



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. Måltrettet 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 viden 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 mistrivsel.

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

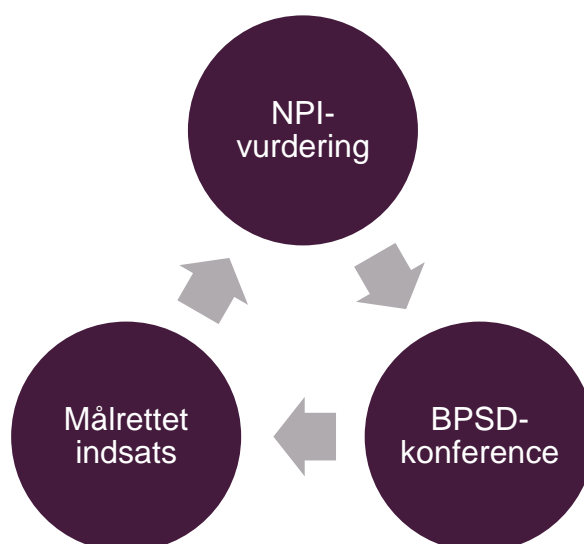
Formålet med BPSD-modellen er at forbedre trivsel og livskvalitet blandt beboere på plejecentre med demens og adfærdsmæssige og psykiske symptomer. Metoden understøtter en systematisk og individuelt målrettet indsats for beboere gennem en styrket faglig tilgang.

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 plejehjem, 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:

- Vejtrækning (er vejtrækningen 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 afholdt 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 ♥ + ●