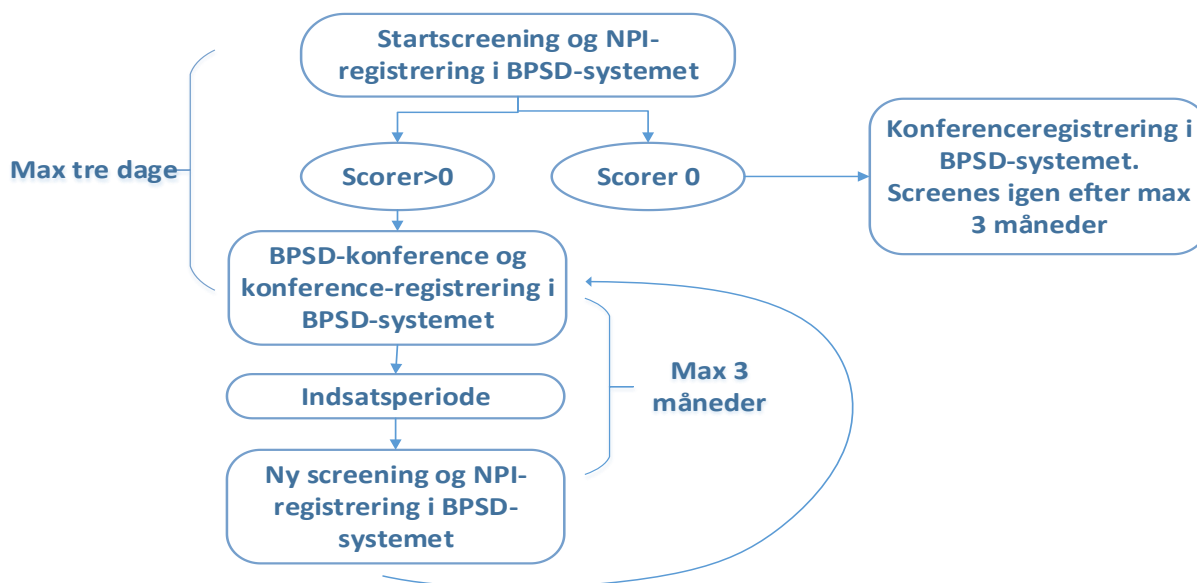
Målrettet beboerindsats: De aftalte indsatser kan have både sundheds- og socialfaglig karakter. Det er ledelsen, der har det overordnede ansvar for, at de aftalte beboerindsatser efterfølgende gennemføres som aftalt på BPSD-konferencen, i samspil med nøglepersonerne. Indsatsperioden må maksimalt vare tre måneder, hvorefter man ved en ny NPI-screening og BPSD-konference evaluerer, hvorvidt den iværksatte indsats har haft den ønskede effekt for beboeren og beslutter at fortsætte med indsatsen eller aftaler en ny indsats.

BPSD-systemet: Modellen understøttes af det elektroniske BPSD-system, som spiller en central rolle ift. at synliggøre ændringer i beboernes BPSD-symptomer, og som hjælper medarbejdere med at sikre, at de kommer omkring alle relevante årsager til den enkeltes BPSD og dermed sikrer systematik i analysen af den enkelte beboer.

Som det fremgår af Figur 2 skal medarbejderne indtaste resultaterne fra NPI-screeningen forud for BPSD-konferencen samt en række basisoplysninger om beboeren. Herefter indtaster medarbejderne resultatet af analysen af mulige årsager og de målrettede beboerindsatser, som skal iværksættes på BPSD-konferencen. Disse oplysninger indtastes enten på selve BPSD-konferencen eller umiddelbart herefter. En komplet registrering af en beboer indeholder således oplysning om beboeren NPI-score, mulige årsager og de aftalte beboerindsatser.

Den samlede beskrivelse af modellen, som plejecentrene skal afprøve, er præsenteret i Bilag D.

Figur 2: Registrering i BPSD-systemet



2.3 Formålet med midtvejsevalueringen

Formålet med midtvejsevalueringen er at give en status på implementeringen af BPSD- konceptet og de foreløbige resultater af projektet, herunder udviklingen i beboernes BPSD-symptomer. Derudover følger evalueringen op på de bagvedliggende antagelser om, *hvordan* BPSD-konceptet virker og belyser de mekanismer, som forklarer hvorfor eller hvorfor ikke, der opnås de forventede effekter i projektet.

Resultaterne af midtvejsevalueringen er foreløbige resultater baseret på dataindsamling i første halvdel af projektperioden. Den endelige evalueringsrapport, der udkommer i 2018, vil anvende det fulde datagrundlag efter endt projektperiode og resultaterne af denne kan således afvige fra nogle af resultaterne præsenteret i nærværende rapport. Den afsluttende evaluering vil derfor følge op på fundene i midtvejsrapporten og yderligere indeholde analyser af effekter på medicinforbrug, kontakt til sundhedsvæsenet samt omkostninger ved projektet og disses sammenhæng til opnåede effekter.

Det er en grundantagelse, at BPSD-konceptet bidrager til en systematisk tilgang og dermed mere målrettet pleje af beboere med demens. Mere specifikt forventes det at:

- > De systematiske NPI-screeninger og de tværfaglige drøftelser på BPSD-konferencerne bidrager til mere målrettede og kontinuerlige beboerindsatser med høj faglighed. Derudover forventes det, at plejepersonalet med BPSD-modellen tillige får opsporet og iværksat målrettet pleje over for beboere med indadvendte symptomer (f.eks. apati).
- > BPSD-systemet giver et synligt overblik over forekomst og udvikling i den enkelte borgers BPSD-symptomer og dermed også af effekten af medarbejdernes indsats.

Det er en central faglig antagelse, at reduktion eller stabilisering af beboernes BPSD-symptomer fører til bedre livskvalitet blandt beboere med demens²³⁴. I denne evaluering måles beboernes livskvalitet indirekte gennem analyserne af BPSD-symptomerne målt ved NPI. NPI måler, som tidligere beskrevet, tilstedeværelsen, hyppigheden og sværhedsgraden af de 12 forskellige former adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos beboeren. I evalueringen anvendes den samlede NPI-score som en indikator for beboerens livskvalitet. Som udgangspunkt kan en høj NPI-score betragtes som udtryk for en mindre god livskvalitet. COWI supplerer med kvalitative og kvantitative analyser af plejepersonalets vurdering af effekter på livskvalitet.

2.4 Datagrundlag og metode

Denne midtvejsevaluering bygger på en virkningsevaluering, hvor fokus er på at vurdere de bagvedliggende mekanismer for at kunne sandsynliggøre, at de observerede effekter kan tilskrives projektet.

² Banerjee S m.fl. 2006. *Quality of life in dementia: more than just cognition. An analysis of associations with quality of life in dementia.* Journal of Neurology, neurosurgery and psychiatry.

³ Wetzels R.B m.fl. 2010. *Determinants of Quality of Life in Nursing Home Residents with Dementia.* Dementia and Geriatric and Cognitive Disorders.

⁴ Beer C m.fl. 2010. *Factors Associated with Self and Informant Ratings of the Quality of Life of People with Dementia Living in Care Facilities: A Cross Sectional Study.*

Midtvejsevalueringen indeholder udvalgte resultater fra tre datakilder: Midtvejssurvey, interviews og observationer i forbindelse med en besøgsrunde på alle 24 plejecentre og data fra BPSD-systemet. Den afsluttende evaluering vil derudover indeholde afsluttende interviews med kommunerne, data fra baseline- og det afsluttende survey og analyser af medicinforbrug og kontakt til sundhedsvæsen samt omkostninger ved projektet og disses sammenhæng til opnåede effekter.

2.4.1 Midtvejssurvey

Midtvejssurveyet blev udsendt via mail medio 2017 til ledere, nøglepersoner og øvrige medarbejdere i projektet (herunder demenskoordinatorer). I alt har vi inkluderet 794 besvarelser⁵. Den samlede svarprocent er 71. Tabel 1 viser antallet af respondenter fordelt på kommune og funktion i projektet.

Tabel 1: Funktion på plejecentrene fordelt på kommuneniveau (n=794)

	Leder	Nøglepersoner	Øvrige medarbejdere	Total
Faxe	9	27	104	140
Greve	21	36	137	194
Hedensted	14	36	75	125
København	26	32	114	172
Næstved	15	38	110	163
Total	85	169	540	794

Kilde: Midtvejssurvey (n=794).

2.4.2 Besøgsrunde på alle deltagende plejecentre

I forbindelse med midtvejsevalueringen har COWI og Teknologisk Institut gennemført en besøgsrunde på alle 24 plejecentre. Som led i besøget gennemførte vi tre interviews med hhv. plejecenterlederen og evt. en eller flere teamledere, nøglepersoner og øvrige medarbejdere. Alle interviewene er gennemført ud fra strukturerede interviewguides og havde fokus på implementeringen af de fire kernelementer (kompetenceudvikling, NPI-screening, BPSD-konferencer og beboerindsatserne) samt medarbejdernes og ledernes vurdering af effekter på livskvalitet

Udover de tre interviews gennemførte COWI en observation af en NPI-screening og en BPSD-konference. Observationerne tog udgangspunkt i en struktureret observationsguide.

2.4.3 BPSD-systemet

Alle 24 plejecentre i de fem kommuner anvender BPSD-systemet som en del af projektet. Data fra BPSD-systemet blev udtrukket den 1. november 2017. Data inkluderer alle godkendte registreringer fra 1. januar til og med den 31. oktober 2017.

⁵ Vi har ekskluderet fem respondenter, fordi det ikke var muligt at identificere, hvilket plejecenter/kommune de var tilknyttet.

Som vist i Tabel 2, er der i perioden samlet set blevet udført 1.986 NPI-screeninger på 698 beboere. I samme periode er der gennemført 1.615 BPSD-konferencer fordelt på 632 beboere. Således er der gennemført mindst én BPSD-konference for 90 pct. af beboerne i projektet. Tabellen viser også antal beboere, NPI-screeninger og BPSD-konferencer i de fem kommuner.

Tabel 2: Antal beboere, NPI-screeninger og BPSD-konferencer på kommune

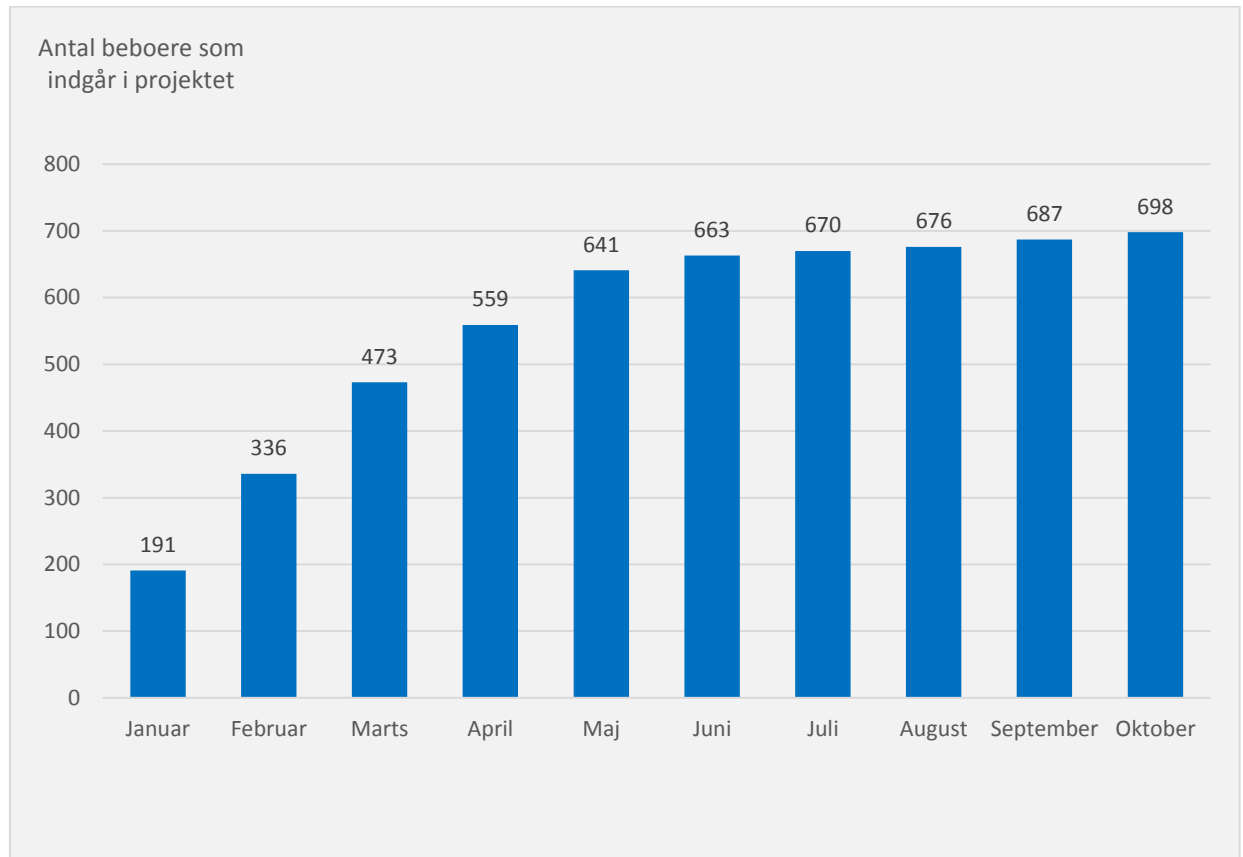
	Antal beboere	Antal NPI-screeninger	Antal BPSD-konferencer
Faxe kommune	136	391	320
Greve kommune	162	508	341
Hedensted kommune	110	381	357
Københavns kommune	150	350	318
Næstved kommune	140	356	279
Hele projektet	698	1.986	1.615

Kilde: BPSD-system (data 31. oktober 2017).

Målet i projektet var, at alle egnede beboere på de deltagende plejecentre, dvs. beboere med en demenssygdom, eller som har kognitiv funktionsnedsættelse, hvor der er begrundet mistanke om demens, skulle inkluderes i projektet og vurderes første gang inden 31. maj 2017. Herefter skulle nye egnede beboere løbende inkluderes.

Figur 3 viser, at der fra projektets opstart i januar 2017 frem til og med maj blev inkluderet 641 beboere, svarende til 92 pct. af deltagerne.

Figur 3: Udvikling i antal beboere, der deltager i projektet fra januar til oktober 2017



Kilde: BPSD-system (data 31. oktober 2017).

Da beboerne løbende er blevet inkluderet i projektet, og da intervallet mellem NPI-screeninger varierer, er der udført flere NPI-screeninger for nogle beboere end for andre. Som det ses i Tabel 3, er der blevet foretaget fire NPI-screeninger for knap en tredjedel af beboerne, mens der for under 10 pct. af beboerne er blevet foretaget fem NPI-screeninger.

Tabel 3: Fordeling af beboere på NPI-screeninger

NPI-screeninger	Antal beboere (unikke)	Andel af beboere
1. screening	698	100%
2. screening	582	83%
3. screening	430	62%
4. screening	195	28%
5. screening	56	8%
6. screening	18	3%
7. screening	6	1%
8. screening	1	0%

Kilde: BPSD-system (data 31. oktober 2017).

2.4.4 Kvantitative analyser

Der er gennemført statistiske analyser af udviklingen i NPI-scoren baseret på en mixed-model (PROC MIXED i SAS). Her er der taget hensyn til, at det er de samme beboere på de samme plejecentre, der indgår i NPI-screeningerne over tid. Analysen kan samtidigt håndtere, at beboerne ikke har fået det samme antal NPI-screeninger.

2.4.5 Kvalitative analyser

De kvalitative interviews og observationer er alle blevet kodet i databehandlingsprogrammet Nvivo efter en kodetemplate, som tager udgangspunkt i på forhånd definerede temaer og analysespørgsmål.

3 Udvikling i BPSD-symptomer

I dette kapitel præsenteres resultaterne vedr. udviklingen i beboernes BPSD-symptomer for at vurdere, om der sker et fald eller en stabilisering baseret på beboerens NPI-score.

COWI har opgjort den samlede NPI-score og score for de 12 NPI-subkategorier: Vrangforestillinger, hallucinationer, agitation/aggression, depression/nedtrykthed, apati/lige gyldighed, manglende hævninger, irritabilitet/labilitet, afvigende motorisk adfærd, søvn og natlige forstyrrelser, appetit og spisefærd.

Tabel 4 viser den gennemsnitlige NPI-score ved hver NPI-screening og antallet af beboere, der indgår i de forskellige NPI-screeninger. Det skal her bemærkes, at antallet af beboere falder markant fra tredje til fjerde NPI-screening (i alt 430 beboere har fået foretaget tre NPI-screeninger, mens kun 195 af disse har fået foretaget fjerde NPI-screening). At der er forskel på antallet af beboere skyldes, at nogle beboere er blevet screenet hyppigere end andre. Derudover er beboerne blevet inkluderet løbende, hvorfor ikke alle har fået samme antal NPI-screeninger. Dette betyder, at grupperne ikke er direkte sammenlignelige.

Derudover ses det, at 15 pct. af beboerne scorede nul ved den første NPI-screening. Andelen som scorede nul ved første screening varierer mellem 7 og 25 pct. i de fem kommuner. Se mere i Bilag F.

Som det fremgår af tabellen, falder den gennemsnitlige NPI-score fra første til tredje NPI-screening, mens der ses en stigning i de efterfølgende NPI-screeninger. På baggrund af de kvalitative interviews vurderes det, at dette bl.a. hænger sammen med, at plejecentrene prioriterer at screene beboere hyppigere, hvis de har en høj NPI-score. I Figur 4 præsenteres derfor kun resultaterne fra de tre første screeninger, og vi har derudover gennemført en analyse, hvor vi tager højde for, at beboerne ikke har fået samme antal screeninger. Denne analyse præsenteres efter Figur 4.

