



HUR ANVÄNDS BPSD-REGISTRET I STOCHOLMS STAD?

Louise Sundberg
Lars Sonde
Lennarth Johansson

Rapport 2023:1
ISSN 1401-5129

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum är ett kunskapscentrum stiftat av Stockholms stad och Region Stockholm. Vi arbetar för att förbättra äldre personers levnadsbetingelser genom att tillvarata och praktiskt omsätta erfarenheter och forskningsresultat inom områden av särskild betydelse för äldres situation i samhället. Vi genomför forskning och utveckling i egen regi eller i samarbete med eller på uppdrag av andra kommuner och organisationer.

*Läs mer om vår verksamhet på **aldrecentrum.se**. Där hittar du också våra rapporter i digital form.*

Hur används BPSD-registret i Stockholms stad?
Rapport 2023:1
Louise Sundberg, Lars Sonde och Lennarth Johansson
ISSN 1401-5129
© Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum

Citera oss och sprid gärna våra rapporter, men ange alltid källan.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	1
INLEDNING	3
BAKGRUND	4
<i>BPSD-registret.....</i>	<i>4</i>
<i>BPSD-registret i Stockholms stad.....</i>	<i>5</i>
<i>Stiftelsen Äldrecentrums uppdrag</i>	<i>6</i>
GENOMFÖRANDE OCH METOD	8
<i>BPSD-registret.....</i>	<i>8</i>
<i>Intervjuer</i>	<i>10</i>
<i>Mailfrågor – enheter som saknar registreringar</i>	<i>10</i>
RESULTAT	12
<i>BPSD-registret.....</i>	<i>12</i>
<i>Intervjusvar.....</i>	<i>16</i>
<i>Mailsvar – uteblivna registreringar</i>	<i>19</i>
<i>Intervjusvar – uteblivna registreringar</i>	<i>20</i>
DISKUSSION	23
SLUTSATSER	26
BILAGOR.....	27
<i>Bilaga 1 – Metod aspekter BPSD-registret</i>	<i>28</i>
<i>Bilaga 2 – Länsjämförelser</i>	<i>30</i>

SAMMANFATTNING

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum har på uppdrag av Stockholms stads Äldreförvaltning studerat användningen av BPSD-registret i stadens vård och omsorgsboenden. Bakgrunden var att Äldreförvaltningen, efter att ha tagit del av BPSD-registrets öppna statistik, konstaterat att antalet registreringar inte motsvaras av antalet utbildade BPSD-administratörer och sökt förklaringar till detta.

För att besvara uppdragets frågeställningar användes tre olika datakällor: Data från BPSD-registret för att undersöka registreringstrenden mellan 2015–2021, intervjuer med vårds- och omsorgsboenden som använder registret för att undersöka möjligheter och hinder i användandet samt, en mailenkät till de enheter som saknar registreringar för att undersöka vad som hindrar dem att använda registret.

Resultaten visar att antalet registrerade individer per år ökade gradvis mellan 2015 och 2021. År 2021 var ökningen 25 procent jämfört med året innan. Antalet individer som registrerades var 319 år 2015 och år 2021 registrerades 776 personer, dvs en ökning med 143 procent under hela tidsperioden.

Enheter som är anslutna till registret kan bestå av både hela boenden och enskilda avdelningar på ett boende. Andelen enheter som registrerar är låg. Av de 342 enheter som varit anslutna till registret under åren 2015 till 2021, är det endast i genomsnitt cirka 30 procent som utfört registreringar. Under tidsperioden har mellan 18 och 38 procent av enheterna använt registret.

I enkäten till de enheter som inte registrerat under 2021, angavs covid-19 pandemin som främsta orsak, därefter att man saknat administratörer eller personalresurser som krävs för att använda registret. Andra förklaringar som uppgavs var att det inte fanns behov att registrera, att det inte prioriterades på enheterna, att det saknas rutiner för att använda registret eller att chefsbyten på enheterna bidrog till att registreringen inte kom i gång.

I intervjuerna med personal vid enheter som regelbundet använde registret framhölls att användningen av registret är ett värdefullt arbetsverktyg i vården. Det fanns dock skiftande uppfattningar om när registret skulle användas; enbart vid behov eller som ett redskap i vården och omsorgen för alla på boendet.

Att endast en tredjedel av anslutna enheter har registrerat individer i registret under åren 2015 till 2021 är uppseendeväckande, särskilt som det under samma tidsperiod har utbildats ett stort antal administratörer.

För att öka användningen av BPSD-registret föreslås att organisationen stärks genom att enhetschefen har ansvaret för enhetens användning av registret. Det gäller att både stödja användandet hos personalen med enhetliga rutiner och att utveckla hur och när bedömningar och registreringar bör ske. Ett ökat erfarenhetsutbyte mellan enheter som använder BPSD-registret kan också stimulera användningen.

För att förbättra Äldreförvaltningens möjligheter att löpande följa användningen av BPSD-registret, skulle en kortfattad standardiserad årsrapport från administratörerna och enheterna kunna vara till stor nytta.

INLEDNING

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister som används för att få struktur i arbetet med att minska beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD). Utbildningar i handhavandet av registret har erbjudits av olika aktörer sedan 2012. Från början finansierades merparten genom satsningen Mest sjuk äldre och från 2016 har Stockholms stads Äldreförvaltning erbjudit egna utbildningar. Enligt uppgift från BPSD-registret centralt fanns det år 2021 totalt 1149 utbildade administratörer fördelade på 264 avdelningar på vård och omsorgsboenden i Stockholms stads alla stadsdelar.

När äldreförvaltningen tar del av BPSD-registrets öppna statistik konstaterar de att antalet registreringar borde vara fler i förhållande till antalet utbildade administratörer. För att få klarhet i varför registreringarna inte blir fler trots fler utbildade administratörer kontaktades Stiftelsen Äldrecentrum i januari 2022 med önskemål om att undersöka arbetet med BPSD-registret i Stockholms stad.

BAKGRUND

BPSD-registret

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister som funnits sedan 2010¹. Alla nationella kvalitetsregister listade hos Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) är graderade efter certifieringsnivåer som sträcker sig från K till 1. K innebär att registret är en kandidat till att bli ett nationellt kvalitetsregister, nivå 3 är den lägsta, nivå 2 näst lägsta och nivå 1 är den högsta certifieringsnivån. BPSD registret innehar i dagsläget certifieringsnivå 3 vilket innebär att registret uppfyller denna nivå samt den lägre nivån (certifieringsnivå K), men inte uppfyller kriterierna för nivå 2 eller 1. Övriga nationella kvalitetsregister som berör äldres hälsa i Sverige (Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar, Sve-Dem; Svenska palliativregistret samt Nationella kvalitetsregister för vård och omsorg, Senior alert) innehar alla certifieringsnivå 2². BPSD-registret har två typer av utdata som kan nås utan specifik behörighet: beskrivning av kvalitetsindikatorer samt antalet enheter och registreringar. I den här rapporten används registrets data om antal enheter och registreringar.

BPSD-registret skriver på sin hemsida att beteendemässiga och psykiska symtom vid demens någon gång drabbar cirka 90 procent av alla som lever med en demenssjukdom. Dessa symtom kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar. De här symtomen orsakar ett stort lidande framför allt för personen med demenssjukdomen, men även för närstående och vård och omsorgspersonal.

Förekomst av BPSD innebär en minskad livskvalité och för att nå framgång i vården och omsorgen av den demenssjuke personen krävs, förutom ett individanpassat bemötande och ett sätt att kommunicera, även en tydlig struktur i omvårdnaden och goda kunskaper om demenssjukdomar. BPSD-registret erbjuder både en struktur och ett stöd i denna process.

