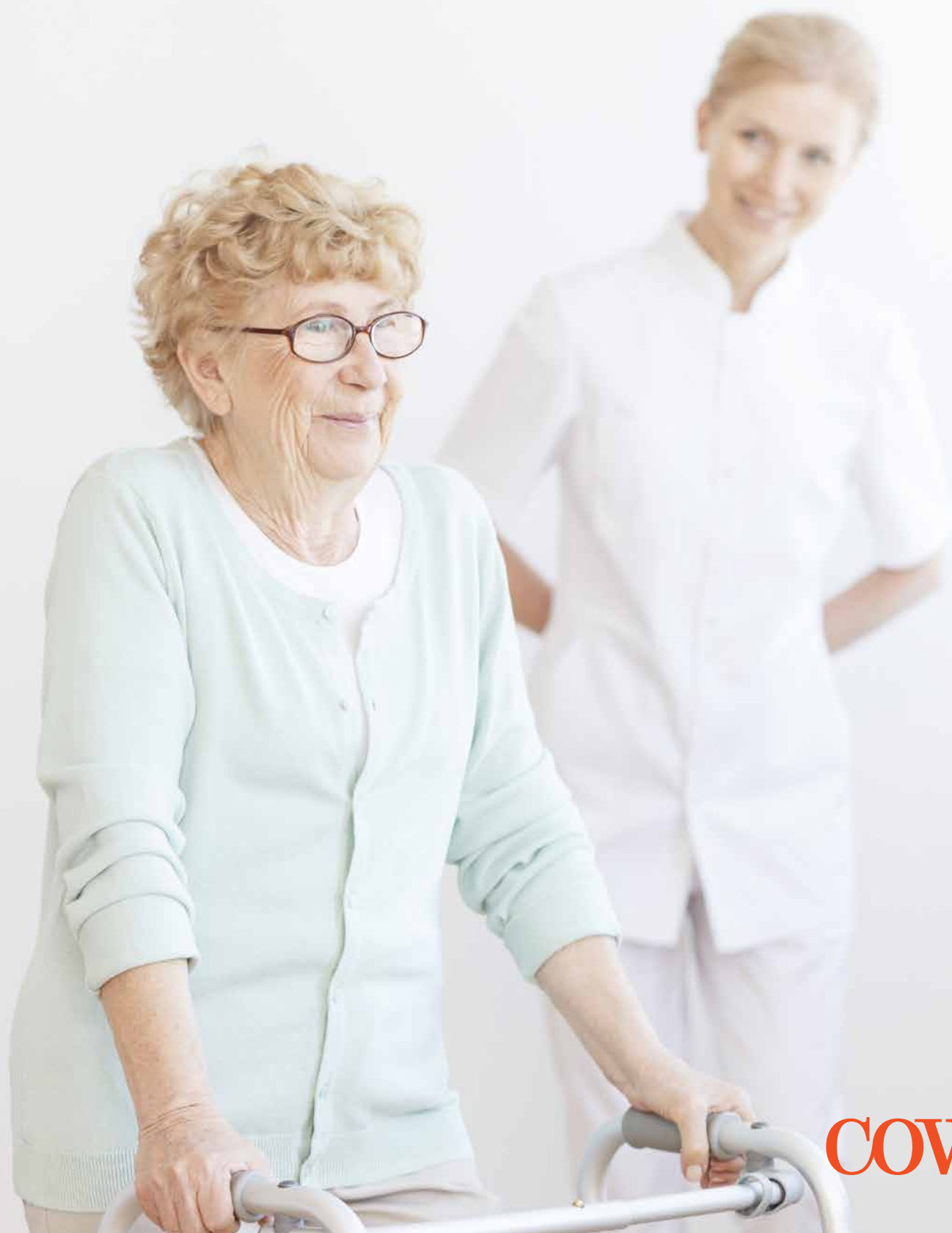


JANUAR 2019
SUNDHEDSSTYRELSEN

EVALUERING AF MODEL TIL MÅLRETTET PLEJE AF PLEJEHJEMSBEBOERE MED DEMENS OG BPSD

HOVEDRAPPORT



COWI



INDHOLD

	SAMMENFATNING	7
1	INTRODUKTION	21
1.1	Læsevejledning	23
2	BPSD-MODELLEN	27
2.1	NPI-vurdering	29
2.2	BPSD-konference	30
2.3	Målrettede beboerindsats	30
2.4	BPSD-systemet	30
3	EVALUERINGENS FORMÅL, DATAGRUNDLAG OG METODE	33
3.1	Evalueringsens formål, datagrundlag og metode	33
3.2	Datagrundlag	34
3.3	Analysemetoder	36
4	UDVIKLING I BPSD-SYMTOMER OG LIVSKVALITET	39
4.1	Udviklingen i NPI-værdi	39
4.2	Sammenfatning	46
5	MÅLRETTEDE BEBOERINDSATSER	49
5.1	Medarbejdernes viden om demens	49
5.1	Udvikling i medarbejdernes faglighed og samarbejde	52
5.2	Medarbejderes anvendelse af målrettede beboerindsatser	54
5.3	Sammenhæng og kontinuitet i plejen	56
5.4	Sammenfatning	58
6	PLEJECENTERBEBOERES FORBRUG AF MEDICIN OG SUNDHEDSYDELSE	61
6.1	Medicinforgbrug	61
6.2	Forbrug af sundhedsydelser	67
6.3	Sammenfatning	70

7	MEDARBEJDERES TRIVSEL OG ARBEJDSMILJØ	73
7.1	Jobtilfredshed	73
7.2	Vold, trusler og magtanvendelse	80
7.3	Sammenfatning	82
8	BPSD-SYSTEMET	85
8.1	Visualisering gennem BPSD-systemet	85
8.2	Brugervenlighed	86
8.3	Sammenfatning	88
9	IMPLEMENTERING AF BPSD-MODELLEN	91
9.1	Samlet vurdering af implementeringen	91
9.2	Kompetenceudvikling	94
9.3	NPI-vurderinger	95
9.4	BPSD-konferencer	96
9.5	Mårettede beboerindsatser	98
9.4	Sammenfatning	102
10	OMKOSTNINGER VED BPSD-MODELLEN	105
10.1	Ressourceforbrug i forbindelse med anvendelse af BPSD-modellen	105
10.2	Omkostninger i forhold til effekter	109
10.3	Sammenfatning	110
11	DISKUSSION	113
11.1	Væsentligste effekter af BPSD-modellen	113
11.2	Internationale erfaringer	114
11.3	Implementering og udbredelse af BPSD-modellen	115
12	KONKLUSION	119
13	REFERENCER	125

SAMMENFATNING

Abstract geometric shapes in the bottom right corner, consisting of several overlapping triangles and polygons in various shades of blue and teal, creating a modern, layered effect.



SAMMENFATNING

Demens udgør en af de centrale faglige udfordringer på ældreområdet, især på plejecentrene hvor op mod to tredjedele af beboere skønnes at have demens. I takt med at sygdommen skrider frem vil beboerne i stigende grad opleve adfærdsmæssige og psykiske symptomer også kaldet BPSD-symptomer. Det anslås, at 80-90 pct. af beboerne med en demenssygdom oplever disse symptomer i varierende grad.

For at imødekomme disse udfordringer har Sundhedsstyrelsen i samarbejde med 24 danske plejecentre afprøvet en model til målrettet pleje af plejehjemsbeboere med demens og BPSD-symptomer – herefter omtalt som BPSD-modellen. Samlet set blev 736 beboere inkluderet i projektet. To tredjedele af beboerne var kvinder og 59 pct. havde en demensdiagnose, mens der for de øvrige var mistanke om demens.

I afprøvningsperioden på knap halvandet år, har medarbejderne på de deltagende plejecentre implementeret nye, målrettede arbejdsmetoder, hvor eksisterende viden på struktureret vis omsættes til personcentrerede individuelle pleje-, omsorgs- og trivselsindsatser målrettet beboere med demens og BPSD.

Det primære formål med evalueringen er at vurdere effekterne af arbejdet med BPSD-modellen – både for beboerne og medarbejderne. Det er derudover et formål med evalueringen at vurdere, hvordan modellen blev implementeret på de deltagende plejecentre. Evalueringen er baseret på kvalitative interviews, spørgeskemaundersøgelser, data om beboerne og BPSD-konferencerne fra BPSD-systemet samt registerdata.

Evalueringen viser overordnet set, at der i løbet af afprøvningsperioden er opnået væsentlige forbedringer af beboernes trivsel gennem reduktion i BPSD-symptomer, og arbejdet med BPSD-modellen har ligeledes forbedret arbejdsmiljøet.

BPSD-MODELLEN – MODEL TIL MÅLRETTET PLEJE

BPSD-modellen er centreret omkring tre hovedelementer i en cirkulær proces:

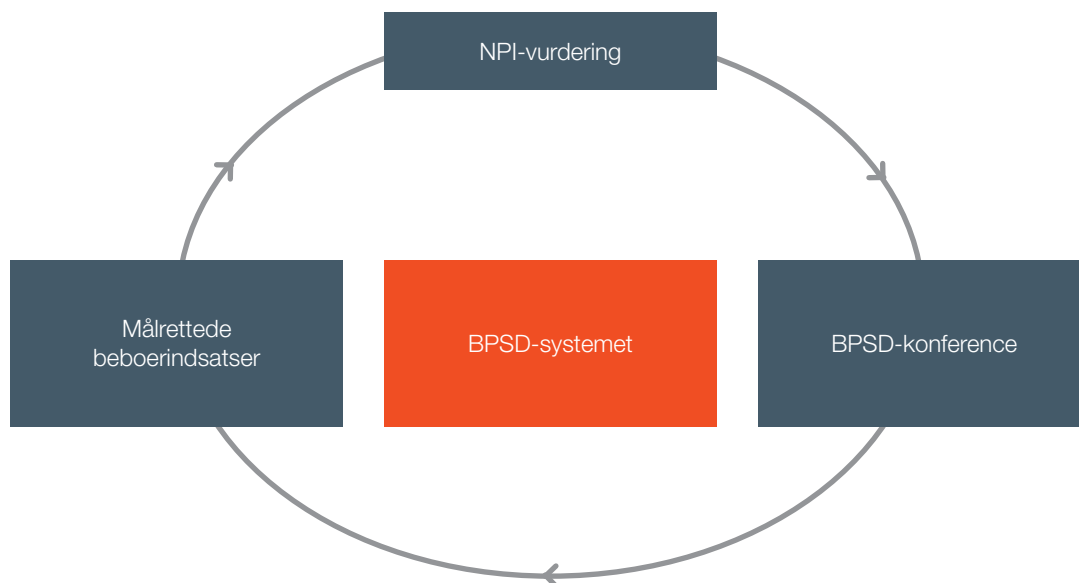
NPI-vurdering: Først vurderes beboerne med demens (eller som har kognitiv funktionsnedsættelse, hvor der er mistanke om demens) for BPSD ved hjælp af det validerede måleinstrument Neuropsychiatric Inventory (NPI). NPI-vurderingen giver et samlet mål for frekvens og sværhedsgrad af BPSD-symptomer.

BPSD-konference: Resultatet af vurderingen drøftes herefter på en tværfaglig konference blandt medarbejderne, hvor der ligeledes drøftes mulige årsager til BPSD-symptomerne, og der besluttes et fælles mål for beboeren og dertilhørende individuelt tilpassede indsatser, der skal mindske de identificerede symptomer.

Målrettede beboerindsatser: Efter konferencen iværksættes de aftalte indsatser for beboeren. For at evaluere på indsatsernes virkning gentages processen løbende efter behov og minimum hver tredje måned.

Processen blev i afprøvningsperioden understøttet digitalt af et it-redskab – **BPSD-systemet** – til monitorering, vidensdeling og handlingsanvisning. I systemet registreres bl.a. beboernes BPSD-symptomer, mulige årsager samt aftaler om mål og indsatser for beboerne.

BPSD-MODELLEN



FIGUR: Illustration af BPSD-modellen

EVALUERINGENS NØGLEFUND

Evalueringen viser overordnet set, at der i løbet af afprøvningsperioden er opnået væsentlige forbedringer af beboernes trivsel gennem reduktion i BPSD-symptomer, og arbejdet med BPSD-modellen har ligeledes medført et bedre arbejdsmiljø for medarbejderne.

“ For os er det en treenighed af bedre arbejdsmiljø, bedre miljø for alle beboere i afdelingen og større trivsel for den enkelte beboer.

MEDARBEJDER OM ARBEJDET MED BPSD-MODELLEN

OVERSIGT OVER NØGLEFUND

- › **Markante reduktioner i BPSD-symptomer og øget livskvalitet.** De deltagende beboere har oplevet markante reduktioner i deres BPSD-symptomer, og har derigennem fået en øget livskvalitet, som også kan observeres af medarbejderne. Evalueringen viser samlet en gennemsnitlig reduktion på godt 40 pct. i BPSD-symptomer målt på NPI-skalaen. Reduktionen er uafhængig af type af demenssygdom.
- › **Styrkelse af medarbejdernes faglige kvalifikationer og viden.** Medarbejdernes viden om demens, der i forvejen lå på et højt niveau, blev øget i mindre grad. Medarbejderne oplevede derudover, at de blev i stand til at omsætte og anvende deres eksisterende viden på en ny og mere systematisk og effektiv måde. Desuden oplevede langt størstedelen en styrkelse af deres faglige kvalifikationer, bedre vidensdeling med kollegaer samt bedre og mere tværfagligt samarbejde.
- › **Målrættede indsatser.** Der anvendes i højere grad målrættede og personcentrerede beboerindsatser, og medarbejderne har oplevet, at der er blevet bedre muligheder for nærvær og positivt samvær med beboerne.
- › **Uændret forbrug af antipsykotisk medicin.** Andelen af beboere der fik antipsykotisk medicin er uændret i perioden. Der er en tendens, der dog ikke er statistisk signifikant, til at forbrug (dosis) falder i starten af afprøvningsperioden. Generelt var niveauet for andelen, der fik antipsykotisk medicin lav sammenlignet med eksempelvis Sverige.

- › **Tidlig opsporing og forebyggende indsatser er blevet styrket.** Medarbejderne er blevet bedre til at opdage mistrivsel, herunder indadreagerende adfærd, ligesom de er blevet mere opmærksomme på uhensigtsmæssig eller unødvendig medicin, infektioner og smerter hos beboerne. I afprøvningsperioden er andelen af korttidsindlæggelser reduceret med 23 pct.
- › **Forbedret arbejdsmiljø og øget jobtilfredshed.** Medarbejderne har oplevet en forbedring i arbejdsmiljøet og øget jobtilfredshed. Blandt andet har medarbejderne oplevet et styrket samarbejde samt større grad af et fælles sprog og anerkendelse af forskellige faggrupper. Den synlige positive effekt på beboernes trivsel har ligeledes påvirket arbejdsglæden positivt. Medarbejderne oplever i perioden et fald i antallet af voldsomme episoder og trusler, og flere medarbejdere vurderer, at de er blevet bedre til at tackle disse situationer.
- › **IT-understøttelsen har virket godt.** BPSD-systemet har givet et godt overblik over forekomsten af BPSD og effekt af indsatser. Særligt visualiseringsdelen af beboernes udvikling i NPI-værdi vurderes som et centralt værktøj på konferencerne. Medarbejderne oplever ligeledes systemet som brugervenligt. Det kunne styrkes hvis systemunderstøttelsen blev integreret i omsorgssystemet.
- › **BPSD-modellen er blevet implementeret forholdsvis loyalt.** Plejecentrene har forholdsvis loyalt fulgt konceptet for BPSD-modellen. Fx revurderes beboerne inden for tre måneder i over halvdelen af tilfældene, og der bliver gennemført efterfølgende BPSD-konference i over 90 pct. af tilfældene. På konferencerne deltager i gennemsnit 4,3 medarbejdere. Den største udfordring i forbindelse med implementeringen har været at gennemføre de aftalte beboerindsatser.
- › **Tiden anvendt til aktiviteter i relation til BPSD-modellen betaler sig.** På plejecentrene har man gennemsnitligt brugt ca. 45 medarbejderminutter om måneden pr. deltagende beboer på arbejdet med de centrale elementer i modellen (vurdering og konference). Evalueringen viser, at tidsinvesteringen også har en forebyggende effekt idet over 50 pct. af medarbejderne har oplevet mere ro på afdelingerne, at de bruger mindre tid på akut opståede problemer og færre situationer med udadreagerende adfærd blandt beboerne.

EVALUERINGENS RESULTATER

I det følgende præsenteres evalueringens resultater og nøglefundene oven for uddybes.

Det er et væsentligt resultat af evalueringen, at de opnåede effekter taler for en udbredelse af modellen.



BPSD er det bedste system, jeg har set til dato. Tager man det alvorligt, så kan det gøre, at mennesket kommer i centrum. Opgaverne på plejecentrene ligger hovedsageligt på det somatiske område, og denne model går på det psykiske. Der har været et behov for at se sammenhængen mellem det somatiske og det mentale område.

PROJEKTLEDER OM BPSD-MODELLEN

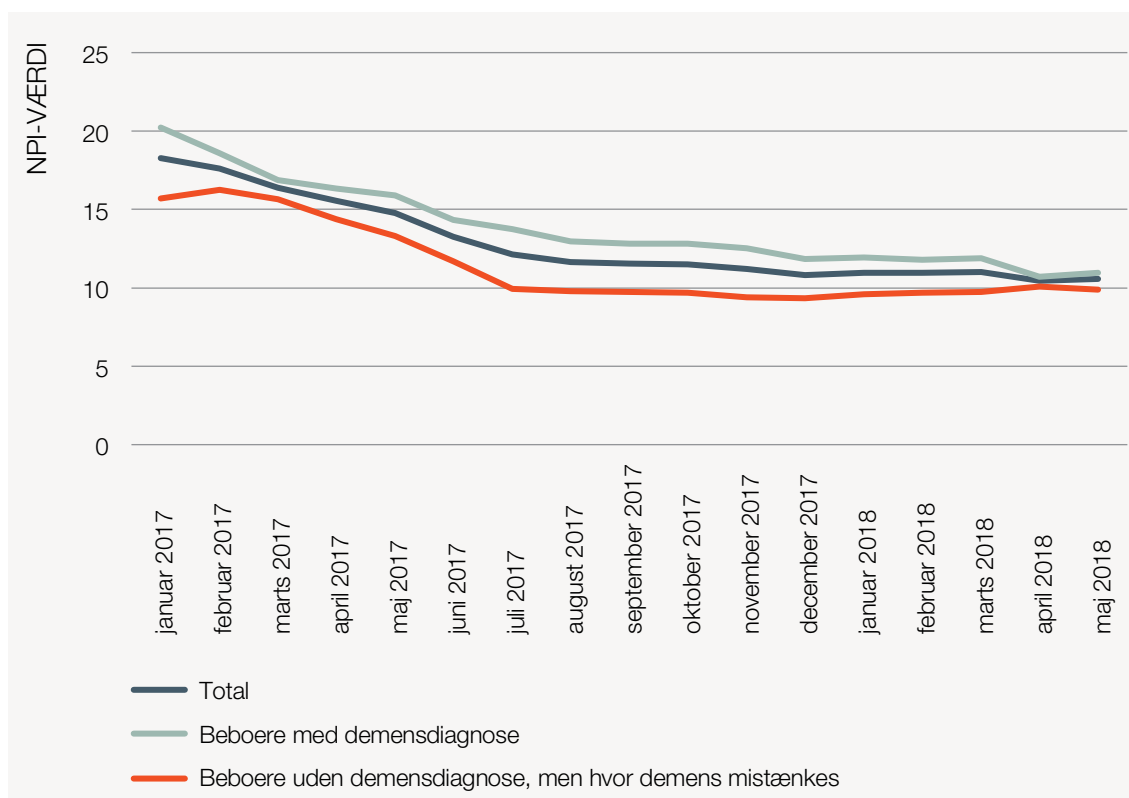


REDUKTION AF BPSD-SYMPTOMER OG ØGET LIVSKVALITET

Der er i afprøvningsperioden sket en væsentlig reduktion i beboernes BPSD-symptomer med øget livskvalitet som følge. Evalueringen viser en reduktion i BPSD-symptomer målt på NPI-skalaen på godt 40 pct., hvilket understøttes af medarbejdernes tydelige udsagn om observerede trivselsforbedringer hos beboerne.

Forbedringerne er sket både for beboere med diagnosticeret demens og beboere uden en demensdiagnose, men som har kognitiv funktionsnedsættelse, hvor der er mistanke om demens. Det ses også, at der er sket forbedringer uanset typen af demenssygdom. Der ses størst forbedring for de beboere, der fra start har de sværeste BPSD-symptomer (højeste NPI-værdi).

Som det ses i figuren nedenfor finder den største reduktion i NPI-værdi (BPSD-symptomer) primært sted i de første seks måneder af afprøvningsperioden, hvorefter der sker en stabilisering. Det skal her bemærkes, at en stabilisering af NPI-værdien i sig selv er et positivt resultat, idet BPSD-symptomer som udgangspunkt gradvist forværres i takt med, at demenssygdommen skrider frem.



FIGUR: Udvikling i NPI-værdi (BPSD-symptomer) over tid i afprøvningen

Kilde: BPSD-systemet

- › **Fald i BPSD-symptomer.** Den gennemsnitlige NPI-værdi falder fra 18,3 til 10,5 i afprøvningsperioden. Der er tale om en statistisk signifikant forbedring på 40 pct.
- › **Beboere med sværeste BPSD-symptomer oplever størst effekt.** Den fjerdedel af beboerne med den højeste NPI-værdi (sværeste BPSD-symptomer) fra start oplever en reduktion på 55 pct.
- › **Forbedring og stabilisering af alle typer af demenssygdom.** Forbedringerne ses på alle typer af diagnosticeret demenssygdom og for beboere uden diagnose, men som har kognitiv funktionsnedsættelse, hvor der er mistanke om demens.
- › **Synlige forbedringer i trivsel.** I alt 81 pct. af medarbejderne vurderer, at beboernes trivsel er blevet forbedret.

MÅLRETTEDE BEBOERINDSATSER

Evalueringen viser, at der i afprøvningsperioden er sket en mindre, men statistisk signifikant, øgning i medarbejdernes viden om demens. Det er sket, selvom deres viden allerede i forvejen var på et højt niveau. Det fremhæves her, at det særligt er modellens systematiske metode, der gør medarbejderne i stand til i højere grad at omsætte og anvende deres eksisterende viden på en ny og mere systematisk og effektiv måde.



Det er så simpelt, men for simpelt til, at selvom man måske havde fået idéen før, så gør modellen, at man får det besluttet og prioriteret tid til det i hverdagen.

LEDER OM ARBEJDET MED BPSD-MODELLEN

Medarbejderne anvender i højere grad end tidligere personcentrerede og målrettede indsatser, der tager udgangspunkt i den enkelte beboer og beboerens livshistorie. Dette har, udover at medvirke til de positive resultater for beboerne, øget kompetencerne hos medarbejderne, styrket fagligheden og forbedret samarbejdet på plejecentrene.

Evalueringen viser, at sammenhængen og kontinuiteten i plejen af beboerne er blevet styrket. Plejen er i mindre grad end tidligere afhængig af den enkelte medarbejder. Den systematiske tilgang sikrer, at tilgangen til borgeren i højere grad er ens på tværs af medarbejdere. Det vurderes, at den målrettede pleje og de deraf følgende reduktioner i BPSD-symptomerne har haft en forebyggende effekt. Der anvendes mindre tid til brandslukning og pludseligt opståede situationer. Således kan tiden i stedet anvendes forebyggende til glæde for borgere og medarbejdere. Der er blevet bedre muligheder for nærvær og positivt samvær med beboerne ligesom forskellige former for mistrivsel – såvel udadreagerende som indadreagerende – opdages i højere grad end tidligere.

› Viden om demens anvendes bedre.

Medarbejdernes viden om demens var i udgangspunktet på et højt niveau. Der er derudover i afprøvningsperioden sket en mindre, men statistisk signifikant øgning i vidensniveauet. Medarbejderne oplevede, at de blev bedre til at omsætte og anvende deres eksisterende viden.

› Øget anvendelse af målrettede indsatser.

Andelen af medarbejdere der i høj grad i det daglige arbejde anvender indsatser målrettet nedbringelse af BPSD er steget med 83 pct., og andelen der i høj grad vurderer, at de har tilstrækkelige kompetencer til at arbejde målrettet med at nedbringe BPSD er steget med 132 pct.

› Faglighed øget og samarbejde forbedret.

Langt størstedelen af medarbejderne har oplevet hhv. styrkelse af deres faglige kvalifikationer (83 pct.), øget videndeling med kollegaer (95 pct.) og bedre og mere tværfagligt samarbejde (85 pct.).

› Bedre pleje af beboere.

Størstedelen af medarbejderne oplever hhv. bedre mulighed for nærvær og positivt samvær med beboerne (66 pct.), at de er blevet bedre til at opdage mistrivsel (81 pct.), er blevet mere opmærksomme på indadreagerende adfærd (81 pct.), og at de er blevet bedre til at tage udgangspunkt i den enkelte beboers ønsker og behov (85 pct.) samt livshistorie (82 pct.) og tilpasse pleje og omsorg mere individuelt (85 pct.).



MEDICIN OG TIDLIG OPSPORING

BPSD-modellens systematiske tilgang har bidraget til et øget fokus blandt medarbejderne på uhensigtsmæssig og unødvendig medicin. Der ses dog ingen statistisk signifikante ændringer i medicinforbruget i afprøvningsperioden – hverken samlet eller opdelt på medicingrupper. Fx var andelen, der fik antipsykotisk medicin stabilt på ca. 11 pct. Analysen viser dog et fald i mængden (dosis) af antipsykotisk medicin i de første fire måneder af afprøvningsperioden, men faldet er ikke statistisk signifikant. Uhensigtsmæssig medicinering blandt ældre og mennesker med demens har været et stigende fokusområde i de seneste år, hvilket også kommer til udtryk i et relativt lavt niveau af forbrug sammenlignet med fx Sverige. I det svenske BPSD-register får 36 pct. uhensigtsmæssig medicin, defineret som enten antipsykotisk eller beroligende lægemidler. I den danske afprøvning var det tilsvarende 16,5 pct. Det forholdsvis lave udgangspunkt kan eventuelt være med til at forklare, at forbruget ikke er faldet i afprøvningsperioden.

Evalueringen viser ligeledes, at modellens systematiske tilgang bidrager til tidligere opsporing af symptomer og øget mulighed for forebyggende indsats over for beboerne. Det er blandt andet sket ved, at medarbejderne er blevet bedre til at opdage fx infektioner og smerter hos beboerne samt generel mistrivsel. Der ses et statistisk signifikant fald i andelen af korttidsindlæggelser i afprøvningsperioden på 23 pct. – en type af indlæggelser, der vurderes muligvis at kunne være forebygget. Det kan dog ikke entydigt konkluderes, at faldet nødvendigvis kan tilskrives arbejdet med BPSD-modellen.

- › **Uændret forbrug af antipsykotisk medicin.** Der var ikke et fald i andelen af beboere, der får antipsykotisk medicin. Niveauet lå både før og efter på ca. 11 pct. Der blev observeret et fald i forbruget (dosis målt i DDD) af antipsykotisk medicin på 18 pct. i de første fire måneder af afprøvningsperioden, men faldet var ikke statistisk signifikant.
- › **Øget fokus på tidlig opsporing og forebyggelse.** Trods forholdsvis uændret medicin udtrykte medarbejderne, at de havde fået større fokus på uhensigtsmæssig og unødvendig medicin, infektioner og smerter hos beboerne. Generelt viser evalueringen, at BPSD-modellen understøtter tidlig opsporing og fokus på forebyggende indsatser.
- › **Færre korttidsindlæggelser.** Andelen af korttidsindlæggelser er faldet fra 88 pct. til 68 pct. i afprøvningsperioden, svarende til et statistisk signifikant fald på 23 pct.

MEDARBEJDERNES JOBTILFREDSHED OG ARBEJDSMILJØ

Evalueringen viser, at medarbejdernes jobtilfredshed er blevet forbedret i afprøvningsperioden. Det er særligt de tværfaglige BPSD-konferencer, der har medvirket til dette. De har skabt et øget fællesskab og bedre indsigt i hinandens kompetencer på tværs af faggrupper. Medarbejderne oplever, at de på tværs af faggrupper har fået et fælles sprog. Generelt er samarbejdet forbedret væsentlig mellem medarbejdergrupperne. Dette er særlig udtalt for SOSU-medarbejderne, der oplever at blive hørt mere, og dermed oplever større respekt omkring deres arbejde og faglighed.



Og med projektet er der også blevet mere fokus på at evaluere og løfte sammen. Det er mere en kollektiv indsats. Det er også godt for arbejdsmiljøet.

MEDARBEJDER PÅ PLEJECENTER

Blandt medarbejderne viser analyserne, at langt størstedelen oplever en positiv effekt af arbejdet med BPSD-modellen på beboernes trivsel. De udtrykker, at det medvirker til at øge deres arbejdsglæde, når resultaterne af deres indsats kan aflæses i bedre trivsel hos beboere.



Det er meget tilfredsstillende at man kan se en forskel. At man ved man kan gøre noget. Det er blevet mere legalt at tænke anderledes og stille krav til vores opførsel overfor beboere. Så generelt mere arbejdsglæde hos hele personalet.

MEDARBEJDER PÅ PLEJECENTER

I afprøvningsperioden er andelen af medarbejdere, der angiver aldrig at opleve voldsomme episoder, trusler og vold steget, og angivelse af at have anvendt magt er faldet. Det vurderes, at arbejdet med den målrettede pleje kan have været medvirkende årsag til dette, men det er vanskeligt at konkludere, da det er områder, der generelt er fokus på. Medarbejderne udtrykker, at de som følge af drøftelser på BPSD-konferencer er blevet bedre til at tackle voldsomme episoder.

- › **Samarbejde forbedret.** Andelen af medarbejdere, der angiver, at samarbejdet med forskellige medarbejdergrupper er virkelig godt, er steget med op til 60 pct. Fx stiger andelen, der angiver, at samarbejdet med SOSU-medarbejdere er virkelig godt, fra 46 pct. til 63 pct. Størstedelen oplever desuden at arbejdet med BPSD-modellen har givet dem et fælles sprog på tværs af faggrupper (89 pct.).
- › **Glæde ved beboernes trivsel.** Medarbejderne udtrykker, at de positive effekter for beboerne, som der observerer i arbejdet med BPSD-modellen, har positiv betydning for deres arbejdsglæde.
- › **Færre voldsomme episoder og trusler samt bedre tackling.** Stigning i andelen af medarbejdere, der aldrig oplever voldsomme episoder (16 pct.), trusler (17 pct.) og vold (18 pct.) er konstateret i afprøvningsperioden. Resultaterne er statistisk signifikante. Flere medarbejdere vurderer, at de som følge af arbejdet med BPSD-modellen er blevet bedre til at tackle voldsomme episoder.

DIGITAL UNDERSTØTTELSE

BPSD-modellens understøttende it-redskab, BPSD-systemet, giver medarbejderne et overblik over forekomsten af BPSD-symptomer og effekten af beboerindsatserne.

Evalueringen viser, at medarbejderne generelt er meget tilfredse med it-systemet, hvor især systemets visualiseringsmuligheder fremhæves. Dette er i høj grad medvirkende til at understøtte tværfaglige drøftelser om de enkelte beboere på BPSD-konferencerne.



Det også meget visuelt. Det er godt! For i vores fag kan det være svært at måle og veje, om det vi gør, er godt nok. Og her får vi et værktøj, så vi nogenlunde kan se, om vi er på rette vej eller ej. Så det hjælper med de meget visuelle søjler. Det er fremmende, for man kan se ens indsatser og bliver motiveret til at fortsætte.

MEDARBEJDER PÅ PLEJECENTER

Systemet opleves i høj grad at være nemt at tilgå, anvende og forstå og er et helt centralt værktøj til understøttelse af BPSD-modellen. Systemet, der blev stillet til rådighed i afprøvningsperioden, er et stand-alone-system, der i høj grad ligner det svenske BPSD-register. I evalueringen fremhæver medarbejderne, at en integration til de kommunale omsorgssystemer ville have været en styrke.

I forhold til eventuel udbredelse af modellen er digital understøttelse helt central, og evalueringen viser, at denne så i givet fald bør integreres i de kommunale omsorgssystemer.



- › **Overblik over forekomst af BPSD og effekt af beboerindsatser.** Langt størstedelen af medarbejderne (89 pct.) vurderer, at systemet giver et godt overblik over beboerens aktuelle tilstand. Særligt systemets visualiseringsmuligheder af de enkelte beboeres BPSD-symptomer og udviklingen i disse vurderes at være centrale i understøttelsen af arbejdet.
- › **Brugervenligt IT-redskab.** Langt størstedelen af medarbejderne oplever, at systemet er nemt at anvende (86 pct.), indholdet er til at forstå (82 pct.) og nemt at tilgå (84 pct.). Det blev dog påpeget, at integration til eksisterende omsorgssystem ville have været en styrke.

IMPLEMENTERING

Samlet set viser analyserne af implementeringen af BPSD-modellen, at kommunerne generelt har fulgt konceptet og samlet set har en implementeringsgrad over middel i henhold til modellens elementer.

Et mål i BPSD-modellen er, at der foretages NPI-vurdering af alle deltagende beboere mindst hver tredje måned. Samlet set revurderes beboerne inden for 90 dage i 54 pct. af tilfældene. Selvom en del NPI-vurderinger ikke sker inden for 90 dage, så ses det, at 77 pct. finder sted inden for 100 dage og altså forholdsvis få dage senere end målet. Evalueringen viser ligeledes, at medarbejderne ofte prioriterer at vurdere de beboere med de sværeste BPSD-symptomer inden for tre måneder, mens dem der overskrider perioden er de beboere, hvor behovet for NPI-vurdering anses for at mindre.

Særligt i forhold til afholdelse af BPSD-konferencer er implementeringsresultaterne flotte. I over 90 pct. af tilfældene opfyldes følgende mål for BPSD-konferencerne; BPSD-konferencen finder sted inden for tre dage efter NPI-vurdering (ved en værdi over 0), der aftales og registreres et mål for beboeren på konferencen, og der aftales og registreres minimum én indsats på konferencen. Der deltog i gennemsnit 4,3 medarbejdere på konferencerne. De tværfaglige BPSD-konferencer beskrives af flere medarbejdere som værende kernen i BPSD-modellen.



Vi har jo altid arbejdet med forskellige indsatser i dagligdagen og mange af de ting vi nu gør (efter BPSD-modellen) er måske ikke så anderledes end før, men hele strukturen omkring indsatserne er mere klar og tilpasset den enkelte beboer.

MEDARBEJDER PÅ PLEJECENTER

Den største udfordring er implementeringen af beboerindsatser. Under halvdelen af medarbejderne vurderer i høj grad, at de aftalte beboerindsatser implementeres efter konferencen og at det er tydeligt hvem der har hvilke opgaver i forbindelse med implementeringen og opfølgningen på indsatserne. Evalueringen viste, at det især er udfordringer i relation til koordination, kommunikation, prioritering og samarbejde, der gør det vanskeligt.

Evalueringen viste, at ledelsesopbakning var central for, at arbejdet med modellen blev prioriteret. Ligeledes er det centralt, at alle medarbejdere på tværs af vagtlag er inddraget for at sikre gennemførelse af aftalte beboerindsatser.

Analyserne viser ikke en entydig sammenhæng mellem metodelojalitet og reduktion af BPSD-symptomer. Der er dog en tendens til, at jo højere grad af loyalitet over for BPSD-modellen des større er reduktionen i NPI-værdi.

- › **NPI-vurderinger gennemføres typisk inden for tidsfristen.** Samlet set gennemføres 54 pct. af vurderingerne inden for 90 dage. Typisk er tidsoverskridelsen med få dage idet 77 pct. gennemføres inden for 100 dage.
- › **Høj metode loyalitet ift. BPSD-konferencer.** Målsætninger om tid for afholdelse af konferencen opfyldes for 93 pct. af konferencerne og beboermål (96 pct.) og indsatskategorier (92 pct.) udfyldes. På 49 pct. af alle konferencer deltager som minimum nøgleperson, leder, kontaktperson og sygeplejerske. I gennemsnit deltog der 4,3 medarbejdere pr. konference med variation kommunerne imellem fra 3,2 til 6,1.
- › **Udfordringer ved implementering af indsatser.** Omsætning af aftalte indsatser til handling i dagligdagen kan være udfordrende. Således viser evalueringen at 36 pct. af ledere og nøglepersoner i høj grad vurderer at indsatser aftalt på BPSD-konferencer implementeres. Ligeledes vurderer 49 pct. at det i høj grad er tydeligt hvem der har hvilke opgaver ifm. implementeringen af indsatser.

RESSOURCEFORBRUG

De deltagende kommuner har i forbindelse med afprøvningen af BPSD-modellen ikke fået tilført ekstra ressourcer. Afprøvningen er således i udgangspunktet gennemført inden for de enkelte kommuner og plejecentres eksisterende rammer og normering, men har nødvendiggjort en prioritering af aktiviteter hvert enkelt sted.

Omkostningerne opgjort som tidsanvendelsen på kerneaktiviteterne i forbindelse med NPI-vurderinger og BPSD-konferencer har i gennemsnit været ca. 45 minutter pr. inkluderet beboer om måneden.

Evalueringen påviste ingen sammenhæng mellem, hvor meget tid der investeres i aktiviteterne i modellen og de opnåede forbedringer i livskvaliteten hos beboerne. Analyserne viser dog, at den investerede tid har virket forebyggende, hvilket bl.a. er kommet til udtryk gennem mere ro og mindre "brandslukning" på afdelingerne og færre episoder med udadreagerende adfærd blandt beboerne.



Faktisk kan vi også se nu, at vi sparer tid, fordi der er færre episoder med nogle af de beboere, der var meget plaget af BPSD-symptomer tidligere. De har fået det meget bedre, og kræver meget mindre fokus fra personalet. Og så er der flere ressourcer til andre beboere. Så alle nyder godt af det.

LEDER PÅ PLEJECENTER

1 INTRODUKTION





1 INTRODUKTION

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 (1).

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 (2,3). 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 – det såkaldte BPSD-register. Det svenske BPSD-register kan understøtte medarbejdere på plejecentre i at vurdere beboere for BPSD, identificere og iværksætte beboerindsatser, samt følge op herpå. Formålet med registeret er at nedbringe BPSD blandt mennesker med demens og dermed øge deres livskvalitet. Sverige har gode erfaringer med anvendelsen af BPSD-registeret med henblik på nedbringe plejecenterbeboeres BPSD. Det har blandt andet ført til en forbedring i beboernes livskvalitet og et bedre arbejdsmiljø på plejecentrene (4).

Med afsæt i de svenske erfaringer og med støtte fra et tilpasset IT-registreringssystem afprøvede Sundhedsstyrelsen i 2017–2018 en lignende model til målrettet pleje af beboere med demens og BPSD. Afprøvningen foregik i fem kommuner (Faxe, Greve, Hedensted, København og Næstved kommune) på 24 plejecentre. Projektet var en del af satspuljeaftalen for 2015–2018.

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

I januar 2018 blev der udgivet en midtvejsevalueringssrapport, der præsenterede projektets foreløbige resultater. Midtvejsevalueringen havde fokus på, hvordan de fem kommuner og plejecentrene havde implementeret BPSD-modellen.

Nærværende rapport udgør den endelige evaluering af afprøvningen af BPSD-modellen i Danmark.

