



FALKENBERG

| | | | |
|-------------------------|--------------------------------|-------------------------|----------------|
| Socialförvaltningen | Användning av BPSD-registret | | Dnr |
| Centrala kvalitetsrådet | Datum för beslut 2017-02-09 | Reviderad 2017-05-04 | Version 2.0 |

Användning av BPSD-registret vid vård av personer med demenssjukdom/kognitivsjukdom på Särskilt boende i Falkenbergs kommun

1. Syfte

För att säkerställa en god och säker vård vid demenssjukdom i Falkenbergs kommun, ska utredning av BPSD-symtom (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom), göras enligt BPSD-registrets skattnings – och åtgärdsmodell.

BPSD-registret är ett nationellt evidensbaserat kvalitetsregister, vars syfte är att ge omsorgspersonal verktyg att synliggöra omvårdnadsåtgärder och förbättra den personcentrerade vården samt öka livskvaliteten för brukaren.

I de *Nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom* (Socialstyrelsen, 2010) anges att Hälso- och sjukvård och socialtjänst bör utreda bakomliggande orsaker till BPSD och åtgärda dessa. (*Prioritet 1*)

2. Omfattning/avgränsning

Rutinen ska tillämpas i verksamheter som omfattas av socialtjänstlagen, SOL, och Hälso- och sjukvårdslagen, HSL. Samtliga särskilda boenden i Falkenbergs kommun som bedriver vård- och omsorg till personer med demenssjukdom. Rutinen gäller inte för hemtjänst och korttid i nuläget.

3. Målgrupp/berörda

Rutinen berör enhetschefer (EC), omsorgspersonal/undersköterskor (USK), sjuksköterskor (SSK), fysioterapeuter (FT) och arbetsterapeuter (ART) som arbetar på eller är kopplade till Särskilda boenden i Falkenbergs kommun, (se punkt 2).

4. Ansvar

Enhetschef på Särskilt boende, socialt omsorgsansvariga (SOA) och utbildad BPSD-administratör på enheten, ansvarar för att en BPSD-registrering enligt NPI-skalan (Neuro Psychiatric Inventory) (*Bilaga 2*) görs. En BPSD-registrering ska göras på samtliga brukare med en demensdiagnos, som är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård, minst en gång per år och oftare vid behov.

Demenssamordnare ansvarar för att ge utbildning till enhetschefer (EC), sjuksköterskor (SSK), fysioterapeuter (FT), arbetsterapeuter (ART) och undersköterskor (USK) för att bli administratörer

på samtliga särskilda boenden, att ge personal stöttning vid skattningar samt att uppföljning på arbetet med BPSD-skattningar görs kontinuerligt.

Innan en registrering görs används med fördel ”Checklista vid BPSD-symtom”(Bilaga 1) för att få en strukturerad bedömning av hur situationen uppfattas i personalgruppen.

I samband med en BPSD-registrering bör PAS(patientansvarig sjuksköterska) kontaktas för en läkemedelsgenomgång, för att få aktuellt status samt för att få aktuella mätvärden till registreringen. PAS bör medverka vid BPSD-registrering i största möjligaste mån.

- SOA kontaktar BPSD-administratör på enheten och PAS för att göra en registrering enligt NPI-skalan. Tillsammans föreslås åtgärder kopplat till symtom i NPI-skalan, som prövas under bestämd tid. Ny tid för uppföljning/analys i teamet bokas.
- BPSD-administratör för in registreringen i registret.
- Vid uppföljningen analyseras om åtgärder fått förväntad effekt eller inte. Vid positivt resultat skrivs dessa åtgärder in i genomförandeplanen som permanenta omvårdnadsåtgärder.
- Uppföljning av åtgärder i genomförandeplan minst var 6:e månad eller om behov uppstår tidigare.

5. Genomförande och uppföljning

Information om ny gällande rutin vid BPSD-symtom på särskilt boende ges muntligt och skriftligt till berörda enhetschefer av Verksamhetschef, Demenssamordnare och MAS.

Enhetscheferna ansvarar för att lämplig USK väljs ut på respektive demensenhet och att anmäla till administratörsutbildning samt att informationen når ut till berörd personal på enheterna.

