



Handlings- och införandeplan BPSD

Kunskap och färdigheter

Kognitiv sjukdom (demenssjukdom) kan bl. a. påverka personens förmåga att kommunicera, att tolka intryck och signaler samt att uttrycka sina behov och önskningar. Vård och omsorg av personer med demenssjukdom ska vara personcentrerad och åtgärderna individanpassade. För att lyckas och få en förändring i arbetssättet är det väsentligt att alla som arbetar runt personen med kognitiv sjukdom (demenssjukdom) förstår vad detta innebär och har kunskap; både om demenssjukdomar och om personen man vårdar och stödjer. Att förstå vilka behov som inte blir tillfredsställda är grundläggande för att minska BPSD hos en person med demenssjukdom. Att varje enhet utbildar ett multiprofessionellt team med olika yrkesgrupper ska prioriteras. Kunskap och förståelse skapar gemensamt språk för all personal som leder till ett ökat teamarbete samt förutsättning till reflektioner över varför BPSD-symtomen uppkommit och hur dessa kan lindras och även förebyggas. När tillräckligt många är motiverade börjar själva förändringsutveckling.

- Se över och gå igenom vilken utbildning som kan behövas för att samtliga i multiprofessionella teamet ska ha kunskap, förståelse och känna trygghet inför arbetet med BPSD-registret. Använd med fördel kostnadsfria webbutbildningar som finns på BPSD sidan <https://bpsd.se>. Alla måste vara och känna sig delaktiga och arbeta mot samma mål.
- Utse minst två nyckelpersoner/BPSD-administratörer på enheten(avdelningen)
- Vi har alltid informationsskyldighet till den som ska registreras. Komplettera alltid genom att lämna skriftlig information om kvalitetsregister (finns i Canea RUT 8403).
- Noggrann tidsplan vid skattningar/registreringar, samt tider då uppföljningar ska ske.
 - Planera samtidigt även bedömning enligt Senior Alert i samverkan med omvårdnadsansvarig sjuksköterska (OAS) AT och FT. **OAS måste vara med i hela processen**
 - Konkretisera ansvarsfördelningen och roller inom teamet på vem som gör vad, när och hur. Ex:
 - Vem samlar in uppgifter inför registreringen?
 - Vem ska medverka?
 - Hur ska alla medarbetare få del av informationen?
 - Hur ska alla arbeta med åtgärderna?

Dokumentägare: Seki Sinani
Gäller för: Vård- och äldreförvaltningen/
Version: 1
Senast reviderad: 2023-08-22
Revidering av dokumentet sker kontinuerligt.



Roller och ansvar

Alla professioner är viktiga utifrån sina specifika kunskaper och kompetens. Olika kunskap och kompetens måste tas tillvara och kompletterar varandra. ex:

- Enhetschefen är en nyckelperson som gör att personalen har förutsättningar och möjlighet att arbeta med register. Ansvarar också för att övriga medarbetare introduceras i registerarbetet. Efterfrågar resultat som kan redovisas på enheten och i övriga organisationen.
 - Sjuksköterskan(OAS), har ett omvårdnadsansvar och har de medicinska kunskaper som är viktiga för att uppgifterna vid registreringen blir korrekta. Måste vara med i hela processen i arbetet med kvalitetsregister. Gäller även vikarierande eller hyrsjuksköterskor.
 - Arbetsterapeut (AT) har specifik kunskap om aktivitet, kognition, motivation och kompenserande strategier samt ingående kunskap om kopplingen mellan aktivitet, person, miljö och hur det påverkar hälsan och välbefinnande.
 - Fysioterapeut (FT) har specifik kunskap kring människans förmåga att kontrollera och använda sin kropp, på förflyttningar, hjälpmedel, och annan kunskap som kan bidra med nya infallsvinklar.
 - BPSD-administratör har den centrala rollen i registerarbetet och är den som samordnar enhetens arbete. Tillsammans med OAS, AT och FT ansvarar för planering av skattningar, uppföljning och utvärdering. Det är administratören som gör själva registreringen i datorn samt skriver ut personregistreringen som förvaras lättillgängligt för all berörd personal enligt rutinen som finns på enheten.
 - Kontaktpersonen/fast omsorgskontakt deltar i hela processen runt sin brukare/patient.
 - Nattpersonal är en del av teamet som kan bidra med olika infallsvinklar.
 - Även läkare, anhöriga och biståndshandläggare kan i vissa fall bli aktuella även om det är sällsynt.
- Börja i liten skala med regelbunden återkoppling till alla berörda i teamet. Det är kvalitet som räknas inte mängden registreringar. Genom att registrera regelbunden kan man arbeta förebyggande och hinna observera och åtgärda förändringar i tid.
 - Hitta ett befintligt forum för återkoppling, att reflektera och diskutera allmänt kring resultat och upplägg av registerarbetet.



BPSD-register ett verktyg att arbeta med

För att vi ska kunna erbjuda bästa möjliga personcentrerad vård och omsorg för personer med kognitiv sjukdom (demenssjukdom) är det viktigt att personalen har kunskap om olika sjukdomar i hjärnan och hur dessa påverkar symtomen för den enskilda.

