

Virtuel BPSD-mappe

Materialer til brug for
BPSD-metoden og
sansestimulerende
teknologier

Indhold

- 03 | Introduktion** - Kom godt i gang
- 07 | Vejledning** til NPI-vurdering (= screening)
(Nationalt Videnscenter for Demens)
- 32 | Tabel** til udregning af NPI
- 33 | Checkliste** før forberedelse til BPSD-konference
- 35 | Dagsorden** for BPSD-konferencen
- 36 | CURA-instruks** om dokumentation af observationer -
NPI og BPSD-konferencer
- 39 | Idekatalog** fra BPSD-projektet om indsatser
- 59 | Konceptbeskrivelse** om BPSD-modellen
(Sundhedsstyrelsen)
- 77 | Evaluering** af BPSD-projektet (Sundhedsstyrelsen)
- 97 | Sanseteknologier** til indkøb - inkl. indkøbsprocedurer

Introduktion

– Kom godt i gang

Nyttige links

Nationalt Videnscenter
for Demens

Sundhedsstyrelsen

I denne virtuelle mappe har vi samlet alle de materialer, du skal bruge for at komme i gang med BPSD-metoden. Hvor grundigt du skal sætte dig ind i materialet, afhænger af din funktion og dermed den rolle, som du får i at bruge BPSD-metoden og de sansestimulerende teknologier. Udover materialet er her nogle gode råd baseret på de erfaringer, der er for at komme godt fra start med de første NPI-vurderinger og BPSD-konferencer.

Alle plejehjem i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen skal i løbet af efteråret 2020 og hele 2021 implementere BPSD-metoden og sansestimulerende teknologier. Indsatserne er rettet mod borgere med demens og demenslignende symptomer.

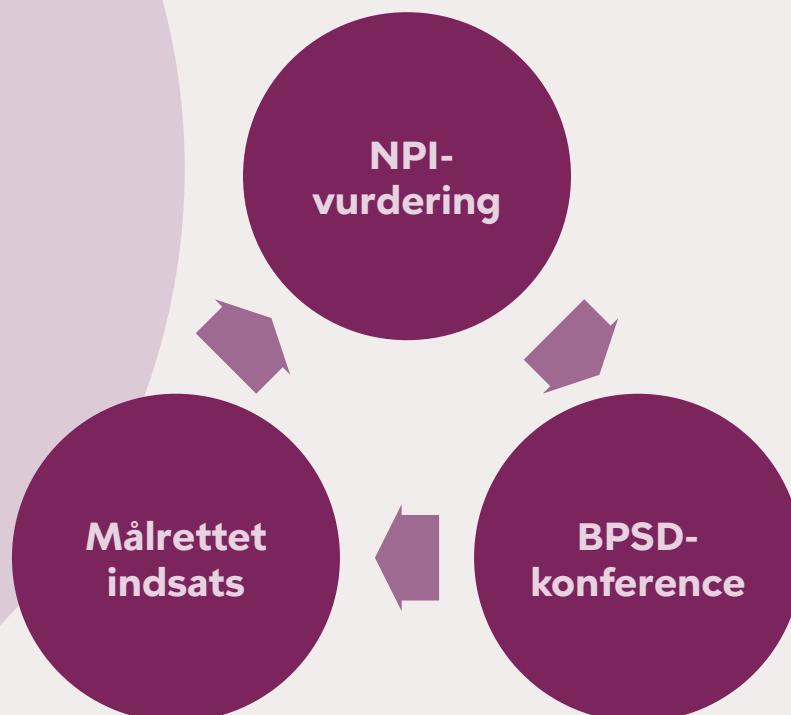
Når et menneske rammes af demens, kan det få forskellige adfærdsmæssige og psykiske symptomer i takt med at sygdommen skrider frem. Disse symptomer kaldes samlet for BPSD, som står for Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. BPSD-metoden er udviklet for at forbedre trivsel og livskvalitet blandt beboere med demens og adfærdsforstyrrelser.

Metoden understøtter en systematisk og individuelt målrettet indsats for beboere med BPSD-symptomer gennem en styrket faglig tilgang. Metoden består af en kontinuerlig proces med tre trin:

NPI står for Neuropsychiatric Inventory og er en vurderingsskala, der giver et samlet mål for frekvens og sværhedsgrad af BPSD-symptomer. NPI-vurderingen gennemføres som et interview med beboerens primære kontaktperson. Hvis der identificeres BPSD-symptomer hos beboeren afholder medarbejdere og leder en tværfaglig BPSD-konference umiddelbart efter NPI-vurderingen.

NPI-vurderinger

- NPI-vurderingen laves som et interview med beboerens kontaktperson. Tag stilling til, hvem hos jer, der kan udføre NPI-vurderinger. Er der demensvejledere, der er parate til det, eller skal videnspersonen udføre de første?
- Hvilke beboere skal screenes? Start med at få et overblik over alle beboere med demens eller demenslignende symptomer. Videnspersonen vil ofte være den bedste til at skaffe dette overblik i samarbejde med afdelingslederen.
- Udvælg en eller to, som I starter med. Start gerne med beboere med lette BPSD-symptomer, så det ikke bliver for svært at komme i gang.
- Få datoer for de første NPI-vurderinger og konferencer i kalenderen. Det vil ofte være afdelingslederen, der sørger for dette.
- Afsæt 30 minutter til en NPI-vurdering .
- Følg vejledningen. Den er lang, men systematikken er vigtig.



BPSD-konferencen anvendes som metode til at analysere resultatet af beboerens NPI-vurdering. Formålet med BPSD-konferencen er i fællesskab at drøfte symptomer og mulige årsager til BPSD-symptomerne med udgangspunkt i NPI-vurderingen. På baggrund af analysen træffes der en fælles beslutning om hvilken målrettet indsats, der skal igangsættes, og hvornår der skal følges op på den igangsatte indsats. For at evaluere på indsatsens virkning gentages processen med NPI-vurdering og minimum hver 3. måned. Indsatserne kan både være sundhedsindsatser- og/eller socialpædagogiske indsatser.

BPSD-konferencer

- Afdelingsleder er konferenceleder.
- Afsæt 45 minutter til en BPSD-konference.
- Overvej hvilket tidspunkt det er godt at lægge konferencen på. Husk at sørge for, at aften- og nattevagter kan deltage, når det er relevant.
- Hvem skal som minimum deltage på en konference? Erfaringer viser, at konferencerne fungerer bedst når afdelingsleder, vidensperson, vejleder og kontaktperson altid deltager og gerne elever og øvrigt personale, der er omkring beboeren. Husk at overveje om det er relevant at aften- eller nattevagt deltager.
- Følg dagsordenen for BPSD-konferencen.
- Sørg for, at alle opgaver har en ejer, når I slutter konferencen.
- Aftal tidspunkt for næste NPI-vurdering og BPSD-konference. Tidspunktet afhænger af, hvilke indsatser I har valgt at arbejde videre med, og hvornår I kan forvente at se resultatet af dem. Konferencen skal senest afholdes efter 3 måneder.

Dokumentation

- Dokumentér NPI-vurderingen og BPSD-konferencen i de 2 observationer i CURA.
- Brug de relevante handleplaner (HP) til at arbejde med mål vedrørende de grundlæggende behov f.eks. afføring, urin, ernæring osv.
- Brug den socialpædagogiske handleplan, når der arbejdes med socialpædagogiske problemstillinger, og evaluér dagligt. Det giver det bedste overblik i CURA.
- Lav faste aftaler om, hvem der har ansvaret for at dokumentere og følge op på dokumentationen. Er det videnspersonen? Er det vejlederen? Kontaktpersonen?

Målet

Det er en god idé at være opmærksom på, at arbejdet med at finde det rette mål for beboeren kan tage lidt tid, især i starten, men det er et vigtigt arbejde og giver et godt afsæt for at finde de rette handlinger.

- Sæt jer i beboerens sted. Hvad vil skabe størst værdi for ham/hende?
- Målet skal være **SMART**:
 - Specifikt** - tydeligt, veldefineret og afgrænset
 - Målbart** - det skal kunne dokumenteres, at målet er nået
 - Accepteret** - især af beboeren
 - Realistisk** - hænge sammen med virkeligheden
 - Tidsafgrænset** - det skal være klart for alle, hvornår målet evalueres

Sansestimulerende teknologier

Borgere med sansemæssige udfordringer har behov for indsatser med sansestimuli, der kan fremme deres sanseintegration. Særligt hos borgere med demens har målrettet tilpasning af sansestimuli afgørende betydning i forhold til at skabe mening, forståelse og tryghed hos borgeren. Hjælpemidler og velfærdsteknologier kan bidrage til at regulere sanserne og dermed øge borgerens trivsel. Formålet er at tilpasse borgerens reaktion på sansestimuli i forhold til at kunne forebygge og reducere udadreagerende adfærd, genoptage meningsfulde aktiviteter, som fx at have overskud til fællesskabet eller at kunne modtage personlig pleje uden brug af magtanvendelse. At finde den rigtige teknologi til den enkelte borger, kan være én af de indsatser, der vælges ved en BPSD-konference.

Neuropsychiatric Inventory - plejehjemsversion (NPI-NH)

**Omfattende vurdering af psykopatologi hos
demenspatienter, som bor på plejehjem**

Korrespondance stiles til: Jeffrey L. Cummings, MD
Mary S. Easton Center for Alzheimer's Disease Research at UCLA
David Geffen School of Medicine at UCLA
10911 Weyburn Avenue, Suite#200
Los Angeles, CA 90095-7226
Telefon +1 (310) 794-3665
Fax +1 (310) 794-3148

NPI - NH | Neuropsychiatric Inventory – plejehjemsversion

INDLEDNING

NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY – PLEJEHJEMSVERSION (NPI-NH) er udviklet som en hjælp til at karakterisere neuropsykiatriske symptomer og psykopatologi hos patienter med Alzheimers sygdom og andre demenssygdomme, når patienterne bor på plejehjem eller andre plejehjemsinstitutioner, hvor der indsamles information af professionelle omsorgsgivere. NPI-NH er afledt af Neuropsychiatric Inventory (NPI), der oprindeligt blev udviklet til at vurdere neuropsykiatriske symptomer og psykopatologi hos patienter, der boede i egen bolig i lokalsamfundet, hvor informationen blev indhentet fra omsorgsgivere i familien. Indholdet af spørgsmålene i NPI og NPI-NH er det samme, men er blevet omformuleret, hvor det har været relevant. Desuden er skalaen for bekymring for omsorgsgiver i NPI blevet ændret til en skala for arbejdsmæssig forstyrrelse for NPI-NH for at gøre det muligt at vurdere den virkning, de adfærdsmæssige forstyrrelser har på professionelle omsorgsgivere.

NPI-NH er blevet brugt til at karakterisere psykopatologi hos patienter på plejehjem og til at måle virkningen af demensmedicin, psykotropisk medicin og adfærdsmæssige ændringer hos demenspatienter, der bor på plejehjem.

Denne manual indeholder anvisninger i administration af og scoring for NPI-NH. Den indeholder de spørgsmål, der skal stilles ved gennemgang af NPI-NH samt referencer til den oprindelige artikel, der beskriver de psykometriske egenskaber i NPI-NH. Masterkopier af NPI-NH arbejdsark og scoringsresumé, der for nemheds skyld kan kopieres, er også vedlagt. Manualen kan bruges, hver gang NPI-NH anvendes, mens arbejdsark og scoringsresuméer vil være unikke for den enkelte patient.

Tak, fordi du viser interesse for NPI-NH. Vi håber, at værktøjet, manualen og den tilhørende information vil være nyttig for dig til at karakterisere adfærdsmæssige og neuropsykiatriske symptomer hos dine patienter, forstå den forstyrrelse, omsorgsgiverne oplever, og følge behandlingsrelaterede adfærdsendringer. Neuropsykiatriske symptomer er vigtige tegn på demens, og det at forstå og behandle dem er et stort fremskridt for at forbedre livskvaliteten for patienterne og deres omsorgsgivere.

Jeffrey L. Cummings, M.D.

The Augustus S. Rose Professor of Neurology

Professor of Psychiatry and Biobehavioral Sciences

Director, Mary S. Easton Center for Alzheimer's Disease Research at UCLA

Director, Deane F. Johnson Center for Neurotherapeutics

David Geffen School of Medicine at UCLA

I. Formål med NPI -NH

Formålet med Neuropsychiatric Inventory (NPI) er at karakterisere psykopatologi hos patienter med hjernelidelser i NPI (Cummings et al, 1994). NPI Plejehjemsversion (*NPI Nursing Home Version (NPI-NH)*) er udviklet til brug på plejehjem, der tager sig af beboere med demens (Wood et al, 2000). NPI-NH omfatter 10 adfærdsmæssige områder og 2 former for neurovegetative ændringer:

Vrangforestillinger
Hallucinationer
Agitation/aggression
Depression/dysfori
Angst
Opstemthed/eufori
Apati/ligeegyldighed

Manglende hæmninger
Irritabilitet/labilitet
Afvigende motorisk adfærd

Søvn og natlige adfærdforstyrrelser
Appetit og spiseadfærd

II. NPI-NH interview

NPI-NH bygger på svar fra en informeret professionel omsorgsgiver, som er involveret i den daglige pleje af beboeren. Det er bedst, hvis interviewet gennemføres uden beboerens tilstedeværelse for at muliggøre en åben drøftelse af adfærd, der kan være vanskelig at beskrive, hvis beboeren er til stede. Du bør gøre opmærksom på flere ting, når du præsenterer NPI-NH interviewet for omsorgsgiveren:

- Formålet med interviewet
- Ratings, der skal indsamles - hyppighed, sværhedsgrad, forstyrrelse (beskrives herunder)
- Svarene gælder for adfærd, der har været til stede i den seneste uge eller en anden afgrænset tidsperiode
- Spørgsmålene kan som regel besvares med "Ja" eller "Nej", og svarene bør være kortfattede

Konstatér hvor meget tid, omsorgsgiveren tilbringer sammen med beboeren. Hvilke vagter har han/hun: Bliver han/hun altid udpeget til at tage sig af beboeren, hvad er hans/hendes rolle i forhold til beboeren, hvor sikker føler han/hun sig i at give oplysninger af den art, der efterspørges i NPI-NH? Notér, hvilken medicin beboeren jævnligt tager, og PRN-medicin, der er givet i den seneste uge.

Når du går i gang med skemaet, skal du sige til omsorgsgiveren: "Disse spørgsmål er udarbejdet for at vurdere beboerens adfærd. De kan som regel besvares med 'Ja' eller 'Nej', så prøv at give kortfattede svar." Hvis omsorgsgiveren går over til at give detaljerede svar, der kun giver begrænset nyttig information, kan du minde ham/hende om behovet for at fatte sig i korthed.

Spørgsmålene skal stilles præcis, som de er skrevet. Spørgsmålene bør præciseres, hvis omsorgsgiveren ikke forstår dem. En acceptabel form for præcision er en gentagelse af spørgsmålene med andre ord. Søg ikke efter information ved at bruge dine egne spørgsmål.

Spørgsmålene vedrører adfærd, der er observeret i den sidste uge eller en anden afgrænset tidsperiode (perioden kan variere afhængigt af forskellige anvendelsesformer af NPI-NH).

III. Screeningsspørgsmål

Screeningsspørgsmålene stilles for at fastslå, om adfærdsændringerne er til stede eller fraværende. Hvis svaret på screeningsspørgsmålet er benægtende, markeres "Nej", og du går videre til det næste screeningsspørgsmål uden at stille underspørgsmålene. Hvis svaret på screeningsspørgsmålet er bekræftende, eller hvis der er usikkerhed i omsorgsgiverens svar eller uoverensstemmelse mellem svaret og andre oplysninger, som er kendt af klinikerens (f.eks. svarer omsorgsgiveren benægtende på screeningsspørgsmålet om eufori, men beboeren virker euforisk på klinikerens), markeres kategorien med "Ja" og udforskes mere indgående med underspørgsmålene. Hvis underspørgsmålene bekræfter tilstedeværelsen af adfærden, fastslås sværhedsgraden og hyppigheden af adfærden i henhold til de kriterier, der er angivet ud for hver type adfærd.

IV. Underspørgsmål

Når screeningsspørgsmålene besvares med "Ja", stilles underspørgsmålene. I nogle tilfælde svarer omsorgsgiveren bekræftende på screeningsspørgsmålet og benægtende på alle underspørgsmål. Hvis det sker, skal du bede omsorgsgiveren om at uddybe, hvorfor han/hun svarede bekræftende på screeningsspørgsmålet. Hvis han/hun giver oplysninger, der er relevante for adfærdsområdet, men med andre ord, skal adfærden scores for sværhedsgrad og hyppighed som sædvanlig. Hvis det oprindelige bekræftende svar var ukorrekt og førte til, at der ikke blev stillet underspørgsmål, ændres adfærden til "Nej" på screeningsspørgsmålet.

Nogle afsnit, f.eks. spørgsmålene vedrørende appetit, er udformet for at opfange, om adfærden er stigende eller faldende (stigende eller faldende appetit eller vægt). Hvis omsorgsgiveren svarer "Ja" til det første af de parrede spørgsmål (f.eks. Har beboeren tabt sig?), skal du ikke stille det andet spørgsmål (Har beboeren taget på?), eftersom svaret på det andet spørgsmål gives med svaret på det første. Hvis omsorgsgiveren svarer "Nej" til det første af de parrede spørgsmål, skal det andet spørgsmål stilles.