BPSD-registrets syfte är att genom multiprofessionella vårdätgärder, som är individanpassade och har ett tydligt syfte, både minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och det lidande som detta innebär. Genom detta ökar livskvalitén för personen med demenssjukdom.

¹ <https://bpsd.se/om-bpsd-registret/>

² <https://skr.se/download/18.7669444317bb94adf5f47dc6/1631603252775/Certifieringsniv%C3%A5er%20Nationella%20Kvalitetsregister.pdf>

För att få arbeta med BPSD-registret krävs en kortare utbildning (2 dagar + uppföljning) för att bli en så kallad BPSD-administratör. BPSD-administratören blir sedan den person som får tillgång till och matar in data i registret. Utbildningen till administratör utförs av certifierade utbildare. BPSD-registret rekommenderar att både undersköterskor, verksamhets- eller enhetschef, fysioterapeuter, arbetsterapeuter och ansvariga sjuksköterskor på samma boende deltar i utbildningen för att sätta sig in i vad en registrering innebär och för att kunna arbeta i team kring den boende.

I arbetet på avdelningen börjar det multiprofessionella teamet, runt personen som ska registreras i BPSD-registret, med att observera förekomst och allvarlighetsgrad av BPSD med hjälp av NPI-NH skalan (Neuropsychiatric Inventory Scale – Nursing Home).

Efter detta görs en analys av tänkbara orsaker till symtomen enligt en checklista i registret. En obligatorisk bemötande- och kommunikationsplan utformas. I den ska det tydligt framgå hur mötet och kommunikationen mellan personen med demenssjukdom och personalen ska ske för att förebygga och/eller lindra BPSD. Vid behov ska även personcentrerade vårdåtgärder tas fram utifrån vad som framkommit vid observationen och analysen. Dessa vårdåtgärder skrivs in i registret, där även syftet med åtgärderna anges samt för vilket symptom de sätts in.

När registreringen gjorts i samtliga steg kan personalen skriva ut en personrapport att använda i det dagliga omvårdnadsarbetet på enheten. Efter att personalen utfört vårdåtgärderna och följt bemötande- och kommunikationsplanen under den tid som bestämts, görs en uppföljning för att utvärdera effekten av åtgärderna. Utvärderingen innebär att processen görs om genom en ny observation av symtomen vilket sedan registreras i registret.

BPSD-registret i Stockholms stad

Stockholms stad har sedan 2016 tillhandahållit möjligheten att utbilda personal på vård och omsorgsboenden till BPSD-administratörer. De första åren, 2012 till 2015 bekostades utbildningen genom den dåvarande statliga satsningen ”Mest sjuka äldre” och utbildarna kom från Minneskliniken i Malmö. Men sedan 2016 erbjuder Äldreförvaltningen i Stockholm utbildningen till vård- och omsorgsboenden, oavsett regiform, med hjälp av egna certifierade utbildare. Enligt uppgift från BPSD-registret centralt 2021 är en majoritet av Stockholms vård- och omsorgsboenden anslutna

till registret och i oktober 2021 fanns 1149 utbildade administratörer fördelade på 264 avdelningar på vård- och omsorgsboenden i stadens alla stadsdelar.

Äldreförvaltningen har tagit del av BPSD-registrets öppna statistik, där antalet aktiva enheter och antalet gjorda registreringar under en viss tidsperiod kan tas fram. Äldreförvaltningen konstaterar att antalet registreringar inte motsvaras av antalet utbildade administratörer. De ser också att nyutbildade administratörer har svårt att komma i gång med registrering efter avslutad utbildning.

Stiftelsen Äldrecentrums uppdrag

Äldreförvaltningen kontaktade i januari 2022 Stiftelsen Äldrecentrum med önskemål om att undersöka arbetet med BPSD-registret i Stockholms stad. I dialog mellan Äldreförvaltningen och Stiftelsen Äldrecentrum togs följande frågeställningar fram:

- I vilken omfattning används BPSD-registret på stadens vård och omsorgsboenden (fram t.o.m. 2021) och hur har omfattningen sett ut åren 2015–2021?
- Finns skillnader i användning av BPSD-registret mellan stadens egna enheter och privata utförare?

För de enheter som registrerar (enligt BPSD-registrets noteringar):

- Vad gjorde att chefer uppmuntrade sin personal att gå utbildningen till BPSD-administratör (förväntningar på utbildningen, medvetenhet om kraven)?
- Hur ser BPSD-administratörernas uppdrag ut (här ingår frågeställningar om vem som ansvarar för och initierar att registrering blir av)?
- Hur ser rutinerna ut för att arbeta i registret?
- Vilken roll i arbetet med registret och vilken kunskap om registret har chefer för enheter som registrerar?
- Finns det yrkesgrupper utöver personalgruppen på enheten som efterfrågar resultaten av BPSD-skattningarna, vad används i så fall resultaten till?

För de enheter som inte registrerar (trots att de är anslutna enligt BPSD-registrets noteringar):

- Vilka anledningar finns till att inte registrera i BPSD-registret?
- Finns ”inaktiva” administratörer på enheterna?
- Hur arbetar enheter som inte använder BPSD-registret med boende med BPSD-symptom och hur följs arbetet upp, görs individbaserade uppföljningar?

GENOMFÖRANDE OCH METOD

Den här rapporten bygger på tre olika datakällor: Data ur BPSD-registret för att undersöka trenden mellan 2015–2021³; intervjuer med representanter för vård- och omsorgsboenden som använder registret; samt mailfrågor till ansvariga chefer för vård och omsorgsboenden som saknar registreringar i registret.

BPSD-registret

Data över antalet registrerade enheter (i fortsättningen ”anslutna enheter”) och antalet registreringar finns officiellt tillgängligt att ladda ner som utdata från registret i form av Excel exportfiler. Där finns information om enhetens namn, typ av verksamhet (tex särskilt boende eller särskilt boende med demensinriktning), huruvida den är aktiv eller stängd, datum för första och senaste registreringen, antalet signerade registreringar och antalet registrerade personer.

En aktiv enhet är en enhet som är ansluten till registret, den betraktas som stängd när enheten inrapporterar detta till registret, varpå de plockas bort från framtida utdata. Merparten av de anslutna enheterna i registret står dock utan registreringar. För att se om en ansluten enhet är aktiv i sann bemärkelse (dvs utför registreringar) måste snarare registreringsdatum beaktas.

De stängda enheterna (som plockats bort från utdata och inte syns i den officiellt tillgängliga statistiken) inbegriper dock också registrerade personer. För aktuell tidsperiod (2015–2021) handlar det om cirka 15 procent av alla registreringar. Data som använts i den här rapporten utgår bara från den officiellt tillgängliga statistiken, det vill säga endast aktiva enheter. Det exakta antalet individer i registret är därtill svårt att precisera eftersom det saknas identifierbara individdata. En summering av olika metodologiska aspekter och upptäckta svårigheter med tolkning av registrets utdata återfinns i bilaga 1 ”Metodaspekter BPSD-registret”.