Tabel 4: Gennemsnitlig NPI-score

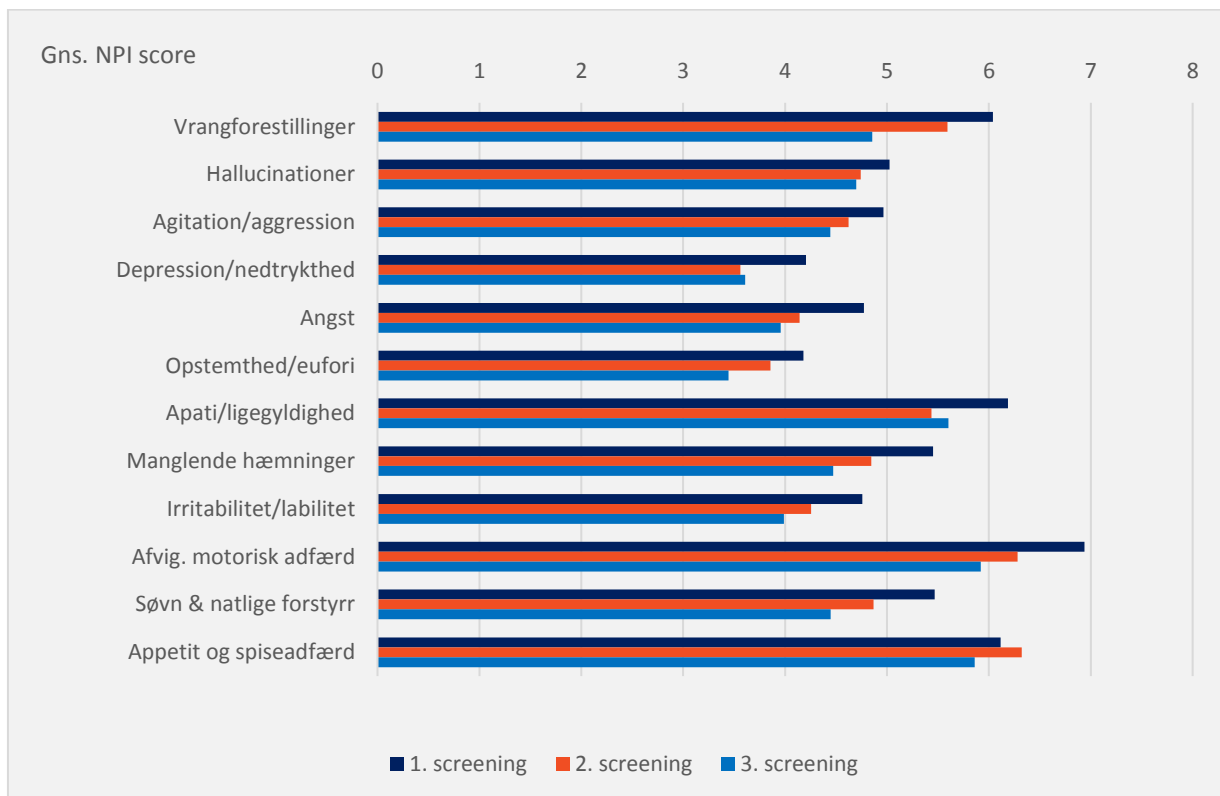
NPI-screening	Antal beboere	NPI-score
1. screening	698	17,4
2. screening	582	13,3
3. screening	430	11,2
4. screening	195	12,6
5. screening	56	18,9
6. screening	18	24,7
7. screening	6	18,8
8. screening	1	-

Note: Baseret på det antal personer, der har fået det respektive antal NPI-screeninger i Tabel 3. Ved færre end fem beboere vises NPI-scoren ikke.

Kilde: BPSD-system (data 31. oktober 2017).

Figur 4 viser resultaterne opgjort på de 12 subkategorier. Figuren viser, at beboerne scorede højest på afvigende motorisk adfærd, vrangforestillinger og apati/ligegyldighed ved første screening, og at scoren falder for ni af kategorierne.

Figur 4: Gennemsnitlig NPI-score på de 12 subkategorier



Note: Figuren viser de første tre NPI-screeninger. Bemærk at antallet af deltagere varierer mellem de tre NPI-screeninger (1. screening: n=698, 2. screening: n=582, 3. screening: n=430).

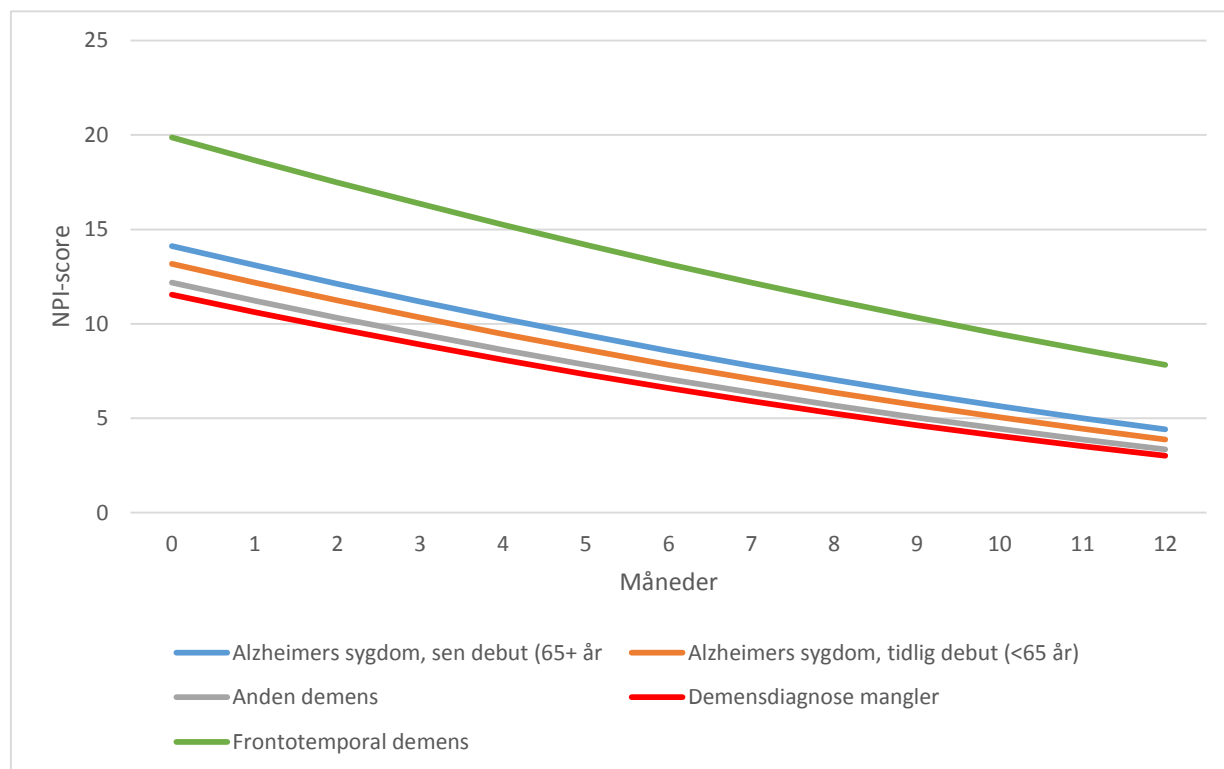
Kilde: BPSD-system (data 31. oktober 2017).

I evalueringen er der gennemført en statistisk analyse af, hvordan NPI-scoren har udviklet sig over tid. I analysen indgår alle beboere og alle NPI-screeninger, og der er taget højde for, at beboerne ikke har fået foretaget samme antal NPI-screeninger. Analysen viser helt overordnet, at NPI-scoren falder over tid. Blandt borgere på 83 år (hvilket svarer til den gennemsnitlige alder blandt de beboere, der indgår i screeningerne) – svarer dette til et fald på 2,9 point de første 90 dage siden den første NPI-screening. Samtidig ses en tendens til at faldet bliver mindre over tid, hvilket bl.a. hænger sammen med, at NPI-scoren ikke kan blive mindre end nul.

Når der tages hensyn til beboernes køn, alder, type af demensdiagnose og hvorvidt de har en demensdiagnose eller ej, samt om de bor på et demens-plejecenter eller et somatisk plejecenter, finder COWI bl.a., at NPI-scoren i gennemsnit falder 2,8 point i de første 90 dage blandt borgere med Alzheimers sygdom, sen debut, 2,7 point blandt borgere med Alzheimers sygdom, tidlig debut, 3,3 point blandt borgere med Frontotemporal demens og 2,5 point blandt borgere, der ikke har en demensdiagnose, som vist i Figur 5 og Figur 6.

15 pct. af beboerne havde en score på nul ved første NPI-screening. For disse beboere er det derfor ikke muligt at reducere BPSD-symptomerne yderligere. Ser man udelukkende på de beboere, som scorede over nul ved første NPI-screening er faldet større. Her er der et gennemsnitligt fald på 4,2 point i de første 90 dage efter første screening.

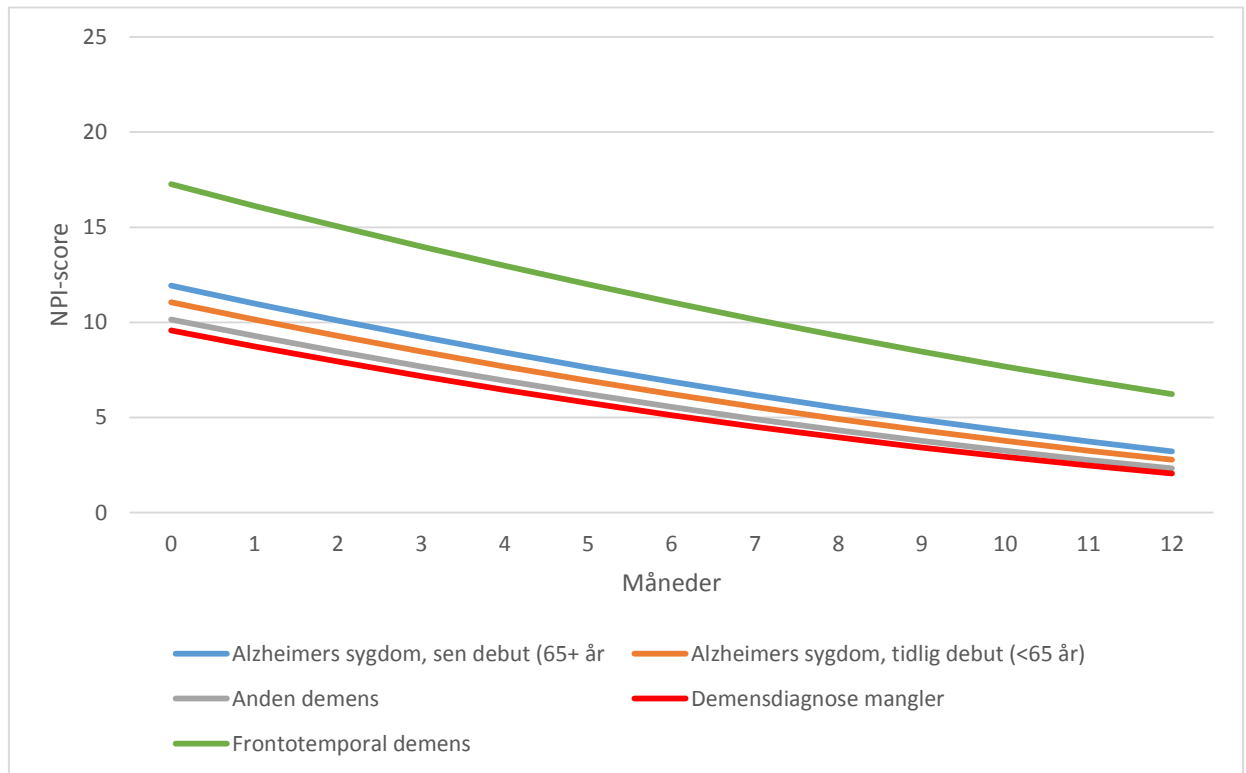
Figur 5: Estimeret udvikling i NPI-scoren over 12 måneder blandt kvinder med udvalgte diagnoser



Note: NPI-scoren varierer også med beboernes alder, dvs. jo højere alder jo lavere NPI-score. Figuren er vist for beboere på 83 år, hvilket svarer til gennemsnitsalderen.

Kilde: Egne beregninger på grundlag af BPSD-system (data 31. oktober 2017).

Figur 6: Estimeret udvikling i NPI-scoren over 12 måneder blandt mænd med udvalgte diagnoser



Note: NPI-scoren varierer også med beboernes alder, dvs. jo højere alder jo lavere NPI-score. Figuren er vist for beboere på 83 år, hvilket svarer til gennemsnitsalderen.

Kilde: Egne beregninger på grundlag af BPSD-system (data 31. oktober 2017).

Beboernes score på NPI-skalaen afhænger, som det ses, af om de har en demensdiagnose, og hvilken diagnose de i givet fald har. Blandt de viste diagnoser scorer beboere med Frontotemporal demens højere end de øvrige. Derefter følger beboere med sen debut af Alzheimers sygdom. Beboere uden en demensdiagnose scorer lavest på NPI-skalaen. Forskellen mellem diagnoserne bliver dog mindre over tid.

COWI finder ikke, at der er statistisk signifikant forskel på NPI-scoren mellem beboere, der bor på et demens- og et somatisk plejecenter, når man tager højde for typen af diagnose (herunder om man har en demensdiagnose eller ej), hvor lang tid, der er gået siden første NPI-screening og beboernes køn og alder. De statistiske analyser på kommuneniveau viser, at der i alle kommuner på nær én er en signifikant tendens til, at NPI-scoren falder over tid blandt beboerne. Der er ikke en statistisk signifikant forskel i udviklingen i beboernes BPSD-symptomer mellem kommuner.

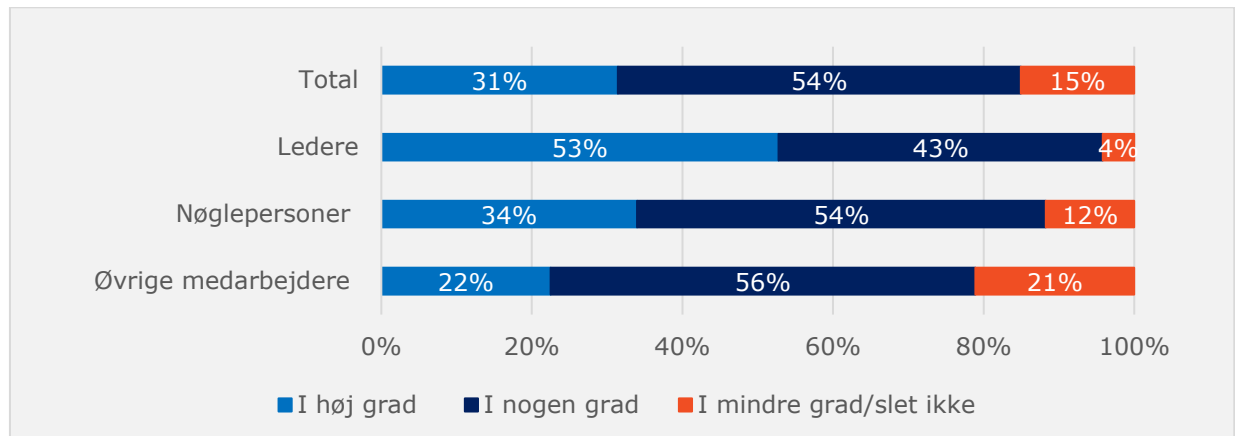
3.1 Plejepersonalets vurdering af livskvalitet

Som beskrevet tidligere, er det en grundantagelse i projektet, at et fald eller en stabilisering i beboernes BPSD-symptomer fører til forbedret livskvalitet. I det foregående afsnit fremgik det, at der generelt er et fald i NPI for de deltagende beboere.

I midtvejssurveyet har vi spurgt lederne, nøglepersonerne og de øvrige medarbejdere i hvor høj grad de vurderer, at BPSD-projektet fører til øget trivsel blandt beboere med BPSD.

Figur 7 viser, at 85 pct. af respondenterne (31 pct. i høj grad og 54 pct. i nogen grad), at BPSD-konceptet øger trivslen blandt beboere med BPSD. Denne vurdering afhænger dog af plejepersonalets rolle i projektet: Blandt lederne vurderer 96 pct. (53 pct. i høj grad og 43 pct. i nogen grad), at BPSD-konceptet øger trivslen blandt beboere med BPSD. Blandt nøglepersonerne vurderer 88 pct. (34 pct. i høj grad og 54 pct. i nogen grad), at BPSD-konceptet øger trivslen blandt beboere med BPSD. Blandt de øvrige medarbejdere vurderer 78 pct. (22 pct. i høj grad og 56 pct. i nogen grad), at BPSD-konceptet øger trivslen blandt beboere med BPSD.

Figur 7: Andel af respondenter, der i høj-, nogen- eller mindre grad/slet ikke vurderer, at BPSD-konceptet øger beboernes trivsel



Kilde: Midtvejssurvey (n=452).

Note: Figuren er baseret på spørgsmålet: "I hvilken grad vurderer du, at den ændrede indsats øger trivslen hos jeres beboere med BPSD?".

4 Implementering

I dette kapitel præsenterer vi analyserne af, hvordan plejecentrene foreløbigt har implementeret BPSD-konceptet og i hvilket omfang, det sker i overensstemmelse med konceptbeskrivelsen. Kapitlet indledes med en samlet vurdering af implementeringen efterfulgt af en mere dybdegående analyse af de forskellige kerneelementer.

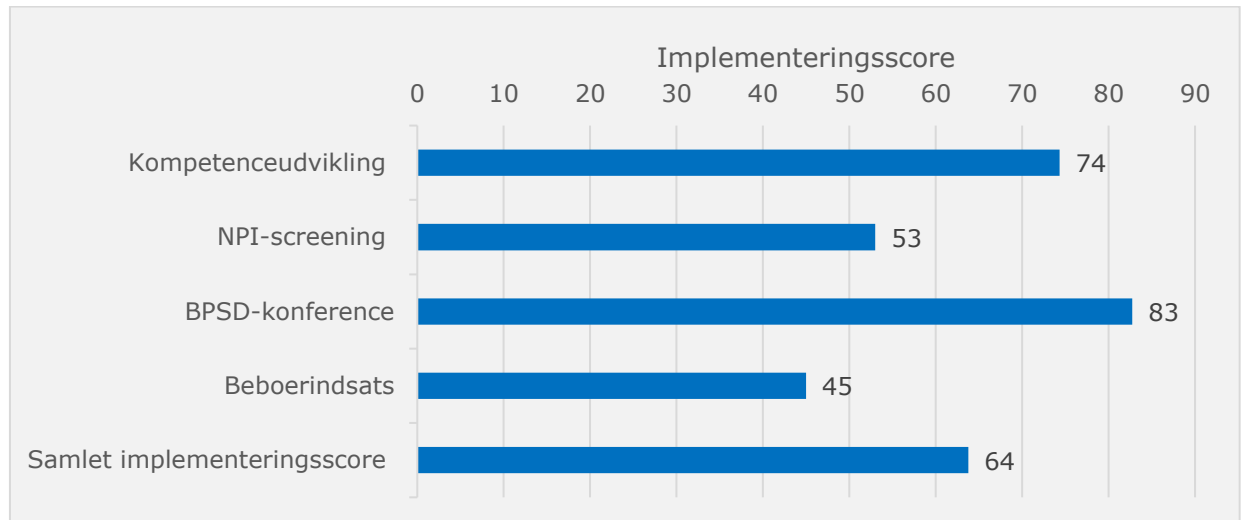
4.1 Samlet vurdering af implementeringen

For at vurdere i hvilket omfang plejecentrene har implementeret BPSD-konceptet i overensstemmelse med konceptbeskrivelsen er der udregnet en implementeringscore for hver af de fire kerneelementer: Kompetenceudvikling, NPI-screening, BPSD-konferencer og beboerindsatser, samt den samlede implementeringscore.

UDREGNING AF IMPLEMENTERINGSSCOREN. Implementeringsscoren går fra 0 (laveste score) til 100 (højeste score). Implementeringsscoren er udregnet som den gennemsnitlige procentvise målopfyldelse på baggrund af data fra BPSD-systemet og midtvejssurvey. Udregningen tager udgangspunkt i de aktiviteter og succeskriterier, som fremgår af bilag C.

Figur 8 viser implementeringsscoren for hver af de fire kerneelementer og for BPSD-konceptet samlet set. Vi skal gøre opmærksom på, at der indgår forskellige kilder i vurderingen af de fire elementer (hvilket beskrives nærmere i de kommende afsnit).

Figur 8: Implementeringsscore for hele projektet samlet set og for de fire kerneelementer



Note: Implementeringen er vurderet på en skala fra 1-100, hvor 100 er den bedste mulige implementering (100% i overensstemmelse med konceptet).

Figuren giver et indtryk af, at særligt implementeringen af beboerindsatserne er en udfordring for plejecentrene. Her skal vi gøre opmærksom på to forhold: For det første er implementeringsscoren baseret på ledernes og nøglepersonernes subjektive vurdering af i hvor høj grad indsatserne implementeres i praksis og i hvor høj grad der er klarhed om, hvem der har ansvaret for implementeringen. Tallene er derfor ikke et udtryk for en objektiv vurdering af hvor mange af indsatserne, der reelt implementeres.

