



ATT ARBETA MED BPSD-REGISTRET I HEMTJÄNSTEN – ETT PILOTPROJEKT INOM KUNGSHOLMENS STADSDELS- FÖRVALTNING

Charlotta Ryd
Ida Goliath

Rapport 2024:5
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 kommuner och andra organisationer.

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

Att arbeta med BPSD-registret i hemtjänsten – ett pilotprojekt inom Kungsholmens stadsdelsförvaltning
Rapport 2024:5
Charlotta Ryd och Ida Goliath
ISSN 1401-5129
© Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum

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

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
PROJEKTETS GENOMFÖRANDE	3
<i>Inkluderade äldre personer</i>	4
<i>Metod</i>	4
RESULTAT	5
<i>Intervjuer</i>	6
SAMMANFATTANDE LÄRDOMAR	10

INLEDNING

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) drabbar cirka 90 procent av alla som lever med demenssjukdom. Exempel på BPSD är aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar. De här symtomen orsakar ett stort lidande för personen med kognitiv sjukdom, men påverkar även närstående och vård och omsorgspersonal. För att ge god vård och omsorg om personer med BPSD krävs, förutom ett individanpassat bemötande och sätt att kommunicera, även en tydlig struktur i omvårdnaden och goda kunskaper om kognitiva sjukdomar. BPSD-registret, som är ett nationellt kvalitetsregister, erbjuder både en struktur och ett evidensbaserat stöd för detta. BPSD-registrets syfte är att genom multi-professionella vårdåtgärder, som är individanpassade och har ett tydligt syfte, både minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och det lidande som detta innebär. Att använda registrets arbetssätt för att mäta, åtgärda och följa upp BPSD symtom hos individer ger också möjlighet att följa upp och kvalitetssäkra vård och omsorg på verksamhetsnivå. Att arbeta enligt BPSD-registrets metod är vanligt inom äldreomsorgen men att implementera metoden inom hemtjänsten i Stockholm har särskilda organisatoriska utmaningar. Hemtjänst och hemsjukvård befinner sig i olika organisationer med olika huvudmän och att antalet utförare av vård och omsorg är stort.

En central del i arbetssättet är att använda det webbaserade verktyg som tagits fram för BPSD-registret. För att fylla i detta krävs medverkan av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som har insyn i de mer medicinska faktorerna som kan påverka BPSD. Det krävs även god insyn i hur personen mår och fungerar i sin vardag. I formuläret ingår skattningsinstrumentet Neuropsychiatric inventory – Nursing home (NPI-NH) där förekomst och allvarlighetsgrad av 12 olika beteenden som indikerar BPSD skattas. Utöver att ge en bild av vilka specifika symtom en individ har och hur allvarliga dessa är så ger skattningsinstrumentet även ett totalt NPI-poäng. Högre NPI-poäng indikerar högre grad av BPSD och lägre poäng lägre grad av BPSD. I verktyget ingår även en analys av tänkbara orsaker till symtomen enligt en checklista samt en genomgång av aktuella läkemedel. Utifrån denna samlade information utformas en bemötande och kommunikationsplan som dokumenteras. Där ska det tydligt framgå hur möten och kommunikation mellan personal och personen som får vård och omsorg ska ske för att förebygga och/eller lindra BPSD-symtom. Vid behov ska även personcentrerade åtgärder tas fram utifrån vad som framkommit i

ett multiprofessionellt möte om patienten och de observationer och analyser som gjorts av personal. Efter att dessa åtgärder genomförts och bemötande- och kommunikationsplan följts under den tid som bestämts, görs uppföljning för att utvärdera de genomförda åtgärderna samt behov av ytterligare åtgärder. Detta innebär att processen görs om med ny observation och skattning av BPSD samt analys av tänkbara orsaker, genomgång av aktuella läkemedel samt planering av åtgärder (nya eller fortsättning av de som redan initierats).

För mer information om metoden och bakomliggande forskning hänvisas till BPSD-registrets hemsida: bpsd.se.

