Att bevara ett framgångsrikt arbetssätt genom effektiviseringar på arbetsplatsen.

-Risker och framgångsfaktorer.

Namn: Helen Edvardsson
Kurs: Examensarbete 25 YH-poäng
Specialistundersköterska inom demens
Läsår 2022-2024
Lärare Annica Liljefalk, Majvor Eriksson

Abstract (sammanfattning)

Engelska : In caring for people with cognitive limitations, as in many other areas of activity, ways of operating come and go. Some methods stop being used because they have become outdated, while other approaches simply disappear, even if they show good results. In most cases, no decision has been made to end the method, but it has simply run out of use.

The purpose of this study is to identify the risks of working practices disappearing as a result of the rationalisation and change that is inevitable in all organisations. The study also aims to highlight the success factors that exist for a good working method to live on.

A multi-professional team working on behavioural and psychological symptoms of dementia, BPSD, was used as an example. To illustrate the importance of multi-professional teamwork in relation to behavioural and psychological symptoms of dementia, these symptoms and their possible causes are described in the background to the study.

The study also shows that streamlining has some impact on residents. Despite the fact that the same number of team meetings were held, well-being deteriorated. The likely reasons are that the nursing interventions are not sufficient when balanced against what staff are able to do.

The conclusion of the study shows that success factors are that the vision is supported and prioritised by management and that knowledge is continuously added. Knowledge of the method at all levels, including management, ensures success in implementation. The risks of a method disappearing are exactly the opposite: that the work is not demanded and prioritised at all levels, and that knowledge is depleted as knowledgeable people leave and new knowledge is not added. It seems that knowledge is the most important factor.

Svenska: Inom vården av personer med kognitiv sjukdom liksom många andra verksamheter tenderar arbetsmetoder att komma och gå. Vissa metoder slutar användas då de blivit föråldrade och daterade medan andra arbetssätt bara försvinner även om de visar på goda resultat. Oftast har inget beslut tagits om att avsluta arbetssättet utan det har bara runnit ut i sanden.

Syftet med denna studie är att kartlägga vilka risker som finns för att arbetsmetoder skall försvinna vid de effektiviseringar och förändringar som är oundvikliga i alla verksamheter. Studien vill också belysa vilka framgångsfaktorer som finns för att en bra arbetsmetod skall kunna leva vidare.

Som exempel har ett multiprofessionellt teamarbete kring beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom, BPSD, tagits. För att tydliggöra vikten av multiprofessionellt teamarbete just vid beteendemässiga och psykiska symtom vid kognitiv sjukdom beskrivs dessa symtom och vad som kan ligga bakom i bakgrunden till studien.

Studien visar också att effektiviseringen påverkar dem som bor på boendet till viss del. Trots lika många teammöten som tidigare har måendet försämrats. Trolig orsak är att omvårdnadsåtgärderna inte blir tillräckliga när de balanseras mot vad personalen har möjlighet

att utföra.

Slutsatsen av studien visar att framgångsfaktorer är att visionen bärs och prioriteras från ledningen och att kunskap tillförs kontinuerligt. Kunskap om metoden på alla nivåer, även ledningen, ger framgång i utförandet. Riskerna för ett arbetssätt att försvinna är precis det motsatta, att arbetet inte efterfrågas och prioriteras i alla led och att kunskapen utarmas när kunnig personal slutar och ingen ny kunskap tillförs. Den avgörande faktorn verkar alltså vara kunskap.

Innehållsförteckning

Inledning ……1

Syfte och frågeställning ……..2

Material och metod ……2

Metoddiskussion ……3

Begreppsdefinitioner ……..4

Bakgrund ……....5

BPSD, vad är det? ……...5

BPSD-registret ……5

Bakomliggande orsaker till BPSD ……..6

Tidigare multiprofessionellt teamarbete ……6

Förändringen ……..8

Resultat ……..9

Analys och resultatdiskussion……...11

Sammantagen analys……....13

Referenslista……15

Bilaga 1

Bilaga 2

Inledning

Socialstyrelsens skriver i de nationella riktlinjerna, Vård och omsorg vid demenssjukdom, Stöd för styrning och ledning att "Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda vård och omsorg utifrån ett multiprofessionellt teambaserat arbetssätt till personer med demenssjukdom (prioritet 1)" (2017, s.42).

På det demensboende jag valt att studera har man under flera år haft ett framgångsrikt teamarbete med registrering i kvalitetsregister. Det ena registret som används är Senior Alert som är ett register där risker för undernäring, fall, trycksår och ohälsa i munnen registreras och åtgärder vidtas när risker finns (Om senior alert, u.å.). Det andra registret är BPSD-registret där beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom skattas för att sedan i teamet tillsammans finna åtgärder och sätt att bemöta personen för att minska dessa symtom (Om BPSD-registret, u.å.).

Jag har valt att studera den delen som rör arbetet med BPSD eftersom det är det arbete som är specifikt riktat mot vården av personer med kognitiv svikt och demenssjukdom. Då 90% av dem som har en kognitiv sjukdom någon gång drabbas av BPSD (Socialstyrelsen, nationella riktlinjer, s.38) är detta ett viktigt arbete för att öka välbefinnande och livskvalitén för dem.

I de nationella riktlinjerna, Vård och omsorg vid demenssjukdom, stöd för styrning och ledning, lyfter Socialstyrelsen vikten av uppföljning av personer med demenssjukdom och utvärdering av insatta omvårdnadsåtgärder (2017, s. 39). Således är detta arbete viktigt att bibehålla även vid förändringar och effektivisering.

I kommande avsnitt vill jag förutom att beskriva vilka förändringar som gjorts på boendet och vad de fått för konsekvenser också redogöra för vad beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom är samt hur registreringar i BPSD-registret går till. Anledningen är att ge en större förståelse för vikten av detta multiprofessionella arbete.

Syfte och frågeställningar

Förändringar i verksamheten sker hela tiden och kommer alltid att ske. Historiskt är alltid risken stor vid en förändring att goda arbetssätt går förlorade. Det i sig ger sedan motstånd mot implementering av nya arbetssätt då vård- och omsorgspersonalen med tidigare erfarenhet av detta inte förväntar sig att nästa metod heller skall bli något bestående. Tidigare erfarenheter styr reaktion på förändring, skriver Angelöw (2010, s. 16). Just därför är det av vikt både för det arbete som är nu och för framtiden att analysera hur man kan bevara de arbetsmetoder som är bra genom förändring. Metoder som syftar till ökat välmående kan riskera att prioriteras bort vid stora förändringar även om inte det är avsikten från början. Avsikten är också att titta på hur dessa förändringar påverkar måendet hos dem vi vårdar.

