



MINKA TVANG PÅ SJUKEHEIM

Demens. Eit samarbeid mellom utviklingsentre og sjukeheimar på Vestlandet byggja bru mellom forskning og praksis.

FORSKNINGSARTIKKEL:

Artikkelen bygger på
50 % praksis
50 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2016.57756

Marta Strandos, USHT Sogn og Fjordane

Arnt Egil Ydsbo, USHT Rogaland

Bodil Berg Kristensen, USHT Hordaland

Astrid Håland, USHT Helse Fonna

Toril Marie Terum, Høgskulen i Sogn og Fjordane/USHT Sogn og Fjordane

Christine Øye, SOF Vest

Tone Elin Mekki, SOF Vest

I Noreg er det etablert ein struktur med et utviklingsenter for sjukeheim og heimetenester (USHT) i kvart fylke og fem regionale sentre for omsorgsforskning (SOF). USHT skal primært arbeide for å formidle og legge til rette for forskningsbasert kunnskap, medan SOF sitt mandat er å forske fram relevant og praksisnær kunnskap i samspel med kommunehelsetenesta.

Brubygging mellom praksis og forskning er nødvendig for å sikre kunnskapsbaserte tenester i eit mangfaldig kommunelandsskap. Gjennom nært samarbeid og lokal forankring har Utviklingsentre for sjukeheim og heimetenester (USHT) demonstrert at vi har gode føresetnader for å vere brubyggjar mellom forskingsinstitusjonar og kommunar.

BAKGRUNN. Kommunehelsetenesta står overfor auka krav om kompetanseutvikling og krav om å ta i bruk forskingsbasert kunnskap [1-3]. Å ta i bruk ny kunnskap er ei svært krevjande oppgåve, noko både nasjonal [4,5] og internasjonal forskning viser. Det er samstundes eit gap mellom kva forskinga seier er god klinisk praksis og kva praksisutøvarar får til i ein travel kvardag [6,7]. For sjukeheimar kan det vere særskilt krevjande å ta i bruk forskingsbasert kunnskap. Mange av desse har relativt få tilsette med høg

formell kompetanse og avgrensa ressursar til å løyse stadig meir samansette og spesialiserte oppgåver [8,9].

I Noreg har samhandlingsreforma ført til auka krav til kompetanse i kommunehelsetenesta. Likevel fastslår Telemarksforskning i ein rapport at kompetanseheving i desse tenestene i stor grad føregår i form av kurs og ad-hoc-opplæring [10].

Dei fire utviklingsentra på Vestlandet har eit godt samarbeid, lokal forankring og er nær praksis. Samstundes er det eit tett samarbeid med Senter for omsorgsforskning (SOF) i Vest. Dette er bakteppet når vi i denne artikkelen vil presentere ein modell for korleis utviklingsentra kan vere pådrivar for kunnskap og kvalitet i kommunale helse- og omsorgstenester. Det gjer vi med bakgrunn i erfaringar med eit aksjonsforskningsprosjekt finansiert gjennom Noregs forskingsråd: «Modeling and evaluating evidence based continuing education in nursing home dementia care» (MEDCED). MEDCED hadde eit todelt mål. Det eine var å evaluere i kva grad ein beslutningsstøttemodell kalla TFT-modellen (Tillit Framfor Tvang) førte til redusert agitasjon, bruk av tvang og psykofarmaka i 24 sjukeheimar på Vestlandet [11]. Modellen vart presentert og følgt opp gjennom to undervisningsdagar og rettleiing over eit halvt år. Det andre målet var å

utvikle og systematisere kunnskap om faktorar som fremjar eller hemmar innføring av ny kunnskap i sjukeheimane. Framgangsmåten og deltakarar i prosjektet er presentert i tabell 1 (Se neste side).