V. Hyppighed

Når du fastslår hyppighed og sværhedsgrad, skal du bruge de former for adfærd, der identificeres i underspørgsmålene. Hvis omsorgsgiveren f.eks. angiver, at modsættende adfærd er til stede, når du stiller underspørgsmålene i afsnittet om agitation, så brug den modsættende adfærd til at få vurderinger om hyppigheden og sværhedsgraden af agitation. Hvis to former for adfærd er meget problematiske, så brug hyppigheden af den hyppigst forekommende adfærd til at score punktet. Hvis patientens hyppigste agiterede adfærd er modsættende adfærd, så brug modsættende adfærd til at få omsorgsgiveren til at score hyppigheden for området agitation. Hvis beboeren har to eller flere typer vrangforestillinger, så brug hyppigheden for alle former for vrangforestillinger til at stille spørgsmålene vedrørende sværhedsgrad og hyppighed.

For at måle hyppighed skal du sige til den person, der bliver interviewet: "Nu vil jeg gerne finde ud af, hvor ofte disse ting (definer dem ved at bruge beskrivelsen af de former for adfærd, som beskrives i underspørgsmålene) forekommer. Vil du sige, at det sker mindre end én gang om ugen, omkring én gang om ugen, flere gange om ugen, men ikke hver dag, eller hver dag?" Nogle former for adfærd, f.eks. apati, vil med tiden altid være til stede, og dermed kan "stort set altid til stede" erstatte "hver dag".

VI.

Sværhedsgrad

Rating af sværhedsgrad bygger på den mest alvorlige form for adfærd, der belyses i underspørgsmålene. Når du fastslår sværhedsgrad, så sig til den person, der bliver interviewet: “Nu vil jeg gerne finde ud af, hvor alvorlige disse former for adfærd er. Med sværhedsgrad mener jeg, hvor forstyrrende eller invaliderende eller intense, de er for beboeren. Vil du sige, at (adfærden) er let, moderat eller svær?” Yderligere beskrivelser gives i det enkelte afsnit, som kan bruges til at hjælpe interviewereren med at tydeliggøre de forskellige sværhedsgrader. Du skal sørge for, at omsorgsgiveren i hvert enkelt tilfælde giver dig et definitivt svar på hyppigheden og sværhedsgraden af de forskellige former for adfærd. Du skal ikke gætte, hvad du tror, omsorgsgiveren vil sige, ud fra jeres samtale.

Det kan være en hjælp at give omsorgsgiveren et stykke papir med beskrivelserne af hyppighed og sværhedsgrad (mindre end én gang om ugen, omkring én gang om ugen, flere gange om ugen og hver dag eller altid til stede for hyppighed, og let, moderat og svær for sværhedsgrad), så han/hun kan se svarmulighederne. Det sparer også interviewereren for at gentage svarmulighederne efter hvert spørgsmål.

VII. Svaret “Ikke relevant”

For meget svækkede beboere, eller for beboere, der lever under særlige medicinske forhold, vil et sæt spørgsmål måske ikke være relevante. For eksempel kan sengeliggende patienter have hallucinationer eller udvise agitation, men kan ikke udvise afvigende motorisk adfærd. Hvis klinikereren eller omsorgsgiveren mener, at spørgsmålene er irrelevante, markeres afsnittet “Ikke relevant”, og der registreres ikke yderligere data for det pågældende afsnit. På samme måde, hvis klinikereren føler, at svarene er ugyldige (hvis omsorgsgiveren f.eks. ikke lader til at forstå et bestemt sæt spørgsmål, der bliver stillet), skal “Ikke relevant” også markeres.

VIII. Arbejds-mæssig forstyrrelse

Når hvert enkelt område er udfyldt, og omsorgsgiveren har udfyldt rating for hyppighed og sværhedsgrad, kan du stille de tilhørende spørgsmål vedrørende arbejds-mæssig forstyrrelse, hvis din protokol omfatter denne vurdering. Spørg omsorgsgiveren hvor meget, om noget, ekstra arbejde, indsats, tid eller bekymring, adfærden medfører for omsorgsgiveren. Omsorgsgiveren skal rate, hvor forstyrrende han/hun finder denne adfærd på en 5-punkts skala fra 0 – slet ikke, 1- minimalt, 2 - let, 3 - moderat, 4 - svært, 5 - meget svært eller ekstremt.

IX. Scoring af NPI-NH

Hyppighed rates som:

- 1. Sjældent – mindre end én gang om ugen.
- 2. Af og til – omkring én gang om ugen.
- 3. Ofte – flere gange om ugen, men mindre end hver dag.
- 4. Meget ofte – én eller flere gange om dagen/stort set altid til stede/næsten altid til stede/én eller flere gange om dagen (hver nat)

Sværhedsgrad rates som:

- 1. Let – kun lidt forstyrrende for patienten
- 2. Moderat – mere forstyrrende for patienten, men kan afledes af omsorgsgiveren

3. Svær – meget forstyrrende for patienten og vanskelig at aflede

Scoren for hvert område er: områdescore = hyppighed x sværhedsgrad

Arbejdsområde forstyrrelse scores som:

0. Slet ikke
 1. Minimal (næsten ingen ændring i arbejdsrutiner)
 2. Let (nogle ændringer i arbejdsrutiner, men kræver kun små ændringer i tidsplaner)
 3. Moderat (forstyrrer arbejdsrutiner, kræver ændringer i tidsplaner)
 4. Svær (generende, forstyrrende for personale og andre beboere, store indgreb i tidsplaner)
 5. Meget svær eller Ekstrem (meget forstyrrende, stor kilde til bekymring for personale og andre beboere, kræver tid, der normalt bruges på andre beboere eller aktiviteter)

For hvert adfærdsområde er der således fire scores:

- Hyppighed
- Sværhedsgrad
- Samlet score for området (hyppighed x sværhedsgrad)
- Bekymring for omsorgsgiver

En samlet NPI-NH score kan beregnes ved at lægge de første 10 områdescores sammen. Alle 12 områdescores kan opsummeres under særlige omstændigheder, hvor de neurovegetative symptomer er særligt vigtige.

Scoren for forstyrrelse er ikke medtaget i den samlede NPI-NH score, men skal beregnes separat som den samlede score for forstyrrelse ved at opsummere score for forstyrrelse for de 10 (eller 12) adfærdsområder.

X.

Tilgængelighed

NPI, NPI-NH og NPI-Q versionerne er tilgængelige på NPItest.net.

XI. Copyright og brug af NPI-NH

NPI, NPI-NH og NPI-Q og alle oversættelser og afledninger er beskyttet af copyright med forbehold for alle rettigheder for Jeffrey L. Cummings. De er gjort tilgængelige uden beregning for alle ikke-kommercielle researchformål og kliniske formål. Brug af værktøjet til kommercielle formål (kliniske forsøg, screening til kommercielle projekter, anvendelse af kommercielle behandlere osv.) sker mod betaling, og brug af værktøjet skal forhandles med Dr. Cummings. (E-mail jcumplings@mednet.ucla.edu eller NPItest.net).

Der henstilles til, at en kopi af alle offentliggjorte artikler og abstrakter, der gør brug af NPI eller NPI-NH, sendes til Dr. Cummings på ovennævnte adresse. Det gør det muligt at opbygge en udtømmende bibliografi over studier og forskere, der gør brug af disse værktøjer.

XII. Centrale [NPI] referencer

Cummings JL. The Neuropsychiatric Inventory: Assessing psychopathology in dementia patients. *Neurology* 1997; 48 (Supple 6): S10-S16.

Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994; 44: 2308-2314.

Kaufers DI, Cummings JL, Christine D, Bray T, Castellon S, Masterman D, MacMillan A, Kelchel P, DeKosky ST. Assessing the impact of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: the Neuropsychiatric Inventory Caregiver Distress Scale. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46: 210-215.

Wood S, Cummings JL, Hsu M-A, Barclay T, Wheatley MV, Yarema KT, Schnelle JF. The use of the Neuropsychiatric Inventory in nursing home residents, characterization and measurement. *Am J Geriatr Psychiatry* 2000; 8: 75-83.

©2009 Jeffrey L. Cummings

**Neuropsychiatric
Inventory
(plejehjemsversion)
Spørgsmål**

A. VRANGFORESTILLINGER**(Ikke relevant)**

Forestiller beboeren sig ting, som du ved, ikke er sande? Siger f.eks. at andre mennesker forsøger at skade ham/hende eller stjæle fra ham/hende. Har han/hun sagt, at familiemedlemmer eller personale ikke er, hvem de siger, de er, eller at hans/hendes ægtefælle har en affære? Forestiller beboeren sig andre usædvanlige ting?

- Ja (hvis ja, gå videre til underspørgsmålene)
 Nej (hvis nej, gå videre til det næste screeningsspørgsmål) Ikke relevant

1. Er beboeren af den opfattelse, at han/hun er i fare – at andre planlægger at skade ham/hende eller har skadet ham/hende? Ja Nej
2. Er beboeren af den opfattelse, at andre stjæler fra ham/hende? Ja Nej
3. Er beboeren af den opfattelse at hans/hendes ægtefælle har en affære? Ja Nej
4. Er beboeren af den opfattelse, at hans/hendes familie, personale eller andre ikke er, hvem de siger de er? Ja Nej
5. Er beboeren af den opfattelse, at karakterer fra tv eller magasiner faktisk er til stede i rummet? (Forsøger han/hun at tale eller interagere med dem?) Ja Nej
6. Forestiller han/hun sig andre usædvanlige ting, som jeg ikke har spurgt om? Ja Nej

Kommentarer: _____

Hvis screeningsspørgsmålet bliver bekræftet, fastsættes hyppigheden og sværhedsgraden af vrangforestillingerne.

Hyppighed:

1. Sjældent – mindre end én gang om ugen.
 2. Af og til – omkring én gang om ugen.
 3. Ofte – flere gange om ugen, men mindre end hver dag.
 4. Meget ofte – én eller flere gange om dagen.

Sværhedsgrad:

1. Let – vrangforestillingerne er til stede, men virker harmløse og forstyrrer ikke beboeren ret meget.
 2. Moderat – vrangforestillingerne er stressende og forstyrrende for beboeren og medfører usædvanlig eller underlig adfærd.
 3. Svær – vrangforestillingerne er meget stressende og forstyrrende for beboeren og medfører en høj grad af usædvanlig eller underlig adfærd.

Arbejdsræssig forstyrrelse: Hvor meget forstyrrer denne adfærd dig og/eller skaber mere arbejde for dig?

0. Slet ikke
 1. Minimalt (næsten ingen ændring i arbejdsrutiner)
 2. Let (nogle ændringer i arbejdsrutiner, men kræver kun små ændringer i tidsplaner)
 3. Moderat (forstyrrer arbejdsrutiner, kræver ændringer i tidsplaner)
 4. Svært (generende, forstyrrende for personale og andre beboere, store indgreb i tidsplaner)
 5. Meget svært eller Ekstremt (meget forstyrrende, stor kilde til bekymring for personale og andre beboere, kræver tid, der normalt bruges på andre beboere eller aktiviteter)

B. HALLUCINATIONER**(Ikke relevant)**

Har beboeren hallucinationer – det vil sige ser, hører eller oplever han/hun ting, der ikke er til stede? (Hvis "Ja," så bed om at få et eksempel for at fastslå, om det rent faktisk er en hallucination). Taler beboeren med mennesker, der ikke er der?

- Ja (hvis ja, gå videre til underspørgsmålene)
 Nej (hvis nej, gå videre til det næste screeningsspørgsmål) Ikke relevant

1. Opfører beboeren sig, som om han/hun hører stemmer eller beskriver at høre stemmer? Ja Nej
2. Taler beboeren med mennesker, der ikke er der? Ja Nej
3. Ser beboeren ting, der ikke er til stede, eller opfører sig, som om han/hun ser ting, der ikke er til stede (mennesker, dyr, lys osv.)? Ja Nej
4. Kan beboeren lugte ting, som andre ikke kan lugte? Ja Nej
5. Beskriver beboeren at føle ting på sin hud eller opfører sig, som om han/hun føler, at ting kravler på eller rører ved ham/hende? Ja Nej
6. Taler eller opfører beboeren sig, som om han/hun kan smage ting, der ikke er til stede? Ja Nej
7. Beskriver beboeren andre usædvanlige sensoriske oplevelser? Ja Nej

Kommentarer: _____

Hvis screeningsspørgsmålet bliver bekræftet, fastsættes hyppigheden og sværhedsgraden af hallucinationerne.

Hyppighed:

1. Sjældent – mindre end én gang om ugen.
2. Af og til – omkring én gang om ugen.
3. Ofte – flere gange om ugen, men mindre end hver dag.
4. Meget ofte – én eller flere gange om dagen.

Sværhedsgrad:

1. Let – hallucinationerne er til stede, men virker harmløse og forstyrrer ikke beboeren ret meget.
2. Moderat – hallucinationerne er stressende og forstyrrende for beboeren og medfører usædvanlig eller underlig adfærd.
3. Svær – hallucinationerne er meget stressende og forstyrrende for beboeren og medfører en høj grad af usædvanlig eller underlig adfærd. (Det kan være nødvendigt at bruge PRN-medicin for at kontrollere det).

Arbejdsæssig forstyrrelse: Hvor meget forstyrrer denne adfærd dig og/eller skaber mere arbejde for dig?

0. Slet ikke
1. Minimalt (næsten ingen ændring i arbejdsrutiner)
2. Let (nogle ændringer i arbejdsrutiner, men kræver kun små ændringer i tidsplaner)
3. Moderat (forstyrrer arbejdsrutiner, kræver ændringer i tidsplaner)
4. Svært (generende, forstyrrende for personale og andre beboere, store indgreb i tidsplaner)
5. Meget svært eller Ekstremt (meget forstyrrende, stor kilde til bekymring for personale og andre beboere, kræver tid, der normalt bruges på andre beboere eller aktiviteter)

C. AGITATION/AGGRESSION**(Ikke relevant)**

Er der perioder, hvor beboeren nægter at lade andre mennesker hjælpe sig? Er han/hun svær at have med at gøre? Er han/hun støjende eller usamarbejdsvillig? Prøver beboeren at skade eller slå andre?

- Ja (hvis ja, gå videre til underspørgsmålene)
 Nej (hvis nej, gå videre til det næste screeningsspørgsmål) Ikke relevant

1. Bliver beboeren ophidset, når andre mennesker forsøger at tage sig af ham/hende, eller modsætter sig aktiviteter som at komme i bad eller få skiftet tøj? Ja Nej
2. Ønsker beboeren altid, at tingene bliver gjort på hans/hendes måde? Ja Nej
3. Er beboeren usamarbejdsvillig og modsætter sig hjælp fra andre? Ja Nej
4. Udviser beboeren andre former for adfærd, der gør ham/hende svær at have med at gøre? Ja Nej
5. Råber beboeren, laver høje lyde eller bander vredt? Ja Nej
6. Smækker beboeren med dørene, sparker til møbler, kaster med ting? Ja Nej
7. Prøver beboeren at skade eller slå andre? Ja Nej
8. Udviser beboeren andre former for aggressiv eller ophidset adfærd? Ja Nej

Kommentarer: _____

Hvis screeningsspørgsmålet bliver bekræftet, fastsættes hyppigheden og sværhedsgraden af agitation/aggression.

Hyppighed:

1. Sjældent – mindre end én gang om ugen.
 2. Af og til – omkring én gang om ugen.
 3. Ofte – flere gange om ugen, men mindre end hver dag.
 4. Meget ofte – én eller flere gange om dagen.

Sværhedsgrad:

1. Let – adfærden er stressende for beboeren, men kan kontrolleres af omsorgsgiveren.
 2. Moderat – adfærden er stressende og forstyrrende for beboeren og vanskelig at kontrollere.
 3. Svær – agitationen er meget stressende og forstyrrende for beboeren og meget vanskelig eller umulig at kontrollere. Der er mulighed for, at beboeren kan skade sig selv, og der er ofte brug for medicin.

Arbejdsomkostning forstyrrelse: Hvor meget forstyrrer denne adfærd dig og/eller skaber mere arbejde for dig?

0. Slet ikke
 1. Minimalt (næsten ingen ændring i arbejdsrutiner)
 2. Let (nogle ændringer i arbejdsrutiner, men kræver kun små ændringer i tidsplaner)
 3. Moderat (forstyrrer arbejdsrutiner, kræver ændringer i tidsplaner)
 4. Svært (generende, forstyrrende for personale og andre beboere, store indgreb i tidsplaner)
 5. Meget svært eller Ekstremt (meget forstyrrende, stor kilde til bekymring for personale og andre beboere, kræver tid, der normalt bruges på andre beboere eller aktiviteter)

D. DEPRESSION/DYSFORI**(Ikke relevant)**

Virker beboeren trist eller nedtrykt? Siger han/hun, at han/hun føler sig trist eller nedtrykt? Græder beboeren ind imellem?

- Ja (hvis ja, gå videre til underspørgsmålene)
 Nej (hvis nej, gå videre til det næste screeningsspørgsmål) Ikke relevant

- | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| 1. Græder beboeren ind imellem? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 2. Siger beboeren, eller opfører han/hun sig, som om han/hun er nedtrykt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 3. Taler beboeren dårligt om sig selv, eller siger, at han/hun føler sig som en fiasko? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 4. Siger beboeren, at han/hun er et dårligt menneske eller fortjener at blive straffet? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 5. Virker beboeren meget modløs eller siger, at han/hun ikke har nogen fremtid? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 6. Siger beboeren, at han/hun er en byrde for familien, eller at familien ville have det bedre uden ham/hende? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 7. Taler beboeren om at ønske at dø eller om at tage livet af sig? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 8. Viser beboeren andre tegn på depression eller tristhed? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |

Kommentarer: _____

Hvis screeningsspørgsmålet bliver bekræftet, fastsættes hyppigheden og sværhedsgraden af depressionen.