Frågorna som ställs i detta arbete är därför:

-Vilka är riskerna och framgångsfaktorerna för att bevara goda arbetssätt genom effektivisering och förändring?
- Påverkas måendet hos dem vi vårdar av effektivisering av ett arbetssätt.

Material och metod

Till stor del kan fältstudier räknas till metoden. Fältstudier har bedrivits på plats genom aktivt deltagande i det beskrivna arbetet under de senaste åren. Den kvalitativa analysen av fältstudien syftar till att se om verksamhetens mål uppfylls. Analysen kan också tydliggöra vilka faktorer som styr om målet uppfylls eller ej, **riskfaktorer och framgångsfaktorer.**

Som metod för utvärdering av förändringsarbetet har en kvantitativ jämförelse gjorts av de data som går att finna i BPSD-registret. Då det är ett nationellt kvalitetsregister kan man jämföra olika enheters data med kommun, län och riket.

Detta har genomförts dels genom sökningar i det som kallas kvalitetsindikationer som ligger offentligt på BPSD-registrets hemsida (u.å.) och dels genom de visualiseringar man har tillgång till som inloggad registrator i registret.

Alla data på personnivå är avidentifierat i registret och namn på det aktuella boendet och kommun har också maskerats då avsikten inte är att ange en specifik kommuns arbete utan generellt se på vad som är framgångsfaktorerna och riskerna för ett fungerande multiprofessionellt arbete kring BPSD i tider av förändring.

Övrig metod har varit litteraturstudier av främst kurslitteratur som berör ämnet men också studier av artiklar och webbsidor. Sökord som använts är BPSD, Senior Alert, NPI, Cummings, Oxazepam, Risperidon och smärta.

Metoddiskussion

Det är naturligtvis svårt att mäta resultat på ett arbete som syftar till välmående hos en grupp personer som ofta inte själva kan svara på om livet blivit bättre eller sämre efter en förändring.

Att arbetet då innebär registreringar i BPSD-registret gör ju att vi ändå har en möjlighet att läsa av den statistik vi får av våra registreringar. Analysen av denna data anser jag ger en fingervisning om de vi vårdar har påverkats av effektiviseringen.

När man analyserar data från BPSD-registret skall man ha med sig att det är förhållandevis få som skattas varje månad i den aktuella kommunen om man jämför med länet och riket. Poäng för den enskilde personen ger ett stort utslag på översikten. Det gör också att det blir enstaka toppar och dalar i stapeldiagrammet.

Jag har valt att jämföra olika variabler och förekomsten av BPSD-symtom från när förändringen först infördes juni 2023 till och med mars månad 2024 med samma månader året innan. De symtom jag valt att koncentrera mig på är agitation, ångest, depression, motorisk oro och sömnsvårigheter. Att endast jämföra dessa symtom gjorde jag framför allt för att begränsa arbetets omfattning.

I kvalitetsindikationerna på BPSD-registrets hemsida (u.å.) kan man finna data för läkemedel som skall användas med försiktighet till personer med kognitiva sjukdomar som t ex Risperiodon (FASS, 2024.) ett neuroleptikum. Att se om detta eller liknande preparat används mer nu än tidigare hade kunnat vara av värde men då enheten är liten, inte alla boende personer skattas varje gång och läkemedlet används av få vårdtagare blir det svårt att se någon förändring under såhär kort tid och det blir utspridd data som är svårt att tolka. Av samma anledning valde jag att inte ta med demenssymtom som vanföreställning och hallucinationer i den jämförande analysen. Detta hade varit intressant att titta på i en längre och mer omfattande studie.

Läkemedlet Oxazepam (FASS, 2024.) är mer vanligt förekommande och därför blir det mer meningsfullt att ta med det i analysen och lättare att se ett mönster.

Den data som har hämtats från den visualisering som erbjuds i BPSD-registret när man är inloggad administratör och från de kvalitetsindikationer som återfinns på den offentliga hemsidan (BPSD, u.å.), bifogas som bilder i bilaga 1.

Fältstudierna syftar till att se hur det förändringsarbete som gjorts följer den modell för framgångsfaktorer vid förändring som kan ses i (Bilaga 2, Bild 1). Denna modell publicerades på teams av Majvor Eriksson, ursprunget är osäkert men sägs komma från det amerikanska teknikföretaget Raytheon.

Då fältstudien bygger på iakttagelser som gjorts under senaste året då jag deltagit i teamarbetet på boendet finns det inga validerande referenser utom mina egna erfarenheter. Data som stödjer eller motsäger detta skulle kunna tas fram genom att studera åtgärder nu och historiskt på personnivå i BPSD-registret. En annan källa skulle kunna vara det digitala verktyg för signering som används på boendet, MCSS-appen (Appva, Medication Care Support System u.å.) där åtgärder läggs in för signering. Där skulle man också kunna hämta data för att se hur många åtgärder som faktiskt blir gjorda och om det är någon skillnad efter effektiviseringen. Som jag nämnt tidigare behöver arbetet begränsas i omfattning så studier av ovanstående får göras vid ett annat tillfälle.

Begreppsdefinitioner

I arbetet används det äldre begreppet demenssjukdom för kognitiv sjukdom. Det beror på att litteraturen och hemsidorna där jag sökt information använder sig av detta begrepp. Kognitiv sjukdom används för samma sak när det inte direkt kopplas till referenserna.

BPSD-registret, Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom.

FASS, Farmacevtiska specialiteter i Sverige

Övriga förkortningar förklaras i texten.

Bakgrund

BPSD, vad är det?

BPSD står för beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom.

Socialstyrelsen skriver att nio av tio personer med kognitiv sjukdom någon gång drabbas av detta under sin sjukdomstid. Skovdahl m.fl (2020, s. 228) hävdar i boken *Att möta personer med demenssjukdom* att så många som 97 procent drabbas. Det innebär att i stort sett alla mer eller mindre utvecklar dessa neuropsykiatriska symtom förr eller senare vid kognitiv sjukdom.

Skovdahl m.fl. delar in symtomen i beteendemässig och psykiska symtom. Till de beteendemässiga symtomen anser de symtom såsom vandrande, rastlöshet, apati och aggressivitet hör. De psykiska symtomen menar de är oro, sömnproblem, nedstämdhet, vanföreställningar och hallucinationer (2020, s.228).