PROJEKTETS GENOMFÖRANDE

Under hösten 2023 genomfördes ett pilotprojekt inom Kungsholmens stadsdelsförvaltning med syftet att implementera det arbetssätt som följer med BPSD-registret hos personer med hemtjänst. Ett särskilt fokus i projektet var att hitta en form för samverkan mellan hemtjänst och primärvård kring detta. I projektet samverkade en hemtjänstenhet med en vårdcentral där sjuksköterska inom hemsjukvården deltog i projektets möten. Projektet planerades och leddes av sakkunnig inom kognition på Kungsholmens stadsdelsförvaltning. Projektet finansierades av stimulansmedel som täckte projektledning samt tid som personal från hemtjänst och vårdcentral avsatte.

Inför projektets uppstart har projektledare gett utbildning samt haft möten med de som berörts och deltagit i arbetet. Projektledaren har haft ansvar för planering av projektet (inklusive vara kontaktperson mot samtliga aktörer även gällande finansiering) samt för att leda uppstartsmöten och stötta vid BPSD registreringarna och uppföljningar.

Inom projektet användes BPSD-registrets verktyg och fem äldre personer med kognitiv sjukdom eller kognitiv nedsättning som hade insatser från både hemtjänst och hemsjukvård inkluderades. För varje person genomfördes därmed två möten (initial skattning och uppföljning) där BPSD-registrets verktyg användes. Vid dessa möten deltog personal från hemtjänst, sjuksköterska från hemsjukvård och projektledare medverkande. Vid mötena var den äldre personens kontaktperson från hemtjänsten en viktig person då de hade god kännedom om den äldre personens vardag och mående. Samtliga möten hölls i vårdcentralens lokaler. Vid det första mötet genomfördes en initial skattning av BPSD samt planering av åtgärder utifrån behov (enligt verktyget som beskrivs ovan). Därefter genomfördes de överenskomna åtgärderna. Åtgärderna följdes upp efter 4-5 veckor. Planerade tidsåtgång var 1 h per möte. Den faktiska tidsåtgången var ca 45 min för initiala möten och för uppföljande möten ca 30 min. Inför varje möte tog hemtjänst och sjuksköterska fram information om den äldre personen som behövdes för att genomföra skattningarna, till exempel uppgifter om aktuella läkemedel och hur personen mått senaste tiden. Inom detta pilotprojekt gjordes inte formell registrering i BPSD-registret utan en utbildningsmodul användes. Detta innebar att det arbete som gjordes inom projektets ramar varit en del av den ordinarie vården och omsorgen.

Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum blev inför projektets start tillfrågade om att följa projektet för att tillvarata de lärdomar som gjordes, framför allt när det gäller samverkan mellan primärvård och hemtjänst. Syftet var ta fram ett underlag som kan användas för att guida kommande utvecklingsarbeten.

Inkluderade äldre personer

De äldre personer med hemtjänst som inkluderades i projektet var mellan 78 och 91 år. Det var fyra kvinnor och en man. Samtliga hade både hemtjänst och hemsjukvård. Samtliga hade någon form av kognitiv funktionsnedsättning eller sjukdom, alla var dock inte diagnostiserade med demenssjukdom.

Metod

Utredare från Äldrecentrum deltog i projektets uppstarts- samt avslutningsmöten. Efter att projektet avslutats genomfördes intervjuer med dem som medverkat konkret i projektet men även andra personer som varit involverade för att möjliggöra projektet på olika sätt. Totalt genomfördes 9 intervjuer om ca 30 minuter. De som intervjuades var hemtjänstpersonal, sjuksköterska inom hemsjukvård, projektledare, chef på beställningsenhet, chef på hemtjänst samt chef på vårdcentral. Intervjuerna genomfördes digitalt. Även avidentifierade protokoll BPSD samlades in.

RESULTAT

Först presenteras en sammanställning av NPI-NH poäng för de fem äldre personer som inkluderades i projektet (tabell 1). För tre av fem sågs en lägre grad av BPSD symtom vid uppföljning, för en person var nivån densamma och för en person hade graden av BPSD symtom ökat något.

Vid de initiala mötena kring varje person dokumenterades en bemötande och kommunikationsplan, vilka tänkbara orsaker som kunde finnas till personens BPSD samt vilka åtgärder som skulle vidtas. Åtgärderna är de man valt att fokusera på i första hand, oftast basala behov, och täckte därmed inte samtliga möjliga orsaker (tabell 2).