Hyppighed:

1. Sjældent – mindre end én gang om ugen.
 2. Af og til – omkring én gang om ugen.
 3. Ofte – flere gange om ugen, men mindre end hver dag.
 4. Meget ofte – én eller flere gange om dagen.

Sværhedsgrad:

1. Let – depressionen er stressende for beboeren, men kan som regel ændres med hjælp fra omsorgsgiveren.
 2. Moderat – depressionen er stressende for beboeren og er vanskelig for omsorgsgiveren at ændre.
 3. Svær – depressionen er meget forstyrrende og stressende for beboeren og meget vanskelig eller umulig at ændre.

Arbejdsræssig forstyrrelse: Hvor meget forstyrrer denne adfærd dig og/eller skaber mere arbejde for dig?

0. Slet ikke
 1. Minimalt (næsten ingen ændring i arbejdsrutiner)
 2. Let (nogle ændringer i arbejdsrutiner, men kræver kun små ændringer i tidsplaner)
 3. Moderat (forstyrrer arbejdsrutiner, kræver ændringer i tidsplaner)
 4. Svært (generende, forstyrrende for personale og andre beboere, store indgreb i tidsplaner)
 5. Meget svært eller Ekstremt (meget forstyrrende, stor kilde til bekymring for personale og andre beboere, kræver tid, der normalt bruges på andre beboere eller aktiviteter)

E. ANGST**(Ikke relevant)**

Er beboeren meget nervøs, bekymret eller forskræmt uden grund? Virker han/hun meget anspændt eller ude af stand til at slappe af? Er beboeren bange for at være adskilt fra dig eller fra andre, som han/hun stoler på?

- Ja (hvis ja, gå videre til underspørgsmålene)
 Nej (hvis nej, gå videre til det næste screeningsspørgsmål) Ikke relevant

1. Siger beboeren, at han/hun er bekymret over planlagte arrangementer, f.eks. aftaler eller familiebesøg? Ja Nej
2. Har beboeren perioder, hvor han/hun føler sig usikker, ude af stand til at slappe af eller føler sig meget anspændt? Ja Nej
3. Har beboeren perioder med (eller klager over) stakåndethed, gispen eller sukker uden nogen åbenlys grund andet end at være nervøs? Ja Nej
4. Klager beboeren over at have sommerfugle i maven eller over hjertebanken eller hamrende hjerte, fordi han/hun er nervøs? (Symptomer, der ikke kan forklares af dårligt helbred) Ja Nej
5. Undgår beboeren bestemte steder eller situationer, der gør ham/hende mere nervøs, f.eks. at mødes med venner eller deltage i aktiviteter i afdelingen? Ja Nej
6. Bliver beboeren nervøs og oprevet, når han/hun bliver adskilt fra dig eller fra andre, som han/hun stoler på? (Klynger han/hun sig til dig for at undgå, at I bliver adskilt?) Ja Nej
7. Viser beboeren andre tegn på angst? Ja Nej

Kommentarer: _____

Hvis screeningsspørgsmålet bliver bekræftet, fastsættes hyppigheden og sværhedsgraden af angsten.

Hyppighed:

1. Sjældent – mindre end én gang om ugen.
 2. Af og til – omkring én gang om ugen.
 3. Ofte – flere gange om ugen, men mindre end hver dag.
 4. Meget ofte – næsten altid til stede.

Sværhedsgrad:

1. Let – angsten er stressende for beboeren, men kan som regel ændres med hjælp fra omsorgsgiveren.
 2. Moderat – angsten er stressende for beboeren og er vanskelig for omsorgsgiveren at ændre.
 3. Svær – angsten er meget forstyrrende og stressende for beboeren og meget vanskelig eller umulig at ændre.

Arbejds-mæssig forstyrrelse: Hvor meget forstyrrer denne adfærd dig og/eller skaber mere arbejde for dig?

0. Slet ikke
 1. Minimalt (næsten ingen ændring i arbejdsrutiner)
 2. Let (nogle ændringer i arbejdsrutiner, men kræver kun små ændringer i tidsplaner)
 3. Moderat (forstyrrer arbejdsrutiner, kræver ændringer i tidsplaner)
 4. Svært (generende, forstyrrende for personale og andre beboere, store indgreb i tidsplaner)
 5. Meget svært eller Ekstremt (meget forstyrrende, stor kilde til bekymring for personale og andre beboere, kræver tid, der normalt bruges på andre beboere eller aktiviteter)

Virker beboeren for munter eller for glad uden grund? Jeg mener ikke almindelig glæde, men f.eks. at grine ad ting, som andre ikke synes er sjove?

- Ja (hvis ja, gå videre til underspørgsmålene)
 Nej (hvis nej, gå videre til det næste screeningsspørgsmål) Ikke relevant

1. Virker beboeren til at være i for godt humør eller være for glad? Ja Nej
2. Opfatter beboeren humor og griner ad ting, som andre ikke synes er sjove? Ja Nej
3. Virker beboeren til at have en barnlig form for humor med en tendens til at fnise eller le upassende (f.eks. når der sker noget uheldigt for andre)? Ja Nej
4. Fortæller beboeren vittigheder eller siger ting, der ikke er sjove for andre, men som virker sjove for ham/hende selv? Ja Nej
5. Viser beboeren andre tegn på at være i for godt humør eller være for glad? Ja Nej

Kommentarer: _____

Hvis screeningsspørgsmålet bliver bekræftet, fastsættes hyppigheden og sværhedsgraden af opstemthed/eufori.

Hyppighed:

1. Sjældent – mindre end én gang om ugen.
2. Af og til – omkring én gang om ugen.
3. Ofte – flere gange om ugen, men mindre end hver dag.
4. Meget ofte – én eller flere gange om dagen.

Sværhedsgrad:

1. Let – beboeren er ind imellem for glad.
2. Moderat – beboeren er ind imellem for glad, og det medfører af og til underlig adfærd.
3. Svær – beboeren er næsten altid for glad og synes, at næsten alt er sjovt.

Arbejdsomæssig forstyrrelse: Hvor meget forstyrrer denne adfærd dig og/eller skaber mere arbejde for dig?

0. Slet ikke
1. Minimalt (næsten ingen ændring i arbejdsrutiner)
2. Let (nogle ændringer i arbejdsrutiner, men kræver kun små ændringer i tidsplaner)
3. Moderat (forstyrrer arbejdsrutiner, kræver ændringer i tidsplaner)
4. Svært (generende, forstyrrende for personale og andre beboere, store indgreb i tidsplaner)
5. Meget svært eller Ekstremt (meget forstyrrende, stor kilde til bekymring for personale og andre beboere, kræver tid, der normalt bruges på andre beboere eller aktiviteter)

G. APATI/LIGEGYLDIGHED**(Ikke relevant)**

Sidder beboeren stille uden at være opmærksom på ting, der foregår omkring ham/hende? Har han/hun mistet interessen for at gøre ting eller mangler motivation for at deltage i aktiviteter? Er det vanskeligt at få beboeren til at deltage i en samtale eller gruppeaktiviteter?

- Ja (hvis ja, gå videre til underspørgsmålene)
 Nej (hvis nej, gå videre til det næste screeningsspørgsmål) Ikke relevant

1. Har beboeren mistet interessen for verden omkring sig? Ja Nej
2. Undlader beboeren at starte en samtale? (Skal kun scores, hvis samtale er mulig) Ja Nej
3. Undlader beboeren at vise forventelige følelsesmæssige reaktioner (glæde over at få besøg af en ven eller et familiemedlem, interesse i nyheder eller sport osv.)? Ja Nej
4. Har beboeren mistet interessen for venner og familiemedlemmer? Ja Nej
5. Udviser beboeren mindre begejstring for sine sædvanlige interesser? Ja Nej
6. Sidder beboeren stille uden at være opmærksom på ting, der foregår omkring ham/hende? Ja Nej
7. Viser beboeren andre tegn på, at han/hun ikke har lyst til at lave nye ting? Ja Nej

Kommentarer: _____

Hvis screeningsspørgsmålet bliver bekræftet, fastsættes hyppigheden og sværhedsgraden af apati/lige gyldighed.

Hyppighed:

1. Sjældent – mindre end én gang om ugen.
2. Af og til – omkring én gang om ugen.
3. Ofte – flere gange om ugen, men mindre end hver dag.
4. Meget ofte – næsten altid til stede.

Sværhedsgrad:

1. Let – beboeren mister ind imellem interessen for ting, men det medfører kun få ændringer i hans/hendes adfærd eller deltagelse i aktiviteter.
2. Moderat – beboeren har i høj grad mistet interessen for ting, som kun kan ændres af store begivenheder, f.eks. besøg af nære slægtninge eller familiemedlemmer.
3. Svær – beboeren har fuldstændig mistet interessen og motivationen.

Arbejds mæssig forstyrrelse: Hvor meget forstyrrer denne adfærd dig og/eller skaber mere arbejde for dig?

0. Slet ikke
1. Minimalt (næsten ingen ændring i arbejdsrutiner)
2. Let (nogle ændringer i arbejdsrutiner, men kræver kun små ændringer i tidsplaner)
3. Moderat (forstyrrer arbejdsrutiner, kræver ændringer i tidsplaner)
4. Svært (generende, forstyrrende for personale og andre beboere, store indgreb i tidsplaner)
5. Meget svært eller Ekstremt (meget forstyrrende, stor kilde til bekymring for personale og andre beboere, kræver tid, der normalt bruges på andre beboere eller aktiviteter)

H. MANGLENDE HÆMNINGER**(Ikke relevant)**

Siger eller gør beboeren ting, man sædvanligvis ikke siger eller gør offentligt? Lader han/hun til at handle impulsivt uden at tænke? Siger beboeren ting, der er ufølsomme eller sårer andre menneskers følelser?

- Ja (hvis ja, gå videre til underspørgsmålene)
 Nej (hvis nej, gå videre til det næste screeningsspørgsmål) Ikke relevant

1. Handler beboeren impulsivt uden at tænke over konsekvenserne? Ja Nej
2. Taler beboeren til helt fremmede mennesker, som om han/hun kender dem? Ja Nej
3. Siger beboeren ting til andre mennesker, der er ufølsomme eller sårer deres følelser? Ja Nej
4. Siger beboeren grove ting eller kommer med upassende seksuelle bemærkninger? Ja Nej
5. Taler beboeren åbent om meget personlige eller private forhold, som man normalt ikke taler om offentligt? Ja Nej
6. Kærtegner, berører eller krammer beboeren andre mennesker på en måde, der er upassende? Ja Nej
7. Viser beboeren andre tegn på at have mistet kontrollen over sine impulser? Ja Nej

Kommentarer: _____

Hvis screeningsspørgsmålet bliver bekræftet, fastsættes hyppigheden og sværhedsgraden af manglende hæmninger.

Hyppighed:

1. Sjældent – mindre end én gang om ugen.
2. Af og til – omkring én gang om ugen.
3. Ofte – flere gange om ugen, men mindre end hver dag.
4. Meget ofte – næsten altid til stede.

Sværhedsgrad:

1. Let – beboeren handler ind imellem impulsivt, men adfærden er ikke vanskelig for omsorgsgiveren at ændre.
2. Moderat – beboeren er meget impulsiv, og denne adfærd er vanskelig for omsorgsgiveren at ændre.
3. Svær – beboeren er næsten altid impulsiv, og denne adfærd er næsten umulig at ændre.

Arbejdsomæssig forstyrrelse: Hvor meget forstyrrer denne adfærd dig og/eller skaber mere arbejde for dig?

0. Slet ikke
1. Minimalt (næsten ingen ændring i arbejdsrutiner)
2. Let (nogle ændringer i arbejdsrutiner, men kræver kun små ændringer i tidsplaner)
3. Moderat (forstyrrer arbejdsrutiner, kræver ændringer i tidsplaner)
4. Svært (generende, forstyrrende for personale og andre beboere, store indgreb i tidsplaner)
5. Meget svært eller Ekstremt (meget forstyrrende, stor kilde til bekymring for personale og andre beboere, kræver tid, der normalt bruges på andre beboere eller aktiviteter)

I. IRRITABILITET/LABILITET**(Ikke relevant)**

Bliver beboeren nemt irriteret eller bekymret? Er hans/hendes humør meget omskifteligt? Er han/hun ekstremt utålmodig?

- Ja (hvis ja, gå videre til underspørgsmålene)
 Nej (hvis nej, gå videre til det næste screeningsspørgsmål) Ikke relevant

1. Har beboeren et iltert temperament og farer nemt op over små ting? Ja Nej
2. Ændrer beboerens humør sig hurtigt fra det ene til det andet, så han/hun har det godt det ene øjeblik og er vred det næste? Ja Nej
3. Får beboeren pludselige vredesanfald? Ja Nej
4. Er beboeren utålmodig, har problemer med at klare forsinkelser eller vente på planlagte aktiviteter eller andre ting? Ja Nej
5. Bliver beboeren nemt irriteret? Ja Nej
6. Argumenterer beboeren, eller er han/hun vanskelig at komme overens med? Ja Nej
7. Viser beboeren andre tegn på irritabilitet? Ja Nej

Kommentarer: _____

Hvis screeningsspørgsmålet bliver bekræftet, fastsættes hyppigheden og sværhedsgraden af irritabilitet/labilitet.

Hyppighed:

1. Sjældent – mindre end én gang om ugen.
 2. Af og til – omkring én gang om ugen.
 3. Ofte – flere gange om ugen, men mindre end hver dag.
 4. Meget ofte – næsten altid til stede.

Sværhedsgrad:

1. Let – beboeren er ind imellem irriteret, men adfærden er ikke vanskelig for omsorgsgiveren at ændre.
 2. Moderat – beboeren er meget irriteret, og denne adfærd er vanskelig for omsorgsgiveren at ændre.
 3. Svær – beboeren er næsten altid irriteret, og denne adfærd er næsten umulig at ændre.

Arbejdsomæssig forstyrrelse: Hvor meget forstyrrer denne adfærd dig og/eller skaber mere arbejde for dig?

0. Slet ikke
 1. Minimalt (næsten ingen ændring i arbejdsrutiner)
 2. Let (nogle ændringer i arbejdsrutiner, men kræver kun små ændringer i tidsplaner)
 3. Moderat (forstyrrer arbejdsrutiner, kræver ændringer i tidsplaner)
 4. Svært (generende, forstyrrende for personale og andre beboere, store indgreb i tidsplaner)
 5. Meget svært eller Ekstremt (meget forstyrrende, stor kilde til bekymring for personale og andre beboere, kræver tid, der normalt bruges på andre beboere eller aktiviteter)

J. AFVIGENDE MOTORISK ADFÆRD**(Ikke relevant)**

Har beboeren gentagne aktiviteter eller "vaner", som han/hun udfører igen og igen, f.eks. at gå frem og tilbage, rulle frem og tilbage, pille ved ting eller vikle snor op? (Omfatter ikke simpel rysten eller tungebevægelser).

- Ja (hvis ja, gå videre til underspørgsmålene)
 Nej (hvis nej, gå videre til det næste screeningsspørgsmål) Ikke relevant

1. Går eller ruller beboeren frem og tilbage forskellige steder på institutionen uden grund? Ja Nej
2. Åbner eller tømmer beboeren skuffer eller skabe igen og igen? Ja Nej
3. Tager beboeren tøj af og på igen og igen? Ja Nej
4. Laver beboeren gentagne handlinger, f.eks. at røre ved knapper, pille, rulle snor op, flytte på sengetøj osv.? Ja Nej
5. Har beboeren gentagne aktiviteter eller "vaner", som han/hun udfører igen og igen? Ja Nej
6. Er beboeren overdrevet rastløs? Ja Nej

Kommentarer: _____

Hvis screeningsspørgsmålet bliver bekræftet, fastsættes hyppigheden og sværhedsgraden af afvigende motorisk aktivitet.

Hyppighed:

1. Sjældent – mindre end én gang om ugen.
2. Af og til – omkring én gang om ugen.
3. Ofte – flere gange om ugen, men mindre end hver dag.
4. Meget ofte – næsten altid til stede.

Sværhedsgrad:

1. Let – beboeren udviser ind imellem gentagen adfærd, men det ændrer ikke de daglige aktiviteter.
2. Moderat – beboerens gentagne adfærd er meget påfaldende, men kan kontrolleres med hjælp fra omsorgsgiveren.
3. Svær – den gentagne adfærd er meget påfaldende og forstyrrende for beboeren og vanskelig eller umulig for omsorgsgiveren at kontrollere.

Arbejdsomæssig forstyrrelse: Hvor meget forstyrrer denne adfærd dig og/eller skaber mere arbejde for dig?

0. Slet ikke
1. Minimalt (næsten ingen ændring i arbejdsrutiner)
2. Let (nogle ændringer i arbejdsrutiner, men kræver kun små ændringer i tidsplaner)
3. Moderat (forstyrrer arbejdsrutiner, kræver ændringer i tidsplaner)
4. Svært (generende, forstyrrende for personale og andre beboere, store indgreb i tidsplaner)
5. Meget svært eller Ekstremt (meget forstyrrende, stor kilde til bekymring for personale og andre beboere, kræver tid, der normalt bruges på andre beboere eller aktiviteter)

Denne gruppe spørgsmål skal kun stilles til omsorgsgivere, der arbejder som nattevagt og observerer beboeren direkte eller har en acceptabel viden (f.eks. modtager jævnligt morgenrapport) om beboerens natlige aktiviteter. Hvis omsorgsgiveren ikke har viden om patientens natlige adfærd, markeres denne kategori "Ikke relevant".

Har beboeren haft problemer med at sove (tæller ikke som værende til stede, hvis beboeren bare står op én eller to gange om natten kun for at gå på toilet og straks falder i søvn igen)? Er han/hun vågen om natten? Strejfer han/hun rundt om natten, tager tøj på eller går ind på andres værelse?