Forskning indikerer at standardiserte intervensjonar må tilpassast lokale forhold, at «one size does not fit all» [12-14]. Det inneber at ein må ta høgde for lokale forhold for at ein intervensjon skal bli vellykka, i tett samarbeid med dei som skal ta imot den nye kunnskapen [15]. Eit slikt samarbeid fordrar at nokon aktivt bidreg i kunnskapsformidlinga. I det aktuelle prosjektet gjeld dette både rolla og prosessen i å fasilitere sjukeheimane i arbeidet med å om-danne kunnskap til verksam praksis overfor bebuarar som lever med demens. Det inneber at formidlinga må ta omsyn til kompetansenivå og erfaringar hos dei tilsette, samt å tilpasse den til lokale kontekstuelle forhold [16].

ERFARINGAR. USHT i Vest har gjort seg erfaringar knytt til rolla som fasilitator og medforskar i MEDCED-prosjektet. Erfaringane baserer seg på systematiske analyser av refleksjonar i fokusgruppeintervju (4) og refleksjonsnotat (84) som vart skrivne i tilknytning til MEDCED-studien [5].

KJENNSKAP TIL PRAKSIS. Utviklingsentra er plassert i

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Fire avdelinger utviklingsentre for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) i Vest har saman med høgskular og Senter for omsorgsforskning gjennomført eit forskingsprosjekt kor målet var å redusere bruk av tvang i sjukeheimar på Vestlandet. USHT erfarer at prosjektsamarbeid med høgskulane og Senter for omsorgsforskning i Vest gir auka sjanse for å lykkast i rolla som brubyggjar mellom forskning og praksis.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisningar på våre nettsider

- Kommunehelsetenesta
- kompetanseutvikling
- forskningsbasert kunnskap
- Samarbeid



Mindre tvang: Eit prosjekt for å redusere tvangsbruk i sjukeheim ga godt samarbeid mellom forskarar og praksis. Arkivfoto: Erik M. Sundt

vertskommunar i kvart fylke. Lokal plassering gjer at vi kjenner til kva rammer og prioriteringar som er gjeldande, og kva tilbod og forventningar som kjem frå til dømes fylkesmann, høgskule og spesialisthelsetenesta. Vi har òg kjennskap til lokale forhold i kommunane gjennom møter med leiarar på ulike nivå. Det gjer at vi veit noko om kommunane sine utfordringar og problemstillingar, men òg om ressurser og fortrinn.

Der vi hadde slik innsikt i kommunen sin kvardag, fann vi at denne kjennskapen til sjukeheimen og kommunen verka positivt inn på korleis vi kunne utøve rolla vår. Fleire av sjukeheimsavdelingane var engasjerte i andre opplærings tiltak og utviklingsarbeid samstundes med gjennomføringa av dette

prosjektet. Eit døme er arbeidet med Demensomsorgas ABC. Mange av sjukeheimsavdelingane hadde fullført eller var i gang med denne opplæringa, og vår kjennskap til det faglege «ABC-innhaldet» gjorde at vi kunne spele på det i både undervisning og rettleiing.

Fasilitatorane sin førehandskjennskap til sjukeheimane var likevel varierende. I eitt av fylka kjente vi til storparten av sjukeheimsavdelingane, medan i eit anna kjente ikkje fasilitatorteamet nokon av dei involverte. Likevel opplevde vi oss velkomne, vart godt mottatt alle stader, og personalet viste oss ofte stor grad av tillit gjennom opne og ærlege dialogar og refleksjonar. Vi erfarte at samansetninga av fasilitatorteamet på tvers av USHT og høgskular i prosjektet gav fagleg

«Forskning indikerer at standardiserte intervensjonar må tilpassast lokale forhold.»

legitimitet og truverde. I etterkant har vi i tillegg sett at prosjektet har bidrege til å styrke samarbeidet mellom partane.

ERFARINGAR FRÅ UNDERVISNING OG RETTLEIING. I MEDCED-prosjektet vart effekten av eit standardisert undervisnings- og rettleiingsopplegg testa (sjå tabell 1 neste side). Evalueringar frå personalet viste at mykje av

undervisningsstoffet var kjent, men fleire uttrykte at dei var glade for å få repetert kunnskap om demens og tvang relatert til Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A.