BPSD-registret

Den skattningsskalan som BPSD-registret använder sig av för att skatta graden av symtom hos personer med kognitiv svikt och demenssjukdom kallas NPI-12, Neuropsychiatric Inventory, och är framtagen av J.L Cummings m.fl. (American Psychological Assosiation, 2011,).

Den NPI-skala som används i Sverige är översatt av Evy Granvik och innehåller tolv symtom som skattas. De är vanföreställningar, hallucinationer, Agitation/upprördhet, depression/nedstämdhet, ångest, upprymdhet/eufori, apati/likgiltighet, hämningslöshet, lättretlighet/labilitet, motorisk rastlöshet, sömnstörning och matlust/ätstörning (Svenskt Demenscentrum, u.å.).

Symtomen skattas i förekomst 1–4 poäng och allvarlighetsgraden 0–3 poäng. Varje delsymptom multipliceras till en delsumma som sedan adderas ihop med övriga delsummor. Maximalt kan det ge 144 poäng på NPI-12. Ju högre poäng, desto svårare symptom (Svenskt demenscentrum, u.å.).

När det gäller arbetet mot BPSD skulle jag vilja hävda att det snarare är varje delsumma i sig som är viktigare är den sammantagna poängen. Det bygger jag på att åtgärder som tas fram på teammötet riktar sig mot de enskilda symtomen snarare än alla sammantaget.

Bakomliggande orsaker till BPSD

Skovdahl m.fl lyfter vikten av att förstå de bakomliggande orsakerna till BPSD. De menar att en person med kognitiv sjukdom har mycket svårt att tolka och bearbeta information korrekt. Feltolkningarna kan tex leda till aggressivitet och vanföreställningar (2020, s. 229). Andra bakomliggande orsaker kan vara trötthet, hunger, smärta, rädsla, infektioner eller biverkningar av läkemedel.

De vanligaste bakomliggande orsakerna gås igenom vid en skattning och registrering i BPSD-registret för att säkerställa att man inte missar några sådana orsaker.

En sådan sak är till exempel miljööversyn, vilket innebär att man säkerställer att miljön runt personen skapar ett sammanhang och är lättförståelig. Man tittar till exempel på ljud som stör eller ljus som kan vara för starkt eller svagt. Hittar personen det den behöver, till exempel toalett, har personen de hjälpmedel hen behöver för att vara så självständig som möjligt m.m. Universell utformning, UU, är ett designbegrepp för standardisering av miljöer (Solheim, 2019, s. 191). Solheim sammanfattar UU:s principer för demensvänlig miljö med: förenkling, överskådlighet och igenkänning (2019, s. 192).

Ett annat område och kanske det viktigaste är att säkerställa att personen är smärtfri. Smärta är en stor orsak till BPSD. Professor Peter Strang vid Karolinska Institutet skriver i en artikel om en studie gjord av Yu-Jung Wei m.fl. 2021 som visar att personer med smärta har 28 procent större risk att utveckla BPSD och risken för depression ökar hela 67 procent vid långvarig smärta (Palliativt kunskapscentrum, 2021). Hanson och Solheim (2019) poängterar att smärta inte endast är av fysisk karaktär utan också kan vara psykisk, social eller existentiell. De lyfter begreppet “Total pain” (2019, s. 316) för smärtlindring med ett helhetsperspektiv.

Ser man till det som kan orsaka BPSD hos en person med kognitiv nedsättning blir det tydligt varför det behövs ett team av människor med olika professioner och infallsvinklar för att hitta lösningar som gör att personen får ett större välmående.

Tidigare Multiprofessionellt Teamarbete

Boendet jag har studerat har länge haft ett väl fungerande Multiprofessionellt Teamarbete med hög kunskap om arbetet med BPSD, beteendemässiga och psykiska symtom vid kognitiv sjukdom. Rutinerna för detta arbete var initierat av engagerade enhetschefer och en framsynt kommunledning som såg många fördelar med multiprofessionellt teamarbete förutom

följsamheten till Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

Demenssjuksköterskan i kommunen utbildade all personal inklusive de vikarier som gick på längre vikariat till registratorer. De som sedan inte fick rollen som registrator på avdelningen fick då ändå kunskap om arbetssättet Dessa utbildningar förekom löpande för att fånga upp nyanställd personal. På dessa utbildningar deltog även enhetschefer och legitimerad Hälso- och sjukvårdspersonal. Demenssköterskan höll också i årliga Uppföljningsträffar för registratorerna. Utbildningarna och uppföljningarna bidrog till kompetensen men också till att upprätthålla motivationen.

Boendet hade fyra teamledare, en för varje avdelning. Teamledarna hade stor erfarenhet av vård av personer med kognitiv sjukdom och hade arbetat med BPSD-registret under många år. Teamledarna var behjälpliga med skattningar om kontaktpersonen önskade och ansvarade också för planering av teammöten.

Varje avdelning hade ett teammöte en gång i månaden. På teammötet deltog Patientansvarig sjuksköterska, Arbetsterapeut, Fysioterapeut, Demenssjuksköterska, kontaktperson, teamledaren och Senior-Alert registratorn.

Tre vårdtagare togs upp utifrån de skattningar som var gjorda i kvalitetsregister Senior Alert (Om Senior Alert, u.å.) och BPSD-register (Om BPSD-registret, u.å.). Förutom dessa tre gjordes också en uppföljning av de åtgärder som togs fram för tre vårdtagare vid förra månadens möte. Att vården skall erbjuda återkommande uppföljningar och utvärderingar har rekommendationen "*bör*" i Socialstyrelsens nationella riktlinjer (2017, s.38). Skulle någon vårdtagare på avdelningen ha ökade besvär togs också hen med på teammötet förutom dem på den preliminära årsplaneringen Teamledaren gjort i början av året.

Det strukturerade multiprofessionella teamarbetet gav stor följsamhet till Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom (2017). I BPSD-registrets visualisering på statistik kan man bland annat se att dygnsdosen hos dem som använder det lugnande läkemedel Oxazepam varit lägre än riksgenomsnittet (Bilaga 1, bild 1) sedan pandemin. Antalet personer i BPSD-registret som behandlats med Oxazepam har i kommunen varit färre än genomsnittet för länet och riket (Bilaga 1, bild 2). Under pandemin och året som följde närmade sig kommunen enligt statistiken riksgenomsnittet men har historiskt legat under.

