

SAMMANSTÄLLNING AV PROJEKT,
GENOMFÖRT AV EXTRA BIDRAG FRÅN
SOCIALDEPARTEMENTET, 2020

Innehåll

Bakgrund	2
Genomförande	2
1. Öka kunskapen hos de certifierade utbildarna	2
2. Utbildningsmaterial till närstående och patienter	2
3. Öka användningen av utdata i förbättringsarbete	3
4. Informationsmöten för att öka kännedomen om kvalitetsmått.....	5
Vinster med projektet, enligt de projektanställda personerna.....	6
Utmaningar med projektet, enligt de projektanställda personerna.....	6
Några citat från de projektanställda personerna	7
Bilaga 1	8



DETTA PROJEKT VISAR SÅ TYDLIGT ATT DET ÄR DE SMÅ ÅTGÄRDERNA SOM GÖR STOR
SKILLNAD FÖR PERSONEN MED DEMENSSJUKDOM.

OCH ATT DET ÄR FULLT MÖJLIGT ATT PÅ ETT ENKELT SÄTT BEDRIVA
FÖRBÄTTRINGSARBETE, TON UNDER EN PANDEMI....

Bakgrund

Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens - BPSD, drabbar nästan alla personer med demenssjukdom någon gång under sjukdomsförloppet. Det kan yttra sig som t.ex. ångest, oro, sömnproblem, apati och orsakar nedsatt livskvalitet för personen med demenssjukdom, men även ökad belastning för närstående och personal samt ökade samhällskostnader. BPSD-registret är ett kvalitetsregister och används i 289 av Sveriges 290 kommuner och bidrar till struktur i personalens arbete med att minska förekomsten av BPSD och därmed öka livskvaliteten för personer med demenssjukdom. Det möjliggör ständig utvärdering av insatser och ligger till grund för förbättringsarbete.

År 2020 erhöll BPSD-registret extra bidrag från Regeringskansliet för att öka kunskapen om demenssjukdomar, BPSD och BPSD-registret samt hur utdata från registret kan användas i förbättringsarbete.

Målen var följande:

1. Samtliga 350 certifierade utbildare knutna till BPSD-registret ska få ökad kunskap och verktyg för att kunna föra kunskapen vidare ut i sitt ansvarsområde/kommun
2. Att kunna erbjuda ett utbildningsmaterial riktat till närstående och patienter
3. Antalet enheter som använder data från BPSD-registret i förbättringsarbete ska öka
4. Kännedomen om kvalitetsmått möjliga att följa i BPSD-registret ska öka hos chefer och ledare inom området

Genomförande

Projektet startade med ett uppstartsmöte för samtliga projektanställda personer och BPSD-registrets kansli. Där diskuterades upplägg av projektet samt de frågor som fanns. Under projektets gång har det hållits regelbundna, digitala träffar där det funnits möjlighet att ställa frågor och få råd och stöd. Detta har även skett via mail.

Följande aktiviteter genomfördes;

1. Öka kunskapen hos de certifierade utbildarna

Runt om landet finns det certifierade utbildare i BPSD-registret med uppgift att utbilda fler användare/administratörer och vara ett stöd vid implementeringen av registret. Totalt finns ca 350 aktiva utbildare.

Registrets regionala koordinatörer genomförde under 2020 digitala nätverksträffar för utbildarna för att öka deras kunskap kring utdata och hur dessa kan användas i förbättringsarbete.

2. Utbildningsmaterial till närstående och patienter

För att öka kunskapen hos närstående och patienter togs det fram en utbildningsfilm i ett samarbete mellan anhörigrepresentant och registrets kansli. Filmen finns att tillgå på registrets hemsida.

[Information om BPSD-registret / Film & bildspel – BPSD](#)

Det tidigare framtagna informationsmaterialet uppdaterades.