Vi såg òg behov for dialog og refleksjon med dei tilsette om bruk av tvang i sjukeheim. Rettleiinga tok føre seg pasientsituasjonar som personalet opplevde vanskelege, og som kunne eller hadde utløyst tvang. Pasientsituasjonane fordelte seg slik: stell og dusj (41 %), forflytning ut av situasjon (19 %), hindre utgang (9 %), stå opp (8 %), medikament (7 %), låste dører (3 %), andre (10 %) [5]. Vi opplevde at personalet opent og ærleg skildra sine utfordringar og handlingar, noko som hadde stor verdi i den vidare prosessen for å komme frem til ei løysing som





kunne betre pasientsituasjonen.

Våre erfaringar, basert på refleksjonsnotat, gir fleire dømer på korleis personalet lykkast med å redusere bruk av tvang og skape tillit i pasient – pleiarrelasjonen. Dei månadlege rettleiingane gjorde det mogeleg å samle heile personalgruppa og i fellesskap bli samde om personsentrerte og tillitsskapande tiltak. Ein avdelingsleiar sa at gjennom denne måten å arbeide på hadde personalgruppa vorte einige om ein tiltaksplan som alle følgde opp. Det betra stell- og forflytningssituasjonen og ein unngjekk bruk av tvang.

Nokre situasjonar var så komplekse at bruk av tvang var unngåeleg. Likevel kunne refleksjon over eigen praksis og openheit kring holdningar til pasienten resultere i mindre inngripande tvang. Dømer på dette er at tiltak om «dusj med tvang» vart endra til «kroppsvask med klut». Andre gangar handla det om tidspunkt for stell og dusj, at personalet tilpassa seg pasienten sine tidlegare vaner i staden for sjukeheimen sine rutinar.

SAMSPEL MED LEIAR. Alle leiara tok vel imot oss, la godt til rette for undervisning og rettleiing og gav uttrykk for at tematikken rundt tvang var svært relevant. Ein leiar sa at dei hadde «vunne i lotto» ved å få bli med i prosjektet og at personalet var meir bevisst rundt bruk av tvang.

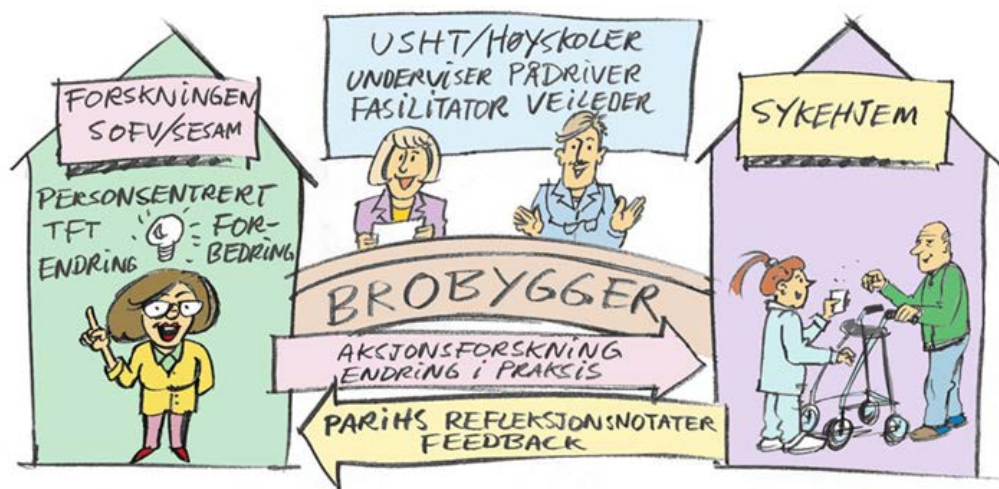
Vi erfarte at leiarane si deltaking varierte både mellom sjukeheimar og over tid i same sjukeheim. Der leiar var til stades både i undervisning og rettleiing, erfarte vi kontinuitet og gjennomføringskraft. På sjukeheimar der leiar ikkje kunne vere til stades, men delegerte oppgåvene, vart også kontinuiteten ivaretatt.

