

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, Waldorf 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:

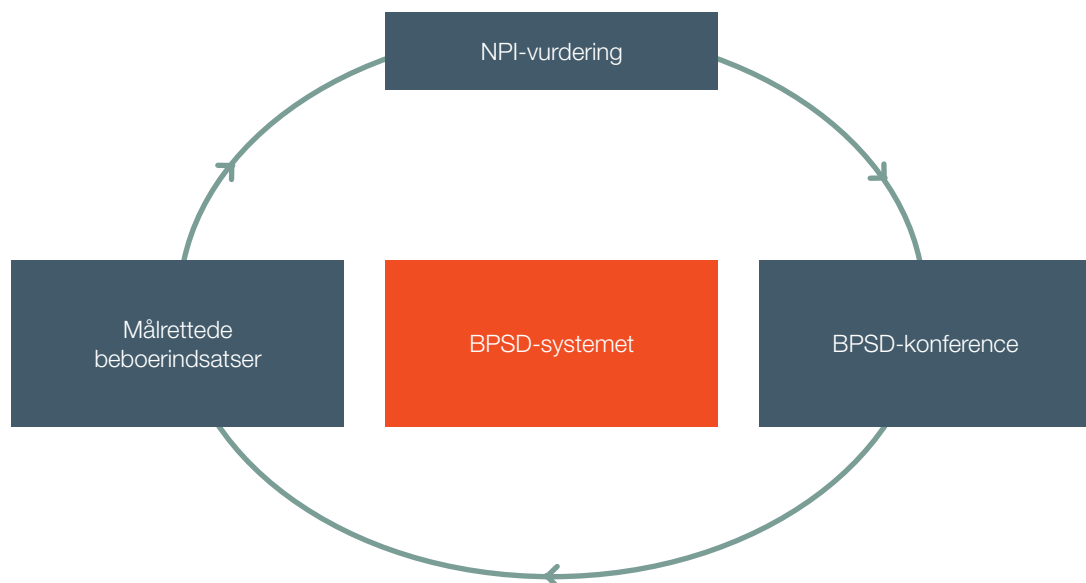
NPI-vurdering: Først vurderes beboerne med demens (eller som har kognitiv funktionsnedsættelse, hvor der er mistanke om demens) for BPSD ved hjælp af det validerede måleinstrument Neuropsychiatric Inventory (NPI). NPI-vurderingen giver et samlet mål for frekvens og sværhedsgrad af BPSD-symptomer. **BPSD-konference:** 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.
- › **Målrettede indsatser.** Der anvendes i højere grad målrettede 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

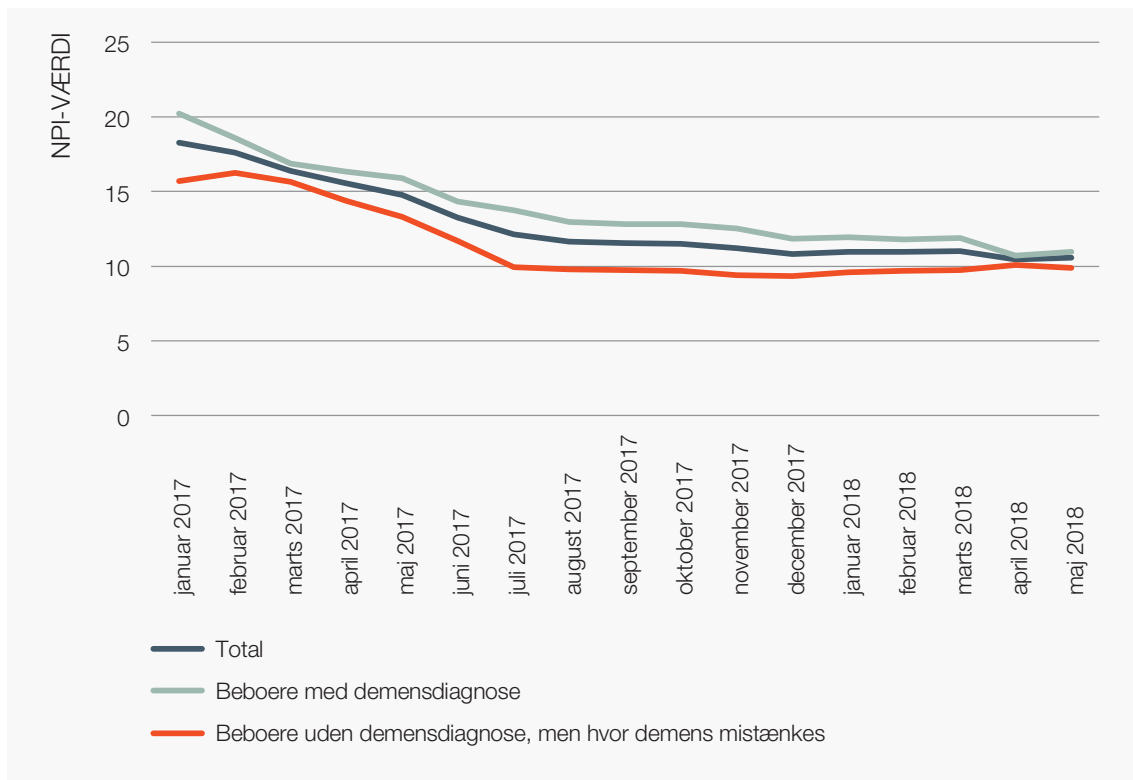
REDUKTION AF BPSD-SYMPTOMER OG ØGET LIVSKVALITET

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

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

Som det ses i figuren nedenfor finder den største reduktion i NPI-værdi (BPSD-symptomer) primært sted i de første seks måneder af 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-SYMPATOMER) 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. Niveaulet 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
Parallevej 2
DK-2800
Kongens Lyngby
Danmark
TLF 56 40 00 00
FAX 56 40 99 99
E-MAIL cowi@cowi.dk
WWW cowi.dk