Anslutna enheter

Vård- och omsorgsboenden i staden kan fritt välja om de vill registrera sig med separata avdelningar eller som en enda stor enhet (d.v.s. hela vård- och omsorgsboendet). Därav kan antalet anslutna enheter i registret vara

³ <https://pharos.skane.se/bpsddataportal>

svårtolkade då det hänvisar till såväl avdelningar som hela vård och omsorgsboendet. Större vård- och omsorgsboenden med många avdelningar registreras ofta per avdelning. Men det finns också vård- och omsorgsboenden som valt att inte registrera sig i registret utefter avdelningar utan som en stor enhet. I denna rapport kommer vi beskriva antalet enheter efter hur de själva valt att registrerat sig i registret, oavsett om det är en hel enhet (dvs ett helt vård- och omsorgsboende) eller om det är per avdelning. Men vi har också kategoriserat enheterna där avdelningsspecifika indelningar frångåtts, för att på så sätt försöka ange en mer korrekt bild över antalet anslutna enheter (och inte avdelningar) som finns i registret.

Trend 2015-2021

Data från registret finns i två utföranden, antingen som aggregerad information för en hel tidsperiod, eller som summerad information över samma tidsperiod. I denna rapport, som berör åren 2015 till 2021, har båda använts.

Anledningen till att data används i två olika utförande är att antalet registrerade personer skiljer sig åt beroende på om aggregerade data för hela perioden (2015-2021) används (utförande 1), eller om data för enskilda år (2015, 2016...2021) används (utförande 2). Enskilda år behövs för att se utvecklingen över tid. Dock är de individer som registreras i registret inte unika och det är alltså inte möjligt att särskilja om en individ är återkommande under flera enskilda år eller om det är nya individer som registreras. För aggregerade data (utförande 1), där det summerade antalet individer kraftigt understiger antalet summerade individer för enskilda år (utförande 2) så är det mest troligt att registrerade individer bara är listade vid ett tillfälle och därför ger en mer korrekt bild av antalet unika individer som förekommer i registret. Data för trenden över tid kan däremot inkludera samma individ vid flera olika tillfällen. Därav skiljer sig data åt beroende på om den är aggregerad eller baserad på enskilda år, men båda utföranden är nödvändiga att inkludera för att återge en så korrekt bild som möjligt.

Kommunala och privata utförare

En av frågeställningarna i uppdraget var om det förekommer skillnader mellan kommunala och privata utförare i registret. Då registret inte innehåller information om typ av utförare så kunde frågan initialt inte besvaras. Men för de anslutna enheter som fanns i registret under perioden januari 2021 till maj 2022 inhämtades manuell information. Eftersom information inte går att inhämta retroaktivt från dessa hemsidor samt att

den information som finns är dagsgiltig, begränsade vi tidsspannet till 2021 och inkluderade 2022. Data inhämtades från websidorna Stockholm stad⁴ samt Seniorval⁵ där det noterades om de stod listade som kommunala, privata eller entreprenad. Totalt handlade det om 335 enheter, inklusive avdelningar. På grund av osäkerhet kring enhetsnamn i registret jämfört med enhetsnamn på hemsidorna, samt delvis avsaknad av information, så inhämtades information för 79 procent av alla enheter.

Intervjuer

Intervjuer gjordes med totalt 19 personer. De intervjuade representerade fem vård- och omsorgsboenden som alla använder BPSD-registret. En person var BPSD-utbildare i en grannkommun till Stockholm. Fjorton av de intervjuade var utbildade BPSD-administratörer. Tre utbildades redan 2012 och en person gick utbildningen i samband med intervjun (väntade på den uppföljande träffen).

Vid intervjuerna användes en intervjuguide med frågor utgående från de frågeställningar projektet hade.

I resultatredovisningen används citat från intervjuerna för att belysa de intervjuades erfarenheter.

Mailfrågor - enheter som saknar registreringar

Enligt utdata från BPSD-registret var det 211 enheter som inte hade några registreringar under 2021. Efter granskning togs 36 enheter bort (egentligen avdelningar) eftersom berörda vård och omsorgsboendet inte längre fanns alternativt att enheterna var hemtjänstenheter eller servicehus. Totalt kvarstod sedan 55 vård och omsorgsboenden med tillsammans 175 avdelningar som saknade registreringar under 2021.

Således skickades 55 mail till ansvariga chefer med två frågor:

- Känner du till att inga registreringar gjordes under 2021?
- Vad är orsaken till att det inte gjordes några registreringar hos er?

Trettiofyra mailsvar erhöles. Fritextsvaren samlades i ett dokument och kategoriserades utefter de teman som framkom.

⁴ <https://aldreomsorg.stockholm/hitta-var-d-och-omsorgsboende/>

⁵ <https://seniorval.se/>

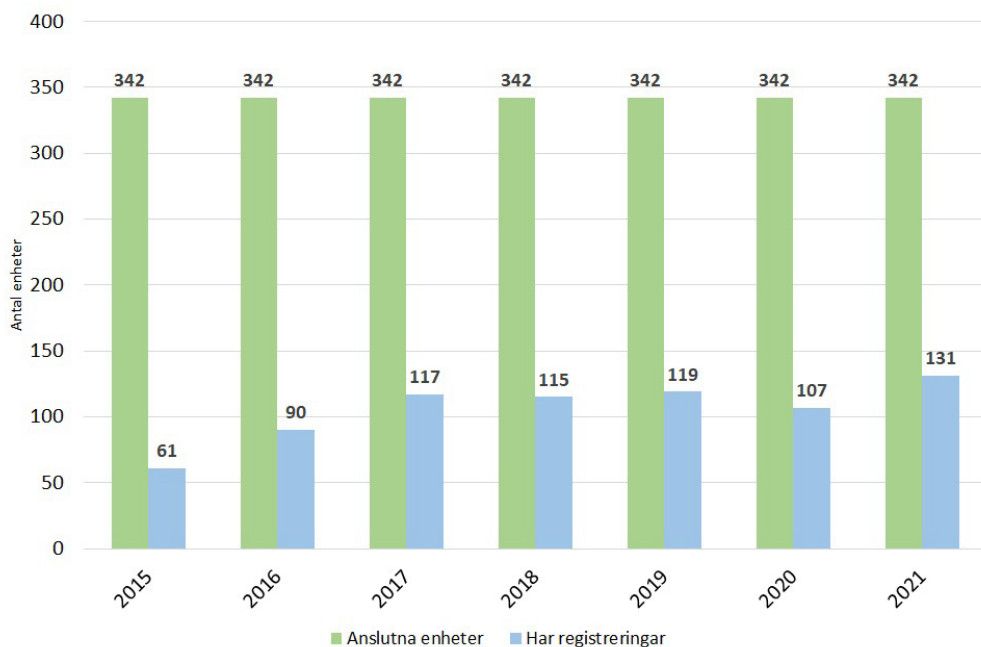
I samband med intervjuerna med representanter för registrerande enheter (se ovan) så ställdes även frågan om vad personalen vid registrerande enheter tror är orsaken till att det är så svårt att komma i gång med BPSD-registreringar på enheter som i dag inte använder registret.