Förändringen

Våren 2023 står det aktuella boendet inför stora förändringar. Effektiviseringar och besparingar som förutom neddragning av personaltätheten hos vård- och omsorgspersonalen också leder till chefsbyten. Angelöw beskriver just effektiviseringar och byte av ledarstil vid chefsbyten som två vanliga orsaker till förändringar på våra arbetsplatser i boken *Framgångsrikt förändringsarbete, om individ och organisation i förändring* (2010, s. 12). Neddragningen av personaltätheten bland vård- och omsorgspersonalen innebär en sänkning med ca 25% av den tidigare personalstyrkan dagtid. Vård- och omsorgspersonalen har mindre tid att göra de skattningar som skall göras innan teammötet och mindre tid att genomföra de åtgärder som beslutats för vårdtagaren på teammötet. Teamledarna går från att vara fyra till två, vilket innebär att hen ansvarar för planeringen på två avdelningar.

Förutom denna effektivisering går också kommunens demenssjuksköterska i pension vilket gör att kommunen inte längre har någon utbildare i BPSD-registret. Teamledarna får jobba med att hålla motivationen till arbetet med registreringar hos arbetsgruppen uppe när inte demenssjuksköterskan längre underhåller motivationen med utbildningar och uppföljningar.

Flera av personerna i ledande position i kommunen med kunskap och engagemang i hur arbetet med BPSD bedrivs har inte kvar sina roller. Det blir nu annan engagerad legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt kunnig vård- och omsorgspersonal som får värna om arbetssättet med BPSD-registret och det multiprofessionella teamarbetet.

Angelöw (2010, s.112) benämner den första fasen i en förändring som initieringsfasen. I detta fall innebär det en omstrukturering av ett arbetssätt som redan är i bruk.

Mindre resurser gör att det ses över vad som kan göras effektivare, så också teamarbetet. Man analyserar hur tiden för teammötet kan kortas ner för att frigöra tid för vård- och omsorgspersonalen men inte minst för den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen. Antalet skattningar per månad ses över för att minska belastningen för vård- och omsorgspersonalen. Riktlinjerna är dock att alla vårdtagare skall tas upp på teammöte minst 2 gånger om året. Tidigare har det på grund av hur årsplaneringen legat kunnat bli fler tillfällen för vissa vårdtagare. Nu skall detta endast vara för dem som behöver extra uppföljningar.

Resultat

Kvalitativ fältstudie

Ledningens ambition att fortsätta med teamarbetet och bland annat BPSD-registret kvarstår, inte minst för att det är något som Socialstyrelsen rekommenderar. Resultaten av tidigare arbete är också tydligt positiva och något man vill hålla kvar vid. Ser man till den schematiska bilden över framgångsfaktorer (Bilaga 2, bild 1) som ofta refereras till när man talar om framgångsfaktorer i ett förändringsarbete, betyder det att ledningen har vision och motivation framför allt i form av styrning från socialstyrelsen. Nya enhetschefer har också en vilja och engagemang till arbetet men får söka kunskapen på egen hand. En brist på kompetens föder oro och osäkerhet enligt bilden (Bilaga 2, Bild 1).

Sedan demenssjuksköterskan gick i pension våren 2023 har det inte varit några utbildningar i BPSD-registret och kognitiva sjukdomar för personal i något led. Majoriteten av de som arbetar i direkt hälso- och sjukvård samt omvårdnadspersonalen har fortfarande kunskaper sedan tidigare utbildningar. Ser man till den schematiska bild över framgångsfaktorer (Bilaga 2, bild 1) som använts som referens i studien, bär de visionen, de "vet vad", och har också kompetensen att utföra arbetet.

Då de flesta arbetat med denna metod en längre tid har de också erfarenhet av att det fungerar som i sin tur gör att motivationen ökar "alla vill"(Bilaga 2, bild 1). Det sker i dagsläget en kunskapsöverföring från den mer erfarna personalen till ny personal. Kompetensen är dock bara en del av området "Vi kan" där den andra är "resurser"(Bilaga 2, bild 1).

Legitimerad personal från rehabenheten har tidigare deltagit på teammötet med både fysioterapeut och arbetsterapeut, nu har endast en möjlighet att delta av tidsmässiga skäl.

Hälso- och sjukvårdspersonalen, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut har fortsatt en hög motivation till multiprofessionellt teamarbete och ser vinster med detta. Problem uppstår då de bokas på andra uppdrag eller möten som de inte kan styra över själva.

På grund av tight schemaläggning finns inte alltid möjlighet för kontaktpersonen att delta på teammötet. Då det är de som utfört NPI-skattning och skall "föra den boendes talan" på mötet blir detta en brist i följsamhet.

I den schematiska bilden över framgångsfaktorer (Bilaga 2, bild 1) är det i ovanstående fall boxen "resurser" som fallerar. I detta fall är resurserna tid som gör att teamarbetet prioriteras

lägre än tidigare.

På teammötet tas det hänsyn till att de åtgärder som tas fram för brukaren är rimliga för vård- och omsorgspersonalen att hinna med. En ny uppgift för teamledaren blir att balansera åtgärderna mot BPSD som beslutas, gentemot de resurser i form av personal som finns på avdelningen. Ett exempel kan vara en promenad som tidigare var tidsatt till 30 minuter, nu ofta sätts till 15 minuter.

Alla personer som har kognitiva sjukdomar på boendet skattas med NPI-skala och tas upp på teammöte minst 2 gånger om året inklusive uppföljning precis som det rekommenderas från Socialstyrelsen (2017, s.38) och BPSD-registret (u.å.)

Kvantitativ jämförelse i BPSD-registret

Antalet skattningar enligt NPI är i stort sett oförändrat om man jämför perioden 22-06 till 23-03 med 23-06 till 24-03 (Bilaga 1,bild 6). Faktum är att under den första perioden är det 85 skattningar gjorda på boendet och under den senare perioden, efter effektiviseringen, gjordes 87 skattningar.

Skattningarna görs med fullständiga team vilket innebär att både hälso-och sjukvårdspersonal och vård-och omsorgspersonal är närvarande. Vid några få tillfällen har skattningar och registreringar i BPSD-registret gjorts utan fullständigt team vilket också skedde tidigare men inte lika ofta (Bilaga 1, bild 6).