For det andet handler implementeringen af beboerindsatserne om at *afprøve* målrettede beboerindsatser inden for en tremåneders periode. Det er derfor ikke alle beboerindsatser, der skal implementeres efterfølgende, f.eks. hvis beboerindsatsen ikke havde den ønskede virkning. Den lavere implementeringsgrad af beboerindsatserne kan derfor være et udtryk for dette forhold. Det er dog vores vurdering, at implementeringen af beboerindsatserne udgør et væsentligt opmærksomhedspunkt fremadrettet. Dette uddybes nærmere i afsnit 4.5.

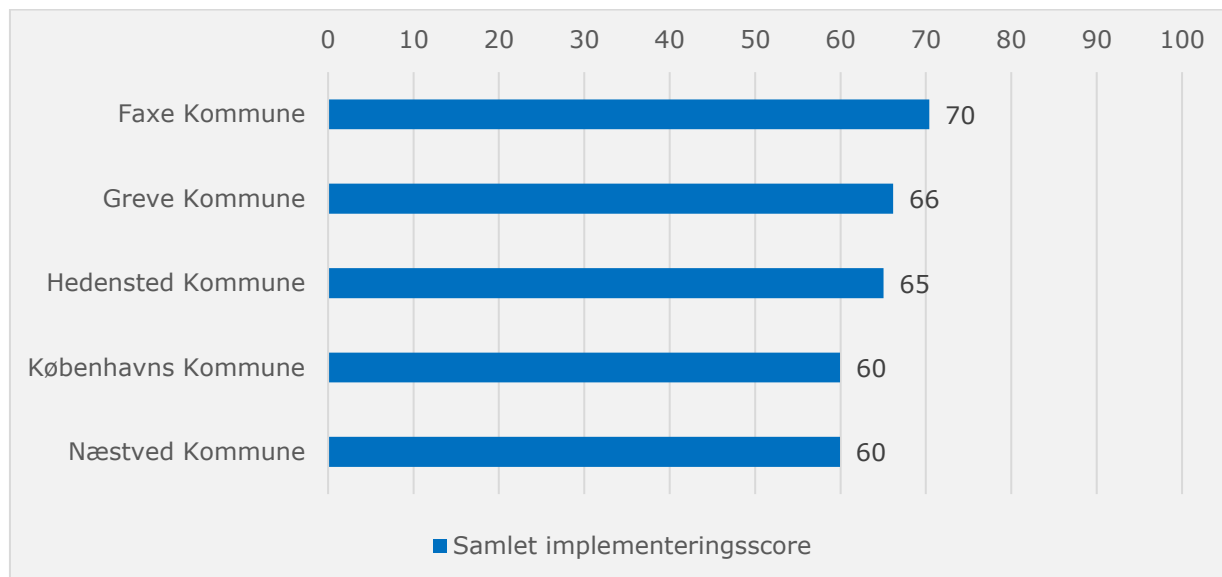
Figur 8 viser også, at implementeringsscoren for NPI-screeningerne ligger forholdsvis lavt (53 point). Kravet til NPI-screeningerne er, at alle beboere skal screenes inden for tre måneder (90 dage⁶) – uanset om beboeren scorer nul eller over nul. En forholdsvis stor andel af NPI-screeningerne gennemføres inden for tre måneder + fem dage (95 dage), og dermed er meget tæt på at opfylde kravet jf. afsnit 4.3. Hvis vi inkluderer disse NPI-screeninger, er implementeringsscoren i stedet på 74.

Vi vurderer, at fem dage ikke udgør en nævneværdig afvigelse, og at implementeringen af NPI-screeningerne derfor ikke udgør et særligt opmærksomhedspunkt – med undtagelse af Københavns Kommune, hvor implementeringsscoren er betydeligt lavere end de øvrige kommuner.

Figur 9 iser den samlede implementeringsscore for hver af de fem kommuner. Som vist i figuren varierer implementeringsscoren mellem 60-70 point.

⁶ Opgørelsen er baseret på 90 dage, mens der i konceptbeskrivelsen er angivet tre måneder. Det kan betyde, at nogle NPI-screeninger reelt har overholdt kravet om tre måneder.

Figur 9: Implementeringsscore for hver kommune

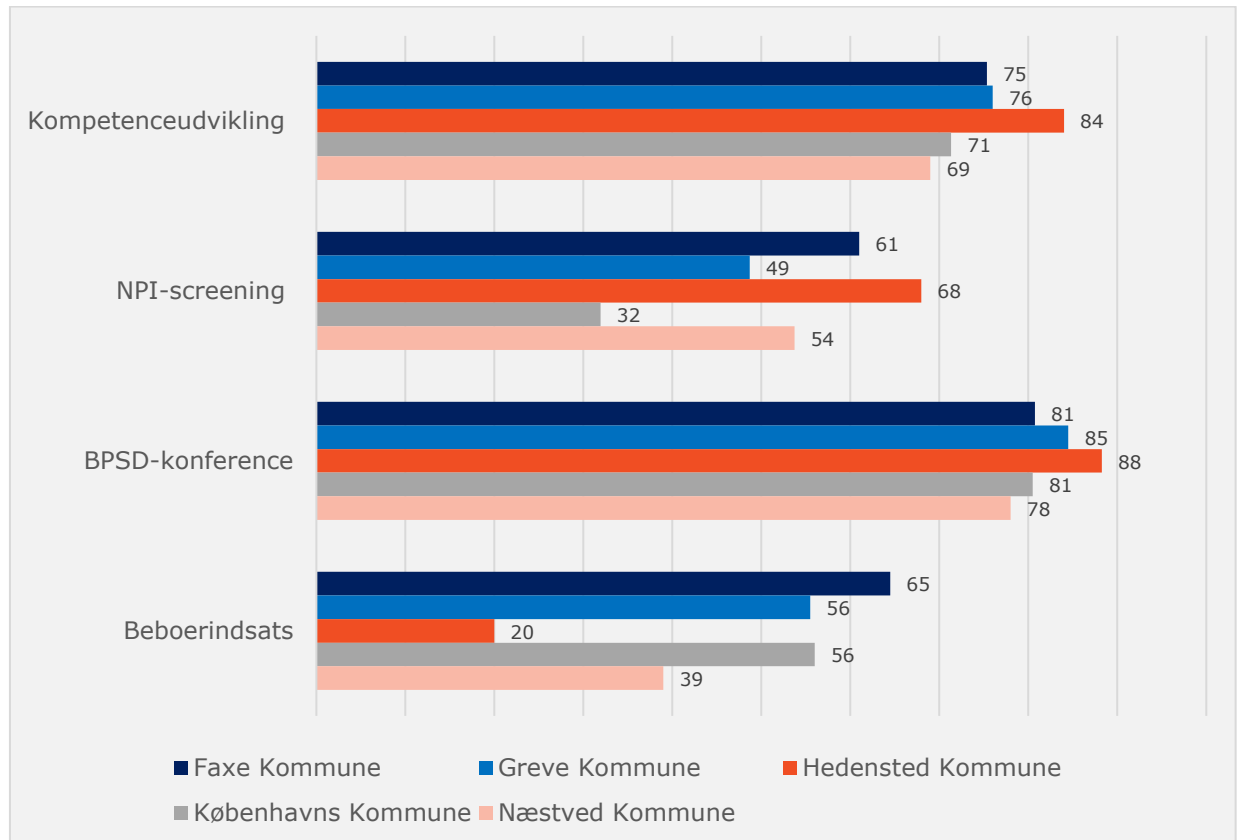


Note: Implementeringen er vurderet på en skala fra 1-100, hvor 100 er den bedst mulige implementering (100% i overensstemmelse med konceptet).

Det er vores vurdering, at dette er en høj implementeringsgrad. Hvorvidt implementeringsgraden er høj eller ej beror selvfølgelig på en subjektiv vurdering, men med undtagelse af beboerindsatserne ligger ingen af de øvrige kerneelementerne under 50 point. Derudover er der tale om en kompleks intervention, som kræver en betydelig ledelsesmæssig opbakning og koordinering. Vi ved fra implementeringslitteraturen, at jo mere kompleks en intervention er – desto lavere er implementeringsgraden, og at det yderst sjældent lykkes at implementere alle elementer 100 pct. På den baggrund vurderer vi derfor, at BPSD-konceptet generelt er blevet implementeret succesfuldt, om end der i enkelte kommuner og på specifikke områder er behov for justeringer for at sikre god implementering.

Den samlede implementeringsscore dækker således over variationer i implementeringen af de forskellige kerneelementer, som vist i Figur 10. Det gælder især NPI-screeningerne og beboerindsatserne. Implementeringsscoren vedr. NPI-screeningen varierer mellem 32-68 point, mens beboerkonferencerne varierer mellem 20-65 point.

Figur 10: Implementeringsscoren opdelt på kerneelement og kommune



Note: Implementeringen er vurderet på en skala fra 1-100, hvor 100 er den bedst mulige implementering (100% i overensstemmelse med konceptet).

Hedensted har opnået den højeste implementeringscore for både kompetenceudvikling, NPI-screening og BPSD-konference, men ligger markant lavere på beboerindsatser end de øvrige kommuner. Interviewene med de øvrige medarbejdere og nøglepersoner i Hedensted viser, at de øvrige medarbejdere i Hedensted Kommune efterspørger mere involvering i projektet. En mulig forklaring kan således være, at projektet er afgrænset til en mindre gruppe af medarbejdere, der har opnået stor erfaring med BPSD-konceptet, hvilket kan gøre den efterfølgende implementering af beboerindsatserne vanskeligere pga. mindre ejerskab blandt de øvrige medarbejdere. Denne problematik kan dog i forskelligt omfang genkendes i alle de deltagende kommuner.

4.2 Kompetenceudvikling

For målrettet at kunne arbejde med BPSD-modellen skulle udvalgte medarbejdere deltage i kompetenceudviklingsaktiviteter forud for projektstart⁷. Første del af afsnittet belyser, om det er lykket at implementere kompetenceudviklingen i overensstemmelse med konceptbeskrivelsen, og anden del belyser deltagernes oplevelse af relevansen af kompetenceudviklingen ift. afprøvningen af modellen.

⁷ Hvert plejecenter blev tilbudt et begrænset antal pladser på kompetenceforløb for ledere og nøglemedarbejdere. I gennemsnit fik hvert center 13 pladser på de to forløb.

Tabel 5 viser, hvor stor en andel af lederne, nøglepersoner og de øvrige medarbejdere, som svarer, at de har gennemført kompetenceudviklingsforløbet. Ifølge konceptbeskrivelsen skulle alle ledere, nøglepersoner og øvrige medarbejdere deltage i kompetenceudvikling. Kompetenceudviklingen blev udviklet og gennemført af et konsortium bestående af VIA University College, UC Lillebælt, SOSU-Fyn og SOSU-Sjælland, og bestod af et kursusforløb for ledere på to dage⁸, et kursusforløb for nøglepersoner på fire dage og et webkursus for de øvrige medarbejdere.

Som det fremgår af tabellen, gennemførte 95 pct. af ledere og 86 pct. af nøglepersoner kompetenceudviklingen, mens 42 pct. af de øvrige medarbejdere har oplyst, at de har gennemført webkurset.

Tabel 5: *Kompetenceudvikling*

Målsætning	Procentdel, som har fuldført
Alle nøglepersonerne deltager i kompetenceudviklingsforløb	86%
Alle ledere deltager i kompetenceudviklingsforløb	95%
Alle øvrige gennemfører webkursus	42%
Implementeringsscore	74

Kilde: Midtvejsurvey (n=794).

Note: Tabellen er baseret på spørgsmålet: "Hvilke af følgende BPSD-kurser har du deltaget i forbindelse med BPSD-projektet?"

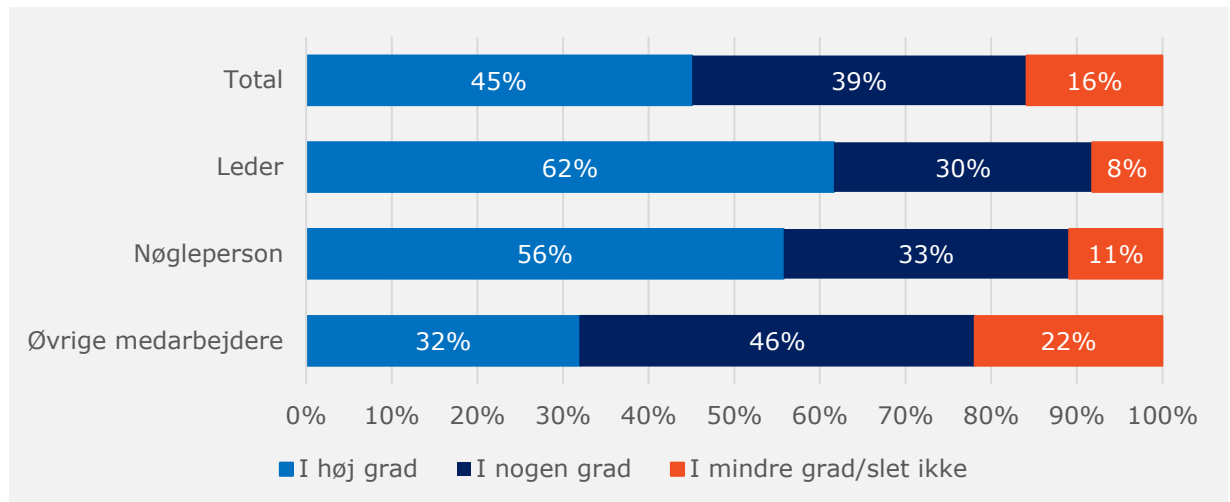
De kvalitative interviews med lederne viser, at lederne generelt var overraskede over den lave gennemførelse af webkursus blandt de øvrige medarbejdere, da mange havde fulgt op på deltagelsen løbende. En af forklaringer på denne diskrepans kan være, at de øvrige medarbejdere ikke altid kan huske, at de har deltaget. I midtvejsurveyet blev medarbejderne spurgt, om de havde deltaget på webkurset, men interviewene viser, at mange af de øvrige medarbejdere omtalte kurset som *videoen*, *E-learning* eller lignende. Det er derfor sandsynligt, at den reelle deltagelse er højere end 42 pct.

Interviewene peger dog på, at der har været flere barrierer for de øvrige medarbejders deltagelse i webkursus, herunder manglende IT-kundskaber og tekniske udfordringer med webkurset. Derudover viser interviewene, at nye medarbejdere sjældent blev introduceret til webkurset, og ingen af de interviewede ledere eller øvrige medarbejdere var klar over, at det stadig var muligt at gennemføre kurset.

Figur 11 viser at knap halvdelen (45 pct.) af respondenterne vurderer, at det kompetenceforløb, som den pågældende respondent deltog i, i høj grad er relevant for deres daglige arbejde med beboere med demens/demenslignende symptomer, mens 39 pct. vurderer, at kompetenceudviklingen i nogen grad er relevant og 16 pct. at det i mindre grad eller slet ikke er relevant.

⁸ Webkursus var også en del af kompetenceforløbet for både ledere og nøglemedarbejdere.

Figur 11: Andel af respondenter der vurderer, at kompetenceudviklingen i høj-, nogen- eller i mindre grad/ved ikke har været relevant for deres daglige arbejde med beboerne med demens



Kilde: Midtvejssurvey (n=466).

Note: Figuren er baseret på spørgsmålet: "I hvilken grad vurderer du, at BPSD-kurset har været relevant for dit daglige arbejde med borgere med demens eller demenslignende symptomer?"

Som det fremgår af figuren, er vurderingen lavere blandt de øvrige medarbejdere sammenlignet med ledere og nøglepersoner (forskellen er statistisk signifikant). Det kan hænge sammen med, at webkurset for de øvrige medarbejdere havde en varighed på ca. en time, mens ledere og nøglepersoner modtog et kompetenceudviklingsforløb på henholdsvis to og fire dage.

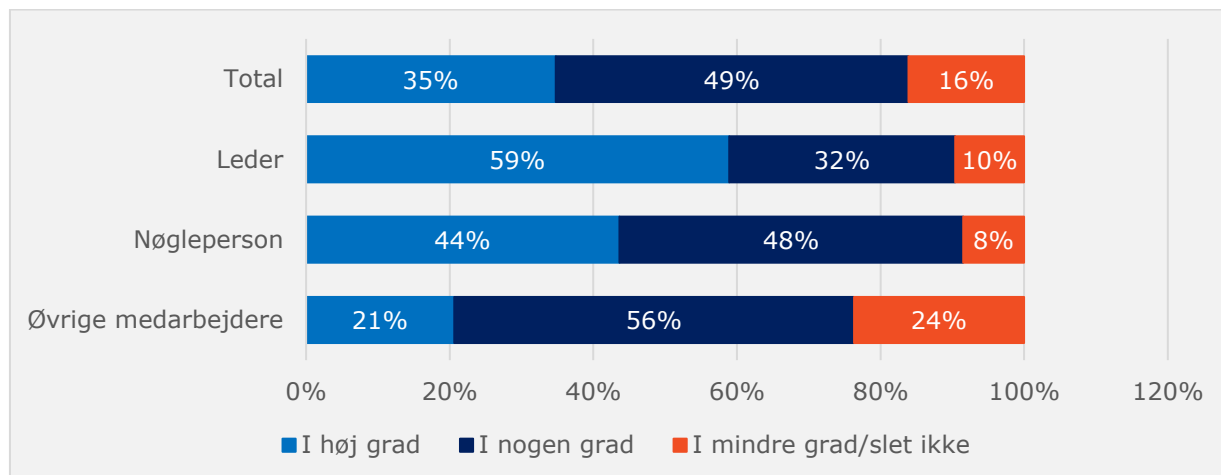
Flere af de øvrige medarbejdere, som kun fik webkursus, pegede under interviewene på, at de gerne ville have haft mere undervisning. De synes ikke, at webkurset bidrog med nok viden om BPSD-konceptet.

Kompetenceudviklingen er dog ikke den eneste kilde til læring i projektet, hvor især BPSD-konferencerne bidrager med tværfagligt samarbejde, læring og viden. Det uddybes i afsnit 4.4.

Vi arbejder med det hver dag, og projektet fylder meget, derfor skal kurset være længere (øvrige medarbejder)

Figur 12 viser, at 84 pct. af respondenterne vurderer, at BPSD-modellen i høj eller nogen grad har givet en bedre forståelse for arbejdet med at nedbringe BPSD, mens 16 pct. vurderer, at den i mindre grad eller slet ikke har givet en bedre forståelse.

Figur 12: Andel af respondenter, der vurderer at BPSD-konceptet i høj-, nogen- eller mindre grad/slet ikke har givet en bedre forståelse for arbejdet med at nedbringe BPSD



Note: Figuren er baseret på spørgsmålet: "I hvilken grad har BPSD-modellen og -kurset har givet dig en bedre forståelse for arbejdet med at nedbringe BPSD hos beboerne?"

Kilde: Midtvejssurvey (n=466).

Interviewene med medarbejderne bekræfter, at der er blandede holdninger til i hvilket omfang BPSD-modellen har bidraget til ny viden om beboere med BPSD og demens. Mange fremhæver således, at de i forvejen har stor viden og erfaring med både demens og BPSD.

4.3 NPI-screeningerne

I dette afsnit ser vi nærmere på gennemførelsen af NPI-screeningerne. NPI-screeningen gennemføres ved, at en interviewer (en nøgleperson) beder kontaktpersonen, eller anden medarbejder med indgående kendskab til beboeren, vurdere beboeren med udgangspunkt i spørgsmålene i NPI.