3. Öka användningen av utdata i förbättringsarbete

All data som läggs in i registret går att plocka ut. Varje ansluten enhet kan se sin data i den s.k. Visualiseringen. Här är det möjligt att följa alla sina resultat för att på ett enkelt sätt utvärdera effekten av förändrings/förbättringsarbete.

Men förbättringsarbeten startar inte av sig självt... För att få igång detta ute i kommunerna projektanställdes åtta certifierade utbildare med uppdrag att starta upp och coacha förbättringsarbete vid anslutna enheter. Meningen var att detta arbete skulle starta upp under våren-20, men pga pandemin kom arbetet inte igång förrän i början av september.

Totalt startade utbildarna upp 89 olika förbättringsarbeten vid sammanlagt 50 olika enheter runt om i landet. Av dessa förbättringsarbeten slutfördes 52 (58 %) inom ramen för projekttiden, vilket måste anses vara en hög andel med tanke på den rådande pandemin och på den korta tid projektet hade till sitt förfogande. Nedan redovisas en sammanställning av resultaten av de olika förbättringsområdena.

Fem enheter valde att fokusera på att minska BPSD generellt och mätte då den genomsnittliga poängen på NPI-skalan. Maxpoängen är 144 poäng och ju högre poäng desto mer och svårare BPSD. Fyra enheter slutförde sitt förbättringsarbete och den genomsnittliga NPI-poängen sjönk med tre poäng (diagram 1).

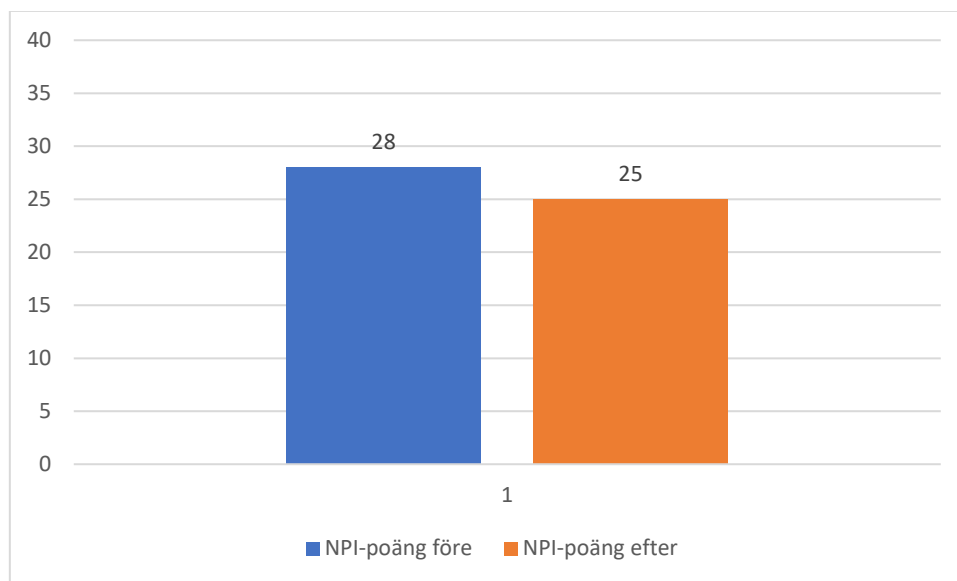


Diagram 1. Medelvärde NPI-poäng totalt vid fyra enheter före och efter förbättringsarbetet

En del enheter valde att fokusera på enskilda symtom och följande slutfördes inom projekttiden; vanföreställning (2 enheter), depression (1 enhet), motorisk rastlöshet (6 enheter), agitation (5 enheter), lättretlighet (3 enheter) och apati (2 enheter), (diagram 2).

Störst effekt ses i symtomet "vanföreställningar". De enheter som hade detta som förbättringsområde var Wasagården i Vadstena och Bastuplan i Linköping och deras åtgärd var att fokusera på bemötande genom uppdatering av bemötandeplaner och se till att dessa följdes. Det är väldigt tydligt att detta hade en positiv effekt och ledde till minskade vanföreställningar hos brukarna.