Demenssamordnare ansvarar för uppföljning av rutinen i verksamheterna.

Rutinen skall uppdateras och revideras årligen.

Checklista vid BPSD-symtom

2015-10-01

Följande ska vara genomgången innan kontakt tas med Demenssamordnare i Falkenbergs kommun.

Detta för att utesluta ev andra orsaker som kan inverka negativt på hjärnans funktioner.

Använd nedanstående frågor som stöd;

Beteendeförändring; Beskriv hur/när yttrar sig förändringen? I vilka situationer?

Genomgång av medicinlista; finns olämpliga läkemedel eller läkemedel som inte interagerar med varandra på ett bra sätt? Prata med patientansvarig Sjuksköterska.

Andra sjukdomstecken; finns tecken på feber, infektion? Smärta? Munhälsoproblem?

Är de basala behoven tillfredsställda? Mat & Dryck? Sömn? Toalettbesök? Syn/hörsel? Fysisk aktivitet dagligen? Mental stimulans – individuell aktivitet dagligen? Utevistelse?

Omgivande miljö; Var vistas personen mest? Hur är ljudnivån där? Finns störande ljud från TV eller radio i rummet? Finns möjlighet till lugn & ro? Finns möjlighet till avskildhet?

Genomför BPSD-registrering enligt NPI-skalan; Höga poäng indikerar BPSD och en låg livskvalitet för individen. Låga poäng indikerar färre BPSD och därmed en högre livskvalitet. Upprätta/uppdatera Genomförandeplan och förslag på omvårdnadsåtgärder.

Om BPSD-administratör finns på enheten skall uppgifterna från NPI-skalan läggas in i BPSD kvalitetsregister.

Resultat från skattning lyfts på Teammöte tillsammans med enhetschef, SSK och Rehab.

Planera in uppföljningsdatum efter ca 3-4 veckor. Om ingen förändring påvisas tar enhetschef kontakt med Demenssamordnare och presenterar nuläget, vad som gjorts, resultat av åtgärder för vidare planering av lämpliga åtgärder.

NPI-NH

©JL Cummings, 1994

Personnummer _____

Namn _____

Skattare _____

Datum _____

| Symtom | Aldrig | Förekomst | Allvarlighetsgrad | Allvarlighetsgrad x förekomst |
|------------------------------|--------|-----------|-------------------|----------------------------------|
| A. Vanföreställningar | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | |
| B. Hallucinationer | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | |
| C. Agitation / upprördhet | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | |
| D. Depression / nedstämdhet | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | |
| E. Ängest | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | |
| F. Upprymdhet / eufori | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | |
| G. Apati / likgiltighet | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | |
| H. Hämningslöshet | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | |
| I. Lättretlighet / labilitet | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | |
| J. Motorisk rastlöshet | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | |
| K. Sömnstörningar | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | |
| L. Matlust / ätstörningar | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | |
| Summa | | | | |

Instruktioner NPI-skalan

Först kommer en ruta med sammanfattande text kring NPI-NH, därefter en mer utförlig text skriven av Cummings som tagit fram skalan och till sist svar på ofta ställda frågor kring skalan.

- Den som ska svara på frågorna måste känna personen som skattas väl. Det är en fördel om det är två personer som blir "intervjuade" t.ex. kontaktpersonen och ansvarig sjuksköterska.
- Vid upprepade skattningar ska man sträva efter att det är samma personer som svarar på frågorna (blir "intervjuade").
- Den som ställer frågorna behöver inte ha träffat personen som ska skattas, utan läser frågorna exakt som de skrivits.
- Frågorna ska besvaras utifrån den skattade personens beteende den senaste veckan eller hur det har varit sedan någon åtgärd sattes in (som en utvärdering av åtgärden).

Instruktioner enligt Cummings

I. Syftet med NPI-NH

Syftet med den Neuropsykiatriska bedömningen (NPI) är att beskriva psykopatologin hos patienter med hjärnsjukdomar (Cummings et al, 1994). NPI – Version Vårdboenden (NPI-NH) utvecklades för användning inom särskilda boendeformer där personer med demenssjukdom vårdas (Wood et al, 2000).