I følge konceptbeskrivelsen er der ét hovedkrav til NPI-screeningen: Alle beboere i projektet skal løbende screenes inden for tre måneder gennem hele projektperioden (uanset om de scorer nul eller over nul). Herudover er det vigtigt, at intervieweren forholder sig neutralt til kontaktpersonens vurderinger, og at eventuelle uoverensstemmelser drøftes på BPSD-konferencen. Endelig skal det være den samme kontaktperson/medarbejder, som vurderer beboeren ved hver NPI-screening. Fordelen ved, at det er den samme person, der vurderer beboeren ved hver NPI-screening, er at mindske risikoen for, personafhængige vurderinger og dermed personafhængige ændringer i NPI-scoren⁹.

Tabel 6 viser andelen af NPI-screeninger, som gennemføres inden for tre måneder (90 dage) opdelt efter om beboeren scorer nul (altså ingen BPSD symptomer) eller over nul. Analyserne er baseret på 1.986 NPI-screeninger fordelt på 698 beboere.

Blandt de NPI-screeninger, hvor beboeren scorer over nul, gennemføres en ny NPI-screening inden for tre måneder i 63 pct. af NPI-screeningerne. Andelen er lavere blandt de NPI-screeninger, hvor beboeren scorer nul. Her gennemføres en ny NPI-screening inden for tre måneder i 43 pct. af NPI-screeningerne. Det kan være udtryk for, at plejecentrene prioriterer de beboere, som har BPSD-

⁹ Det er kun kravet om screeningsfrekvensen (at beboerne skal screenes inden for tre måneder) der indgår i implementeringsscoren.

symptomer, frem for dem, der ikke har. Dette understøttes af de kvalitative interviews med lederne, som peger på, at lederne oplever, at det i mindre grad giver mening med hyppige NPI-screeninger af beboere, som scorer nul.

Tabel 6: NPI-screening

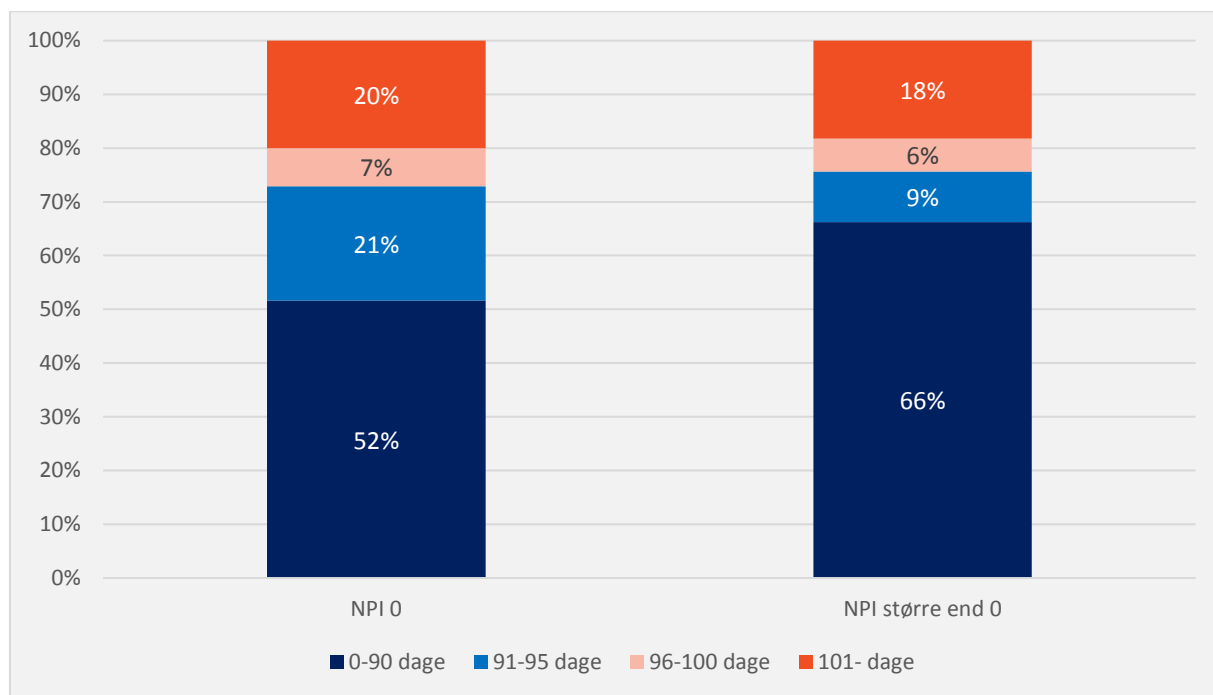
Målsætning	Procent af NPI-screeninger
Alle NPI-screeninger gentages inden for tre måneder (medmindre beboeren dør eller flytter): Opgjort for alle screeninger over nul	63%
Alle NPI-screeninger gentages inden for tre måneder (medmindre beboeren dør eller flytter): Opgjort for alle NPI-screeninger som er nul	43%
Implementeringsscore	53

Note: Det skal også tages med i betragtning, at det ikke er realistisk at forvente en målopfyldelse på 100%, da det f.eks. ikke giver mening at screene terminale beboere.

Kilde: BPSD-system (data 31. oktober 2017).

Figur 13 viser hvor lang tid, der går mellem NPI-screeningerne. Af figuren fremgår det, at en lang række NPI-screeninger er gennemført inden for 90 + fem dage (95 dage), og dermed næsten opfylder kravet. Blandt NPI-screeninger, hvor beboeren scorer nul, ligger 73 pct. af NPI-screeningerne inden for 95 dage, mens dette tal er 75 pct. ved en NPI-score større end nul.

Figur 13: Antal dage mellem NPI-screeningerne (procent af alle NPI-screeninger)



Kilde: BPSD-system (data 31. oktober 2017).

Data fra midtvejssurveyet viser, at 47 pct. af nøglepersonerne og 48 pct. af de øvrige medarbejdere, der har deltaget i NPI-screeningen, rapporterer, at interviewereren altid forholder sig neutralt (tal ikke vist i figur¹⁰).

Nøglepersonerne var gode i starten til at interviewe. Men konceptet er gledet, sådan at nøglepersonerne selv indgår i dialog om beboerne. Det er svært at lade være med at sige noget, hvis man kender borgeren. Det er en udfordring. Det bliver mere snak frem for interview (nøgleperson)

Interviewene peger også på, at medarbejderne og nøglepersoner oplever, at det kan være svært at opretholde en klar rollefordeling (hvor interviewereren forholder sig neutral), fordi nøglepersonen i nogle tilfælde har et ligeså godt kendskab til beboeren som kontaktpersonen.

Sådan kan man sikre neutralitet i NPI-screeningen

På nogle af plejecentrene forsøger man at fastholde kravet om neutralitet ved at organisere sig således, at nøglepersonerne, som udgangspunkt, kun screener beboere, de ikke selv kender.

Interviewene peger generelt på, at det er en udfordring at sikre kontinuitet i, hvem der gennemfører NPI-screeningen, bl.a. grundet skiftende vagtplaner, ferie, sygdom, mm. Derudover vælger nogle plejecentre at prioritere, at NPI-screeningen gennemføres af den medarbejder, som har haft mest kontakt med beboeren op til NPI-screeningen, da NPI-screeningen tager udgangspunkt i de seneste syv dages observation af beboeren.

Det er blevet mere tilfældigt, hvem der deltager i screeningen. Det var ikke vores mål, men sådan er det blevet. Vi har haft fokus på, at det skulle ske indenfor tidsrammen (leder).

Kontinuitet og kendskabet til beboeren opleves af plejepersonalet som et centralt parameter for at opnå en valid måling. Selvom NPI-NH er et validt og pålideligt måleinstrument¹¹, så er det vores vurdering, at for mange brud på kontinuiteten kan føre til, at plejepersonalet i mindre grad oplever, at NPI-screeningerne er anvendelige i deres arbejde med beboere med BPSD.

Hvis det er forskellige personer der screener beboeren, kan det give forskellige resultater. Det er et ekstremt subjektivt redskab (leder).

¹⁰ Kun fem ledere har deltaget i NPI-screeningen.

¹¹ Selbæk m.fl. (2008). *The reliability and validity of the Norwegian version of the Neuropsychiatric Inventory Nursing Home Version (NPI-NH)*. International Psychogeriatrics.

Samtidigt peger flere af nøglepersonerne og de øvrige medarbejdere på, at det er vigtigt at se NPI-scoren som et udgangspunkt for drøftelserne af beboerne på BPSD-konferencerne, og at forskellige vurderinger, giver anledning til en grundigere undersøgelse af, hvad der ligger bag disse forskelle. Der ligger derfor også en opgave i at tolke resultaterne på den efterfølgende BPSD-konference.

NPI-scoren er som den er. Hvis der er markante forskelle i opfattelsen, så er det vigtige at drøfte hvorfor. Og vigtigt med en accept af at alle har forskellige opfattelser. Det kan også handle om, at man skal have hjælp til at læse beboeren (leder).

4.4 BPSD-konferencerne

Dette afsnit ser nærmere på BPSD-konferencerne, som skal gennemføres for alle beboere, som ved den seneste NPI-screening fik en score højere end nul. På BPSD-konferencen drøftes: Resultatet af NPI-screeningen, mulige årsager til symptomerne, mål for beboeren og en eller flere beboerindsatser, og der evalueres på virkning af tidligere indsatser, hvis der har været flere BPSD-konferencer for borgeren.

Først viser vi i hvilket omfang, det er lykket at gennemføre BPSD-konferencerne i overensstemmelse med konceptbeskrivelsen. Herefter ser vi på varigheden af BPSD-konferencerne.

I følge konceptbeskrivelsen omfatter en korrekt gennemførelse af BPSD-konferencerne, at:

- > der maksimalt må gå tre dage fra NPI-screening til gennemførelse af BPSD-konferencen.
- > der som minimum skal deltage en leder, en nøgleperson, beboerens kontaktperson og en sygeplejerske
- > plejepersonalet skal følge dagsordenskabelonen og som minimum udfylde mål og én beboerindsats.

Som det fremgår af Tabel 7, lykkes det generelt at gennemføre BPSD-konferencerne inden for tre dage efter NPI-screeningen, ligesom at plejepersonalet både udfylder mål og mindst en indsatskategori i BPSD-systemet. Den største udfordring er at overholde kravet om, hvilke medarbejdere, der skal være til stede på BPSD-konference.

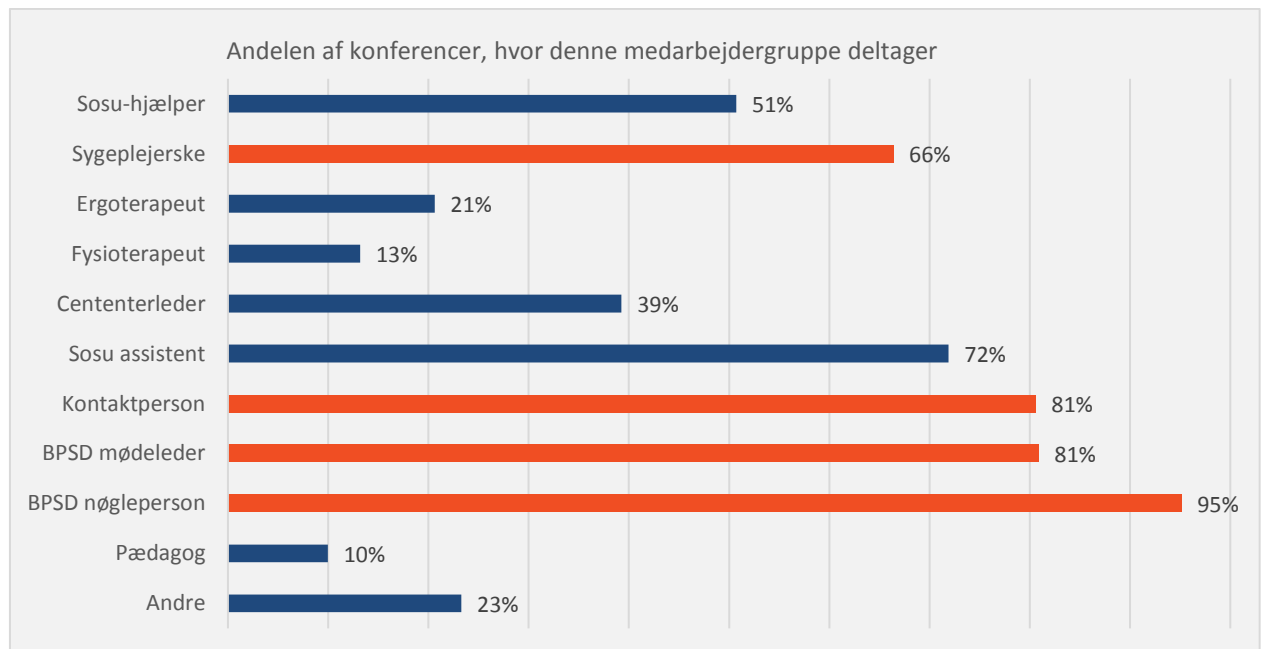
Tabel 7: BPSD-konferencerne

Målsætninger	Procent af BPSD-konferencer
BPSD-konferencen gennemføres inden for tre dage for alle beboere med en score over nul (medmindre beboeren er flyttet eller gået bort)	95%
På BPSD-konferencerne deltager, som minimum, nøgleperson, en leder ¹² , beboerens kontaktperson og mindst en sygeplejerske	48%
Plejepersonalet har udfyldt mål for beboere, som har været drøftet på BPSD-konferencen.	96%
Plejepersonalet udfylder, som minimum, en indsatskategori for beboere, som har været drøftet på BPSD-konferencen	92%
Implementeringsscore	83

Kilde: BPSD-systemet (data 31. oktober 2017).

I 48 pct. af BPSD-konferencerne mangler enten en nøgleperson, en leder, beboerens kontaktperson eller en sygeplejerske. Figur 14 giver en mere detaljeret oversigt over deltagerne på BPSD-konferencen. Figuren viser, hvem der deltager på BPSD-konferencerne. De medarbejdergrupper, der jf. konceptbeskrivelsen er obligatoriske, er markeret med orange, mens øvrige deltagere er markeret med blå.

Figur 14: Fordelingen af BPSD-konferencedeltagere (procent af BPSD-konferencer)



Note: Medarbejderne grupper markeret med orange er obligatoriske deltagere jf. konceptbeskrivelse, mens medarbejdergrupper markeret med blå ikke er obligatoriske.

Kilde: BPSD-system (data 31. oktober 2017).

¹² Enten tilstedeværelse af centerleder, teamleder og/eller mødeleder.

Ser vi nærmere på tallene, viser det sig, at blandt de obligatoriske deltagere, er det især sygeplejersken, som mangler. Observationerne af BPSD-konferencerne viser dog, at nogle af plejepersonalet havde flere roller på en BPSD-konference, eksempelvis var sygeplejersker ofte også leder eller nøgleperson. Det er ikke sikkert, at plejepersonalet er opmærksomme på at få indtastet de forskellige roller og funktioner.

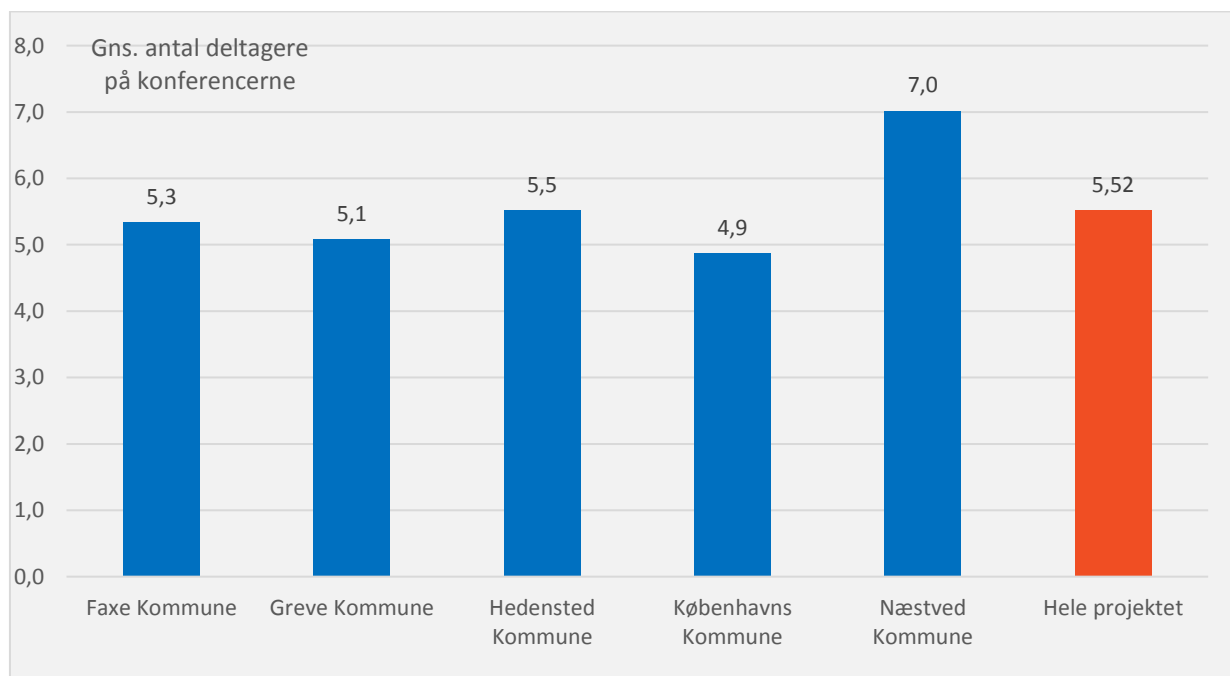
Vi vurderer derudover, at det tværfaglige udbytte er større, hvis der også deltager andre faggrupper end social og sundhedspersonale og sygeplejersker, eksempelvis demenskoordinatorer, ergo og fysioterapeuter, ernæringsmedarbejdere. Interviewene viser, at disse medarbejdergrupper bidrager med særlig fagspecifik viden, som er med til at kvalificere drøftelserne på BPSD-konferencerne.

I gennemsnit deltager fem til seks medarbejdere/ledere på BPSD-konferencerne. Deltagelsen varierer fra to til 11 deltagere på de enkelte plejecentre.

Figur 15 viser det gennemsnitlige antal deltagere i de fem kommuner. Som det fremgår af figuren, har Næstved det højeste gennemsnitlige antal deltagere (syv deltagere i gennemsnit), mens de øvrige kommuner ligger mellem fem og seks deltagere i gennemsnit.

Vi finder, at der er en statistisk signifikant sammenhæng mellem antallet af deltagere på BPSD-konferencen og udviklingen i NPI-scoren ved den efterfølgende NPI-screening: et højere antal deltagere på BPSD-konferencerne hænger sammen med et større fald i NPI-scoren ved den efterfølgende NPI-screening.

Figur 15: Gennemsnitligt antal deltagere på BPSD-konferencerne



Kilde: BPSD-system (data 31. oktober 2017).

I midtvejssurveyet svarer 63 pct. af nøglepersonerne og lederne, at de i høj grad anvender dagsordenskabelonen, mens 32 pct. svarer, at de anvender skabelonen i nogen grad, og 6 pct. at de enten i ringe grad/slet ikke/ikke ved om de anvender skabelonen. Dette kan dog forklares ved, at skabelonen er blevet en så integreret del af BPSD-konferencen at deltagerne ikke længere tænker over, at de anvender den.