Stor effekt ses även vid symtomet "apati". Bastuplan i Linköping arbetade även med detta och hade bemötandepanerna som åtgärd, med gott resultat. Även Birkagården i Söderköping hade som mål att minska apatin hos brukarna och som åtgärd använde man personcentrerade aktiviteter i anslutning till eftermiddagskaffet, tex reminiscenslådor, ordspråkskort, bowling och musik på läsplatta.

För att minska symtomet "agitation" hade Solglimten i Kinda strukturerade, personcentrerade aktiviteter som åtgärd. Detsamma gällde för Birkagården i Söderköping. På Fleminggatan i Gävle fokuserade man på bemötandepanerna för att minska agitation hos brukarna. Sammantaget minskade medelvärdet för agitation från sju till fyra poäng.

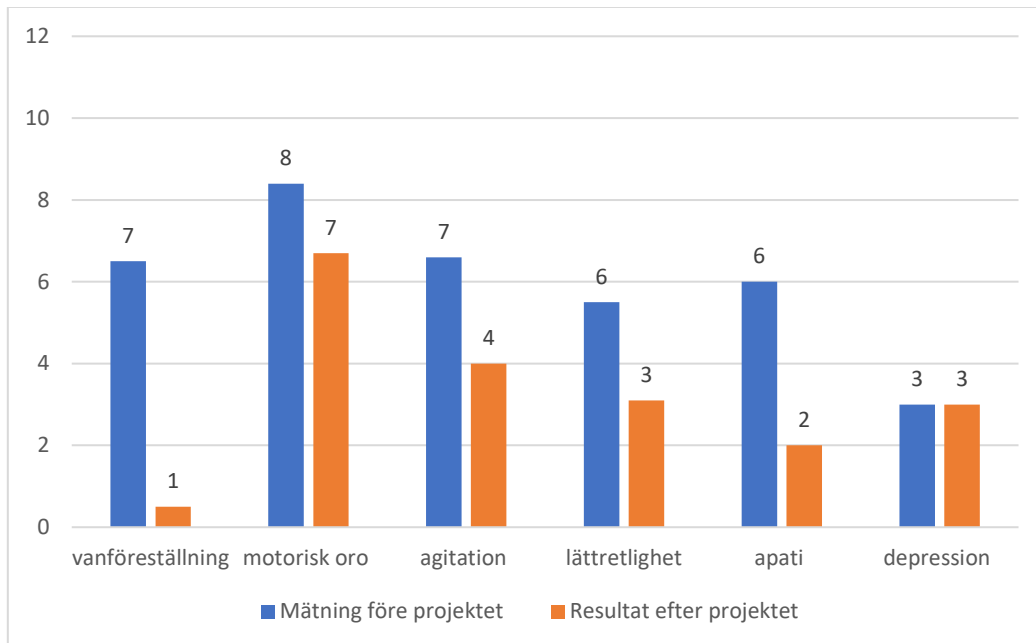
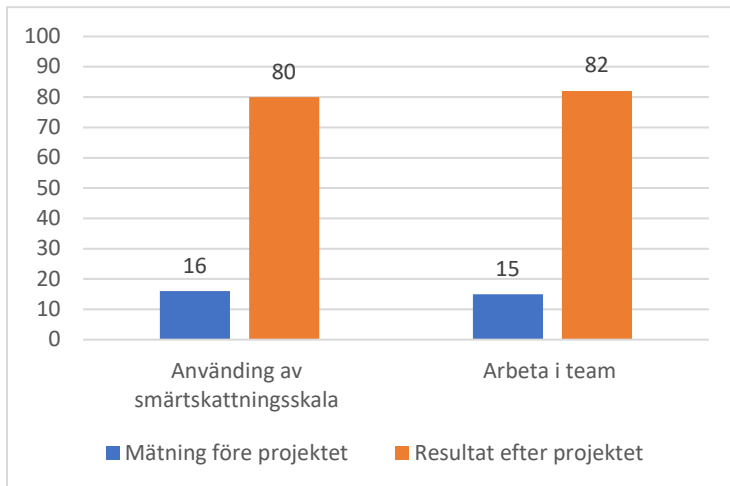