Vid en jämförelse av stapeldiagrammet från 2023–24 (Bilaga 1, bild 3) och det från 2022–23 (Bilaga 1, bild 4) som visar förekomsten av de fem variablerna agitation, depression, ångest, motorisk rastlöshet och sömnstörning ser man en liten men ändock ökning av 4 av 5 symtom. De symtom som ökat mest är agitation och motorisk rastlöshet men även ångest och sömnstörning har ökat sedan effektiviseringen påbörjades. Den variabel av dem som tagits med i studien som inte har ökat efter effektiviseringen är depression. De skattade tecknen på depression har istället minskat om man ser på diagrammen (Bilaga 1, bild 3 och 4).

Behandlingen av personer med kognitiv sjukdom på det aktuella boendet innebär oftare högre doser av läkemedlet Oxazepam (FASS, u.å.) än tidigare. Det har skett en stegvis ökning sedan sommaren 2023 enligt visualiseringen i BPSD-registret (Bilaga 1, bild 5). De offentliga kvalitetsindikationerna i nämnda register för samma läkemedel gör gällande att dygnsdosen för dem som använder detta läkemedel i kommunen fr.o.m. 2023 överstigit doseringen i övriga

länet och riket något (bilaga 1, bild 1).

Analys och resultatdiskussion

Analys av Kvalitativa Fältstudier

När man tidigare reflekterat över framgångsfaktorerna för att det multiprofessionellt teamarbetet i kommunen fungerat så bra har man varit enig i att det till stor del har handlat om att detta arbete har prioriterats i alla led. Motivation och kunskap om värdet av arbetet har varit förankrat från ledningen till vård- och omsorgspersonalen. Att inte prioritera tiden för teammötet signalerar från ledningen att det inte är viktigt. Resurser ges då inte till att kunna utföra ett multiprofessionellt teamarbete och precis som modellen för framgångsfaktorer visar (Bilaga 2, bild 1) leder det till frustration.

Slutsatsen av den kvalitativa analysen är att boendet även efter förändringsarbete och effektivisering lever upp till de kvalitativa målen att genomföra ett multiprofessionellt teamarbete och att vården av alla boende med kognitiva sjukdomar skall gås igenom och utvärderas två gånger om året. Man följer också den årsplan som finns utan större förändringar. Anledningen till att arbetssättet fortlever tycks vara kunskapsöverföring mellan personalen och att motivationen är så hög att den övervinner den frustration som blir av att tid till detta arbete inte prioriteras. En stor risk är att om de personer som idag är bärare av denna kunskap och kompetens av någon anledning slutar eller byts ut blir det svårt att upprätthålla motivationen till arbetet. Motivationen vilar också på skör grund. När prioriteringar i vårdarbetet behöver göras av tidsbrist hörs allt oftare röster om att minska på det administrativa arbetet dit skattningar och möten hör även bland vård- och omsorgspersonalen.

Riskerna som utkristalliserar sig här är ***brist på resurser*** i form av prioriterad tid för alla deltagande yrkesgrupper och en ***utarmning av kompetensen*** när ingen ny kunskap tillförs. När det gäller kunskap är det viktigt i alla led, inte bara hos dem som utför det faktiska arbetet. Även ledningen behöver kunskap om varför arbetet är viktigt och hur man utför det för att kunna tydliggöra och prioritera.

Den framgångsfaktor som syns viktigast är att ***arbetsmetoden är förankrad och förväntad av de som leder arbetet***. I fallet med multiprofessionellt teamarbete kring BPSD kommer förankringen ända från socialstyrelsen. Detta ger motivation i alla led.

En annan mycket viktig faktor är den ***breda kunskap om metoden*** som fortfarande finns bland både hälso-och sjukvårdspersonal och vård-och omsorgspersonal. Tack vare att all personal i ett tidigt skede fick utbildning i metoden blir verksamheten mer stabil och motståndskraftig mot förändringar senare.

Analys av Kvantitativ jämförelse

Antalet skattningar som gjorts och registrerats i BPSD-registret har inte blivit färre trots förändringen i struktur där målet var att minska ner på skattningarna för att frilägga tid för personalen. Anledningen till detta kan vara flera men en är troligtvis att höjningen av symtom som motorisk oro, agitation m.fl. gjort att fler tillfälliga skattningar har behövt göras när de boende har mått sämre än tidigare. Ambitionen att minska vård- och omsorgspersonalens och den legitimerade personalens arbetsbörda efter sänkningen av personaltätheten har således givit ett moment 22 där sänkningen i sig har gjort att fler skattningar och registreringar behöver utföras.

Ytterligare en orsak till att det är fler skattningar nu än tidigare är att patientansvarig läkare anser NPI vara ett pålitligt verktyg som ger honom fingervisningar om hur pågående medicinsk behandling fungerar. Det gör att hen ofta ber om nya skattningar. Som det är nu registreras oftast de skattningarna också i BPSD-registret. Här kan också svaret till att det inte alltid är ett Team (HSL och Vård- och omsorgspersonal) med vid varje skattning finnas (bilaga 1, bild 6)

Vid jämförelse av de fem variabler jag valt ut för detta arbete hade förekomsten av fyra av dem ökat något. Det var ingen stor ökning men tydlig. Då teamarbetet i sig fortfarande förefaller fungera som tidigare är det inte brister i den arbetsmetoden som orsakat ökningarna. Däremot när åtgärder som skall förhindra BPSD tas fram och balanseras mot vård- och omsorgspersonalens resurser, vad de hinner med att göra, blir inte åtgärderna tillräckliga. Denna studie tar inte hänsyn till om åtgärderna blir gjorda eller ej och det är naturligtvis en risk när personalen som skall utföra dem är färre. Att åtgärderna som tas fram är fel skulle kunna vara en annan orsak. Att kontaktpersonen som är den med mest kunskap om den boende i många fall inte deltar på mötet kan förklara detta. De flesta som sitter med på de multiprofessionella teammötena är i övrigt samma personer som tidigare. De har kompetens och kunskap som tidigare men har inte tillförts någon ny kunskap det senaste året.

Att förekomsten av symtomet depression har sjunkit sedan effektiviseringen kan ju förefalla märklig i sammanhanget men kan eventuellt förklaras med det ökade användandet av det

lugnande preparatet oxazepam som man kan se på bild (Bilaga 1, bild 5)

Bilden visar hur användandet av läkemedlet har sett ut sedan juni 2022 till idag, mars 2024. Det går att se en drastisk höjning i juni 2023 som kan förklaras med att neddragningen av personaltätheten började då men man kan också se i början av diagrammet att en liknande höjning förekommit sommaren 2022.