Observationerne af BPSD-konferencerne viser, at plejepersonalet generelt kommer godt omkring alle punkterne, men at der kan være forskel på, i hvilken rækkefølge de enkelte punkter drøftes, og diskussioner af årsager og beboerindsatser kan godt flyde lidt sammen. Derudover viser observationerne af BPSD-konferencerne, at BPSD-konferencerne er præget af en god stemning, hvor alle byder ind, og hvor mødelederen formår at holde tråd i diskussionerne. Plejepersonalet beskriver ofte relationerne som jævnbyrdige, og flere oplever BPSD-konferencen som et forum for læring, videndeling og faglig refleksion.

Vi kan være lidt dårlige til at holde den røde tråd. Så en god leder og ordstyrer er vigtigt (øvrige medarbejder).

Der ligger i konceptbeskrivelsen ikke et krav om varighed af BPSD-konferencerne, men en forventning om, at BPSD-konferencerne kan gennemføres på 45 minutter. Tabel 8 viser varigheden af BPSD-konferencer opdelt efter, om det er den første eller en efterfølgende BPSD-konference. Som det fremgår af tabellen tager en BPSD-konference i gennemsnit ca. 42 minutter¹³. Af tabellen fremgår det endvidere, at den gennemsnitlige varighed falder fra første til tredje BPSD-konference, hvorefter der sker en stigning igen. Det skal dog her bemærkes, at det kan skyldes, at der kun er gennemført få BPSD-konferencer, som var beboerens femte, sjette eller syvende BPSD-konference. Interviewene med nøglepersonerne peger bl.a. på, at det er de dårligste beboere, der screenes flere gange og at BPSD-konferencerne derfor naturligt tager lidt længere tid. Det bygger imidlertid på relativt få observationer og er derfor ikke muligt at vurdere entydigt på nuværende tidspunkt.

Tabel 8: Gennemsnitlig varighed af BPSD-konferencerne

BPSD-konferencenummer	Antal BPSD-konferencer	Varighed (minutter)
Alle BPSD-konferencer	1.615	41,7
1. konference	632	47,0
2. konference	468	39,8
3. konference	304	36,7
4. konference	142	37,0
5. konference	48	39,6
6. konference	17	39,7
7. konference	4	38,8

Kilde: BPSD-system (data 31. oktober 2017).

4.5 Beboerindsatserne

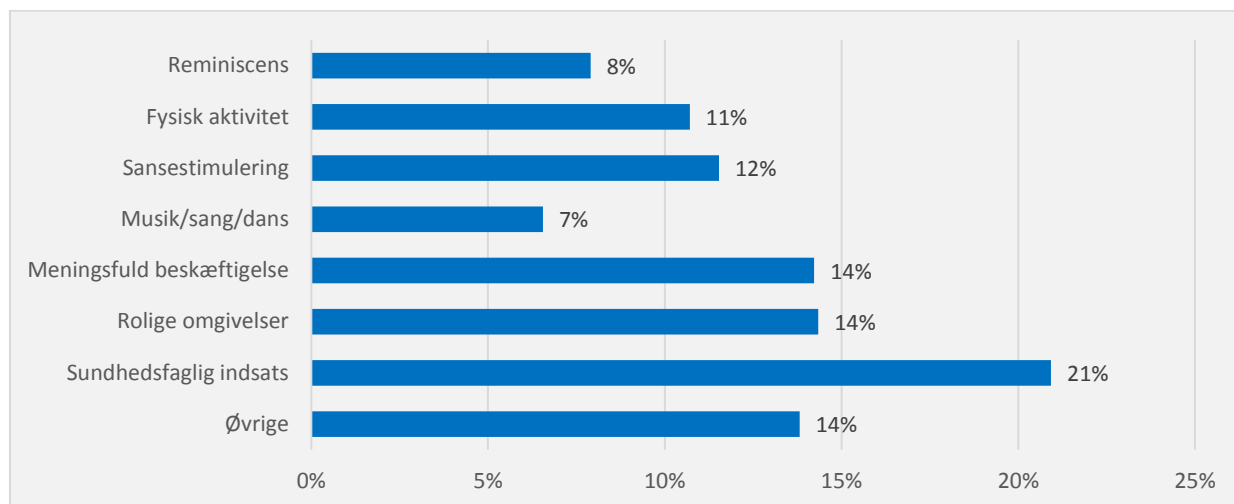
Beboerindsatser iværksættes på baggrund af drøftelserne på BPSD-konferencerne. Konceptbeskrivelsen indeholder ikke deciderede krav til indholdet af beboerindsatserne, som eksempelvis kan omfatte sundhedsfaglige og/eller pædagogiske tiltag.

¹³ Varighed er opgjort per beboer. Da der typisk gennemgås mere end én beboer per konference kan det ikke afvises, at nogle medarbejdere har registreret den samlede varighed i stedet.

Som beskrevet i de forrige afsnit (afsnit 4.4), er det et krav, at plejepersonalet fastlægger et mål for beboerne og mindst én beboerindsats, der tages ind i BPSD-systemet. Dette lykkes på stort set alle BPSD-konferencerne. Det afgørende er dog, om beboerindsatserne også implementeres i hverdagen.

I dette afsnit ser vi derfor nærmere på plejepersonalets vurderinger af, hvorvidt denne implementering lykkes og hvilke typer af beboerindsatser de iværksætter på baggrund af BPSD-konferencerne. Dette fremgår af Figur 16, som viser, at plejepersonalet hyppigst iværksætter sundhedsfaglige beboerindsatser.

Figur 16: *Typer af beboerindsatser (procent af beboerindsatser)*



Kilde: BPSD-system (data 31. oktober 2017).

EKSEMPLER PÅ INDSATSER IVÆRKSAT PÅ BAGGRUND AF BPSD-KONFERENCEN

En mandlig beboer var motorisk udfordret. Personalet fandt bl.a. ud af, at når han sad foran en skærm og så sine prædikener på YouTube (han var tidligere præst), så blev han rolig. Ligesom, at det havde en effekt, at personalet gik en tur med ham, og han fik et glas vin om aftenen. Personalet fortalte: *"Det har rykket så meget på hans adfærd, der er sket en kæmpe forandring med ham"*.

En kvindelig beboer var meget nedtrykt og stille. På en BPSD-konference fandt plejepersonalet frem til, at hun skulle ud og have mere frisk luft, fordi beboeren tidligere havde opholdt sig meget ude i naturen. Personalet fortalte: *"Det hjalp rigtig godt på hendes humør og hun lavede op, det hjalp selv bare at sætte hende ud på terrassen for sig selv – bare hun fik noget frisk luft"*.

En kvindelig beboer var rastløs og ikke glad. Hun havde været husmor hele livet og var vant til at rydde op og gøre det pænt og nydeligt i hendes eget hjem. Personalet valgte at rode hendes lejlighed til, så hun kunne gå og rydde op. Personalet fortalte: *"Vi gav hende hendes hverdag tilbage, ved at lave rod i hendes lejlighed - det havde en rigtig stor effekt på hendes humør og adfærd"*.

En mandlig beboer flyttede ind på plejecenteret og kedede sig rigtig meget. Han var i god fysisk form, og personalet fandt ud af, at han gerne ville hjælpe til. Det blev derfor besluttet, at han kunne få nogle opgaver. Han begyndte at gå ud med skraldet og uddele posten på plejecenteret. Personalet fortalte: *"At nu keder han sig ikke så meget mere, fordi han har fået noget for dagen"*. Beboerens pårørende fortalte også: *"At min far ændrede sig meget, og han er blevet meget mere glad for at være på plejecenteret, fordi han havde fået noget at lave"*.

Tabel 9 viser, at under halvdelen (38 pct.) af nøglepersonerne og lederne vurderer, at beboerindsatserne i høj grad implementeres efterfølgende. Samtidigt viser tabellen, at ca. halvdelen vurderer, at det i høj grad er tydeligt, hvem der har hvilke opgaver i forbindelse med implementeringen og opfølgningen på de beboerindsatser, der besluttet på BPSD-konferencen.

Tabel 9: Beboerindsatserne

Målsætninger	Procent af respondenter
Nøglepersoner og ledere vurderer i høj grad, at de beboerindsatser, der besluttet på BPSD-konferencen, efterfølgende implementeres	38%
Nøglepersoner og ledere vurderer i høj grad, at det er tydeligt, hvem der har hvilke opgaver i forbindelse med implementeringen og opfølgningen på de beboerindsatser, der besluttet på BPSD-konferencen	52%
Implementeringsscore	45

Kilde: Midtvejssurvey (n=214) .

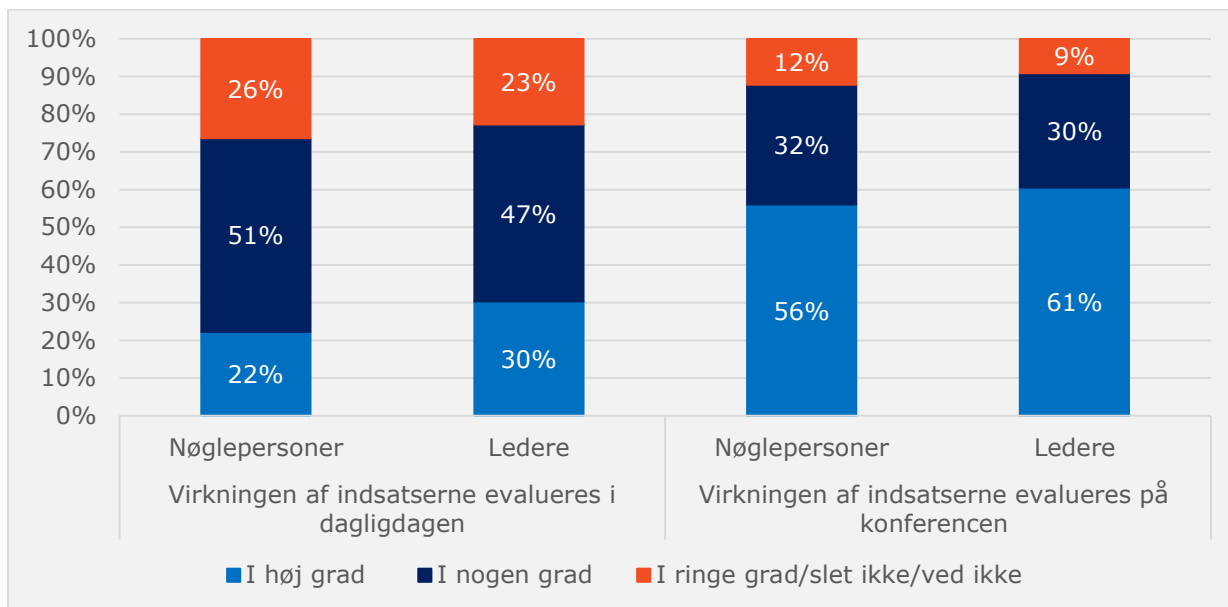
Note: Tabellen er baseret på spørgsmålene: "I hvilken grad vurderer du, at de beboerindsatser, der besluttet på BPSD-konferencen, efterfølgende bliver implementeret?" og "I hvilken grad vurderer du, at det er tydeligt, hvem der har hvilke opgaver i forbindelse med implementeringen og opfølgningen på de beboerindsatser, der besluttet på BPSD-konferencen?"

Interviewene med ledelsen viser generelt, at opfølgningen typisk er uddelegeret til teamlederne, nøglepersonerne og i nogle centre til de øvrige medarbejdere. Dette viser, at der er behov for en skærpelse af rollefordelingen mellem deltagerne på BPSD-konferencen. Det skal i den forbindelse nævnes at, både lederen og nøglepersonen, jf. konceptbeskrivelsen, har ansvaret for at sikre, at beboeren får den aftale beboerindsats.

Medarbejdere kan selv planlægge det hele nu og behøver ikke at styres og motiveres i ligeså høj grad som i starten. De er rigtig gode til det og klarer det selv. Jeg tror de meget hurtigt har set nogle gode resultater og når de kan se det virker, så bliver de jo også motiverede (leder)

Midtvejssurveyet viser også, at det er en udfordring, at få fulgt op på beboerindsatserne – det gælder både i dagligdagen og på BPSD-konferencen, som vist i Figur 17. Her svarer 22 pct. af nøglepersonerne og 30 pct. af lederne, at de i høj grad følger op på virkningen i dagligdagen, mens 56 pct. af nøglepersonerne og 61 pct. af lederne svarer, at de i høj grad evaluerer virkningen af tidligere beboerindsatser på BPSD-konferencen.

Figur 17: Andel af nøglepersoner og ledere, som i høj-, nogen- eller ringe grad/slet ikke følger op på beboerindsatserne på BPSD-konferencerne og i dagligdagen



Note: Figuren er baseret på spørgsmålene: "I hvilken grad vurderer du, at virkningen af tidligere indsatser bliver evalueret på den følgende konference?" og "I hvilken grad vurderer du, at der i dagligdagen bliver fulgt op på, hvorvidt indsatserne virker?".

Kilde: Midtvejssurvey (n=214).

De kvalitative interview viser ligeledes, at det er en udfordring at sikre, at alle har den nødvendige information. Det handler – som minimum - om at sikre, at de øvrige medarbejdere (som ikke deltog på konferencen) er informeret om, hvilke beboerindsatser, der skal afprøves for hvilke beboere, hvad målet med beboerindsatserne er, og hvem der skal udføre beboerindsatserne og hvornår.

Der mangler noget opstramning på det punkt. Altså at sørge for at alle kender indsatsen. Det går ikke godt nok lige nu (øvrige medarbejdere)

Da plejen af de enkelte beboere typisk varetages af mange forskellige medarbejdere (fordelt på forskellige vagtlag), kan det være en udfordring at sikre, at alle er orienteret om beboerindsatserne. Kommunikation til de øvrige medarbejdere sker typisk gennem en kombination af mundtlig formidling, eksempelvis på personalemøder, triagering eller lignende, og skriftligt, eksempelvis gennem det elektroniske journalsystem eller i form af handleplaner. Udfordringen ved denne form for skriftlig formidling er, at det kræver, at de øvrige medarbejdere selv opsøger informationen og selv er opmærksomme på nye beboerindsatser. Dette er i princippet en del af de daglige rutiner og arbejdsgange, men interviewene viser, at det ikke altid sker i en travl hverdag. Samtidig fortæller plejepersonalet, at der særligt er en udfordring ift. at inddrage aften- og nattevagterne.

Det er få mennesker, som beslutter, men det kommer ikke ud i praksis. Det er bestemt ikke alle som går ind og læser, hvad der er blevet besluttet på BPSD-konferencen (øvrige medarbejdere)

På nogle af plejecentre har man derfor forsøgt at komme omkring denne problematik ved at invitere aften/nattevagter med på BPSD-konferencerne, hvilket de oplever, er en succes. Derudover har andre plejecentre valgt at oprette BPSD-tavler for at sikre større synlighed om beboerindsatserne. Det er

COWIs vurdering, at disse tavler er et godt redskab til udbrede kendskabet til beboerindsatserne til de øvrige medarbejdere. BPSD-tavlerne kan dog ikke stå alene.

COWI vurderer også, at det er et opmærksomhedspunkt for ledelsen, at de øvrige medarbejdere i højere grad føler sig medinddraget, eksempelvis gennem deltagelse på BPSD-konferencerne. Deltagelsen er helt central for, at de øvrige medarbejdere tager ejerskab og prioriterer beboerindsatserne i det daglige.

BPSD-tavlerne – et godt redskab

På flere af plejecentrene, er der i alle grupperum i afdelingerne opsat BPSD-tavler. På tavlen er der sat et lille billede af de deltagende beboere samt angivet målsætning og beboerindsatser, herunder hvor hyppigt og hvornår beboerindsatserne skal implementeres. På den måde er beboerindsatserne meget tydelige for personalet. Man skal dog være opmærksom på at overholde tavshedspligten ved brug af tavlerne.

5 Mekanismer og barrierer

Som beskrevet i kapitel 3 er der et fald i NPI-scoren på tværs af projektet og i de fem kommuner. Samtidig viser den samlede vurdering af implementeringen, at BPSD-konceptet overordnet set implementeres i overensstemmelse med konceptbeskrivelsen. Det væsentlige spørgsmål er, om reduktionen i BPSD-symptomerne kan henføres til BPSD-modellen, og om projektets antagelser om modellen og de bagvedliggende mekanismer kan bekræftes. Dette spørgsmål vil vi belyse nærmere i dette afsnit.

Det er en grundantagelse, at BPSD-modellen gennem de systematiske NPI-screeninger af beboerne og drøftelserne på BPSD-konferencerne bidrager til en mere systematisk tilgang og en mere målrettet og kontinuerlig beboerindsats med høj faglighed. Herunder forventes det, at plejepersonalet også får opsporet beboere med mere indadvendte symptomer (f.eks. apati).

Før gjorde vi ting, som vi troede var godt for beboeren. Det var meget individuelt, hvad man vurderede. Nu er der meget mere struktur og systematik, og alle kan se, hvad der skal gøres, hvilke indsatser der er, og hvad der virker (nøgleperson)

Analyserne af kvalitative interviews med ledere, nøglepersoner og øvrige medarbejdere bekræfter ovenstående antagelse. Interviewene viser, at både nøglepersoner og de øvrige medarbejdere er meget opmærksomme på, hvilke symptomer beboerindsatserne målrettes, og at NPI-screeningerne bidrager til at give et bedre overblik over og indblik i, hvad der virker for hvem. Plejepersonalet fremhæver især, at beboerindsatserne tilpasses den enkelte beboer, og at de i højere grad arbejder ud fra de samme mål for beboeren. Det adskiller sig fra tidligere praksis, hvor plejepersonalet i højere grad iværksatte beboerindsatser på baggrund af deres individuelle faglige vurderinger, der sjældent blev koordineret på tværs af personalegruppen. Det betød i praksis, at beboerne kunne blive mødt af forskellige tilgange og aktiviteter fra plejepersonalet, hvilket betød mindre struktur og genkendelighed for den enkelte beboer i hverdagen.

Det var en meget stille beboer som virkede nedtrykt. På konferencen fandt vi frem til, at hun skulle mere ud og have noget frisk luft. Det viste sig, at hun havde været vant til at være meget ude (øvrige medarbejder)

Interviewene viser, at det er forskel på, hvorvidt nøglepersonerne og de øvrige medarbejdere oplever, at der er forskel på indholdet i beboerindsatserne sammenlignet med før projektet: Nogle medarbejdere og nøglepersoner vurderer, at de afprøver flere socialpædagogiske indsatser og andre fremhæver, at de er blevet mere opmærksomme på beboere med indadvendte symptomer (f.eks. beboere som udviser depressive og/eller apatiske symptomer). Andre nøglepersoner og øvrige medarbejdere oplever ikke, at BPSD-konceptet har ført til nye typer af beboerindsatser, men en stor del vurderer, at systematikken og kontinuiteten på tværs af medarbejderne er blevet styrket.

BPSD-projektet får generelt alle ansatte til at tænke mere over, hvad man gør og hvorfor. Vi reflekterer mere og får mere skærpet bevidsthed (leder)

Derudover peger plejepersonalet på, at fagligheden er blevet styrket – især gennem BPSD-konferencerne, som giver mulighed for fælles læring og refleksion og en mere dybdegående indsigt i og viden om den enkelte beboer. På mange af plejecentrene arbejdes der med triagering. Her er der typisk meget mindre tid til at drøfte den enkelte beboer, og drøftelserne er ikke er nær så systematiske, som på BPSD-konferencerne.