Tabell 1. NPI-NH-poäng för de fem personerna i projektet vid initial skattning och uppföljning.

Id	NPI-NH poäng initial skattning	NPI-NH poäng uppföljning
1	25	16
2	26	28
3	4	3
4	26	18
5	16	16

Tabell 2. Bemötande och kommunikationsplan, orsaker till BPSD och föreslagna åtgärder för de fem personerna i projektet.

Id	Bemötande och kommunikationsplan	Tänkbara orsaker till BPSD	Åtgärd
1	Lyssna på mig och var lugn	Otillräckligt med mat, förstoppning, smärta, hudbesvär	Bryta nattfasta med näringsdryck, smärtlindring, behandling av förstoppning, kontroll blodtryck
2	Lyssna på mig, var vänlig	Otillräckligt med mat, Nedsatt syn	Bryta nattfasta genom juice morgon och extra mål kväll
3	Ring innan besök så jag är förberedd, stressa inte	Nedsatt hörsel, smärta, högt blodsocker	Öronspolning, smärtlindring
4	Var lugn och närvarande, fokusera på mig	Otillräckligt med mat, nedsatt syn	Bryta nattfasta genom näringsdryck morgon och kväll, utökad dagverksamhet (ej beviljad)
5	Puttnig och påminnelse om vad jag ska göra, påminn i stället för att hjälpa	Otillräckligt med mat och dryck, nedsatt syn och hörsel, smärta, svängande blodsocker	Kontakt med anhörig ang nutrition morgon, status ögon och öron, värme-kudde

Intervjuer

Resultatet är uppdelat i följande kategorier:

- Unikt tillfälle för värdeskapande samverkan
- Metod som ger struktur för att förbättra vård och omsorg för personer med BPSD
- Brister, åtgärder och uppföljning
- Utmaningar
- Andra förtjänster med projektet

Unikt tillfälle för värdeskapande samverkan

En gemensam uppfattning hos de som medverkat i arbetet kring de äldre personerna är att de möten som hållits gett tillfälle att samverka på ett sätt som annars inte sker i den ordinarie verksamheten. Kommunikation

mellan hemsjukvård och hemtjänst kring en individ sker vanligtvis via skrivna lappar hemma hos den äldre personen eller genom telefonsamtal. Denna typ av kommunikation kring en individ innebär ofta att det blir svårt att följa upp vad som blivit gjort och om situationen för den personen har förbättrats.

”Annars är det lätt att man ber om någon eller behöver samarbeta kring något, så vet man inte riktigt vad som händer där sen”

Att träffas ger också kännedom om varandra och hur det fungerar i en annan verksamhet. Det underlättar samarbetet kring den äldre personen.

”När man känner varandra är det också lättare att hjälpa varandra”

För hemsjukvården innebär kommunikation med hemtjänsten vanligtvis kontakter med ett stort antal utförare av hemtjänst, detta innebär i sin tur att det kan vara svårt att få tag på rätt person. Projektets samverkansmöten blev ett tillfälle att sitta i samma rum och diskutera individens aktuella situation och besvär men gav också möjlighet att följa upp de insatser som genomförts.

”Det här har blivit så mycket enklare, man pratar faktiskt med dom som också är hemma hos patienten... det är ett tydligt och enkelt samarbete... Det saknas i Stockholm”

Det betonas även att det finns ett stort värde att personal från både hemtjänsten, som har god insyn i hur personen mår och fungerar i vardagen, och hemsjukvården, som har insyn i de mer medicinska aspekterna, möts för att tillgodose den äldres behov. Hemtjänstpersonal kan vara ovetande om sådant som den äldre personen behandlas för på vårdcentralen, till exempel smärta eller en vaxpropp som påverkar hörsel. Vice versa, kan hemsjukvården ha begränsad insyn i hur den äldre mår och fungerar till vardags. Det poängteras också att denna typ av samverkan och teamarbete behövs då det ger bättre livskvalité för den äldre och onödigt lidande kan undvikas. Det framkommer även att man ser behov av att arbeta på liknande sätt för fler, dels inom fler verksamheter, dels för personer som inte har någon diagnostiserad kognitiv nedsättning.