I takt med att den kognitiva sjukdomen (demenssjukdom) progredierar ökar oftast förekomsten av BPSD. Med hjälp av arbetssättet i BPSD-registret minskar denna ökning som i sin tur förebygger skydds- och begränsningsåtgärder eller farmakologisk behandling vilket innebär en ökad livskvalitet för personen med kognitiv sjukdom (demenssjukdom).

BPSD-registrets kvalitetsindikatorer visar tydligt på att ju högre medelvärde är för NPI-poängen, desto mer sjunker den genom arbetet med insatta personcentrerade vårdåtgärder och vid kontinuerliga och uppföljande registreringar.

Genom att registrera i BPSD-registret bidrar man även till bl. a implementering av Nationella riktlinjer, verksamhetsutveckling, kvalitetssäkring samt forskning.

En tydlig struktur i omvårdnaden bygger på observation av BPSD, analys av tänkbara orsaker, åtgärder samt utvärdering av insatta åtgärder. (Titta även i Canea Arbetsgång för BPSD, RUT 8425).

- Teamarbete, där olika professioner utifrån sina specifika kunskaper deltar, är nyckeln till väl genomtänkta bemötande och kommunikationsplaner samt individanpassade åtgärder.
- Att mäta förekomst och allvarlighetsgrad av BPSD samt vilka symtom observeras och hur detta påverkar personens livskvalitet görs med hjälp av NPI-NH skattningsskala.
 - Den som ska svara på frågorna måste känna personen med demenssjukdomen väl ex. kontaktpersonen, omvårdnadspersonal, ansvarig sjuksköterska samt AT och FT.
 - Vid upprepade skattningar sträva efter att det är samma personer som svarar på frågorna.
 - Besvara frågorna utifrån personens beteende den senaste veckan eller hur det har varit sedan någon åtgärd sattes in (som en utvärdering av åtgärden).
 - Man kan med fördel använda även Beteendeschema (man observerar ett beteende under en vecka)
 - Det finns ett tydligt samband mellan förekomst av BPSD och **smärta** enligt data från BPSD-registret och många andra vetenskapliga studier samt beprövad erfarenhet. Dessa visar även att personer med kognitiv svikt (demenssjukdom) får mindre smärtstillande än personer utan demenssjukdom. Smärta kan bero på många olika saker och för att ta reda på bakomliggande orsak och kartlägga förekomst av smärta använd gärna SÖS skalan. Exempelvis; när smärtfriheten minskar ökar agitation och tvärtom. Bedömningsinstrumentet SÖS skalan finns i Viva under bedömningar. Ansvariga är OAS tillsammans med läkare.



- Det finns alltid en orsak till s.k. beteendemässiga och psykiska symtom BPSD. De flesta personer med kognitiv sjukdom (demenssjukdom) är äldre. Detta gör att de ofta har andra sjukdomar förutom demenssjukdom, vilket ökar risken för BPSD och för att utveckla en konfusion/förvirringstillstånd. Att förstå, observera samt analysera i teamet över tänkbara orsaker med reflektioner över varför symtomen uppkommit samt hur dessa ska lindras och förebyggas är viktigt och görs med hjälp av:
 - BPSD- checklista för tänkbara orsaker till BPSD och en teambaserat och tvärprofessionella utredning av bakomliggande orsaker enligt Senior Alert.
 - Läkemedelsöversyn. Vid varje registrering måste framförallt OAS och läkare fundera över om något läkemedel kan vara orsaken till symtomen. Är något läkemedel insatt/utsatt sedan förra registreringen? Äldre personer med många sjukdomar har ofta många läkemedel s.k. polyfarmaci. Dessa kan påverka varandra negativt och en del kan vara direkt olämpliga för personer med kognitiv sjukdom (demenssjukdom) till exempel inkontinensläkemedel, lugnande samt visa antipsykotiska läkemedel och antihistaminer.
 - Miljöns betydelse för att orsaka BPSD (ljud, ljus, färgsättning, möblering, stimuli, temperatur, hur vi pratar och kommunicerar, kroppsspråk och tonfall, personal som kommer och går under dagen ”spring”). Personens förmåga att tolka synintryck? Hur vi bemöter personen med demenssjukdom kan ha stor påverkan på hur personen mår och fungerar.
 - Vi är alla unika individer och olika faktorer påverkar oss olika, vilket är viktigt att vara medveten om ex. vår grundpersonlighet, religion och kultur. Beröring/sexualitet är också ett basalt behov som är viktigt att tänka på. Levnadsberättelse är en viktig pusselbit för bästa möjliga personcentrerad vård och omsorg. Vem är personen framför mig? (intresse, bakgrund, önskemål och kvarvarande förmågor)?
- Att skriva en individuell bemötande och kommunikationsplan med personcentrerade åtgärder som ska beskriva kommunikation på hur mötet/mötena mellan personen med demenssjukdom och personalen ska vara för att förebygga och/eller minska de BPSD som eventuellt har uppkommit. Med andra ord allt det som gör att mötet och kommunikation blir bra. Skrivs i jag-form. Det ska framkomma vad som är viktigt för personen med demenssjukdom?