En fordel er, at vi er blevet mere opmærksomme på, hvad vi mener. Fx hvad er en vrangforestilling? Hvad er meningsfuld beskæftigelse? Det er BPSD-konferencernes fortjeneste, at vi er bedre til det nu (nøgleperson)

Styrkelsen af fagligheden handler også om, at plejepersonalet får et fælles sprog og i højere grad videndeler og taler med hinanden i det daglige arbejde. Denne læring og videndeling - og især det tværfaglige samarbejde - afhænger dog i høj grad af hvem der deltager på BPSD-konferencerne jf. afsnit 4.4.

Den anden antagelse er, at BPSD-systemet giver et synligt overblik over forekomsten af og udvikling i den enkelte beboers BPSD-symptomer og dermed også af effekten af medarbejdernes indsats. Interviewene viser, at selvom det tager tid at registrere i BPSD-systemet, så oplever nøglepersonerne og de øvrige medarbejdere, at tiden er givet godt ud. Det gennemgående billede er således, at systemet bidrager til systematik, overblik og struktur på BPSD-konferencerne, hvor BPSD-systemet understøtter den faste dagsordenskabelon, der skal følges på BPSD-konferencen, fordi nøglepersonerne indtaster resultaterne fra drøftelserne direkte i BPSD-systemet. Derudover bidrager BPSD-systemet til at synliggøre resultaterne.

Det er jo et meget visuelt system. Det er rart. Man kan se udviklingen, historikken, udsving osv. Man får en faglig dialog på baggrund af det visuelle og de søjler, der kommer frem for hver beboer i systemet (øvrige medarbejder)

Det er COWIs vurdering, at BPSD-konferencen fungerer som et centralt omdrejningspunkt i projektet, som har indflydelse på de andre elementer, hvilket uddybes i afsnit 4.4. De kvalitative interviews viser, at plejepersonalet oplever, at BPSD-konceptets forskellige elementer er indbyrdes afhængige, og at både NPI-screeningen, BPSD-konferencerne, beboerindsatserne og BPSD-systemet, helt generelt, bidrager med værdi for arbejdet med plejehjemsbeboerne.

Det er COWIs vurdering, at kompetenceudviklingen har spillet en mindre rolle i projektet. Det hænger naturligvis sammen med, at formålet med projektet ikke er decideret afprøvning af kompetence-

udvikling, men at klæde medarbejderne på til at kunne arbejde med BPSD-modellen. Samtidig viser vores analyser, at de øvrige medarbejdere ikke oplever, at de fik nok viden om BPSD-konceptet på webkurset. Ligeledes oplever både ledere, nøglepersoner og øvrige medarbejdere, at de i forvejen havde en stor viden om demens og BPSD jf. afsnit 4.2. om kompetenceudvikling.

5.1.1 Barrierer og fremmende faktorer

COWI har identificeret tre typer af barrierer og fremmende faktorer for implementeringen af BPSD-modellen, som relaterer sig til plejecentrenes rammer og ressourcer, plejepersonalets vurdering af BPSD-modellen, og feedback og opbakning.

Rammer og ressourcer

Implementeringen af projektet forudsætter, at der sker en betydelig tilpasning af de daglige arbejds-gange og rutiner på plejecentrene. Samtidigt er implementeringen bl.a. afhængig af, at især teamle-derne prioriterer indsatsen og er opmærksomme på at koordinere vagtplanerne, f.eks. så de relevan-te medarbejdere har mulighed for at deltage i NPI-screeningerne og på BPSD-konferencerne. Som vist i Bilag A er der stor forskel på, hvor stor en andel af plejecentrenes beboere, der er omfattet er projektet (og dermed også hvor mange BPSD-konferencerne, NPI-screeninger og beboerindsatser, der skal implementeres). Der er derfor, alt andet lige, stor forskel på, hvor udfordrende en opgave det er, at sikre en høj implementeringsgrad i de enkelte plejecentre.

Implementeringen er også påvirket af rammerne på plejecentrene, f.eks. i form til personalenorme-ningen og udskiftningen i personalet. Her peger interviewene på, at en høj udskiftning i personale-gruppen især udgør en udfordring i forhold til at sikre, at alle er informeret om beboerindsatserne. Derudover er der for-skel på plejecentrenes erfaringer med at arbejde med beboe-re med demens. Det betyder, at plejecentrene arbejder ud fra forskellige forudsætninger. Dette spiller især en rolle ift. implementeringen af beboerindsatserne, hvor interviewene peger på, at implementeringen afhænger af, at plejepersona-let har en god forståelse af borgerens behov for at kunne tilpasse plejen af og kommunikationen med den enkelte be-boer.

Vi har også mange afløsere, derfor er det svært at få tingene formidlet videre. Tidligere var vi et mere fast personale. Tingene er nemmere, når man kender beboeren (øvrige med-arbejder)

En af de barrierer, som medarbejderne og nøglepersonerne oftest selv bringer op i interviewene er manglende prioritering af tid og ressourcer i forhold til at afprøve beboerindsatserne i praksis. Mang-lende ressourcer kan eksempelvis handle om at få afslag på indkøb af nye hjælpemidler eller mere tid til en beboer. Dette kan have den direkte effekt, at den pågældende beboerindsats ikke kan af-prøves, og har derudover en indirekte effekt ved at påvirke plejepersonalets motivation negativt, hvis de gentagne gange oplever at få afslag. Samtidig peger medarbejdere og nøglepersoner på, at travlhed grundet personalemangel betyder, at BPSD-relaterede beboerindsatserne nedprioriteres i det daglige. Denne prioritering er umiddelbart også afhængig af de enkelte medarbejders vurdering af BPSD-konceptet og involvering i projektet, hvilket beskrives yderligere i næste afsnit.

Interviewene viser dog også, at det er en læringsproces at identificere beboerindsatser, som både giver mening for beboeren, og som er realistiske at afprøve i en travl hverdag. Her fremhæver flere af de øvrige medarbejdere, at beboerindsatser, som gåture eller andre aktiviteter, der forudsætter, at medarbejderen forlader afdelingen er mere ressourcetunge. Det handler derfor om at identificere kreative og simple løsninger, f.eks. at gøre brug af eksisterende tilbud og aktiviteter for beboerne.

Dette kunne tyde på, at tid og ressourcer især har udgjort en barriere i begyndelsen af projektperioden. I den forbindelse peger nøglepersonerne og plejepersonalet selv på, at det er vigtigt at fokusere på færre beboerindsatser ad gangen for ikke at miste overblikket, og for at kunne vurdere effekten af de forskellige beboerindsatser.

Plejepersonalets vurdering af BPSD-modellen

Vi ved fra implementeringslitteraturen, at medarbejdernes oplevelse af projektet har stor betydning for deres motivation, og for hvorvidt det lykkes at implementere og forankre nye arbejdsgange i det daglige arbejde. Det handler bl.a. om at plejepersonalet kan se en mening med BPSD-modellen, at det er relevant for deres arbejde, at de har en tro på, at det virker, og at de har en tro på, at det kan implementeres i praksis. Desto mere kompleks eller teknisk krævende en indsats desto sværere vil det typisk være at implementere i praksis¹⁴. Motivation formes og udvikles konstant i løbet af projektet på baggrund af de erfaringer plejepersonalet gør sig. Motivationen er derfor ikke en konstant faktor.

Interviewene viser tydeligt, at arbejdet med BPSD-modellen giver god mening for både ledere, nøglepersoner og de øvrige medarbejdere. Generelt vurderer plejepersonalet, at modellen bidrager til at nedbringe beboernes BPSD-symptomer og øge deres trivsel.

At plejepersonalet er positive overfor konceptet understreges også af, at flere nøglepersoner og de øvrige medarbejdere fremhæver, at BPSD-modellen er anvendelig for alle beboere på plejecentrene, dvs. også for beboere uden demenssymptomer. De fleste ledere, nøglepersoner og øvrige medarbejdere giver således udtryk for, at de ønsker at fortsætte med at arbejde med modellen efter projektperioden.

Projektet har betydet, at vi er blevet mere opmærksomme på de her små ting, som har en stor effekt. Vi har en beboer som var meget urolig, fordi hun sad med ryggen til sin dør og kunne høre folk gå forbi. Nu har vi ændret placeringen af hendes stol. Det har hjulpet helt vildt meget på hendes uro (øvrige medarbejder)

Samtidigt oplever nøglemedarbejdere og de øvrige medarbejdere, at BPSD-konceptet som helhed bidrager til en højere arbejdsglæde gennem det tværfaglige arbejde. Både nøglepersoner og de øvrige medarbejdere peger på, at BPSD-konferencerne har betydet, at de taler med kollegaer, som de ikke talte med tidligere, fordi de har deltaget på BPSD-konferencen. BPSD-konferencerne bidrager derfor også til et bedre samarbejde i dagligdagen, fordi det bliver lettere at tale kollegaerne. Dette virker også motiverende på deltagelsen og arbejdet med BPSD-modellen.

Interviewene peger dog på en udfordring i, at øvrige medarbejdere – som ikke har deltaget i BPSD-konferencerne – ikke altid støtter op om de planlagte beboerindsatser og/eller ikke prioriterer beboerindsatserne i en travl hverdag. Det hænger bl.a. sammen med, at de øvrige plejepersonale ikke føler samme ejerskab eller forstår begrundelsen bag beboerindsatserne, når de ikke

Det er træls, ikke at være en del af det. Jeg ville gerne have været mere involveret. Man har svært ved at få ejerskab over projektet, når man ikke kender det (øvrige medarbejder)

¹⁴ May m.fl. (2007). *The implementation of complex interventions in health care. The normalization proces model.* BMC Public Health Services Research.

selv har været med på BPSD-konferencen. Det kan bidrage til at skabe et "dem" og "os".

Selvom både ledere, nøglepersoner og de øvrige medarbejder oplever, at BPSD-systemet understøtter deres arbejde med BPSD-modellen, så oplever mange, at der er mange dobbeltregistreringer i BPSD-systemet, hvilket til tider kan virke demotiverende. Generelt opleves BPSD-systemet dog ikke som svært at arbejde i. Lidt over halvdelen (54 pct.) af ledere og nøglepersoner svarer i midtvejs-survey, at systemet er let at arbejde i. Kun fire pct. oplever, at det er svært. De resterende 42 pct. svarer ved ikke, eller at det hverken er let eller svært.

Feedback og opbakning

Nøglepersonernes og medarbejdernes motivation påvirkes også af den feedback de løbende får fra ledelsen, fra deres kollegaer og også af den feedback, der kommer fra pårørende og beboerne selv. Som beskrevet i det tidligere afsnit om plejepersonalets vurdering af BPSD-modellen, er der forskel på de øvrige medarbejders motivation og opbakning til projektet ift. i hvor høj grad de har været involveret. Manglende opbakning fra kollegaerne kan i sidste ende virke demotiverende for de øvrige deltagere. Interviewene peger dog på, at flere af nøgledarbejderne oplever, at arbejdet med BPSD-modellen betyder, at det er blevet mere acceptabelt at udføre omsorgsaktiviteter med beboeren, som ikke direkte er relateret til den personlige pleje. Dette virker fremmede for implementeringen, fordi der i medarbejdergruppen er en oplevelse af, at man kan arbejde på ny måder i dagligdagen og afprøve nye beboerindsatser.

Altså man føler sig lidt presset til tider. Så det kan være lidt stressende. Og det kan skabe lidt frustrationer. Men der er også ting der bliver lettere. Man har fundet nogle redskaber til, hvad der virker. Det bliver mere tilfredsstillende at gå på arbejde, når man har løsningerne (øvrige medarbejder)

Udover kollegaerne spiller opbakningen fra ledelsen også en vigtig rolle. Interviewene med ledelsen peger på, at ledelsen generelt vurderer, at der er en høj motivation, som bl.a. kan tilskrives de synlige resultater af NPI-screeningerne. På nogle af plejecentrene arbejder ledelsen også med at fejre succeshistorier i det daglige og på BPSD-konferencerne. Der er dog også en vis erkendelse af, at motivationsarbejdet godt kunne fylde mere.

Interviewene med nøgledarbejdere og de øvrige medarbejder underbygger, at det er en central fremmede faktor, at effekten af beboerindsatserne på BPSD-symptomerne fremgår tydeligt gennem de systematiske NPI-screeninger og gennem illustrationerne i BPSD-systemet. Dette bidrager til løbende læring, men også ved at motivere plejepersonalet gennem synlige og kvantificerbare resultater. Det betyder også, at BPSD-modellen giver mening for plejepersonalet på trods af, at de oplever, at BPSD-modellen afstedkommer flere arbejdsopgaver. Dette kommer sig bl.a. af, at plejepersonalet oplever, at flere af beboerne får det bedre og at de kræver færre ressourcer i dagligdagen, fordi man via den systematiske tilgang kan forebygge og foregribe udvikling af mere voldsomme og dermed ressourcekrævende situationer. Samtidigt viser interviewene, at resultaterne typisk drøftes på BPSD-konferencerne, hvor kun et mindre udvalg af plejepersonalet deltager. COWI vurderer derfor, at der er et potentiale i at motivere de øvrige medarbejdere ved at synliggøre de positive resultater og succeshistorierne på personalemøder o.lign., men at deltagelse på BPSD-konferencerne særligt vil kunne fremme motivation og ejerskab blandt de øvrige medarbejdere. Slutteligt peger inter-

Ofte er det fordi beboeren simpelthen ikke vil, og så må man respektere det, selvom man tror det kunne hjælpe. Formålet med projektet er, at beboeren skal have det så godt så muligt. Det skal man huske (øvrige medarbejder)

viewene også på, at nøglepersonerne og de øvrige medarbejdere oplever, at det kan være udfordrende at få beboerne til at samarbejde, hvilket kan være en barriere. Det kan eksempelvis handle om, at lykkes med at få taget eksempelvis urinstix ifm. afklaring af om BPSD-symptomer skyldes en infektion. Det kan også handle om at beboeren afviser den indsats, der tilbydes. For at understøtte at beboeren ikke afviser indsatserne har plejepersonalet fokus på, at beboerindsatserne skal give mening for borgerne. Afviser en borger en beboerindsats eller viser indsatsen sig ikke at have den ønskede virkning, tager plejepersonalet dette op på næste BPSD-konference og justerer beboerindsatsen.

Bilag A Kommuner og plejecentre

I alt deltager 24 plejecentre i fem kommuner, og ud af disse er 15 plejecentre demensplejecentre eller har en demensenhed. Første kolonne viser, hvor stor en andel af plejecentrenes samlede antal beboere, der indgår i projektet, og dermed hvor stor en del, der enten har en demensdiagnose eller begrundet mistanke om demens.

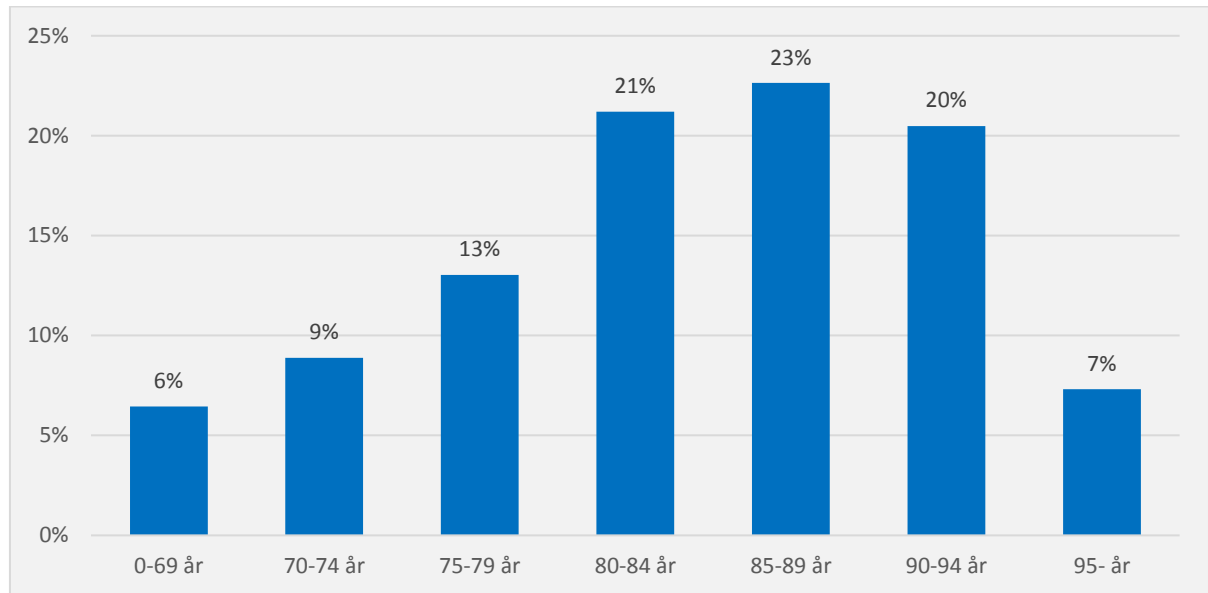
Table 10: Oversigt over deltagende kommuner og plejecentre

Kommune	Plejecenter	Andel af plejecentre- rets beboere, der deltager i projektet	Somatisk plejecenter	Demens plejecenter/ demensenhed
Faxe	Frederiksgadecentret	76%	Ja	Nej
Faxe	Grøndalshusene	78%	Ja	Ja
Faxe	Kongsted Ældrecenter	68%	Ja	Ja
Faxe	Lindevejscenteret	56%	Ja	Nej
Faxe	Plejeboligerne på Tycho Brahes Vej	61%	Ja	Nej
Greve	Langagergård Plejecenter	45%	Ja	Ja
Greve	Lokalcenter Møllehøj	51%	Ja	Ja
Greve	Nældebjerg Plejecenter	70%	Ja	Ja
Greve	Rehabiliteringscentret Hedebo	8%	Nej	Ja
Greve	Strandcentret	37%	Ja	Ja
Hedensted	Plejecenter Birkelund, Juelsminde	58%	Ja	Ja
Hedensted	Plejecenter Bøgely, Hedensted	46%	Ja	Ja
Hedensted	Plejecenter Kildevældet, Hornsyld	52%	Ja	Nej
Hedensted	Plejecenter Kirkedal, Rårup	32%	Ja	Nej
Hedensted	Plejecenter Nedergården, Uldum	39%	Ja	Ja
København	Bispebjergghjemmet	22%	Ja	Nej
København	Haandværkerforeningens Plejehjem	35%	Ja	Nej
København	Kildevæld Sogns Plejehjem	44%	Ja	Nej
København	Lærkebo	32%	Ja	Nej
København	Poppelbo	28%	Ja	Ja
Næstved	Birkebjergcenteret	58%	Ja	Ja
Næstved	Birkevang	39%	Ja	Ja
Næstved	Kildemarkscenteret	42%	Nej	Ja
Næstved	Symfonien	63%	Nej	Ja

Bilag B Karakteristika ved beboerne

Af de 698 deltagende beboere er 68 pct. kvinder (tal ikke vist i figur/tabel). Derudover var, som vist i Figur 18, 71 pct. af beboerne over 80 år ved deres seneste NPI-screening.