OM AFPRØVNINGEN AF BPSD-MODELLEN

BPSD-modellen blev afprøvet i fem danske kommuner – Faxe, Næstved, Greve, København og Hedensted kommune. Kommunerne blev udvalgt i 2016 på baggrund af en ansøgningsrunde.

Samlet set deltog 24 plejecentre, fordelt på de fem kommuner, i projektet svarende til 4–5 plejecentre i hver af de deltagende kommuner. Plejecentrene var en blanding af almindelige somatiske plejecentre med og uden skærmede demensenheder og deciderede demensplejecentre. I Bilag A er præsenteret en nærmere karakteristik af de deltagende plejecentre.

Hver af de deltagende kommuner havde i projektperioden en overordnet projektleder, der typisk var ansat i kommunens administration. Projektlederen koordinerede afprøvningen og kommunikationen mellem plejecentrene og Sundhedsstyrelsen.

Alle medarbejderne på de deltagende plejecentre deltog i projektet, men der blev identificeret et antal nøglepersoner på centrene med særlige roller. BPSD-nøglepersonerne fungerede dels som ambassadører for projektet ligesom de var primus motor for arbejdet med BPSD-modellen og modellens redskaber, herunder anvendelse af IT-systemet. Ledelsen på plejecentrene havde et ansvar for at sikre, at der var de fornødne rammer til arbejdet med afprøvningen, at det blev prioriteret i dagligdagen ligesom de skulle deltage i BPSD-konferencer. Endelig var der de øvrige medarbejdere på plejecentrene, der ligeledes medvirkede i arbejdet med BPSD-modellen i det daglige med støtte fra nøglepersonerne.

Afprøvningsperioden fandt sted fra 1. januar 2017 til 31. maj 2018. I efteråret 2016 blev der gennemført kompetenceudviklingsforløb for ca. 325 ledere og nøglepersoner af 2–4 dages varighed. Alle øvrige medarbejdere skulle igennem et webbaseret kursus af ca. en times varighed, der præsenterede hovedelementerne i BPSD-modellen. Ingen af de deltagende kommuner fik tilført ekstra ressourcer til afprøvning af BPSD-modellen. Sundhedsstyrelsen stillede BPSD-systemet til rådighed ifm. afprøvningen. Systemet var et understøttende IT-system tilpasset og oversat fra Sverige.



1.1 LÆSEVEJLEDNING

Rapporten er opbygget i tre hoveddele samt indledning, diskussion og konklusion.

I [kapitel 1](#) findes introduktion og læsevejledning til rapporten. [Kapitel 2](#) præsenterer den model for målrettet pleje, der er blevet afprøvet (BPSD-modellen) og i [kapitel 3](#) præsenteres den anvendte metode til evalueringen.

I [kapitlerne 4–8](#) præsenteres resultaterne af evalueringen med udgangspunkt i seks opstillede hypoteser. [Kapitel 4](#) præsenterer ændringer i BPSD-symptomer og livskvalitet. [Kapitel 5](#) har fokus på målrettede beboerindsatser. [Kapitel 6](#) ser nærmere på forbruget af antipsykotisk medicin og udvalgt sundhedsforbrug. [Kapitel 7](#) præsenterer udviklingen i medarbejdernes trivsel og arbejdsmiljø. I [kapitel 8](#) præsenteres en evaluering af det understøttende IT-system.

I [kapitel 9](#) præsenteres arbejdet med implementeringen af BPSD-modellen, organiseringen af arbejdet og barrierer og fremmere i arbejdet med BPSD-modellen. [Kapitel 10](#) præsenterer en analyse af ressourceforbruget ifm. arbejdet med BPSD-modellen.

Endeligt afsluttes rapporten med en diskussion af centrale resultater i [kapitel 11](#) og en konklusion i [kapitel 12](#).

I rapporten anvendes en række forskellige ord og begreber knyttet til BPSD-modellen og demens. De centrale ord og begreber er forklaret i nedenstående boks. De forklares endvidere yderligt i næste kapitel, der præsenterer den afprøvede model.

CENTRALE ORD OG BEGREBER ANVENDT I RAPPORTEN¹

BPSD/BPSD-symptomer	<i>Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia</i> Oversat til dansk betyder det adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens
BPSD-model	Samlebetegnelse for den cirkulær model for målrettet pleje bestående af NPI-screening, BPSD-konference og målrettet beboerindsats
BPSD-koncept	Samlebetegnelse for BPSD-modellen og tilhørende kompetenceudvikling
BPSD-konference	Systematisk konference om en beboer, der følger en fast dagsorden med henblik på at aftale, evaluere og følge op på beboerindsatser med henblik på at forbedre beboerens trivsel
BPSD-system	Det understøttende IT-værktøj for arbejdet med BPSD-modellen
Målrettet beboerindsats	Individuel og målrettet indsats over for beboere som bliver aftalt på en BPSD-konference
NPI-NH	Skala til vurdering af BPSD-symptomer
NPI-screening	Screening af en beboers BPSD-symptomer, der foretages af en medarbejder, som resulterer i en samlet NPI-værdi for den screenede beboer
Nøglepersoner	Udpegede nøglepersoner til afprøvning af BPSD-modellen
Ledere	Plejecenterledere og ledende medarbejdere
Øvrige medarbejdere	Øvrige medarbejdere på plejecentrene

¹ De enkelte begreber er ligeledes forklaret mere uddybende i kapitel 2.

2 BPSD-MODELLEN





Mary's #
555-555-555

Wednesday
Dr. Appointment

Unplug
the iron

Feed
the
Dog

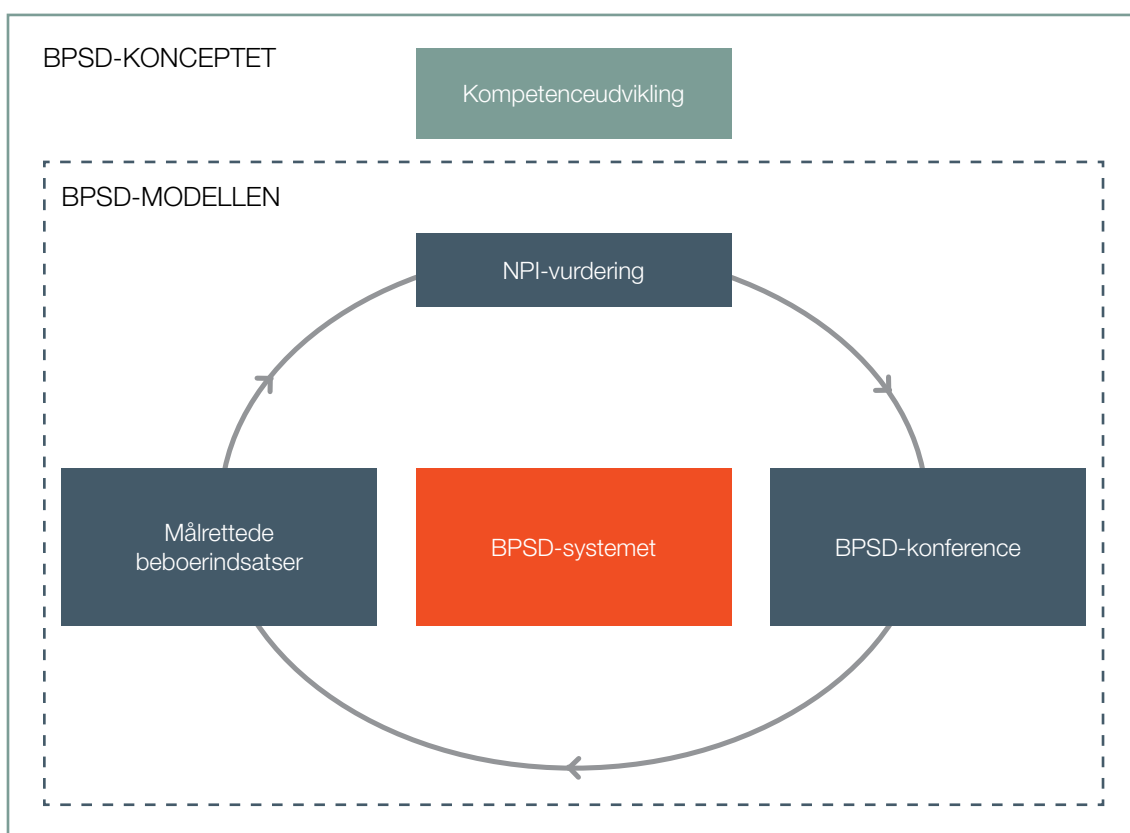
3 pm
Take yellow
pill

Go to
Memory Club
Thursday

2 BPSD-MODELLEN

I dette kapitel forklares BPSD-konceptet, herunder BPSD-konceptets delelementer og hvordan BPSD-systemet fungerer, samt hvilke krav der er til implementering og gennemførelse. Der vil blive refereret løbende til dette kapitel i forbindelse med præsentation og diskussion af evalueringens resultater, herunder særligt i hvilken grad afprøvning har været loyal over for modellen.

BPSD-konceptet består af selve BPSD-modellen og den indledende kompetenceudvikling af medarbejdere som præsenteret i Figur 1. I rapporten vil betegnelsen BPSD-modellen blive anvendt om den tredelte systematiske cirkulære proces bestående af NPI-vurdering, BPSD-konference og målrettede beboerindsatser, mens betegnelsen BPSD-konceptet refererer til BPSD-modellen inkl. den indledende kompetenceudvikling.



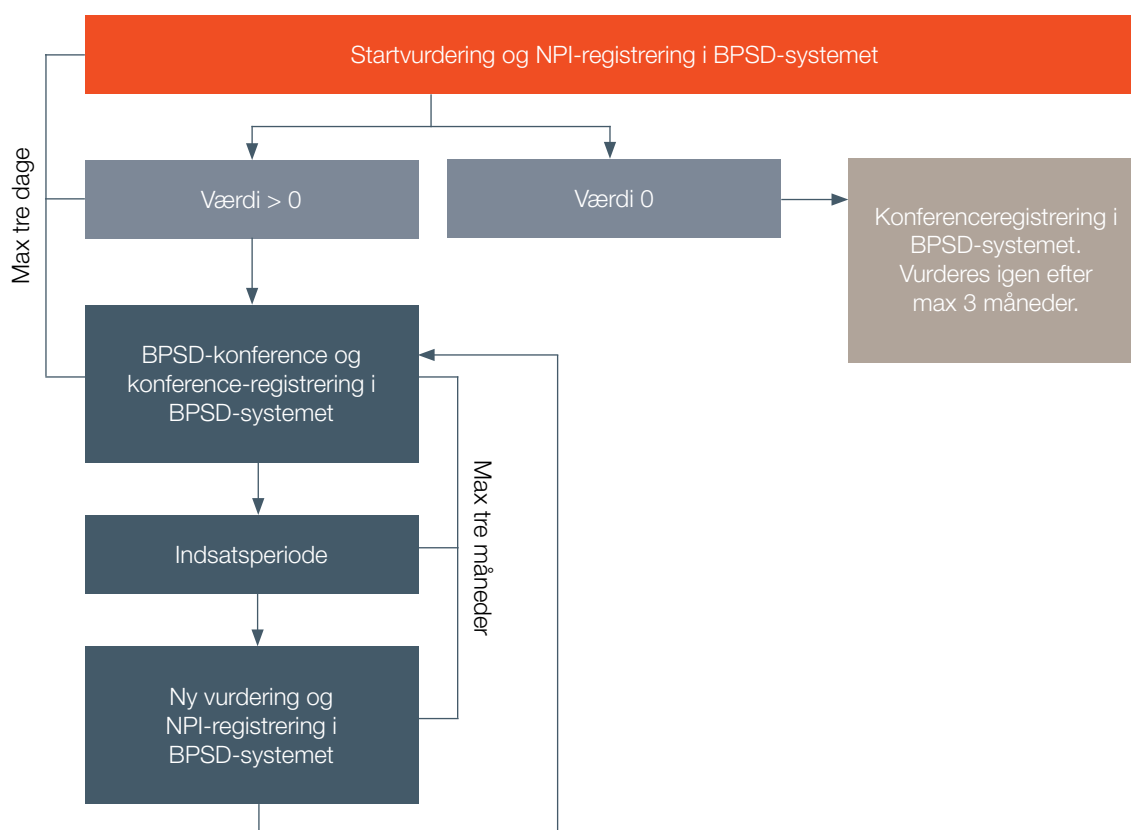
FIGUR 1: BPSD-konceptet og BPSD-modellen

Kilde: Udarbejdet af COWI på baggrund af konceptbeskrivelsen for BPSD-modellen.

Forud for implementeringen af BPSD-modellen gennemførte medarbejdere på de deltagende plejecentre et **kompetenceudviklingsforløb**. Kompetenceudviklingen var differentieret alt efter de enkelte medarbejders rolle i projektet. Således var der forløb for ledere (to-dags kursus), BPSD-nøglepersoner (fire-dagskursus) og øvrige medarbejdere (én times webkursus). Medarbejderne blev blandt andet undervist i BPSD-systemet og demens og BPSD-symptomer. Temaer for kompetenceudviklingen er præsenteret i Bilag F.

Selve **BPSD-modellen** indeholder tre trin jf. Figur 1. I det første trin vurderes den enkelte beboers BPSD-symptomer gennem interview ved hjælp af det validerede måleinstrument Neuropsychiatric Inventory Nursing Home Version (herefter "NPI") (5). Herefter drøftes resultatet af NPI-vurderingen og mulige årsager hertil på en BPSD-konference, hvor plejepersonalet ligeledes aftaler hvilke målrettede indsatser for beboeren, der skal iværksættes og endeligt iværksættes de målrettede beboerindsatser. Processen gentages løbende efter vurderet behov dog minimum hver tredje måned.

Figur 2 viser, hvornår der opnås metodelojalitet i forhold til BPSD-modellen. For at være loyal mod BPSD-modellen må der maksimalt gå tre dage mellem en NPI-vurdering og den efterfølgende BPSD-konference. Derudover må der maksimalt gå tre måneder mellem BPSD-konferencen og en ny NPI-vurdering. Modellen er således cirkulær, hvor der minimum hver tredje måned for hver beboer gennemføres en ny NPI-vurdering, afholdes ny BPSD-konference og efterfølgende iværksættes målrettede beboerindsatser. De aftalte beboerindsatser evalueres på den efterfølgende BPSD-konference, og på baggrund af evalueringen besluttet det om der fortsættes og/eller iværksættes yderligere beboerindsatser. Det er forventningen, at denne målrettede og kontinuerlige pleje af plejehjemsbeboere med demens og demenslignende symptomer fører til en reduktion eller stabilisering af deres NPI-værdi og dermed deres BPSD-symptomer.



FIGUR 2: Oversigt over processen i BPSD-modellen

Kilde: Konceptbeskrivelse for BPSD-modellen

Processen for BPSD-modellen er blevet understøttet af det elektroniske BPSD-system, som bl.a. anvendes til at registrere beboerens BPSD-symptomer, mulige årsager til symptomerne og hvilke målrettede beboerindsatser, der iværksættes.

I det følgende uddybes BPSD-modellens tre trin samt det elektroniske BPSD-system.

2.1 NPI-VURDERING

NPI er en valideret skala udviklet til at vurdere et bredt spektrum af psykopatologi, der ses ved demens. I projektet blev NPI-NH (nursing home versionen) anvendt, specielt udviklet til vurdering af personer, der bor på plejehjem eller andre plejehjemsinstitutioner, hvor der indsamles information af professionelle omsorgsgivere til at vurdere beboeres BPSD-symptomer. Skalaen er udviklet af Dr. Jeffrey L. Cummings i 1994 (6) og forklaret i Boks 1.

BOKS 1: Præsentation af NPI

NPI er udformet med henblik på at registrere et bredt spektrum af psykopatologi, der ses ved forskellige former for demens. NPI inkluderer bl.a. symptomer som eufori eller manglende hæmning, der er forholdsvis sjældne ved Alzheimers sygdom, men almindelige ved frontotemporal demens. NPI måler tilstedeværelsen, hyppigheden og sværhedsgraden af 12 forskellige former for adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos borgeren. Disse er:

1. Vrangforestillinger
2. Hallucinationer
3. Agitation / aggression
4. Depression / dysfori
5. Angst
6. Eufori / opstemthed
7. Apati / ligegyldighed
8. Manglende hæmning
9. Irritabilitet / labilitet
10. Afvigende motorisk adfærd
11. Natlige adfærdsforstyrrelser / søvn
12. Forstyrrelser vedrørende spisning / appetit

For hvert af de 12 symptomområder er en række vurderings spørgsmål. Med udgangspunkt i svarene foretages en rating af hvert symptomområde i henhold til hyppighed, sværhedsgrad og omsorgsgerverbelastning (omsorgsgiverbelastning anvendes ikke i BPSD-modellen). Hvert symptomområde kan score op til 12 og således kan den samlede NPI-værdi højst blive 144. Anvendelse af NPI kræver tilladelse fra Mapi Reseach Trust.

NPI-vurderingen er baseret på et struktureret interview med borgerens primære plejeperson, typisk kontaktpersonen og tager ca. 20 minutter. Interviewet gennemføres af en BPSD-nøgleperson. Alle beboere i projektet, uanset om værdien er nul eller over nul, skal vurderes løbende med intervaller af maksimalt tre måneder. Beboerne skal vurderes løbende for at sikre at de får en målrettet pleje, idet symptomer kan opstå og/eller udvikle sig over en kortere tidsperiode.

Det er en central faglig antagelse, at reduktion eller stabilisering af beboernes BPSD-symptomer fører til bedre livskvalitet blandt beboere med demens (7) (8) (9). Litteraturen viser, at måling af livskvalitet for mennesker med demens er komplekst, og at kognitive og funktionelle mål til bestemmelse af livskvalitet har tendens til at overse relevante faktorer for livskvaliteten som adfærdsmæssige og psykologiske faktorer. Det vurderes derfor, at måling af disse

faktorer ved NPI vil give et godt mål for livskvaliteten hos borgere med demens. Der er påvist en sammenhæng mellem BPSD-symptomer og livskvalitet, hvor aggressivitet og depression er stærke prædiktorer for lav livskvalitet. Beboernes livskvalitet måles indirekte gennem analyserne af BPSD-symptomerne målt ved NPI, der måler tilstedeværelsen, hyppigheden og sværhedsgraden af de 12 forskellige former adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos beboeren (Se Boks 1). Dermed kan den samlede NPI-værdi og udviklingen i denne anvendes som en indikator for beboerens livskvalitet. En lav NPI-værdi indikerer højere livskvalitet og en høj NPI-værdi indikerer lavere livskvalitet.

2.2 BPSD-KONFERENCE

Beboere, der får over nul i NPI-vurderingen, skal tages op på en BPSD-konference senest tre dage efter NPI-vurderingen er gennemført, da hurtig handling på de observerede symptomer er essentiel. For beboere der får nul, behøver medarbejderne ikke gennemføre en BPSD-konference, men skal følge op på beboerens udvikling ved en ny NPI-vurdering igen efter højst tre måneder.

På BPSD-konferencen skal der som minimum deltage en leder, en BPSD-nøgleperson, beboerens kontaktperson og en sygeplejerske. Der er ikke et krav om varighed af BPSD-konferencerne, men der er en forventning om, at BPSD-konferencerne kan gennemføres på 45 minutter. Deltagerne drøfter resultatet af beboerens NPI-vurdering og undersøger systematisk hvilke mulige årsager, der kan være til de identificerede symptomer ved brug af en fast dagsordenskabelon². På baggrund af analysen træffes en beslutning om, hvilken målrettet indsats(er), der skal afprøves i en afgrænset periode for at mindske beboerens BPSD-symptomer.

2.3 MÅLRETTEDE BEBOERINDSAT

De aftalte målrettede beboerindsatser kan have både sundheds- og socialfaglig karakter. En indsats kan være alt fra en lille ændring i tilgang til borgeren til en mere omfattende indsats, hvor fx beboeren skal deltage i en aktivitet, medarbejderne skal afsætte ekstra tid til samvær med beboeren eller andet personale skal inddrages i beboerens hverdag. Det er ledelsen, der har det overordnede ansvar for, at de aftalte beboerindsatser efterfølgende implementeres som aftalt på BPSD-konferencen. Indsatsperioden må maksimalt være tre måneder, hvorefter man ved en ny NPI-vurdering og BPSD-konference evaluerer, hvorvidt den iværksatte indsats har haft den ønskede effekt for beboeren og beslutter at fortsætte med indsatsen og/eller aftaler en ny indsats.

2.4 BPSD-SYSTEMET

BPSD-modellen understøttes af det elektroniske BPSD-system, som medvirker til at synliggøre udvikling i beboernes BPSD-symptomer, og som understøtter medarbejderne i at gennemføre en systematisk årsagsgennemgang.

Medarbejderne skal indtaste resultaterne fra NPI-vurderingen forud for BPSD-konferencen samt en række basisoplysninger om beboeren, som beboernes køn, alder, medicinforbrug samt en række centrale, vitale værdier. Enten på selve BPSD-konferencen eller umiddelbart herefter indtaster medarbejderne resultatet af analysen af mulige årsager og de besluttede målrettede beboerindsatser, som skal iværksættes. En komplet registrering af en beboer indeholder således oplysning om beboerens NPI-værdi, mulige årsager og de aftalte målrettede beboerindsatser.

² Se konceptbeskrivelsen i bilag C for yderligere information.

3 EVALUERINGENS FORMÅL, DATA- GRUNDLAG OG METODE





3 EVALUERINGENS FORMÅL, DATAGRUNDLAG OG METODE

I dette kapitel præsenteres evaluerings formål, datagrundlag og metode. En udvidet metodebeskrivelse findes i bilag D.

3.1 EVALUERINGENS FORMÅL OG HYPOTESER

Formålet med evalueringen er at vurdere effekterne af afprøvningen af BPSD-modellen i fem kommuner. Dette sker primært ved at analysere udviklingen i beboernes BPSD-symptomer i perioden fra januar 2017 til maj 2018, hvor modellen er blevet afprøvet.

Det er en grundantagelse, at BPSD-konceptet bidrager til en systematisk tilgang og dermed mere målrettet pleje af beboere med demens. Til nærmere at vurdere resultaterne af afprøvningen er der opstillet en række hypoteser, som evalueringen vil efterprøve. Disse er:

1. BPSD-modellens systematiske tilgang bidrager til, at beboere får en øget livskvalitet som følge af en reduktion eller stabilisering af deres BPSD-symptomer.
2. BPSD-modellens systematiske tilgang bidrager til at sikre målrettede beboerindsatser med øget kontinuitet og personcentreret omsorg.
3. BPSD-modellens systematiske tilgang bidrager til at nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin på plejecentrene.
4. BPSD-modellens systematiske tilgang bidrager til tidligere opsporing af symptomer og øget mulighed for forebyggende indsats over for beboere.
5. BPSD-modellens systematiske tilgang bidrager til at forbedre medarbejdernes trivsel og arbejdsmiljø.
6. BPSD-modellens it-redskab, BPSD-systemet, giver medarbejderne et overblik over forekomsten af BPSD-symptomer og effekten af beboerindsatserne.

Evalueringen følger op på disse bagvedliggende antagelser om, *hvordan* BPSD-modellen virker og belyser de mekanismer, som forklarer hvorfor eller hvorfor ikke, effekterne opnås. Der er herudover identificeret en række faktorer, der alle kan have indflydelse på reduktion i beboernes BPSD-symptomer (fald i NPI-værdi). Evalueringen vil ligeledes undersøge disse faktorer og forholde sig til sammenhængen mellem de opnåede resultater og metodetrouwalitet over for BPSD-modellen. Følgende faktorer vurderes potentielt at have indflydelse på beboernes NPI-værdi:

- › Type af plejeenhed
- › Plejecenterets størrelse
- › Om beboeren har en demensdiagnose eller ej
- › Antal BPSD-konferencer, herunder antal og type af deltagere, tid brugt på konferencen og tid mellem konferencer
- › Personalets motivation for at arbejde med BPSD-modellen
- › Medarbejdernes viden om, forståelse for og holdning til demens
- › Ledelsesopbakning og -information om projektet
- › Tid og ressourcer afsat til projektet

3.2 DATAGRUNDLAG

Evalueringen består af et *mixed-method*-design, hvor både kvalitative og kvantitative datakilder og metoder anvendes til at belyse effekten af BPSD-modellen. Der er grundlæggende anvendt et før-efter design med brug af spørgeskemaundersøgelser, fokusgruppeinterview og analyse af data fra de nationale sundhedsregistre og BPSD-systemet.

3.2.1 SPØRGESKEMAUNDERSØGELSE

Der blev udsendt spørgeskemaer til medarbejderne på plejecentrene ved afprøvningens start (baselineskema), midtvejs og ved projektets afslutning. Spørgeskemaerne blev udsendt til alle medarbejdere på de deltagende plejecentre. Data fra alle spørgeskemaer (surveys) anvendes i evalueringen til at belyse udviklingen i løbet af afprøvningsperioden, herunder belyse kvaliteten af implementeringen, projektets forankring og kontekstfaktorer. Tabel 1 viser svarprocenten opdelt på kommuneniveau for de tre spørgeskemaer.

TABEL 1: Svarprocent opdelt på kommuneniveau

KOMMUNE	BASELINESURVEY	MIDTVEJSSURVEY	AFSLUTTENDE SURVEY
Faxe	97%	81%	76%
Greve	85%	73%	52%
Hedensted	97%	74%	49%
København	74%	59%	32%
Næstved	73%	71%	50%
TOTAL	84%	71%	50%

Kilde: Baselinesurvey (N=983), midtvejssurvey (N=796), afsluttende survey (N=541)

Svarprocenterne for baseline, midtvejs og den afsluttende spørgeskemaundersøgelse er henholdsvis 81 pct., 71 pct. og 50 pct. jf. Tabel 1, hvilket svarer til henholdsvis 1.002, 799 og 541 besvarelser (Se Bilag D). Svarprocenten for den afsluttende spørgeskemaundersøgelse har været lavere sammenlignet med de to andre undersøgelser. Der er dog stadig besvarelser for mere end 500 medarbejdere på plejecentrene, hvilket har givet god mulighed for at sammenligne før- og efter resultater, idet 410 medarbejdere har besvaret både baseline og den afsluttende spørgeskemaundersøgelse.

3.2.2 BESØGSRUNDER HOS DE DELTAGENDE KOMMUNER OG PLEJECENTRE

I forbindelse med evalueringen er der gennemført to besøgsrunder i løbet af afprøvningsperioden fra januar 2017 til maj 2018. Første runde fandt sted midtvejs i afprøvningsperioden og fandt sted i september-oktober 2017 og den anden i juni 2018 umiddelbart efter afslutning af afprøvningsperioden. I hver kommune blev der udført interviews med hhv. den kommunale projektleder, plejecenterledere, teamledere, BPSD-nøglepersoner og øvrige medarbejdere. I første runde blev alle 24 plejecentre besøgt og udvalgte medarbejdere interviewet. I anden runde blev de fem kommuner besøgt, hvor der for hver kommune blev gennemført et interview med den kommunale projektleder og fokusgruppeinterviews med udvalgte repræsentanter af ledere/teamledere, BPSD-nøglepersoner og øvrige medarbejdere på tværs af kommunens deltagende plejecentre.

Alle interviews blev gennemført ud fra semistrukturerede interviewguides, som var udarbejdet specifikt til hver medarbejdergruppe. Interviewguides findes i bilag H. Interviewene havde især fokus på beboernes og medarbejdernes trivsel, oplevelsen af BPSD-systemet, implementering af de målrettede beboerindsatser, herunder barrierer og fremmende faktorer samt planer for den videre forankring af BPSD-projektet.

3.2.3 DATA FRA BPSD-SYSTEMET

Alle plejecentre i de fem deltagende kommuner har anvendt BPSD-systemet som en del af projektet. Data fra BPSD-systemet blev udtrukket den 31. maj 2018, hvor projektet sluttede. Data inkluderer registrerede oplysninger fra 1. januar 2017 til og med den 31. maj 2018 for de 736 beboere, der var en del af afprøvningsperioden. BPSD-systemet indeholder bl.a. informationer om beboernes køn, diagnose, antal NPI-vurderinger, NPI-værdi, BPSD-symptomer, typer af igangsatte beboerindsatser og forbruget af en række forskellige lægemidler.

Som en del af projektet er de deltagende beboere løbende blevet NPI-vurderet. Antallet af vurderinger for den enkelte beboer varierer (Se Bilag D), men jf. Tabel 2 er der i afprøvningsperiode samlet set blevet udført 3.126 NPI-vurderinger fordelt på i alt 736 beboere. I samme periode er der gennemført 2.400 BPSD-konferencer fordelt på 670 beboere. 118 beboere fik en NPI-værdi på 0 ved første vurdering, men en række af disse har senere fået værdi højere end 0. Der er 66 beboere der ikke er gennemført

BPSD-konference for i perioden primært fordi de havde en NPI-værdi på 0 ved deres vurderinger. Der er således blevet gennemført mindst én BPSD-konference for 90 pct. af beboerne i projektet, og der er for kun 10 pct. af beboerne ikke blev

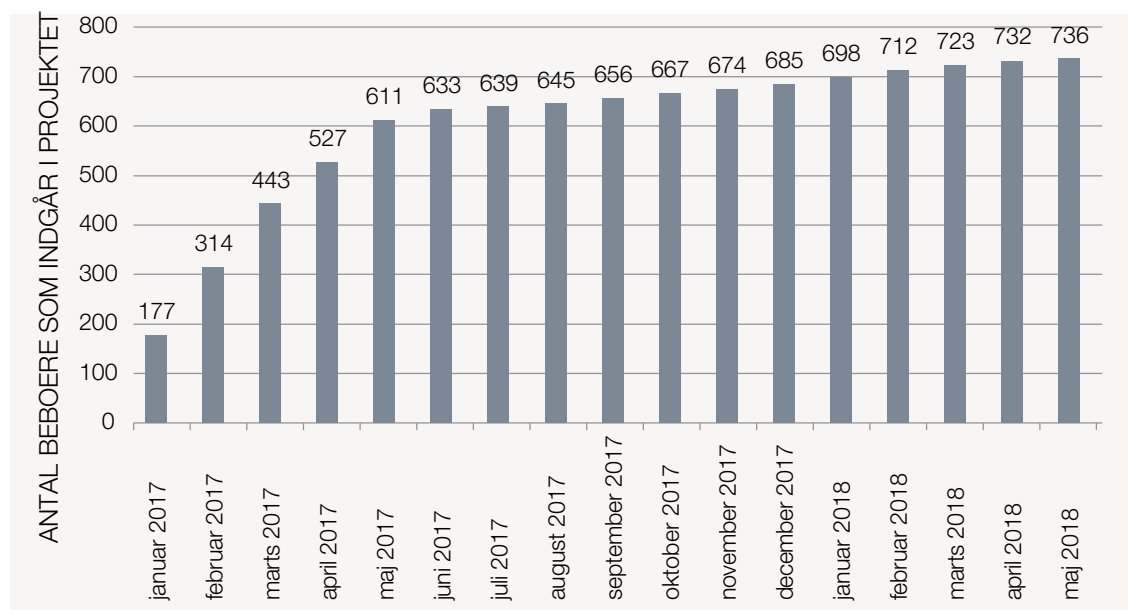
gennemført en BPSD-konference, hvilket stemmer godt overens med litteraturen på området. Tabellen viser også antal beboere, NPI-vurderinger og BPSD-konferencer i de fem kommuner.

TABEL 2: Antal beboere, NPI-vurderinger og BPSD-konferencer på kommune

	ANTAL BEBOERE	ANTAL NPI-VURDERINGER	ANTAL BPSD-KONFERENCER
Faxe kommune	137	582	459
Greve kommune	165	789	498
Hedensted kommune	109	550	507
Københavns kommune	149	524	441
Næstved kommune	176	681	495
HELE PROJEKTET	736	3.126	2.400

Kilde: BPSD-system (data 31. maj 2018).

Et mål i projektet var, at *alle* egnede beboere på de deltagende plejecentre, skulle inkluderes i projektet og have deres første NPI-vurdering inden 31. maj 2017. Egnede beboere var beboere med en demenssygdom eller beboere som havde en kognitiv funktionsnedsættelse, hvor der var mistanke om demens. Efter maj 2017 skulle nye egnede beboere løbende inkluderes. viser, at der fra projektets start i januar 2017 og frem til maj 2017 blev inkluderet 611 beboere, dette svarer i alt til 83 pct. af det samlede antal inkluderede beboere.



FIGUR 3: Udvikling i antal beboere, der deltog i projektet fra januar 2017 til maj 2018

Kilde: BPSD-system (data 31. maj 2018)

3.2.4 REGISTERDATA

Til analysen af hvorvidt brugen af BPSD-modellen har påvirket forbruget af sundhedsydelse anvendes registerdata, som bidrager med oplysninger angående kontakter med sygehuse, hospitalsindlæggelser, genindlæggelser, kontakter med primærsektoren samt kontakter med læger og speciallæger.

Forbruget af sundhedsydelser afdækkes gennem udtræk fra Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret. Analyserne af lægemiddelforbrug er foretaget på baggrund af registrerede lægemiddeldata i BPSD-systemet.

BOKS 2: Oplysninger om Landspatient- og Sygesikringsregisteret

- › **Landspatientregisteret**, hvor indlæggelser, ambulante kontakter og skadestuebesøg på sygehusene registreres.
- › **Sygesikringsregisteret**, ud fra hvilket borgernes brug af primærsektoren, dvs. de alment praktiserende læger, speciallæger, fysioterapeuter og psykologer m.fl. kan analyseres.

3.2.5 RESSOURCEFORBRUG

Analysen af ressourceforbruget tager udgangspunkt i den væsentligste anvendte ressource nemlig medarbejdertid til de forskellige elementer i BPSD-modellen.

I BPSD-systemet registreres tid og antal deltagere til BPSD-konferencerne samt antallet af gennemførte NPI-vurderinger. Disse oplysninger anvendes til at analysere tidsforbruget på de centrale elementer i BPSD-modellen.

3.3 ANALYSEMETODER

3.3.1 KVANTITATIVE ANALYSER

SPØRGESKEMAUNDERSØGELSE

Der er gennemført statistiske analyser på data genereret gennem de tre spørgeskemaundersøgelser. Analyserne er udført i Excel og STATA og er primært baseret på deskriptiv statistik, hvor udviklingen mellem baseline og den afsluttende spørgeskemaundersøgelse analyseres. Der anvendes et før-efter design, hvor medarbejderens besvarelser ved baseline sammenlignes med deres besvarelser ved projektets afslutning. Til vurdering af statistisk signifikante forskelle mellem baseline og den afsluttende undersøgelse anvendes chi-2 tests, t-tests samt Fischers test.

Ved baseline og den afsluttende spørgeskemaundersøgelse blev der spurgt ind til medarbejdernes generelle viden om demens. Til brug for indhentning af denne viden blev den validerede måleskala, Approaches to Dementia Questionnaire (ADQ-scala) (10) brugt. Skalaen har vist sig at være pålidelig og nem at bruge til at indsamle data fra store undersøgelser omhandlende demens.

Skalaen er udviklet til at måle personalets viden om, forståelse af og holdning til demens. Skalaen består af 19 spørgsmål, der tilsammen kan give en score mellem 19 og 95. Hvert spørgsmål er en graduering af en række udsagn, hvor det angives hvor enig/uenig man er. ADQ-målet består af to subskalaer: "Håb"³ og "Personcentreret omsorg"⁴. *Håb* består af 8 spørgsmål, der indikerer om personalet er pessimistiske eller optimistiske i forhold til fremtiden for mennesker med demens. En høj score på denne subkategori indikerer en positiv holdning overfor mennesker med demens. Den *Personcentrerede omsorg* består af 11 spørgsmål, der afdækker i hvilken grad medarbejdere har en personcentreret forståelse for individer med demens og anerkender mennesker med demens som individer, ligesom et hvilket som helst andet menneske. Scores højt i denne kategori, har man stor forståelse for mennesker med demens.

BPSD-SYSTEMET

Med udgangspunkt i dataudtræk fra BPSD-systemet er der gennemført statistiske analyser af udviklingen i NPI-værdien. Derudover belyser analyserne, om der er forskelle i resultaterne mellem plejecentre, kommuner, type plejeeenhed og typer af diagnoser. Analyserne er udført i henholdsvis SAS og Excel.

REGISTERANALYSER

Analyserne af de registerbaserede data, dvs. af om der forskel på medicinforbruget og forbruget af sundhedsydelser før og efter deltagelse i BPSD-projektet er gennemført ved hjælp af chi-i-anden test og Wilcoxon Signed Rank test i SAS.


3.3.2 KVALITATIVE ANALYSER

Interviewene med de deltagende kommuner og plejecentre er alle blevet kodet i databehandlingsprogrammet Nvivo ud fra opstillede temaer i spørgeguides. Analyserne af de kvalitative data byggede på en tematisk tekstanalyse (11). Første trin af analysen bestod i gennemlæsning af interviewnoter på tværs, med henblik på at identificere umiddelbare meningsenheder. Det andet trin indebar, at materialet kodes på baggrund af en forståelse af data. I det tredje trin udvikles der mere overordnede kategorier med udgangspunkt i kodningen.

³ Oversat af COWI fra originalen "Hope"

⁴ Oversat af COWI fra originalen "Person of Recognition"

4 UDVIKLING I BPSD-SYMPTOMER OG LIVSKVALITET

Abstract geometric shapes in the bottom right corner, consisting of several overlapping triangles and polygons in various shades of blue and grey, creating a modern, layered effect.



4 UDVIKLING I BPSD-SYMTOMER OG LIVSKVALITET

I dette kapitel analyseres udviklingen i beboernes BPSD-symptomer og livskvalitet. Kapitlet præsenterer således efterprøvningen af hypotese 1.

HYPOTESE 1

BPSD-modellens systematiske tilgang bidrager til, at beboere får en øget livskvalitet som følge af en reduktion eller stabilisering af deres BPSD-symptomer.

Grundantagelsen for hypotesen er, at en reduktion eller en stabilisering af beboernes BPSD-symptomer fører til bedre livskvalitet blandt beboere med demens eller demenslignende symptomer. En reduktion eller stabilisering af beboerens BPSD-symptomer måles ved NPI-værdien, hvor et fald i NPI-værdi er et udtryk for reduktion i beboerens BPSD-symptomer. Hypotesen baseres på de erfaringer, der er gjort i Sverige, der viser, at der er en korrelation mellem reduktion i beboernes NPI-værdi og livskvalitet (4).

For at efterprøve hypotesen vil vi undersøge udviklingen i NPI-værdien i afprøvningsperioden fra januar 2017 til udgangen af maj 2018.

Analyserne i dette kapitel vil tage udgangspunkt i data fra BPSD-systemet og vil inddrage kvalitative data samt resultaterne fra spørgeskemaundersøgelserne.