Det är ingen ovanlighet att personer som bor på särskilt boende upplever mer oro och medicinering ökar under sommarmånaderna när personalen är ovan och det kan förekomma brister i rutiner m.m. Skillnaden som jag ser det är att efter sommaren 2023 fortsätter användandet uppåt. Doseringen av detta läkemedel har traditionellt legat klart under länet och riksgenomsnittet på den aktuella enheten, 2023-24 passerade de för första gången sedan pandemin den gränsen. (Bilaga 1, bild 1).

I sammanhanget bör också sägas att oxazepam inte är ett antidepressivt läkemedel utan ett ångestdämpande och lugnande läkemedel (FASS, 2024.)

Anledningen till att läkemedel skall användas med försiktighet är att personer med demenssjukdomar tål läkemedel sämre och lätt "samlar på sig" läkemedel i kroppen på grund av minskad fettvävnad och försämrad njur- och leverfunktion (Rudi & Solheim, 2019, s. 266).

Slutsatsen av den kvantitativa analysen är att effektiviseringen har påverkat måendet hos dem som bor på det aktuella boendet till det sämre. Det förefaller som att beteendemässiga och psykiska symtom hos de boende oftare behandlas med högre doser lugnande läkemedel nu än tidigare. De omvårdnadsåtgärder som utförs kan således inte sägas vara tillräckliga. Dock bör nämnas att boendet nu hamnar på en mer normal nivå för riket snarare än den mycket låga nivå man var på tidigare.

Sammantagen analys

Trots minskade resurser för vård-och omsorgspersonalen bibehåller de en hög kvalitet i vården av personer med kognitiv sjukdom. Det kan antas bero på en fortsatt hög kompetens i personalgruppen. Även om inga nya utbildningar har förekommit det senaste året har fortfarande majoriteten av personalen kunskap om vad som krävs för att lindra BPSD hos personer med kognitiv sjukdom. Nyanställd personal får förlita sig på kunskapsöverföring från sina arbetskamrater och Teamledaren. Utan kontinuitet och strukturer för nytt lärande på arbetsplatsen riskerar arbetsmetoder som bärs av kunnig personal att falla bort menar

Rommedal och Kleveland i boken *Ledarskap inom äldreomsorg* (2024, s.18).

Motivationen till det arbete som krävs hänger ihop med kunskap och kompetens och om inte ny kunskap tillförs finns risk att motivationen minskar. Ännu har vård-och omsorgspersonalen kunskap och erfarenheter som håller motivationen uppe men med en ökande personalomsättning riskerar kunskapen att försvinna.

När inte det multiprofessionella teamarbetet ger samma positiva resultat som tidigare oberoende av vad det beror på minskar motivationen att utföra skattningar m.m. Det blir en självuppfyllande profetia att arbetet inte hjälper. Mindre resurser läggs då på teamarbetet vilket i sin tur gör att resultatet blir ännu sämre.

Sammantaget kan man säga att ***framgångsfaktorer är att visionen bärs och prioriteras från ledningen och att kunskap tillförs kontinuerligt. Kunskap om metoden på alla nivåer ger framgång i utförandet***

Riskerna är således precis det motsatta, att ***arbetet inte efterfrågas och prioriteras i alla led och att kunskapen utarmas när kunnig personal slutar och ingen ny kunskap tillförs.***

Referenslista

Böcker

Angelöw, B. (2010). Framgångsrikt förändringsarbete: om individ och organisation i förändring. Natur & Kultur.

Rommedahl, E. & Kleveland, T. (2024). *Ledarskap inom äldreomsorg: handbok för lärande och utveckling*. (uppl. 1). Stockholm: Gothia kompetens.

Rudi, A.P. & Solheim, K.V. (2019). Läkemedelshantering och demens. I K.V. Solheim, *Demensguiden: förhållningssätt och åtgärder i demensvården.* (upplaga 1: 3). Studentlitteratur

Skovdahl, K., Kihlgren, M., & Blomqvist, K. (2020). Att tolka och förstå beteendeförändringar. I A.K. Edberg (Red.), *Att möta personer med demenssjukdom* (s. 227–249). (uppl. 3:2). Studentlitteratur.

Solheim, K.V. (2019) *Demensguiden: förhållningssätt och åtgärder i demensvården.* (upplaga 1: 3). Studentlitteratur

Sverige. Socialstyrelsen (2017). *Vård och omsorg vid demenssjukdom: Stöd för styrning och ledning.* [Stockholm]: Socialstyrelsen

Internetsidor

American Psychological Assosiation, (2011). *Neuropsychiatric Inventory Construct: Behavioral disturbances in dementia patients* https://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/neuropsychiatric-inventory

Appva. (u.å.). *MCSS - Medication and Care Support System.* Hämtad 24-04-10 från https://appva.com/vi-erbjuder/

BPSD-registret. (u.å.) *Kvalitetsindikationer.* Hämtad 2024-03-24 på https://pharos.skane.se/bpsdj_ki#10

BPSD-registret, (u.å.). Om BPSD-registret, Hämtad 2024-03-24 på https://bpsd.se/om-bpsd-registret/

FASS (u.å.) oxazepam i *FASS, Vårdpersonal.* Hämtad 2024-04-07 på https://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplId=19900202000113

FASS (u.å.) Risperidon i *FASS, Vårdpersonal.* Hämtad 2024-04-17 på https://www.fass.se/LIF/product?nplId=20050111000073&userType=0

Strang, P. (2021). *Smärta och psykiska symtom vid demens.* Palliativt kunskapscenter, Region Stockholm, https://www.pkc.regionstockholm.se/utveckling-forskning/vetenskapliga-referat/smarta-och-psykiska-symtom-vid-demens/

Svenskt Demenscentrum (u.å.). *NPI, Neuropsychiatric Inventory.* Hämtad 24-03-24 från https://www.demenscentrum.se/arbeta-med-demens/verktyg/skattningsskalor-instrument/npi--neuropsychiatric-inventory