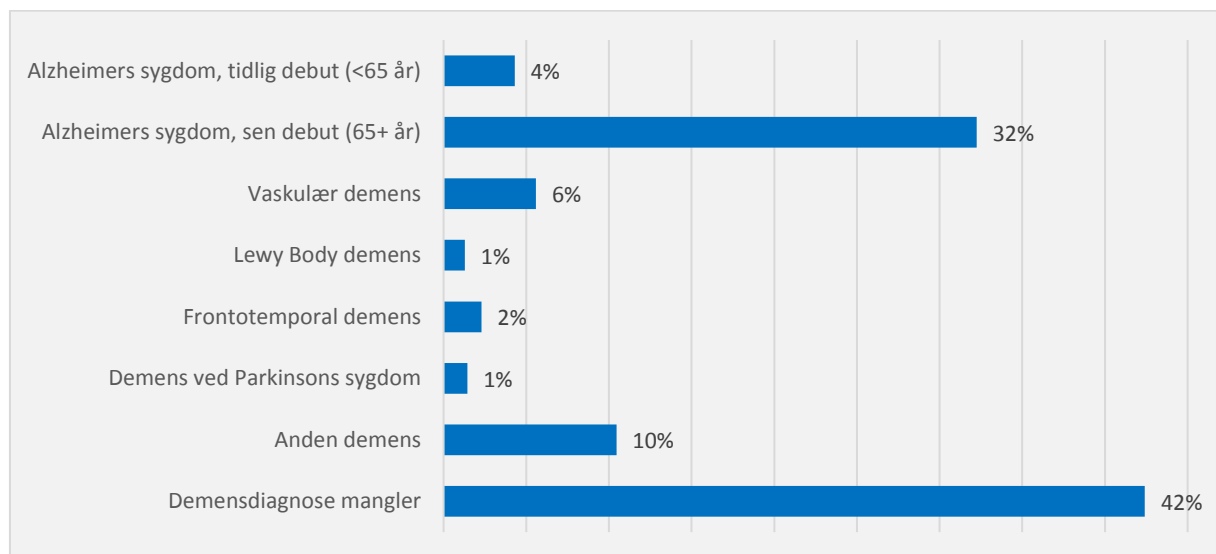
Figur 18: Aldersfordeling ved seneste NPI-screening



Kilde: BPSD-system (data 31. oktober 2017).

42 pct. af beboerne havde ikke en demensdiagnose ved første NPI-screening, som vist i Figur 19. Blandt de beboere, som havde en diagnose, var Alzheimers sygdom (sen debut) langt den hyppigste diagnose. Mere end halvdelen af beboerne med en diagnose var diagnosticeret med Alzheimers sygdom (sen debut).

Figur 19: Demensdiagnose ved første NPI-screening

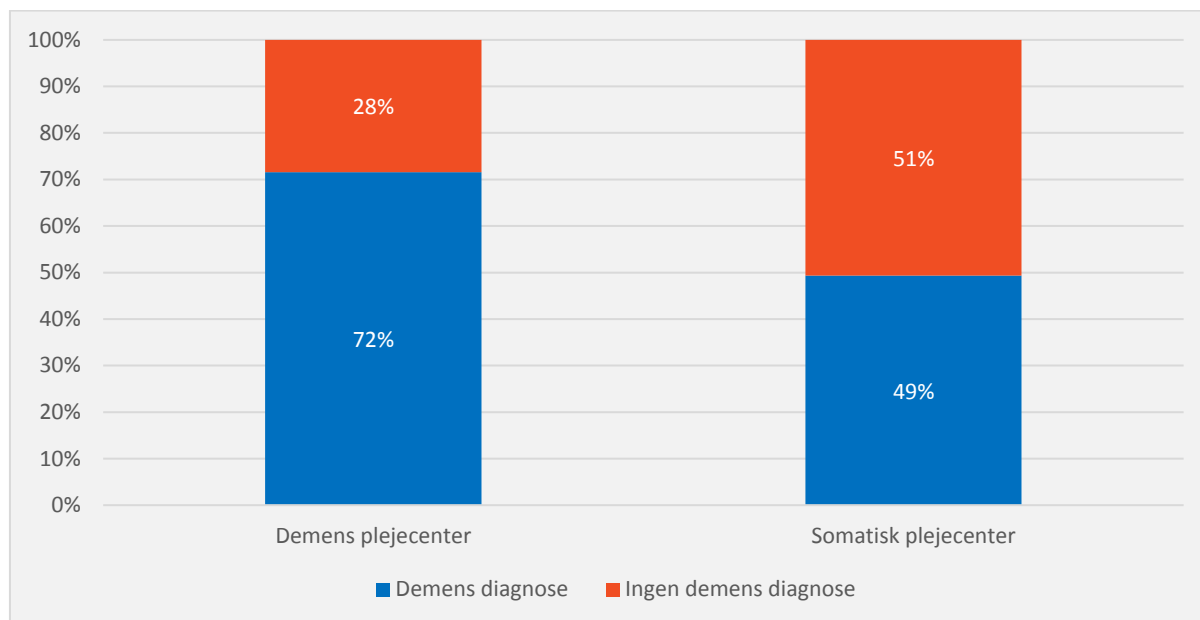


Kilde: BPSD-system (data 31. oktober 2017).

Figur 20 viser fordelingen af beboerne hhv. med og uden demensdiagnose på henholdsvis somatisk plejecenter og demensplejecenter/demensenheder. Som vist i figuren er andelen af beboere uden en

demensdiagnose højere på de somatiske plejecentre (51 pct.) sammenlignet med demensplejecentre/demensenheder (28 pct.).

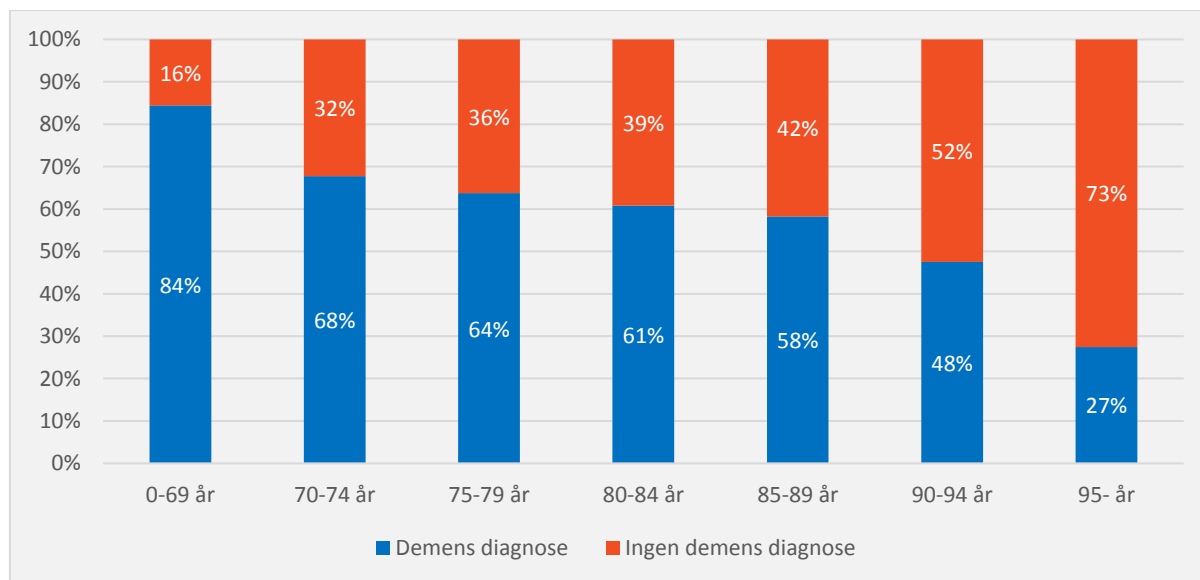
Figur 20: Fordeling af beboere efter demensdiagnose på demens- og somatisk plejecenter



Kilde: BPSD-system (data 31. oktober 2017)

Figur 21 viser beboernes aldersfordeling i forhold til, om de har demensdiagnose eller ej. Som det fremgår af figuren, så stiger andelen af beboere uden en demensdiagnose med alder.

Figur 21: Fordeling af demensdiagnoser på forskellige aldersgrupper



Kilde: BPSD-system (data 31. oktober 2017).

Bilag C Oversigt over kerneelementer og implementeringsscore

Table 11: Oversigt over kerneelementer, målsætninger og datakilder

	MÅLSÆTNING	MÅLOPFYLDELSE	DATA-KILDE
KOMPETENCEUDVIKLING			
1	Alle nøglepersonerne deltager i kompetenceudviklingsforløb	Procentdel af respondenter	Midtvejs-survey
2	Alle ledere deltager i kompetenceudviklingsforløb	Procentdel af respondenter	Midtvejsurvey
3	Alle øvrige medarbejdere gennemfører webkursus	Procentdel af respondenter	Midtvejsurvey
NPI-SCREENING			
4	Alle NPI-screeninger gentages inden for tre måneder (medmindre beboeren dør eller flytter): Opgjort for alle screeninger over nul	Procent af NPI-screeninger	BPSD- system
5	Alle NPI-screeninger gentages inden for tre måneder (medmindre beboeren dør eller flytter): Opgjort for alle NPI-screeninger som er nul	Procent af NPI-screeninger	BPSD- system
BPSD-KONFERENCEN			
6	BPSD-konferencen gennemføres inden for tre dage for alle beboere med en score over nul (medmindre beboeren er flyttet eller gået bort)	Procent af BPSD-konferencer	BPSD- system
7	På BPSD-konferencerne deltager, som minimum, nøgleperson, en leder, beboerens kontaktperson og mindst en sygeplejerske	Procent af BPSD-konferencer	BPSD- system
8	Plejepersonalet har udfyldt mål for beboere, som har været drøftet på BPSD-konferencen.	Procent af BPSD-konferencer	BPSD- system
9	Plejepersonalet udfylder, som minimum, en indsatskategori for beboere, som har været drøftet på BPSD-konferencen	Procent af BPSD-konferencer	BPSD- system
BEBOERINDSATSER			
10	Nøglepersoner og ledere vurderer i høj grad, at de beboerindsatser, der besluttes på BPSD-konferencen, efterfølgende implementeres	Procent af respondenter	Midtvejsurvey
11	Nøglepersoner og ledere vurderer i høj grad, at det er tydeligt, hvem der har hvilke opgaver i forbindelse med implementeringen og opfølgningen på de beboerindsatser, der besluttes på BPSD-konferencen	Procent af respondenter	Midtvejsurvey

Bilag D Konceptbeskrivelse



SUNDHEDSSTYRELSEN

Koncept for BPSD-modellen

AFPRØVNING AF MODEL TIL MÅLRETTET PLEJE AF
BEBOERE MED DEMENS OG BPSD

VERSIONSDATO: 17. OKTOBER 2016

2016

Indhold

1	Introduktion til konceptet	3
2	Målgruppe	5
2.1	Beboere på plejecentre	5
2.1.1	Beboere med demenslignende symptomer	5
2.1.2	Beboere med demens og andre diagnoser	6
2.1.3	Samtykke	6
3	BPSD-modellen	7
3.1	Om modellen	7
3.2	Screeningsværktøj	8
3.3	Analysemetode: BPSD-konference	9
3.3.1	Forberedelse af BPSD-konferencen	9
3.3.2	Deltagere på BPSD-konferencen	9
3.3.3	Formål med BPSD-konferencen	9
3.4	Målrettet indsats og evaluering	10
4	Organisering	11
4.1	BPSD-teams	11
4.2	Kompetenceudvikling	11
5	BPSD-systemet	12
5.1	Registrering i BPSD-systemet	12
5.1.1	Basisoplysninger	12
5.1.2	Løbende registreringer	12
5.2	Adgang til systemet	12
6	Bilag 1: BPSD-konference	13
6.1	Tjekliste til forberedelse af BPSD-konference	13
6.2	Dagsorden for BPSD-konference	15

1 Introduktion til konceptet

Dette notat beskriver konceptet for BSPD-modellen, som skal afprøves på 24 plejecentre i de fem kommuner, der deltager i Sundhedsstyrelsens afprøvningsprojekt. Notatet erstatter det tidligere beskrevne koncept, som lå til grund for kommunernes ansøgning om at deltage i projektet.

BPSD står for ”Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia” og oversat til dansk: Adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens. BPSD skal betragtes som udtryk for fysisk eller psykisk mistriivsel hos beboeren.

Notatet skal ses i sammenhæng med den samarbejdsaftale, som Sundhedsstyrelsen vil indgå med de deltagende kommuner i efteråret 2016.

Sundhedsstyrelsen forbeholder sig ret til at justere i konceptet med udgangspunkt i de opnåede erfaringer i løbet af projektperioden. Selve afprøvningsperioden løber fra d. 2. januar 2017 til 31. maj 2018.

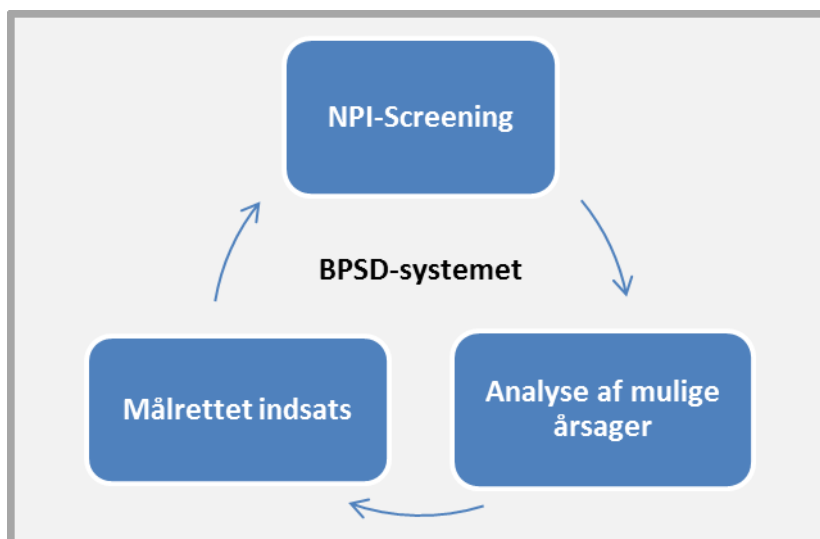
Formålet med modellen er at forbedre trivsel og livskvalitet blandt beboere på plejecentre med demens eller demenslignende symptomer og BPSD ved at yde en målrettet plejeindsats og derved reducere BPSD.

BPSD-modellen består af tre elementer:

1. Screening ved brug af NPI-skala (observation)
2. Analyse (BPSD-konference)
3. Målrettet indsats

Hele BPSD-modellen er understøttet af IT-redskabet ”BPSD-systemet”.

Figur 1: Overordnet illustration af BPSD-modellen



Formålet med modellen er at sikre en målrettet indsats og kontinuerlig opfølgning for den enkelte beboer ved at gennemføre systematiske screeninger, strukturerede analyser og målrettede indsatser, som evalueres i form af nye screeninger.

2 Målgruppe

2.1 Beboere på plejecentre

Modellen skal afprøves på beboere med demens eller demenslignende symptomer på de deltagende plejecentre.

Hvert plejecenter har meldt et antal beboere med demensdiagnose eller demenslignende symptomer ind ved projektopstart i august 2016. Der kan være sket ændringer i antallet, når afprøvningsfasen starter i januar 2017.

Det er dette antal beboere, som deltager ved startscreeningen. Startscreeningen er den første screening, der foretages på de beboere, der indgår i projektet ved opstart af afprøvningen den 2. januar 2017.

Hvis en beboer går bort og en ny flytter ind, og vedkommende har en demensdiagnose eller demenslignende symptomer, screenes denne hurtigst muligt og indgår derved fremadrettet i projektet.

Tilsvarende gør sig gældende hvis beboere uden demens eller demenslignende symptomer senere i afprøvningsperioden får diagnosticeret demens eller får demenslignende symptomer.

De beboere, der indgår i projektet ved opstartsfasen, skal alle være startscreenet inden d. 31. maj 2017.

2.1.1 Beboere med demenslignende symptomer

Når beboere med demenslignende symptomer inkluderes i projektet, skal dette være aftalt med plejecentrets leder, og det skal være fagligt velbegrunderet, at beboeren formentlig har en demenssygdom. Det kan fx ske efter samtale med demenskoordinator, demenssygeplejerske eller egen læge.

Når beboere med demenslignende symptomer indgår i projektet, bør der parallelt tages kontakt til egen læge, og det drøftes om der skal igangsættes udredning af beboeren, hvis dette ikke har været igangsat tidligere.

Hvis beboeren ved tidligere udredning, eller efter kontakt til egen læge, ikke vurderes at have demens, skal beboeren ikke længere indgå i evalueringen af projektet og dermed ikke registreres i BPSD-systemet.

Hvis beboerens pårørende ikke ønsker, at beboeren gennemgår udredningsforløb, men beboeren vurderes at have demens ud fra en faglig begrundet vurdering, indgår denne i projektet¹.

¹ Hvis en beboer uden tegn på demens eller demenslignende symptomer pludselig udvikler demenslignende symptomer i løbet af projektperioden, bør man være opmærksom på, om beboeren kan have udviklet delir.

2.1.2 Beboere med demens og andre diagnoser

Mange beboere med demens har flere samtidige sygdomme. Selvom beboeren har andre diagnoser, så er det grundlæggende kriterium, at hvis beboeren har demens, så skal beboeren være med i projektet. I særlige tilfælde, fx ved kompleks multimorbiditet eller hjerneskade, kan Sundhedsstyrelsen kontaktes med henblik på afklaring om deltagelse.

2.1.3 Samtykke

For at deltage i projektet skal beboeren give samtykke. Hvis beboeren på grund af sin funktionsnedsættelse ikke forstår, hvad det indebærer, skal dennes personlige værge eller nærmeste pårørende spørges. Samtykket gives skriftligt.

Sundhedsstyrelsen udarbejder samtykkeerklæring og udarbejder sammen med kommunerne informationsmateriale, som kan bruges ved samtale med beboeren og pårørende.

3 BPSD-modellen

3.1 Om modellen

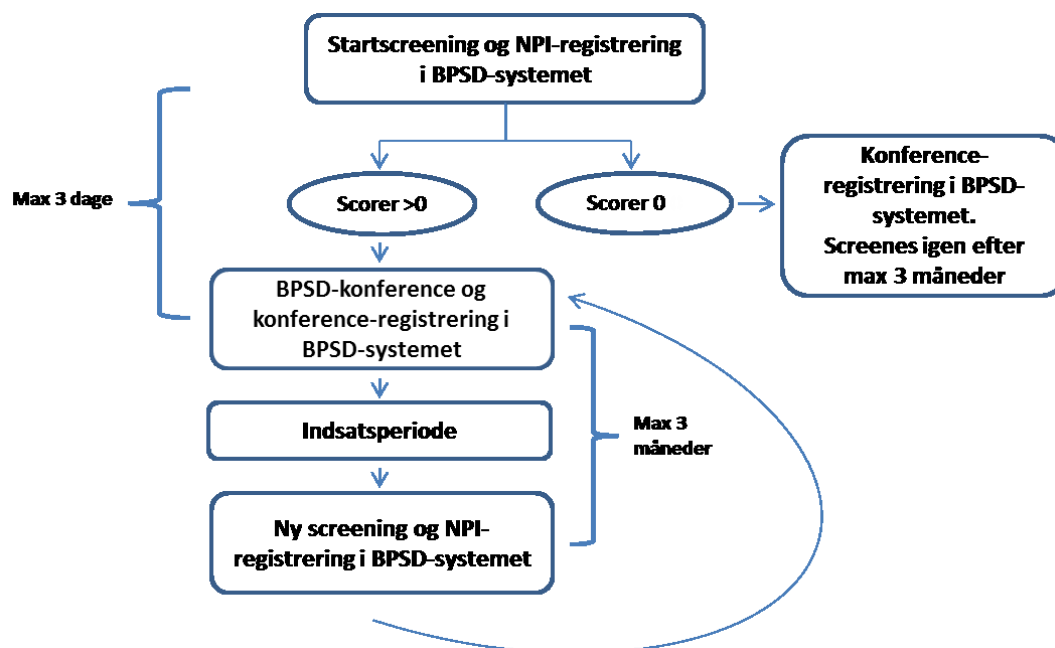
BPSD-modellen består af tre elementer:

1. Screening
2. Analyse
3. Måltrettet indsats

Hele BPSD-modellen er understøttet af IT-redskabet ”BPSD-systemet”.