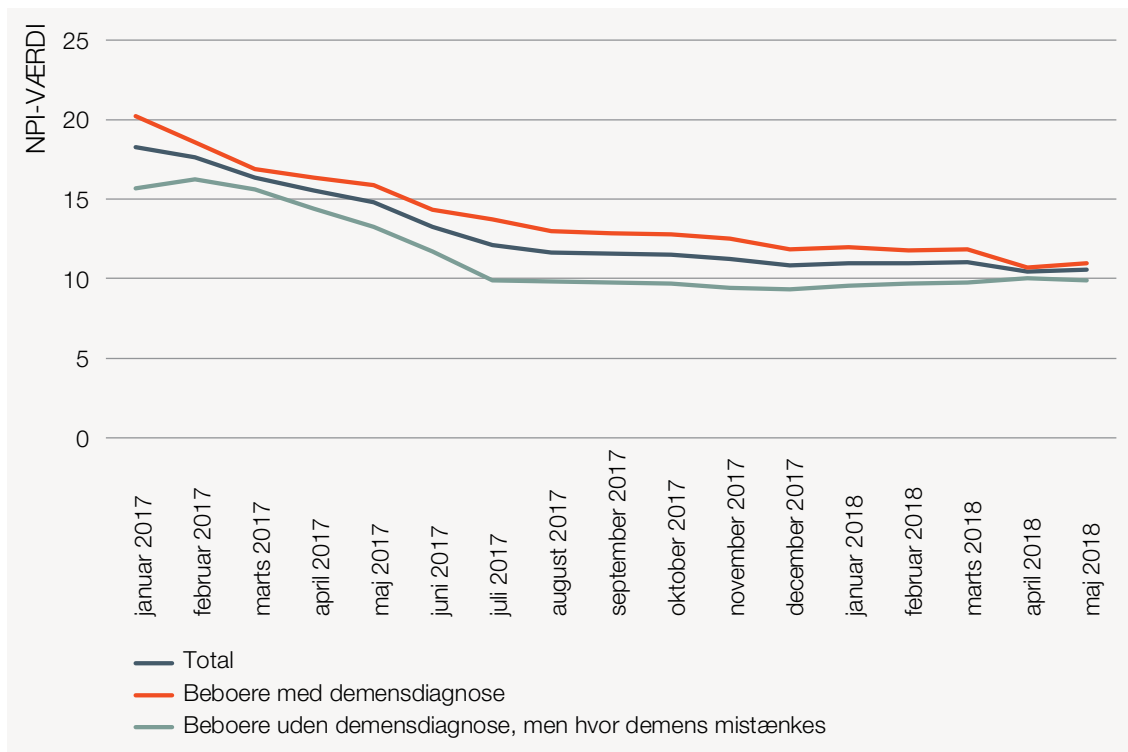
4.1 UDVIKLINGEN I NPI-VÆRDI

Udvikling i NPI anskues i rapporten ved at kigge på henholdsvis den gennemsnitlige NPI-værdi over tid samt udviklingen i NPI-værdien fra screening til screening. Herudover ses også på udviklingen i NPI-værdi for forskellige typer af demenssygdom, grupper af beboere og for de forskellige BPSD-symptomer.

UDVIKLING I NPI-VÆRDI OVER TID

Figur 4 viser udvikling i NPI-værdien over tid. Udviklingen er opgjort som den gennemsnitlige NPI-værdi i månedsintervaller. Samlet set er der tale om en forbedring i den totale gennemsnitlige NPI-værdi for alle deltagende beboere fra 18,3 til 10,5 svarende til et statistisk signifikant fald på 40,2 pct.

Der ses et markant fald i afprøvningsperioden for både beboere med og uden en demensdiagnose. For begge grupper gælder det, at der er sket det største fald i NPI-værdien fra januar til juli 2017, hvorefter faldet bliver mindre og kurven begynder at stabilisere sig frem til afslutningen af afprøvningsperioden i maj 2018.



FIGUR 4: Udviklingen i den gennemsnitlige NPI-værdi

Note: Alle tre grupper er statistisk signifikant forskellige. Standardafvigelsen (SD) er for total: 16,9 i jan. 2017 og 15,4 i maj 2018. SD for med demens 16,4 i januar 2017 og 15,0 i maj 2018. SD for uden demens 16,0 i januar 2017 og 16,3 i maj 2018.

Kilde: BPSD-systemet (data 31. maj 2018)

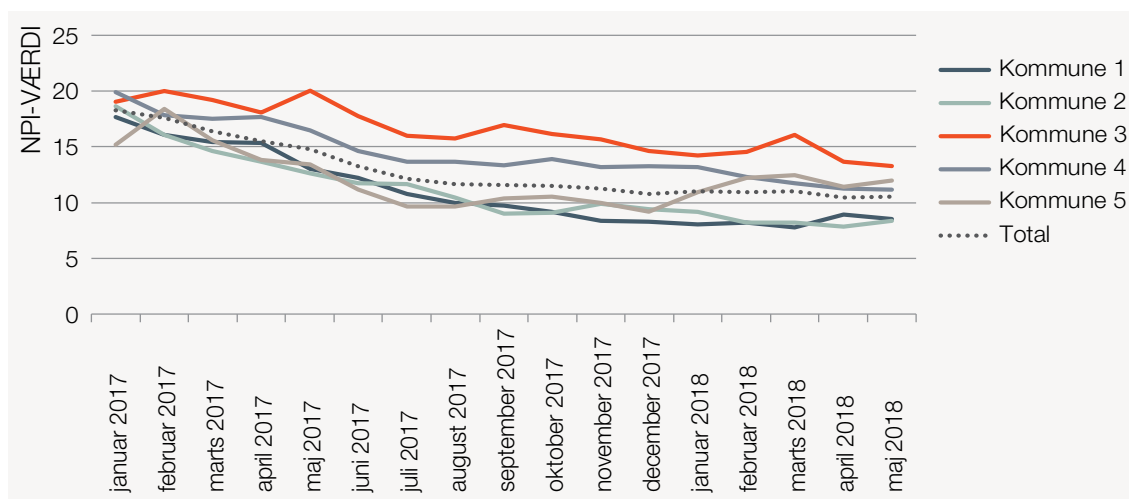
Tendensen i udvikling i NPI-værdien inden for de to grupper, hhv. med- og uden en demensdiagnose, er ens. Figur 4 viser, at NPI-værdien for beboere uden en demensdiagnose er lavere igennem hele perioden end for beboere med en demensdiagnose.

Flere demenssygdomme har karakter af at være en progredierende sygdom, som ikke kan stoppes, hvilket betyder, at den demensramte borger langsomt mister flere og flere funktionsevner. Den stagnering, som sker i den gennemsnitlige NPI-værdi i den sidste del af perioden, jf. Figur 4, er således et udtryk for, at til trods for sygdommens progrediering er det lykkedes at nedbringe og/eller stabilisere beboernes BPSD-symptomer.

Faglige eksperter knyttet til evalueringen vurderer, at det fald, som ses i løbet af de første seks måneder bl.a. må være et udtryk for, at der er blevet sat fokus

på at håndtere BPSD-symptomer på en anden måde end tidligere. Eksperterne vurderer videre, at det særligt må være systematikken bag modellen, som har medvirket til det store fald i NPI-værdien i de første seks måneder. COWI vurderer således, at resultaterne er meget positive.

Figur 4 viser udviklingen for alle beboerne samlet. Figur 5 viser udviklingen i NPI-værdien i afprøvningsperioden fordelt på de fem deltagende kommuner. Generelt har alle beboerne i kommunerne oplevet et fald i NPI-værdien, hvor kommune 1 og 2 har opnået det største fald (mere end 50 pct.) i perioden. Alle kommunerne på nær kommune 5 oplever et statistisk signifikant fald i NPI-værdien. Dette illustreres i figuren, hvor det ses, at NPI-værdien for kommune 5 stiger i den sidste del af projektperioden.



FIGUR 5: Udvikling i NPI-værdi fordelt på kommuner

Note: Alle grupper på nær kommune 5 er statistisk signifikant forskellige. Standardafvigelsen (SD) for Kommune 1 er 17,7 i januar 2017 og 14,9 i maj 2018. SD for Kommune 2 er 18,6 i januar 2017 og 13,4 i maj 2018. SD for Kommune 3 er 16,3 i januar 2017 og 13,9 i maj 2018. SD for Kommune 4 er 17,4 i januar 2017 og 15,2 i maj 2018. SD for Kommune 5 er 13,5 i januar 2017 og 18,1 i maj 2018. SD for total er 16,9 i januar 2017 og 15,4 i maj 2018.

Kilde: BPSD-system (data 31. maj 2018).

Alle kommuner reducerer deres NPI-værdi over projektperioden. Årsagerne til de kommunale variationer i NPI kan være mange. Det kan blandet skyldes ledelsesopbakning, allokerede ressourcer, implementering af BPSD-modellen og antallet og typen af borgere. De kommunale variationer vil blive undersøgt yderligere i kapitel 9.

STIMULERING AF SANSER SKABER ØGET LIVSGLÆDE

På et plejecenter bor en yngre kvinde med demens, som er meget ked af det, hvilket kommer til udtryk gennem gråd. Hun er især ked af, at hendes børn sjældent besøger hende og personalet oplever, at kvinden er mere ked af det, urolig og vred når hendes eksmand besøger hende. Dette skyldes, at han ofte sætter hende i uhensigtsmæssige situationer, da han har svært ved at forstå hendes grad af demens og dette forvirrer hende.

Ved første NPI-vurdering viser det sig, at hun scorer meget højt i forhold til vrangforestillinger, afvigende motorisk adfærd, depression, angst og iritabilitet. Kort efter vurderingen afholder personalet omkring hende en BPSD-konference. På konferencen bliver kvindens livshistorie anvendt i analysen. Medarbejderne har bemærket, at kvinden ofte flytter rundt på sine ting og pakker dem sammen. Hun har tidligere haft sin egen butik og behovet for at rydde op og pakke sammen, kan være et tegn på, at kvinden mangler beskæftigelse. Derudover bemærker medarbejderne, at hun i høj grad har brug for en rolig adfærd fra personalets side.

På BPSD-konferencen besluttes det, at der de næste fire uger skal arbejdes med at nedbringe kvindens angst- og depressionssymptomer og at hun dagligt skal have mulighed for sansestimulering. Dette kan både være i form af gåture, hvor kvinden får naturoplevelser, derudover kan der også anvendes en kugledyne.

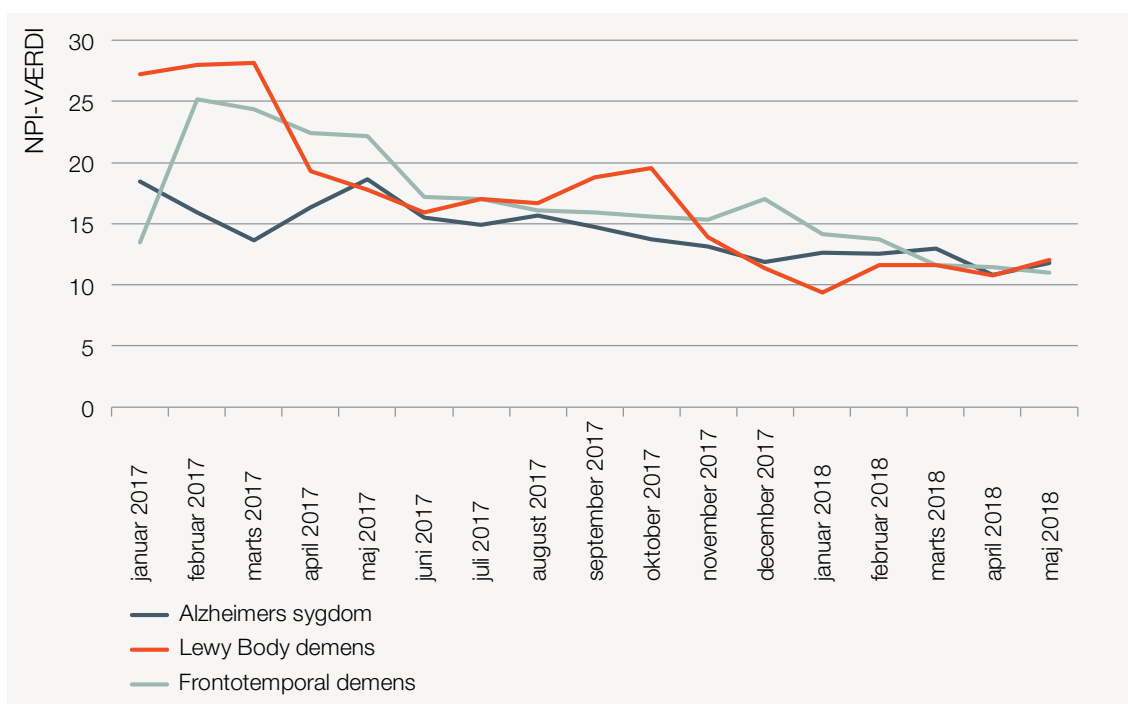
Løbende afprøver medarbejderne også andre tiltag så som grundig oprydning i kvindens lejlighed for at skabe overblik og derudover aftales der kortere besøg fra eksmanden og der tages kontakt til en gerontopsykolog.

Som følge af de igangsatte indsatser, oplever medarbejderne at især sansestimulering har en beroligende effekt på kvinden og samtidig skaber oplevelserne en god relation mellem kvinden og personalet. Dette gør, at personalet lettere kan hjælpe hende med personlig pleje. På en tur udtrykker kvinden "Det her kan man ikke andet end at blive glad af". En ny NPI-vurdering viser, at kvindens samlede NPI-værdi er faldet som følge af tiltagene, hvilket er udtryk for en øget trivsel for kvinden. Kvinden scorer lavere i forhold til vrangforestillinger, irriterbarhed, afvigende motoriske handlinger og angst, der tidligere var udslagsgivende.

UDVIKLING I BPSD-SYMTOMER FOR FORSKELLIGE DEMENSSYGDOMME

Som det fremgår af Figur 4, så er der forskel i niveauet for NPI-værdien for de beboere, som har en demensdiagnose, og de, som ikke har. Figur 6 viser udviklingen i den gennemsnitlige NPI-værdi fordelt på de tre hyppigste demenssygdomme

(Alzheimers sygdom, Frontotemporal demens og Lewy Body demens) inden for de fremadskridende såkaldte neurodegenerative sygdomme (12). Denne gruppe er årsag til ca. 70 pct. af alle demenstilfældene i Danmark (13).



FIGUR 6: Udvikling i den gennemsnitlige NPI-værdi fordelt på tre diagnoser

Kilde: BPSD-systemet (data 31. maj 2018)

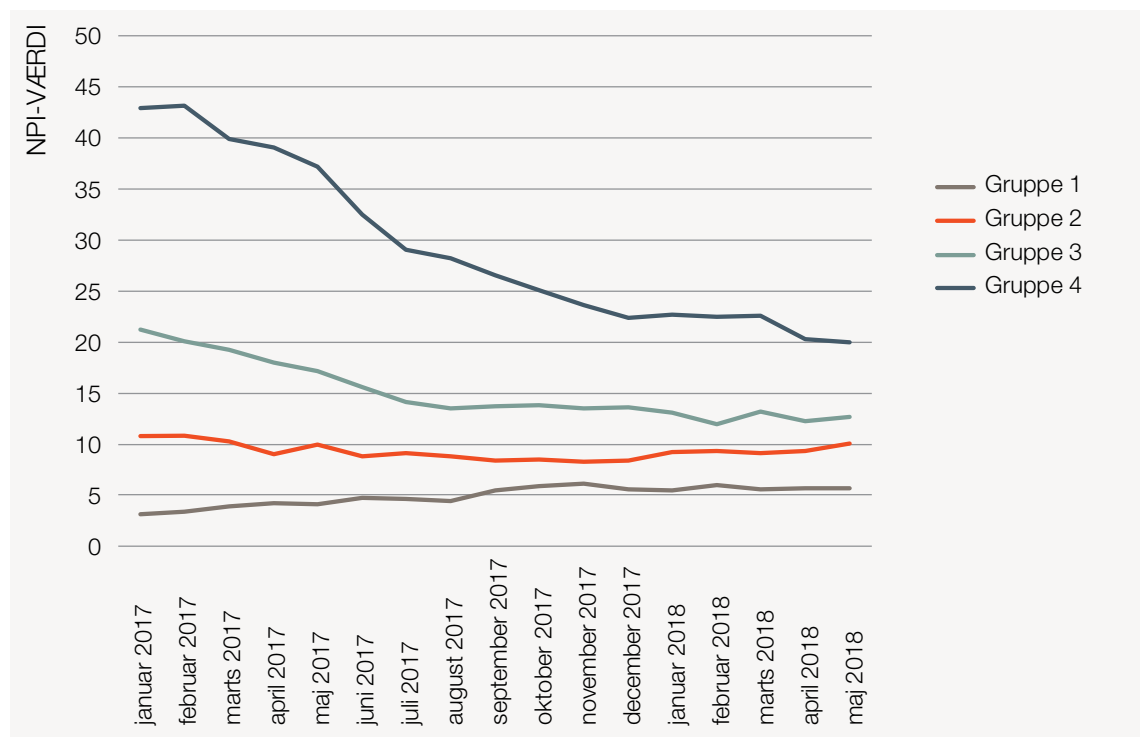
Figuren viser, at der særligt i starten af perioden er forskel i NPI-værdien mellem de tre diagnosegrupper. Der er for alle tre typer demenssygdom forbedring i BPSD-symptomerne i afprøvningsperioden.

COWI vurderer, at det er BPSD-modellens metode, der er forklaringen på denne udvikling. I kapitel 5 vises det, at BPSD-modellen har skabt en kollektiv forståelse for demenssygdomme og at medarbejderne i højere grad taler et fælles sprog, hvilket faldet i NPI-værdi mellem diagnoser understøtter.

UDVIKLING I BPSD-SYMTOMER FOR FORSKELLIGE SVÆRHEDSGRADER AF SYMTOMER

Figur 7 viser udvikling i NPI-værdien fordelt på fire grupper, der repræsenterer hver sin sværhedsgrad af BPSD-symptomer. I figuren er beboerne inddelt i fire grupper alt efter sværhedsgraden af deres BPSD-symptomer, således at gruppe 1 er den fjerdedel af beboerne med den laveste NPI-værdi ved første NPI-vurdering og gruppe 4 er den gruppe med den højeste NPI-værdi.

Overordnet set viser figuren, at desto højere NPI-værdi, desto større reduktion i BPSD-symptomerne opleves over tid.



FIGUR 7: Udvikling i NPI-værdi fordelt på sværhedsgraden i NPI ved 1. vurdering

Note: N=618. De beboere med 0 NPI (n=118) er udgået af analysen. Definition af grupperne; Gruppe 1: de 25 % som har den lavest NPI-værdi ved 1. vurdering; Gruppe 2: de 25 % med den næstlaveste NPI-værdi ved 1. vurdering; Gruppe 3: de med den næsthøjeste NPI-værdi ved 1. vurdering; Gruppe 4: de 25 % som har den højeste NPI-værdi ved 1. vurdering.

Kilde: BPSD-system (data pr. 31. maj 2018)

Resultaterne i figuren er interessante idet de viser, at den gruppe (gruppe 4), som ved første screening har den højeste NPI-værdi også er dem, der oplever det største fald i NPI-værdien over tid. Her er faldet på 55 pct. i afprøvningsperioden. Dette resultat understreger, at der for denne gruppe er størst potentiale i forhold til forbedring i beboerens livskvalitet.

Figuren viser ligeledes, at de to grupper med færrest BPSD-symptomer ligger relativt stabilt dog med en tendens til en mindre stigning. Dette kan hænge sammen med det typiske forløb for demenssygdomme, at beboerne bliver dårligere over tid og dette giver sig udslag i flere BPSD-symptomer. Stigningen er dog ikke markant og figuren understøtter ligeledes, at arbejdet med BPSD-modellen kan have stabiliseret en række symptomer.

UDVIKLING I NPI-VÆRDI OVER ANTALLET AF NPI-VURDERINGER

Over projektperioden vil det være muligt at nå at gennemføre fem NPI-vurderinger, hvis man er loyal over for metoden, idet der maksimalt må gå tre måneder (90 dage) mellem hver BPSD-konference, og hvor der inden skal foreligge en ny NPI-vurdering.

Tabel 3 viser den gennemsnitlige NPI-værdi ved hver NPI-vurdering samt antallet af beboere der indgår i vurderingerne. Tabellen er opdelt i hvorvidt beboerne har en demensdiagnose eller ej.

TABEL 3: Fordeling af beboernes gennemsnitlig NPI-værdi fordelt på antal NPI-vurderinger

NPI-VURDERING	ALLE BEBOERE		UDEN DEMENSDIAGNOSE		MED DEMENSDIAGNOSE	
	ANTAL BEBOERE	NPI-VÆRDI	ANTAL BEBOERE	NPI-VÆRDI	ANTAL BEBOERE	NPI-VÆRDI
1. vurdering	736	17,2	300	16,6	436	18,0
2. vurdering	641	13,5	263	12,9	378	14,3
3. vurdering	558	11,0	230	10,6	328	11,6
4. vurdering	472	10,8	193	10,1	279	11,8
5. vurdering	345	10,5	140	10,1	205	11,3
6. vurdering	204	11,7	84	9,8	120	14,4
7. vurdering	98	14,9	41	14,9	57	14,9
8. vurdering	35	16,6	17	18,1	18	15,0
9. vurdering	15	14,3	8	14,0	7	14,5

Note: Alle beboere inkluderer både beboere med og uden en demensdiagnose. Kun 6. vurdering er signifikant forskellige mellem de med og uden en demensdiagnose. Standardafvigelse (SD) ved 1. vurdering er 16,4 (med) og 20,3 (uden). SD ved 2. vurdering er 16,1 (med) og 16,8 (uden). SD ved 3. vurdering er 13,0 (med) og 14,0 (uden). SD ved 4. vurdering er 12,8 (med) og 14,0 (uden). SD ved 5. vurdering er 12,9 (med) og 15,4 (uden). SD ved 6. vurdering er 12,6 (med) og 18,9 (uden). SD ved 7. vurdering er 18,0 (med) og 17,2 (uden). SD ved 8. vurdering er 14,8 (med) og 19,9 (uden). SD ved 9. vurdering er 6,0 (med) og 5,3 (uden).

Kilde: BPSD-system (data pr. 31. maj 2018)

Tabellen viser, at antallet af beboere falder for hver NPI-vurdering. Det betyder, at man ikke direkte kan sammenligne udviklingen i NPI-værdi i mellem vurderingerne, idet gruppen bliver mindre og typen af beboere bliver ændret for hver screening, hvilket alt sammen har en effekt på NPI-værdien ved den givne vurdering. Årsagen hertil er bl.a., at nogle beboere har indgået i projektet i længere tid end andre, fordi de enten er nye beboere på plejecenteret eller medarbejderne har fået mistanke om demens hos beboerne ligesom der også løbende er beboere der dør. En anden forklaring, som de kvalitative analyser bakker op om, kan være, at beboere som scorer 0

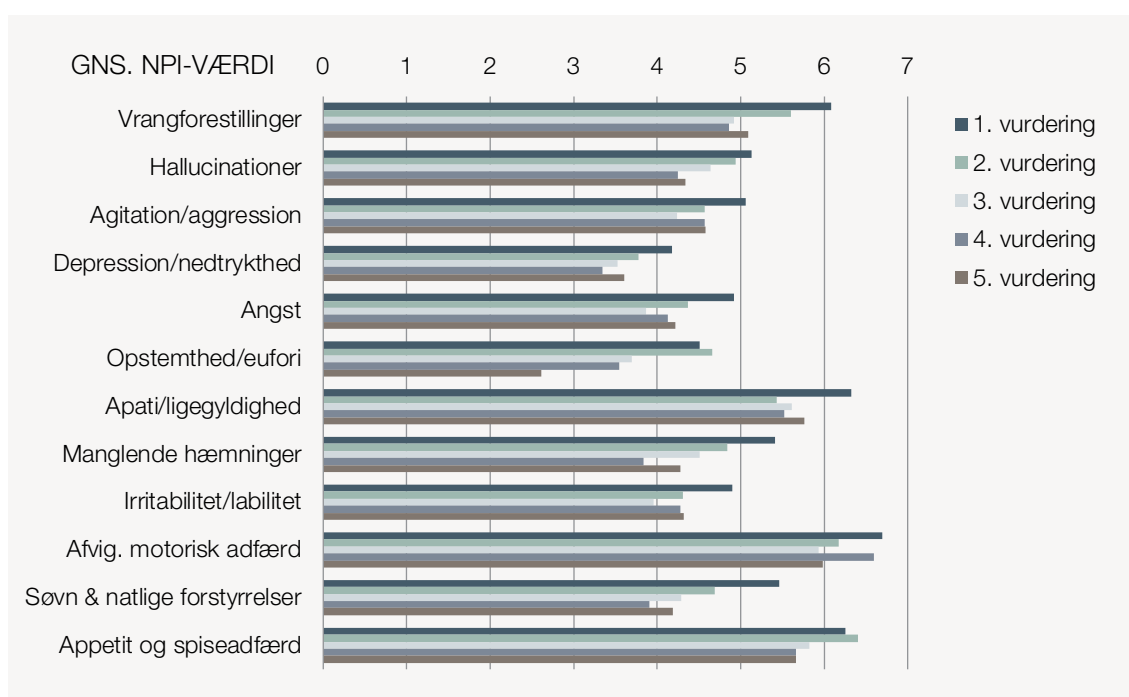
eller har en lav NPI-værdi bliver vurderet sjældnere end BPSD-modellen forudsætter ligesom beboere med mange symptomer ofte vurderes igen før der er gået tre måneder. De kvalitative analyser peger på, at denne differentiering hænger sammen med, at plejepersonalet i højere grad prioriterer de beboere med en høj NPI-værdi over dem med en lav værdi.

Det på trods, så viser tabellen alligevel, at NPI-værdien for beboerne med og uden en demensdiagnose falder fra første til henholdsvis femte eller sjette vurdering.

UDVIKLING I NPI-VÆRDI FOR FORSKELLIGE SYMPTOMER

Figur 8 viser, hvordan NPI-værdien fordeler sig på de 12 symptomer fordelt over fem NPI-vurderinger. Det ses af figuren, at reduktionen i NPI-værdi varierer, men der sker generelt en reduktion for alle 12 symptomer.

Det ses, at beboerne har den højeste NPI-værdi på henholdsvis afvigende motorisk adfærd, appetit og spiseadfærd, apati/lige-gyldighed samt vrangforestillinger.



FIGUR 8: Gennemsnitlig NPI-værdi på de 12 symptomer

Note: Figuren viser de første fem NPI-vurderinger. Bemærk at antallet af beboere varierer mellem NPI-vurderingerne (1. vurdering: N=736, 2. vurdering: n=641, 3. vurdering: n=558, 4. vurdering: n=472, 5. vurdering: n=345)

Kilde: BPSD-system (data 31. maj 2018)

Resultaterne i figuren stemmer grundlæggende overens med faglitteratur på demensområdet. Litteraturen viser videre, at depression og angst har en tendens til at falde over tid, mens aggression og afvigende motorisk adfærd er de mest vedholdende symptomer (14). I forhold til analysens resultater reduceres også depression og angst over tid indtil tredje eller fjerde vurdering. Ligeledes ses det, at afvigende motorisk adfærd er det mest vedholdende symptom. Som fremhævet tidligere, så har progressionen i demenssygdomme ligeledes en betydning for udviklingen i beboernes symptomer. Dermed kan en stagnation eller en mindre stigning godt være udtryk for, at plejeindsatsen er succesfuld, idet

symptomerne uden BPSD-modellen kunne stige endnu mere eller slet ikke falde ved de første vurderinger, som der opleves for alle 12 symptomer i analysen.

MEDARBEJDERNES VURDERING AF BEBOERNES TRIVSEL

Ovenstående analyser viser, at BPSD-modellen har en positiv effekt på udviklingen i beboernes BPSD-symptomer, idet der observeres et betydeligt fald i deres NPI-værdi og heraf følgende forbedret livskvalitet.

De positive resultater understøttes i høj grad af medarbejdernes egne vurderinger idet 81 pct. af alle



medarbejdere på plejecentrene enten i høj grad (25 pct.) eller i nogen grad (56 pct.) oplevede, at de fleste beboere trives bedre. Kun 8 pct. oplevede, at beboerne i mindre grad eller slet ikke trives bedre.

4.2 SAMMENFATNING

Analyserne viser samlet set, at det i afprøvningsperioden er lykkedes at reducere den gennemsnitlige NPI-værdi for beboere med 40,2 pct. med øget livskvalitet som følge. Der er tale om et markant og statistisk signifikant resultat. Resultaterne viser, effekten er størst i løbet af de første seks måneder, hvorefter effekten flader ud og viser en vedholdende, stabil tendens til trods for forventninger om, at progressionen i demenssygdomme over tid vil føre til øgede symptomer. Resultaterne understøttes af medarbejderne udsagn om observerede trivselsforbedringer hos beboerne.

Forbedringerne er sket både for beboere med diagnosticeret demens og beboere uden en demensdiagnose, men som har kognitiv funktionsnedsættelse, hvor der er mistanke om demens. Det ses også, at der er sket forbedringer uanset typen af demenssygdom, ligesom forbedringer er sket for alle 12 BPSD-symptomer. Der ses størst forbedring for de beboere, der fra start har de sværeste BPSD-symptomer (højeste NPI-værdi).

Beboernes livskvalitet er blevet forbedret og dermed bekræftes hypotesen om, at *BPSD-modellens systematiske tilgang bidrager til, at beboere får en øget livskvalitet som følge af en reduktion eller stabilisering af deres BPSD-symptomer.*

5 MÅLRETTEDE BEBOERINDSATSER

Abstract geometric shapes in the bottom right corner, consisting of several overlapping triangles and polygons in various shades of blue and grey, creating a modern, architectural feel.



5 MÅLRETTEDE BEBOERINDSATSER

I dette kapitel analyseres effekten af de målrettede beboerindsatser i afprøvningsperioden. Kapitlet præsenterer således efterprøvningen af hypotese 2.

HYPOTESE 2

BPSD-modellens systematiske tilgang bidrager til at sikre målrettede beboerindsatser med øget kontinuitet og personcentreret omsorg.

Antagelsen for hypotesen er, at BPSD-modellen gennem NPI-vurderinger og BPSD-konferencer bidrager til at få aftalt og gennemført målrettede beboerindsatser med øget kontinuitet baseret på personcentreret omsorg. En målrettet beboerindsats kan som beskrevet i kapitel 2 have karakter af både at være en lille ændring eller en mere omfattende indsats overfor beboeren. Med *kontinuitet* menes, at tilgangen til borgeren er den samme og ikke nødvendigvis, at det er den samme medarbejder, der plejer borgeren. Det antages, at de informationer som indtastes i BPSD-systemet bidrager til en systematisk tilgang til beboerne.

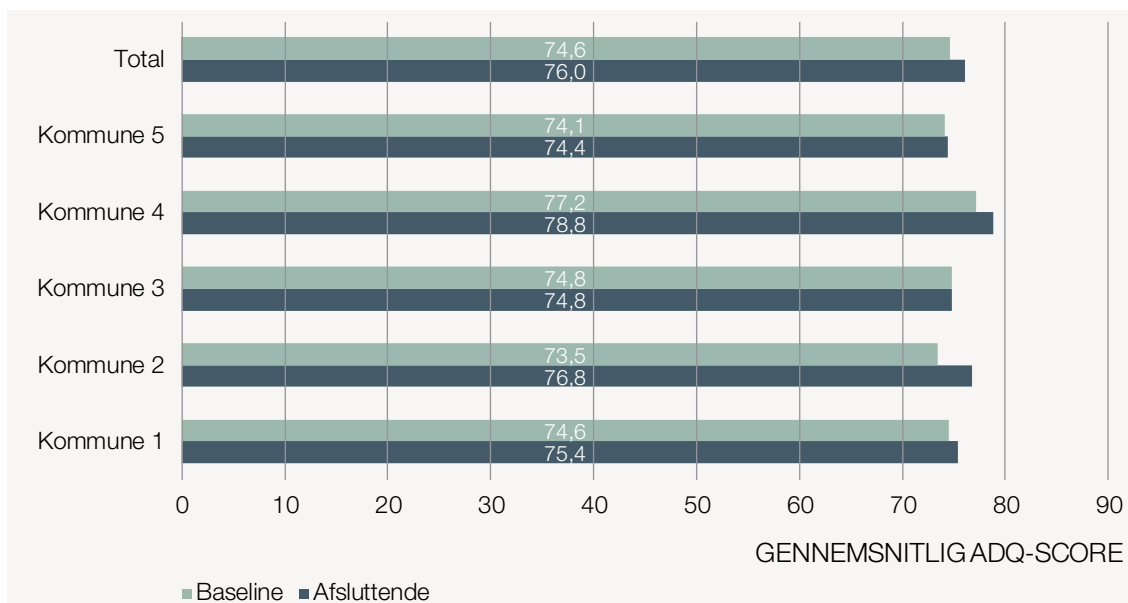
For at efterprøve hypotesen gennemføres fire hovedanalyser. Først undersøges medarbejdernes generelle viden om demens og udviklingen i denne. Derefter undersøges udviklingen i medarbejdernes faglighed og samarbejde, hvorefter medarbejdernes anvendelse af målrettede indsatser analyseres og endelig undersøges hvordan sammenhæng og kontinuitet opnås gennem de målrettede beboerindsatser.

Analyserne i dette kapitel tager udgangspunkt i data fra BPSD-systemet og inddrager resultater fra spørgeskemaundersøgelserne samt kvalitative data.

5.1 MEDARBEJDERNES VIDEN OM DEMENS

En af forudsætning for at kunne iværksætte målrettede beboerindsatser til beboere med demens er, at plejepersonalet har en grundlæggende viden og forståelse om demens (10). I den forbindelse er personalets generelle vidensniveau om demens blevet undersøgt med udgangspunkt i den validerede måleskala, Approaches to Dementia Questionnaire (ADQ-scala) (10), som beskrevet i 3.3.1.

Personalets vidensniveau ved opstart og ved afslutning af projektet viser, at vidensniveauet om demens generelt er højt og at medarbejderne på tværs af kommunerne har kompetencer til at arbejde med beboere med demens.



FIGUR 9: Medarbejdernes viden om demens (ADQ) opdelt på kommunalt niveau

Note: Figuren baseres på den gennemsnitlige ADQ-score for baseline og den afsluttende survey.

Kilde: Baselinesurvey (N=410) og afsluttende survey (N=410)

Analysen viser, at der er sket en lille statistisk signifikant stigning i ADQ-scoren fra baselineundersøgelsen til den afsluttende spørgeskemaundersøgelse for alle kommunerne. Det betyder, at alle medarbejderne i gennemsnit har fået lidt mere viden om demens. Når udviklingen i ADQ-scoren opdeles på medarbejdergrupper observeres der ligeledes en statistisk signifikant stigning i ADQ-scoren for alle. Tabel 4 viser ændringerne i ADQ-scoren fra baseline til den afsluttende undersøgelse.

TABEL 4: Ændringer i den gennemsnitlige ADQ-score gennem i projektperioden

	BASELINE	AFSLUTTENDE	ÆNDRING I ADQ-SCORE
Håb	23,8	24,6	0,8*
Personcentret omsorg	50,9	51,4	0,5*
TOTAL	74,6	76,0	1,4*

Note: Alle ændringer i ADQ-scoren er statistisk signifikante.

Kilde: Baselinesurvey (N=410) og afsluttende survey (N=410)

Evalueringens faglige eksperter vurderer, at vidensniveauet ved baseline var relativt højt baseret på ADQ-scoren, hvilket kan forklare, hvorfor der kun er en lille signifikant stigning fra baseline til den afsluttende undersøgelse. COWI vurderer, at resultatet ikke er overraskende, da der i de sidste 10 år på plejecentrene har været fokus på at opruste medarbejdernes viden om demens. Fra de kvalitative analyser fremgår det ligeledes, at medarbejderne med BPSD-modellen har fået et system, der kan hjælpe dem til at bruge deres eksisterende viden på en ny og systematisk måde. En medarbejder udtrykker det således:

“ I forhold til BPSD har vi lært noget nyt, men ikke i forhold til demens generelt. Der er ikke så meget ny viden, når man har arbejdet med det i 15 år. Men i forhold til BPSD og den måde at arbejde på, så har vi da lært noget. Før har vi måske været meget mere tilbøjelig til at give medicin. Nu prøver vi noget socialpædagogisk af inden. Og det er jo godt.



En anden medarbejder fortæller:

“ Med BPSD-projektet er rammerne anderledes. Man tænker systematisk og går hele tiden og overvejer hvad man kan gøre. Forskel fra før er at man måler på tingene og kan se resultater helt sort på hvidt på papir. Arbejdet med beboeren er det samme. Men nu er det bare systematiseret.

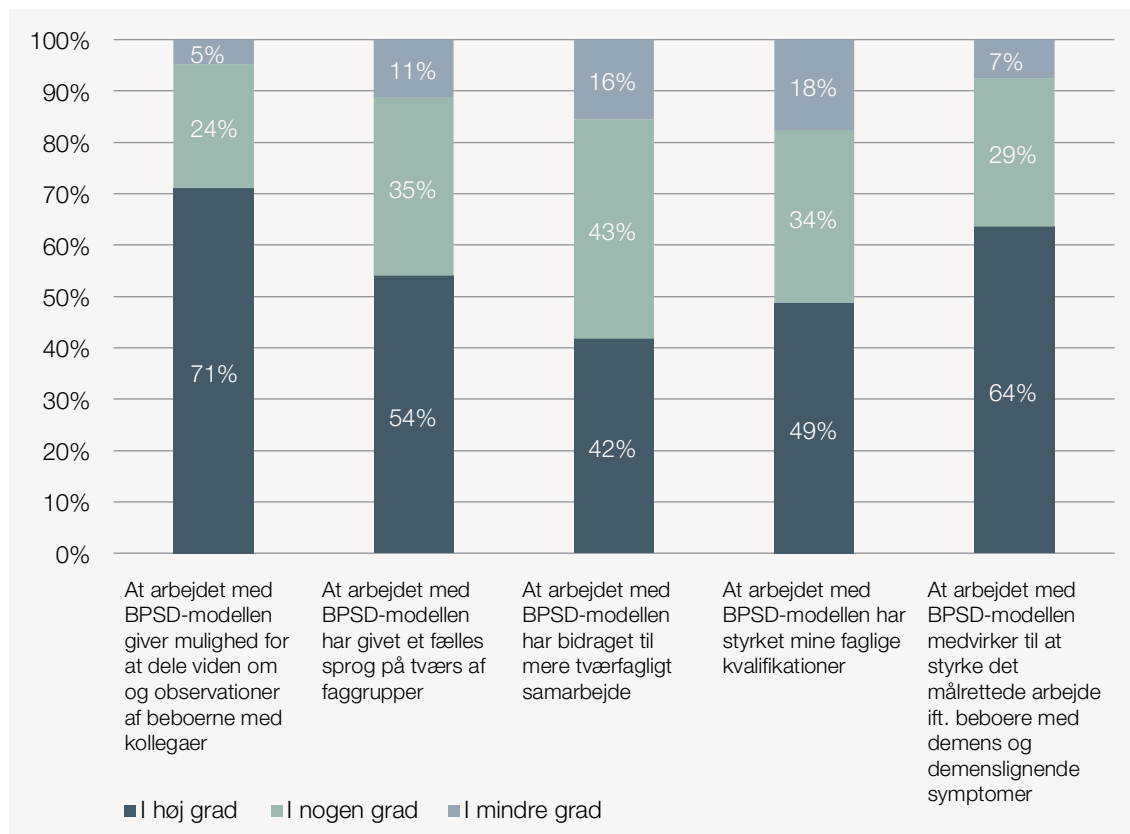
ØVRIG MEDARBEJDER

Resultaterne fra de kvalitative analyser vidner om, at gennem BPSD-modellen har medarbejdernes eksisterende viden fået nye rammer at udfolde sig i, hvilket har vist sig at have en positiv effekt på udviklingen i beboernes BPSD-symptomer.