Vanföreställningar
Hämninglöshet
Hallucinationer
Irritabilitet/Labilitet
Agitation/Aggression
Avvikande motoriskt beteende
Depression/Nedstämdhet
Sömn- och Nattliga beteendestörningar
Ångest
Aptit- och ätstörningar
Upprymdhet/Eufori
Apati/Likgiltighet

II. NPI-NH Intervju/skattning/bedömning

NPI-NH bygger på svar från en välinformerad vårdare som genom yrket är delaktig i vårdtagarens omsorg. För att gynna en öppen diskussion om beteenden, vilket kan vara svårt med vårdtagaren närvarande, ska intervjun helst utföras utan vårdtagarens närvaro. När intervjun för NPI-NH introduceras för vårdaren ska flertalet punkter klargöras;

- Syftet med intervjun
- Bedömningar som ska inhämtas – frekvens, svårighetsgrad, avvikelser (beskrivna nedan)
- Svaren ska gälla beteenden som har visat sig den senaste veckan eller under en annan specifik tidsperiod
- Frågorna kan vanligtvis besvaras med "Ja" eller "Nej" och svaren ska vara kortfattade

Säg till vårdaren vid bedömningens början: "Dessa frågor är konstruerade för att utvärdera vårdtagarens beteende. Frågorna kan för det mesta besvaras med ett "Ja" eller "Nej" så var snäll och var kortfattad i dina svar". Om vårdaren ger för omständliga svar som inte tillför särskilt användbar information kan man påminna honom/henne om att hålla sig kortfattad. Frågorna ska ställas exakt som de är skrivna. Förtydligande ska ges om vårdaren inte förstår frågan. Godtagbara förtydliganden är upprepanden av frågorna uttryckt med andra ord. Försök inte få ytterligare information genom att konstruera egna frågor. Frågorna gäller beteenden observerade under den senaste veckan eller under annan specifik tidsperiod.

I. Screeningfrågor

Screeningfrågor finns med för att fastställa om det finns beteendemässiga förändringar eller inte. Om en screeningfråga besvaras negativt markera "Nej" och fortsätt till nästa screeningfråga utan att ställa följdfrågorna. Om en screeningfråga besvaras positivt, om det finns en viss osäkerhet i vårdarens svar, eller om svaret motsäger annan information som är känd av intervjuaren (t.ex. att vårdaren svara negativt på screeningfrågan om eufori medan intervjuaren uppfattar vårdtagaren som euforisk) ska den markeras med ett "Ja" och utforskas på ett djupare plan med hjälp av följdfrågorna. Om svaren på följdfrågorna bekräftar ett visst beteende fastställs beteendet svårighetsgrad och frekvens enligt de kriterier som finns tillhandahållna för varje beteende.

II. Följdfrågor

Följdfrågorna ska ställas när en screeningfråga besvarat med ett "Ja". Det kan hända att vårdaren besvarar en screeningfråga positivt och alla följdfrågor negativt. Om detta händer, be då vårdaren förklara varför han/hon svarade positivt på screeningfrågan. Om vårdaren lämnar information gällande en beteendedomän, men uttryckt med andra ord, ska beteendet graderas med frekvens och svårighetsgrad som vanligt. Om det första fastställda svaret var felaktigt och ledde till att vårdaren inte bekräfta någon av följdfrågorna ska markeringen av beteendet ändras till "Nej" på screeningfrågan.

Vissa delar av frågorna, som till exempel frågorna om aptit, är utformade för att få fram om det finns en ökning eller minskning av beteendet (ökad eller minskad aptit eller vikt). Om vårdaren svarar "Ja" på den första av de två frågorna i en dubbelfråga (t.ex. har vårdtagaren minskat i vikt?), frågas inte den andra frågan (har vårdtagaren ökat i vikt?) eftersom svaret på den andra frågan redan täcks av svaret på den första. Om vården svarar "Nej" på den första av två frågor i en dubbelfråga så måste den andra frågan ställas.