Hvis startscreeningen viser, at beboeren scorer over 0 på NPI-skalaen, skal der afholdes en BPSD-konference.

Figur 2: Illustration af BPSD-modellen



3.2 Screeningsværktøj

NPI-skalaen² anvendes til at gennemføre systematisk observation af beboerne i projektet.

NPI står for Neuropsychiatric Inventory og er en skala udviklet til at vurdere et bredt spektrum af psykopatologi, der ses ved demens. I projektet bruges den version af NPI-skalaen, der hedder NPI-NH (Neuropsychiatric Inventory - Nursing Home Version). Denne version er specielt udviklet til vurdering af personer, der bor på plejehjem eller andre plejehjem, hvor der indsamles information af professionelle omsorgsgivere. Skalaen er udviklet af Dr. Jeffrey L. Cummings i 1994.³

Skalaen vurderer 12 områder på henholdsvis hyppighed og sværhedsgrad. Man kan maksimum score 12 på et område og maksimum 144 point i alt.

Symptomområder i NPI

- Vrangforestillinger
- Hallucinationer
- Agitation /agression
- Depression /nedtrykthed
- Angst
- Opstemthed /eufori
- Apati /ligegyldighed
- Manglende hæmninger
- Irritabilitet/ labilitet
- Afvigende motorisk adfærd (uro)
- Søvn- og natlige forstyrrelser
- Appetit og spiseadfærd

NPI-screeningen gennemføres som et interview med beboerens primære kontaktperson. Det er afgørende, at det ved hver screening er den samme kontaktperson, der interviewes omkring den pågældende beboer. Interviewet gennemføres af en BPSD-nøgleperson gerne ledsaget af en BPSD-sygeplejerske.

Hvis beboeren scorer over 0 i total antal NPI-point, skal der afholdes en BPSD-konference i forlængelse af screeningen. Der må maksimalt gå 3 dage fra screeningen til afholdelsen af BPSD-konferencen.⁴

Under eller efter screeningen skal der foretages en NPI-registrering i BPSD-systemet, der består i at indtaste resultatet fra screeningen (NPI-scoren), som automatisk illustreres i et søjlediagram.

² NPI-NH ©JL Cummings, 1994.

³ Læs mere om NPI-skalaen: <http://www.videnscenterfordemens.dk/media/1220523/mpi%20beskrivelse.pdf>

⁴ Hvis der allerede ifm. screeningen er en tydelig indikator for, at der er en sundhedsfaglig problemstilling, skal en løsning på denne iværksættes med det samme. Der skal efterfølgende samles op på iværksat indsats på BPSD-konferencen og indsatsen registreres i BPSD-systemet.

Hvis beboeren scorer 0, indtastes resultatet i BPSD-systemet sammen med en række andre oplysninger, men der afholdes ikke en BPSD-konference. Beboeren screenes igen senest efter tre måneder eller ved behov.

3.3 Analysemetode: BPSD-konference

BPSD-konferencen anvendes som metode til at analysere resultatet af beboerens NPI-screening. Konferencen skal finde sted senest 3 dage efter screeningen er foretaget.

3.3.1 Forberedelse af BPSD-konferencen

Inden BPSD-konferencen skal følgende oplysninger indsamles om beboeren:

- Temperatur
- Puls
- Blodtryk
- Blodsukker

Derudover observeres følgende hos beboeren:

- Vejtrækning (er vejtrækningen normal?)
- Smerter (virker personen smertefri?)

Endelig skal følgende medbringes til BPSD-konferencen:

- Liste over beboerens medicin
- Beboerens socialpædagogiske handleplan

3.3.2 Deltagere på BPSD-konferencen

Ved BPSD-konferencen skal lederen/teamlederen, BPSD-nøglepersonen, beboerens kontaktperson samt en sygeplejerske eller medarbejder med sygeplejefaglige kompetencer som minimum være til stede.

Derudover vil det være en fordel, hvis de relevante medarbejdere, der arbejder med beboeren, og som skal sikre, at de aftalte indsatser følges ud i livet, også er til stede ligesom det kan være givtigt at andre relevante fagpersoner, fx demenskoordinator eller terapeuter, er til stede.

Lederen er ansvarlig for at alle medarbejdere, der er til stede under BPSD-konferencen, bliver hørt og deltager aktivt i diskussionen. Lederen har også ansvaret for at sikre, at beboeren får den aftalte indsats. Nøglepersonen er ansvarlig for at gennemføre screeningerne og for at foretage registreringerne i BPSD-systemet. Alle medarbejdere er ansvarlige for at deltage aktivt og bidrage med deres kendskab til beboeren og fagspecifikke kompetencer på BPSD-konferencen.

3.3.3 Formål med BPSD-konferencen

Formålet med BPSD-konferencen er at tale om resultatet af screeningen og mulige årsager hertil samt på baggrund heraf fælles træffe en beslutning om, hvilke(n) målrettede handlinger/indsatser, der skal iværksættes. Det kan både være sundhedsindsatser- og/eller socialpædagogiske indsatser.

På konferencen besluttet det samtidig, hvor længe indsatsen skal afprøves, dvs. hvornår der skal foretages en ny screening, der danner udgangspunkt for en ny evaluerende drøftelse af beboeren.

Under eller i direkte forlængelse af BPSD-konferencen, er BPSD-nøglepersonen ansvarlig for at indtaste de aftalte handlinger/indsatser i BPSD-systemet og dermed færdiggøre registreringen (Konference-registreringen).

BPSD-konferencen varer op til 45 minutter pr. beboer. Det er således muligt at afholde flere BPSD-konferencer i træk afhængig af tiden, der er afsat. Som fortroligheden med konceptet stiger, kan man forvente, at gennemsnitstiden falder pr. beboer. BPSD-konferencen skal følge Sundhedsstyrelsens skabelon for BPSD-konference (se bilag 1).

3.4 Målettet indsats og evaluering

Efter BPSD-konferencen er afholdt, skal beboeren, i en afgrænset periode, tilbydes de målrettede indsatser, som blev aftalt på konferencen.

Det er BPSD-nøglepersonerne og teamlederens/lederens overordnede ansvar, at de aftalte handlinger/indsatser udføres af de personer, som blev aftalt på konferencen.

Indsatsperioden må maksimalt vare tre måneder. Det vil formentlig i mange tilfælde være relevant med kortere indsatsperioder.

Efter den aftalte indsatsperiode foretages en ny screening. Den nye screening bruges til at vurdere, hvorvidt den iværksatte indsats har haft den ønskede effekt for beboeren. Senest 3 dage efter den nye screening er gennemført afholdes en ny BPSD-konference, hvor der på baggrund af den nye screening træffes beslutning om, hvorvidt den nuværende indsats skal fortsætte, og/eller om der er andre handlinger/indsatser, der skal iværksættes.

Screeningen kan også vise nye udfordringer, der danner grundlag for, at en ny form for handling/indsats iværksættes.

4 Organisering

4.1 BPSD-teams

Afprøvningen af konceptet fordrer en særlig organisering på de deltagende plejecentre.

En række udvalgte medarbejdere kommer på et kompetenceudviklingsforløb, som sætter dem i stand til at anvende screeningsværktøjet og registrere i BPSD-systemet. Disse medarbejdere er primært social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker. Lederen/teamlederen kommer også på et kompetenceudviklingsforløb, der dels har fokus på implementering af hele konceptet, og dels skal understøtte afholdelse af gode BPSD-konferencer.

Sundhedsstyrelsen anbefaler på baggrund af de svenske erfaringer, at der etableres mindre BPSD-teams bestående af nærmeste leder, sygeplejerske og 1-2 assistenter, som er forankret på mindre enheder på de deltagende plejecentre. Der kan også tænkes terapeuter ind i stedet for assistenter.

Disse personer kaldes herefter BPSD-teamet, og det er deres særlige opgave at udføre og dermed afprøve konceptet, ligesom de er ansvarlige for i fællesskab at få implementeret og forankret den nye viden og praksis i dagligdagen på plejecentret.

4.2 Kompetenceudvikling

BPSD-nøglepersonerne (assistenter, sygeplejersker, terapeuter mv.) deltager på et 4-dages kompetenceudviklingsforløb.

Ledere/teamledere deltager på et 2-dages kompetenceudviklingsforløb.

Øvrige medarbejdere på plejecentret deltager på én times webkursus. Webkurset kan ved behov tages flere gange og er tilgængeligt for kommunerne i hele projektperioden og kan således anvendes ved ansættelse af nye medarbejdere, brush-up mm.

Fælles for alle tre typer kompetenceudvikling er i varierende grad at give deltagerne:

- Viden om almindelige demenssygdomme, symptomer, diagnoser og behandling
- Viden om BPSD og almindelige bagvedliggende årsager til BPSD
- Indblik i mulige social- og sundhedsfaglige indsatser til at nedbringe BPSD
- Viden og kompetencer til at screene ved hjælp af NPI-skalaen
- Viden og kompetencer til at registrere screeningsresultaterne i BPSD-systemet
- Viden og kompetencer til at gennemføre/deltage aktivt i BPSD-konferencer

5 BPSD-systemet

Hele BPSD-modellen er understøttet af IT-redskabet ”BPSD-systemet”. Der skal løbende foretages registreringer af beboerne i BPSD-systemet.

5.1 Registrering i BPSD-systemet

5.1.1 Basisoplysninger

Beboerens stamdata registreres kun én gang i BPSD-systemet, fx navn, personnummer, demensdiagnose mv. (med mindre der sker ændringer i stamdata, fx diagnose ændres).

5.1.2 Løbende registreringer

Hver gang beboeren screenes, og der afholdes en BPSD-konference, skal dette registreres i BPSD-systemet. I praksis vil det foregå af to omgange (NPI-registrering og Konference-registrering) jf. afsnit 3.2 og 3.3.

Det, der skal registreres i NPI-registreringen (før BPSD-konferencen), er screeningsresultatet. Det indtastede resultat illustreres automatisk i et søjlediagram i BPSD-systemet. Resultatet/diagrammet tages med til BPSD-konferencen enten på computer eller i form af et skærmpoint, der printes og deles ud. Færdiggørelse af registreringen (Konference-registreringen) består i registrering af mulige årsager, aftalte indsatser mv. (foregår under eller i umiddelbar forlængelse af BPSD-konferencen). Hvis beboeren scorer 0, og der ikke afholdes BPSD-konference, skal dette stadig registreres i BPSD-systemet (Konference-registreringen).

Registreringen i BPSD-systemet foretages af den BPSD-nøgleperson, der gennemførte screeningen (interviewede kontaktpersonen).

Når registreringen er komplet, genereres en beboerrapport (pdf-fil), som udgør grundlaget for medarbejdernes arbejde med beboeren frem mod næste screening. Beboerrapporten kan tilknyttes beboerens journal i omsorgssystemet.

Der registreres ikke på dagligt niveau i BPSD-systemet. Dette skal foregå i kommunens omsorgssystem, og det er kommunens ansvar, at dokumentationspligten overholdes, og at relevant information fra BPSD-systemet indtastes i omsorgssystemet.

5.2 Adgang til systemet

BPSD-systemet er webbaseret og vil kunne tilgås fra de mest almindelige browsere og tablets. Medarbejdere kan tilgå BPSD-systemet via en hjemmeside, hvor der kræves NemID-medarbejdersignatur i forbindelse med login.

Det er BPSD-nøglepersoner og ledere, der har været på kompetenceudviklingskursus, der kan få adgang til systemet (via deres NemID-medarbejdersignatur). Medarbejdere vil kunne tilgå data for beboere fra det plejecenter, man arbejder på. Sundhedsstyrelsen forventer, at den kommunale projektleder vil kunne tilgå data fra alle kommunens deltagende plejecentre.

6 Bilag 1: BPSD-konference

6.1 Tjekliste til forberedelse af BPSD-konference

Denne tjekliste støtter planlægningen og afviklingen af en BPSD-konference.

Ledere får her et samlet og kort overblik over de handlinger og opgaver, der er centrale at huske ifm. BPSD-konferencen.

VARIGHED

Variierende alt efter behov. Op til 45 min. pr. beboer.

INDHOLD

Dagsorden følges.

INKLUSIONSKRITERIUM

Beboeren skal være screenet ved brug af NPI-skalaen. Screeningen må maksimalt udføres 3 dage før BPSD-konferencen afholdes.

INDTASTNINGER I BPSD-SYSTEMET

Før BPSD-konferencen:

Før BPSD-konferencen skal resultatet af beboerens screening være indtastet i BPSD-systemet (NPI-registreringen).

Under/efter BPSD-konferencen:

Under eller i direkte forlængelse af BPSD-konferencen skal indtastningen i BPSD-systemet færdiggøres på baggrund af drøftelserne på BPSD-konferencen (Konference-registreringen).

VÆRKTØJER / OPLYSNINGER, DER SKAL MEDBRINGES TIL BPSD-KONFERENCEN:

- Følgende oplysninger om beboeren skal indhentes inden BPSD-konferencen:
 - Temperatur
 - Puls
 - Blodtryk
 - Vejtrækning (er vejtrækningen normal?)
 - Smerter (virker personen smertefri?)
 - Blodsukker
- Liste over beboerens medicin
- Beboerens socialpædagogiske handleplan
- Tjekliste for mulige årsager til BPSD
- Idékatalog til målrettede indsatser

- Computer med adgang til de indtastede resultater af screeningen i BPSD-systemet (NPI-registreringen). Der kan med fordel tages et skærmpoint af søjlediagrammet med NPI-point, som printes og uddeles.

DELTAGERE

- Leder/teamleder
- Sygeplejerske eller medarbejder med sygeplejefaglige kompetencer
- BPSD-nøgleperson(er)
- Beboerens kontaktperson
- Teamet af medarbejdere omkring beboeren
- Evt. andre relevante medarbejdere, fx demenskoordinator, ernæringsfaglig medarbejder, ergoterapeut, fysioterapeut, musikterapeut mfl.

ROLLER

Lederen er ansvarlig for:

- At facilitere mødet
- At sikre en god ramme for processen
- At der træffes konkrete aftaler for opfølgning (hvem, hvad, hvornår)
- At sikre at de aftalte indsatser implementeres
- At sikre ledelsesmæssig opbakning til de beslutninger, der træffes
- At sørge for, at medarbejderne er fritaget fra andre opgaver under BPSD-konferencen, således at de kan koncentrere sig om opgaven

Lederen er ansvarlig for, men kan uddelegere følgende opgaver:

- At sørge for de fysiske rammer for mødet (lokale, tilgængelig computer)
- At indsamle de værktøjer/de oplysninger, der skal medbringes til konferencen
- At indkalde de relevante medarbejdere til BPSD-konferencen

Sygeplejersken/medarbejderen med sygeplejefaglige kompetencer er ansvarlig for:

- At de sundhedsfaglige/sygeplejefaglige problemstillinger bliver diskuteret og eventuelt igangsat som mulige indsatser.
- At tage kontakt til fysioterapeut, ergoterapeut, læge mm. efter BPSD-konferencen iht. de aftalte indsatser.

Alle medarbejdere er ansvarlige for:

- At bidrage med deres oplevelser og vurderinger af borgerens situation og symptomer ud fra deres funktioner og faglige viden.

BPSD-nøglepersonen (vedkommende der screenede beboeren) er ansvarlig for:

- At indtaste resultatet af screeningen i BPSD-systemet før BPSD-konferencen.
- At færdiggøre registreringen i BPSD-systemet under eller i direkte forlængelse af BPSD-konferencen.
- At være med til at sikre, at de aftalte indsatser implementeres.

6.2 Dagsorden for BPSD-konference

Denne dagsorden giver en samlet ramme for afviklingen af en BPSD-konference.

Varighed: Op til 45 minutter

ÅBNING: Hvad viser NPI-screeningen af beboeren?
(eventuelt suppleret af konkrete eksempler fra hverdagen)

PERSONCENTRERET ANALYSE AF MULIGE ÅRSAGER

På baggrund af det vi har set i screeningen:

1. Er beboerens grundlæggende behov dækket? (mad, drikke, søvn, urin, afføring, syn, hørelse og socialt samvær)
2. Kan sygdom eller smerter være årsag til beboerens BPSD-symptomer?
3. Kan beboerens medicin være årsag til beboerens BPSD-symptomer?
4. Oplever beboeren meningsfuld beskæftigelse?
5. Kan forhold i plejemiljøet være årsag til beboerens BPSD-symptomer? (fx lyd-, lys- og rumforhold)
6. Kan forhold omkring medarbejdernes tilgang, møde og kommunikation med beboeren være årsag til beboerens BPSD-adfærd?

MÅL

1. Hvordan vil vi gerne have at beboeren reagerer og hvilke symptomer på NPI-skalaen ønsker vi at nedbringe?

AFTALE INDSATSER

På baggrund af analysen af beboeren og målsætningen aftales en indsatsplan, der besvarer nedenstående spørgsmål:

1. Er der særlige opmærksomhedspunkter ift. den grundlæggende relation/kommunikation med beboeren?
2. Hvilke indsatser skal vi udføre? (herunder prioritering af de vigtigste indsatser)
3. Hvem skal udføre indsatserne?
4. Hvor ofte skal vi udføre indsatserne?
5. Hvornår går vi i gang med indsatserne?
6. Hvor lang tid skal vi afprøve indsatserne (hvornår skal beboeren screenes igen)?
7. Hvem dokumenterer indsatserne i omsorgssystemet og hvor ofte?

SLUT

Bilag E Temaer i kompetenceudvikling

BPSD-nøglepersonerne (assistenter, sygeplejersker, terapeuter mv.) deltager på et 4-dages kompetenceudviklingsforløb.

Ledere/teamledere deltager på et to-dages kompetenceudviklingsforløb.

Øvrige medarbejdere på plejecentret deltager på én times webkursus. Webkurset kan ved behov tages flere gange og er tilgængeligt for kommunerne i hele projektperioden og kan således anvendes ved ansættelse af nye medarbejdere, brush-up mm.

Fælles for alle tre typer kompetenceudvikling er i varierende grad at give deltagerne:

- > Viden om almindelige demenssygdomme, symptomer, diagnoser og behandling
- > Viden om BPSD og almindelige bagvedliggende årsager til BPSD
- > Indblik i mulige social- og sundhedsfaglige indsatser til at nedbringe BPSD
- > Viden og kompetencer til at screene ved hjælp af NPI-skalaen
- > Viden og kompetencer til at registrere screeningsresultaterne i BPSD-systemet
- > Viden og kompetencer til at gennemføre/deltage aktivt i BPSD-konferencer

Bilag F Antal og andel beboere med en NPI-score på nul

Tabel 12 Antal og andel af beboere som scorede nul ved første NPI-screening i de fem kommuner

Kommune	Antal beboere som scorede nul ved første NPI-screening	Andel af beboere som scorede nul ved første NPI-screening
Faxe Kommune	14	10%
Greve Kommune	41	25%
Hedensted Kommune	5	5%
Københavns Kommune	11	7%
Næstved Kommune	31	22%
Hele projektet	102	15%

Kilde: BPSD-system (data 31. oktober 2017).

Tabel 13 Oversigt over antal og andel beboere som scorede nul ved de forskellige NPI-screeninger

	1. screening	2. screening	3. screening	4. screening	5. screening	6. screening	7. screening	8. screening
Antal beboere som scorede nul	102	129	107	47	7	0	0	0
Andel beboere som scorede nul	15%	22%	25%	24%	13%	0%	0%	0%

Kilde: BPSD-system (data 31. oktober 2017).