Diagram 2. Medelvärde, NPI-poäng, för olika symtom före och efter projektet

En tänkbar orsak till BPSD är smärta. Personer med demenssjukdom kan ha svårt att uttrycka smärta, därför är det viktigt att bedöma smärta så objektivt som möjligt, helst med en smärtskattningsskala. Av denna anledning ska det i registret anges om personalen använt en smärtskattningsskala vid bedömning av tänkbara orsaker till BPSD. Totalt 26 enheter hade detta som ett förbättringsarbete och av dessa var det 14 som utvärderade inom projekttiden. Innan projektet startade användes smärtskattningsskala vid 16 % av registreringarna vid dessa 14 enheter. När projekttiden var slut hade användningen av smärtskattningsskalan ökat till 80 % av registreringarna (diagram 3). Detta innebär en mycket stor kvalitetssäkring när det gäller att fånga upp vilka personer med demenssjukdom som har smärta!



Att arbeta multiprofessionellt, i team där personal från både HSL och SOL ingår, är en förutsättning för att minska förekomst och allvarlighetsgrad av BPSD. Sammanlagt 31 enheter hade detta som förbättringsområde och 16 enheter fullföljde. Man ökade arbetet i team från 15% till 82% (diagram 3).

Diagram 3. Användning av smärtskattningsskala samt teamarbete, angivet i procent

Slutligen var det en enhet som valde som förbättringsarbete att minska användningen av Oxascand och neuroleptika. Det var Furugården i Gävle där 57 % av brukarna hade Oxascand och/eller neuroleptika vid projektets start. På bara fyra månader lyckades de minska detta till 20 % (diagram 4)

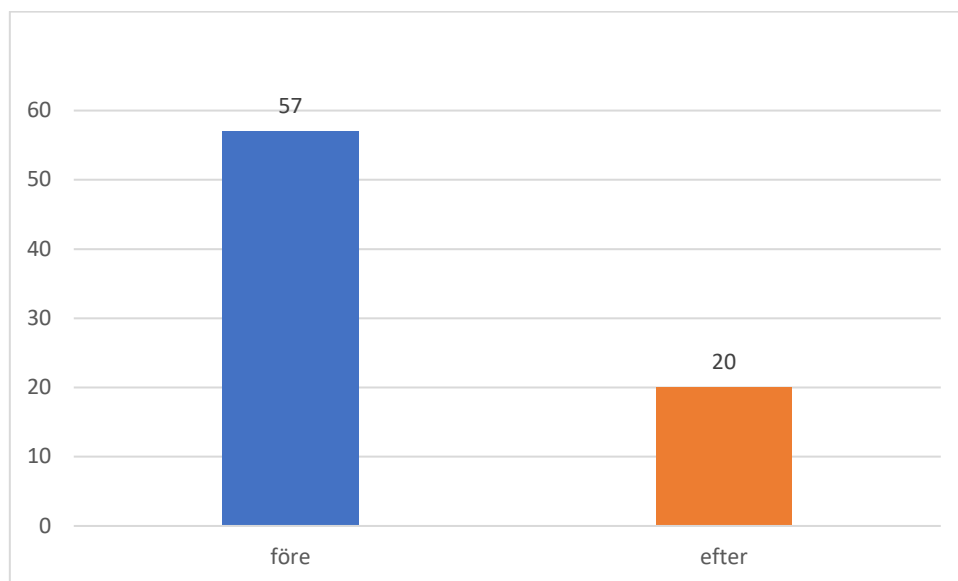


Diagram 4. Användning av olämpliga läkemedel före och efter projektet, angivet i %

Under projektets gång framkom det tydligt vikten av ledarskap för att få till ett förbättringsarbete. Viljan och kompetensen har funnits i mycket hög grad hos undersköterskorna och det har varit roligt att få hjälpa dem att komma igång igen och locka fram deras tysta kunskap.