- Ja (hvis ja, gå videre til underspørgsmålene)
 Nej (hvis nej, gå videre til det næste screeningsspørgsmål) Ikke relevant

1. Har beboeren svært ved at falde i søvn? Ja Nej
2. Stå beboeren op i løbet af natten (tæller ikke, hvis beboeren står op én eller to gange om natten kun for at gå på toilet og straks falder i søvn igen)? Ja Nej
3. Strejfer beboeren rundt, går frem eller tilbage eller bliver involveret i upassende aktiviteter om natten? Ja Nej
4. Vågner beboeren om natten, tager tøj på og planlægger at gå ud, fordi han/hun tror, at det er morgen og tid til at tage hul på dagen? Ja Nej
5. Vågner beboeren for tidligt om morgenen (før andre beboere)? Ja Nej
6. Udviser beboeren andre former for natlig adfærd, som vi ikke har talt om? Ja Nej

Kommentarer: _____

Hvis screeningsspørgsmålet bliver bekræftet, fastsættes hyppigheden og sværhedsgraden af natlig adfærd.

Hyppighed:

1. Sjældent – mindre end én gang om ugen.
 2. Af og til – omkring én gang om ugen.
 3. Ofte – flere gange om ugen, men mindre end hver dag.
 4. Meget ofte – én eller flere gange om dagen (hver nat).

Sværhedsgrad:

1. Let – den natlige adfærd er til stede, men er ikke for stressende for beboeren.
 2. Moderat – den natlige adfærd er til stede og forstyrrer andre på plejehjemmet. Der kan være mere end én form for natlig adfærd til stede.
 3. Svær – den natlige adfærd er til stede, og beboeren er meget forstyrret om natten.

Arbejdsomæssig forstyrrelse: Hvor meget forstyrrer denne adfærd dig og/eller skaber mere arbejde for dig?

0. Slet ikke
 1. Minimalt (næsten ingen ændring i arbejdsrutiner)
 2. Let (nogle ændringer i arbejdsrutiner, men kræver kun små ændringer i tidsplaner)
 3. Moderat (forstyrrer arbejdsrutiner, kræver ændringer i tidsplaner)
 4. Svært (generende, forstyrende for personale og andre beboere, store indgreb i tidsplaner)
 5. Meget svært eller Ekstremt (meget forstyrende, stor kilde til bekymring for personale og andre beboere, kræver tid, der normalt bruges på andre beboere eller aktiviteter)

L. ÆNDRINGER I APPETIT OG SPISEVANER**(Ikke relevant)**

Har beboeren en ekstremt god eller dårlig appetit, er der ændringer i vægten eller usædvanlige spisevaner (tæller som "Ikke relevant", hvis beboeren er svækket og skal mades)? Har der været ændringer i den slags mad, han/hun foretrækker?

- Ja (hvis ja, gå videre til underspørgsmålene)
 Nej (hvis nej, gå videre til det næste screeningsspørgsmål) Ikke relevant

- | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| 1. Har han/hun en dårlig appetit? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 2. Har han/hun en usædvanlig god appetit? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 3. Har han/hun tabt sig? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 4. Har han/hun taget på? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 5. Har han/hun en usædvanlig spiseadfærd, f.eks. at komme for meget mad i munden på én gang? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 6. Er der sket en ændring i den type mad, han/hun kan lide, f.eks. at ønske for meget slik eller andre bestemte former for mad? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 7. Har han/hun udviklet en anderledes spiseadfærd, f.eks. at spise præcis den samme slags mad hver dag eller at spise maden i præcis den samme rækkefølge? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 8. Har der været andre ændringer i appetit eller spisevaner, som jeg ikke har spurgt om? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |

Kommentarer: _____

Hvis screeningsspørgsmålet bliver bekræftet, fastsættes hyppigheden og sværhedsgraden af spisevaner eller appetit.
Hyppighed:

1. Sjældent – mindre end én gang om ugen.
 2. Af og til – omkring én gang om ugen.
 3. Ofte – flere gange om ugen, men mindre end hver dag.
 4. Meget ofte – næsten altid til stede.

Sværhedsgrad:

1. Let – der er ændringer i appetit eller spisevaner til stede, men de har ikke medført vægtændringer og er ikke forstyrrende.
 2. Moderat – der er ændringer i appetit eller spisevaner til stede, som medfører mindre vægtændringer.
 3. Svær – der er tydelige ændringer i appetit eller spisevaner til stede, som medfører vægtændringer, er unormale eller bekymrer beboeren.

Arbejdsomæssig forstyrrelse: Hvor meget forstyrrer denne adfærd dig og/eller skaber mere arbejde for dig?

0. Slet ikke
 1. Minimalt (næsten ingen ændring i arbejdsrutiner)
 2. Let (nogle ændringer i arbejdsrutiner, men kræver kun små ændringer i tidsplaner)
 3. Moderat (forstyrrer arbejdsrutiner, kræver ændringer i tidsplaner)
 4. Svært (generende, forstyrrende for personale og andre beboere, store indgreb i tidsplaner)
 5. Meget svært eller Ekstremt (meget forstyrrende, stor kilde til bekymring for personale og andre beboere, kræver tid, der normalt bruges på andre beboere eller aktiviteter)

NPI-NH	Neuropsychiatric Inventory – (plejehjemsversion)
	Resumé af scoring

CENTER #	SCREENING #	PATIENT #	PATIENTENS INITIALER	BESØG	DATO
----------	-------------	-----------	-------------------------	-------	------

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			F M E				M D Å		

<p>Transkribér de relevante kategorier fra NPI-NH arbejdsarket ind i boksene.</p> <p>For hvert område gælder:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvis symptomerne for et område ikke var relevante, afkrydses feltet "Ikke relevant". - Hvis symptomerne for et område ikke var til stede, afkrydses feltet "0". - Hvis symptomerne for et område var til stede, afkrydses én score for hhv. Hyppighed og Sværhedsgrad. - Gang scoren for Hyppighed med scoren for Sværhedsgrad, og indsæt resultatet i det relevante felt. - Tæl alle scorer for Hyppighed x Sværhedsgrad sammen, og registrer den Samlede score herunder. - Hvis symptomerne for et område var til stede, afkrydses én score for Arbejdsomæssig forstyrrelse. Tæl alle scorer for Arbejdsomæssig forstyrrelse sammen for at få en opsummeret score. 	<p>Raterens initialer:</p> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
---	--

OMRÅDE	IKKE RELE- VANT	IKKE TIL STEDE	HYPPIGHED	SVÆR- HEDS- GRAD	HYPPIGHED X SVÆRHEDS- GRAD	ARBEJDSMÆSSIG FORSTYRRELSE
		0	1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
A. Vrangforestillinger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Hallucinationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Agitation/aggression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Depression/dysfori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Opstemthed/eufori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Apati/ligeegyldighed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Manglende hæmninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Irritabilitet/labilitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Afvigende motorisk adfærd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SAMLET SCORE:					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

K. Søvn og natlige adfærdsforstyrrelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L. Appetit/ændringer i spisevaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

NPI-NH

Neuropsychiatric Inventory – (plejehjemsversion)

Arbejdsark

Anvisninger: Læs alle punkter i afsnittet NPI-NH "Anvisninger i brug og administration af NPI-NH". Markér omsorgsgiverens svar på dette arbejdsark, før du scorer Hyppighed, Sværhedsgrad og Arbejdsomæssig forstyrrelse.

<p>A. VRANGFORESTILLINGER: <input type="checkbox"/>Ja <input type="checkbox"/>Nej <input type="checkbox"/>Ikke relevant Hyppighed _____ Sværhedsgrad _____ Arbejdsomæssig forstyrrelse _____</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 1. Frygt for at komme til skade<input type="checkbox"/> 2. Frygt for tyveri<input type="checkbox"/> 3. Ægtefællen har en affære<input type="checkbox"/> 4. Indbildt logerende<input type="checkbox"/> 5. Ægtefællen bedrager<input type="checkbox"/> 6. Huset er ikke hjem<input type="checkbox"/> 7. Frygt for at blive forladt<input type="checkbox"/> 8. Taler til tv'et osv.<input type="checkbox"/> 9. Andet _____	<p>B. HALLUCINATIONER: <input type="checkbox"/>Ja <input type="checkbox"/>Nej <input type="checkbox"/>Ikke relevant Hyppighed _____ Sværhedsgrad _____ Arbejdsomæssig forstyrrelse _____</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 1. Hører stemmer<input type="checkbox"/> 2. Taler til mennesker, der ikke er der<input type="checkbox"/> 3. Ser ting, der ikke er der<input type="checkbox"/> 4. Kan lugte ting, der ikke er der<input type="checkbox"/> 5. Kan mærke ting, der ikke er der<input type="checkbox"/> 6. Usædvanlige smagsindtryk<input type="checkbox"/> 7. Andet _____
<p>C. AGITATION/AGGRESSION: <input type="checkbox"/>Ja <input type="checkbox"/>Nej <input type="checkbox"/>Ikke relevant Hyppighed _____ Sværhedsgrad _____ Arbejdsomæssig forstyrrelse _____</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 1. Bliver ophidset på omsorgsgiver, modsætter sig hverdagens aktiviteter<input type="checkbox"/> 2. Stædighed<input type="checkbox"/> 3. Usamarbejdsvillig, modsætter sig hjælp<input type="checkbox"/> 4. Vanskelig at have med at gøre<input type="checkbox"/> 5. Bander eller råber vredt<input type="checkbox"/> 6. Smækker med døre, sparkes, kaster ting<input type="checkbox"/> 7. Slår, skader andre<input type="checkbox"/> 8. Andet _____	<p>D. DEPRESSION/DYSFORI: <input type="checkbox"/>Ja <input type="checkbox"/>Nej <input type="checkbox"/>Ikke relevant Hyppighed _____ Sværhedsgrad _____ Arbejdsomæssig forstyrrelse _____</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 1. Grådkvalt og hulkende<input type="checkbox"/> 2. Giver udtryk for/handler, som om han/hun er trist<input type="checkbox"/> 3. Taler dårligt om sig selv, føler sig som en fiasko<input type="checkbox"/> 4. "Dårlig person", fortjener straf<input type="checkbox"/> 5. Modløs, ingen fremtid<input type="checkbox"/> 6. Byrde for familien<input type="checkbox"/> 7. Taler om at dø, tage livet af sig<input type="checkbox"/> 8. Andet _____
<p>E. ANGST: <input type="checkbox"/>Ja <input type="checkbox"/>Nej <input type="checkbox"/>Ikke relevant Hyppighed _____ Sværhedsgrad _____ Arbejdsomæssig forstyrrelse _____</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 1. Bekymrer sig over planlagte aktiviteter<input type="checkbox"/> 2. Føler sig usikker, anspændt<input type="checkbox"/> 3. Hulker, sukker, gisper<input type="checkbox"/> 4. Bankende hjerte, sommerfugle<input type="checkbox"/> 5. Fobisk undvigelse<input type="checkbox"/> 6. Separationsangst	<p>F. OPSTEMTHED/EUFORI: <input type="checkbox"/>Ja <input type="checkbox"/>Nej <input type="checkbox"/>Ikke relevant Hyppighed _____ Sværhedsgrad _____ Arbejdsomæssig forstyrrelse _____</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 1. Er i for godt humør, er for glad<input type="checkbox"/> 2. Unormal humor<input type="checkbox"/> 3. Barnlig, griner upassende<input type="checkbox"/> 4. Vittigheder/bemærkninger ikke sjove for andre<input type="checkbox"/> 5. Drengestreger

<input type="checkbox"/> 7. Andet _____	<input type="checkbox"/> 6. Er stor i munden <input type="checkbox"/> 7. Andet _____
---	---

FORTSÆTTER PÅ NÆSTE SIDE

<h1>NPI-NH</h1>	<h2>Neuropsychiatric Inventory – (plejehjemsversion)</h2>
	<h3>Arbejdsark</h3>

<p>G. APATI/LIGEGYLDIGHED: <input type="checkbox"/>Ja <input type="checkbox"/>Nej <input type="checkbox"/>Ikke relevant Hyppighed _____ Sværhedsgrad _____ Arbejds­mæssig forstyrrelse _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Mindre spontan eller aktiv <input type="checkbox"/> 2. Mindre tilbøjelig til at starte en samtale <input type="checkbox"/> 3. Mindre kærlig, mangler følelser <input type="checkbox"/> 4. Bidrager mindre til husligt arbejde <input type="checkbox"/> 5. Mindre interesse for andre <input type="checkbox"/> 6. Har mistet interessen for venner eller familie <input type="checkbox"/> 7. Mindre engageret ift. interesser <input type="checkbox"/> 8. Andet _____ 	<p>H. MANGLENDE HÆMNINGER: <input type="checkbox"/>Ja <input type="checkbox"/>Nej <input type="checkbox"/>Ikke relevant Hyppighed _____ Sværhedsgrad _____ Arbejds­mæssig forstyrrelse _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Handler impulsivt <input type="checkbox"/> 2. Overdrevet familiær over for fremmede <input type="checkbox"/> 3. Ufølsomme eller sårende bemærkninger <input type="checkbox"/> 4. Grove eller seksuelle bemærkninger <input type="checkbox"/> 5. Taler åbent om private ting <input type="checkbox"/> 6. Upassende berøring af andre <input type="checkbox"/> 7. Andet _____
<p>I. IRRITABILITET/LABILITET: <input type="checkbox"/>Ja <input type="checkbox"/>Nej <input type="checkbox"/>Ikke relevant Hyppighed _____ Sværhedsgrad _____ Arbejds­mæssig forstyrrelse _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Iltet temperament, farer nemt op <input type="checkbox"/> 2. Hurtige humørskift <input type="checkbox"/> 3. Pludselige vredesudbrud <input type="checkbox"/> 4. Utålmodig, svært ved at klare forsinkelser <input type="checkbox"/> 5. Tvær, irriterabel <input type="checkbox"/> 6. Argumenterer, svært at komme overens med <input type="checkbox"/> 7. Andet _____ 	<p>J. AFVIGENDE MOTORISK ADFÆRD: <input type="checkbox"/>Ja <input type="checkbox"/>Nej <input type="checkbox"/>Ikke relevant Hyppighed _____ Sværhedsgrad _____ Arbejds­mæssig forstyrrelse _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Går formålsløst frem og tilbage <input type="checkbox"/> 2. Åbner eller tømmer skabe eller skuffer <input type="checkbox"/> 3. Tager tøj af og på igen og igen <input type="checkbox"/> 4. Gentagne aktiviteter eller "vaner" <input type="checkbox"/> 5. Berører, piller ved ting, ruller snor op <input type="checkbox"/> 6. Overdrevet rastløs <input type="checkbox"/> 7. Andet _____
<p>K. SØVN OG NATLIGE ADFÆRDSFORSTYRRELSER: <input type="checkbox"/>Ja <input type="checkbox"/>Nej <input type="checkbox"/>Ikke relevant Hyppighed _____ Sværhedsgrad _____ Arbejds­mæssig forstyrrelse _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Svært ved at falde i søvn <input type="checkbox"/> 2. Oppe i løbet af natten <input type="checkbox"/> 3. Strejfer, går frem og tilbage, upassende aktivitet <input type="checkbox"/> 4. Vækker andre om natten 	<p>L. APPETIT/ÆNDRINGER I SPISEVANER: <input type="checkbox"/>Ja <input type="checkbox"/>Nej <input type="checkbox"/>Ikke relevant Hyppighed _____ Sværhedsgrad _____ Arbejds­mæssig forstyrrelse _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Nedsat appetit <input type="checkbox"/> 2. Øget appetit <input type="checkbox"/> 3. Vægttab <input type="checkbox"/> 4. Vægtøgning

<input type="checkbox"/> 5. Vågner og tager tøj på for at gå ud om natten	<input type="checkbox"/> 5. Ændringer i spisevaner
<input type="checkbox"/> 6. Vågner tidligt om morgenen	<input type="checkbox"/> 6. Ændringer i foretrukne fødevarer
<input type="checkbox"/> 7. Sover alt for meget om dagen	<input type="checkbox"/> 7. Spiseritualer
<input type="checkbox"/> 8. Andet _____	<input type="checkbox"/> 8. Andet _____

Tabel til udregning af NPI score

Tabel til udregning af NPI score		Sværhedsgrad		
		1	2	3
Hyppighed	1	1	2	3
	2	2	4	6
	3	3	6	9
	4	4	8	12

Udregning af NPI score

For at udfylde tallet for hvert enkelt symptom i NPI-vurderingen, skal tallet for Hyppighed ganges med tallet for Sværhedsgrad.

Sværhedsgrad er mellem 1-3 (Øverste vandrette række)

Hyppighed er mellem 1-4 (Venstre lodrette kolonne)

For at finde resultatet skal du tage tallet fra vurderingen for Hyppighed og følge rækken hen til den kolonne, hvor tallet for Sværhedsgrad passer med screeningen.

Eksempler

Hyppighed er 2, Sværhedsgrad er 2, resultat = 4

Hyppighed er 4, Sværhedsgrad er 3, resultat = 12

Hyppighed er 1, Sværhedsgrad er 3, resultat = 3

Bilag 2: Tjekliste for forberedelse af BPSD-konference

Denne tjekliste støtter planlægningen og afviklingen af en BPSD-konference og giver et overblik over de handlinger og opgaver, der er centrale at huske ifm. BPSD-konferencen.



VARIGHED

Op til 45 minutter pr. beboer.



INDHOLD

Dagsorden følges.



INKLUSIONSKRITERIUM

Beboeren er vurderet ved brug af NPI-skalaen senest tre dage forinden.