RESULTAT

BPSD-registret

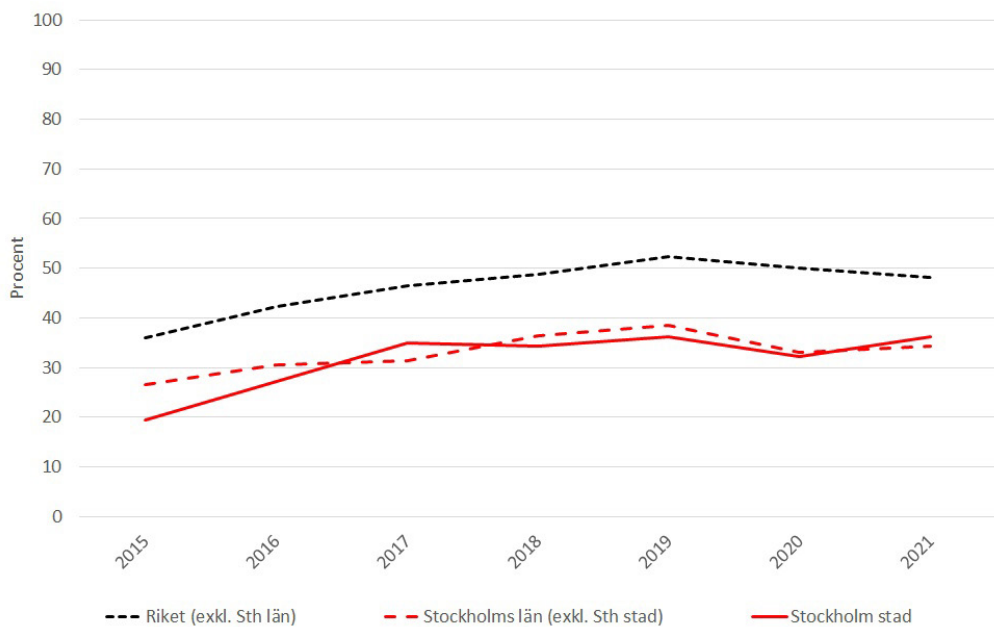
Anslutna enheter

Antalet anslutna enheter under perioden 1 januari 2015 till 31 december 2021 var 342, av dessa var 93 procent kategoriserade som särskilt boende och fem procent som särskilt boende med demensinriktning. Övriga (dagverksamhet, demensteam, hemsjukvård) stod för mindre än två procent av verksamheterna. Antalet anslutna vård och omsorgsboenden (utan att beakta att de kan ha flera olika avdelningar registrerade) var 110. Figur 1 nedan visar antalet anslutna enheter i registret samt hur många av dessa som också hade genomförda registreringar.



Figur 1. Antalet anslutna enheter med registreringar 2015 till 2021.

Givet antalet anslutna enheter i registret så är andelen med registreringar låg. Figur 2 visar andelen anslutna enheter under perioden 2015-2021. Andelen enheter som någonsin registrerat i Stockholm stad varierar från 18 procent 2015 till 38 procent 2021. För jämförande statistik har vi inkluderat rikssnittet (Riket, exklusive Stockholm län, svart streckad linje) och Stockholm län (exklusive Stockholm stad, röd streckad linje) och jämfört med Stockholm stad (röd heldragen linje). För riket som helhet ligger motsvarande siffra på cirka 50 procent i dagsläget, cirka tolv procentenheter högre än Stockholm. Det är dock en stor variation i riket som helhet och i bilaga 2 tillhandahålls en liknande figur för samtliga Sveriges län i jämförelse med Stockholm län. Observera att andelen anslutna enheter med registreringar dock är missvisande om vi vill beakta hur frekvent de olika länen använder registret.



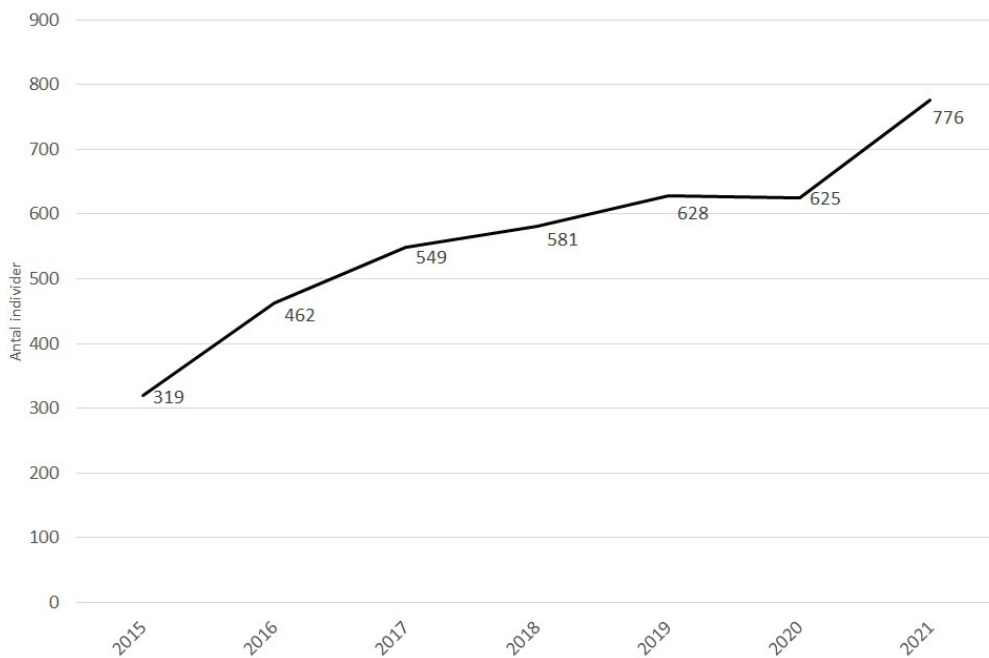
Figur 2. Andelen anslutna enheter med registreringar, i riket, Stockholms län och Stockholms stad.

Trend 2015-2021

Antalet individer som funnits i registret under tidsperioden 2015-2021 är 2860 enligt aggregerade data (Tabell 1). Antalet registreringar överstiger antalet registrerade individer då flera registreringar kan göras per individ. I snitt förekommer det 2,1 registreringar per individ för aggregerade data. För att titta på trenden måste dock årsbaserad data användas, där det summerade antalet individer är 3940 med ett snitt på 1,4 registreringar per individ.

Tabell 1. Antalet registrerade individer och antalet registreringar för aggregerade data och för summerad årsdata.

	Antal registrerade individer	Antal registreringar
Aggregerade data 2015-2021	2860	5890
Summerad årsdata 2015-2021	3940	5415

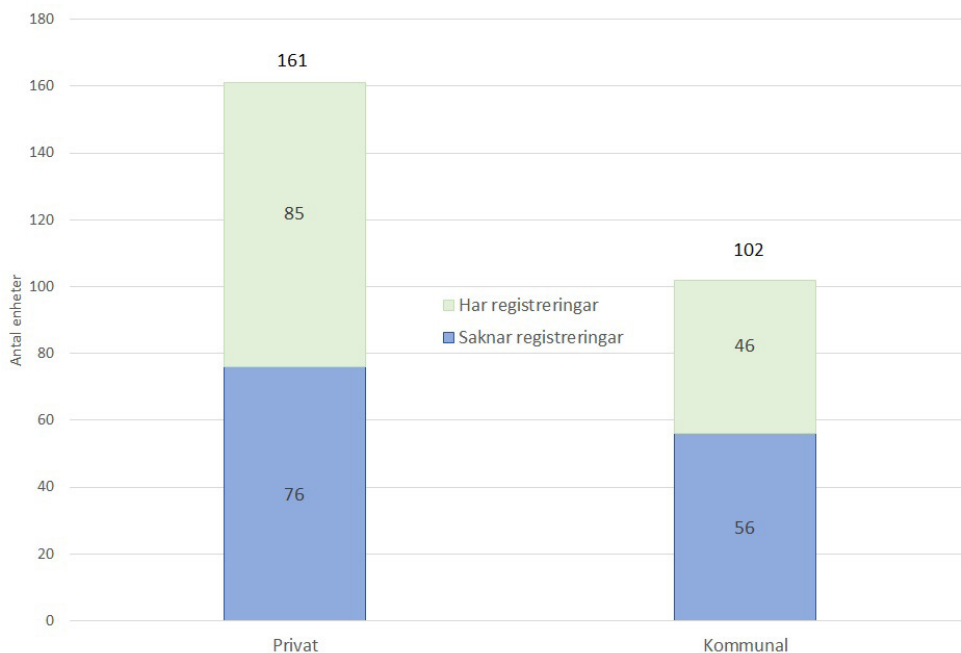


Figur 3: Antalet registrerade individer i registret från 2015 till 2021.