5.2 UDVIKLING I MEDARBEJDERNES FAGLIGHED OG SAMARBEJDE

Analyser på tværs af de kvalitative og kvantitative datakilder vidner om, at BPSD-modellen har ført til en positiv udvikling i medarbejdernes faglighed til dagligt, selvom der ikke har været en betydelig opkvalificering i medarbejdernes vidensniveau.

Figur 10 viser hvilke parametre arbejdet med BPSD-modellen opleves at have bidraget positivt med til medarbejdernes faglighed og samarbejde. Resultaterne viser, at medarbejderne i 80 til 90 pct. af tilfældene i høj grad eller i nogen grad oplever, at BPSD-modellen dels giver mulighed for at dele viden, tale et fælles sprog, arbejde tværfagligt, styrke faglige kvalifikationer og det målrettede arbejde med beboere med demens.



FIGUR 10: BPSD-nøglepersoner og ledere oplevelse af arbejdet BPSD-modellen

Note: Figuren er baseret på følgende spørgsmål: "I hvilken grad er du enig i følgende:" fra den afsluttende survey. Spørgsmålet er kun stillet til BPSD-nøglepersoner og ledere/teamledere. Andele på under 5 pct. er ikke præsenteret i figuren.

Kilde: Afsluttende survey (N=187)

Der er generelt en meget positiv oplevelse af arbejdet med modellen. Således angiver at 95 pct. af BPSD-nøglepersoner og ledere, at de i høj eller nogen grad oplever, at modellen giver mulighed for at dele viden og observationer af beboerne med kollegaerne. Ligeledes angiver 93 pct., at de i høj eller nogen grad vurderer, at modellen styrker det målrettede arbejde i forhold til beboerne. En leder forklarede hvad BPSD-modellen bl.a. har bidraget med:

“ NPI-vurderingen giver et fælles sprog, og det med at gennemgå de fysiske ting, gør jo også at man kommer hele vejen rundt, og får tænkt ud af boksen. Og konferencen giver et godt refleksionsrum for medarbejderne – så jeg synes der er sammenhæng.

LEDER

Resultaterne fra de kvalitative analyser viser, at oplevelsen af øget samarbejde blandt andet afhænger af, hvorvidt man deltager i BPSD-konference eller ej. Analyserne viser, at der blandt de medarbejdere (både BPSD-nøglepersoner og øvrige medarbejdere) som deltager på BPSD-konferencen opleves et øget tværfagligt samarbejde, men de kvalitative analyser viser dog også, at gruppen af øvrige medarbejdere, som ikke har deltaget på BPSD-konferencerne, ikke føler, at det tværfaglige samarbejde er øget. Det er således særligt BPSD-konferencerne, der medvirker til at øge det tværfaglige samarbejde.

LIVSHISTORIE SOM OMDREJNINGSPUNKT FOR PLEJEN

På et plejecenter bor en ældre mand, som skaber udfordringer for personalet fordi han hele tiden råber og kan være aggressiv overfor personalet. Det betyder, at personalet oplever en negativ kontakt til manden. Første NPI-vurdering af beboeren viser, at han især vurderes højt i forhold til aggressivitet, irriterbarhed og søvnforstyrrelse. Efter vurderingen afholder personalet en BPSD-konference om beboeren. På denne konference deltager social- og sundhedshjælper, social- og sundhedsassistent, beboerens kontaktperson, fysioterapeut, sygeplejerske og afdelingslederen, som har rollen som mødeleder.

Indledningsvist giver kontaktpersonen en kort beskrivelse af beboeren og de udfordringer personalet oplever. Derefter bidrager de øvrige deltagere på konferencen med deres oplevelser af beboerens situation og hvilke udfordringer de oplever ift. beboeren. I fællesskab får personalet sporet sig ind på, at der er meget negativ kontakt til beboeren og at måden hvorpå de møder beboeren er meget afgørende. For at få en forståelse for mandens aggressivitet og irriterbarhed bliver hans livshistorie anvendt i analysen på konferencen. Beboeren har tidligere haft en bagerforretning og er derfor vant til at stå meget tidligt op, hvilket han på nuværende tidspunkt ikke gør. Derudover viser livshistorien, at beboeren er meget selvstændig af person og er vant til at være herre i eget hjem. Han har derfor et behov for at kunne klare sig selv og så vidt muligt være uafhængig.

Ud fra disse betragtninger bliver det på BPSD-konferencen besluttet, at beboeren skal hjælpes ud af sengen tidligt om morgenen og derefter selv kan bestemme, hvordan morgenen skal forløbe. Samtidig blev det besluttet, at hver gang han råber skal en medarbejder gå ind og se til ham. Derudover besluttes det, at beboeren skal have en anden mere terrængående kørestol, som kan give ham mere bevægelighed og dermed frihed, på opfordring af fysioterapeuten.

Umiddelbart efter indsatserne igangsættes oplever personalet en betydelig effekt hos beboeren. Hans uro og irritation forsvinder og han holder op med at råbe, da han bliver mødt med anerkendelse, lyttet til, accept og forståelse. Ved næste NPI-vurdering bliver det ligeledes klart at NPI-værdien er faldet for aggression, irriterbarhed og søvnbesvær.

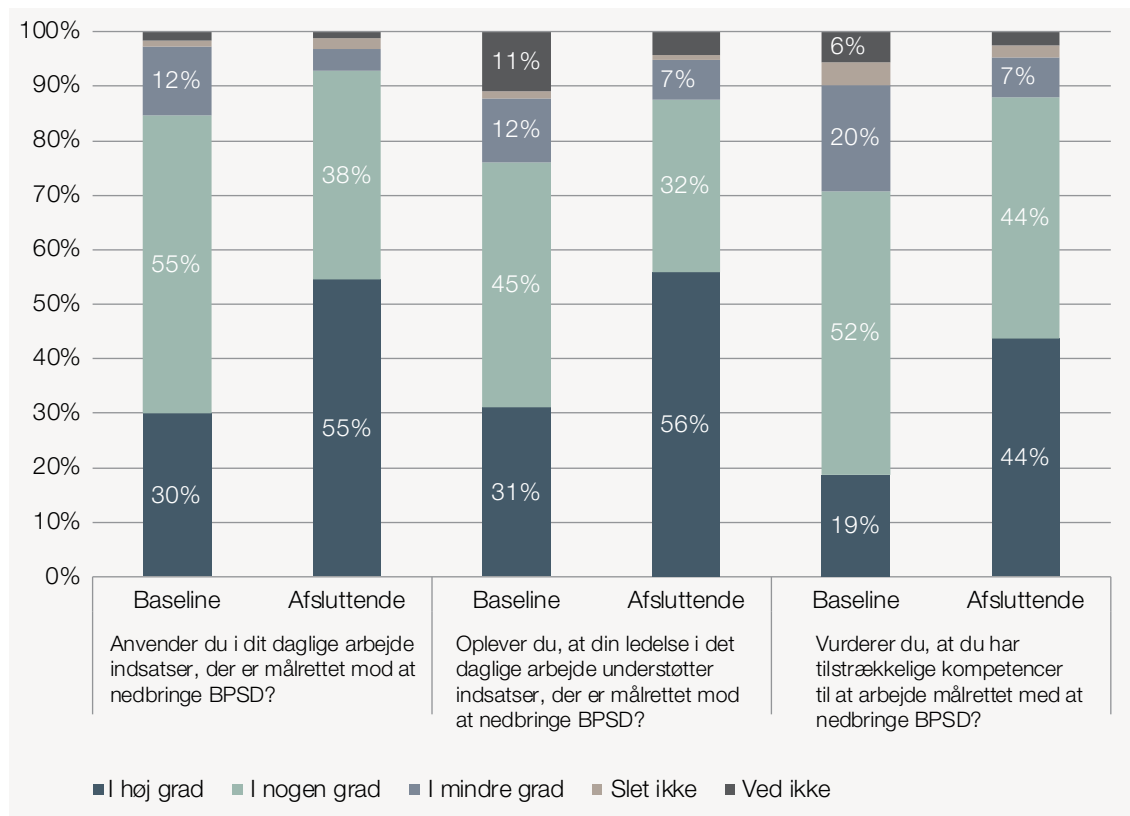
På den næste BPSD-konference for beboeren er alle medarbejdere enige om, at der ses en betydelig forbedring hos beboeren og at han i højere grad trives. På denne konference beslutter personalet at igangsætte indsatser, hvor manden hjælper til med praktiske gøremål på plejecenteret, så som borddækning og pyntning ved større arrangementer. Derudover besluttes det, at beboeren skal have lov til at køre ture i plejecenterets store kælder, hvor han har mulighed for på egen hånd at komme ud.

Som følge af disse indsatser oplever medarbejderne, at beboeren udviser glæde med smil, grin og tak og samtidig får han også en bedre kontakt til både personale og andre beboere. Det bliver tydeligt, at beboeren har en god humor, der pludselig dukkede frem til glæde for alle. Beboeren falder samlet set hurtigt i NPI-værdi, hvilket er et udtryk for, at indsatserne fra start er effektive og skaber bedre trivsel for beboeren.

5.3 MEDARBEJDERES ANVENDELSE AF MÅLRETTEDE BEBOERINDSATSER

På baggrund af ovenstående resultater er det interessant at undersøge, hvordan medarbejderne anvender deres viden i praksis.

I spørgeskemaundersøgelsen blev alle medarbejderne, herunder både ledere, BPSD-nøglepersoner og øvrige medarbejdere, bl.a. spurgt om, hvorvidt de arbejder målrettet med at nedbringe BPSD hos beboerne, samt om de har tilstrækkelige kompetencer til dette. Resultaterne er præsenteret i Figur 11.



FIGUR 11: Målrettet arbejde med at nedbringe BPSD

Note: For første og andet spørgsmål er N=321 ved både baseline og afsluttende survey, for tredje spørgsmål er N=410.

Kilde: Baselinesurvey og afsluttende survey

Figuren viser, at der i perioden er kommet mere fokus på at igangsætte indsatser, der kan nedbringe forekomsten af BPSD i dagligdagen både blandt medarbejdergrupperne og i ledelsen. Resultaterne vidner om en positiv udvikling fra baseline til den afsluttende undersøgelse, hvor forskellen også er statistisk signifikant.

Andelen af medarbejdere der i høj grad i det daglige arbejde anvender indsatser målrettet nedbringelse af BPSD er steget med 83 pct., og andelen der i høj grad vurderer, at de har tilstrækkelige kompetencer til at arbejde målrettet med at nedbringe BPSD er steget med 132 pct.

Yderligere analyser viser, at gruppen af 'øvrige medarbejdere' i mindre grad anvender indsatser, der er målrettet nedbringelse af BPSD. Resultatet

er statistisk signifikant for den afsluttende spørgeskemaundersøgelse. Ligeledes viser yderligere analyser, at BPSD-nøglepersonerne er den medarbejdergruppe, der i størst omfang vurderer, at de i høj grad anvender indsatser, der er målrettede mod at nedbringe BPSD. Ovenstående resultater viser, at graden af involvering i projektet vurderes at have betydning for, hvordan der arbejdes med indsatser målrettet BPSD.

Resultaterne viser også, at ledelsen gennem arbejdet med BPSD-modellen har fået mere fokus på vigtigheden i at arbejde målrettet med indsatser, der kan nedbringe BPSD, eftersom medarbejderne oplever mere ledelsesopbakning til dette arbejde ved afprøvningens afslutning ift. afprøvningsstart. Forskellen er statistisk signifikant. De kvalitative analyser understøtter den oplevede

øget ledelsesopbakning. Arbejdet understøttes bl.a. ved at planlægge BPSD-konferencer, så de relevante medarbejdere (BPSD-nøglepersoner, kontaktperson og sygeplejerske) kan deltage i disse, sikre synligheden af planlagte beboerindsatser ved at lave systemer/tavler for medarbejderne og sørge for, at der bliver fulgt op på beboerindsatserne indenfor modellens præmisser.

Langt flere medarbejdere vurderer, at de siden afprøvningen startede i høj grad har tilstrækkelige kompetencer til at arbejde målrettet med at nedbringe BPSD (44 pct. mod 19 pct.). Dette resultat er interessant, idet størstedelen af medarbejderne indledningsvist kun har fået begrænset kompetenceudvikling af mellem 1 time til tre-dages varighed. COWI vurderer på den baggrund, at der er sket et kompetenceløft, primært som følge af det praktiske arbejde BPSD-modellen i dagligdagen.

COWI vurderer på baggrund af ovenstående resultater, at det systematiske fokus på indsatser til at nedbringe BPSD gennem arbejdet med BPSD-modellen har haft en positiv effekt på medarbejdergruppens arbejde som helhed.

Følgende eksempler illustrerer typer af målrettede beboerindsatser som er blevet iværksat på plejecentrene:

EKSEMPLER PÅ IVERKSATTE BEOERINDSATSER

Eksemplerne nedenfor viser, at indsatserne kan have en simpel karakter og handler om, at se det hele menneske for at blive opmærksom på, hvilke simple tiltag, der kan gøre en stor forskel for den enkelte. Indsatserne, som personalet igangsætter, er ikke nødvendigvis tidskrævende, men handler ofte om deres tilgang til borgeren.

AT SKABE MENINGSFULD BESKÆFTIGELSE

En kvindelig beboer var rastløs og nedtrykt. På en BPSD-konference drøftede man årsagen hertil. Man blev enig om hun måtte mangle meningsfuld beskæftigelse. Den kvindelige beboer havde været husmor hele livet og var vant til at rydde op og gøre det pænt og nydeligt i eget hjem. Med udgangspunkt i kvindens livshistorie igangsatte personalet, at de skulle rode lidt i hendes lejlighed, så hun kunne gå og rydde op, ligesom hun var vant til tidligere. Personalet fortalte om borgeren, at de gav hende hendes hverdag tilbage, ved at lave rod i hendes lejlighed, så hun kunne "passe hus" som tidligere. Det havde en rigtig stor effekt på hendes humør og adfærd.

AT VÆRE EN DEL AF FÆLLESSKABET OG GIVE EN HÅND

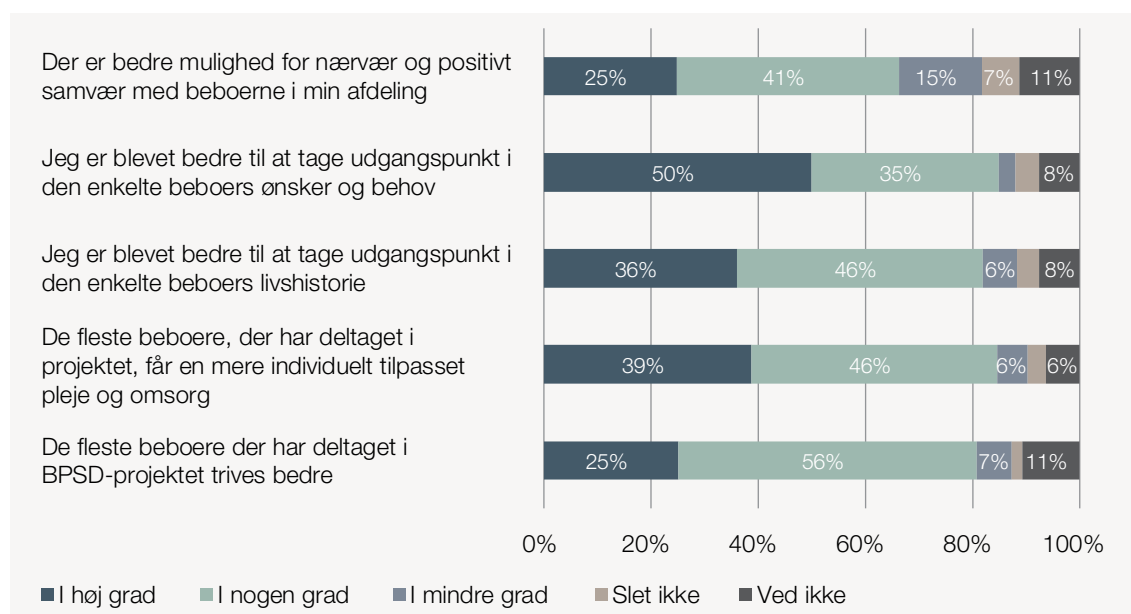
En mandlig beboer flyttede ind på plejecenteret og kedede sig rigtig meget. Han var i god fysisk form, og personalet fandt ud af, at han gerne ville hjælpe til. Det blev derfor besluttet på en BPSD-konference, at han kunne hjælpe til rundt om i huset. Han begyndte at gå ud med skraldet, uddele posten på plejecenteret og hjælpe gartneren i haven. Personalet oplevede, at nu kedede han sig ikke så meget mere, fordi han har fået noget at lave i løbet af dagen. Beboerens børn fortalte, at deres far var blevet meget mere glad for at være på plejecenteret end i starten, fordi han havde fået noget at lave.

EN INDSATS KAN OGSÅ VÆRE SAMVÆR

En kvindelig beboer var meget irriteret på personalet. Hun ville meget gerne vise billeder, men kvinden oplevede, at kun få var interesserede i at se hendes billeder. På en BPSD-konference blev det besluttet, at hver dag skulle en medarbejder banke på døren med en kop kaffe, og spørge om de måtte se hendes billeder. De skulle bruge 10 minutter på det. Personalet oplevede hurtigt en forbedring hos kvinden, som var meget mindre irriteret og sur på personalet. Personalet fortalte, at det var så simpelt, men for simpelt til, at selvom man måske havde fået idéen før, så gjorde BPSD-systemet, at det blev besluttet og at der blev prioriteret tid til det i hverdagen. Det gjorde en stor forskel og hun blev meget gladere.

5.4 SAMMENHÆNG OG KONTINUITET I PLEJEN

Det er en antagelse, at målrettede beboerindsatser skaber bedre sammenhæng og øget kontinuitet i beboerens omsorg. I Figur 12 understøttes denne antagelse, idet mindst to tredjedele af alle medarbejdere vurderer, at de i høj grad eller i nogen grad er blevet bedre til at skabe bedre sammenhængende pleje.



FIGUR 12: Sammenhæng og kontinuitet i plejen af den enkelte beboer

Note: Figuren er baseret på spørgsmål 38: "I hvilken grad er du enig i følgende udsagn" fra den afsluttende survey.

Kilde: Afsluttende survey (N=541)

Nogle af de mest positive resultater er, at medarbejderne er blevet bedre til at tage udgangspunkt i beboernes livshistorie (82 pct.) og den enkelte beboers ønsker og behov (85 pct.).

Resultaterne i figuren viser også, at medarbejderne oplever, at der er blevet bedre mulighed for nærvær og positivt samvær med beboerne i deres afdeling, hvilket kan ses i sammenhæng med, at 81 pct. af medarbejderne angiver, at de fleste beboere som har deltaget i BPSD-projektet trives bedre. Resultaterne bekræfter, at det ikke kun er den enkelte medarbejder, som oplever, at de gør noget ekstra for beboerne, men at der er en oplevelse af en forbedret pleje for beboerne på plejecentrene. Dette bakkes op af andre resultater fra spørgeskemaundersøgelsen, der viser, at 85 pct. af medarbejderne enten i høj grad (31 pct.) eller i nogen grad (54 pct.) oplever, at de og deres kollegaer er blevet bedre til at sikre sammenhæng i plejen af den enkelte beboer, som følge af modellen.

Det nuancerede syn på beboere med demens og de målrettede indsatser, som følge af BPSD-modellen har betydet, at medarbejderne er blevet bedre til at sikre sammenhæng i plejen til beboerne. De kvalitative analyser viser generelt, at der er stor enighed om, at modellen bidrager til øget sammenhæng i plejen. På nogle plejecentre har man fx erfaret, at nogle beboere havde brug for at have faste kontaktpersoner fremfor et skiftende personale, fordi de havde svært ved stole på flere forskellige medarbejdere. I dette tilfælde har et organisatorisk forhold sikret bedre sammenhæng for disse beboere. Ligeledes er personalet på tværs af afdelinger og vagtlag blevet bedre til at koordinere, planlægge og informere om indsatser, således at de har den samme tilgang til borgerne. En medarbejder forklarer, hvordan BPSD-modellen bidrager til sammenhæng sådan:



BPSD er det bedste system, jeg har set til dato. Tager man det alvorligt, så kan det gøre, at mennesket kommer i centrum. Opgaverne på plejecentrene ligger hovedsageligt på det somatiske område, og denne model går på det psykiske. Der har været et behov for at se sammenhængen mellem det somatiske og det mentale område.

PROJEKTLEDER

ENSRETTET PLEJE SKABER MINDRE UDADREAGERENDE ADFÆRD

På et plejecenter bor en kvinde, som ofte skælder ud på forbipasserende medbeboere og reagerer med vrede og aggressivitet når personalet prøver at hjælpe hende. En dag falder kvinden og brækker hoften. Efter hospitalsopholdet kommer hun sengeliggende tilbage på plejehjemmet. Hendes mand kommer ca. en gang om ugen, men har svært ved at se sin kone så dårlig og så vred, så besøgene er for det meste hurtigt overstået.

Efter faldet, kan kvinden ikke gå, så hun har fået en kørestol. Trods kørestolen, ønsker hun ikke at komme ud i fællesarealerne – og hvis hun kommer ud, skælder hun de andre ud. Derudover har hun mistet appetitten og taber sig. Første NPI-vurdering viser, at kvinden især scorer højt i forhold til manglende hæmninger, aggression, angst, ligegyldighed og spiseadfærd.

Med udgangspunkt i vurderingen holder personalet en BPSD-konference om kvinden. På konferencen snakker personalet om, hvilke udfordringer de oplever i forbindelse med plejen af kvinden og hvordan de kan løse dem. Under drøftelserne bliver det tydeligt, at det er meget vigtigt at skabe tryghed for kvinden. Der er to fra personalegruppen, som har fået opbygget en god fast rutine med kvinden, hvor hun ikke skælder ud eller bliver aggressiv. På konferencen besluttet det, at disse to medarbejdere skal vise og forklare det resterende personale, hvordan de håndterer plejen uden at kvinden bliver angst. Personalet planlægger hvornår de skal med ind og se hvordan 'teamet' gør; først en gang som betragter og dernæst én gang, hvor personen selv skal være aktiv.

Medarbejderne oplever at indsatsen for at ensrette plejen af kvinden betyder, at hun bliver mere tryk ved alt personale og er mindre vred og aggressiv overfor personalet. Samtidig oplever de, at hun oftere smiler og kommer med ud i fællesstuen, hvor hun hygger sig med de andre beboere og personalet. Besøgende fra kvindens mand bliver også længere.

5.5 SAMMENFATNING

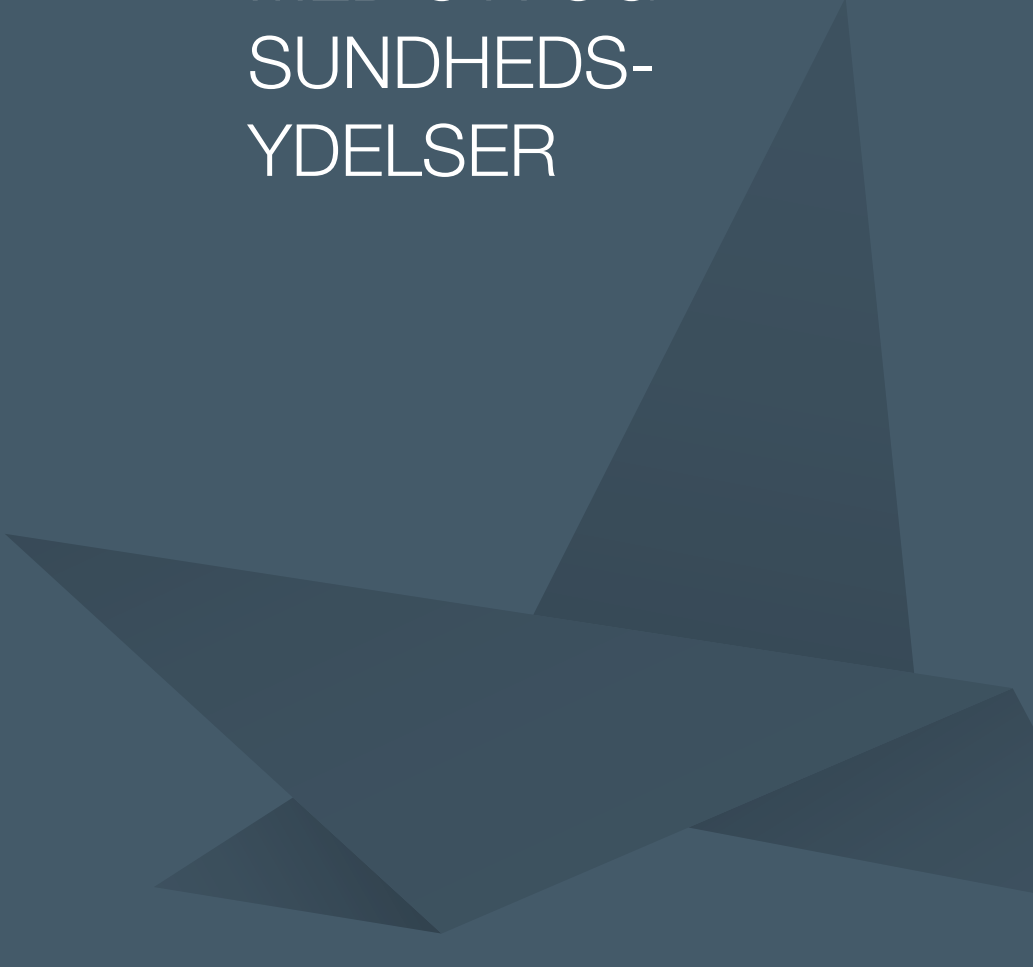
Evalueringen viser, at der i afprøvningsperioden er sket en mindre, men statistisk signifikant, øgning i medarbejdernes viden om demens. Det er sket, selvom deres viden allerede i forvejen var på et højt niveau. Det fremhæves her, at det særligt er modellens systematiske metode, der gør medarbejderne i stand til i højere grad at omsætte og anvende deres eksisterende viden på en ny og mere systematisk og effektiv måde.

Medarbejderne anvender i højere grad end tidligere personcentrerede og målrettede indsatser, der tager udgangspunkt i den enkelte beboer og beboerens livshistorie. Dette har, udover at medvirke til de positive resultater for beboerne, øget kompetencerne hos medarbejderne, styrket fagligheden og forbedret samarbejdet på plejecentrene.

Evalueringen viser, at sammenhængen og kontinuiteten i plejen af beboerne er blevet styrket. Plejen er i mindre grad end tidligere afhængig af den enkelte medarbejder. Den systematiske tilgang sikrer, at tilgangen til borgeren i højere grad er ens på tværs af medarbejdere. Der er blandt medarbejderne en bred enighed om, at modellen bidrager til øget sammenhæng i plejen.

Således bekræfter analyserne hypotesen om, at *BPSD-modellens systematiske tilgang bidrager til, at sikre målrettede beboerindsatser med øget kontinuitet og personcentreret omsorg.*

6 PLEJECENTER- BEBOERNES FORBRUG AF MEDICIN OG SUNDHEDS- YDELSER





6 PLEJECENTERBEBOERNES FORBRUG AF MEDICIN OG SUNDHEDSYDELSER

I dette kapitel analyseres de deltagende plejecenterbeboeres forbrug af medicin og sundhedsydelse samt hvilken betydning BPSD-modellen kan have haft på forbruget. Der vil være et særligt fokus på forbruget af antipsykotisk medicin, da der i Den Nationale Demenshandlingsplan er et konkret mål omkring nedbringelse deraf. Hypoteserne og kapitlets antagelser vil blive præsenteret i hvert af de følgende underafsnit.

6.1 MEDICINFORBRUG

I dette afsnit analyseres medicinforbruget for beboerne på plejecentrene. Først analyseres det generelle medicinforbrug, og derefter specifikt på henholdsvis forbruget af antipsykotisk medicin og uhensigtsmæssig medicin. Afsnittets overordnede hypotese angår forbruget af antipsykotisk medicin, og præsenteres nedenfor.

HYPOTESE 3

BPSD-modellens systematiske tilgang bidrager til at nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin på plejecentrene.

Den antagelse, der ligger til grund for hypotesen er, at BPSD-modellens systematiske tilgang, herunder særligt de målrettede beboerindsatser, vil bidrage til, at beboernes forbrug af antipsykotisk medicin bliver mindre. Dette indebærer både, hvorvidt andelen af beboere, der får antipsykotisk medicin bliver mindre samt hvorvidt, der forekommer en reduktion i dosis.

Det forventes, at der gennem BPSD-modellen kommer mere fokus på beboernes symptomer, og at der igangsættes målrettede beboerindsatser som har fokus på tiltag, som ikke er af medicinsk karakter eller at medicineringen bliver mere hensigtsmæssig, hvilket både kan ske ved mindre antipsykotisk medicin eller ved at anvende andre typer medicin. Igangsættelsen af de målrettede beboerindsatser forventes at føre til, at beboerens behov for antipsykotisk medicin falder, og at der sker en mere hensigtsmæssig medicinering.

Opgørelserne er baseret på registreringer af medicin i BPSD-systemet. At registrere medicin er ikke som i eksempel sygehus- og apoteksregi systematiseret og underlagt registreringsvejledninger og validering af indtastede oplysninger. Der skal således taget et vist forbehold for underregistreringer og fejlregistreringer.

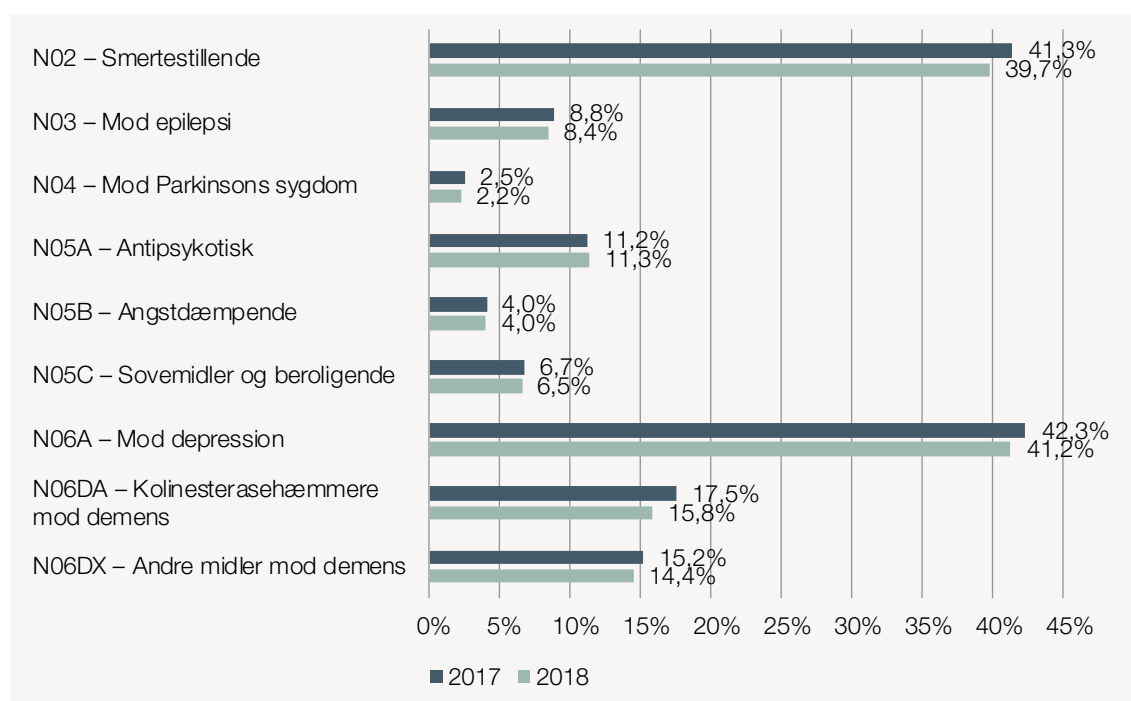
6.1.1 DET GENERELLE MEDICINFORBRUG

I Figur 13 præsenteres ændringen i forbruget af ni typer af medicingrupper blandt de deltagende beboere fra 2017 til 2018. Andelen, der har fået

de i Figur 13 viste former for medicin, er alle faldet svagt med undtagelse af antipsykotisk medicin og angstdæmpende lægemidler. Ændringerne i andelen af beboere, der har fået de pågældende typer af medicin, er imidlertid meget små og ingen af de nævnte tendenser er statistisk signifikante.

Der skal knyttes et forbehold til disse resultater.

Mens resultaterne vedrørende 2017 bygger på data fra et helt år, bygger resultaterne vedrørende 2018 ikke på data for hele 2018. Det kan dermed ikke udelukkes, at andelen af beboere, der har fået de forskellige typer af medicin, ville være lidt højere i 2018, hvis vi havde haft adgang til data for hele året.



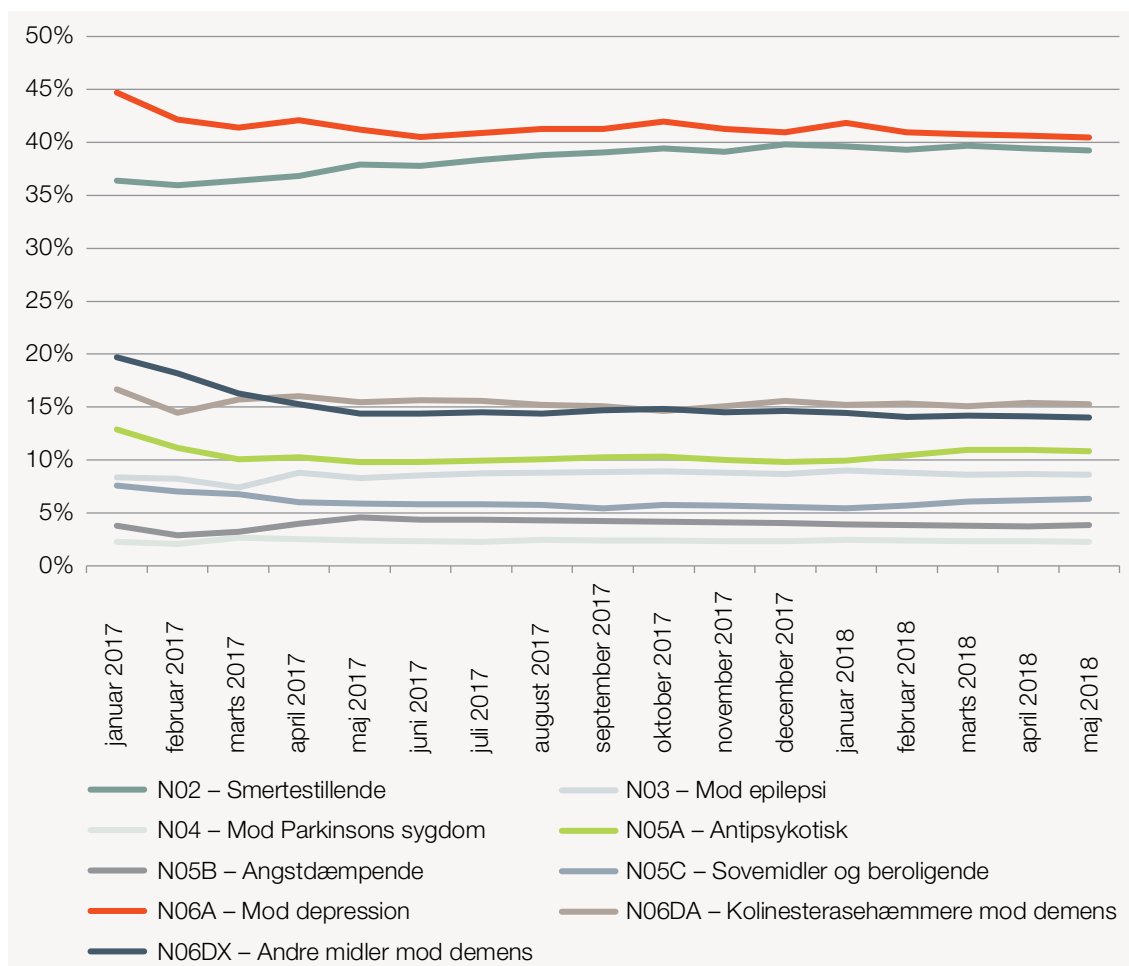
FIGUR 13: Andelen af beboere, der fik medicin i 2017 og 2018

Note: N=591. Grupperingen af medicin følger ATC-koder. ATC-systemet er et system til klassifikation af lægemidler efter deres indholdsstof og virkeområde. ATC står for Anatomical Therapeutic Chemical Classification System, og selve systemet defineres af WHO Collaborating Centre for Drug Statistics.

Kilde: BPSD-systemet.

Udviklingen måned for måned i andelen af beboere, der fik de forskellige typer af medicin fremgår af Figur 14. Det ses, at der i 2017 har været en let stigende tendens i andelen af beboere, der har fået smertestillende medicin, men stigningen ser ikke ud til at fortsætte i 2018. For henholdsvis angstdæmpende medicin, kolinesterasehæmmere mod demens og medicin mod epilepsi ses i starten en svagt faldende tendens og derefter en svagt stigende tendens, som

stabiliseres efter et par måneder. Omvendt har der været en faldende tendens i andelen af beboere, der har fået hhv. antipsykotika, antidepressiva, sove- midler eller beroligende medicin samt 'andre midler mod demens'. Faldet har været størst de første 2-3 måneder af afprøvningsperioden. Ingen af faldende er dog statistisk signifikante.



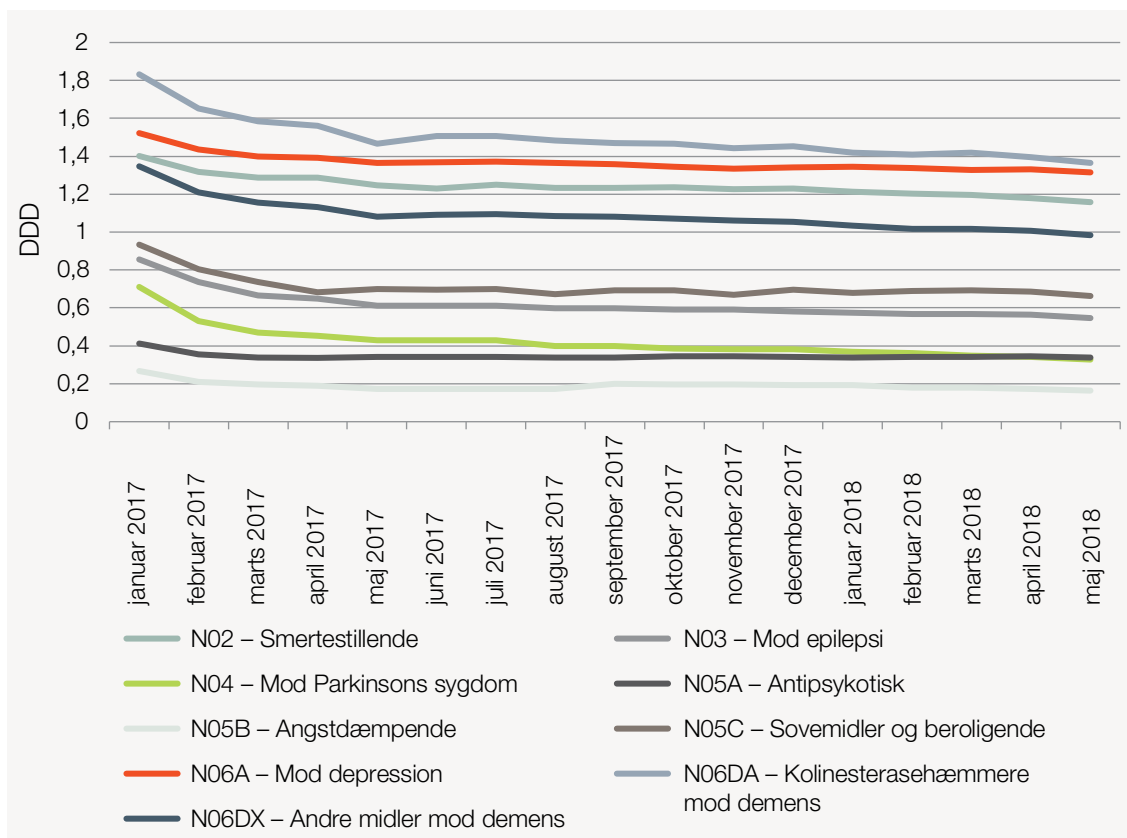
FIGUR 14: Udviklingen i andelen af beboere, der fik medicin i afprøvningsperioden

Note: N=Antallet af beboere der senest i måneden var blevet screenet første gang, og som ikke var død eller af anden grund udgået af projektet. I januar 2017 er N=132, i juni 2018 er N=582. Grupperingen af medicin følger ATC-koder. ATC-systemet er et system til klassifikation af lægemidler efter deres indholdsstof og virkeområde. ATC står for Anatomical Therapeutic Chemical Classification System, og selve systemet defineres af WHO Collaborating Centre for Drug Statistics.