VÆRKTØJER / OPLYSNINGER, DER MEDBRINGES TIL BPSD-KONFERENCEN:

Inden BPSD-konferencen indsamles følgende oplysninger om beboeren:

- Temperatur
- Puls
- Blodtryk
- Evt. blodsukker, hvis det vurderes relevant

Derudover observeres følgende hos beboeren:

- Vejrtrækning (er vejrtrækningen normal?)
- Smerter (virker personen smertefri?)

Endelig medbringes følgende til BPSD-konferencen:

- Liste over beboerens medicin
- Beboerens socialpædagogiske handleplan
- NPI-vurderingen



DELTAGERE

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



ROLLER

Lederen er ansvarlig for:

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

Lederen er ansvarlig for, men kan uddelegere følgende opgaver:

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

BPSD-nøglepersonen (typisk en demensvejleder eller en demensvidensperson) er ansvarlig for:

- At gennemføre NPI-vurdering
- At dokumentere observationer og beslutninger.
- At være med til at sikre, at de aftalte indsatser implementeres.

Sygeplejersken/medarbejderen med sygeplejefaglige kompetence er ansvarlig for:

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

Alle medarbejdere er ansvarlige for:

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

Bilag 1: Dagsorden for BPSD-konference

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

Varighed: Op til 45 minutter



ÅBNING

1. Hvad viser NPI-vurderingen af beboeren? (evt. suppleret af konkrete eksempler fra hverdagen)⁶



PERSONCENTRERET ANALYSE AF MULIGE ÅRSAGER

På baggrund af det vi har set i NPI-vurderingen:

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



MÅL

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



AFTALE INDSATSER

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

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

6 Hvis der er afholdt tidligere BPSD-konferencer, drøftes observerede virkninger og effekter af tidligere målrettede indsatser.

Instruks for NPI-screening og BPSD-konference

Hvem skal kende instruksen?

Instruksen henvender sig til sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og terapeuter på plejehjem, der varetager NPI screeninger og leder BPSD konferencer samt deres ledere.

Hvorfor skal du kende denne instruks?

Ved at følge denne instruks understøttes du i, hvordan du udfører og dokumenteres NPI screeninger og BPSD-konferencer.

Definition:

NPI – Neuropsychiatric Inventory = en skala til at vurdere symptomer ved demens.

BPSD – Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia = Adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens.

Hvad skal du gøre?

Hvornår laves NPI-screening?

Hvis borgeren opfylder ét af nedenstående kriterier:

- Har demens eller demenslignende symptomer
- Har udviklet adfærdssymptomer, fx angst, uro, apati
- Har søvnforstyrrelser
- Har fået foretaget NPI screening indenfor de sidste 4 mdr.

Der skal som udgangspunkt udføres en NPI-screening hos alle borgere med ovenstående symptomer og indenfor 3 mdr. efter tidligere screening.

Forberedelse forud for screeningen

- Aftal tidspunkt med beboerens kontaktperson, da screeningen udføres som et interview med vedkommende. Det skal helst være den samme kontaktperson, der indgår i de løbende vurderinger hos borgeren
- Orientér dig i funktionsevnetilstande, helbredstilstande, generelle oplysninger, indsatser og LMK/FMK, med fokus på oplysninger af betydning for symptomerne
- Udsøg sidste NPI - screening
- Udsøg observationer den sidste uge af betydning for NPI – screeningen.

NPI-screening

- Opret observationen NPI-screening
- Se hjælpe spørgsmål til NPI i "Vejledning til NPI-screening"
- Registrér svarene på, om borgeren har de enkelte adfærdændringer eller ej.

Fagligt ansvarlig: Katrine Due Jespersen
E-mail: JY2S@kk.dk
Telefon: 2135 8084

Afdeling: Afdeling for Velfærdsinnovation, Center for innovation og Evaluering

Forvaltning: Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

Oprettet: 09.11.2020
Opdateret: 09.11.2020
Gældende til:
Version:

E-doc:



- Hvis svaret er 'Nej', registreres dette, og du går videre til det næste spørgsmål uden at stille underspørgsmålene
- Hvis svaret er 'Ja', stilles underspørgsmålene og svarene registreres
 - Hvor hyppigt symptomet/adfærden fremtræder
 - Sværhedsgrad. For at få svar på dette spørger du, hvor alvorlig adfærden er – dvs., hvor forstyrrende eller invaliderende eller intense, de er for beboeren.
 - Samlet score for området = hyppighed x sværhedsgrad
 - Arbejdsmæssige forstyrrelse. For at få svar på dette skal du spørge ind til, hvor meget ekstra arbejde, indsats, tid eller bekymring, adfærden medfører (disse udgør et særskilt resultat)
- Scorer borgeren over 0 i total antal NPI-point, afholder medarbejdere og leder en tværfaglig BPSD-konference umiddelbart efter NPI-vurderingen.
- Hvis der ikke identificeres BPSD-symptomer, dvs. beboeren scorer 0, afholdes ikke en BPSD-konference. Beboeren vurderes igen efter tre måneder eller ved behov.

Efter NPI-screeningen

- Sikre at funktionsevnetilstande, helbredstilstande og generelle oplysninger er opdateret
- Planlæg en BPSD- konference, hvor resultatet af NPI-screeningen skal drøftes.

Forberedelse forud for BPSD- konferencen

Formålet er at forbedre trivsel og livskvalitet beboeren med demens og adfærdsmæssige og psykiske symptomer

Før konferencen indsamles oplysninger om:

- Målinger af værdier, såsom TP, BT, puls og evt. BS
- Vejtrækning, evt. smerter

Under konferencen skal du have adgang til medicinlisten, NPI-vurderingen samt evt. en social-pædagogisk handleplan

BPSD- konferencen

Under konferencen følges en fast skabelon til at analysere resultatet af beboerens NPI-vurdering og sørge for, at man overvejer årsager til beboerens symptomer.

Registrér svarene på spørgsmålene.

Dagsorden og hjælpespørgsmål (varighed 45 min)

Åbning

- Hvad viser NPI-vurderingen af beboeren? (evt. suppleret af konkrete eksempler fra hverdagen)

Personcentreret analyse af mulige årsager (på baggrund af det vi har set i NPI-vurderingen):

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

Fagligt ansvarlig: Katrine Due Jespersen

E-mail: JY2S@kk.dk

Telefon: 2135 8084

Afdeling: Afdeling for Velfærdsinnovation, Center for innovation og Evaluering

Forvaltning: Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

Oprettet: 09.11.2020

Opdateret: 09.11.2020

Gældende til:

Version:

E-doc:



6. Kan forhold omkring medarbejdernes tilgang, møde og kommunikation med beboeren være årsag til beboerens BPSD-adfærd?

Mål:

- Hvordan vil vi gerne have borgeren til at reagere?
- Hvilke symptomer på NPI-skalaen ønsker vi at nedbringe?

Aftalte indsatser:

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

- Er der særlige opmærksomhedspunkter ift. den grundlæggende relation/kommunikation med beboeren? 2. Hvilke indsatser skal vi udføre? (herunder prioritering af de vigtigste indsatser)
- Hvem og, hvor ofte skal indsatserne udføres?
- Hvornår går vi i gang med indsatserne?
- Hvor lang tid skal vi afprøve indsatserne (hvornår skal beboeren NPI-vurderes igen)?
- Hvem dokumenterer indsatserne i omsorgssystemet og hvor ofte?

Efterfølgende konferencer:

- Hvad virkede?

Efter BPSD-konference

- Beboeren tilbydes de målrettede indsatser i en afgrænset periode
- Dokumentere dato for næste NPI-screening og konference
- Afhængig af hvilken indsats der aftales, foregår evalueringen fx i socialpædagogisk handleplan, eller den handlingsanvisning og observation, der knytter sig til indsatsen.

Referencer

[Nationalt Videnscenter for Demens](#)

1. [Vurderingsredskab til mennesker med demens fås nu på dansk - Nationalt Videnscenter for Demens](#)
2. [BPSD-Modellen](#). Sundhedsstyrelsen

Fagligt ansvarlig: Katrine Due Jespersen
E-mail: JY2S@kk.dk
Telefon: 2135 8084

Afdeling: Afdeling for Velfærdsinnovation, Center for innovation og Evaluering

Forvaltning: Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

Oprettet: 09.11.2020
Opdateret: 09.11.2020
Gældende til:
Version:

E-doc:



I dékatalog til personcentrerede og målrettede
indsatser ved BPSD - adfærdsmæssige og
psykiske symptomer ved demens



SUNDHEDSSTYRELSEN

Gør tanke til handling
VIA University College



Social- og Sundhedsskolen FYN



INDHOLDSFORTEGNELSE

Neuropædagogik

Kommunikation

Marte Meo

Fysisk aktivitet

Reminiscens

Sansestimulation

Teknologiske
hjælpemidler

Low Arousal
pædagogik

Nænsom
nødværge

Noter og idéer

I dékatalog til personcentrerede og målrettede indsatser ved BPSD

Indsatsen tilrettelægges med forståelse for beboerens identitet, ressourcer, vanskeligheder, behov og mål, som er afdækket på BPSD konferencen.

Sigtet er at støtte beboeren gennem en ressourcefokuseret og anerkendende tilgang. Dette gøres gennem succesoplevelser, der kan fremme motivation og livskvalitet.

For at opnå succesoplevelser bruger man de egenskaber, som stadig fungerer og støtter personen, der hvor personen har udfordringer. Det kan man gøre ved f.eks. at skabe struktur i opgaverne for beboeren.

Fx ved borddækning: Først tager I alle tallerkner, så alle glas, så bestik osv.

Ret opmærksomhed på det særlige ved netop denne beboer og tal fx med pårørende om, hvilke vaner, fremgangsmåder og prioriteringer beboeren tidligere har været styret af.

Har beboeren været perfektionistisk, kontrolleret eller måske en mere løssluppen personlighed med en afslappet holdning til hverdagens gøremål? Målrettede indsatser og samarbejdet efter beboerens personlighed.

Læs mere på:

www.neuropaedagog.dk

Neuropædagogik

Neuropædagogik handler overordnet om at skabe de bedste forudsætninger for læring, udvikling, trivsel, mestring og selvhjulpethed.

Neuropædagogik er en pædagogisk praksis **på "hjernens præmisser"** – det er systematiske observationer, pædagogiske overvejelser og tiltag på baggrund af en viden om hjernens funktion og funktionsforstyrrelser.

Giv beboeren god tid til nye opgaver.



I dékatalog til personcentrerede og målrettede indsatser ved BPSD

En individuel indsats for personcentreret kommunikation bør udarbejdes på baggrund af fx disse spørgsmål:

- Hvilke kommunikative færdigheder og ressourcer har beboeren?
- Hvilke begrænsninger har beboeren med hensyn til kommunikation?
- Hvilke sanser er intakte?
- Har pårørende og medarbejdere behov for vejledning eller undervisning i forhold til kommunikation?
- Hvad vil medarbejderen lægge vægt på i sin kommunikation?

Medarbejdernes kommunikation:

- Vis interesse
- Samarbejde med kollegaer om at skabe et godt miljø omkring beboerne
- Udvis omsorg, ro og varme
- Undlad at kritisere
- Undlad at argumentere
- Inviter til nonverbal kommunikation - smil og anerkend
- Overvej toneleje, tempo og styrke

Forslag til metoder der kan tages i anvendelse findes i bilag 1.

Kommunikation

På grund af svigtende kognitive evner, kan beboere med demens have svært ved at forstå andre, eller selv at udtrykke sig med de rigtige ord og sætninger.

Behovet for at finde mening og få bekræftet sin identitet, er i risiko for ikke at blive opfyldt. Derfor kan følelsen af afmagt, vrede og frustration, kan fylde hele beboerens hverdag.

Det er hensigtsmæssigt at beboerens kommunikationsevne løbende bliver vurderet, så medarbejdere bliver bevidste om at anvende forskellige kommunikative fremgangsmåder.

Dette drøftes på BPSD konference.



Idékatalog til personcentrerede og målrettede indsatser ved BPSD

De fem principper i Marte Meo:

1. At følge initiativ
2. Positiv bekræftelse af initiativ
3. At sætte ord på egne og den andens initiativer
4. Turtagning
5. Positiv ledelse

Fx når beboeren med demens tager initiativ til at klæde sig på, opmuntrer og bekræfter medarbejderen vedkommende.

Det er vigtigt i samspelet, at medarbejderen er afventende, både i forhold til svar og initiativ.

Medarbejderen giver beboeren god tid og deler fx opgaven ved at **sigte: "Nu giver jeg dig strømmen, så du kan tage strømmen på"**

Medarbejderen anviser og leder processen roligt fx i forhold til hvordan bukserne skal vende og hvilken rækkefølge tøjet skal tages på.

"I Marte Meo tager man udgangspunkt i, hvad man gør godt, og fokus er på muligheder frem for begrænsninger"

Læs mere på:

<http://www.videnscenterfordemens.dk/pleje-og-behandling/pleje-og-omsorg/metoder-til-pleje-og-omsorg/marte-meo/>

Marte Meo

Marte Meo er en socialfaglig metode, der har relationen mellem medarbejder og beboer som omdrejningspunkt. Fokus flyttes fra det enkelte menneske til de sociale processer, beboeren er involveret i.

Der anvendes filmoptagelser af samspelet mellem medarbejder og beboeren.

Efterfølgende kan optagelserne anvendes til læring.

En certificeret Marte Meo terapeut laver optagelserne og sørger for samtykke.

Hvorfor:

Flere studier viser, at brug af metoden kan resultere i øget positiv samspil mellem medarbejder og beboer.



I dékatalog til personcentrerede og målrettede indsatser ved BPSD

At kunne planlægge, strukturere, og gennemføre en fysisk aktivitet er en evne der nedsættes ved udvikling af demens. Det er vigtigt at kunne huske, hvad man er i gang med, hvor langt man er kommet eller, hvornår man er færdig. Derfor har beboere med demens brug for støtte til fysisk aktivitet.

Opbyg en forståelse af, hvad beboeren kan lide og interesserer sig for og brug det til at motivere til fysisk aktivitet, fx

- Gymnastik i grupper
- Sanglege
- Balanceøvelser
- Cykelture
- Gåture
- Boldspil
- Wii

Det er også vigtigt at fastholde hverdagsaktiviteter, som er med til at give identitet og opretholde et aktivt liv, fx

- Lave mad, bage
- Dække bord
- Hænge tøj til tørre
- Gøre rent
- Havearbejde
- Rydde op
- Dække bord

Fysisk aktivitet

Formålet med fysisk aktivitet er dels at opretholde beboerens muskelstyrke, kondition og den fysiske funktionsevne, dels den mentale velvære, der kommer af naturlig træthed.



I dékatalog til personcentrerede og målrettede indsatser ved BPSD

Reminiscens kan anvendes i planlagte aktiviteter eller spontant, fx

- Før man kan arbejde med reminiscens skal livshistorien afdækkes. Lav fx en livsplakat eller en livshistoriebog, hvor væsentlige fortællinger fra beboerens liv beskrives og inddrages i samværet med beboeren (på tryk eller digitalt, fx på en DVD).
- Indretning af et reminiscensmiljø fx indretning af en stue, et værksted, køkken m.m.
- Erindringskasser med genstande, som beboeren muligvis kan kende fra sine unge dage, fx skolebog, hammer, oplukker, frimærker, salmebog mv (fysiske eller digitale).
- Erindringsdans
- Gamle film eller specielle demensfilm som fx **"Liv i minderne"**.
- Anvendelse af triggere. (genstande, der stimulerer sanserne med henblik på at fremkalde minder og erindringer).

Reminiscens

Reminiscens er en metode, hvor man forsøger at vække minder og styrke identitet ved beboeren via genkendelse – fx ved hjælp af billeder, bøger, genstande, redskaber, musik eller stimulering af sanserne (fx lugte-, høre- eller smagssansen).

Reminiscens kan anvendes som personcentreret indsats i alle faser af demensforløbet.

Livshistoriearbejde er et værdifuldt værktøj til at tilrettelægge en meningsfuld hverdag for beboeren.



I dékatalog til personcentrerede og målrettede indsatser ved BPSD

Sansestimulerende aktiviteter er med til at skabe glæde og/eller velvære hos beboere med demens.

Formålet er at:

- At fastholde social kontakt.
- At reducere agitation og uro.
- At nedbringe angst og depression.

Eksempler på sansestimulerende aktiviteter:

- Aktiv deltagelse i hverdagslivet.
- Fysiske aktiviteter.
- Sang, dans og musik.
- Ture i naturen.
- Berøring/massage/wellness.
- Smags- og lugteoplevelser.
- Kontakt med dyr og børn.
- Socialt samvær.
- Kugledyne/kuglevest.
- Snoezelrum
- Bage

Sanse- stimulation

Beboere med demens bliver ofte dårligere til at opsøge den stimulation, de har brug for.

Det kan skyldes, at beboeren er fysisk begrænset eller apatisk, og har en nedsat evne til at reagere på kroppens signaler, der fortæller om uopfyldte behov.

Beboeren kan også opleve, at omgivelserne bliver mere tilbageholdende i samspillet, så beboeren bliver mødt af mindre berøring, færre fysiske udfordringer og misforståede hensyn.



I dékatalog til personcentrerede og målrettede indsatser ved BPSD

På grund af den kognitive svækkelse kan det være svært at introducere nye hjælpemidler for beboere med demens.

Det er ofte en fordel, at hjælpemidler anskaffes og introduceres i de tidlige faser af sygdommen, hvor beboeren har mulighed for at forstå og vænne sig til dem.

Hjælpemidler til beboere med demens kan fx være:

- Elektroniske kalendere.
- Hjælpemidler til registrering af faresituationer.
- Mobile tryghedsalarmer med positionsbestemmelse (GPS).
- Tryghedsalarmer med tovejs tale.
- Tryghedsalarmer med envejs kommunikation.
- Tryghedsalarmer med automatisk aktivering ved udgang fra afgrænset område.
- Kognitive hjælpemidler som f.eks. en robotsæl eller -kat og digitale erindringskasser.