4. Informationsmöten för att öka kännedomen om kvalitetsmått

En del av projektet bestod i att informera chefer/ledare/politiker etc om BPSD-registret och hur det är möjligt att följa sina resultat/kvalitet med hjälp av den utdata som finns. Totalt genomförde de projektanställda personerna informationsmöten med deltagare från 35 kommuner med sammanlagt 860 deltagare som hade olika professioner/funktioner (bilaga 1). Det fanns sammanlagt 155 inbokade informationsmöten, men 32 av dessa fick ställas in pga pandemin.

Upplevelsen var att det var en positiv respons på informationsmötena. Det framkom vid ett flertal tillfällen att det inte var känt för chefer och politiker att det är möjligt att se kommunens resultat öppet på registrets hemsida. Efter informationen förstod de vikten av att arbeta strukturerat, att det har betydelse för den som är sjuk och att BPSD-registret är ett bra verktyg för personalen. Det var inte många som visste att det är något kommunerna faktiskt betalar för. Då blev det för vissa än mer intressant. De projektanställda uttrycker att informationsmöten som hållits tillsammans med SOL och HSL, har varit mycket givande. Både sjuksköterskor och rehabpersonal har under informationsmötena fått upp ögonen för arbetet, fått sina roller i teamet förtydligade, samt fått ett ökat engagemang, vilket lett till att man hittat möjligheter att träffas och genomföra skattningarna tillsammans.

Med tanke på pandemin har en del informationsmöten hållits digitalt via TEAMS – vilket är ett bra komplement, men som försvårar interaktionen med deltagarna.

Vinster med projektet, enligt de projektanställda personerna

- Tydliga förbättringar i arbetssätt och dokumentation på enheterna.
- Kvalitetsökning för patienterna.
- Att se alla positiva krafter som finns hos medarbetare ute i verksamheterna, bara någon ger stöd och bekräftar.
- Att på så kort tid ändå hinna få till/se förbättring och utveckling hos verksamheterna.
- Den största vinsten blir naturligtvis för personen med demenssjukdom, då hen får en ökad möjlighet till livshälsa och livskvalitet, eftersom en kunnig och engagerad personal både kan motverka och avleda BPSD på ett proffsigt sätt i ett tidigt skede.
- Pandemiutbrottet som snabbt ledde till utveckling av digitala möten vilket sparar tid och resurser. Många gånger föredras detta i de högre chefsnivåerna och kan klämmas in i agendan. På så sätt kan digitala möten vara ett redskap och delvis effektivisera arbetet med att inspirera till ett kvalitativt BPSD-arbete ute i kommunerna.
- Att många "ögon öppnats" för hur mycket man kan använda data från registret.
- Att personal, trots pågående pandemi, engagerar sig och hittar aktiviteter i vardagen som förgyller och höjer livskvalitén för de personer de vårdar.
- Jag har inte mött någon som varit negativ i sina tankar runt BPSD-registret eller arbetet kring förbättringsarbetet.
- Jag ser vinster med att börja uppifrån och ner i organisationen att alla kan förstå den inlagda datan och efterfråga den.
- Enheter som tidigare jobbat aktivt med BPSD-registret och där arbetet gått ner eller upphört har återupptagit arbetet och har fått mer kunskap om hur de kan använda resultaten till att förbättra verksamheterna.