Är det något speciellt som ska göras eller inte göras i mötet? Stort fokus ligger på att arbeta med bemötande och omvårdnad. Allas idéer och kunskap i teamet tas tillvara. Detta bidrar till ett gemensamt språk för all personal.
- Tänk på att börja och prova en åtgärd åt gången som man vet kan genomföras för att kunna utvärdera effekten (OBS! max 2 åtgärder). Åtgärder ska vara kopplade till de



symtom man finner i observation dvs NPI-NH skattningen. Om flera symtom identifieras prioritera i teamet den allvarligaste. Den genomtänkta åtgärden ska utgå från personens intresse, bakgrund, önskemål och kvarvarande förmågor för att minska de svåraste symtomen.

- Åtgärderna ska skrivas konkret och tydligt så att alla som läser kan förstå hur och vad som ska göras så att det blir ett naturligt inslag i vardagen och bidrar till en meningsfull vardag för personen med demenssjukdom.
- Innan en åtgärd sätts in, måste man fundera över syftet. Varför sätts åtgärden in och i vilket syfte? Ex:
 - Varför ska personen vila efter middagen?
 - Varför ska personen få mjölk och smörgås innan hon lägger sig?
 - Varför ska personen ta en promenad på eftermiddagen?
- All omvårdnadspersonal och teamet måste ha kännedom om bemötande och kommunikationsplan med personcentrerade åtgärder som ska sättas in/har satts in. Därför är det viktigt att det skrivs så att alla som läser den ska förstå hur mötet ska vara och förstå vad som ska göras.

Uppföljning/utvärdering av insatta åtgärder

- Efter lämpligt tidsintervall är det dags att följa upp och utvärdera åtgärdernas effekt på BPSD. Detta är **viktigt** ur flera aspekter.
 - Det ger oss kunskap om personen har blivit hjälpt av det vi gjorde d.v.s. har NPI poängen minskat, har även förekomst och allvarlighetsgrad av BPSD minskat och personens livskvalitet ökat eller ska vi kanske göra på något annat sätt.
 - Väl fungerande bemötande och kommunikationsplan med personcentrerade åtgärder förs in i genomförandeplan. Dessa ska finnas kvar i registret och genomförandeplanen så länge dessa fungerar och används.
 - För personal är viktigt att kunna se resultat av arbetet man gör och få bekräftelse samt att känna delaktighet och bättre kunna förstå vikten av långsiktiga förändringsarbetet (*I BPSD-registret utvärderar man effekten av åtgärderna genom att alltid upprepa hela processen- Varje utvärdering ska vara en **ny** registrering i registret*)
 - Ju oftare man gör registreringar, desto lättare blir det. Man blir säkrare på det man gör och resultaten får en högre kvalitet samt får mer underlag för att kunna göra förbättringar i arbete. Förbättringsarbete är en av grunderna till att arbeta med kvalitetsregister. Använd med fördel *förbättringsmodul i BPSD*, <https://bpsd.se>
 - Alla registreringar ska anpassas till den enskilda individens behov och situation.



- Efterfråga och presentera resultat. Det är av största vikt i förbättringsarbetet att man börjar jobba med sina resultat och ser vilka förbättringar man gör utifrån sin statistik, inte bara på enhetsnivå utan även på förvaltningens nivå. Ett exempel på förbättringsarbetet kan vara att man tittar på sömnstörningar, mat- och ätstörningar, smärtfrihet osv.
- Fira framgångar

Stöd i verksamheten- Införandeplan

Demenssamordnare och certifierad BPSD-utbildare från demensteamet erbjuder flera utbildningar, handledningstillfälle/inspirationsträffar där man kan ta upp frågor, hinder och utbyta erfarenheter med varandra såsom:

- Regelbundna BPSD-administratörs utbildningar vår/höst
- Regelbundna BPSD Inspirationsträffar och erfarenhetsutbyte för **chefer på demensenheter och ordinärt boende**, vår/höst
- Regelbundna BPSD Inspirationsträffar och erfarenhetsutbyte för **omvårdnadsansvariga sjuksköterskor OAS på demensenheter och ordinärt boende**, vår/höst
- Regelbundna BPSD Inspirationsträffar och erfarenhetsutbyte för **BPSD administratörer**, vår/höst
- Regelbundna BPSD Inspirationsträffar och erfarenhetsutbyte för **Rehab personal (Fysio och Arbetsterapeuter) på demensenheter och ordinärt boende**, vår/höst
- Demenssamordnare organiserar regelbunden och tidsbestämd planerat stöd i enheternas förbättringsarbetet med hela multiprofessionella teamet. Vid enheternas behov och efterfrågan även erbjuda skräddarsydda och anpassade utbildningar/handledningar.
- Demensteamet erbjuder utbildning, handledning och praktisk träning av omvårdnads och berörd personal