Læs mere på:

kortlink.dk/hmi-basen/mgy6

Teknologiske hjælpemidler

Formålet med teknologiske hjælpemidler er at støtte og fremme beboerens aktiviteter i hverdagen, samt fastholde det bedst mulige funktionsniveau.

Hjælpemidler anvendes til at kompensere for forskellige former for funktionsnedsættelser.

I forbindelse med demens drejer det sig især om hjælpemidler, der kan afhjælpe eller kompensere for svækkelse af kognitive funktioner, som f.eks. hukommelse, stedsans eller orientering.



I dékatalog til personcentrerede og målrettede indsatser ved BPSD

I low arousal pædagogik, er der fokus på at begrænse stimuli for beboere med demens der har forhøjet arousal.

Ro, afskærmning og én til én kommunikation, kan virke dæmpende på beboerens arousal niveau.

Vær derfor opmærksom på:

- At dørene ikke smækker
- Blødt lys
- God plads sænker støj og konfliktniveau
- Bløde farver kan sænke stressniveauet
- Mød beboeren med venlighed
- Akustikken
- Glaspartier kan forvirre
- At kende beboeren så godt, at det er muligt at arbejde personcentreret
- Aldrig kræve øjenkontakt ved konflikt
- Gå et skridt baglæns ved potentielle konfliktsituationer
- Sæt dig ned, hvis beboeren er urolig
- Aflede, så beboerens fokus flyttes
- Roligt og imødekommende kropssprog

Low arousal pædagogik

Arousal kan defineres som hjernens modtagelighed for sanserindtryk.

Formålet med at arbejde med low arousal pædagogik er, at hjælpe en rastløs beboer med demens til at finde ro.

I low arousal pædagogikken tænkes omgivelsernes betydning ind, f.eks. belysning, pladsforhold, farver og lyde.

Low arousal pædagogikken søger at nedbringe problem-skabende adfærd, ved hjælp af omsorg og respekt og personcentreret indsats

Det kræver bl.a. at medarbejden:

- Kan nedbringe krav
- Kan gå ud af konflikten
- Får støtte til refleksion

I særlige tilfælde - ved BPSD symptomer

Principper for nænsom nødværge

Når du nærmer dig en beboer med potentielt udadreagerende adfærd, er det vigtigt, at du viser, at du ikke er en fjende og, at du ikke blokerer beboerens "flugtvej".

Plej fra siden eller bagfra

Mennesker har et dybtliggende behov for kontrol over situationen, og her er frie zoner og en fri flugtvej centrale. Derfor er det vigtigt, at du ikke stiller dig foran beboeren, men hjælper fra siden eller bagfra.

Brug få kræfter

Nænsomheden fremkommer ved den afslappede muskulatur. Når du bruger færre kræfter, bliver du opfattet som mindre farlig.

Vis, at du er svagere

Nærm dig fra siden. Hav hænderne fremme med håndfladerne opad og undgå øjenkontakt.

Brug "skålen" og "drejet"

"Skålen" er en teknik, hvor man favner en person og samtidig bringer sig selv ud af farezonen.

"Drejet" er en teknik, hvor du kan bringe dine sårbare områder, ansigt og mellemgulv ud af slagzonen og samtidig komme til at fremstå mindre farlig.

Instruktion i "Skålen" og "Drejet"

gennemgås på de næste 2 sider.

Nænsom nødværge

I samarbejdet med beboere med BPSD symptomer og som har brug for hjælp til fx personlig pleje, kan man anvende nænsomme nødværgeteknikker for at forebygge vold og trusler og undgå magtanvendelse.

Medarbejderen tilstræber at forebygge konflikter og nedtrappe dem.

Magtanvendelse:

Magtanvendelse bruges kun i helt særlige tilfælde.

Magtanvendelse må aldrig erstatte omsorg, pleje og personcentrerede og målrettede indsatser.

Magtanvendelse drøftes på BPSD konferencer og dokumenteres efter reglerne. Dette gøres i samarbejde med leder og sygeplejerske.

Nænsom nødværge – "Skålen"

"Skålen" bruges til at afværge eller dæmpe et slag.

Sådan gør du:

- Form din hånd som en skål med håndfladen opad
- Tommelfingeren skal ligge 'limet' til håndfladen
- Du danner en fordybning i håndfladen, deraf navnet "skålen"
- Du kan favne beboeren med dig selv ved at lægge "skålen" på beboerens albue og dermed hjælpe den forvirrede eller vrede beboer til at kunne mærke sig selv.

I praksis har "skålen" disse effekter:

Den giver beboeren en oplevelse af at være favnet, og samtidig er du i sikkerheds-zonen.

"Skålen" beskytter din tommelfinger fra at blive vredet af led.

Du bruger færre kræfter på at støtte, end hvis du tager fat almindeligt.

Du kan glide af på beboerens krop og dreje dig fri.



Nænsom nødværge – "Drejet"

"Drejet" kombineret med "skålen"

giver dig mulighed for at beskytte dig i mødet med en ophidset beboer, som vil slå, sparke eller nikke skaller.

Sådan gør du:

- Stå oprejst med en hoftebreddes afstand mellem benene.
- Drej din krop halvvejs rundt ved at flytte det ene ben et lille skridt baglæns.
- Hold synet skråt fremad, så du kan se, hvad der foregår.
- Gå ned i knæ og pust ud.

I praksis har 'drejet' disse effekter:

Det lille drej til siden betyder, at du bevarer balancen og dermed kontrollen over din krop. Det fjerner dine sårbare zoner, ansigt og mellemgulv, fra slagzonen. Samtidig reducerer drejet din størrelse, så du fremstår halvt så bred. Den mindre størrelse fortæller beboeren, at du nu er halvt så farlig.

Når du går ned i knæ, reducerer du igen din størrelse og dermed din farlighed.

Når du puster ud, viser du, at du ikke angriber; man kan ikke angribe uden luft.



Forslag og idéer til personcentrerede og målrettede indsatser:

- Livshistorie
- Medicingennemgang
- Beboerkonference

...Fortsættes...



Forslag og idéer til
personcentrerede og
målrettede indsatser:

Fortsættes ...

Husk at dokumentere
indsatserne i BPSD
systemet

BPSD

KOMMUNIKATIONS- VÆRKTØJSKASSE Bilag 1



ANERKENDELSE

Anerkendelse består i at udvise ligeværd, forståelse og respekt, fx gennem mild stemmeføring, berøring og kropssprog.



SPEJLING

Når du spejler, guider du med handlinger. Du viser hvordan en handling kan udføres, Fx ved at føre tandbørsten op mod munden.



AFLEDNING

Hvis der opstår konflikter eller farlige situationer kan det være nødvendigt at aflede – altså at gøre noget andet end det der sker lige nu. Afledning er en konfliktnedtrappende metode, som kan erstatte korrigering.



MATCH - MISMATCH

Match betyder at passe sammen. Du matcher ved at tilpasse dig beboerens talemåder, mimik, stemningsleje og kropsholdning.



Mismatch (det modsatte af at matche) fører oftest til nedsat kontakt og kan udløse aggressiv adfærd og konflikter.

KALIBRERING

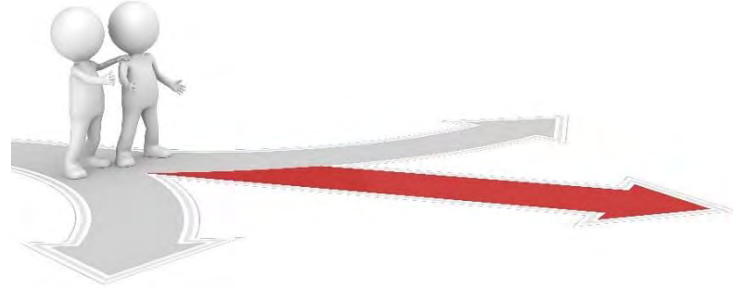
Betyder at aflæse beboerens stemmeføring, kropssprog, mimik og øjenbevægelser og sammenkæde denne aflæsning med beboerens følelsesmæssige tilstand og se efter mønstre i adfærd.

Du "skyder dig ind" på borgerens tilstand.



GUIDNING

Guidning betyder at føre beboeren i alle aktiviteter.
Man kan guide med kroppen, stemmen og/eller sproget.



REMINISCENS

Reminiscens betyder at huske og mindes, eller at vække genklang. Du kan fremkalde minder ud fra sanserne, en lugt, en smag eller noget, beboeren hører, ser eller føler.



VALIDERING

Validering betyder "at gøre gyldig". Man forsøger at se bag om adfærd og sætte ord på det beboeren ikke kan udtrykke. Hvis en beboeren leder efter sin mor, kan man validere følelsen (af savn/behov for trøst), ved at tage om og spørge til mor.



MUSIK

Musik giver mulighed for at arbejde med, reminiscens, validering, spejling, matching og kalibrering.



AT INVITERE

At blive inviteret forbindes med noget positivt. Derfor kan det med fordel bruges i stedet for at spørge "vil du". Invitere vha. handling i stedet for spørgsmål, så du fx viser med hånden på sofaen, hvor beboeren skal sidde



GENNEMSIGTIGHED - FORUDSIGELIGHED

Når verden er uoverskuelig for beboeren kan du skabe gennemsigtighed/forudsigelighed, ved at "være et skridt foran" og udvise overblik.



IKKE AT KORRIGERE

Hvis man bliver korrigeret eller rettet på, vil man ofte blive vred eller ked af det. Beboeren vil ikke opleve sig anerkendt og forstået.



(DEMENS kommunikation og samarbejde, Kirsten Sejerøe-Szatkowski, Klim 2002
Skab den gode relation, Rikke Jensen, Munksgaard 2015)



BPSD-modellen



Metode til målrettet pleje af beboere med demens og adfærdsmæssige og psykiske symptomer

BPSD-modellen

Metode til målrettet pleje af beboere med demens og adfærdsmæssige og psykiske symptomer

© Sundhedsstyrelsen, 2019.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sprog: Dansk

Version: 1

Versionsdato: 14. januar 2019

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Indholdsfortegnelse

Introduktion	4
1. Baggrund	5
2. BPSD-modellen - metode.....	6
2.1. NPI-vurdering	7
2.2. BPSD-konference	8
2.3. Målrettet indsats og evaluering	9
2.4. Digital understøttelse	10
3. Organisering og ledelse.....	11
3.1. Alle medarbejdere.....	11
3.2. BPSD-nøglepersoner.....	11
3.3. Ledelse.....	12
3.4. Kompetenceudvikling.....	12
Referenceliste.....	13
Bilag	14
Bilag 1: Dagsorden for BPSD-konference.....	15
Bilag 2: Tjekliste for forberedelse af BPSD-konference.....	16

Introduktion

Dette notat har til formål at beskrive metoden for BPSD-modellen til inspiration for kommuner og andre, der ønsker at arbejde systematisk med borgere med adfærdsmæssige og psykiske symptomer.

Formålet med BPSD-modellen er at forbedre trivsel og livskvalitet blandt beboere på plejecentre med demens og BPSD-symptomer ved at yde en målrettet plejeindsats og derved reducere den enkeltes symptomer. Metoden er afprøvet i samarbejde med 24 plejecentre i Faxe, Greve, København, Næstved og Hedensted kommune i perioden 1. januar 2017 til 31. maj 2018.

Evalueringen af metoden, der er gennemført af COWI, viser, at de adfærdsmæssige og psykiske symptomer blev reduceret markant hos de deltagende beboere. Der viste sig et fald i BPSD-symptomer på knap 40 procent målt på NPI-skalaen i projektperioden. Medarbejderne oplevede at deres faglige kvalifikationer blev styrket, ligesom den interne videndeling blev øget og medarbejderne fik et fælles sprog og blev bedre til at samarbejde tværfagligt. Samtidig har modellen været med til at styrke sammenhængen og kontinuiteten i plejen af beboerne (1). Læs mere i evalueringen, der findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Metoden, der er inspireret af det svenske BPSD-register, blev udviklet og afprøvet som en del af satspuljeaftalen 2015-2018.

1. Baggrund

Når en borger rammes af demens, har det vidtrækkende konsekvenser for den enkelte og for vedkommendes pårørende, og samtidig stiller sygdommen store krav til de medarbejdere, som plejer borgeren med demens. Demens udgør derfor en af de helt centrale faglige udfordringer på ældreområdet. Ikke mindst på plejecentre, hvor ca. 40 procent er diagnosticeret med demens, og hvor der samtidig skønnes at være endnu flere pga. et ukendt mørketal (2).

Mennesker med demens vil, som sygdommen skrider frem, i stigende grad udvise adfærdsmæssige og psykiske symptomer. Det anslås, at 80-90% af beboere med en demenssygdom på plejecentre har BPSD (3, 4). BPSD står for "Behavioral 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 være udadreagerende men kan også vendes indad, og BPSD er dermed en samlebetegnelse for de adfærdsmæssige og psykiske symptomer, der kan opstå i forbindelse med en demenssygdom. 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.

Adfærdsmæssige og psykiske symptomer kan skyldes uopfyldte basale behov, fysisk eller psykisk mistrivsel, reaktioner på u hensigtsmæssige forhold i omgivelserne eller ift. tilrettelæggelsen af de plejefaglige indsatser. Det er derfor ofte muligt at finde frem til de bagvedliggende årsager til symptomerne eller adfærden, og på den baggrund finde løsninger, som kan minimere mistrivslen.

Formålet med BPSD-modellen er at forbedre trivsel og livskvalitet blandt beboere på plejecentre med demens og adfærdsmæssige og psykiske symptomer. Metoden understøtter en systematisk og individuelt målrettet indsats for beboere med BPSD-symptomer gennem en styrket faglig tilgang.

BSPD-modellen er blevet afprøvet på 24 plejecentre i fem kommuner i perioden 2017-2018. 736 beboere, der enten havde en demensdiagnose eller en kognitiv funktionsnedsættelse, hvor der var mistanke om demens, deltog i afprøvningen.

2. BPSD-modellen - metode

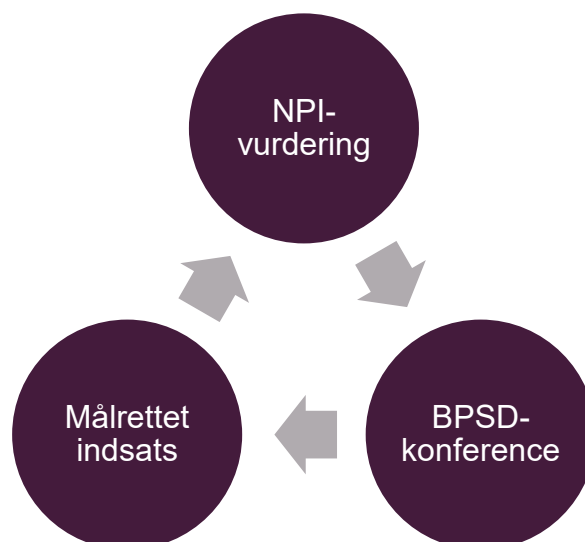
Formålet med BPSD-modellen er at forbedre trivsel og livskvalitet blandt beboere på plejecentre med demens og adfærdsmæssige og psykiske symptomer. Metoden understøtter en systematisk og individuelt målrettet indsats for beboere gennem en styrket faglig tilgang.

I det følgende er metoden beskrevet, som den blev afprøvet i samarbejde med de fem kommuner. Metodens styrke er den systematiske tilgang. Selvom metoden i udgangspunktet virker fast, har afprøvningen vist, at der er mulighed for at arbejde med modellens elementer og integrere denne på tværs af plejecentre med forskellig størrelse, organisering, beboersammensætning mv. Metoden er ligeledes fleksibel, idet den kan rumme og samtænkes med andre faglige indsatsområder.

Metoden består af en kontinuerlig proces med tre trin:

1. NPI-vurdering
2. BPSD-konference
3. Målrettet indsats

Figur 1: Overordnet illustration af BPSD-modellen



2.1. NPI-vurdering

NPI-NH-skalaen¹ anvendes til at gennemføre systematisk observation af BPSD-symptomer hos beboerne.

NPI står for Neuropsychiatric Inventory og er en skala udviklet til at vurdere et bredt spektrum af psykopatologi, der ses ved demens. Der anvendes en version, der er specielt udviklet til vurdering af personer, der bor på plejehjem eller andre plejehjemsinstitutioner, hvor der indsamles information af professionelle omsorgsgivere. Skalaen er udviklet af Dr. Jeffrey L. Cummings i 1994.²

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

Symptomområder i NPI

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

NPI-vurderingen gennemføres som et interview med beboerens primære kontaktperson. Det kan være hensigtsmæssigt, at det er den samme kontaktperson, der indgår i de løbende NPI-vurderinger af den pågældende beboer. Interviewet gennemføres af en BPSD-nøgleperson, som har kompetencer i at anvende NPI-skemaet.

Hvis der identificeres BPSD-symptomer hos beboeren, dvs. beboeren scorer over 0 i total antal NPI-point, afholder medarbejdere og leder en tværfaglig BPSD-konference umiddelbart efter NPI-vurderingen.^{3 4} Hvis der ikke identificeres BPSD-symptomer, dvs. beboeren scorer 0, afholdes ikke en BPSD-konference. Beboeren vurderes igen efter tre måneder eller ved behov.

¹ NPI-NH ©JL Cummings, 1994. Der skal søges om tilladelse til at anvende NPI-skalaen via MAPI Research Trust.

² Læs mere om NPI-skalaen: <http://www.videnscenterfordemens.dk/media/1220523/npi%20beskrivelse.pdf>

³ I projektperioden måtte der højst gå tre dage mellem NPI-vurdering og afholdelse af BPSD-konference af hensyn til at de indsamlede oplysninger ikke blev forældede.