För trenden 2015–2021, baserad på årsbaserad data, syns en tydlig ökning av antalet registrerade individer per år mellan 2015 och 2021. Mellan 2017 och 2019 ligger siffran stabil men sjunker något under 2020. År 2021 visar dock på en tydlig ökning från tidigare år. Antalet individer i registret har stigit med 143 procent (figur 3) mellan 2015 och 2021. Det är dock oklart hur många nya individer som tillkommer i registret på grund av avsaknaden av individbaserade data. Hypotetiskt kan det vara exakt samma individer som utgör registreringarna år 2017 och 2018, men det skulle likväl kunna vara en helt ny uppsättning individer 2018 jämför med 2017. Bristen på individbaserade data gör siffrorna svårtolkade. Det är dock en tydlig trend av ökat antal registreringar över tid.

Kommunala och privata utförare

Av de 335 anslutna enheterna kunde 263 enheters driftform identifieras. Trettionio procent stod under kommunalt och 61 procent under privat (inkl entreprenad) utförande. Figur 4 visar hur många av dessa enheter som hade genomförda registreringar. För de kommunala enheterna förekom det registreringar för 45 procent av alla enheter, för de privata var siffran 53 procent.



Figur 4. Antalet enheter baserat på utförare med och utan registreringar.

Intervjusvar

I och med att BPSD-administratörerna har sin utbildning och det man lärt där som utgångspunkt, skiljer sig inte beskrivningarna av arbetet så mycket mellan de olika enheterna som använder BPSD-registret. Oftast är det en BPSD-utbildad undersköterska (BPSD-administratör) som leder arbetet.

Jag är den som är drivande, jag skriver noteringar när uppdateringar ska göras, kontaktar berörd kontaktperson och bestämmer tid för möte. Jag kollar om bemötandepланen behöver ändras eller om den fungerar som den är.

Vi samlar den eller de personer som behövs för att ta fram uppgifterna som sedan matas in (av administratörerna). Sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, undersköterska... det är inte alltid det fungerar att samla alla fyra samtidigt men ofta sitter man två i alla fall. Jag och kontaktpersonen.

Jag brukar skriva i dagboken/veckoplaneringen på avdelningen att vi ska ha ett möte kommande vecka. Då har de en vecka på sig att samla information om personen.

Vid en intervju med en sjuksköterska (även hon BPSD-utbildad) beskrevs hur hon tidigare, innan pandemin, ledde arbetet.

En undersköterska var administratör - hon ägde det - och hon fick stöttning från mig, med mediciner och andra saker, och sedan gjorde vi en plan, en bemötandepлан, så att alla i gruppen gjorde likadant. I vårt fikarum, innanför en dörr, fanns en tavla där vi satte upp hur alla skulle göra för att bemöta den här personen på samma sätt. Många gånger kom vi åt problemet. Men ett problem blev ibland i stället att vi många gånger satte upp för många mål. Med tiden lärde vi oss att det är bra att börja med en eller två saker. Så att det inte blir för mycket. Vi jobbade i teamet hela tiden.”

Det som skiljer mellan olika anslutna enheter är hur många boende på respektive avdelning som registreras. En del enheter har en klar målsättning att alla boende ska registreras oavsett om de har BPSD-problematik eller ej. Vilket också är det som står i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för Vård och omsorg vid demenssjukdom. Där sägs att alla som har en demenssjukdom ska få sina BPSD-symtom bedömda minst en gång om året. Tanken är att få till ett systematiskt arbete som berör all personal och

alla boende. Andra enheter fokuserar på den eller de boende som för stunden uppvisar BPSD-problematik. Vanlig problematik enligt de intervjuade är oro, aggressivitet eller hallucinationer.

Många gånger startar det med att personen flyttar in och en genomförandeplan tas fram. Finns det ingen problematik då så kan man ju vänta med registreringen. Men sedan kan det vara som ett aktuellt exempel, en person som ganska plötsligt förändrats och blivit orolig. Då måste jag registrera om (följa upp) personen tidigare än vad jag tänkt. Det finns ju mycket kunskaper bland undersköterskor och sjuksköterskor så vi sätter oss ned och pratar ihop oss.

Det måste vara en registrering. Därför att det är ett bra verktyg. Man ser de olika pelarna och ser vad som tar överhand ... ex "det är oron, det är den vi ska börja med". Det finns ju olika steg och då vill man ta den pelare som är högst. Parallellt kan man titta på läkemedel ... och sedan får man en plan som visar vad vi behöver jobba mer med, till exempel utevistelser ... Det blir en stor hjälp om man registrerar." "Vi drar även ut pappren och lägger dem i den sociala dokumentationen.

Jag tror vi kommer jobba mycket med registret. Alla boende ska registreras för det är ett sätt att upptäcka symptom - vi jobbar inte med diagnos utan med symptom.

Eftersom det är många nya så börjar man med dem som har det svårt, oro, vandrare ... vi försöker hitta orsaken till beteendet.

Det finns olika beskrivningar i intervjuerna av varför personalen gick utbildningen till BPSD-administratör. Enhetschefen är den som beviljar personalens utbildning men det är inte alltid som enhetschefen är den som initierat frågan. En del personal beskriver att de sett och arbetat med redan utbildade kollegor och den vägen blivit intresserade och sedan frågat enhetschefen. Andra beskriver hur enhetschefen tillfrågat dem om de vill gå. En del utan att veta vad utbildningen skulle innebära medan andra väl kände till utbildningen och dess krav.

Vår dåvarande chef plockade ut folk från samtliga fem enheter (2 demens, 3 somatiska) och hon hade den goda idén att skicka oss i team (undersköterska, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut), för det är så man sedan ska arbeta.

Vad det innebar? ... nej det visste vi nog inte riktigt.

Jag hade suttit med en administratör tidigare så jag visste lite grann, men annars inte så mycket.

Jag blev nyfiken men ville också utvecklas och få mer kunskap. Chefen ville att vi (jag, sjuksköterska, paramedicin) skulle gå.

Jag blev också tillfrågad. Det var ju helt nytt då och kompetensen behövdes.

När enhetschefen tillfrågat personalen har orsaken nästan alltid varit att få i gång ett systematiskt arbete för att möta upp boende med BPSD-problematik. Även om ordet systematik inte används i intervjuerna så bekräftar svaren att "tänket" finns där.

Ja, vi arbetar på det sätt som lärdes ut, alltså observation, analys, åtgärder, uppföljning.

Vi använder hela teamet inklusive anhöriga för att få veta så mycket som möjligt om personen för att kunna bemöta personen på rätt sätt, kommunikation, miljö. Det är levnadsberättelsen, anhörigsamtal, observationer. Om kontaktpersonen inte är administratör hoppar någon annan in och gör registreringen. Alla registreras.

På frågan hur de intervjuade en gång startat upp arbetet svarade många att arbetssättet funnits med så länge att de inte vet vilka insatser som gjordes från början för att initiera arbetet. Men att fler personer på enheten utbildade sig samtidigt såg som en framgångsfaktor. Den faktorn blev ytterligare starkare om även ansvarig chef varit med. Gemensamt för de svarande var att de idag känner att de har ett starkt stöd i sitt arbete från ansvarig chef.

Jag skulle säga att vi har 100 procent stöd från chefen.