Bilaga 1

Bild 1

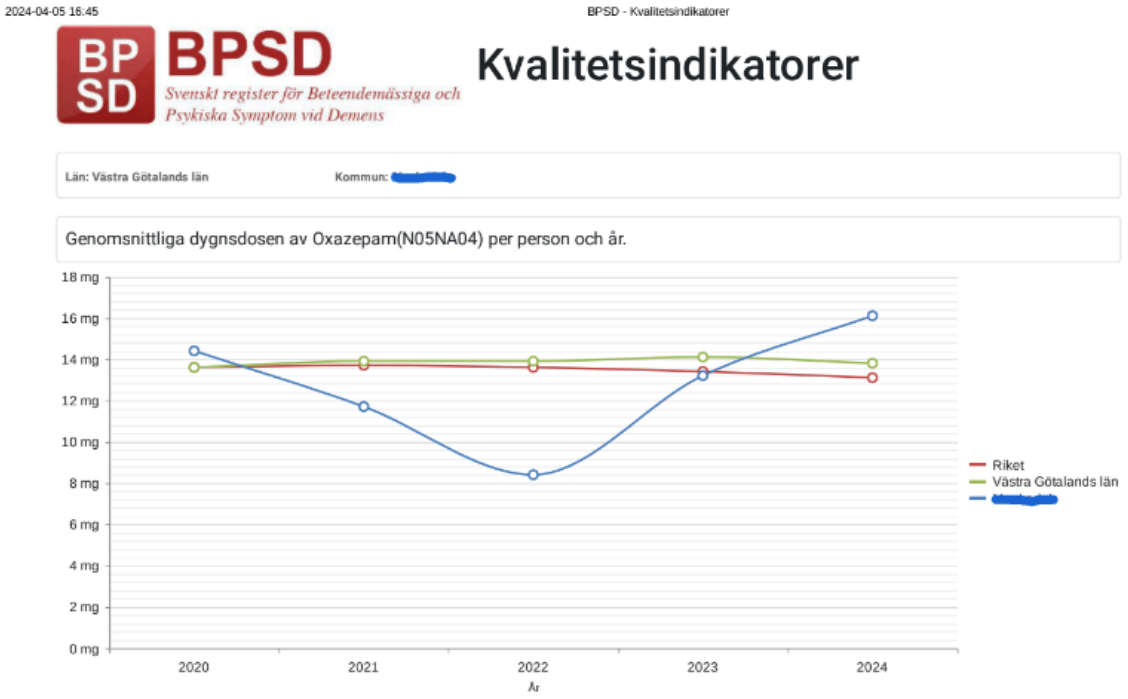


Bild 2

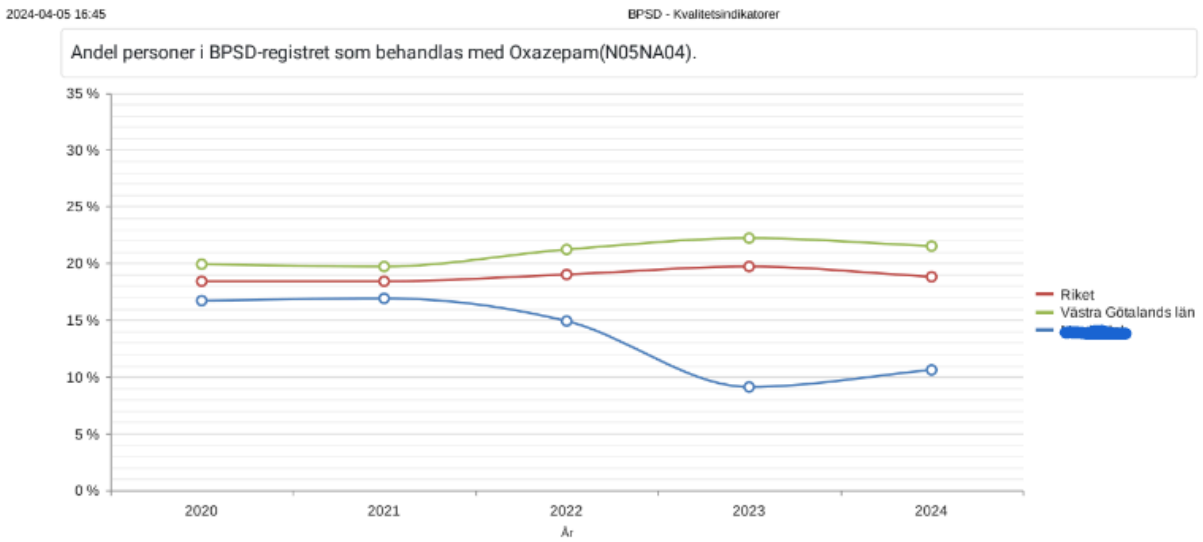


Bild 3

2024-04-07 14:07 BPSD-registret

Visa min enhet - bara registreringar.
Enhet(er): [redacted]
Variabler: Agitation,Depression,Motorisk rastlöshet,Sömnstörningar,Ångest
Tidsperiod: 2022-06 - 2023-03 / **Utskrift:** 2024-04-07
Filter: **Kön:** Alla / **Ålder:** Alla / **Diagnos:** Alla

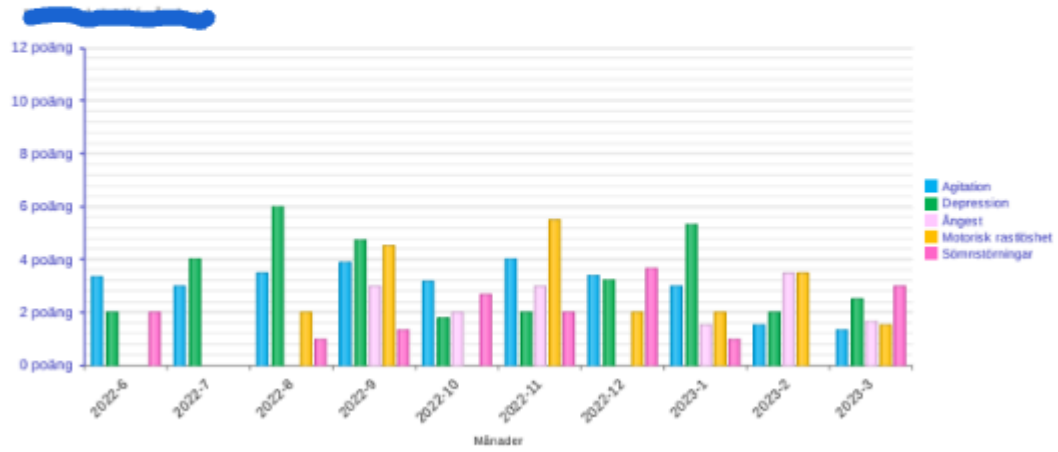


Bild 4

2024-04-07 14:09 BPSD-registret

Visa min enhet - bara registreringar.
Enhet(er): [redacted]
Variabler: Agitation,Depression,Motorisk rastlöshet,Sömnstörningar,Ångest
Tidsperiod: 2023-06 - 2024-03 / **Utskrift:** 2024-04-07
Filter: **Kön:** Alla / **Ålder:** Alla / **Diagnos:** Alla