Kilde: BPSD-systemet.

For at nuancere analysen af medicinforbrug, analyseres også udviklingen i dosis blandt dem der får de forskellige typer af medicin. Figur 15 viser udviklingen i defineret døgndosis, DDD⁵, (herefter benævnt dosis) over tid for de inkluderede typer medicin. Figuren viser, at der er et fald i dosis for alle typer medicin. Faldet er størst i de første måneder af afprøvningsperioden og for de typer medicin, som generelt har den højeste dosis.

⁵ DDD (Defineret Døgndosis) er en enhedsbetegnelse, der benyttes ved sammenlignende opgørelser af forbruget af lægemidler.



FIGUR 15: Udvikling i Defineret Døgn Dosis (DDD)

Note: N=Antallet af medicinregistreringer. For N02 er N =254, N03 er N = 96, N04 er N=64, N05A er N=121, N05B er N =71, N05C er N =93, N06A er N =268, N06DA er N =136, N06DX er N =124. Grupperingen af medicin følger ATC-koder. ATC-systemet er et system til klassifikation af lægemidler efter deres indholdsstof og virkeområde. ATC står for Anatomical Therapeutic Chemical Classification System, og selve systemet defineres af WHO Collaborating Centre for Drug Statistics.

Kilde: BPSD-registeret.

6.1.2 FORBRUGET AF ANTIPSYKOTISK OG UHENSIGTSMÆSSIG MEDICIN

Resultater i foregående afsnit (Figur 14) viste en svagt faldende, men ikke statistisk signifikant, tendens i andelen, der fik antipsykotisk medicin, henover afprøvningsperioden. Derudover viste dosisanalyser en svagt faldende tendens i dosis af antipsykotisk medicin de første fire måneder af projektet (Figur 15). Analysen er baseret på de beboere, der i perioden har fået antipsykotisk medicin – i alt 121 personer. Det totale fald i dosis for antipsykotisk medicin i perioden er på knap 18 pct., og faldet observeres som nævnt i de første fire måneder af afprøvningsperioden, hvorefter det ligger forholdsvis konstant. Dette kan hænge sammen med, at alle beboere i netop denne periode blev NPI-vurderet og første BPSD-konference blev afholdt, hvor øget fokus på medicin kan have ført til reguleringer af dosis og iværksættelse af andre initiativer som erstatning herfor. Det skal dog igen bemærkes, at faldet ikke er statistisk signifikant, og dermed kan der ikke med sikkerhed konkluderes på dette.

Der blev i kapitel 4 påvist et betydeligt fald og en stabilisering i den gennemsnitlige NPI-værdi i løbet af afprøvningsperioden. En sammenligning af udviklingen i antipsykotisk medicin i forhold udvikling i NPI tyder ikke på, at der er sammenhæng mellem faldet i NPI-værdien og ændringen i medicinforbruget.

De kvalitative analyser viste især ved midtvejsevalueringen, at medarbejderne havde svært ved at vurdere, hvorvidt forbruget af antipsykotisk medicin havde ændret sig, og om en mulig ændring kunne tilskrives BPSD-modellen. På enkelte plejecentre mente medarbejderne, at forbruget af antipsykotisk medicin godt kunne være faldet i mindre grad som resultat af arbejdet med BPSD-modellen, og at det i så fald vurderes at hænge sammen med det systematiske fokus på medicin,⁶ som faciliteres gennem BPSD-modellen.

⁶ BPSD-konferencen består bl.a. af en systematisk årsagsgennemgang, hvor et af parametrene er at vurdere beboerens medicin, herunder tage stilling til, om der det seneste år har været lavet medicin gennemgang.



Jeg tror faktisk vi har givet lidt mindre (antipsykotisk medicin). Når vi sidder og gennemgår medicinforbrug, så spørger vi nu tit om der er nogen grund til, at vi giver det her? Så kan vi bedre nu se med BPSD-projektet og systematikken, at nogle ting ikke har effekt og så tager vi det måske oftere væk nu vil jeg sige.

BPSD-NØGLEPERSON

Ovenstående citat illustrerer en pointe, som nævnes af flere medarbejdere, nemlig at systematikken i BPSD-modellen har bidraget til et bedre overblik over beboernes generelle medicinforbrug. Systematikken har givet medarbejderne et øget fokus på medicinforbruget generelt, hvor BPSD-konferencerne bidrager til, at beboerens medicinforbrug gennemgås og diskuteres med henblik på, at medicineringen bliver mere hensigtsmæssig, og at der i højere grad indtænkes psykosociale tiltag i plejen. Ifølge den afsluttende spørgeskemaundersøgelse er medarbejderne i højere grad blevet opmærksomme på uhensigtsmæssig medicinering generelt. Op mod

70 pct. af medarbejderne vurderer, at de i høj grad eller nogen grad er blevet mere opmærksomme på, om beboerne får uhensigtsmæssig eller unødvendig medicin, og dermed at medicineringen bliver hensigtsmæssig for den enkelte beboer.

Selvom nogle medarbejdere vurderede, at der var kommet mere fokus på medicin, og herunder på antipsykotisk medicin, så vurderede flere, at det øgede fokus ligeledes hænger sammen med et nationalt fokus på antipsykotisk medicin, som fx i regi af Den Nationale Demenshandlingsplan, hvor der fremgår et mål om en nedbringelse af forbruget af antipsykotisk medicin til mennesker med demens (15).

FOKUS PÅ MEDICIN SKABER ØGET TRIVSEL

På et plejecenter bor en kvinde på tredje år. Personalet oplever udfordringer i plejen af kvinden, da bliver tiltagende vred, indelukket og depression. Hun taler grimt til personalet når de prøver at hjælpe hende; både med personlig hygiejne, i tøjet og til de aktiviteter hun tidligere har nydt. Kvinden har meget kontakt til sin søn, som har svært ved at se sin mor blive dårligere og ønsker at personalet skal notere alle tiltag i kontaktbogen, for at sikre, at hun får tilstrækkelig pleje og omsorg.

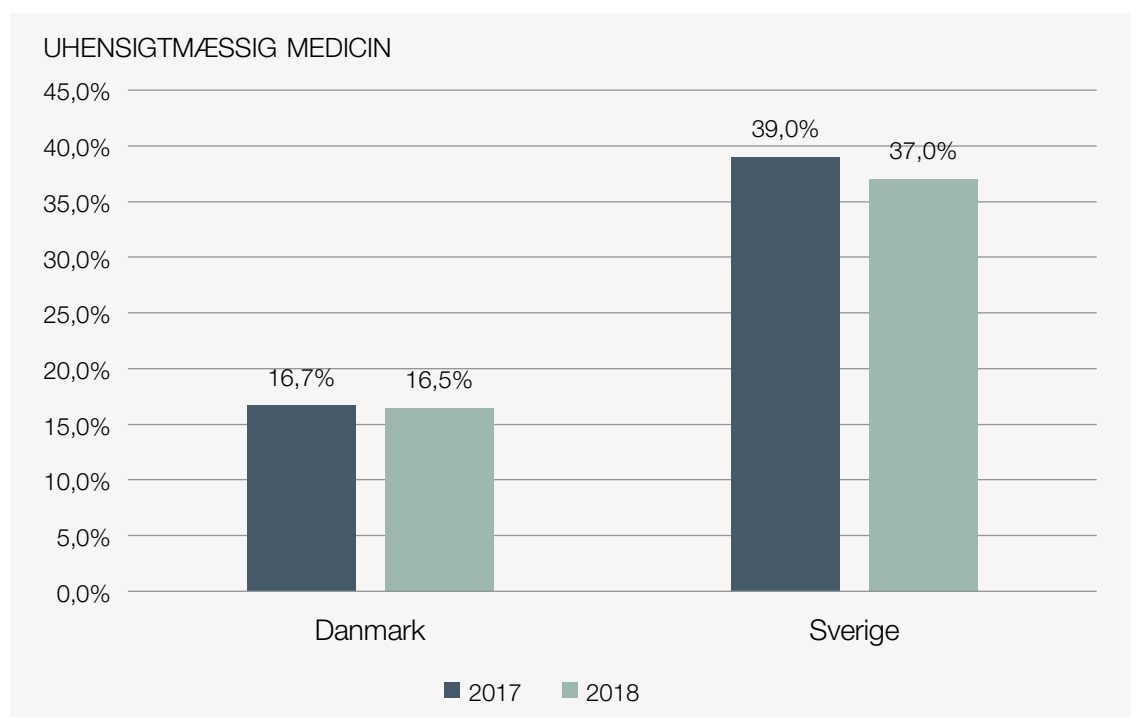
Første NPI-vurdering viser, at kvinden scorer højt i forhold til aggression, depression/nedtrykthed, apati, irritabilitet og appetit. Samlet set er kvindens NPI-værdi 25. På en konference drøfter personalet kvindens situation og bliver enige om, at et vigtigt fokusområde er at skabe en større lyst for kvinden til at stå op. Personalet kigger på kvindens antipsykotiske medicin og beslutter at spørge lægen om medicinen kan nedtrappes. Derudover analyserer personalet sig frem til, at de skal være opmærksomme på kommunikationen til kvinden, som skal være positiv, insisterende og motiverende.

Efter konferencen trapper lægen kvindens antipsykotiske medicin ned over tid og samtidig er personalet opmærksomme på at bruge de samme fremgangsmåder i plejen af kvinden. Over en periode på et par måneder får hun det tiltagende bedre og til sidst er kvindens symptomer helt væk, når personalet NPI-vurderer hende. Kvinden får igen lyst til at få hjælp til pleje og hun deltager også i de aktiviteter som personalet tilbyder til stor glæde for kvinden og sønnen.

SAMMENLIGNING I FORBRUGET AF UHENSIGTMÆSSIG MEDICIN I DANMARK OG SVERIGE

I Sverige anvendes betegnelsen uhensigtsmæssig medicin om medicin inden for grupperne af antipsykotisk medicin og beroligende medicin. Resultaterne i Figur 16 viser sammenligningen af uhensigtsmæssig medicin fra BPSD-systemet i Danmark og BPSD-registeret i Sverige. Det ses, at 16,7 pct. af beboerne i Danmark, har fået uhensigtsmæssig medicin i 2017, mens det er 16,5 pct. i 2018 (forskellen er ikke statistisk signifikant).

Figuren viser for Sverige et fald i andelen af personer, der har fået uhensigtsmæssig medicin, fra 39 pct. i 2017 til 37 pct. i 2018. Sammenligningen viser, at forbruget af uhensigtsmæssig medicin i udgangspunktet var meget lavere for de deltagende borgere i afprøvningsperioden sammenlignet med Sverige. Sammenligningsgrundlaget er dog forskelligt, da datagrundlaget fra Sverige består af data fra det svenske BPSD-register (16), hvor der indgår langt flere personer (ca. 20.000), og andelen af personer, der har fået disse typer af medicin, er langt større end i Danmark.



FIGUR 16: Forbruget af uhensigtsmæssig medicin i henholdsvis Danmark og Sverige i 2017 og 2018

Note: Uhensigtsmæssig medicin er defineret som forbrug af ATC-koderne N05A (antipsykotisk medicin) eller N05C (beroligende midler). N (2017) = 520 beboere, der indgik i BPSD-projektet og blev NPI-vurderet første gang i 2017. Betegnelsen 'uhensigtsmæssig medicin' anvendes i <https://pharos.skane.se/KI/> om medicin inden for grupperne N05A og N05C og er derfor anvendt her.

Kilde: Henholdsvis BPSD-systemet Danmark og BPSD-registret i Sverige.



6.2 FORBRUG AF SUNDHEDSYDELSER

I dette afsnit analyseres forbruget af udvalgte sundhedsydelser for beboerne på plejecentrene. Analyserne kigger på udviklingen i forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser samt kontakt til almen praksis i afprøvningsperioden. Afsnittets overordnede hypotese omhandler tidlig opsporing og øget muligheder for forebyggende indsatser.

HYPOTESE 4

BPSD-modellens systematiske tilgang bidrager til tidligere opsporing af symptomer og øget mulighed for forebyggende indsats over for beboere.

Den antagelse, der ligger til grund for hypotesen, er, at den systematiske tilgang via BPSD-modellen, herunder særligt NPI-vurderingen, vil medvirke til, at medarbejderne opsporer symptomer på begyndende sygdom hos beboerne tidligere, end de ellers ville.

Resultaterne i afsnittet er primært baseret på registerbaserede analyser. Analysen af, om der er sket ændringer i forbruget af sundhedsydelser er foretaget som en før/efter analyse, hvor beboernes forbrug af sundhedsydelser i en periode før de blev inkluderet i BPSD-projektet sammenlignes med det tilsvarende forbrug i en periode efter inklusionen.

RESULTATER

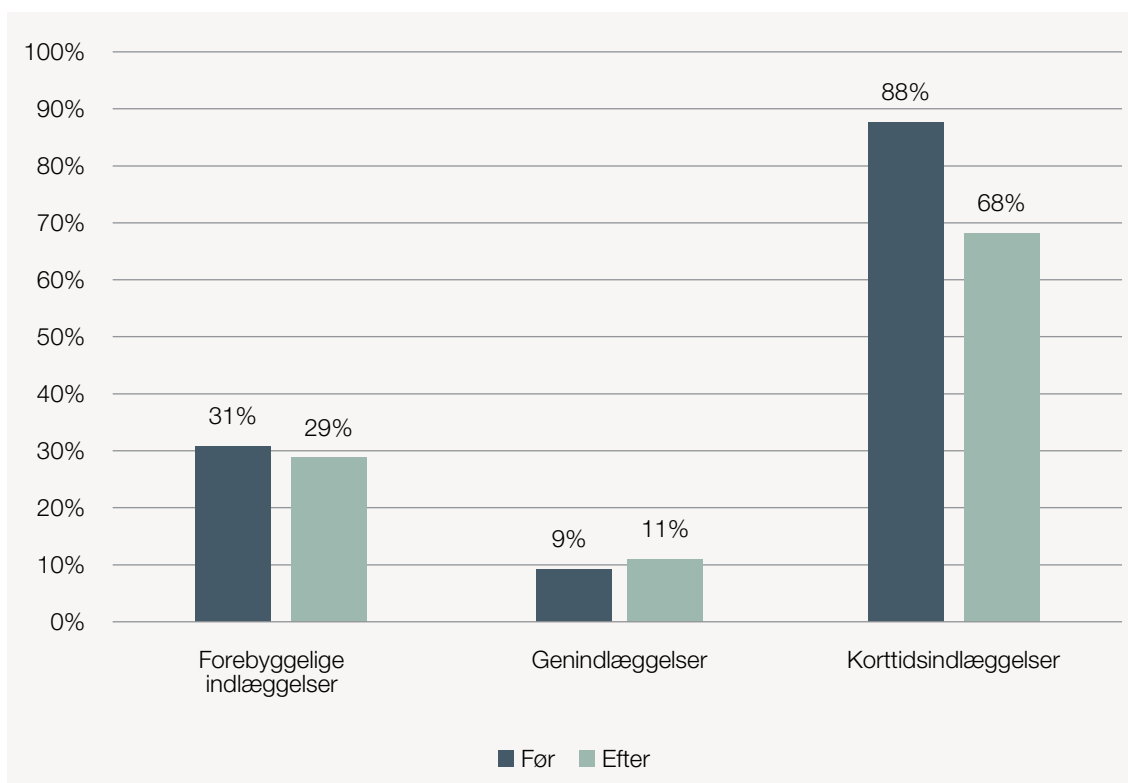
I Figur 17 præsenteres udviklingen i forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser. Analysen viser, at der er sket et lille fald i andelen af forebyggelige indlæggelser fra 31 pct. af de akutte indlæggelser i før-perioden til 29 pct. i efter-perioden. Faldet er ikke statistisk signifikant.

Andelen af genindlæggelser er omvendt lidt højere i efter-perioden end i før-perioden. Således var 9 pct. af beboernes indlæggelser genindlæggelser i før-perioden, mens 11 pct. var det i efter-perioden. Forskellen er her ligeledes ikke statistisk signifikant.

Andelen af korttidsindlæggelser er derimod faldet væsentligt fra 88 pct. af beboernes akutte indlæggelser i før-perioden til 68 pct. i efter-perioden. Det er et statistisk signifikant fald på 23 pct. De

kvalitative analyser viser, at medarbejderne har svært ved at vurdere, hvorvidt antallet af indlæggelser har ændret sig som følge af arbejdet med BPSD-modellen. Flere steder oplever medarbejderne dog, at BPSD-modellen har bidraget til, at de opdager somatiske problemstillinger tidligere end før. Den afsluttende spørgeskemaundersøgelse viser

ligeledes at ca. 70 pct. af medarbejderne vurderer, at de i høj eller nogen grad tidligere opdager infektioner. Tilsammen kan dette muligvis have indflydelse på antallet korttidsindlæggelser. Korttidsindlæggelser kan ofte være et udslag af plejeomstændighederne og kan forebygges ved øget pleje på plejecentrene.

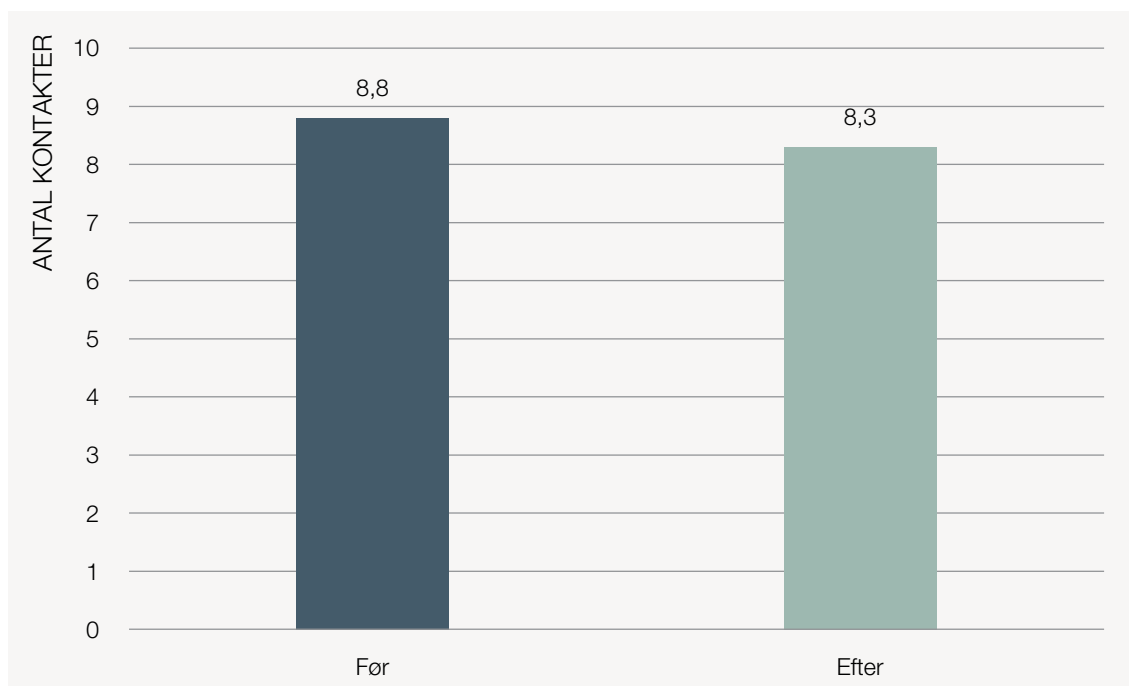


FIGUR 17: Andelen af forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser blandt beboerne i BPSD-projektet før og efter inkludering i projektet.

Note: 'Før' er afgrænset som en periode på 90 dage før første NPI-vurdering. 'Efter' er afgrænset som en periode på 90 dage efter den 1. januar 2018. N=520.

Kilde: COWIs analyser af data i Landspatientregisteret.

Det gennemsnitlige antal kontakter pr. beboer til almenpraksis er faldet lidt fra 8,8 i før-perioden til 8,3 i efter-perioden (se Figur 18). Faldet er ikke statistisk signifikant.



FIGUR 18: Beboernes gennemsnitlige antal kontakter til almen praksis før og efter inklusion i BPSD-projektet.

Note: 'Før' er afgrænset som en periode på 90 dage før første NPI-vurdering. 'Efter' er afgrænset som en periode på 90 dage efter den 1. januar 2018. N=520. Std.afv. (før): 7,8. Std. afv. (efter): 7,0.

Kilde: COWIs analyser af data i Sygesikringsregisteret.

Der er således ikke fundet signifikante ændringer i andelen af forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og i det gennemsnitlige antal kontakter til almen praksis. Der kan være mange årsager hertil. Med hensyn til genindlæggelser kan denne indikator som nævnt også hænge sammen med u hensigtsmæssige forløb, der kan skyldes kvalitetsproblemer ved den ydede behandling og pleje under indlæggelsen. Hertil kommer, at genindlæggelser i nogle tilfælde kan være hensigtsmæssige eksempelvis i forbindelse med nyopstået sygdom, forværring af kronisk sygdom eller ved terminale forløb.

På samme måde kan antallet af kontakter til almen praksis også være påvirket af et øget fokus på plejen som følge af arbejdet med BPSD-modellen. Det systematiske fokus kan betyde, at personalet bliver opmærksomme på flere symptomer, der kræver kontakt til den praktiserende læge. På samme måde kan forebyggelse af indlæggelse

som følge af målrettet pleje betyde, at potentielle indlæggelseskrævende tilstande forebygges ved kontakt til den praktiserende læge. Dermed kan det også være hensigtsmæssigt, at antallet af kontakter til almen praksis ikke falder. BPSD-modellen medvirker til opsporing af sygdom og har dermed en forebyggende effekt og en øget grundlæggende opmærksomhed fra personalets side på, at det kan være sygdom, der er årsag til eksempelvis adfærd ændringer hos beboerne.

Faldet i antallet af korttidsindlæggelser bekræfter hypotesen om, at BPSD-modellens systematiske tilgang bidrager til tidligere opsporing af symptomer og øget mulighed for forebyggende indsats over for beboere. Denne indikator kan også være påvirket af andre forhold, men det relativt store og signifikante fald i antallet af korttidsindlæggelser fra før-perioden til efter-perioden tyder umiddelbart på, at resultatet kan være et resultat af anvendelsen af BPSD-modellen.

6.3 SAMMENFATNING

Analyserne viser en svagt faldende tendens i andelen af beboere, der får smertestillende medicin, antipsykotisk medicin eller beroligende medicin og anden medicin. Faldene er dog ikke statistisk signifikante. Ligeledes observeres et fald i mængden (dosis) af antipsykotisk medicin i de første fire måneder af afprøvningsperioden. Dette fald er ligeledes ikke statistisk signifikant, men det kan indikere, at øget fokus på den enkelte borger gennem afholdelse af en strukturerede BPSD-konferencer i begyndelsen af afprøvningsperioden kan have ført til justeringer i dosis af medicin med henblik på iværksættelse af andre indsatser.


Uhensigtsmæssig medicinering blandt ældre og mennesker med demens har været et stigende fokusområde i de seneste år, hvilket også kommer til udtryk i et relativt lavt niveau af forbrug sammenlignet med fx Sverige. I det svenske BPSD-register får 37 pct. uhensigtsmæssig medicin, defineret som enten antipsykotisk eller beroligende lægemidler. I den danske afprøvning var det tilsvarende 16,5 pct. Det forholdsvise lave udgangspunkt kan eventuelt være med til at forklare, at forbruget ikke er faldet i afprøvningsperioden.

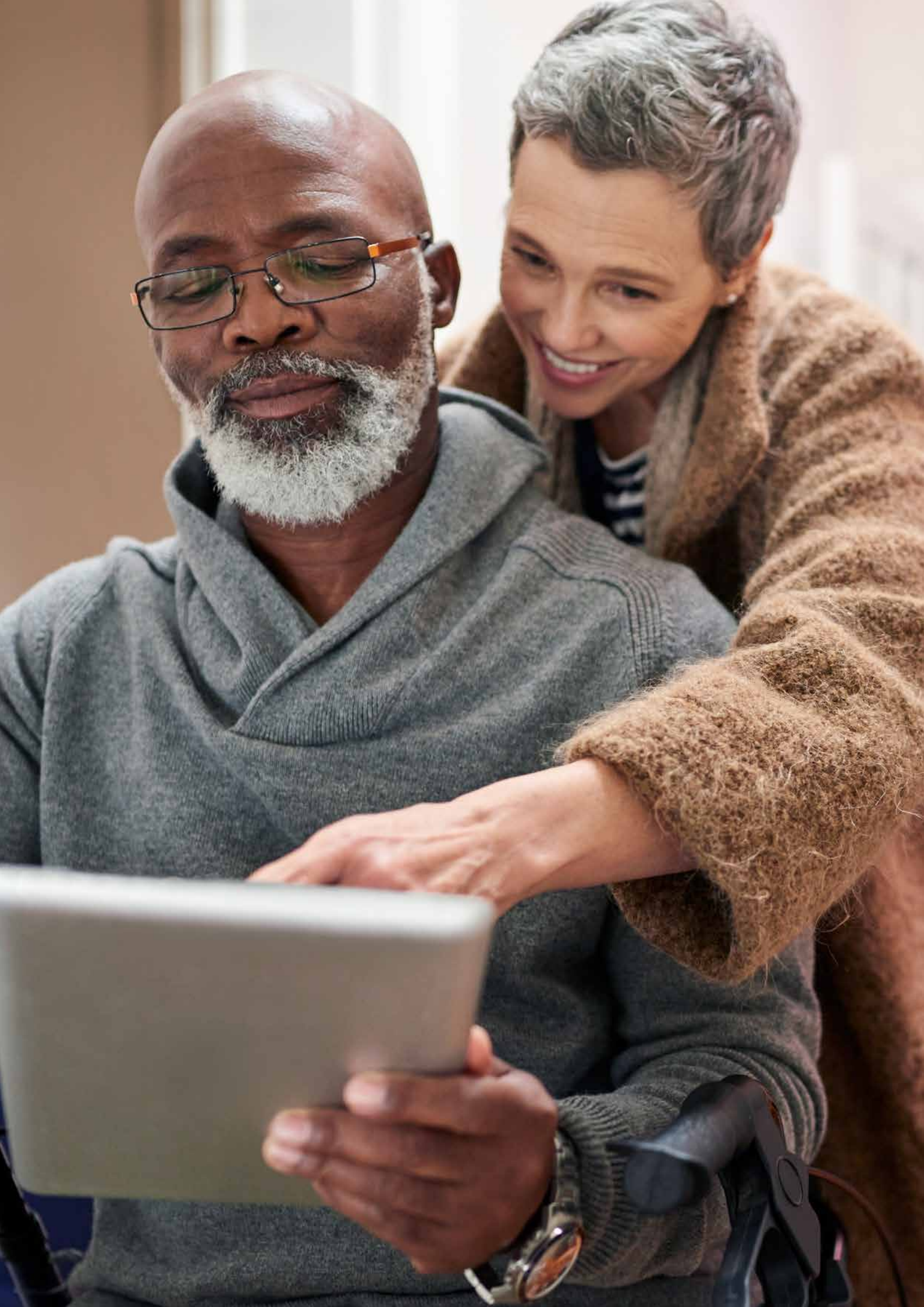
Evalueringsens kvalitative analyser peger på, at BPSD-modellens systematiske tilgang kan have bidraget til et øget fokus på medicin og vurdering af uhensigtsmæssigt medicinforbrug, men samlet set kan hypotesen om at *BPSD-modellens systematiske tilgang bidrager til at nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin på plejecentrene* ikke bekræftes.

Analyserne af sundhedsforbrug viser ingen signifikante ændringer i forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og kontakt til almen praksis. Imidlertid ses et statistisk signifikant fald i andelen af korttid-sindlæggelser i afprøvningsperioden på 23 pct. – en type af indlæggelser, der vurderes muligvis at kunne være forebygget. Faldet kan dog også være påvirket af andre forhold, men det relativt store og statistisk signifikante fald tyder på, at resultatet kan være et resultat af anvendelsen af BPSD-modellen.

Analyserne peger på, at medarbejderne er blevet bedre til at opdage infektioner og smerter hos beboerne samt generel mistrois. Således kan hypotesen om, at *BPSD-modellens systematiske tilgang bidrager til tidligere opsporing af symptomer og øget mulighed for forebyggende indsats over for beboere* bekræftes.

7 MEDARBEJDERES TRIVSEL OG ARBEJDSMILJØ

Abstract geometric shapes in the bottom right corner, consisting of several overlapping triangles and polygons in various shades of blue and teal, creating a modern, layered effect.



7 MEDARBEJDERES TRIVSEL OG ARBEJDSMILJØ

I dette kapitel analyseres medarbejdernes trivsel og arbejdsmiljø på plejecentrene. Medarbejdernes egen vurdering fra baseline sammenholdes med deres vurdering ved projektets afslutning med henblik på at undersøge, hvorvidt der er sket en ændring i deres oplevede trivsel og arbejdsmiljø. I kapitlet efterprøves nedenstående hypotese 5.

HYPOTESE 5

BPSD-modellens systematiske tilgang bidrager til at forbedre medarbejdernes trivsel og arbejdsmiljø.

I hypotesen ligger en bagvedliggende antagelse om, at BPSD-modellen, i form af NPI-vurderinger, BPSD-konferencer og målrettede beboerindsatser bidrager til bedre trivsel blandt medarbejderne og generelt et bedre arbejdsmiljø på plejecentrene. For at efterprøve hypotesen vil analyserne fokusere på, hvorvidt der i projektperioden er sket en ændring inden for områderne jobtilfredshed samt vold, trusler og magtanvendelse. Der indgår her antagelser om, at en mere målrettet og personcentreret omsorg kan medføre færre voldsomme episoder og mindre magtanvendelse over beboerne, ligesom det kan medføre højere jobtilfredshed og bedre arbejdsmiljø.

For at efterprøve hypotesen gennemføres to hovedanalyser. Først undersøges medarbejdernes generelle jobtilfredshed, derefter ser vi på medarbejdernes udsættelse for vold og trusler, samt magtanvendelse.

Til analyserne anvendes data fra interviews indsamlet i forbindelse med besøgsrunderne sammen med resultaterne fra spørgeskemaundersøgelserne.

7.1 JOBTILFREDSHED

I dette afsnit belyses medarbejdernes jobtilfredshed ud fra medarbejdernes egen vurdering. Det antages, at medarbejdernes jobtilfredshed har betydning for deres generelle arbejdsmiljø. Til at undersøge jobtilfredsheden ses på, hvordan de oplever det tværfaglige samarbejde og ledelsesopbakningen, samt hvordan dette har ændret sig gennem projektperioden. Derudover undersøges hvilken betydning beboernes trivsel har på medarbejdernes jobtilfredshed.

7.1.1 TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE

Som en del af BPSD-modellen forventes det, at der på BPSD-konferencerne deltager flere fagligheder, jf. kapitel 2, for at skabe et tværfagligt refleksionsrum med henblik på at gennemføre nuanceret analyse og beslutningsgrundlag for målrettede beboerindsatser. Ifølge de kvalitative analyser ses det, at medarbejderne oplever, at der på BPSD-konferencerne er et godt samarbejde mellem faggrupperne. Der bliver skabt et rum, hvor medarbejderne har mulighed for og tid til at få en bedre forståelse for hinandens fagområder og kompetencer samt udveksle observationer og erfaringer om beboeren.



De (medarbejderne) finder ud af, hvad hinanden står for. Det er en anden måde at snakke om dagligdagens udfordringer. Det har skabt noget fællesskab, som har synliggjort hvad vi skal gøre. Jeg oplever også, at de lærer af hinanden.

LEDER

De kvalitative analyser viser yderligere, at BPSD-konferencerne har skabt endnu bedre betingelser for tværfagligt samarbejde. Analyserne viser, at medarbejderne allerede inden afprøvningsperioden oplevede, at de havde et godt tværfagligt samarbejde. Dette er blevet forbedret med BPSD-konferencerne, der har bidraget med en endnu bedre struktur for det tværfaglige samarbejde, hvor der afsættes tid til det. Det oplever medarbejderne som positivt og fremmende for samarbejdet.

Analyserne viser, at tværfaglighed bidrager til en øget jobtilfredshed hos medarbejderne, da de føler, at deres kompetencer kommer i spil og i højere grad også bliver synlige. Det giver især medarbejdere, der tidligere har været mere tilbageholdende mulighed for at blive mere synlige og bidrage med deres perspektiver på beboerne.



Der er også mere respekt omkring de medarbejdere, der går lidt stille med, at de faktisk er rigtig dygtige til at hjælpe nogle af de her borgere [udadreagerende beboere].

LEDER

De kvalitative analyser viser, at BPSD-konferencerne skaber rum og taletid til medarbejdere, der ikke tidligere har været inddraget så tydeligt i beslutninger i forhold til beboerne. Flere ledere giver udtryk for, at det er en stor gevinst for den enkelte medarbejder, fordi de i højere grad føler sig inddraget i arbejdet.



“ Jeg synes bestemt, at vi er blevet lyttet til. Jeg føler, at sygeplejersken lytter til de erfaringer vi gør os. Jeg er inddraget, da jeg er med til at lave mål og fokus. Jeg synes, at det er meget åbent – alle må komme med idéer på konferencen.

ØVRIG MEDARBEJDER

Dette vidner om, at de øvrige medarbejdere, som i høj grad består af SOSU-medarbejdere, føler, at de i højere grad end før kan byde ind med deres viden og idéer. Dette kan både være et udtryk for, at de føler sig mere hørt og set, men også at de gennem BPSD-konferencen har mulighed for det.

Derudover opleves det også som en stor gevinst på tværs af alle medarbejdergrupperne, at medarbejderne gennem BPSD-konferencerne i højere grad er begyndt at tale samme sprog. Udover, at det er en gevinst for medarbejderne er det også en gevinst for de pårørende, idet medarbejderne oplever at have en bedre kommunikation med de pårørende om beboerne, fordi de i forhold til dem har fået ét fælles sprog om beboeren.

Analyserne viser også, at medarbejderne er blevet mere kreative i deres tilgang til beboerne. En medarbejderne fortæller:



Det har inspireret til, at man tør tænke mere ud af boksen, end man har gjort før.

ØVRIG MEDARBEJDER

Ifølge flere ledere har kreativiteten altid været tilstede, men med BPSD-konferencerne er der skabt et rum for en mere systematisk kreativitet, som også andre medarbejdere kan lade sig inspirere af. Kreativiteten skaber bedre mulighed for at vælge en indsats, der har effekt for den enkelte beboer og kan således medvirke til at flere beboere oplever glæde og trivsel og en reduktion i deres BPSD-symptomer.

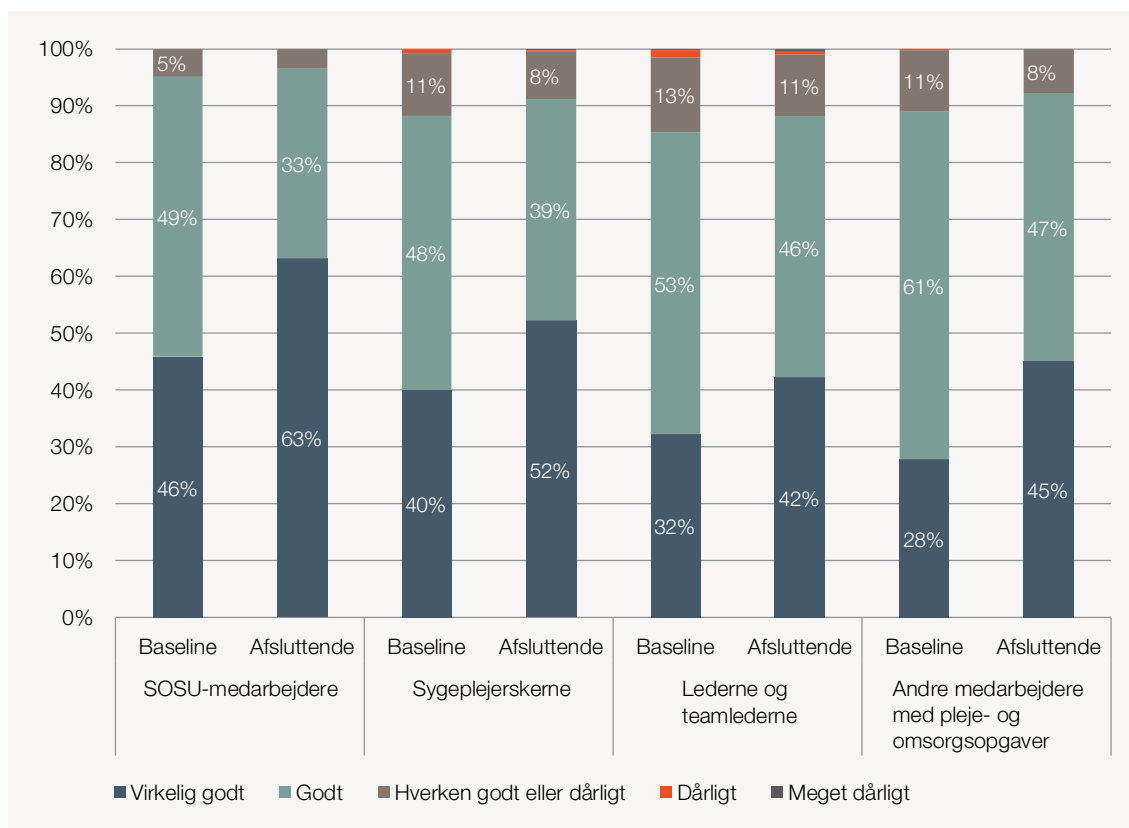
Derudover lægger BPSD-nøglepersonerne og de øvrige medarbejdere især vægt på, at plejen af beboerne som følge af projektet i højere grad bygger på en kollektiv indsats, hvor det bliver en fælles opgave at løfte beboeren i stedet for den enkelte medarbejders ansvar. Dette bidrager ligeledes positivt til arbejdsmiljøet.



Med projektet er der også blevet mere fokus på at evaluere og løfte sammen. Det er mere en kollektiv indsats. Det er også godt for arbejdsmiljøet.