Det har aldrig varit några problem. Om jag säger att nu behöver det göras en plan så är det ingen som ifrågasätter det.

Man blir glad när man känner att chefen vill att man jobbar tillsammans och att man får tiden för det. Meningen är ju att de boende ska må bra och ha livskvalitet. Vi, personalen här, sjuksköterska, paramedicin, läkare, gör det tillsammans. Läkaren pratar med oss som

har en bild av den boende. Om inte det görs så börjar man skriva ut mediciner.

Slutligen frågades om andra personer, utöver personalgruppen på enheten efterfrågar resultaten av BPSD-skattningarna och efterföljande åtgärder? Ingen av de intervjuade trodde att data från BPSD-registret användes utöver användandet på avdelningarna, som ansågs vara det primära. Några av BPSD-administratörerna sa att det hände att de undersökte användandet på andra avdelningar på enheten.

Vi har en sjuksköterska som brukar ta ut data, för att jämföra men också för statistiken ... men jag vet inte ... vi är så fokuserade på det vi gör på avdelningen.

Jag och min kollega går in och tittar ibland. Till hösten tänker vi att vi ska ta upp data och skicka till cheferna. Men idag har jag ingen aning om det är andra som tittar. Det finns ju chefer som har utbildningen (är utbildad administratör) och som skulle kunna gå in och titta.

Vet inte, eventuellt tittar sjuksköterskorna... eller chefen, jag vet inte.

Mailsvar - uteblivna registreringar

För de anslutna enheter i registret som saknade registreringar under året 2021 skickades ett mail ut till samtliga enhetschefer med frågan om 1: de var medveten om att inge registreringar utförts och 2: orsaken för uteblivna registreringar.

Totalt 55 mailförfrågningar skickades ut och 34 mailsvar erhöles. I tabell 2 sammanfattas svaren. Tjugoen av enhetscheferna sa sig vara medvetna om att deras avdelningar inte registrerade medan tio enhetschefer svarade att det inte stämde. Dessa tio enheter visade sig vara listade utifrån avdelningar, vilket gjorde att en del avdelningar saknade registreringar medan andra hade.

Orsaken till uteblivna registreringar varierade något men den mest frekvent förekommande förklaringen var att pandemin påverkat på olika sätt: basal omsorg behövde prioriteras, personalbrist på grund av sjukdom, omöjligt att arbeta systematiskt när isolering krävdes.

Avsaknaden av administratörer eller generell brist på personalresurser var en annan återkommande förklaring. Ytterligare förklaringar var att

Tabell 2. Kännedom om och orsaker till uteblivna registreringar enligt enhetscheferna.

Fråga	Svar	Antal
Kännedom om uteblivna registreringar		
	Ja	21
	Har registreringar*	10
	Nej	1
	Ej svarat på frågan	1
Orsaken? (Flera svar kunde anges)		
	Pandemieffekt	13
	Saknar personalresurser**	9
	Ej aktuellt/ej behov	4
	Prioriteringsfråga	3
	Rutiner	3
	Chefsbyten	3
	Inte kommit i gång	2

*För vissa avdelningar men inte alla

** Inkluderar brist på administratörer eller övrig vård och omsorgspersonal

behovet inte fanns och att det därmed inte var aktuellt på enheten, att det inte var prioriterat, att det varit många chefsbyten, att det saknades rutiner samt att avdelningen inte kommit i gång med registreringar efter att personalen gått administratörs-utbildningen (Tabell 2).

Intervjusvar - uteblivna registreringar

I samband med intervjuerna med representanter för anslutna enheter så ställdes frågan om vad personalen tror är orsaken till att det är så svårt att komma i gång med BPSD-registrering på enheter som idag inte använder registret? Några gemensamma svar kom upp och de vanligaste handlade om brist på tid.

Ibland kan det handla om tiden, att man inte känner att man har tiden att genomföra processen. Jag kan ha väldigt svårt att hitta tid att gå ifrån. ... det går snabbare och snabbare, men trots allt så tar det tid.

... jag kan ju inte sitta och göra allt själv utan måste samla folk. Vissa jobbar deltid, andra slutar tidigt, det kan vara svårt att få till det. Samtidigt ska man ha koll på avdelningen.

Jag håller med. Det är tiden det handlar om. Vi brukar vara minst tre personer som gör skattningen och den tiden behövs.

Andra menade att det kan handla om att undersköterskorna, som ofta får rollen som den som ska driva processen, inte kan axla ansvaret.

Jag tror inte undersköterskan klarar att driva det här. De är inte vana att driva saker på egen hand. Jag tror det måste finnas HSL-personal (sjuksköterska, paramedicinare) som driver det. Det är ju vissa parametrar som de inte kan eller har utbildning att ansvara för (är blodtrycket normalt, kissar hen ordentligt? ...). Hos oss är paramedicinarna väldigt på, jag tror det här strukturerade arbetssättet passar dem. Även nya sjuksköterskor är ofta entusiastiska. De äldre sjuksköterskorna är mer inne på att "det här får undersköterskan sköta".

Det finns inte tillräckligt många drivande tror jag... Ni på er avdelning är ju ovanliga (intervjupersonen pekar på personal från en annan enhet).

Man saknar mandat och övrig personal är inte informerad av chefen. Det finns en jättebra informationsfilm på fem minuter och 40 sekunder på BPSD-registrets hemsida som man borde kunna hinna att visa alla, t.ex. på APT, men det har inte hänt någonstans. Det har vi lagt på administratörerna.

Vid två intervjuer nämndes brister i svenska språket som trolig orsak. Man menade då att de personer som fått enhetschefens tillstånd att gå BPSD-utbildningen inte klarar av utbildningen och i förlängningen inte kan ta ansvaret som BPSD-administratör på den egna enheten.

Men vi har också språksvårigheter, svårigheter att komma in i system, kunskaper för att komma in i system. Man går utbildningen men får inte med sig riktigt vad det innebär. Många utbildningar och saker vi gör i samhället är inte anpassat efter våra undersköterskors kunskaper i det svenska språket. Manualer, BPSD-boken ... mycket där kräver nästan svenska som modersmål. Där möter vi svårigheter. Vid många utbildningar (inte bara BPSD) behöver vi sitta med våra

medarbetare för att förklara orden, hitta synonymer eller översätta. Hos oss är vi drygt 50 anställda. Tre-fyra av dem har svenska som modersmål. Det säger rätt mycket om hur vi måste stötta. Äldreförvaltningens utbildningar, många av dem mycket bra, skulle behöva enklare svenska. Det är tråkigt att behöva säga det. Skulle vi förändra skulle vi kanske behöva göra en BPSD-utbildning som är lättare?”

Ytterligare svar handlade om bristen på administratörer, mandat och beroendet av andra yrkesgruppers tid och motivation att arbeta med registret eller att ansvarig chef helt enkelt inte känner till registret, demenssjukdomar eller arbetssättet. En av undersköterskorna konstaterar att de finns hos de boende varje dag och kan snabbt reagera om något inträffar, utan att använda registret.

För att nästan ingen gått utbildningen men också för att man inte känner till arbetssättet. (pekar på kollega) Även om du har gått så är du bara kontaktperson för två personer. Då blir det sjuksköterska eller sjukgymnast som ska bli mer styrande och då blir det inte av.

Så kan det vara, att chefen inte vet hur arbetet går till. Men ibland tänker jag att det kan handla om brister i demenskunskap, alltså vilka olika symptom som kan dyka upp beroende på vilken form av demenssjukdom personen har. Har man inte den sjukdomen blir det ju svårt med BPSD-registret.