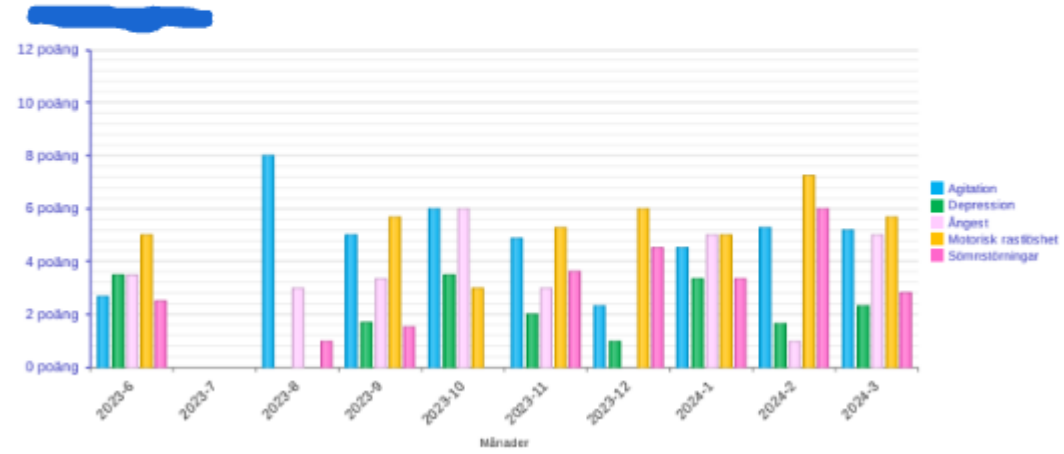


Bild 5

Visa min enhet.
Enhet(er): [redacted]
Variabler: Oxazepam N05NA04
Tidsperiod: 2022-06 - 2024-03 / **Utskrift:** 2024-04-21
Filter: **Kön:** Alla / **Ålder:** Alla / **Diagnos:** Alla

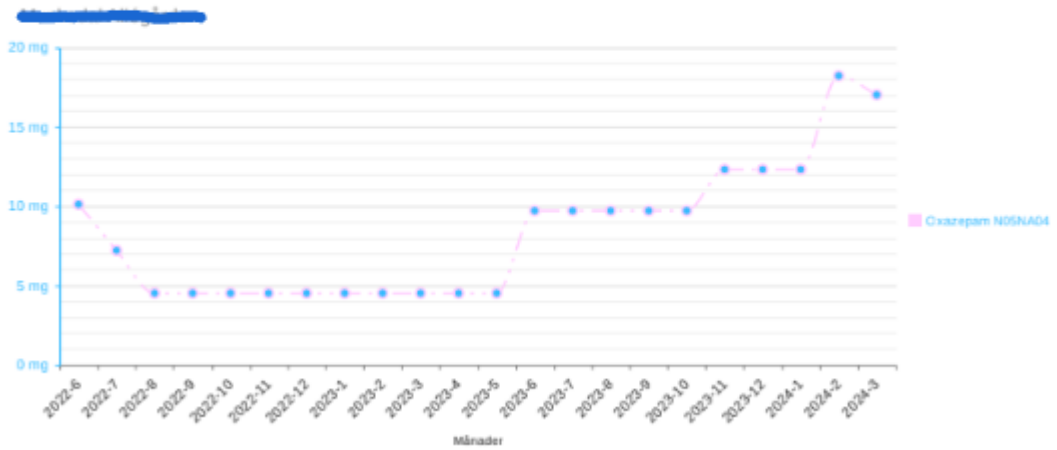
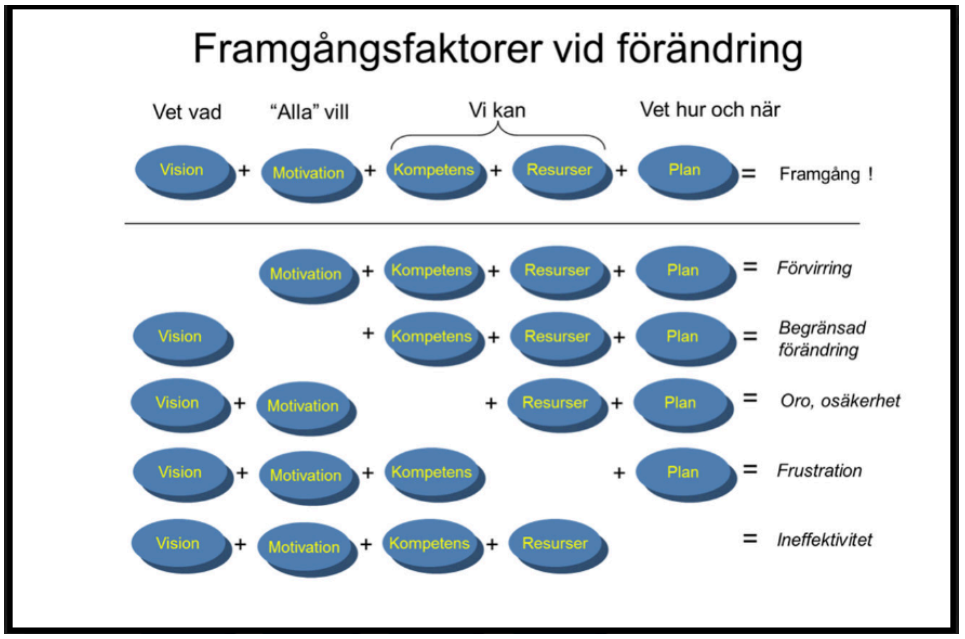


Bild 6

Visa min enhet.
Enhet(er): [redacted]
Variabler: Antal registreringar,Team? - Ja
Tidsperiod: 2022-06 - 2024-03 / **Utskrift:** 2024-04-21
Filter: **Kön:** Alla / **Ålder:** Alla / **Diagnos:** Alla

Bilaga 2

Bild 1



(Det är svårt att vara helt säker på källan på den här modellen. Klart är att modellen går tillbaka minst 30-40 år kanske t o m längre och flera gamla källor uppger att den kan härstamma från ett amerikanskt teknikföretag som heter Raytheon).