Utmaningar med projektet, enligt de projektanställda personerna

- Pandemin
- Den korta projektiden
- Chefer/ledare/sjuksköterskor som saknat kunskap om BPSD-registret
- Bristande engagemang från ledning/nämnd
- Tekniken – att helt plötsligt ställa om till digitala möten

Några citat från de projektanställda personerna

Nedan följer några citat från de projektanställda personernas redovisningar.

”En riktig ynnest har varit att få se när ”femöringen” trillar ner hos enhetschefer, personal, sjuksköterskor och arbetsterapeuter/sjukgymnaster, samt att fysiskt få känna hur deras engagemang och iver går i taket. I en kommun till exempel, ville personalen inte gå hem när informationsmötet var slut - trots att klockan var långt över 16.00. Deras nytändning och engagemang gjorde att de omöjligt kunde sluta – så de diskuterade ivrigt vidare om hur de skulle gå vidare med sitt BPSD-arbete, även efter att jag gått.”

”En oväntad vinst är de goda exempel man fått ta del av, och som man kan använda för att enkelt motivera att arbeta kvalitativt och teambaserat med BPSD-registret. Ett sådant exempel som jag fick berättat för mig är om en kvinna som hade 71 NPI-poäng, och höga staplar av det mesta vid BPSD-skattning. Vid kartläggning såg man att kvinnan inte fick tillräckligt med mat relaterat till sitt behov. Kvinnan var dock svår i maten och ville inte äta. Man provade och testade olika åtgärder, men utan resultat. Till slut var det en undersköterska som kom på att det kanske var synen som påverkade kvinnan – som sa att det var larver i maten – och därför inte ville äta. Man provade att passera maten till kvinnan och redan vid första försöket så åt hon. På ett dygn rasade kvinnans alla staplar ner till noll! Hallucinationerna, ångesten, den motoriska oron, vanföreställningarna, agitationerna – ALLT var som bortblåst.

Ovanstående exempel är inte unikt – vi träffar dem dagligen, men lösningen och det snabba resultatet är häpnadsväckande och en aha-upplevelse för alla som får den berättad för sig. Exemplet är kraftfullt och mycket inspirerande, eftersom;

- *Alla förstår*
- *Alla har mött någon som kvinnan i exemplet*
- *Alla inser vilken lättnad det måste blivit, både för kvinnan, de medboende och personalen*

Och exemplet leder tankarna naturligt vidare till:

- *”Var det så enkelt?”*
- *”Tänk om vi kunde hitta nyckeln till ...?”*

”Okunskapen och vetskapen om BPSD – registret i de högre leden! Att man som chefer i olika befattningar och politiker inte har en aning om vilka verktyg som vi har i omsorgen – det gjorde mig lite chockad”



”För att arbetet med BPSD-registret ska få full slagkraft och gagna personen med demenssjukdom på bästa sätt, så behöver BPSD-arbetet vara förankrat och prioriterat, i alla led uppifrån och ner i kommunen.”

Informationsmöten

Informationsmöten hölls med deltagare från följande kommuner: Arvika, Bollebygd, Borås, Eda, Filipstad, Forshaga, Grums, Gävle, Hagfors, Herrljunga, Kalix, Karlshamn, Karlskrona, Karlstad, Kil, Kiruna, Kristinehamn, Linköping, Munkfors, Norrköping, Ockelbo, Olofström, Ronneby, Sandviken, Storfors, Sunne, Svenljunga, Säffle, Söderköping, Sölvesborg, Torsby, Tranemo, Ulricehamn, Valdemarsvik, Visby

Från följande regioner: Region Värmland och Region Norrbotten

Deltagare vid informationsmöten var många olika professioner/funktioner: Äldreomsorgschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), undersköterska, sjuksköterska, läkare, verksamhetschef, enhetschef, arbetsterapeut, demenssjuksköterska, HSL-chef, öppenvårdschef, fysioterapeut, anhörigsamordnare, utvecklingsledare, dietist, medicinskt ansvarig rehab (MAR), omvårdnadsnämnden, socialchef