Metod som ger struktur för att förbättra vård och omsorg för personer med BPSD

Den sammantagna uppfattningen bland de som intervjuats är att BPSD-registret ger en bra struktur för att arbeta med den enskilda äldre personens situation. Arbetssättet har inneburit att brister uppmärksammats och att åtgärder snabbt satts in. Arbetssättet gav stöd till att metodiskt gå igenom ett antal aspekter som kan påverka den äldres mående. Flera av de medverkande hade sedan tidigare erfarenhet av att arbetssättet och därmed grundar sig inte deltagarnas erfarenheter enbart på sådant som gjorts inom projektets ramar.

Att använda BPSD-verktyget gav en bild av vilka symtom den äldre personen hade, hur frekventa de är och vilken allvarlighetsgrad de hade. Det gav också stöd för hur åtgärder skulle prioriteras.

”Det är ett sätt att tydliggöra vad man behöver lägga krut på, vilka områden”

Skattningen gav även insikter vid uppföljningen då man kunde få en uppfattning om symtomen hade förändrats och hur de åtgärder man genomfört fungerat.

När det kommer till projektets genomförande så poängterades vikten av att ha en person som är ansvarig för att hålla i det praktiska. Det innebär att se till att det finns en möteslokal och att de som ska genomföra bedömning och åtgärder kan vara med på plats. En ansvarig för att agendan hålls under mötet behöver också utses.

Deltagarna bedömde att tidsåtgången för de möten som hölls och den förberedelse som krävdes var adekvat. Från hemsjukvårdens sida var det dock svårt att se hur liknande arbete skulle kunna ingå i den ordinarie verksamheten. Samtidigt ansåg samtliga som intervjuades att den tid som avsatts var rimlig och att den behövdes för att hinna med att gå igenom allt som ingår i arbetssättet.

Uppmärksammade behov och åtgärder

Hos flera av personerna som var inkluderade i projektet identifierades en lång nattfasta som möjlig orsak till BPSD. Att minska nattfasta kunde lösas relativt enkelt genom att antingen hemtjänst eller hemsjukvård såg till att ge ett energiriktt mellanmål under kväll eller tidig morgon. När det gällde åtgärder och hur de valts så betonades att först åtgärda problem relaterade till de basala behoven, exempelvis otillräckligt matintag, smärta

eller förstoppning. Andra typer av åtgärder kommer senare. För en person föreslogs åtgärd som rörde annat än basala behov (utökad dagverksamhet) men i det fallet avslogs ansökan av biståndsenheten.

Utmaningar

Även om den sammantagna bilden av projektet och arbetssättet var mycket positiv fanns också vissa faktiska eller potentiella utmaningar. Att samordna och få till möten mellan hemtjänstpersonal och hemsjukvård beskrevs vara en utmanande uppgift. Deltagarna beskrev också att åtgärder som involverar personer eller organisationer som inte medverkade i projektet och krävde att andra kontakter togs var svårare att få till och följa upp. Projektet hade även en kort tidsram som enbart tillät ett tillfälle för uppföljning och detta var inte alltid tillräcklig för att kunna utvärdera om åtgärderna haft effekt. Det poängterades att det inte alltid är enkelt att göra förändringar då man arbetar med människor och att de kanske inte accepterar åtgärderna och förändringar i vardagen som de innebär. En av de äldre personer som deltog hade hemsjukvård som utfördes av en vårdcentral som inte medverkade i projektet. Detta försvårade att hålla koll på, och följa upp, om åtgärderna utförts och hur det gått.

Andra förtjänster av projektet

Utöver att effekter som sågs kring de enskilda äldre som inkluderats i projektet framkom att det skett en kunskapsspridning inom hemtjänstenheten. Att flera av de inkluderade äldre personerna hade en lång nattfasta och att det sannolikt påverkade mående och BPSD ledde till att kunskap om detta spreds till hela hemtjänstenheten. För vårdcentralens sida sågs att dokumentationen från BPSD-registreringen kunde vara värdefull för andra som möter patienten. Det framkom också att den ökade kännedomen om de äldre personer som inkluderades kunde innebära ett bättre bemötande och omhändertagande även efter att projektet avslutats.