III. Frekvens

För att fastställa frekvens och svårighetsgrad, ska du utgå från de beteenden som identifierats i följdfrågorna. Till exempel, om vårdaren vid följdfrågorna i avsnittet om agitation signalerar att det förekommer motstånd hos vårdtagaren så ska motståndet användas för en hastig bedömning av agitationens svårighetsgrad och frekvens. Om två beteenden är väldigt problematiska ska frekvensen av det vanligast förekommande beteendet användas för bedömning av frågan. Om till exempel motstånd är vårdtagarens mest frekventa agitationsbeteende så ska motstånd användas när vårdtagaren graderar frekvensen i agitationsdomänen. Om vårdtagaren har två eller fler typer av vanföreställningar så ska frekvensen för alla beteenden med vanföreställningar användas vid frågorna om svårighetsgrad och frekvens.

För att bedöma frekvensen, säg till personen som blir intervjuad "Nu vill jag veta hur ofta detta händer (definiera genom att använda beskrivningen av beteendena utifrån följdfrågorna). Är din uppfattning att detta förekommer mindre än en gång i veckan, ungefär en gång i veckan, flera gånger i veckan men inte varje dag, eller varje dag?" Vissa beteenden, så som apati, blir till slut ett permanent tillstånd och då kan "ett mestadels permanent tillstånd" ersättas med "varje dag".

IV. Svårighetsgrad

Bedömning av svårighetsgraden grundas på det mest allvarliga beteendet som framkommer genom följdfrågorna. För att bedöma svårighetsgraden ska du säga till den som blir intervjuad; "Nu vill jag veta hur svåra dessa beteenden är. Med svåra menar jag hur påfrestande eller hindrande de är för vårdtagaren eller hur intensiva vårdtagaren upplever dem. Är det din uppfattning att beteendet är lindrigt, måttligt eller svårt?" Fler exempel finns i varje sektion och kan användas av den som intervjuar för att tydliggöra varje steg av allvarlighetsgraden. Se till att vårdaren ger dig ett tydligt svar gällande både frekvensen och svårighetsgraden av olika beteenden i samtliga frågor. Gissa dig inte fram till vad du tror vårdaren skulle säga utifrån er diskussion.

Det underlättar att ge vårdaren ett papper där förklaringen på frekvens och svårighetsgrad står

nedskrivet (mindre än en gång i veckan, ungefär en gång i veckan, flera gånger i veckan eller varje dag för frekvensen och milt, måttligt och svårt för svårighetsgraden). Detta besparar även den som intervjuar från att upprepa alternativen för varje fråga.

Vanliga frågor

Hur långt tidsintervall ska man skatta/bedöma?

Första gången skattningen/bedömning görs ska man bedöma hur det har varit den senaste veckan. När det görs uppföljning ska man bedöma hur det har varit sedan senaste tillfället skattningen/bedömningen gjordes.

Hur skattar/bedömer jag "aptit- och ätstörningar" om personen gått ner/upp i vikt men inte har förändrad aptit?

Om den förändrade vikten beror på diet (för att gå ner i vikt) eller kosttillskott (för att gå upp i vikt) räknas detta inte som förändring i aptit.

Hur ska man skatta/bedöma om symtomet kan sägas vara en normal reaktion på något som inträffat?

Vid speciella händelser kan BPSD utlösas, exempelvis vid familjemedlems död, sjukdom. Detta ska skattas/bedömas även om det bedöms vara en normal reaktion på det inträffade.

Referenser

Connor, D., Sabbagh, M., Cummings, J. (2008) Comment on administration and scoring of the Neuropsychiatric Inventory in clinical trials *Alzheimer's and dementia* 4; 390-394

Cummings JL. The Neuropsychiatric Inventory: Assessing psychopathology in dementia patients. *Neurology* 1997; 48 (Supple 6): S10-S16.

Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994; 44: 2308-2314.

Kaufert DI, Cummings JL, Christine D, Bray T, Castellson S, Masterman D, MacMillan A, Kelchel P, Dekosky ST. Assessing the impact of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: the Neuropsychiatric Inventory Caregiver Distress Scale. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46: 210-215.

Wood S, Cummings JL, Hsu M-A, Barclay T, Wheatley MV, Yarema KT, Schnelle JF. The use of Neuropsychiatric Inventory in nursing home residents, characterization and measurement. *Am J Geriatr Psychiatry* 2000; 8: 75-83.