Manglande delegering førte til at ansvaret for oppfølging og iverksetting av tiltak vart pulverisert. Engasjerte leiarar og tilsette som følgde opp tiltak dei vart samde om i rettleiing, klarte å unngå bruk av tvang. Når ansvaret var pulverisert og tiltak ikkje følgt opp, gav tilsette uttrykk for resignasjon og motløyse. Analysen av studien viser at det var ulike forklaringar på at leiar ikkje

Tabell 1. Dei ulike fasane i fasiliteringsprosessen.

Fasilitering av MEDCED studien	Før intervensjon	Intervensjon	Etter intervensjon
Tidsperiode	2011–2012	2012–2013	2013–2014
Hensikt	a)Førebu til å ivareta dobbel rolle som medforskar og fasilitator av ein standardisert utdannings-intervensjon for sjukeheimspersonale og deira leiarar b)Utvikle metodikk og innhald som kan sikre standardisering på tvers av 4 fasiliteringsteam	Fasilitere ein beslutningsstøtteprosess som kan bidra til at sjukeheimspersonale og deira leiarar set i verk personsentrerte og tillitsskapande tiltak heller enn tvang.	Samskape data om korleis lokale forhold verkar inn på prosessen med å fasilitere kunnskap i sjukeheim.
Deltakarar	Forskarsteam som bestod av tilsette på tvers av USHT (4), høgskular (3), SESAM (1) og SOFVest (3)	Fasilitatorar + tilsette og leiarar på 24 tilfeldig valte sjukeheimsavdelingar i Hordaland, Rogaland og Sogn & Fjordane; 6 sjukeheimar per fasilitatorsteam.	Forskarsteam som bestod av tilsette på tvers av USHT (4), høgskular (3), SESAM (1) og SOFVest (3)
Metode	Arbeidsseminar og fokusgruppeintervju (4)	a)Seminar undervisning (2 dg) og rettleiing knytt til konkrete pasientar ute i kvar sjukeheim (1rettleiing x 6 mnd) b)Systematisk dokumentasjon etter fastsatt mal av kontekst og refleksjon over fasiliteringsprosessen	Kreativ hermeneutisk analyse og samskaping av kunnskap (5 arbeidsseminar)
Data type	Transkriberte fokus gruppe notater (xxx s)	Refleksjonsnotat (84) og transkript frå «rettleiing-på-rettleiing» (33 s)	Transkript og bilete frå analyseseminara (xxs)

Figur 1. Samspel i møtet med sjukeheimane.



følgde opp alle rettleiingane, som til dømes manglande ressursar og tid, andre prioriterte oppgåver, sjukefråvær og endringskrav [5].

Vi såg tydeleg at leiarane står i «ein skvis» mellom mange krevjande oppgåver, og opplever at dei strekker seg langt for å handtere dette i kvardagen.

KONTEKSTUELLE FORHOLD. Sjukeheimsavdelingane som vart tilfeldig trekt ut til å delta i studien, hadde ulike føresetnader for å legge til rette for rettleiing og oppfølging. Nokre av sjukeheimane var i krevjande omorganiseringsfasar, medan andre måtte kutte i ressursar. Slike krevjande strukturendringar skriv seg frå både lokale omstillingar og sentrale nasjonale føringar som til dømes samhandlingsreforma [10,17]. Kommunane sine oppgåver og satsingsområder vart endra, og vi erfarte at det var med å gjere vilkåra for endringsprosessane vanskelegare. I tillegg var dei ulike sjukeheimsavdelingane bygd i ulike tidsperiodar. Ikkje alle hadde ein fleksibel arkitektonisk utforming for å sette i verk tiltak til beste for pasienten.