SAMMANFATTANDE LÄRDOMAR

Värdet av samverkan – i resultatet avspeglas ett uppdamt behov av samverkan kring enskilda äldre som har vård och omsorg från hemtjänst och hemsjukvård. Stockholm har särskilda utmaningar då hemtjänst och hemsjukvård drivs av olika huvudmän och det därtill finns många utförare. Detta försvårar samverkan och gör det samtidigt ännu viktigare. Att arbeta med BPSD-registret har varit en form för detta men sannolikt inte den enda metoden som behövs då samverkan behövs även för andra personer och med andra syften. Flera efterlyste att det också skulle behövas liknande samverkan även för personer som inte har kognitiva nedsättningar. BPSD-registrets verktyg är dock utvecklat för en målgrupp med kognitiv sjukdom och andra metoder kan vara mer lämpliga för andra grupper.

Att arbeta enligt BPSD-registrets struktur ger ett bra evidensbaserat verktyg för att arbeta utifrån individens behov av insatser. Värt att notera är att individen inte är delaktig rent konkret. Det kan vara bra att i arbetet fundera över vad personen själv vill och prioriterar. Vilka lösningar och åtgärder skulle de föredra? Under projektet genomfördes framför allt åtgärder som relativt lätt kunde organiseras med befintliga resurser. Det innebar sannolikt en förbättrad vård och omsorg om den äldre men vi kunde inte bilda oss en uppfattning om den äldre personens delaktighet i genomförande av åtgärderna och hur de upplevde dem.

Vi såg ett antal framgångsfaktorer under projektets gång, det fanns en tydlig struktur, mål och arbetssätt, ansvarig projektledare, avsatt tid och ersättning för samverkan. Dessa faktorer uppfyller det som i forskning beskrivs vara viktigt för att få till en lyckad samverkan.

Sammantaget ger projektet stöd för att det finns ett antal vinster av att hemtjänst och hemsjukvård samverkar och implementerar arbetssättet. Det är dock viktigt att förutsättningar finns på plats, det vill säga någon som organiserar och har ansvar, att det prioriteras inom respektive verksamhet och att involverade personer har förutsättningar att delta. Att skala upp och införa arbetssättet brett förutsätter att resurser avsätts för samordning och samverkan mellan ett större antal hemtjänstutförare och vårdcentraler och de organisatoriska utmaningar som det medför.

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) drabbar cirka 90 procent av alla som lever med demenssjukdom. Det nationella kvalitetsregistret BPSD-registret erbjuder både struktur och evidensbaserat stöd för att kunna ge god vård och omsorg till personer med BPSD. Att arbeta enligt BPSD-registrets metod är vanligt inom äldreomsorgen, men att implementera metoden inom hemtjänsten i Stockholm har särskilda organisatoriska utmaningar. Hemtjänst och hemsjukvård befinner sig i olika organisationer med olika huvudmän och att antalet utförare av vård och omsorg är stort.

Under hösten 2023 genomfördes ett pilotprojekt inom Kungsholmens stadsdelsförvaltning med syftet att implementera det arbetssätt som följer med BPSD-registret hos personer med hemtjänst. I projektet samverkade en hemtjänstenhet med en vårdcentral där sjuksköterska inom hemsjukvården deltog i projektets möten. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum följde projektet för att tillvarata de lärdomar som gjordes och ta fram denna rapport, som kan användas för att guida kommande utvecklingsarbeten.

Resultatet visade ett behov av samverkan kring enskilda äldre som har vård och omsorg från hemtjänst och hemsjukvård. Framgångsfaktorer för projektet var att det fanns en tydlig struktur, mål och arbetssätt, ansvarig projektledare, avsatt tid och ersättning för samverkan. Att skala upp och införa arbetssättet brett förutsätter att resurser avsätts för samordning och samverkan mellan ett större antal hemtjänstutförare och vårdcentraler och de organisatoriska utmaningar som det medför.