Vi är ju med de boende varje dag. Vi märker snabbt om det är någonting som avviker och då ser vi över bemötandeplanen eller handlingsplanen.

DISKUSSION

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister som används för att organisera och strukturera vårdarbetet för att minska beteendemässiga och psykiska symtom hos personer med demenssjukdom (BPSD). Registret har varit i bruk i Stockholms stad i drygt ett decennium. Användningen av registret syftar till att förbättra och öka kvaliteten i den personcentrerade vården och omsorgen om personer med demenssjukdom som bor på särskilt boende. Stockholms stads Äldreförvaltning har sedan 2016 erbjudit utbildningar i handhavandet av BPSD-registret (BPSD-administratörer) till personal på vård och omsorgsboenden som ansvariga på respektive enhet för att registrera i registret.

Arbetet bygger på analyser av tillgängliga utdata från BPSD-registret. Hur utdata behandlas av registret och hur utdata ska tolkas är dock inte entydigt vilket beror på metodproblem som beskrivs i bilaga 1. Med dessa förbehåll har analyser genomförts av tillgängliga data.

År 2021 fanns totalt 1149 utbildade administratörer i stadens alla stadsdelar. Mängden utbildade administratörer innebär att på många enheter finns flera utbildade administratörer. Äldreförvaltningen har också organiserat nätverksträffar för administratörerna och enhetschefer för att stimulera till en ökad användning av registret.

Antalet enheter anslutna till registret under perioden 2015 till och med 2021 var 342. Därav var 94 procent av verksamheterna kategoriserade som särskilt boende, 4 procent särskilt boende med demensinriktning, övriga som till exempel dagverksamhet, demensteam, hemsjukvård, stod för mindre än en procent av verksamheterna var.

Antalet registrerade individer per år ökade mellan 2015 och 2021. Mellan 2017 och 2019 ligger siffran stabil men sjunker något under 2020. År 2021 visar dock på en tydlig ökning från tidigare år. Antalet individer i registret har stigit med 143 procent sedan 2015. Det är dock svårt att identifiera den exakta siffran då individdata saknas.

Antalet registreringar är ett mått på registeranvändningen. Huruvida antalet registreringar är färre eller fler än förväntat går inte att ha någon uppfattning om eftersom det saknas jämförbara uppgifter. Ett annat mått på registeranvändningen är hur stor andel av anslutna enheter som överhuvudtaget har använt registret under den studerade perioden. Under

2015 till 2021 var det i genomsnitt cirka 30 procent av enheterna som använde registret. Andelen enheter som någonsin registrerat varierar från 18 procent 2015 till 38 procent 2021. I hela riket var det cirka 50 procent av alla anslutna enheter som använt registret under samma tidsperiod.

Bland personal som vi intervjuade på enheter som använder BPSD registret skiljer sig inte arbetssätt och rutiner nämnvärt mellan enheter, något som talar för att registret kan användas i skilda miljöer. Däremot skiljer sig enheterna åt beträffande när registret ska användas, dvs vilka boende som ska registreras. Vissa enheter strävar att registrera alla boenden, andra gör det utifrån behov. Även om det är ansvarig chef som beviljar personalen att gå utbildningen till BPSD-administratör så ges olika svar på varför personalen gått utbildningen och på vems initiativ. Intervjuerna speglar att BPSD-registret, registreringar och uppföljningar genomförs för att få systematik i vårdarbetet men används sällan för systematiskt utvecklingsarbete.

I vårt arbete tillfrågades också de enheter som fanns i registret under år 2021, men saknade registreringar, om orsakerna till att inga registreringar skett. Totalt 55 enhetschefer tillfrågades, varav 21 uppgav att man var medveten om uteblivna registreringar. Tio enhetschefer svarade att registreringar hade gjorts, men som av olika skäl inte framgick av registret.

Orsaken till att man inte använt registret varierade, men den mest vanliga förklaringen var att pandemin påverkat på olika sätt; att arbetet med basal omsorg om de boende prioriterades, personalbrist på grund av sjukdom och att det var svårt att arbeta systematiskt under karantänstiden. Avsaknaden av administratörer eller generell brist på personalresurser var också en återkommande förklaring. Andra mindre frekventa förklaringar var; att behovet inte fanns; att det inte var prioriterat att använda registret; att det varit många chefsbyten; språkproblem, att det saknades rutiner samt att de inte kommit i gång med registreringar efter utbildningen.

Huvudresultatet från denna undersökning är att endast cirka 30 procent (genomsnitt) av alla anslutna enheter har någonsin använt registret under åren 2015 till 2021. Under samma tidsperiod har staden flerfaldigt antalet utbildade administratörer.

Frågan är vad som kan förklara den ringa användningen av registret? Det verkar mindre troligt att det skulle bero på att BPSD-problemen inte är vanliga bland demenssjuka personer på stadens vård och omsorgsboende. En möjlig förklaring kan vara att kompetensen bland personalen är så god att de kan hantera problem av BPSD-karaktär utan det stöd som registret ger. Det kan också upplevas som tids- och personalkrävande att använda registret, att ansvaret för att göra det är otydligt och att det finns brister i organisationen som gör att registret inte används. Men att dessa förklaringar och problem skulle vara bestående över tid och att man aldrig kommer i gång registreringar är svårare att förstå.

BPSD-registret är etablerat på vård och omsorgsboendena och under åren har över 1 100 personer utbildats med uppgift att sköta registreringen. Samtidigt är registeranvändningen mycket låg. Med tanke på den framtida användning BPSD-registret är det viktigt att få bättre kunskaper om och förklaringar till den låga användningen av registret. Möjligtvis skulle BPSD-administratörerna och enhetscheferna kunna ge en mer ingående bild av BPSD-registrets förtjänster och brister som arbetsverktyg i vården av personer med demenssjukdom.

SLUTSATSER

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum har på uppdrag av Stockholms stads Äldreförvaltning studerat användningen av BPSD registret i stadens vård och omsorgsboenden.

- En sammanställning av data från registret visar att antalet registrerade individer ökade från 319 personer 2015 till 776 personer år 2021, dvs en ökning med 143 procent under tidsperioden.
- I intervjuer med personal vid enheter som regelbundet använde registret framhölls att registret var ett värdefullt arbetsverktyg i vården. Samtidigt fanns olika uppfattningar om när registret ska användas; enbart vid behov hos enskilda eller för alla på boendet. Men enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för Vård och omsorg vid demenssjukdom ska alla som har en demenssjukdom få sina BPSD-symtom bedömda minst en gång om året
- Av de 342 enheter som varit anslutna till registret under åren 2015 till 2021, är det endast i genomsnitt cirka 30 procent som under perioden någonsin utfört registreringar. Den ringa användningen av registret är uppseendeväckande, särskilt med tanke på att det under samma tidsperiod utbildats ett stort antal administratörer.
- I en enkät till de enheter som inte använt registret under 2021, angavs covid-19 pandemin som främsta orsak, därefter att man saknat administratörer eller personalresurser som krävs för att använda registret.
- Det behövs bättre kunskaper om varför registret använts i så liten utsträckning. Användningen av BPSD-registret skulle kunna stärkas genom att organisationen utvecklas och att enhetschefen ges ansvaret för enhetens användning av registret. Det gäller att både stödja användandet av registret med enhetliga rutiner och utveckla hur och när bedömningar och registreringar bör ske. Idag görs inga årliga rapporter om registeranvändningen till BPSD-registret. Det skulle kunna vara ett sätt att ytterligare stärka användandet men också ett sätt att uppdatera antalet aktiva enheter, dvs enheter som genomför registreringar.
- För att förbättra Äldreförvaltningens möjligheter att löpande följa användningen av BPSD registret, skulle en kortfattad standardiserad årsrapport från administratörerna och enheterna vara till stor nytta som ett komplement till BPSD-registrets utdata.