BPSD-NØGLEPERSON

I spørgeskemaundersøgelserne er alle medarbejdergrupper blevet spurgt til, hvordan de vurderer samarbejdet med deres kollegaer i forskellige medarbejdergrupper. Resultaterne heraf præsenteres i Figur 19. Figuren viser, at der igennem projektet er sket en ændring i det tværfaglige samarbejde mellem medarbejderne.



FIGUR 19: Hvor godt synes du, at samarbejdet er med dine kolleger på plejecenteret i hver af disse grupper?

Note: Figuren er baseret på spørgsmålet "Hvor godt synes du, at samarbejdet er med dine kolleger på plejecenteret i hver af disse grupper?". Andele på under 5 pct. præsenteres ikke i figuren. I figuren indgår kun de medarbejdere, der både har svaret på baseline og det afsluttende spørgeskema.

Kilde: Baselinesurvey (N=410) og afsluttende survey (N=410)

I Figur 19 ses det fx, at 46 pct. af alle medarbejderne ved afprøvningens start vurderer, at deres samarbejde med SOSU-medarbejderne er virkelig godt. Denne andel stiger til 63 pct. ved projektets afslutning og stigningen er statistisk signifikant. De 63 pct. er en repræsentation af alle medarbejdere. Isoleret set vurderer 67 pct. af sygeplejerskerne, at samarbejdet med SOSU-medarbejderne er virkelig godt, hvilket er højere end den generelle andel på 63 pct. Ved afprøvningens start vurderede kun 40 pct. af sygeplejerskerne samarbejdet med SOSU-medarbejderne som virkelig godt.

Dette vidner om, at sygeplejerskerne syn på samarbejdet med SOSU-medarbejderne har udviklet sig i en meget positiv retning. Overordnet set viser

resultaterne, at modellen har medvirket til at skabe en mere homogen medarbejdergruppe, der i højere grad anerkender hinanden og samarbejder bedre.

Resultaterne peger på, at der er opstået en mere anerkendende tilgang medarbejderne imellem, som har ført til et tættere samarbejde. Medarbejdernes forståelse af, at beboeropgaverne er et fælles ansvar har en stor betydning for samarbejdet og arbejdsmiljøet. De kvalitative analyser viser nemlig omvendt, at det har en negativ betydning, hvis ingen medarbejdere føler et personligt ansvar for, at en beboerkontakt forløber uhensigtsmæssigt.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at udviklingen i det tværfaglige samarbejde ikke nødvendigvis kun kan tilskrives afprøvningen af BPSD-modellen.

7.1.2 JOBTILFREDSHED OG LEDELSESOPBAKNING

Et andet aspekt ift. jobtilfredshed angår ledelsesopbakning, hvor antagelsen er, at ledelsesopbakning vil medføre højere jobtilfredshed. De kvalitative analyser viser, at der er forskel på den oplevede ledelsesopbakning i afprøvningsperioden. De steder, hvor opbakningen har været høj opleves de bedste effekter af projektet og ligeledes en højere jobtilfredshed. Ledelsesopbakningen er således en central og fremmende faktor for afprøvningen.

Analyserne viser ligeledes, at ledelsesopbakningen i endnu højere grad er afgørende på store plejecentre, fordi det kræver en større indsats at skabe engagement i en stor medarbejdergruppe. Ledelsesopbakningen angår både afprøvningen af BPSD-modellen generelt, men også ift. den enkelte medarbejder, da opbakningen er med til at skabe motivation for den enkelte. Alle de interviewede er enige i, at ledelsesopbakningen er en forudsætning for at lykkes med afprøvningen.



Jeg synes det har en stor betydning, der hvor lederne tager projektet alvorligt. Både lederne og gruppelederne, de har ansvar på forskelligt niveau. Og der er forskel på, hvordan de har prioriteret det. Hvis et projekt af denne kaliber skal kunne lykkes, og hvis centre springer over eller kun sender få medarbejdere, så har det svært ved at leve.

PROJEKTLEDER

Spørgeskemaundersøgelserne viser, at 40-50 pct. af alle medarbejderne ved afprøvningsens start vurderede, at de altid eller ofte involveres af deres leder i dels tilrettelæggelsen af deres arbejde, dels får feedback fra lederen og dels at deres arbejde ligeledes bliver anerkendt af ledelsen. Derudover vurderede ca. 60 pct. af medarbejderne, at de får den hjælp og støtte de har brug for af deres leder. Der blev ikke observeret en ændring i dette efter afprøvningen. Det er her vigtigt at bemærke, at medarbejderne har vurderet ledelsen generelt og ikke kun i forhold til afprøvningen af BPSD-modellen. Der kan således være mange aspekter, som ligger udenfor selve afprøvningen af modellen, der kan påvirke deres vurdering.

7.1.3 JOBTILFREDSHED OG EFFEKT FOR BEBOERNE

I dette afsnit vil belyses, hvorvidt effekten for beboerne har en betydning for medarbejdernes jobtilfredshed. Antagelsen er, at en synlig,

positiv effekt af medarbejdernes indsatser over for beboerne vil have en positiv indflydelse på jobtilfredsheden.

Analyserne viser, at en betydelig del af medarbejderne oplever det som en stor tilfredsstillelse, at kunne se en effekt af deres arbejde på den enkelte beboer. Denne effekt kommer både til udtryk ved ændring i borgerens humør og trivsel, men ligeledes også ved synlig nedgang i BPSD-symptomerne, som visualiseres gennem BPSD-systemet. Derudover påpeger flere medarbejdere, at det bidrager til arbejdsglæden at vide, at de har mulighed for at hjælpe beboere med BPSD-symptomer. Muligheden var også tilstede før projektet, men systematikken omkring konferencerne gør, at der i højere grad diskuteres og vælges relevante indsatser. Den synlige effekt skaber også en øget motivation hos medarbejderne til at fortsætte arbejdet med BPSD-modellen.



“

Det er meget tilfredsstillende, at man kan se en forskel. At man ved man kan gøre noget. Det er blevet mere legalt at tænke anderledes og stille krav til vores opførelse overfor beboere. Så generelt mere arbejdsglæde hos hele personalet.

BPSD-NØGLEPERSON

“

Det vigtige er succes historier, der skal være noget man motiveres af. Det er ligesom mange andre ting, at det går godt i starten, og det skal bevares.

LEDER

Flere ledere på plejecentrene oplevede, at det i begyndelsen af afprøvningsperioden var let at motivere medarbejderne, men at det igennem projektet blev en udfordring, da projektet krævede, at medarbejderne afsatte ressourcer til NPI-vurderinger og BPSD-konferencer. Det blev dog igen lettere, da medarbejderne fik øje for de positive effekter det havde på beboerne. Flere plejecentre anvendte succeshistorier om beboere til at skabe fornyet motivation. Manglende motivation er svær at spore i interviewene med BPSD-nøglepersoner og de øvrige medarbejdere, hvor der generelt udtrykkes en høj grad af motivation ift. arbejdet med BPSD-modellen. Det skal dog bemærkes, at en af kommunerne særligt oplevede problemer i forhold til motivationen, hvilket primært skyldes en omfattende omorganisering, der flyttede fokus fra afprøvningen.

7.2 VOLD, TRUSLER OG MAGTANVENDELSE

Nogle beboere med demens eller demenslignende symptomer kan have en udadreagerende adfærd, der i nogle tilfælde kan være meget voldsom. Således oplever nogle medarbejdere voldsomme episoder, trusler eller mere sjældent fysisk vold. Ud fra en personcentreret forståelse er adfærd et tegn på kommunikation om, at der er behov, der er ikke er opfyldt. Det er velkendt, at udadreagerende adfærd har betydning for arbejdsmiljøet. Den bagvedliggende antagelse er, at en mere målrettet og personcentreret omsorg kan bidrage til at mindske disse episoder og bedre arbejdsmiljøet.

De kvalitative analyser viste, at flere medarbejdere oplevede, at BPSD-konferencerne skaber et rum for drøftelse af voldsomme episoder, hvor der diskuteres relevante strategier til at tackle de voldsomme episoder. Dette har medført, at flere medarbejdere oplever, at de er blevet bedre til at tackle voldsomme episoder og stoler mere på deres dømmekraft.

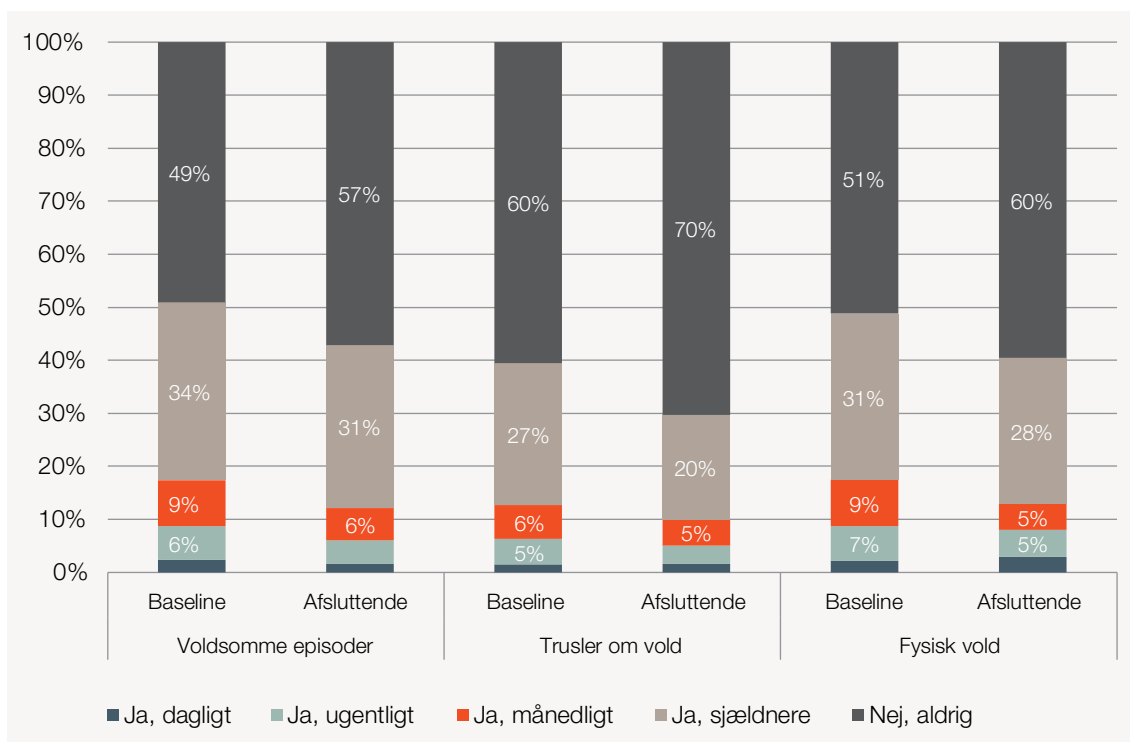


På et plejecenter har BPSD-konferencen været fordelagtig i forhold til voldsomme episoder, hvor man har kunne drøfte disse episoder og forberede sig derpå.

BPSD-NØGLEPERSON

Derudover har medarbejderne også en oplevelse af, at der forekommer færre voldsomme episoder og mindre fysisk vold. Dette bekræftes i spørgeskemaundersøgelserne, hvor det i Figur 20 ses, at der især er sket en stigning i andelen af medarbejdere, der aldrig oplever voldsomme episoder (16 pct.), trusler om vold (17 pct.) eller fysisk vold (18 pct.), fra afprøvningsens start til slut.

Samtidig er der sket et fald i andelen af medarbejdere, der vurderer, at de mere sjældent end månedligt oplever vold eller trusler. Det er vanskeligt at vurdere, hvorvidt andelen af medarbejdere, der på daglig basis oplever vold er faldet, da andelen i forvejen er meget lille. Der kan dog ses et mindre fald for de medarbejdere der på ugentlig eller månedlig basis oplever vold.



FIGUR 20: Udvikling i voldsomme episoder, trusler og vold

Note: Figuren er baseret på spørgsmålene "Har du inden for de sidste 6 måneder været udsat for voldsomme episoder på din arbejdsplads?", "Har du inden for de sidste 6 måneder været udsat for trusler om vold på din arbejdsplads?" og "Har du inden for de sidste 6 måneder været udsat for fysisk vold (dvs. spyt, slag, spark og lignende) på din arbejdsplads?" OBS: N varierer for baselinesurveyen og den afsluttende survey, samt mellem spørgsmålene. Andele på under 5 pct. præsenteres ikke i figuren.

Kilde: Baselinesurvey og afsluttende survey

I interviewene bliver det ligeledes klart, at faldet i voldsomme episoder og fysisk vold hænger sammen med andet end blot afprøvningen af BPSD-modellen. Så hvor meget, der kan tilskrives afprøvningen er derfor svært at vurdere. Ifølge de kvalitative analyser nævner flere af de deltagende kommuner, at faldet også kan tilskrives initiativer som fx triagering⁷.

Et andet aspekt ift. vold og trusler er anvendelsen af magt på plejecentrene, som antages at

have en betydning for arbejdsmiljøet. Ifølge spørgeskemaundersøgelserne kan der observeres et fald fra baseline til projektets afslutning i andelen af medarbejdere som vurderer, at de inden for de seneste 6 måneder har anvendt magt (fra 28 pct. til 21 pct.). Igen er det vigtigt at pointere, at dette fald ikke nødvendigvis alene kan tilskrives afprøvningen af BPSD-modellen, men det er nærliggende, at det har haft en betydning givet det markante fald i BPSD-symptomer i afprøvningsperioden.

⁷ Triage er et redskab til at inddele borgere, således at borgere med størst behov får øget opmærksomhed og målrettet pleje. Triagen opdeler borgere i tre niveauer efter plejebehov: Grøn (habitualtilstand), gul (én eller flere ændringer i habitualtilstanden), rød (ved udskrivelse fra hospital, markante ændringer i habitualtilstande, hospitalsindlæggelse er truende). (Sundhedsstyrelse, 2013: "Tidlig opsporing af sygdomstegn hos ældre medicinske patienter")

I de kvalitative interviews blev brugen af magt ikke italesat. Medarbejdernes tilbageholdenhed overfor emnet kan hænge sammen med, at størstedelen af de gennemførte interviews var gruppeinterviews, hvorved medarbejdernes udtalelser ikke er anonyme overfor de andre deltagere i interviewet. Ligeledes er det vurdering fra evalueringens demensfaglige eksperter, at området er tabubelagt.

7.3 SAMMENFATNING

Analysen af medarbejdernes trivsel og arbejdsmiljø tager udgangspunkt i jobtilfredshed samt forekomst af vold, trusler og magtanvendelse.

I forhold til jobtilfredshed viser analysen, at samarbejdet mellem medarbejderne har udviklet sig i en positiv retning. Medarbejderne oplever, at de på tværs af faggrupper har fået et fælles sprog. Generelt er samarbejdet forbedret væsentlig mellem medarbejdergrupperne. Dette er særlig udtalt for SOSU-medarbejderne, der oplever at blive hørt mere, og dermed oplever større respekt omkring deres arbejde og faglighed.

Den synlige positive effekt på beboerne som medarbejderne oplever skaber både en øget jobtilfredshed hos medarbejderne, men også en øget motivation til at fortsætte arbejdet med BPSD-modellen.

I afprøvningsperioden er andelen af medarbejdere, der angiver aldrig at opleve voldsomme episoder, trusler og vold steget, og angivelse af at have anvendt magt er faldet. Det vurderes, at arbejdet med den målrettede pleje kan have været medvirkende årsag til dette, men det er vanskeligt at konkludere, da det er områder, der generelt er fokus på. Medarbejderne udtrykker, at de som følge af drøftelser på BPSD-konferencer er blevet bedre til at tackle voldsomme episoder.

Samlet set bekræftes hypotesen om, at *BPSD-modellens systematiske tilgang bidrager til at forbedre medarbejdernes trivsel og arbejdsmiljø.*

8 BPSD-SYSTEMET





8 BPSD-SYSTEMET

BPSD-modellen bliver understøttet af det elektroniske BPSD-system, der spiller en central rolle i modellens tre trin. Den bagvedliggende hypotese, som efterprøves i dette kapitel er:

HYPOTESE 6

BPSD-modellens it-redskab, BPSD-systemet, giver medarbejderne et overblik over forekomsten af BPSD-symptomer og effekten af beboerindsatserne.

Til at efterprøve hypotesen præsenteres resultaterne af medarbejdernes vurdering af BPSD-systemet. Resultaterne er baseret på svar fra spørgeskemaundersøgelserne og interviews med medarbejderne.

Kapitlet er inddelt i to dele. Den første del fokuserer på BPSD-systemets mulighed for at visualisere beboerens BPSD-symptomer og den anden del på systemets brugervenlighed.

8.1 VISUALISERING Gennem BPSD-SYSTEMET

BPSD-systemet er som understøttende værktøj det system, hvori oplysninger om beboerne og deres BPSD-symptomer registreres ligesom det også er her beslutninger truffet på BPSD-konferencerne noteres. Systemet beregner også NPI-værdien og er i stand til danne rapporter om de enkelte beboere, hvor bl.a. deres BPSD-symptomer er visualiseret.

De kvalitative analyser viser, at medarbejderne vurderer, at BPSD-systemet bidrager til et øget overblik over beboernes aktuelle tilstand. Medarbejderne værdsætter i høj grad de visualiseringsmuligheder, som systemet tilbyder. Dette gør sig gældende for alle deltagende kommuner. Omkring 85 pct. af lederne og BPSD-nøglepersonerne vurderer, at beboerrapporterne i høj eller i nogen grad anvendes i det videre arbejde med beboeren.



Det (BPSD-systemet) er også meget visuelt. Det er godt! For i vores fag kan det være svært at måle og veje, om det vi gør, er godt nok. Og her får vi et værktøj, så vi nogenlunde kan se, om vi er på rette vej eller ej. Så det hjælper med de meget visuelle søjler. Det er fremmende, for man kan se ens indsatser og bliver motiveret til at fortsætte.

BPSD-NØGLEPERSON



Søjlerne, de er guld værd! (om systemets visualisering i beboerrapporterne). Det visuelle aspekt taler til mange af vores medarbejdere. Og det er derfor de kæmper sådan for at beholde det, for hvis det forsvinder, så tror jeg, det vil falde lidt fra hinanden. Det med visuelt at kunne se forskellen fra gang til gang, det giver altså virkelig noget.

LEDER

I interviewene bliver det klart, at visualiseringen af beboerens udvikling har skabt en øget motivation hos medarbejderne til at fortsætte arbejdet med de igangsatte målrettede beboerindsatser, tilpasse indsatserne samt at udvikle nye. I systemet tilbydes derudover en anden rapporteringsmulighed, månedlige plejecenterrapporter, hvilke primært er tiltænkt ledelsens daglige arbejde. Disse rapporter vurderes af en mindre andel af lederne og BPSD-nøglepersonerne som brugbare. De kvalitative analyser vidner ligeledes om, at disse rapporter anvendes i et begrænset omfang. På et plejecenter beskriver lederen, at plejecenterrapporterne bliver anvendt til at illustrere den beboer, som er månedens styrtdykker og dermed sætte fokus på bestemte indsatser. Dette tiltag er med til at skabe motivation og opbakning til projektet.

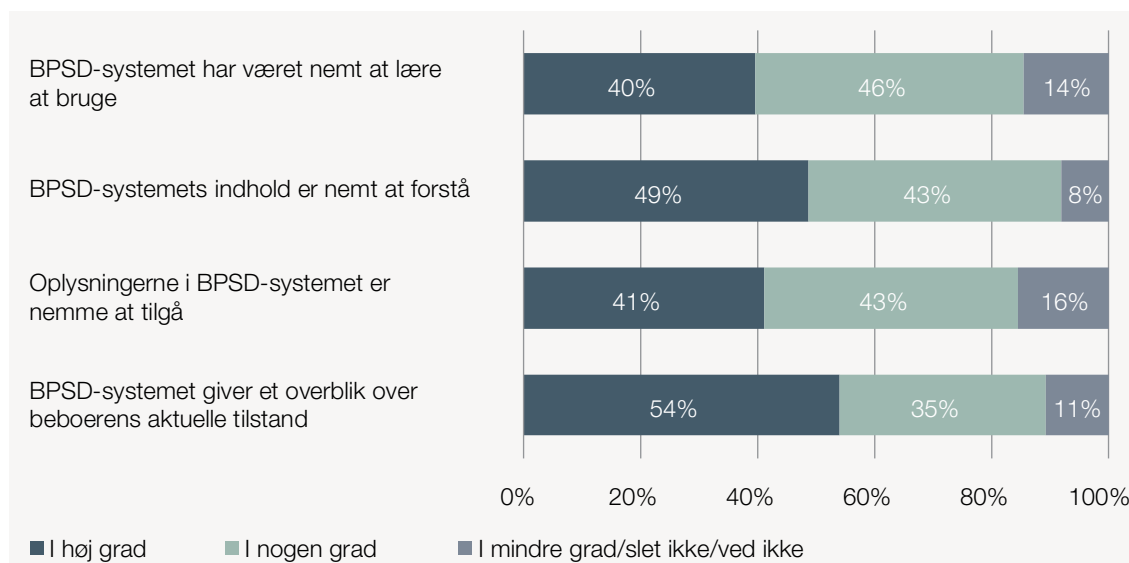
Generelt viser interviewundersøgelsen, at medarbejderne tillægger BPSD-systemet stor værdi, fordi det giver et overblik over BPSD-symptomerne samt ændring i symptomerne som følge af

beboerindsatserne. Medarbejderne anser systemet som centralt og en nødvendighed for arbejdet med BPSD-modellen og udviser generelt stor interesse for at arbejde videre med det.

8.2 BRUGERVENLIGHED

I dette afsnit undersøges brugervenligheden af BPSD-systemet på baggrund af en række spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelserne, som kun er stillet til ledere og BPSD-nøglepersoner som er dem der har anvendt systemet.

Figur 21 præsenterer vurderingen af anvendeligheden af BPSD-systemet. Systemet opleves generelt at være nemt at tilgå, anvende og forstå. Her vurderer 92 pct., at BPSD-systemets indhold i høj eller nogen grad er nemt at forstå. Derudover vurderer en stor del, at systemet er nemt at lære at bruge, samt at oplysningerne i systemet er nemme at tilgå. Samlet set kan det konkluderes at medarbejderne oplever BPSD-systemet som brugervenligt.



FIGUR 21: Anvendeligheden af BPSD-systemet

Note: Figuren er baseret på spørgsmålet: "I hvilken grad er du enig i følgende: BPSD-systemet har været nemt at lære at bruge", "BPSD-systemets indhold er nemt at forstå", "Oplysningerne i BPSD-systemet er nemme at tilgå", "BPSD-systemet giver et overblik over beboerens aktuelle tilstand". Spørgsmålene er kun blevet stillet til medarbejdere som benytter systemet, hvilket angår ledere/teamledere og BPSD-nøglepersoner.

Kilde: Afsluttende survey (n=187)

Af Figur 21 fremgår det ligeledes, at 89 pct. vurderer, at BPSD-systemet i høj grad (54 pct.) eller i nogen grad (35 pct.) giver et overblik over beboerens aktuelle tilstand.

I både de kvalitative analyser og af spørgeskemaundersøgelserne fremgår det, at de største udfordringer ved BPSD-systemet er tekniske problemer, fx hvor de registrerede data går tabt, eller at systemet arbejder langsomt. Dette har medarbejderne oplevet som en udfordring igennem hele projektet, hvilket til tider har gjort systemet til en tidsrøver. Der er dog en række fejl som løbende er blevet rettet i systemet og problemerne var mindre udtalt i den sidste del af afprøvningsperioden.

En anden udfordring som kommer til udtryk er, at BPSD-systemet som stand-alone system giver udfordringer med dokumentationen idet der ingen teknisk sammenhæng er til kommunernes øvrige systemer, herunder særligt de kommunale omsorgssystemer. Der har således i afprøvningsperioden været en vis grad af dobbelt registrering. En kobling mellem systemerne eller en integration af BPSD-systemet i omsorgssystemet nævnes af alle kommuner som et væsentligt udviklingsområde for systemet.



Hvis man tænker, at man implementerer det i hele DK; så skal det lægges ind i alle systemerne.

NØGLEPERSON

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at en mindre del oplever, at der indtastes overflødige oplysninger i BPSD-systemet (8 pct.). Af overflødige oplysninger nævner medarbejderne blodsuktermåling for beboere som ikke har konstateret diabetes og TOBS-målinger⁸ for alle beboere. Derudover pointeres det blandt nogle medarbejdere som overflødigt at skulle registrere medicinforbrug på alle tidspunkter af dagen især, hvor det ikke er relevant. Det skal dog nævnes, at en så detaljeret notering af medicinforbruget har haft et evaluerende formål.

En mindre del ønsker yderligere funktioner (6 pct.) eller mulighed for at registrere andre typer af information (12 pct.) i BPSD-systemet. Medarbejderne efterspørger fx at kunne registrere oplysninger om beboernes fysiske funktionsniveau, herunder træningsbehov og vægt, oplysninger

angående beboerens sociale netværk samt mulighed for at kunne registrere al den medicin beboeren modtager. Det begrænsede antal præparater skyldes, at der i forhold til evalueringen er blevet udvalgt specifikke præparater.

I forhold manglende funktioner i systemet ønsker medarbejderne at kunne rette i beboerens medicinskema uden at skulle starte registreringen forfra. Foruden disse funktioner viser de kvalitative interviews, at flere medarbejdere efterspørger muligheden for at kunne sammenligne NPI-vurderingerne på tværs af beboerne og få overblik over hvilke tiltag, der tidligere har vist effekt for beboere med samme symptomer.

⁸ Målinger af blodtryk, puls, temperatur, bevidsthed og respirationsfrekvens.

8.3 SAMMENFATNING

Evalueringen viser, at medarbejderne generelt er meget tilfredse med it-systemet, hvor især systemets visualiseringsmuligheder fremhæves. Dette er i høj grad medvirkende til at understøtte tværfaglige drøftelser om de enkelte beboere på BPSD-konferencerne.

Systemet opleves i høj grad at være nemt at tilgå, anvende og forstå og er et helt centralt værktøj til understøttelse af BPSD-modellen. Systemet, der blev stillet til rådighed i afprøvningsperioden, er et stand-alone-system, der i høj grad ligner det svenske BPSD-register. I evalueringen fremhæver medarbejderne, at en integration til de kommunale omsorgssystemer ville have været en styrke og dette er et central udviklingsområde ifm. et videre arbejde med BPSD-modellen.

Således bekræftes hypotesen om, at *BPSD-modellens it-redskab, BPSD-systemet, giver medarbejderne et overblik over forekomsten af BPSD-symptomer og effekten af beboerindsatserne.*

9 IMPLEMENTERING AF BPSD-MODELLEN

Abstract geometric shapes in the bottom right corner, consisting of several overlapping triangles and polygons in various shades of blue and teal, creating a modern, layered effect.



9 IMPLEMENTERING AF BPSD-MODELLEN

I dette kapitel præsenteres analyserne af, hvordan plejecentrene har implementeret BPSD-modellen og i hvilket omfang, det er sket i overensstemmelse med konceptbeskrivelsen som beskrevet i det indledende kapitel 2.

Resultaterne er baseret dels på data fra BPSD-systemet, spørgeskemaundersøgelserne ved midtvejs- og dels på den afsluttende undersøgelse og kvalitative data indsamlet under besøgsrunderne.

Kapitlet indledes med en samlet vurdering af implementeringen efterfulgt af en mere dybdegående analyse af de fire forskellige kerneelementer.

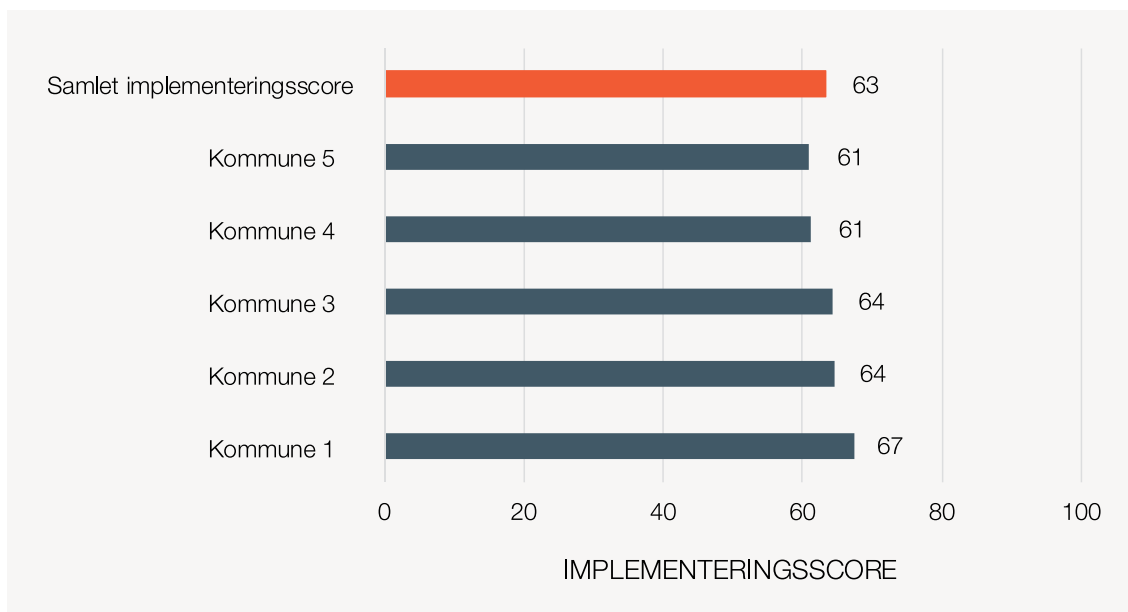
9.1 SAMLET VURDERING AF IMPLEMENTERINGEN

For at vurdere i hvilket omfang plejecentrene har implementeret BPSD-konceptet i overensstemmelse med konceptbeskrivelsen er der udregnet en implementeringsscore for hver af de fire kerneelementer samt en samlet implementeringsscore. Ved en implementeringsscore på 100 er BPSD-konceptet blevet implementeret fuldstændigt som beskrevet i konceptbeskrivelsen, hvilket også betyder, at jo lavere en score desto mere afviger den faktiske implementering fra konceptbeskrivelsen.

UDREGNING AF IMPLEMENTERINGSSCOREN

Implementeringsscoren går fra 0 (laveste score) til 100 (højeste score). Implementeringsscoren er udregnet som den gennemsnitlige målopfyldelse på baggrund af data fra BPSD-systemet og midtvejs- og afsluttende spørgeskemaundersøgelse. Udregningen tager udgangspunkt i de aktiviteter og succeskriterier, som fremgår af bilag E.

Figur 22 viser den samlede implementeringsscore for hele projektet og for hver af de fem kommuner. Figuren viser, at implementeringsscore varierer mellem 61 og 67 point. Den samlede implementeringsscore for hele projektet var 63 point.



FIGUR 22: Implementeringsscore for hele projektet og hver kommune

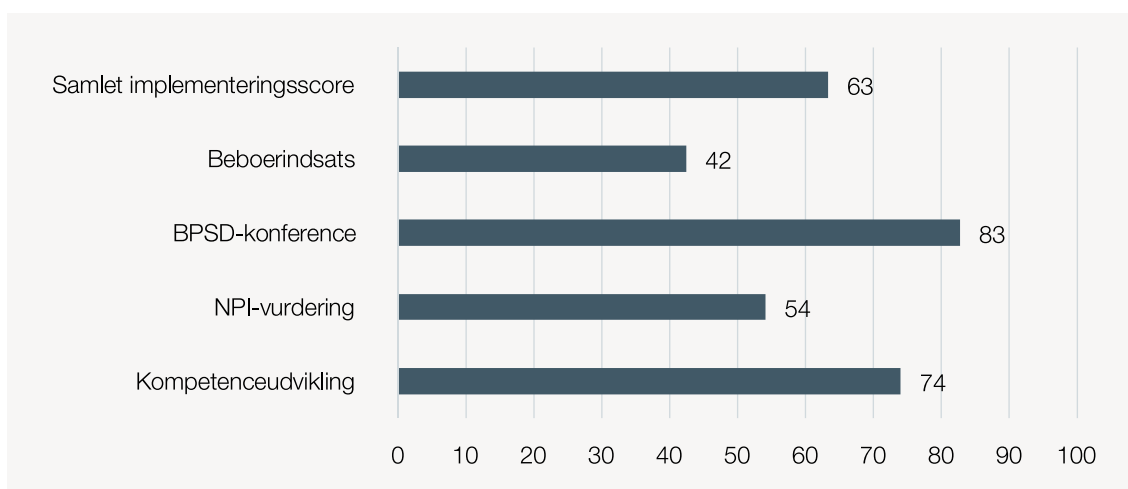
Note: Implementeringen er vurderet på en skala fra 1-100, hvor 100 er den bedst mulige implementering (100% i overensstemmelse med konceptet).

Kilde: Midtvejs- og afsluttende spørgeskemaundersøgelse og BPSD-systemet.

Det er COWIs vurdering, at det er en relativ høj implementeringsgrad for de fem kommuner. Hvorvidt implementeringsgraden er høj eller ej beror selvfølgelig på en subjektiv vurdering. Det er tale om en kompleks intervention, som kræver en betydelig ledelsesmæssig opbakning samt koordinering og samarbejde på tværs af fag- og personalegrupper. Vi ved fra implementeringslitteraturen, at jo mere kompleks en intervention er – desto lavere er implementeringsgraden. Det er yderst sjældent at det lykkes at implementere alle elementer fuldstændig, som vist i Figur 23 og Figur 29. På

den baggrund vurderer COWI, at BPSD-konceptet generelt er blevet implementeret succesfuldt, om end der i enkelte kommuner og på specifikke områder har været udfordringer med implementeringen.

Figur 23 viser implementeringsscoren for hver af de fire kerneelementer og for BPSD-konceptet samlet set. Den samlede implementeringsscore på 63 point vurderes at være tilfredsstillende, idet alle kerneelementerne med undtagelse af beboerindsatserne (42 point) ligger over 50 point.



FIGUR 23: Implementeringsscore for hele projektet og for de fire kerneelementer

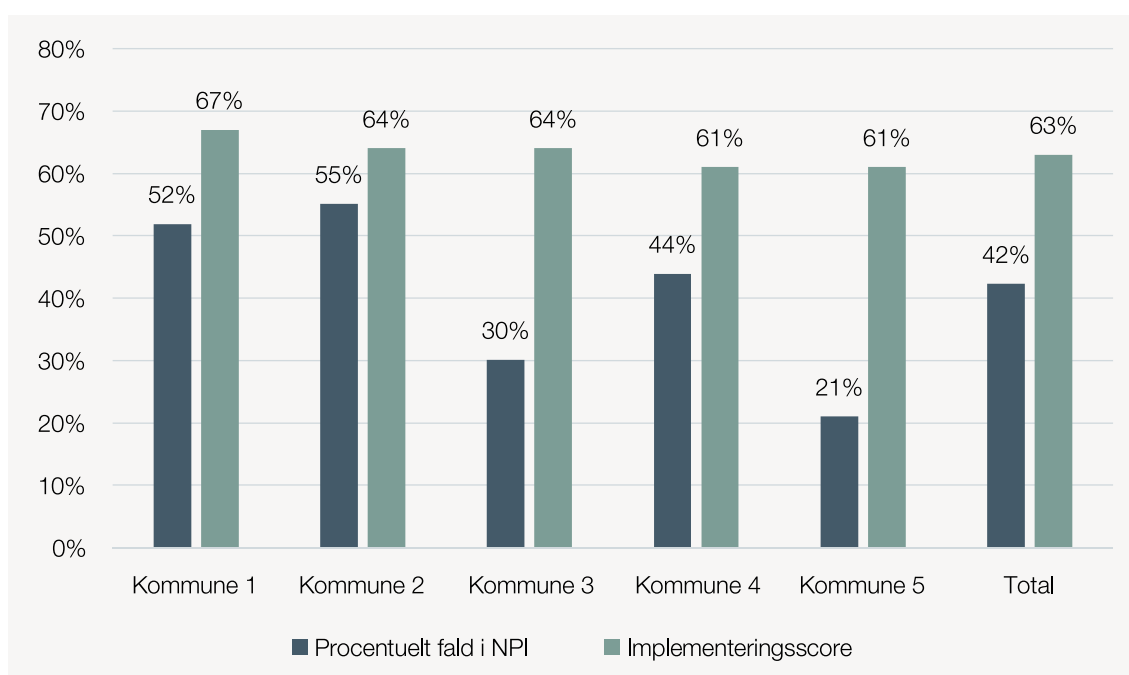
Note: Implementeringen er vurderet på en skala fra 1-100, hvor 100 er den bedst mulige implementering (100% i overensstemmelse med konceptet).

Kilde: Midtvejs- og afsluttende spørgeskemaundersøgelse og BPSD-systemet.

IMPLEMENTERINGSSCORE OG UDVIKLINGEN I NPI

I Figur 24 præsenteres en sammenligning mellem implementeringsscoren samt det procentvise fald i NPI-værdien for de deltagende kommuner. Resultaterne viser, at de to kommuner med det største fald i NPI (mere end 50 pct.) også har de

højeste implementeringsscorer. De to kommuner med den laveste implementeringsscore oplever et mindre fald i NPI. Kommune 3 adskiller sig fra de andre kommuner ved at have en høj implementeringsscore, men et relativt lavt fald i NPI sammenlignet med de andre kommuner.



FIGUR 24: Kommunale implementeringsscorer og fald i NPI-værdi

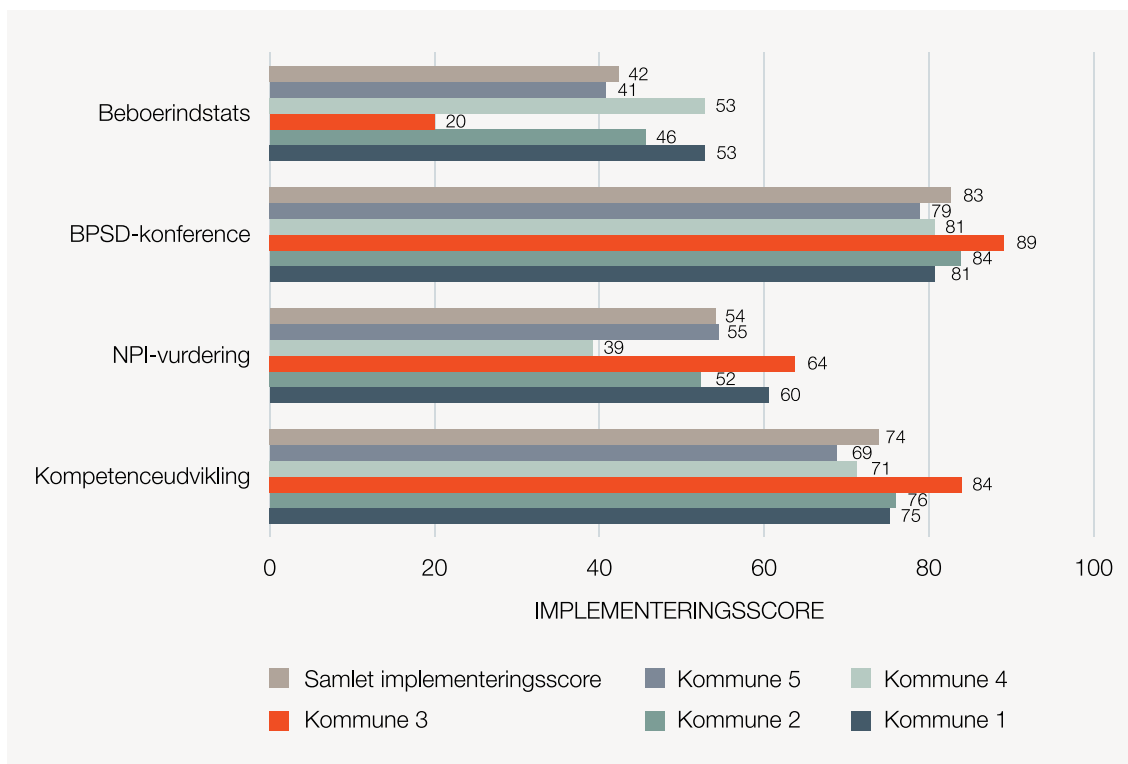
Note: Implementeringen er vurderet på en skala fra 1-100, hvor 100 er den bedst mulige implementering (100% i overensstemmelse med konceptet). Faldet i NPI-værdien er faldet mellem den gennemsnitlige NPI-værdi i januar 2017 og maj 2018.