⁴ Hvis der allerede ifm. NPI-vurderingen er en tydelig indikator for, at der er en sundhedsfaglig problemstilling, skal en løsning på denne iværksættes med det samme. Der samles efterfølgende op på iværksat indsats på en BPSD-konference.

2.2. BPSD-konference

BPSD-konferencen anvendes som metode til at analysere resultatet af beboerens NPI-vurdering. Formålet med BPSD-konferencen er i fællesskab at drøfte symptomer og mulige årsager til BPSD-symptomerne med udgangspunkt i NPI-vurderingen og herefter træffe fælles beslutning om målrettede indsatser, der skal reducere symptomerne.

Analysen følger en fast skabelon, der sikrer, at man kommer omkring relevante overvejelser i analysen af årsager til symptomer:

- Er beboerens grundlæggende behov dækket?
- Kan beboeren have smerter eller have infektioner?
- Kan der være bivirkninger ved beboerens medicin eller skal dosis ændres?
- Er forhold i plejemiljøet tilpasset beboeren fx lyd-, lys- og rumforhold?
- Er forhold i medarbejderens tilgang, møde og kommunikation tilpasset beboeren?
- Oplever beboeren tilknytning, trøst, inklusion, identitet og meningsfuld beskæftigelse?

På BPSD-konferencen kan man med fordel reflektere over beboerens ressourcer og vanskeligheder og hvilke kognitive funktioner, der er påvirket, samt beboerens psykologiske behov fx ved hjælp af Tom Kitwoods demensligning og blomst. En måde at gøre dette på er fx ved at skifte perspektiv og sætte sig i beboerens sted.⁵

På baggrund af analysen træffes der en fælles beslutning om hvilke målrettede indsatser, der skal igangsættes, og hvornår der skal følges op på de igangsatte indsatser. Det kan både være sundhedsindsatser- og/eller socialpædagogiske indsatser. Indsatsers omfang kan variere. I projektet gjorde kommunerne sig erfaringer med at små ændringer ofte kan gøre en stor forskel.

Den fælles beslutning er med til at understøtte, at beboeren kan blive mødt af en ens tilgang, kommunikation og pleje, og at man derved kan forebygge reaktioner på fx for høje krav eller varierende plejefaglige tilgange på tværs af medarbejdere.

På konferencen besluttet det samtidig, hvor længe indsatsen skal afprøves, dvs. hvornår der skal foretages en ny NPI-vurdering, der samtidig danner udgangspunkt for en ny evaluende drøftelse af beboeren. Indsatsperioden varer maksimalt tre måneder.

BPSD-konferencen varer ca. 45 minutter pr. beboer. BPSD-konferencen følger en fast dagsordenskabelon (se bilag 1).

⁵ Andre faglige indsatsområder kan ligeledes indgå i BPSD-konferencen fx tidlig opsporing, ernæringsindsatser mv. ligesom andre redskaber som fx smertevurderingsredskaber, uroskemaer mv. kan inddrages.

1.1.1 Forberedelse af BPSD-konferencen

Inden BPSD-konferencen indsamles følgende oplysninger om beboeren:

- Temperatur
- Puls
- Blodtryk
- Evt. blodsukker, hvis det vurderes relevant

Derudover observeres følgende hos beboeren:

- Vejrtrækning (er vejrtrækningen normal?)
- Smerter (virker personen smertefri?)

Endelig medbringes følgende til BPSD-konferencen:

- Liste over beboerens medicin
- Beboerens socialpædagogiske handleplan
- NPI-vurderingen

1.1.2 Deltagere på BPSD-konferencen

På BPSD-konferencen deltager en leder/teamleder, BPSD-nøgleperson, beboerens kontaktperson samt en sygeplejerske eller medarbejder med sygeplejefaglige kompetence.

Derudover vil det være en fordel, hvis de relevante medarbejdere, der dagligt arbejder med beboeren, og som skal være med til at sikre, at de aftalte indsatser tilbydes efterfølgende, også er til stede. Det kan være givtigt at inddrage andre relevante fagpersoner, fx demenskoordinator eller terapeuter i konferencen.

Lederen er ansvarlig for at alle medarbejdere, der er til stede under BPSD-konferencen, bliver hørt og deltager aktivt i diskussionen. Lederen har også ansvaret for at sikre, at beboeren får den aftalte indsats efterfølgende. BPSD-nøglepersonen er ansvarlig for at gennemføre NPI-vurderingen og eventuelt for at dokumentere indsatserne. Alle medarbejdere er ansvarlige for at deltage aktivt og bidrage med deres kendskab til beboeren og fagspecifikke kompetencer på BPSD-konferencen.

2.3. Målrettet indsats og evaluering

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

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

Indsatsperioden varer maksimalt tre måneder. Det vil formentlig i mange tilfælde være relevant med kortere indsatsperioder. Efter den aftalte indsatsperiode foretages en ny NPI-vurdering, der danner udgangspunkt en ny BPSD-konference, hvor den iværksatte indsats evalueres og der justeres på eller planlægges nye indsatser.

Processen gentages hver tredje måned eller ved behov, hvor der følges op på beboerens trivsel og indsatsernes effekt.

2.4. Digital understøttelse

I afprøvningsprojektet blev BPSD-modellen digitalt understøttet af et IT-system kaldet "BPSD-systemet", som bl.a. blev anvendt til at registrere beboerens BPSD-symptomer målt ved NPI-vurderingen og mulige årsager her til, samt hvilke indsatser der skulle iværksættes. Efter endt afprøvning er der ikke længere et systemværktøj til rådighed.

Til inspiration for kommuner, der ønsker at arbejde med metoden, er der udarbejdet en analyse af muligheder for digital understøttelse af BPSD-metoden i de kommunale omsorgssystemer. Analysen kan findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

3. Organisering og ledelse

I det følgende beskrives organiseringen af arbejdet med BPSD-metoden med udgangspunkt i afprøvningen af projektet.

3.1. Alle medarbejdere

For at skabe den bedste forudsætning for succesfuldt at kunne tage BPSD-metoden i brug er det vigtigt, at hele organisationen kender til og har forståelse for BPSD-modellens trin og den faglige baggrund. At have kendskab til metoden kan understøtte medarbejdernes oplevelse af meningsfuldhed og forståelse ift. eksempelvis at deltage i modelaktiviteter, tilbyde konkrete indsatser for beboeren eller være med til at støtte op om, at indsatser tilbydes af kolleger.

Alle medarbejdere kan, hvor ledelsen skønner det fagligt relevant:

- deltage i NPI-vurderinger (ofte beboerens kontaktperson)
- deltage i BPSD-konferencer
- være med til at tilbyde indsatser til beboerne.

3.2. BPSD-nøglepersoner

BPSD-nøglepersoner er medarbejdere fx social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker, terapeuter mv., der har kendskab til BPSD-metoden og kompetencer til at NPI-vurdere beboere. BPSD-nøglepersoner har ansvar for at planlægge og gennemføre NPI-vurderinger, at planlægge og deltage på BPSD-konferencer samt at dokumentere i det lokale pleje- og omsorgssystem. BPSD-nøglepersoner har også ansvaret for løbende at følge op på og sikre - sammen med ledelsen - at beboeren får den aftalte indsats, ligesom de har en ambassadørrolle for metoden over for kolleger og pårørende.

Det er ledelsen, der træffer beslutning om hvilke medarbejdere, der skal fungere som BPSD-nøglepersoner.

Der kan indtænkes en teamstruktur, hvor der etableres mindre BPSD-teams bestående af nærmeste leder, sygeplejerske og 1-2 assistenter eller terapeuter, som er forankret på mindre enheder på plejecenteret. Relevansen af dette vil dog afhænge den lokale organisering og centrets størrelse.

3.3. Ledelse

Ledelsen består af den øverste leder og teamledere. Ledelsen har ansvar for at tilrettelægge arbejdet, sådan at der skabes mulighed for at implementere og følge metodens trin herunder at gennemføre NPI-vurderinger, afholde BPSD-konferencer og efterfølgende tilbyde målrettede indsatser over for beboere med BPSD. Ledelsen har endvidere ansvar for at sikre den faglige ledelse, og at de besluttede indsatser implementeres i plejen.

Ledelsen har derudover en særlig rolle som mødeleder og facilitator på BPSD-konferencen. Denne rolle kræver overblik og procesledelseskompetencer såvel som faglig indsigt. Rollen kan uddelegeres, men det er afgørende, at der er ledelsesmæssig mandat og efterfølgende opbakning til at træffe de fornødne beslutninger på BPSD-konferencen.

Det er ledelsens ansvar, at de relevante medarbejdere på tværs af vagtlag og fagligheder inddrages og deltager i BPSD-konferencerne, ligesom det er ledelsen ansvar at kommunikere om metoden til relevante samarbejdspartner fx pårørende, fast læge/læger, psykiatriteams mv.

Kommunerne har i projektet erfaret, at det er afgørende med en synlig ledelse, der aktivt tager del i modelaktiviteter og løbende følger op og efterspørger resultater af arbejdet med BPSD-metoden.

3.4. Kompetenceudvikling

For at kunne arbejde med metoden bør medarbejdere og ledelse have viden om demens og BPSD.

Som en del af afprøvningsprojektet deltog 325 BPSD-nøglepersoner og ledere fra de fem projektkommuner i forskellige kompetenceudviklingsforløb mhp. at få

- viden om demenssygdomme, symptomer, diagnoser og behandling
- viden om BPSD og bagvedliggende årsager til BPSD samt
- en indføring i metoden.

BPSD-nøglepersoner deltog på et 4-dages kompetenceudviklingsforløb og ledere på et 2-dages kompetenceudviklingsforløb. De øvrige medarbejdere på plejecentrerne tog én times webkursus. Webkurset er ikke længere tilgængeligt.

Det anvendte kompetenceudviklingsmateriale er gjort tilgængeligt for interesserede kommuner og kan anvendes som inspiration til planlægning af kompetenceudvikling i metoden. Materialet er dog ikke opdateret og kan således indeholde forældede elementer. Materialet kan downloades fra Sundhedsstyrelsens hjemmeside sammen med en indledende beskrivelse af den gennemførte kompetenceudvikling.

Referenceliste

1. **COWI.** *Evaluering af model til målrettet pleje af plejehjemsbeboere med demens og BPSD.* 2019
2. **Sundheds og Ældreministeriet.** *National undersøgelse af forholdene på plejecentre.* 2016.
3. **Tampi RR, Williamson D, Muralee S, et al.** Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: Part I-epidemiology, neurobiology, heritability and evaluation. *Clinical Geriatrics.* 2011.
4. **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.

Bilag

Bilag 1: Dagsorden for BPSD-konference

Bilag 2: Tjekliste til forberedelse af BPSD-konference

Bilag 1: Dagsorden for BPSD-konference

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

Varighed: Op til 45 minutter

ÅBNING

1. Hvad viser NPI-vurderingen af beboeren? (evt. suppleret af konkrete eksempler fra hverdagen)⁶

PERSONCENTRERET ANALYSE AF MULIGE ÅRSAGER

På baggrund af det vi har set i NPI-vurderingen:

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

MÅL

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

AFTALE INDSATSER

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

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

SLUT

⁶ Hvis der er aholdt tidligere BPSD-konferencer, drøftes observerede virkninger og effekter af tidligere målrettede indsatser.

Bilag 2: Tjekliste for forberedelse af BPSD-konference

Denne tjekliste støtter planlægningen og afviklingen af en BPSD-konference og giver et overblik over de handlinger og opgaver, der er centrale at huske ifm. BPSD-konferencen.

VARIGHED

Op til 45 minutter pr. beboer.

INDHOLD

Dagsorden følges.

INKLUSIONSKRITERIUM

Beboeren er vurderet ved brug af NPI-skalaen senest tre dage forinden.

VÆRKTØJER / OPLYSNINGER, DER MEDBRINGES TIL BPSD-KONFERENCEN:

Inden BPSD-konferencen indsamles følgende oplysninger om beboeren:

- Temperatur
- Puls
- Blodtryk
- Evt. blodsukker, hvis det vurderes relevant

Derudover observeres følgende hos beboeren:

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

Endelig medbringes følgende til BPSD-konferencen:

- Liste over beboerens medicin
- Beboerens socialpædagogiske handleplan
- NPI-vurderingen

DELTAGERE

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

ROLLER

Lederen er ansvarlig for:

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

Lederen er ansvarlig for, men kan uddelegere følgende opgaver:

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

BPSD-nøglepersonen er ansvarlig for:

- At gennemføre NPI-vurdering
- At dokumentere observationer og beslutninger.
- At være med til at sikre, at de aftalte indsatser implementeres.

Sygeplejersken/medarbejderen med sygeplejefaglige kompetence er ansvarlig for:

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

Alle medarbejdere er ansvarlige for:

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

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sundhed for alle ♥+●

JANUAR 2019
SUNDHEDSSTYRELSEN

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

SAMMENFATNING



COWI



INDHOLD

1	INTRODUKTION OG BAGGRUND	5
2	BPSD-MODELLEN – MODEL TIL MÅLRETTET PLEJE	6
3	AFPRØVNING AF BPSD-MODELLEN	8
4	EVALUERINGENS NØGLEFUND	9
5	EVALUERINGENS RESULTATER	11
6	IMPLEMENTERING	17
7	RESSOURCEFORBRUG	19





1 INTRODUKTION OG BAGGRUND

Når en borger rammes af demens, har det vidtrækkende konsekvenser for den enkelte og for vedkommendes pårørende. Samtidig stiller sygdommen store krav til de medarbejdere, som plejer borgeren med demens. Demens udgør derfor en af de centrale faglige udfordringer på ældreområdet. Ikke mindst på plejecentrene, hvor op mod to ud af tre skønnes at have demens¹.

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. Symptomerne kan være vrangforestillinger, hallucinationer, agitation/aggressivitet, depression, angst, eufori, apati, hæmningsløshed, irriterabilitet, 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.

Registret 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. Det har blandt andet ført til en reduktion i beboernes BPSD-symptomer og dermed øget deres livskvalitet ligesom arbejdsmiljøet er blevet forbedret på plejecentrene⁴.

Med afsæt i en tilpasset udgave af det svenske IT-registreringssystem har Sundhedsstyrelsen fra januar 2017 til maj 2018 afprøvet en model til målrettet pleje af plejehjemsbeboere med demens og BPSD – herefter BPSD-modellen.

¹ Ældresagen. Beboere på plejehjem. [Online].; 2017 [citeret 12 december 2018 fra: <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.



2 BPSD-MODELLEN – MODEL TIL MÅLRETTET PLEJE

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

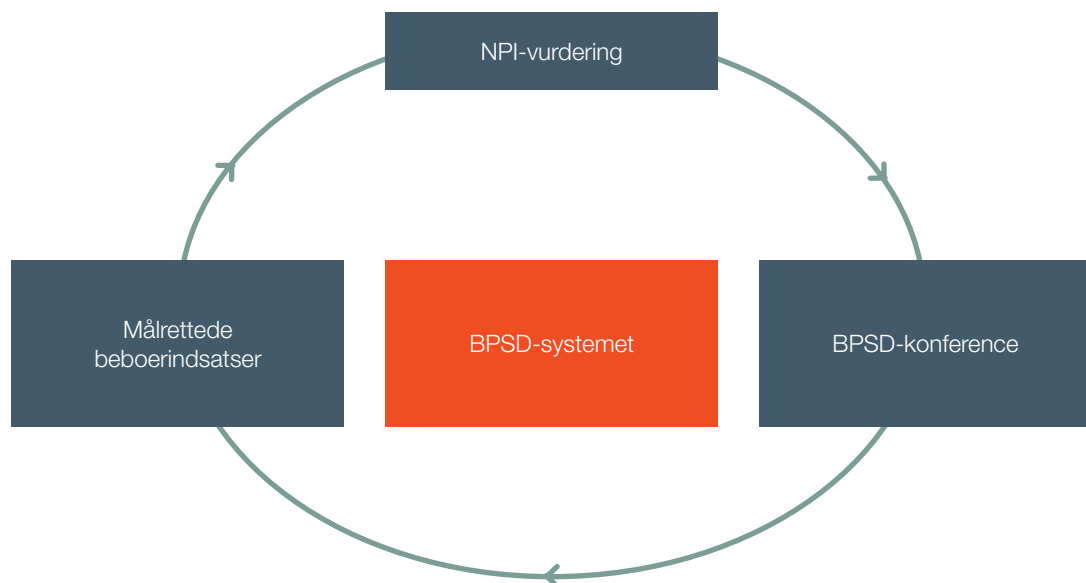
NPI-vurdering: Først vurderes beboerne med demens (eller som har kognitiv funktionsnedsættelse, hvor der er mistanke om demens) for BPSD ved hjælp af det validerede måleinstrument Neuropsychiatric Inventory (NPI). NPI-vurderingen giver et samlet mål for frekvens og sværhedsgrad af BPSD-symptomer. **BPSD-konference:** 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 1: Illustration af BPSD-modellen

3 AFPRØVNING AF BPSD-MODELLEN

Afprøvningen foregik på 24 plejecentre i Faxe, Greve, Hedensted, København og Næstved Kommune. Projektet var en del af satspuljeaftalen for 2015–2018.

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 til beboere med demens og BPSD.

AFPRØVNING AF BPSD-MODELLEN

BPSD-modellen blev afprøvet i fem danske kommuner – Faxe, Næstved, Greve, København og Hedensted kommune i perioden 1. januar 2017 til 31. maj 2018.

I alt deltog 24 plejecentre og samlet set blev 736 beboere inkluderet i projektet. To tredjedele af beboerne var kvinder og 59 pct. havde en demensdiagnose.