BILAGOR

Bilaga 1 - Metod aspekter BPSD-registret

BPSD-registret erbjuder olika former av utdata. I den här rapporten, vars ena syfte är att beskriva hur användningen av registret i Stockholm stad har förändrats över tid, har fokus varit på data som finns officiellt tillgängligt och beskriver antal anslutna enheter och registreringar. Hur utdata behandlas av registret och hur utdata ska tolkas är dock inte entydigt. Utan att gå in i en fördjupad diskussion är nedanstående punkter några av de aspekter som behöver beaktas när utdata används.

- Statusen aktiv saknar innebörd

Status (aktiv eller stängd) kan endast anta ett värde i utdata (aktiv) och tillför därför inte någon information. Stängda enheter plockas bort från utdata. En aktiv enhet är inte heller synonymt med en enhet som utför registreringar, majoriteten av aktiva enheter saknar registreringar.

- Utdata innehåller endast aktiva enheter

De anslutna enheter som väljer att stänga (se ovan) plockas bort från utdata. Dessa enheter har dock registreringar vilka inte alltid syns i utdata (beroende på när denna plockas ut), varpå användningen av registret sannolikt blir underskattat.

- Data kan skilja sig beroende på när på året den plockas ut

Eftersom en stängd enhet plockas bort från framtida utdata så kan uttag som sker vid olika tillfällen skilja sig åt, vilket leder till inkonsekventa siffror.

- Individdata saknas

Eftersom utdata inte särskiljer mellan individer kan användningen och trenden över tid inte uppskattas. Hypotetiskt kan individerna för åren 2017 och 2018 vara exakt samma individer eller en helt ny uppsättning individer. Detta gör att trenden över tid är svårtolkad.

- En enhet

En enhet i registret kan avse en specifik avdelning eller ett helt vård- och omsorgsboende. En tydligare särskiljning mellan avdelningar och hela

vård- och omsorgsboende hade varit önskvärd för att ge en sådan korrekt beskrivning som möjligt.

- Inkonsekventa siffror

Siffrorna i utdata är inkonsekventa. Antalet enheter och antalet individer skiftar med olika datauttag. Flera dataextraheringar för samma tidsperiod har jämförts med varandra, både aggregerade data och årsbaserade data och vid olika tidpunkter på året. Dessa data har också jämförts med data som innehåller information om stängda enheter (som inte finns med i officiellt tillgänglig utdata) och slutligen också med siffror tillgängliga från registrets rapporter. Alla utföranden (aggregerad, årsbaserad, datum för uttag, inkludering/exkludering av stängda enheter, rapporter) genererar olika siffror över såväl antal enheter som antal registreringar. Trenden är densamma med siffrorna varierar.

- Avsaknad av metodbeskrivning

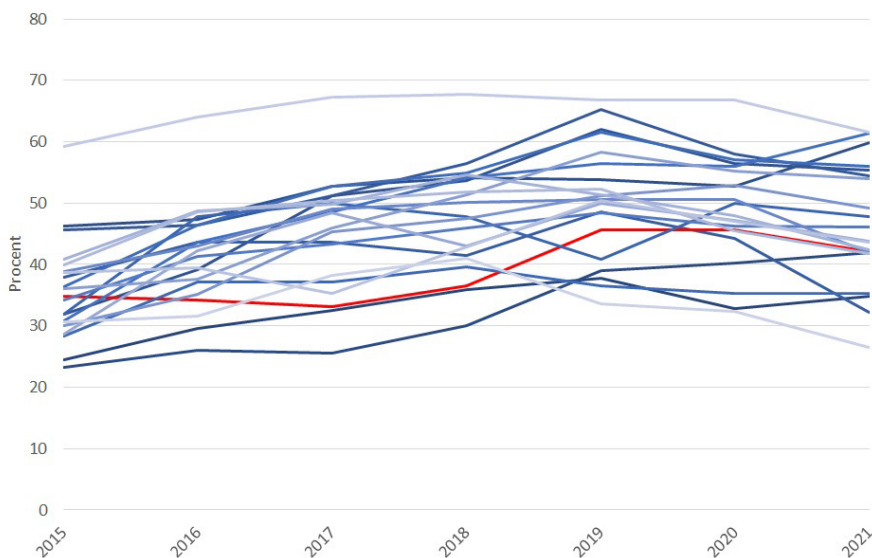
Hur registret behandlar utdata och hur användaren ska tolka denna behöver en metodbeskrivning för att bli användarvänlig. Det finns oklarheter och risk för feltolkningar.

Avslutningsvis bör det påminnas att ovanstående punkter endast berör officiellt tillgängliga utdata och inte beskriver registret i sin helhet.

Bilaga 2 - Länsjämförelser

Figuren nedan visar andelen anslutna enheter med registreringar för samtliga 21 län i Sverige, Stockholms län markerad med röd linje. Högst ligger Västerbottens län.

Dessa siffror återspeglar dock endast i vilken grad anslutna enheter (inte rapporterar sig som stängda till registret, dvs enheter som står listade som "aktiva" men inte utför registreringar. Eftersom en stängd enhet tas bort från utdata så skulle alla anslutna enheter ha registreringar om de konsekvent inrapporterade att de var stängda när inga registreringar utförs, varpå andelen anslutna enheter med registreringar skulle vara 100 procent. Andelen anslutna enheter med registreringar är därav missvisande om vi vill beakta hur frekvent de olika länen använder registret. Men samtidigt återspeglar siffrorna också att många enheter har gått utbildningen och registrerat sig som användare men inte utför några registreringar. Omfattningen av detta kan inte visas utan en korrekt nämnare, som också måste inkludera stängda enheter som inte syns i utdata. Jämförelser (ej visade i denna rapport) i Stockholm stad visade dock att skillnaden inte var betydande när stängda enheter inkluderades.



Andelen enheter med registreringar för samtliga 21 län i Sverige

På uppdrag av äldreförvaltningen i Stockholms stad har Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum undersökt hur BPSD-registret används vid stadens vård- och omsorgsboenden.

Undersökningen bygger på data från BPSD-registret mellan 2015 och 2021, intervjuer med personal vid vård- och omsorgsboenden, samt en enkät riktad till de enheter som inte använt registret under 2021. Antalet registrerade individer per år inom Stockholms stads verksamheter ökade från 319 till 776 mellan 2015 och 2021, men i genomsnitt var det årligen bara 30 procent av de 342 enheter som var anslutna till registret, som genomförde registreringar.

I enkäten angav enheterna covid-19-pandemin som den främsta orsaken till att inte använda BPSD-registret. En annan stor orsak var att man saknade administratörer eller de personalresurser som krävs. Andra förklaringar var att det inte fanns behov av att registrera, att det inte prioriterades på enheterna, att det saknas rutiner för att använda registret eller att chefsbyten på enheterna bidrog till att registreringen inte kom i gång.

I intervjuerna framhöll personal att registret är ett värdefullt arbetsverktyg i vården. Däremot fanns det skiftande uppfattningar om när och hur registret skulle användas.

För att öka användningen av registret föreslår rapportens författare att enhetscheferna får ansvaret för användningen av BPSD-registret. Det gäller bland annat att stödja personalen genom att skapa enhetliga rutiner för hur och när registreringar bör ske. En årlig, kortfattad rapport från enheterna vore till stor nytta för äldreförvaltningens uppföljning av användningen av BPSD-registret i framtiden.