Kilde: Midtvejs- og afsluttende spørgeskemaundersøgelse og BPSD-systemet.

KOMMUNALE VARIATIONER I IMPLEMENTERINGSSCORE

Den samlede implementeringsscore dækker over kommunale variationer i implementeringen af kerneelementerne, som vist i Figur 25. Det gælder især beboerindsats

og NPI-vurderinger. Implementeringsscoren vedrørende beboerindsatserne varierer mellem 20 og 53 point, mens NPI-vurderingerne varierer mellem 39 og 60 point. For BPSD-konference og kompetenceudvikling er variationerne mindre.



FIGUR 25: Implementeringsscoren opdelt på kerneelementer og kommune

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

I de følgende afsnit undersøges implementeringen af de fire kernelementer. En uddybende beskrivelse af de fire kerneelementer findes i kapitel 2.

9.2 KOMPETENCEUDVIKLING

Tabel 5 viser, hvor stor en andel af lederne, nøglepersoner og de øvrige medarbejdere, som svarer, at de har gennemført kompetenceudviklingsforløbet.

TABEL 5: Kompetenceudvikling

MÅLSÆTNING	PROCENTDEL, SOM HAR FULDFØRT
Alle nøglepersonerne deltager i kompetenceudviklingsforløb	86%
Alle ledere deltager i kompetenceudviklingsforløb	95%
Alle øvrige medarbejdere gennemfører webkursus	42%
Implementeringsscore	74

Note: Tabellen er baseret på spørgsmålet: "Hvilke af følgende BPSD-kurser har du deltaget i forbindelse med BPSD-projektet?"
 Kilde: Midtvejsspørgeskemaundersøgelsen (n=794).

De kvalitative analyser viste, at grunden til den lave deltagelse blandt øvrige medarbejdere bl.a. skyldes, at de øvrige medarbejdere ikke altid kunne huske eller var klar over, at de havde deltaget. Mange af de øvrige medarbejdere omtalte kurset som *videoen*, *E-learning* eller lignende uden de nødvendigvis var klar over den relaterede sig til afprøvningen af BPSD-modellen som på daværende tidspunkt ikke

var igangsat endnu. Det er således sandsynligt, at den reelle deltagelse er væsentligt højere end 42 pct. De kvalitative analyser viste, at der har været flere barrierer for de øvrige medarbejders deltagelse i webkursus, herunder manglende IT-kundskaber og tekniske udfordringer med webkurset. Derudover blev nye medarbejdere sjældent introduceret til webkurset.

UDBYTTE AF KOMPETENCEUDVIKLING

Knap halvdelen (45 pct.) af respondenterne vurderede i midtvejsspørgeskemaundersøgelsen, at kompetenceudviklingsforløbet i høj grad var relevant for deres daglige arbejde med beboere med demens og demenslignende symptomer, mens 39 pct. vurderede, at kompetenceudviklingen i nogen grad var relevant og 16 pct. at det i mindre grad eller slet ikke var relevant.

Vurderingen af udbyttet var lavere blandt de øvrige medarbejder sammenlignet med ledere og BPSD-nøglepersoner. Forskellen var statistisk signifikant. Den signifikante forskel i oplevelsen af udbyttet kan hænge sammen med, at webkurset for de øvrige medarbejdere havde en varighed på ca. én time, mens ledere og nøglepersoner modtog et kursusforløb på henholdsvis to og fire dage.

De kvalitative analyser viste, at en grundviden om demens og en forståelse for meningen med pædagogiske tiltag opfattes som en vigtig forudsætning for bl.a. implementeringen af målrettede beboerindsatser. Hvilket understreger vigtigheden af kompetenceudvikling særligt for de grupper, som vurderes at have mindst viden herom. Analysen af medarbejdernes viden om demens viste at niveauet generelt var ret højt, men det var de øvrige medarbejdere der relativt lå lavest. De øvrige medarbejdere har selv fremhævet, at de gerne ville have haft mere

undervisning i forhold til viden om demens generelt. Medarbejdere som i forvejen havde en stor grundviden om demens oplevede i den sammenhæng, at det faglige niveau på kompetenceudviklingsforløbene var forholdsvis lavt og nogle oplevede at blive talt ned til i forbindelse med kurset.

Det er på den baggrund COWIs vurdering, at undervisningen med fordel kunne have været opdelt i de med og uden erfaring i at arbejde med borgere med demens eller de som tidligere havde deltaget i kompetenceudvikling. Ligeledes kunne kursusforløbene forlænges for gruppen af øvrige medarbejdere.

9.3 NPI-VURDERINGER

Tabel 6 viser andel af NPI-vurderinger, 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 3.126 NPI-vurderinger fordelt på 736 beboere.

Resultaterne viser, at plejecentrene prioriterer de beboere, som har BPSD-symptomer (værdi over nul), frem for dem, der ikke har. De kvalitative analyser understøtter dette, idet medarbejderne fortæller, at de prioriterer at vurdere de beboere, som slår ud på NPI-vurderingerne og som har et behov for indsatser.

TABEL 6: NPI-vurdering

MÅLSÆTNING	PROCENT AF NPI-VURDERINGER
Alle NPI-vurderinger gentages inden for tre måneder (medmindre beboeren dør eller flytter): Opgjort for alle vurderinger over nul	62% *
Alle NPI-vurderinger gentages inden for tre måneder (medmindre beboeren dør eller flytter): Opgjort for alle NPI-vurderinger som er nul	46%
Implementeringsscore	54

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 vurdere terminale beboere. * Angiver statistisk signifikant forskel for gennemførelse af vurderinger, inden for tre måneder, mellem henholdsvis NPI-værdi på nul og NPI-værdi over nul. Standardafvigelsen er: 0,4845 for NPI-værdi på 0 og 0,4987 for NPI-værdi over 0.

Kilde: BPSD-system (data 31. maj 2018).

De kvalitative analyser samt analyser af BPSD-data viser, at selvom ikke alle NPI-vurderinger bliver gennemført inden for de tre måneder, så bliver de i høj grad gennemført kort tid efter. Analysen viser, at blandt NPI-vurderinger, hvor beboerne scorer nul, ligger 64 pct. af NPI-vurderingerne inden for 95 dage, mens dette tal er 73 pct. ved en NPI-værdi større end nul. For det totale antal vurderinger gælder det, at 71 pct. ligger indenfor 95 dage. COWI vurderer, at fem dage ikke udgør en nævneværdig afvigelse, og at implementeringen af NPI-vurderingerne derfor ikke udgør et særligt opmærksomhedspunkt.

De kvalitative analyser viser, at medarbejderne oplever, at hovedkravet til maksimalt antal dage mellem NPI-vurderingerne bl.a. er med til at sikre, at vurderingerne bliver gennemført idet det skal registreres i BPSD-systemet. Medarbejderne oplever, at selvom en borger af flere omgang ikke har slået ud, så er den løbende systematiske opfølgning i form af vurderinger hver tredje måned med til at sikre, at det opdages, hvis det pludselig sker.

De kvalitative analyser viser dog også, at flere af medarbejderne vurderer, at NPI-vurdering hver 3. måned er urealistisk. Disse medarbejdere ønsker i stedet, at der anvendes et fagligt skøn til at bestemme tidspunktet for vurderingen. Det faglige skøn opleves især relevant ift. beboere med en NPI-værdi på 0, da medarbejderne vurderer, at kravet om vurdering hver 3. måned for disse beboere ikke altid er meningsfuldt. Dette kan være en del af forklaringen på, at færre vurderinger med en NPI-værdi på 0 sker indenfor 90 dage.

Analyserne viser ingen forskel mellem somatiske plejecentre og demensplejecentre ift. gennemførelse af NPI-vurderinger.

9.4 BPSD-KONFERENCER

Der er i alt blevet gennemført 2.400 BPSD-konferencer i afprøvningsperioden. Det fremgår af Tabel 7, at det i høj grad er lykkedes at gennemføre BPSD-konferencerne inden for tre dage efter NPI-vurderingen. Ligeledes udfylder plejepersonalet

i høj grad mål og igangsætter som minimum mindst én beboerindsats. Den største udfordring er at overholde kravet om, hvilke medarbejdere, der skal være til stede på BPSD-konferencen.

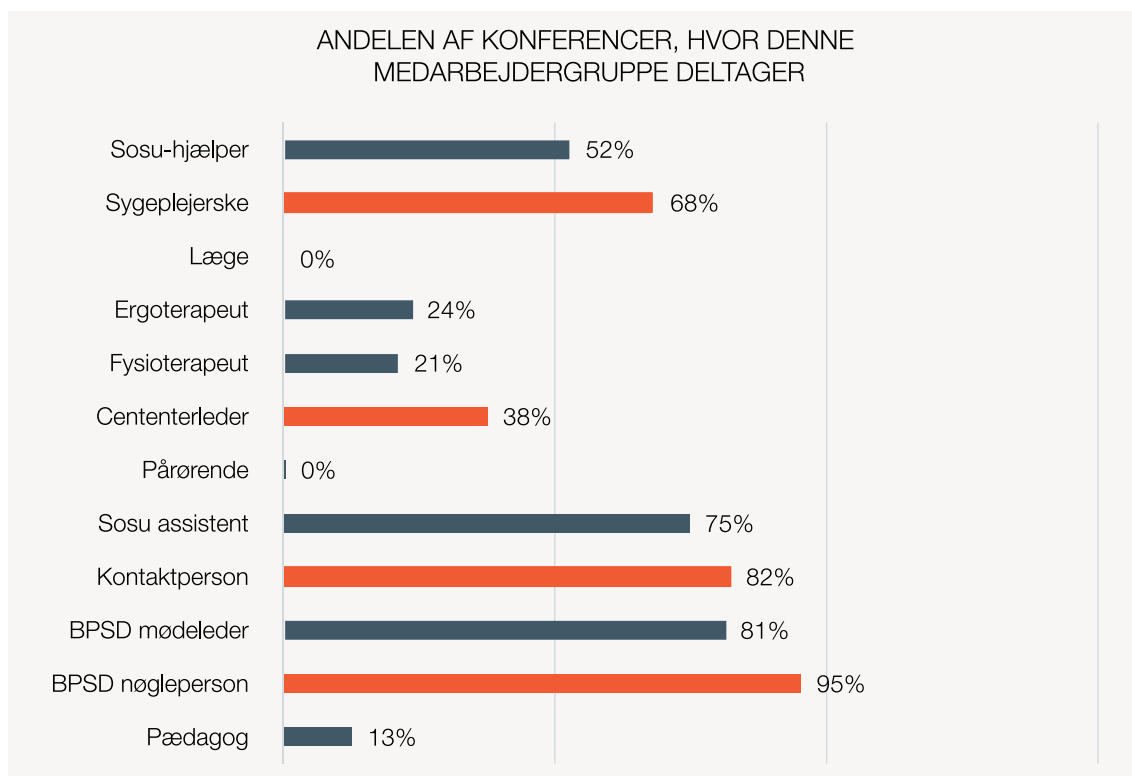
TABEL 7: BPSD-konferencerne

MÅLSÆTNINGER	PROCENT AF BPSD-KONFERENCER
BPSD-konferencen gennemføres inden for tre dage efter NPI-vurderingen for alle beboere med en score over nul (medmindre beboeren er flyttet eller gået bort)	93%
På BPSD-konferencerne deltager, som minimum, nøgleperson, en leder ⁹ , beboerens kontaktperson og mindst en sygeplejerske	49%
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. maj 2018).

Resultaterne viser, at der enten mangler en nøgleperson, leder, kontaktperson eller sygeplejerske på 49 pct. af BPSD-konferencerne. Figur 26 giver en detaljeret oversigt over deltagerne på BPSD-konferencen. Figuren viser, hvilke funktioner der deltager på konferencen. De medarbejdergrupper, der jf. konceptbeskrivelsen er obligatoriske, er markeret med orange, mens øvrige deltagere er markeret med gråt.

⁹ Enten tilstedeværelse af centerleder, teamleder og/eller mødeleder.



FIGUR 26: Fordelingen af BPSD-konferencedeltagere i forhold til deres faglighed/funktion (procent af BPSD-konferencer)

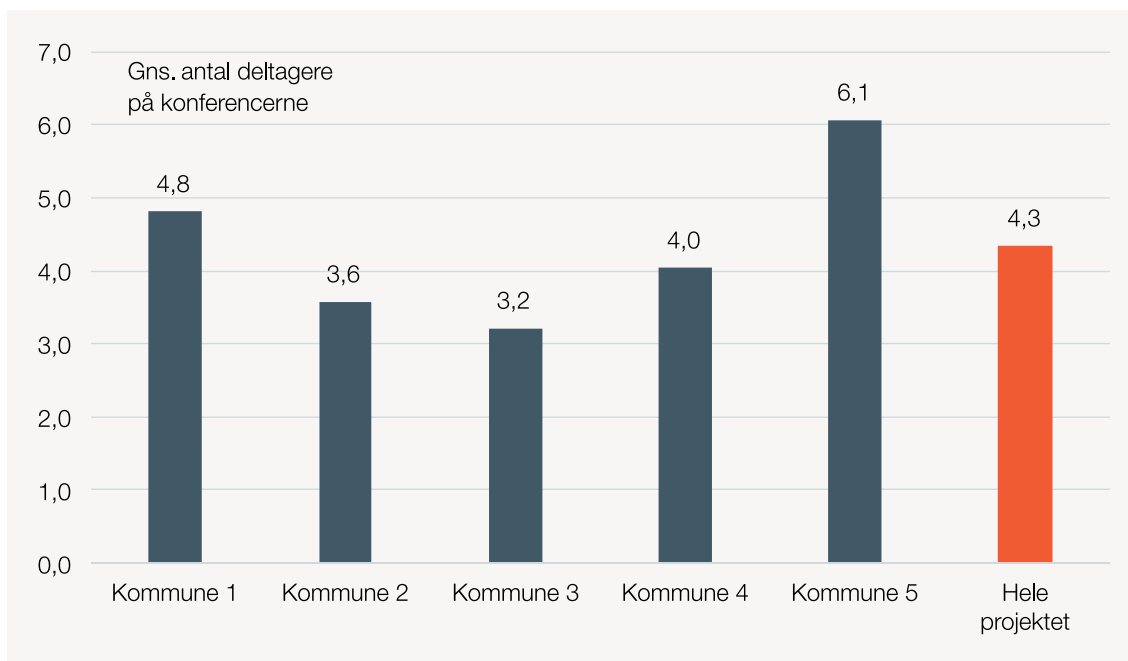
Note: Medarbejderne markeret med orange er obligatoriske deltagere jf. konceptbeskrivelse, mens medarbejdergrupper markeret med grå ikke er obligatoriske.

Kilde: BPSD-systemet (data 31. maj 2018).

Figuren viser, at blandt de obligatoriske deltagere, er det især sygeplejersker, som mangler på konferencerne. Observationerne af BPSD-konferencerne viste dog, at noget af plejepersonalet havde flere roller på en BPSD-konference, eksempelvis var sygeplejersker ofte også leder eller nøgleperson. Det er derfor ikke sikkert, at plejepersonalet har været opmærksomme på at få indtastet dobbeltroller og -funktioner korrekt i systemet. Det er vigtigt, at kravet om deltagelse særligt for de obligatoriske deltagere overholdes, idet de har hver sin funktion i forhold til målbeskrivelse og udvælgelse af indsats over for beboeren. Teknisk er BPSD-systemet indrettet til at deltagere kan markere flere roller, men i praksis sker det, at de kun registrerer en rolle. Således er der formentlig en underregistrering, der medvirker til en underreportering.

COWI vurderer på baggrund af de kvalitative analyser, at det tværfaglige udbytte er større, hvis der også deltager andre faggrupper end social- og sundhedspersonale og sygeplejersker, eksempelvis demenskoordinatorer, ergo- og fysioterapeuter og/eller ernæringsmedarbejdere. Data viste, at disse medarbejdergrupper bidrager med særlig fagspecifik viden, som er med til at kvalificere drøftelserne på BPSD-konferencerne, ligesom de kan bidrage med andre perspektiver på beboeren og idéer til beboerindsatser.

Figur 27 viser det gennemsnitlige antal deltagere i de fem kommuner. Som det fremgår af figuren har kommune 5 det højeste gennemsnitlige antal deltagere (6,1 deltagere i gennemsnit), mens de øvrige kommuner ligger mellem tre og fem deltagere i gennemsnit.



FIGUR 27: Gennemsnitligt antal deltagere på BPSD-konferencerne

Note: Der er signifikante forskelle mellem den enkelte kommune og de øvrige: kommune 1, kommune 2, kommune 3 og kommune 5. Standard afvigelsen er: 1,74 for kommune 1; 1,29 for kommune 2; 0,85 for kommune 3; 1,37 for kommune 4 og 2,08 for kommune 5.

Kilde: BPSD-systemet (data 31. maj 2018).

Analysen af BPSD-data viser, at medianen¹⁰ for hele projektet var 4. Den var ligeledes 4 i kommune 1 og 4. I kommune 2 og 3 var den 3, og i kommune 5 var den 6.

Kvalitative data viser, at variationen i antallet af deltagere på konferencerne blandt andet skyldes, at medarbejdergruppen ofte vælger konferencedeltagere på baggrund af kompleksiteten af beboeren, hvilket beror på en vurdering af, hvilke faggrupper der kan bidrage til vurdering og nuancering af perspektiverne på beboerens symptomer. Jo mere komplekst, jo flere deltagere.

En generel udfordring for alle kommunerne i forbindelse med BPSD-konferencerne er at opnå repræsentation fra alle vagtlag. Nogle plejecentre håndterer denne udfordring ved at holde konferencerne sidst på eftermiddagen, hvor aftenvagten er mødt ind, hvormed konferencen fungerer som en overlevering. På et andet plejecenter møder nattevagten ind til konferencerne, da dette er en integreret del af opgaveporteføljen. Andre plejecentre anvender rullende vagtlag, som gør, at alle medarbejdere deltager i konferencerne.

Analysen viser ingen forskel mellem somatiske plejecentre og demensplejecentre ift. gennemførelse af BPSD-konferencer.

VARIGHED AF BPSD-KONFERENCEN

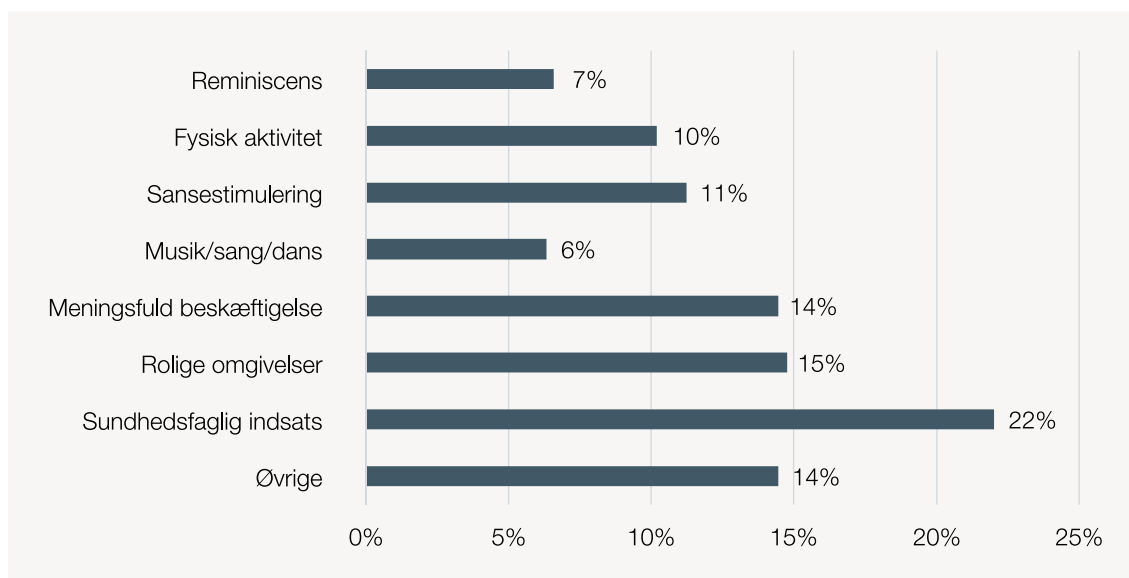
En BPSD-konference tager i gennemsnit 40 minutter¹¹, mens medianen er 40 minutter. Den gennemsnitlige varighed falder fra beboerens første (47 minutter) til fjerde (36 minutter) BPSD-konference.

9.5 MÅLRETTEDE BEBOERINDSATSER

Figur 28 viser hvilke beboerindsatser plejepersonalet iværksætter hyppigst. Plejepersonalet iværksætter flest sundhedsfaglige indsatser og færrest indsatser vedrørende musik/sang/dans. Ifølge litteraturen er der uklarhed omkring hvad årsagen er til BPSD, men det vurderes at en række neurobiologiske, psykologiske og sociale faktorer kan ligge til grund (17).

¹⁰ Medianen er den midterste værdi i et sorteret datasæt.

¹¹ 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. Dette var en observation, som blev gjort i forbindelse med observation af BPSD-konferencerne.



FIGUR 28: Typer af beboerindsatser (procent af beboerindsatser)

Kilde: BPSD-system (data 31. maj 2018).

Derudover viser BPSD-data også, at der i 60 pct. af tilfældene bliver udfyldt en kommentar i forhold til kommunikation til beboeren. Dette er ikke defineret som en beboerindsats i konceptet, men kan alligevel betragtes som en indsats idet, det bliver besluttet, at der eksempelvis skal tales til en beboer på en bestemt måde.

IMPLEMENTERING AF BEBOERINDSATSER

Tablet 8 viser, at under halvdelen (36 pct.) af nøglepersonerne og lederne vurderer, at beboerindsatserne, der besluttes på BPSD-konferencen i høj grad implementeres efter efterfølgende. Samtidig viser tabellen, at næsten halvdelen (49 pct.) af BPSD-nøglepersonerne og lederne vurderer, at det i høj grad er tydeligt, hvem der har hvilke opgaver i forbindelse med implementeringen og opfølgningen på de besluttede beboerindsatser.

TABEL 8: Beboerindsatserne

MÅLSÆTNINGER	PROCENT AF RESPONDENTER
Nøglepersoner og ledere vurderer i høj grad, at de beboerindsatser, der besluttes på BPSD-konferencen, efterfølgende implementeres	36%
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	49%
Implementeringsscore	42

Note: Tabellen er baseret på spørgsmålene: "I hvilken grad vurderer du, at de beboerindsatser, der besluttes 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 besluttes på BPSD-konferencen?"

Kilde: Afsluttende survey (n=185).

De kvalitative analyser viser, at der generelt var en mangel på systematik i den måde beboerindsatserne bliver kommunikeret ud til alle medarbejdere i afdelingerne/på centrene. Den manglende systematik betyder, at beboerindsatserne ofte ikke kommunikerer klart ud. Dette kan være en forklaring

på, at en lille andel af nøglepersoner og ledere vurderer, at indsatserne implementeres efter BPSD-konferencen. Da plejen af de enkelte beboere typisk varetages af mange forskellige medarbejdere (fordelt på forskellige vagtlag), er der en udfordring i at sikre, at alle er orienteret om beboerindsatserne.



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.

ØVRIG MEDARBEJDER)

Kommunikationen til de øvrige medarbejder 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 handplaner. Udfordringen ved den skriftlige 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 analyserne viser, at det ikke altid sker i en travl hverdag. Samtidig fortæller plejepersonalet, at det særligt var en udfordring at inddrage aften- og nattevagterne. På nogle plejecentre har man derfor forsøgt at komme omkring denne problematik ved at oprette BPSD-tavler for at sikre større synlighed om beboerindsatserne. Det er en vurdering, at disse tavler er et godt redskab til at udbrede kendskabet til beboerindsatserne til de øvrige medarbejdere. BPSD-tavlerne kan dog ikke stå alene.

COWI vurderer også, at de øvrige medarbejdere i højere grad føler sig medinddraget, eksempelvis gennem deltagelse på BPSD-konferencerne. Analyser viser, at det er helt centralt for implementeringen, at de øvrige medarbejdere tager ejerskab og prioriterer beboerindsatserne i det daglige.

Det er helt centralt i BPSD-modellen, at de målrettede beboerindsatser, der aftales på BPSD-konferencerne gennemføres. Det er netop i plejen og gennem implementeringen af beboerindsatserne, at resultaterne ses. De kvalitative analyser viser, at medarbejderne oplever, at de målrettede beboerindsatser har en positiv effekt på beboernes livskvalitet. Analyserne viser videre, at BPSD-modellen har gjort det muligt for medarbejderne at iværksætte indsatser, som gør det muligt at hjælpe beboerne med bedre kunne leve (et bedre liv) med deres demens.

TABEL 9: Sammenhæng mellem gennemførelsen af konferencerne og udmøntningen af beboerindsatser

ANDEL AF MEDARBEJDERNE DER I HØJ GRAD VURDERER, AT BEBOERINDSATSERNE IMPLEMENTERES	
Antal deltagere på konferencerne	
Lav (2-3 deltagere)	19%
Mellem (4-5 deltagere)	38%
Høj (6+ deltagere)	46%
Tid brugt på konferencerne	
Lav (20-35 min.)	31%
Mellem (36-50 min.)	36%
Høj (51+ min.)	50%

Note: Antallet af deltagere på konferencerne er opgivet i det gennemsnitlige antal deltagere og er opdelt i grupperne: lav = 2-3 deltagere, mellem = 4-5 deltagere, høj = 6+ deltagere. Tiden repræsenteres af den gennemsnitlige tid brugt på konferencerne og er opdelt på de tre grupper: lav = 20-35 min., mellem = 36-50 min., høj = 51+ min. Tabellen er baseret på spørgsmålel "I hvilken grad vurderer du, at..." fra det afsluttende survey.

Kilde: BPSD-data (data 31. maj 2018) og afsluttende survey (N=180)

Det kan være interessant at se nærmere på sammenhængene mellem, hvorledes konferencerne gennemføres og udmøntning af beboerindsatser. Resultaterne for dette er præsenteret i nedenstående tabel.

Det fremgår af tabellen, at desto flere deltagere der er på BPSD-konferencer og des længere tid der bruges på de enkelte BPSD-konferencerne jo mere tilbøjelige er medarbejderne til at vurdere at de aftalte beboerindsatser gennemføres.

Samtidig skal det også bemærkes, at analyserne ikke viser nogen tydelig sammenhæng mellem reduktionen i BPSD-symptomer og implementeringsgraden, men der er dog en tendens til en højere reduktion i BPSD-symptomer hos de kommuner med den højeste implementeringsscore.

PERSONCENTRERET FOKUS SOM UDGANGSPUNKT FOR PLEJEN

På et plejecenter bor en mand, hvor kun ganske få fra personalegruppen kan gå ind til ham uden at han skælder ud og bliver vred, ligesom der primært er én bestemt medarbejder som beboeren gerne vil modtage pleje af. Beboeren nægter at modtage pleje af andre og dette skaber store udfordringer for det øvrige personale de dage den pågældende medarbejder ikke er på arbejde. Manden har en demensdiagnose, men har derudover også OCD og autisme, som gør at han kun kan rumme meget få mennesker. Manden har ikke noget sprog, og kommunikationen foregår derfor gennem kropssprog. Det er en udfordring for personalet at tolke hans behov.

Da manden bliver vurderet første gang, viser det sig, at han har en høj NPI-værdi og han oplever især mange hallucinationer. Efter vurderingen drøfter personalet manden på en BPSD-konference, hvor det nære personale omkring manden deltager. På konferencen diskuterer personalet de ting, som trigger beboeren. Det bliver klart, at små detaljer som hvordan kluden ligger i håndvasken og hvordan dynen skal løftes om morgenen er væsentlige for manden og det er vigtigt at personalet har de samme rutiner omkring manden. På konferencen beslutter personalet at lave en bog hvori der fremgår en beskrivelse af, hvordan plejen af beboeren skal forløbe, samt hvad det betyder når han reagerer på forskelligvis. Denne bog laves med udgangspunkt i de erfaringer som den ene medarbejder, af hvem manden gerne vil tage imod pleje, har gjort sig. Tingene bliver nedskrevet, så andre medarbejdere har mulighed for at gentage arbejdsgangene og skabe faste rammer for plejen af beboeren.

Igennem drøftelserne på konferencen bliver medarbejderne især opmærksomme på, at en ensretning i plejen er vigtig for manden grundet hans komplekse sygdomsbillede.

Efter initiativet med den fælles bog er blevet igangsat oplever medarbejderne at de nedskrevne arbejdsmetoder bidrager til, at der opstår færre konflikter i forbindelse med plejen af manden. Manden oplever med tiden en progression i sygdommen, hvorfor han bliver dårligere. I hele processen har der været fokus på det hele menneske, herunder både mandens livshistorie og sygdomsbilledet.



9.6 SAMMENFATNING

Samlet set viser analyserne af implementeringen af BPSD-konceptet, at kommunerne generelt har fulgt BPSD-konceptbeskrivelsen og at de stort set har levet op til de væsentligste krav.

Særligt i forhold til gennemførelse af kompetenceudvikling og afholdelse af BPSD-konferencer har kommunerne klaret det godt. Hjertet i BPSD-modellen beskrives af de fleste medarbejdere som værende de tværfaglige BPSD-konferencer.

Der er derimod lidt større udfordringer i forhold til at overholde kravet om NPI-vurdering hver tredje måned. En del NPI-vurderinger sker ikke inden for tre måneder, men analyserne viser, at der typisk er tale om kortere forsinkelser, ligesom det er observeret, at der prioriteres således, at de borgere med det umiddelbart største behov – dem med tydeligst BPSD-symptomer – bliver vurderet først.

De største implementeringsudfordringer har været i gennemførelsen af aftalte beboerindsatser. Analysen viser ligeledes, at der er en tendens til, at jo flere deltagere og jo længere tid, der anvendes på BPSD-konferencer des bedre er man til at gennemføre aftalte indsatser.

Analyserne viser ikke en entydig sammenhæng mellem implementeringsscore og reduktion af BPSD-symptomer. Der er dog en tendens til, at jo højere implementeringsscore des større er reduktionen i NPI-værdi.

10 OMKOSTNINGER VED BPSD- MODELLEN

Abstract geometric shapes in the bottom right corner, consisting of several overlapping triangles and polygons in various shades of blue and grey, creating a modern, layered effect.



10 OMKOSTNINGER VED BPSD-MODELLEN

I dette kapitel analyseres det anvendte ressourceforbrug i forbindelse med plejecentrenes arbejde med BPSD-modellen.

Formålet er at belyse ressourceforbruget ved anvendelse af BPSD-modellen, herunder variationen i tilgang til arbejdet med metoden samt om der er en sammenhæng mellem ressourceforbruget og de opnåede effekter.

Kapitlet indledes med et afsnit omkring arbejdet med modellen og ressourceforbruget i de deltagende kommuner. Herefter analyseres sammenhængen mellem ressourceforbrug og de opnåede effekter målt i NPI-forbedring.

10.1 RESSOURCEFORBRUG I FORBINDELSE MED ANVENDELSE AF BPSD-MODELLEN

Ressourceforbruget i forbindelse med arbejdet med BPSD-modellen analyseres for at skabe klarhed over, hvilke omkostninger der er forbundet med arbejdet med modellen på et plejecenter.

I forbindelse med afprøvningen af modellen er der ingen af de deltagende kommuner, der i udgangspunktet har fået tilført ekstra ressourcer til det daglige arbejde med modellen. Afprøvningen af BPSD-modellen er gennemført inden for eksisterende ramme og personalenormering. Der er således tale om en udgiftsneutral afprøvning omend der kan have været eksempler på, at det har krævet omprioriteringer inden for rammen.

Forud for projektstart, som beskrevet i kapitel 2, blev der gennemført et kompetenceudviklingsforløb. Kompetenceudviklingen og det understøttende it-system, BPSD-systemet, blev stillet til finansieret af / stillet til rådighed af Sundhedsstyrelsen.

I analysen anvendes omkostninger og ressourceforbrug synonymt. Det væsentligste ressourceforbrug er den medarbejdertid, der er gået med gennemførelse af BPSD-modellens elementer. Det kan være vanskeligt at opgøre dette når der ikke er lavet arbejdsgangsanalyser og tidsstudier i forbindelse med afprøvningen. Der er derimod tidsregistreringer i BPSD-systemet som kan anvendes til dette formål.

Det er relevant at skelne mellem opstartsperioden og selve afprøvningsperioden, fordi ressourceforbruget er forskelligt i de to perioder, idet det består af forskellige elementer.

10.1.1 OPSTARTSOMKOSTNINGER

En decideret kvantificering af opstartsomkostningerne er mindre relevant, idet udgifterne til disse var dækket af Sundhedsstyrelsen. Bidraget fra kommunernes side var medarbejdertid til kompetenceudvikling, planlægning af afprøvningen og deltagelse i informationsmøder om BPSD-modellen og afprøvningen.

I stedet ses på hvilke elementer, der indgik i opstartsperioden.

Forud for afprøvningen startede blev der gennemført kompetenceudvikling af ledere og medarbejdere. Denne bestod af kurser til ledere og udvalgte BPSD-nøglepersoner af 2-4 dages varighed. Herudover var der et webkursus til alle medarbejdere af omkring én times varighed.

I opstartsperioden blev der afholdt informationsmøder mellem de kommunale projektledere og ledere på plejecentrene og

efterfølgende for alle medarbejderne på de enkelte plejecentre, ligesom implementeringen er blevet planlagt i ledelsen og blandt medarbejdergrupper.

Der var også omkostninger forbundet med de kommunale projektledere, der har været tovholder i kommunen og fungeret som bindeled mellem Sundhedsstyrelsen og plejecentrene i såvel opstarts- som afprøvningsperioden.

10.1.2 OMKOSTNINGER I AFPRØVNINGSPERIODEN

Kommunerne har grundlæggende grebet arbejdet med BPSD-modellen an på samme måde og fulgt konceptet relativt loyalt jf. foregående kapitler. Til trods for dette er der dog forskelle på, hvorledes kommunerne har arbejdet med BPSD-modellen i forhold til antal NPI-vurderinger og antal BPSD-konferencer i afprøvningsperioden som det fremgår af Tabel 10. Her ses forskellen kommunerne i mellem i antal gennemførte NPI-vurderinger og BPSD-konferencer.

TABEL 10: Overblik over NPI-vurderinger og BPSD-konferencer

	ANTAL BEBOERE	ANTAL VURDERINGER	ANTAL KONFERENCER	ANTAL VURDERINGER PR. BEBOER	ANTAL KONFERENCER PR. BEBOER	GNS. ANTAL DELTAGERE PÅ BPSD-KONFERENCER
Kommune 1	137	582	459	4,2	3,4	4,8
Kommune 2	165	789	498	4,8	3,0	3,6
Kommune 3	109	550	507	5,0	4,7	3,2
Kommune 4	149	524	441	3,5	3,0	4,0
Kommune 5	176	681	495	3,9	2,8	6,1
TOTAL	736	3.126	2.400	4,2	3,3	4,3

Kilde: Bearbejdede data fra BPSD-system (data 31. maj 2018).

Det fremgår af tabellen, at der i hele afprøvningsperioden har deltaget 736 borgere, er blevet gennemført 3.126 NPI-vurderinger og gennemført 2.400 BPSD-konferencer. Gennemsnitligt er der gennemført 4,2 NPI-vurderinger pr. deltagende beboer og der er blevet afholdt gennemsnitligt 3,3 BPSD-konferencer pr. beboer med gennemsnitligt 4,3 deltagere.

Der er imidlertid stor variation i disse tal de forskellige kommunerne imellem. Variationen i antal NPI-vurderinger er umiddelbart den mindste og varierer mellem 3,5 og 5 vurderinger pr. beboer. Der er større variation i antallet af BPSD-konferencer og antal deltagere på disse konferencer.

Analysen viser, at den kommune med flest BPSD-konferencer pr. borger (4,7) ligeledes er den kommune med gennemsnitligt færrest antal deltagere (3,2) på BPSD-konferencerne. Omvendt er den kommune med færrest BPSD-konferencer pr. borger (2,8) også den kommune med flest deltagere på BPSD-konferencen (6,1). Dette resultat kan have noget at gøre med, at det er nemmere at gennemføre flere BPSD-konferencer, hvis der er færre deltagere. Omvendt kan det være mere vanskeligt at få afholdt konferencerne, hvis deltagerkredsen er stor da det en større opgave at planlægge og afholde konferencerne.

Resultaterne præsenteret i ovenstående tabel er dermed også udtryk for to relativt forskellige måder at organisere arbejdet med BPSD-modellen på, der begge ligger indenfor rammerne af konceptet. Forskellen er, at den ene kommune har valgt en minimumsmodel, hvor der grundlæggende kun har været det krævede minimums antal medarbejdere med til BPSD-konferencerne, mens den anden kommune har valgt en større og mere tværfaglig tilgang til BPSD-konferencer med flere deltagere og fagligheder. Begge måder at arbejde med BPSD-modellen på er inden for rammerne af BPSD-konceptet og viser, at der er rum til fleksibilitet i arbejdet med modellen.

TIDSFORBRUG PÅ BPSD-MODEL AKTIVITETER

Til at vurdere det direkte tidsforbrug ved de forskellige aktiviteter i BPSD-modellen er der taget udgangspunkt i registreringerne i BPSD-systemet. I BPSD-systemet angives detaljerede oplysninger om de afholdte BPSD-konferencer, herunder

konferencens varighed og antal deltagere. Systemet indeholder ligeledes oplysninger om gennemførte NPI-vurderinger. Vurderingerne er dog uden tidsangivelse, men vi ved fra faglitteraturen og besøgsrunden, at en vurdering tager omkring 20 minutter for to medarbejdere – dvs. samlet set 40 minutter pr. vurdering. Med udgangspunkt i disse registreringer kan der dannes detaljerede oversigter over tidsanvendelsen.

En anden væsentlig del af BPSD-modellen er gennemførelse af de aftalte målrettede beboerindsatser, der naturligvis også går tid med. Det er ikke muligt at kvantificere tidsforbruget til dette. Der er ligeledes tale om den daglige pleje og omsorg af beboerne. Med andre ord det som medarbejderne hele tiden har anvendt deres primære tid på. Arbejdet med de målrettede beboerindsatser er mere et udtryk for medarbejdernes tilgang til netop den daglige pleje og omsorg. Det er således BPSD-modellen, der har rammesat, hvorledes indsatserne er blevet identificeret, målrettet, gennemført og løbende evalueret.



Vi har jo altid arbejdet med forskellige indsatser i dagligdagen og mange af de ting vi nu gør (efter BPSD-modellen) er måske ikke så anderledes end før, men hele strukturen omkring indsatserne er mere klar og tilpasset den enkelte beboer.