I efteråret 2016 gennemgik ca. 325 ledere og nøglepersoner på plejecentrene et kompetenceudviklingsforløb på 2-4 dage. Herudover skulle alle medarbejdere gennemføre et webkursus.

Det primære formål med evalueringen var at vurdere **effekterne** af arbejdet med BPSD-modellen – både for beboerne og medarbejderne. Det var 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.

I hovedrapporten *Evaluering af model til målrettet pleje af plejehjemsbeboere med demens og BPSD* kan findes en uddybende præsentation af evalueringens samlede resultater og den anvendte metode.



4 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.
- › **Måltrettede indsatser.** Der anvendes i højere grad måltrettede 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.

5 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

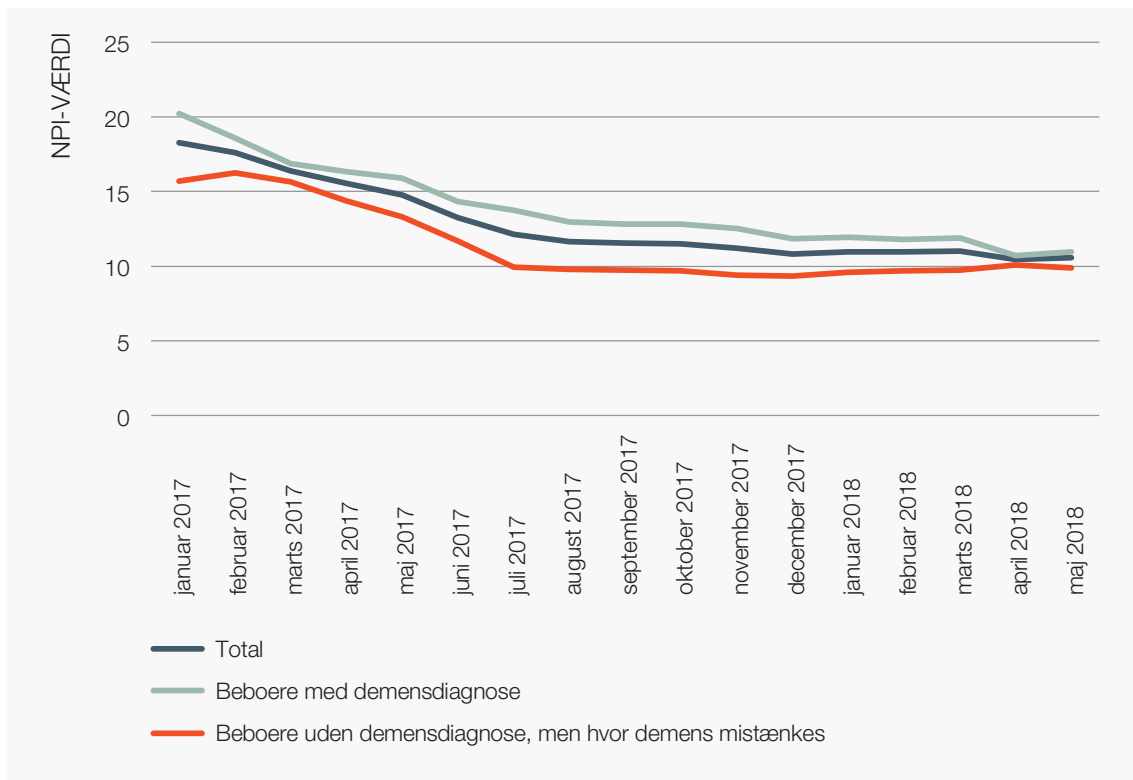
REDUKTION AF BPSD-SYMTOMER OG ØGET LIVSKVALITET

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 afprøvningen, 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.

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 85 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 37 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 mistro. 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. 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.

› Uændret forbrug af antipsykotisk medicin.

Der var ikke et fald i andelen af beboere, der får antipsykotisk medicin. Niveauerne 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.



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.

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.

“

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

- › **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 hel 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.



6 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.

7 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.

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.

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



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

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

Sanse- stimulerende teknologier



Indhold

99 | Indkøbsprocedure

100 | Sanseteknologier

101 | Leverandørliste

**106 | Quik guide til håndtering
af robotdyr**

107 | Prislister glasfiberdyr

Sanseteknologier

Indkøbsprocedure

Alle plejehjem tildes en pulje til indkøb af sansestimulerende teknologier i 2021. De konkrete beløb meldes ud i januar 2021.

- 1** | Plejehjemmet indkøber selv ønskede teknologier hos de leverandører, der er indgået aftale med (se leverandørliste).
 - Angiv at fakturaen skal sendes til plejehjemmet
- 2** | Hvert kvartal indberetter plejehjemmet indkøb til Afdeling for Velfærdsinnovation.
 - Send en mail til Katrine Due Jespersen, jy2s@kk.dk
 - Mailen skal indeholde de fakturaer, I har modtaget fra indkøbene
- 3** | Efterfølgende overfører Afdeling for Velfærdsinnovation de midler, der er anvendt på teknologier.

Liste over sanseteknologier



Granulatdyne



Demensdukke



Interaktiv sansepude



Interaktiv hund



Glasfiberdyr



Interaktiv kat



Natguidning (sensorlys)



Gyngestol



Natbelysning

Liste over leverandører

AB Handic Help

Demensdukke

Pris: 550 kr. ekskl. moms og fragt

Bestilling

Bestilles via netshop eller på mail: info@abhh.dk
I kommentarfeltet skrives der: 'KBHAFTALE'

Kontakt

Tlf. 45 76 60 06
www.handicstore.dk



Gloria Mundi Care

Interaktiv hund - Joy for all

Pris: 1.227 kr. ekskl. moms



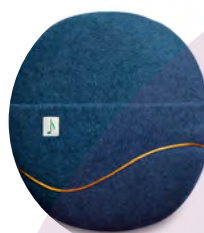
Interaktiv kat - Joy for all

Pris: 1.227 kr. ekskl. moms



Interaktiv musikpude Inmu RELAX

Pris: 4.128 kr. ekskl. moms



Ekstra Betræk til musikpude Inmu RELAX

Pris: 329,60 kr. ekskl. moms

Bestilling

Bestilling sendes til annemette@gmcare.dk
med 'Sanseteknologier - Københavns Kommune'
i emnefeltet.

E3light

Bedlight - 2 sensorer til seng

Hvis de 2 sensorer skal anvendes forskellige steder, fx den ene ved sengen og den anden på badeværelset, så skal der indkøbes en ekstra strømforsyning.

Pris: 595 kr. ekskl. moms
Ekstra strømforsyning: 80 kr. ekskl. moms

Bestilling

Bestilling sendes til sales@e3light.com
eller på tlf. 87 77 66 88

Angiv:

- Varenummer: 0144040102
- Varebeskrivelse: mylight.me, Bedlight, #04
- Ved ekstra strømforsyning: Varenummer 0144802001 mylight.me Sparepart - EU Power Supply kit 1-5
- Tlf.nummer (Bliver jeres kontonummer hos e3light)
- Kontaktpersons tlf.nummer og e-mail
- Leverings adresse
- E-mail hvor faktura ønskes sendt til.



Lysterapi.dk

Natbelysning

Pris: 188 kr. inkl. fragt og mor

Bestilling

Lampen kan købes **her**,
eller via mail til info@lysterapi.dk



Protac

Granulatdyne

Pris: 2400 kr. ekskl. moms

Inkontinensbetræk

Pris: 693,75 kr. ekskl. moms

Bestilling

Bestilling sendes til jmv@peotac.dk med 'SanseKBH21' i emnefeltet.

Angiv:

- Plejehjemmets navn
- EAN-nr.
- Fakturadresse
- Postnr. + by
- Kontaktperson + telefonnr. + evt. mail på kontaktperson
- Leveringsadresse, hvis forskellig fra ovenstående fakturaadresse.
- For granulatdyne:
Varenr.: 100-419-V-85
HMI-nr.: 79503
- For inkontinensbetræk:
Varenr.: 300-304-V
HMI-nr.: 79678



HMJ-design

Glasfiberdyr

Pris: Se liste med priser på næste side.

Bestilling

Bestilling sendes til henrik@hmj-design.dk

Reklamation

Hvis I oplever fejl eller mangler, kan I kontakte Henrik fra HMJ-design, som vil hjælpe jer.

Email: henrik@hmj-design.dk

Tlf.: 4058 1621

Anvendelse og vedligehold

Hvis I anvender dyrene indenfor, skal I være opmærksomme på, at de mindre dyr lettere går i stykker, hvis de fx rammes af en fod eller en kørestol. Det er derfor en god ide at tænke over, hvor dyrene placeres indenfor.

I vedligeholder dyrene udenfor ved at vaske dem med almindelige rengøringsartikler. Derudover kræver det ingen særlig vedligeholdelse ved indendørs brug. Ved udendørs brug kan det være en fordel at give det voks én gang om året.



Trone Danmark

Gyngestol

Pris: 9.350 kr. ekskl. moms, inkl. fodskammel, levering og montage

Bestilling

Bestilling kan laves på telefon eller mail: www.gyngestol.com/contact
salg@gyngestol.com



Quick Guide til håndtering af robotdyr (hund eller kat)

Generelt omkring opbevaring og hygiejne:

1. ROBOTDYRET leveres i en papkasse: Gem evt. denne inkl. beskyttelsesformene, da de kan bruges til at sende ROBOTDYRET sikkert frem og tilbage med fragtfirmaer, hvis du får behov for dette, og så der ikke sker skade på elektronikken.
2. Lad alle, der skal røre ROBOTDYRET, vaske hænder først, evt. med vådservietter (f.eks. Swash-servietter) eller med desinfektionsspray/-gel, hvis alm. håndvask ikke kan lade sig gøre.
3. ROBOTDYRET må ikke komme i nærheden af mad og drikke og andre ting, der kan gøre det snavset.
4. Ved pletter på ROBOTDYRET: Spray den let med f.eks. en blomsterforstøver med en blanding af vand og flydende vaskemiddel, tør derefter ROBOTDYRET af med en bomuldsklud og børst den derefter med en pelsbørste (til hund/kat), så pelsen bliver pæn igen.
5. Egentlig desinfektion kan også ske vha. UV-lys, der på 10 sekunder dræber 99,9 % af bakterier og vira, herunder COVID-19 virus på overflader, såsom pelsen på robotdyrene. Se eksempelvis vores [UV BENCH](#), som lynhurtigt kan desinficere genstande med UV-lys.

Tænd, sluk og lydregulering:

6. ROBOTDYRET tændes under maven, den er tændt, når den siger en lyd og åbner øjnene. Den kan også sættes på 'tændt', men uden lyd ('mute'), hvis dette giver bedst mening i forhold til en bruger. Der kan gå lidt tid, før robotdyret liver op. ROBOTDYRET slukkes samme sted.
7. Når ROBOTDYRET pludselig ikke reagerer mere på berøring eller lyde, skal den have skiftet batterier. Dette foregår under batteridækslet ved siden af tænd/sluk-knappen under maven.
8. ROBOTDYRET kan betragtes som en bærbar pc, hverken kat eller hund kan ikke tåle en masse vand/væske eller at blive kastet voldsomt hen ad gulvet.
9. ROBOTDYRET stimuleres af kærtegn/berøring og lyd. Bliver den ikke brugt et stykke tid, går den i stand-by-mode, men når man genoptager berøringen eller taler til den, 'vågner den op'.
10. Har du spørgsmål, kan du ringe på 5115 0110 og få råd.

God fornøjelse med ROBOTDYRET!

GLASFIBERDYR



Kø 148x210 (A124)
5500,- kr +moms/fragt



Kø 148x210 (A124)
5500,- kr +moms/fragt



A65 (15 cm)
150 Kr.- + moms/fragt



Ko 135x210cm (N59)
5500 Kr.- + moms/fragt



Lam 35x55cm(A500)
500 Kr.- + moms/fragt



Får 90x100cm(A260)
2000 Kr.- + moms/fragt



Høne 32cm(N27)
200 Kr.- + moms/fragt



Kalv 100x120cm(A86)
2000 Kr.- + moms/fragt



Gris 75x160cm(A193)
2000 Kr.- + moms/fragt



Ko 80x220cm(A189)
5500 Kr.- + moms/fragt



Hest 190x250cm(A83)
6500 Kr.- + moms/fragt



Rev 60cm(A84)
750 Kr.- + moms/fragt



Kronstyr 224x180cm(A231)
7500,- kr +moms/fragt /stk.



Gris 50x90cm(A426)
1000,- kr +moms/fragt



Gravhund 30x55cm(A386)
350 Kr.- + moms/fragt



Grævling 65x75cm(A390)
750 Kr.- + moms/fragt



Rådyr 83cm(A40)
750 Kr.- + moms/fragt



Labrador 68x64cm(A406)
750 Kr.- + moms/fragt



Schæferhund 86cm(A146)
850 Kr.- + moms/fragt



Pindsvin 15cm(A69)
125 Kr.- + moms/fragt



Hare 60cm(A63)
350 Kr.- + moms/fragt



Stork 75cm (A10)
300 Kr.- + moms/fragt



Føl 147x150cm (A203)
2500 Kr.- + moms/fragt



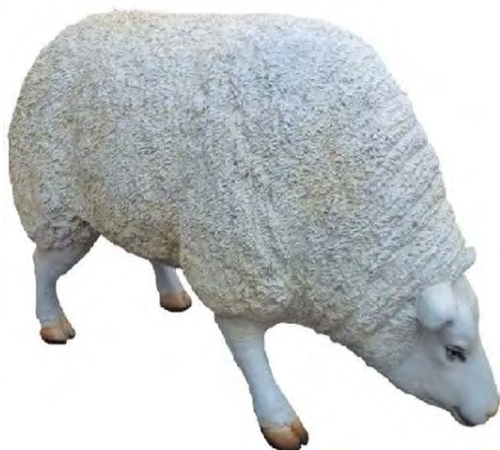
Ged 90cm (A155)
1750 Kr.- + moms/fragt



Dådyr 51x67cm (A533)
600,- kr +moms/fragt



Gravhund 22cm (A29)
250,- kr +moms/fragt



Får 65x100cm (A487)
2000 Kr.- + moms/fragt



Dådyr 58cm (A35)
600 Kr.- + moms/fragt



Får 68x100cm (A486)
2000 Kr.- + moms/fragt



Ged 120cm (A220)
2000 Kr.- + moms/fragt



Labrador 32cm (A318)
250 Kr.- + moms/fragt



Gås 79cm (A62)
350 Kr.- + moms/fragt



Gås 52cm (A7)
225 Kr.- + moms/fragt



Labrador 43x88cm (A326)
800 Kr.- + moms/fragt



Ged 90cm(A51)
1750 Kr.- + moms/fragt



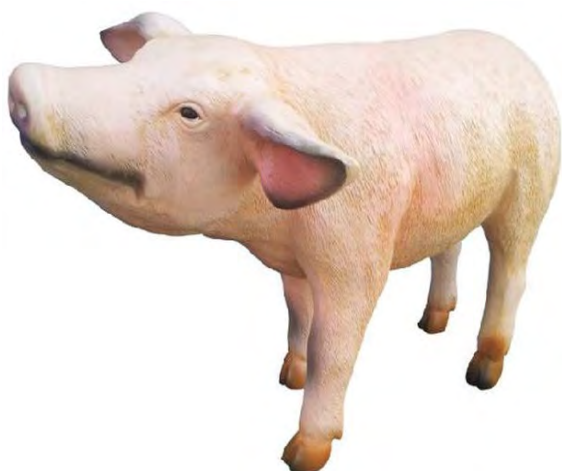
Hest 205x250cm (A433)
6500 Kr.- + moms/fragt



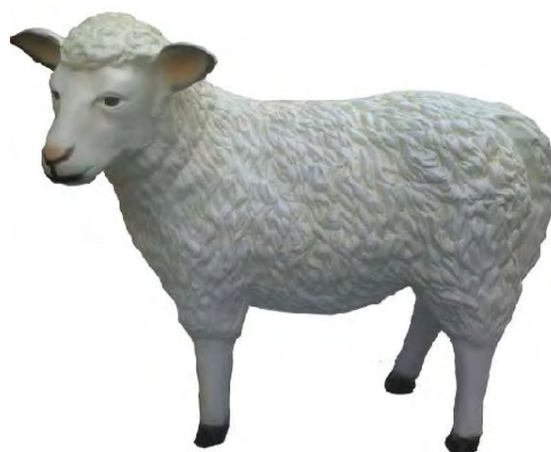
Labrador 75cm (A150)
900,- kr +moms/fragt



Hare 37cm (A157)
225,- kr +moms/fragt



Gris 47x77cm (A425)
1000 Kr.- + moms/fragt



Får 87cm (A200)
1000 Kr.- + moms/fragt



Hund 75x112cm (A149)
1000 Kr.- + moms/fragt



Krondyr 150x160cm (A397)
6500 Kr.- + moms/fragt



Hund 24x100cm (A455)
750 Kr.- + moms/fragt



Heste/Vogn 74x198 (A111)
2500 Kr.- + moms/fragt



Papegøje 110cm (A310)
1200 Kr.- + moms/fragt



Måge 27cm (A101)
300 Kr.- + moms/fragt



Schæferhund 82x102cm (A144)
900 Kr.- + moms/fragt



Lam 25x40cm (A379)
225 Kr.- + moms/fragt



Schæferhund 56x95cm (A145)
800,- kr +moms/fragt



Skildpadde 57x110cm (A137)
800,- kr +moms/fragt



Rottweiler 50x80cm (A195)
800 Kr.- + moms/fragt



Lam 20cm (A319)
225 Kr.- + moms/fragt



Hane 50cm(N57)
275 Kr.- + moms/fragt