MEDARBEJDER

Det er således COWIs vurdering, at det vil være mest korrekt at se NPI-vurderingerne og BPSD-konferencerne som de aktiviteter, der kan sige noget om tidsforbruget i BPSD-modellen da netop disse centrale elementer er udtryk for specifikke aktiviteter,

der gennemføres som en del af arbejdet med BPSD-modellen. I nedenstående Tabel 11 er præsenteret en oversigt dette tidsforbrug opgjort pr. inkluderet beboer for de forskellige kommuner.

TABEL 11: Overblik over tidsforbrug ved NPI-vurderinger og BPSD-konferencer

KOMMUNE	TID PR. BEBOER BRUGT PÅ VURDERINGER (MIN)	TID PR. BEBOER BRUGT PÅ KONFERENCER (MIN)	TID PR. BEBOER I PROJEKTPERIODEN (MIN)	GNS. TIDSFORBRUG PR. MÅNED PR. BEBOER (MIN)
# 1	170	607	777	46
# 2	191	472	663	39
# 3	202	514	716	42
# 4	141	526	667	39
# 5	155	743	898	53
GENNEMSNI	170	579	749	44

Kilde: Bearbejdede data fra BPSD-system (data 31. maj 2018).

Det ses ligesom i den foregående tabel, at der er variationer kommunerne imellem. Det er dog disse variationer til trods værd at bemærke, at tidsforbruget opgjort pr. beboer pr. måned i gennemsnit er 44 minutter dækkende over kommunale variationer fra 39 til 53 minutter. Resultatet heraf er interessant, for der var ved afprøvningens start spredte bekymringer omkring tidsforbruget på arbejdet med BPSD-modellen,

idet plejecentrene ikke i udgangspunktet fik mere personale til dette. Der var en del nye aktiviteter i BPSD-modellen som skulle nås samtidig med alt det andet. Til trods for, at der har været denne skepsis var der generelt en høj motivation blandt medarbejderne til at afprøve modellen. Det har ligeledes i perioden været tydeligt, at denne skepsis over tid aftog og at det efterhånden blev en integreret del af hverdagen og måden at arbejde på.



I begyndelsen opfatter folk det som en ekstra arbejdsbyrde fordi det er nyt. Men folk finder ud af, at det er godt givet ud, og det tager ikke meget ekstra tid, og det er blevet en fast del af hverdagen.

MEDARBEJDER



Plejecentrene siger, at de har erfaret at tiden er godt givet ud. Og den stringente metode er blevet mere effektiv, fordi de ken der den.

PROJEKTLEDER

Resultatet oven for viser, at der anvendes omkring tre kvarter om måneden pr. beboer til NPI-vurderinger og BPSD-konferencer. Analyserne viser ligeledes, at det med tiden er blevet en naturlig integreret del af det daglige arbejde.

10.2 OMKOSTNINGER I FORHOLD TIL EFFEKTER

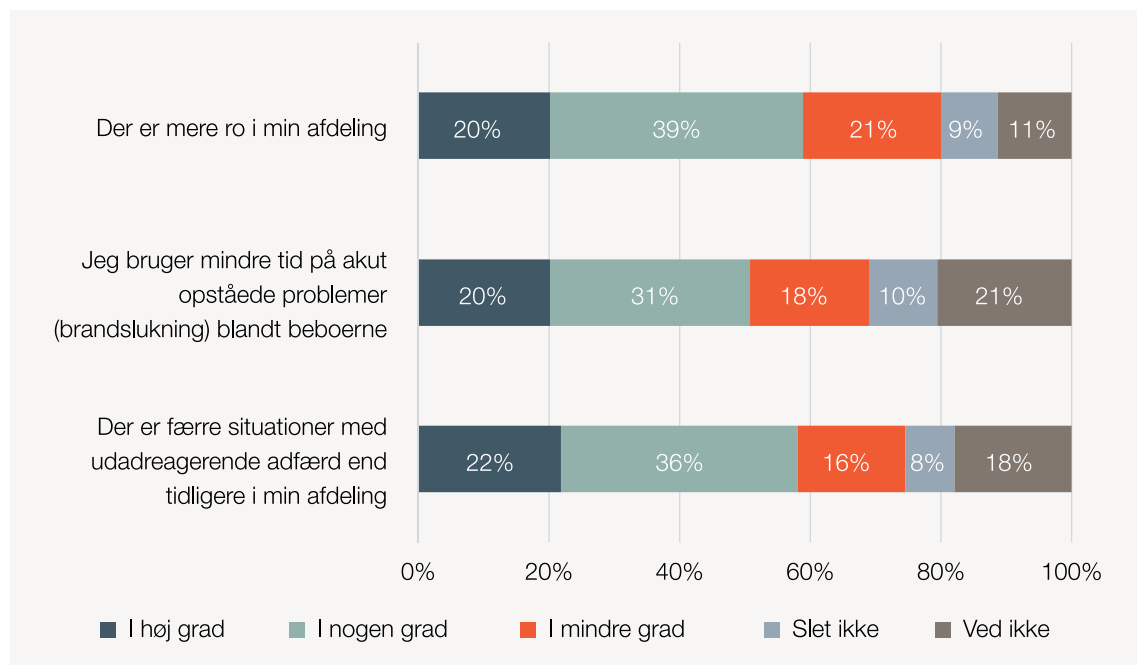
Omkostningsanalysen ovenfor viste, at der inden for rammerne af BPSD-modellen var flere forskellige tilgange til arbejdet med modellen og ligeledes, at den direkte tid investeret i NPI-vurderinger og BPSD-konferencer varierede mellem kommunerne.

I kapitel 4 fandt vi, at beboerne over tid oplevede en gennemsnitlig forbedring i NPI-værdien på 40 pct. i løbet af afprøvningsperioden. Det er derfor nærliggende at se på om der er en sammenhæng mellem anvendt tid pr. beboer og forbedring i NPI-værdi. Dette er blevet undersøgt og analysen viste, at der ikke umiddelbart er en sammenhæng at spore hverken på kommune eller plejecenterniveau mellem hvor meget tid der anvendes og opnåede effekter målt som forbedring i NPI-værdien. Dette resultat fremhæver således, at det ikke nødvendigvis er mængden af tid anvendt til BPSD-model aktiviteter som NPI-vurderinger og BPSD-konferencer, som er afgørende for effekten af BPSD-modellen.

Det er COWIs vurdering, at dette ligeledes er tilfældet i forhold til de målrettede beboerindsatser, idet de kvalitative data viser, at varigheden og intensiteten af indsatserne er meget forskellig. Det er ofte tilfældet, at selv ændringer i tilgangen til plejen og omsorgen, der målt i tidsforbrug er relativt små, kan have stor effekt for den enkelte borger. Det som gør forskellen er, at plejeindsatsen er målrettet borgeren og tager højde for borgerens behov og situation.

I de foregående kapitler er det vist, at tidsinvesteringen i BPSD-modellen giver positive resultater i form af en væsentlig reduktion i BPSD-symptomer og øget livsglæde hos beboerne, mere målrettet og kontinuær pleje og omsorg, bedre arbejdsmiljø og medarbejdertrivsel ligesom BPSD-modellen også har haft en effekt ift. tidlig opsporing og forebyggelse.

Udover disse positive resultater er der også resultater, der peger på, at der er sparet tid på nogle områder som følge af arbejdet med BPSD-modellen. Det fremgår af nedenstående figur 29, at omkring 60 pct. af medarbejderne vurderer, at arbejdet med BPSD-modellen har skabt mere ro på afdelinger. Ligeledes har godt halvdelen tilkendegivet, at de har brugt mindre tid på akut opståede problemer.



FIGUR 29: Medarbejdernes vurdering af effekter ved BPSD-modellen, der kan spare tid

Note: Figuren er baseret på spørgsmålet: "I hvilken grad er du enig i følgende udsagn" fra den afsluttende survey.

Kilde: Afsluttende survey (N=541)

Medarbejderne oplevede også, at der var færre situationer med udadreagerende adfærd. Resultaterne præsenteret i figuren vidner således om, at BPSD-modellen har forebygget en række situationer, der ligeledes kan spare tid. Den sparede tid er den tid medarbejderne eksempelvis skulle bruge på håndtering af udadreagerende beboere og akut opståede problemer. En leder forklarer det således:



Faktisk kan vi også se nu, at vi sparer tid, fordi der er færre episoder med nogle af de beboere, der var meget plaget af BPSD-symptomer tidligere. De har fået det meget bedre, og kræver meget mindre fokus fra personalet. Og så er der flere ressourcer til andre beboere. Så alle nyder godt af det.

LEDER PÅ PLEJECENTER

Det er vigtigt at pointere, at afprøvningen af BPSD-modellen ikke været tænkt som et projekt, der skulle kunne vise om effektivisering af arbejdsgange kan spare ressourcer. Der er ligeledes heller ingen af de adspurgte medarbejdere eller ledere, som angiver, at de tror arbejdet med BPSD-modellen har effektiviseret på en måde så der kan spares ressourcer. Derimod udtrykker flertallet af medarbejderne, at beboerne trives bedre nu end før arbejdet med BPSD-modellen ligesom arbejdsglæden hos medarbejderne er blevet forbedret – netop de positive resultater af afprøvningen, der er blevet præsenteret i de foregående kapitler.

Tidsanvendelsen på kerneaktiviteterne NPI-vurderinger og BPSD-konferencer har i gennemsnit været 44 minutter pr. beboer om måneden. Dette varierer mellem 39 og 53 minutter kommunerne i mellem.

Der blev ikke fundet en sammenhæng mellem, hvor meget tid der investeres i aktiviteterne i BPSD-modellen og de opnåede fald i NPI-værdien. Det er imidlertid klart, at tidsinvesteringen i BPSD-modellen har givet positive resultater som beskrevet i foregående kapitler. Herudover peger analyserne ligeledes på, at arbejdet med BPSD-modellen har forebygget en række situationer, der ligeledes kan spare tid.

10.3 SAMMENFATNING

Der er i forbindelse med arbejdet med BPSD-modellen ikke blevet tilført ekstra ressourcer, og arbejdet med BPSD-modellen er således gennemført inden for eksisterende økonomiske rammer og personalenormering.

11 DISKUSSION

Abstract geometric shapes in the bottom right corner, consisting of several overlapping triangles and polygons in various shades of blue and grey, creating a modern, minimalist design.



11 DISKUSSION

I dette kapitel præsenteres og diskuteres udvalgte væsentlige fund i evalueringen.

Først diskuteres de væsentligste effekter af BPSD-modellen. Herefter sættes dette i perspektiv ift. de internationale erfaringer der er på området og endelig diskuteres implementering af og perspektiver for udbredelse af BPSD-modellen.

11.1 VÆSENTLIGSTE EFFEKTER AF BPSD-MODELLEN

I rapportens foregående kapitler er det blevet klart, at BPSD-modellen har bidraget med en række positive resultater i afprøvningsperioden. Graden af effekt af BPSD-modellen viser sig dog at være forskellig på de forskellige effektmål. Forskellige forhold kan have haft betydning for dette.

Tilsammen viser resultaterne, at BPSD-model har haft størst effekt i forhold til at reducere beboernes BPSD-symptomer og dermed øge deres livskvalitet samt medarbejdernes kompetencer og arbejdsmiljø. Dette er netop også disse områder, der har den tætteste tilknytning til selve BPSD-modellen. Projektet har en mindre direkte effekt på forbruget af antipsykotisk medicin og sundhedsydelse samt trusler om vold og brug af magt, hvor en række andre faktorer også kan spille ind.

FÆRRE BPSD-SYMTOMER OG FORBEDRET LIVSKVALITET

Reduktionen i BPSD-symptomer og følgende deraf forbedringer i beboernes livskvalitet er størst for de beboere, som har en høj NPI-værdi i udgangspunktet. Resultaterne viser ligeledes, at beboere med en lav NPI-værdi ikke oplever forbedringer i NPI-værdien henover perioden, men omvendt heller ikke en forværring som den naturlige udvikling over tid i forbindelse med demenssygdom ellers tilsiger. Resultaterne viser en lille stigning i NPI-værdien i de sidste måneder for de to grupper (jf. Figur 7) med den laveste NPI-værdi ved første vurdering. Det er svært at påvise

årsagen til denne stigning med udgangspunkt i de indsamlede data, men i faglitteraturen beskrives det, at BPSD-symptomerne gradvist forværres med demenssygdomme. På baggrund af disse resultater er det værd at bemærke, at der ikke opleves en yderligere forværring i BPSD-symptomerne for de to grupper med den højeste NPI-værdi senere i afprøvningsperioden. Resultaterne viser, at der både er potentiale i dels at nedbringe sværhedsgraden i BPSD-symptomerne samt gennem en stabilisering af symptomerne.

ØGET SAMARBEJDE, KOMPETENCELØFT OG FORBEDRET ARBEJDSMILJØ

Generelt viser resultaterne præsenteret i rapportens tidligere kapitler, at BPSD-modellen især har haft en positiv effekt på det tværfaglige samarbejde på plejecentrene. Herunder, at medarbejderne i højere grad taler et fælles sprog. De kvalitative analyser viser, at et "fælles sprog" både kan være den fælles forståelse for borgere med demens mellem medarbejderne, men også forståelsen af den enkelte beboers behov og indsatser og ensrettet kollektive handlinger. Tidligere har man fx forstået "ro" på forskellige måder, hvilket har resulteret i meget forskellige og individuelle tilgange til beboerne.

I den forbindelse viser resultaterne også, at der igennem projektet er sket et kompetenceløft i forhold til at arbejde målrettet med borgere med demens. Ofte forbindes kompetenceløftet med tilegnelse af ny og specialiseret viden, dog viser resultaterne fra ADQ-analysen ikke, at medarbejderne har fået betydelig mere viden. Der er kun sket en mindre stigning i medarbejdernes vidensniveau. Resultaterne indikerer, at vidensniveauet i forvejen var højt. Andre mekanismer må således tilskrives medarbejdernes oplevelse af et generelt kompetenceløft. Kompetenceløftet må være sket som følge af det faktiske arbejde med BPSD-modellen, hvor de har haft mulighed for systematisk



at sætte deres viden i spil alene og sammen med hinanden. Det interessante er, at kompetenceløftet ikke kan forbindes med, at medarbejderne har fået mere viden, men at det alene findes i måden arbejdet bliver udført på. Det er med andre ord BPSD-modellens metoder og arbejdsgange der er årsag til det oplevede kompetenceløft på tværs af medarbejdergrupperne.

11.2 INTERNATIONALE ERFARINGER

Internationalt er der opstået et fokus på behovet for at anvende non-farmakologiske indsatser i plejen af beboere med BPSD-symptomer. Dette skyldes, at medicinen er forbundet med bivirkninger og at effekterne kun er moderate (24). Flere lande har derfor non-farmakologiske indsatser til nedsættelse af BPSD-symptomer.

BPSD-projektet har taget afsæt i den svenske model (beskrevet i kapitel 4). Svenske erfaringer viser en signifikant reduktion i NPI-værdien efter de første seks måneder med afprøvning af BPSD-konceptet. Dette stemmer overens med resultaterne i indeværende projekt. I det svenske studie blev der påvist en korrelation mellem NPI-værdien og

beboernes livskvalitet, hvor det gælder, at jo lavere NPI-værdien er, jo højere vil livskvaliteten være (4). Denne korrelation er dog ikke blevet undersøgt i en dansk kontekst, da BPSD-projektet netop bygger på dette fund og således støttet af en række øvrig litteratur på området antages livskvaliteten at stige i takt med BPSD-symptomerne formindskes. I en årsrapport fra det svenske BPSD-register fra 2017 ses det, at den gennemsnitlige NPI-værdi i Sverige i 2017 var ca. 20 (25). I indeværende projekt er den gennemsnitlige NPI-værdi fra projektets start 18,3 og 10,5 ved projektets afslutning jf. kapitel 4. NPI-værdien i Sverige er således højere end det har været tilfældet for afprøvningen i Danmark. Det kan der være flere årsager til. En forklaring herpå kan måske være, at dels sværhedsgraden af demens kan være større i Sverige end i Danmark, fordi man i Danmark i forvejen i de seneste 10 år har haft et øget fokus på demens. Dels kan der være forskelle på fordelingen af demenssygdomme i de to lande, hvilket kan have betydning for sværhedsgraden af BPSD-symptomer.

Forbruget af antipsykotisk og beroligende medicin er jf. ovenstående i mindre grad blevet reduceret gennem afprøvningsperioden. Andelen af beboere som behandles med antipsykotiske og beroligende

lægemidler i 2017 er betydeligt større i Sverige sammenlignet med Danmark. Det relativt lave niveau i Danmark kan hænge sammen med et længerevarende fokus på området, som beskrevet i de foregående afsnit. I England er forbruget af antipsykotisk medicin dog lavere end i Danmark, hvorfor en yderligere reduktion kan være mulig. Et stort dansk registerstudie har dog vist, at forbruget af antipsykotisk medicin er meget varierende på tværs af kommunerne, på trods af, at andelen af ældre med demens i behandling med antipsykotisk medicin er støt faldende (26). Vi ved ikke om de deltagende kommuner falder inden for gruppen af kommuner med et højt eller lavt forbrug af antipsykotisk medicin. Et andet perspektiv i forhold til forskelle i medicinforbruget mellem Sverige og Danmark er, at forbruget af antidepressiv medicin er mindre i Danmark end i Sverige (27), hvilket yderligere viser, at medicinforbruget i Sverige på flere områder ligger over forbruget i Danmark.

I Norge er der blevet afprøvet en model lignende den danske og svenske model, kaldet TIME, som også indebærer en tredeling bestående af en registrerings- og vurderingsfase, en refleksionsfase med diskussion af cases på konferencer, samt en handlende og evaluerende fase (24). Et studie har påvist, at den norske model medfører et statistisk signifikant fald i BPSD-symptomerne efter 12 uger, når der sammenlignes med en kontrolgruppe. Studiet har derudover også påvist en signifikant stigning i beboernes livskvalitet (24).

Helt generelt bekræfter den danske afprøvning de resultater der er opnået med lignende tiltag i udlandet.

11.3 IMPLEMENTERING OG UDBREDELSE AF BPSD- MODELLEN

Vigtige aspekter i forhold til afprøvningen af BPSD-modellen er, dels hvordan BPSD-modellen kan implementeres og dels hvordan mulighederne er for udbredelse af modellen på det enkelte plejecenter og til andre kommuner i landet. BPSD-modellen arbejder ud fra en forholdsvis stringent metode jf. kapitel 2, hvor der stilles krav til, hvor ofte NPI-vurderinger og BPSD-konferencer skal gennemføres, samt hvor mange deltagere og hvem der skal være på konferencerne.

Analysen af ressourceforbrug viser, at der er variationer i måden hvorpå den enkelte kommune har organiseret arbejdet med BPSD-modellen. Et vigtigt resultat er, at hvad enten den pågældende kommune organiserede arbejdet ud fra en minimumsmodel eller i højere grad prioriterede den tværfaglige tilgang med mange deltagere på konferencerne, så opnåede alle deltagende kommuner positive resultater. Dette viser, at på trods af BPSD-modellens stringens, så har kommunerne et vist frirum i selve organiseringen af arbejdet med modellen uden, at det påvirker effekten for beboerne. Denne frihed kan være med til at skabe et bedre ejerskab af projektet på det enkelte plejecenter, da de selv har muligheden for, at organisere arbejdet indenfor en given ramme.

Resultaterne i forhold til implementering af BPSD-modellen på de enkelte plejecentre viser, at medarbejderne oplever en stor tilfredshed med NPI-vurderinger, BPSD-konferencer, de målrettede beboerindsatser og BPSD-systemet. Der eksisterer dog fortsat udfordringer med implementering af de målrettede beboerindsatser. På trods af udfordringer med implementering af beboerindsatserne påvises der dog stadig en væsentlig positiv effekt for beboerne.

Det understøttende it-system (BPSD-systemet) er omvendt det mest centrale element for implementeringen. Uden systemet vil arbejdet med modellen ikke være det samme, idet det er det understøttende element for medarbejdernes arbejdsgange. Brug af teknologiske løsninger generelt i pleje- og omsorgsarbejdet er ikke altid forbundet med positive oplevelser, idet det ofte forbindes med at være en erstatning for "varme hænder". Det interessante i forhold til BPSD-systemet er, at man kan argumentere for, at det har skabt mere tid til "varme hænder" og de rigtige "varme hænder", idet det har givet mulighed for bedre beboerpleje, mulighed for at skabe større livskvalitet og skabe bedre arbejdsmiljø (28). Det der særligt fremhæves som en succes, er den visualisering som systemet giver, idet medarbejderne oplever, at de kan lære meget af de forbedringer som sker som følge af BPSD-modellen samt den systematik i plejen som BPSD-modellen og BPSD-systemet skaber. BPSD-systemet er således blevet et arbejdsredskab for medarbejderne på plejecentre

og bliver her ikke en erstatning for pleje og omsorg til beboerne. Ovenstående understreger, at succesfuld implementering og udbredelse skal ske med udgangspunkt i en systemmæssig understøttelse som BPSD-systemet.

For at sikre udbredelsen af BPSD-modellen handler det i høj grad om at sikre, at alle medarbejdergrupper er involveret og har en aktiv og/eller deltagende rolle i udførelsen af opgaver inden for konceptet. Evalueringen viser, at der er variation i graden af involvering imellem medarbejdergrupperne. Kategorien "øvrige medarbejdere" er ikke ligeså involveret i projektet, som ledelsen og BPSD-nøglepersonerne, ej heller har de samme forståelse for BPSD-symptomer. Årsagerne til den manglende involvering ligger i projektstrukturen. Derfor bør ledelsen fremadrettet i højere grad tænke medarbejdergruppen sammen som én enhed, og der bør fokuseres på at klæde særligt de øvrige medarbejdere på i forhold til forståelse for NPI-vurderinger og BPSD-konferencer og hvordan resultaterne heraf udmøntes ved målrettede beboerindsatser.

I forhold til det fremadrettede arbejde med BPSD-konceptet viser resultaterne i kapitel 9, at afprøvningskommunerne har stor interesse i fremadrettet at arbejde med BPSD-modellen. Generelt er det en forudsætning for det videre arbejde med modellen, at den kan integreres i kommunens omsorgssystem. Den videre anvendelse af modellen kan foregå på forskellige niveauer, og der vil være variationer i hvordan blandt kommunerne.

12 KONKLUSION

Abstract geometric shapes in the bottom right corner, consisting of several overlapping triangles and polygons in various shades of blue and grey, creating a modern, minimalist design.



12 KONKLUSION

Demens udgør en af de centrale faglige udfordringer på ældreområdet, især på plejecentrene hvor op mod to ud af tre beboere skønnes at have demens. I takt med at sygdommen skrider frem, vil beboerne i stigende grad udvise adfærdsmæssige og psykiske symptomer også kaldet BPSD-symptomer. Det anslås, at 80-90 pct. af beboerne med en demenssygdom oplever disse symptomer.

For at imødekomme disse udfordringer, har Sundhedsstyrelsen afprøvet en model til målrettet pleje af beboere med demens og BPSD-symptomer på 24 plejecentre i fem kommuner. Modellen har afsæt i en lignende svensk model og bygger på en cirkulær proces, hvor medarbejderne først vurderer beboeren for BPSD-symptomer, hvorefter der afholdes en BPSD-konference om beboeren med en systematisk årsagsanalyse, hvor der identificeres og besluttes relevante beboerindsatser, som efterfølgende iværksættes og evalueres. BPSD-modellen understøttes af et it-registreringssystem,

hvor resultaterne af vurderingerne indtastes. Formålet med BPSD-modellen er at nedbringe BPSD-symptomer hos beboerne og dermed øge deres livskvalitet.

EFFEKT

Der blev indledningsvist opstillet seks hypoteser omkring BPSD-modellen, som evalueringen har efterprøvet. Som det ses af nedenstående oversigt, kunne evalueringen bekræfte fem af de seks hypoteser.

OVERSIGT OVER EVALUERINGENS SEKS HYPOTESER

BPSD-modellens systematiske tilgang bidrager til, at beboere får en øget livskvalitet som følge af en reduktion eller stabilisering af deres BPSD-symptomer.	Hypotese bekræftet
BPSD-modellens systematiske tilgang bidrager til at sikre målrettede beboerindsatser med øget kontinuitet og personcentreret omsorg.	Hypotese bekræftet
BPSD-modellens systematiske tilgang bidrager til at nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin på plejecentrene.	Hypotese ikke bekræftet
BPSD-modellens systematiske tilgang bidrager til tidligere opsporing af symptomer og øget mulighed for forebyggende indsats over for beboere.	Hypotese bekræftet
BPSD-modellens systematiske tilgang bidrager til at forbedre medarbejdernes trivsel og arbejdsmiljø.	Hypotese bekræftet
BPSD-modellens it-redskab, BPSD-systemet, giver medarbejderne et overblik over forekomsten af BPSD-symptomer og effekten af beboerindsatserne.	Hypotese bekræftet



Den første og helt overordnede hypotese, om at anvendelsen af BPSD-konceptets systematiske tilgang vil bidrage til en øget livskvalitet og forbedret trivsel hos beboerne, som følge af en reduktion i eller en stabilisering af deres BPSD-symptomer, bekræftes i høj grad.

I løbet af afprøvningsperioden observeres et statistisk signifikant fald i beboernes NPI-værdi på godt 40 pct. Faldet er størst i starten af afprøvningsperioden, hvorefter der sker en stabilisering i beboernes BPSD-symptomer. Desuden viser resultaterne, at andelen af beboere med den højeste NPI-værdi ved start oplever det største fald i NPI-værdien. Beboere med en lavere NPI-værdi ved start oplever en stabilisering i symptomerne. Derudover observerede medarbejderne tydelige trivsels- og livskvalitetsforbedringer hos beboerne. Dette udgør tilsammen meget positive fund.

Resultaterne viser, at medarbejderne i væsentlig højere grad anvender målrettede beboerindsatser. Medarbejderne har i afprøvningsperioden oplevet en markant forbedring i vurderingen af deres kompetencer til at arbejde med målrettede indsatser og samtidig fået styrket deres faglighed. Medarbejdernes viden om demens var forud for

afprøvningen af BPSD-modellen allerede på et højt niveau, hvorfor vidensniveauet i mindre grad er steget gennem projektet, dog er stigningen statistisk signifikant. Udbredelsen af arbejdet med målrettede beboerindsatser har betydet, at medarbejderne har fået bedre mulighed for nærvær og positivt samvær med beboerne. Medarbejderne er ligeledes blevet bedre til at tage udgangspunkt i beboernes livshistorie og den enkeltes ønsker og behov, hvorfor tilgangen i højere grad er blevet personcentreret. I den forbindelse er medarbejderne blevet bedre til at opdage mistrivsel, indadrettede adfærd, uhensigtsmæssig eller unødvendig medicin, infektioner og smerter.

I forhold til forbruget af antipsykotisk medicin og sundhedsydelser viser resultaterne, at der igennem projektet er sket en mindre reduktion i forbruget af henholdsvis antipsykotiske og beroligende lægemidler. Reduktionen er dog ikke statistisk signifikant. Derudover er der i forbruget af sundhedsydelser blevet påvist en reduktion i andelen af korttidsindlæggelser gennem afprøvningsperioden på 23 pct, hvilket er statistisk signifikant. Denne reduktion kan være påvirket af andre forhold, men grundet størrelsen af reduktionen tyder det umiddelbart på, at anvendelsen af BPSD-modellen

har haft en positiv betydning og en forebyggende effekt i forhold til dette. I forhold til andelen af forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og det gennemsnitlige antal kontakter til almen praksis er der ikke fundet nogle statistisk signifikante ændringer.

Evalueringen viser, at medarbejderne igennem projektet oplever en øget jobtilfredshed, hvilket hænger sammen med, at medarbejderne oplever at især BPSD-konferencerne bidrager til et stærkere tværfagligt samarbejde mellem faggrupperne. Der sker særligt et løft for SOSU-medarbejderne. Derudover bidrager den synlige positive effekt for beboerne også til medarbejdernes jobtilfredshed. Hvad angår arbejdsmiljøet viser resultaterne, at i løbet af afprøvningsperioden er færre medarbejdere der oplever voldsomme episoder og trusler samt anvender magt, hvilket bidrager til et bedre arbejdsmiljø.

Selve anvendelsen af BPSD-systemet (det understøttende it-system) vurderer medarbejderne i høj grad som brugbar, idet det skaber et bedre overblik over forekomsten af BPSD-symptomer og effekt af beboerindsatserne, hvor især redskabets visualiseringsmuligheder fremhæves. Overordnet oplever medarbejderne BPSD-systemet som brugervenligt. Der er generelt et stort ønske om, at BPSD-systemet kan integreres i de kommunale omsorgssystemer.

IMPLEMENTERING

Overordnet viser analyserne at kommunerne generelt har været loyale overfor BPSD-konceptet og har levet op til de væsentligste krav i konceptbeskrivelsen. Resultaterne viser, at kompetenceudviklingen og BPSD-konferencerne er de elementer af konceptet, der har været størst succes med at implementere. NPI-vurderinger følger tæt efter, hvor det ikke altid lykkedes at gennemføre disse hver tredje måned. Analyserne viste dog, at mange plejecentre blot overskred med få dage. De største udfordringer opleves omkring implementeringen af de målrettede beboerindsatser, da omsætningen af disse til praksis kræver en høj grad af koordination, kommunikation, prioritering og samarbejde, hvilket kan være udfordrende i en travl hverdag på plejecentrene.

I forhold til kommunernes organisering af arbejdet med BPSD-modellen viser resultaterne, at der er kommunale forskelle. I nogle kommuner anvendes en minimumsmodel, hvor færre medarbejdere deltager i BPSD-konferencerne, hvilket betyder, at tiden brugt på konferencerne bliver mindre, og at der dermed samlet set gennemføres flere BPSD-konferencer. Andre kommuner anvender en mere tværfaglig model, hvor det prioriteres, at flere medarbejdere deltager på konferencerne, hvilket ofte betyder, at konferencerne tager længere tid, og at der i gennemsnit gennemføres færre konferencer. Begge modeller viser positive effekter for beboernes livskvalitet og trivsel.

Resultaterne viser, at der er en række forskellige faktorer, som kan virke fremmende eller hæmmende for implementeringen af BPSD-modellen. I opstarten af projektet oplevede medarbejderne udfordringer med anvendelsen af BPSD-systemet, da det krævede ekstra ressourcer at lære at bruge systemet og indtaste informationerne rigtigt. Dette er en gængs udfordring i implementeringen af nye it-systemer, og det skabte yderligere en barriere, at BPSD-systemet ikke er integreret i kommunernes omsorgssystem. Til trods for dette oplevede flere medarbejdere, at systemet blev mindre ressourcekrævende i takt med, at de fik mere erfaring med det. I forhold til implementeringen af de målrettede beboerindsatser var der flere faktorer, som hæmmede denne. Især at få kommunikeret indsatserne ud til de medarbejdere, som ikke deltog i BPSD-konferencerne, var en udfordring – særligt på tværs af vagtlag.

Resultaterne af omkostningsanalysen viser, at det gennemsnitlige tidsforbrug pr. inkluderet beboer er 44 minutter om måneden på at gennemføre NPI-vurderinger og afholde BPSD-konferencer. Dette varierede kommunerne imellem fra 39 til 53 minutter. Evalueringen fandt ingen sammenhæng mellem, hvor meget tid der investeres i aktiviteterne i BPSD-modellen og størrelsen på de opnåede fald i NPI-værdi. Analyserne viser dog, at den investerede tid har virket forebyggende, hvilket bl.a. er kommet til udtryk gennem mere ro og mindre brandslukning på afdelingerne og færre episoder med udadreagerende adfærd blandt beboerne.

FREMADRETTET ARBEJDE

Resultaterne viser, at medarbejderne udtrykker et ønske om at fortsætte arbejdet med modellen efter projektets afslutning. Kommunerne anvender forskellige strategier i måden, hvorpå de vil arbejde videre med modellen. Flere kommuner har et ønske om, at integrere BPSD-systemet i det lokale omsorgssystem og ønsker især at videreføre BPSD-systemets visualiseringsmuligheder.

13 REFERENCER

Abstract geometric shapes in the bottom right corner, consisting of several overlapping triangles and polygons in various shades of blue and teal.



13 REFERENCER

1. Ældresagen. Beboere på plejehjem. [Online].; 2017 [cited 2018 December 12. Available from: <https://www.aeldresagen.dk/presse/maerkesager/plejehjem/fakta/beboere-paa-plejehjem>.
2. Margallo-Lana M, Swann A, O'Brien J, Fairbairn A, Reichelt K, Potkins D, et al. Prevalence and pharmacological management of behavioural and psychological symptoms amongst dementia sufferers living in care environments. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. 2001; 16: p. 39-44.
3. Tan FCC, Christensen MB, Waldorff F, Larsen C, Pedersen H. Behandling med antipsykotisk medicin er sjældent indiceret til personer med demens. *Rationel Farmakoterapi*. 2018; p. 1-3.
4. Mayer S, Granvik E, Minthon L, Nägga K. Improved quality of life by active intervention with the swedish BPSD registry. *Clinical: Neuropsychiatric Features of Dementia*. 2014; p. 139-140.
5. Selbæk G, Kirkevold Ø, Sommer O, Engedal K. The reliability and validity of the Norwegian version of the Neuropsychiatric Inventory, Nursing Home Version (NPI-NH). *International Psychogeriatrics*. 2008; 20(2): p. 375-382.
6. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatry Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*. 1994; 44: p. 2308-2314.
7. Banerjee S, Smith SC, Lamping DL, Harwood RH, Foley B, Smith P, et al. Quality of life in dementia: more than just cognition. An analysis of associations with quality of life in dementia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2006; 77: p. 146-148.
8. Wetzels RB, Zuidema SU, de Jonghe JFM, Verhey FRJ, Koopmans RTCM. Determinants of Quality of Life in Nursing Home Residents with Dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 210; 29: p. 189-197.
9. Beer C, Flicker L, Horner B, Bretland N, Scherer S, Lautenschlager NT, et al. Factors Associated with Self and Informant Ratings of the Quality of Life of People with Dementia Living in Care Facilities: A Cross Sectional Study. *PLoS ONE*. 2010; 5(12): p. e15621.
10. Lintern TC. Quality in Dementia Care: Evaluating Staff Attitudes and Behavior. PhD. University of Wales Bangor; 2001.
11. Grodal TK. Tematisk tekstanalyse: Forlaget Medusa; 2010.
12. Nationalt Videnscenter for Demens. Neurodegenerative demenssygdomme. [Online]. [cited 2018 November. Available from: <http://www.videnscenterfordemens.dk/viden-om-demens/demenssygdomme/neurodegenerative-demenssygdomme/>.
13. Alzheimer foreningen. Forskellige demenssygdomme. [Online]. [cited 2018 November. Available from: <https://www.alzheimer.dk/viden-om-demens/forskellige-demenssygdomme/>.
14. Vik-Mo AO, Gill LM, Ballard C, Aarsland D. Course of neuropsychiatric symptoms in dementia: 5-year longitudinal study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2018; p. 1-9.
15. Monitorering af forbruget af antipsykotika til borgere med demens. København: Sundhedsdatastyrelsen; 2018.

-
16. Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens. [Online]. [cited 2018 November. Available from: <https://pharos.skane.se/KI/>.

 17. Hersch E, Falzgraf S. Management of the behavioral and psychological symptoms of dementia. *Clinical Interventions in Aging*. 2007; 2(4): p. 611-621.

 18. Aftale mellem Praktiserende Lægers Organisation, staten, Danske Regioner og KL om implementering af initiativ om faste læger tilknyttet plejecentre. København: Sundheds- og Ældreministeriet; 2016.

 19. Sundheds- og Ældreministeriet. Flere plejehjem får fast tilknyttede læger. [Online].; 2017 [cited 2018 November. Available from: <https://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Aeldre/2017/Marts/Flere-plejehjem-faar-fast-tilknyttede-laeger.aspx>.

 20. Weatherall CD, Lauritzen HH, Hansen ATTT. Evaluering af "Fast tilknyttede læger på plejecentre" - Et pilotprojekt. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; 2014.

 21. Nørgaard A, Jensen-Dahm C, Gasse C, Hansen HV, Waldemar G. Time trends in antipsychotic drug use in patients with dementia: a nationwide study. *J Alzheimers Dis*. 2016; 49(1): p. 211-20.

 22. Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til patienter over 18 år. København: Sundhedsstyrelsen; 2007.

 23. Arbejdsmiljø og Helbred i Danmark. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø; 2014.

 24. Lichtwarck B, Selbæk G, Kirkevold Ø, Rokstad AMM, Benth JS, Lindstrøm JC, et al. Targeted Interdisciplinary Model for Evaluation and Treatment of Neuropsychiatric Symptoms: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2018; 26(1): p. 25-38.

 25. Årsrapport 2017. Svensk register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens; 2018.

 26. Zakarias JK, Jensen-Dahm C, Nørgaard A, Stevnsborg L, Gasse C, Andersen BG, et al. Geographical Variation in Antipsychotic Drug Use in Elderly Patients with Dementia: A Nationwide Study. *J Alzheimers Dis*. 2016; 54(3): p. 1183-1192.

 27. Sundhedsdatastyrelsen. Fortsat fald i børn, unge og voksne, der bruger antidepressiv medicin i 2016. [Online].; 2017 [cited 2018 November. Available from: https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/nyheder/2017/medicinforbrug-indblik-antidepressiver_04072017.

 28. Altinget. FOA: Teknologi må ikke erstatte personlig omsorg. [Online].; 2015 [cited 2018 November. Available from: <https://www.altinget.dk/digital/artikel/foa-teknologi-maa-ikke-erstatte-personlig-omsorg>.

 29. Kørner A, Lauritzen L, Lolk A, Abelskov K, Christensen PNF. The Neuropsychiatric Inventory - NPI. Validation of the Danish version. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2008 Januar; 62(2): p. 481-485.

 30. Hasselbalch SG, Stokholm J. Demenssygdomme. In Paulsen S. Forstå demens. København: Hans Reitzels Forlag; 2011.

 31. Wetzels RB, Zuidema SU, de Jonghe JFMVFRJ, Koopsman RTCM. Course of Neuropsychiatric Symptoms in Residents with Dementia in Nursing Homes Over 2-Year Period. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2010; 18(12): p. 1054-1065.
-

-
32. Lenander C, Midlöv P, Viberg N, Chalmers J. Use of Antipsychotic Drugs by Elderly Primary Care Patients and the Effects of Medication Reviews: A Cross-Sectional Study in Sweden. *Drugs - Real World Outcomes*. 2017; 4: p. 159-165.
-
33. Jennings AA, Foley T, Walsh KA, Coffey A, Browne JPBCP. general practitioners' knowledge attitudes, and experiences of managing behavioral and psychological symptoms of dementia: protocol of a mixed methods systematic review. *Syst Rev*. 2018; 7(1).
-
34. Kristensen RU, Nørgaard A, Jensen-Dahm C, Gasse C, Wimberly T, Waldemar G. Polypharmacy and Potentially Inappropriate Medication in People with Dementia: A Nationwide Study. *J Alzheimers Dis*. 2018; 63(1).
-
35. Alzheimer's Society. Bedre behandling og pleje af mennesker med demens med adfærdsmæssige og psykiske symptomer. ; 2017.
-

ADRESSE COWI A/S
Parallevej 2
DK-2800
Kongens Lyngby
Danmark
TLF 56 40 00 00
FAX 56 40 99 99
E-MAIL cowi@cowi.dk
WWW cowi.dk