KONSEKVENSAER FOR PRAKSIS. I dette prosjektet har USHT hatt ei sentral rolle som brubyggjar mellom forskning og praksisfeltet. Gjennom kunnskapsformidling og rettleiing har vi vore tett på implementeringsarbeidet i praksis og bidrege med kunnskap om praksis tilbake til forskninga. Praksisfeltet har fått auka kompetanse og står betre rusta til å møte ein av dei store utfordringane i arbeidet med personer med demens i sjukeheim. Samstundes har SOF fått meir kunnskap om praksisfeltet sine behov og utfordringar. I tråd med tidlegare forskning har vi gjennom prosjektet erfart at tilpassa implementering gjennom lokal kjennskap fungerer betre enn standardiserte undervisningspakker.

USHT og SOF har eit felles samfunnsmandat i å bidra til kunnskapsbygging i praksis. Samarbeid gjennom aksjonsforskning gir høve til å systematisere kunnskap om kva som verkar, korleis det verkar og kvifor. Dette blir styrka gjennom

vår nærleik til praksis i reelle situasjonar i skiftande kontekster, slik nettopp sjukeheimane står i. USHT har som brubyggjar hausta gevinst i begge «endar av brua». I møtet med sjukeheimane har vi hatt samspel med leiarane og dei tilsette på eine sida, og med SOF som medforskar i implementeringsforskning på den andre (sjå figur 1).

Intervensjonen med undervisning og rettleiing aktiverte kunnskap og fagleg engasjement i personalgruppa og blant leierane. Ved fleire sjukeheimar vart gammal plei-

«Våre erfaringar gir fleire dømer på korleis personalet lykkast med å redusere bruk av tvang og skape tillit.»

ekultur utfordra av individuell tilpassing og personsentrert omsorg. Vi opplevde begeistring når situasjonar som såg håplause ut, vart løyst gjennom kunnskap om tillitskapande tiltak, auka kjennskap til pasientane og deira verdiar og historie. Nokre stader var det leiarane som vart utfordra på eigne sterke faglege føringar eller manglande fagleg leiing. Andre plassar vart heile personalgruppa utfordra på etablert tenking og praksis.

Ein sentral føresetnad for å sikre kontinuitet og lojalitet til vedteken tiltaksplan, var at leiar var til stades og tok eit tydeleg ansvar for endringsprosessen – saman med personalgruppa.

Designet blei valt i MEDCED-studien (klynge-RCT). Det innebar at alle sjukeheimsavdelingane skulle ha den same undervisninga, og det var felles ramme for rettleiinga. Vår erfaring er at USHT sin kjennskap til lokale forhold kunne vore nytta i innføringa. Intervensjonen kunne treft betre om vi på førehand hadde

vore i dialog med leiarane og kunne tilpasse opplegget. Dette er erfaringar å ta med seg vidare, særskilt med tanke på oppdraget til USHT frå nasjonale helsemyndigheiter om å bidra med iverksetjing av ferdige tiltakspakkar. Innsatsområdet i pasienttryggleiksprogrammet og e-læringsprogram i kapittel 4A i Pasient- og brukerrettighetsloven er eksemplar på slike tiltakspakkar.

Vi meiner vi er på sporet av ein modell for å ta i bruk forskningsbasert kunnskap i praksis. Lærdomen frå dette prosjektet er at implementeringsarbeid må tilpassast konteksten og inkludere dialog med leiar på ulike nivå i forkant. Leiar er ein avgjerande aktør for å lykkast i å omdanne kunnskap til verksam praksis. Samarbeidsstrukturen mellom USHT og SOF har vist seg å ha ein positiv vekselverknad i ei slik kunnskapsbygging. ●

Takk til leiarar og tilsette ved dei 24 sjukeheimane på Vestlandet som deltok i prosjektet, og til pasientar og pårørande som har vore direkte og indirekte involvert. Takk til prosjektleiar Frode Jacobsen og dei andre i fasilitatorteam: Hellen Dahl, Kristin Aas Nordin og Liv Anne Berven (post mortem).

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til fagartikler@sykepleien.no

REFERANSER:

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, Helse- og omsorgsdepartementet, Editor. 2014–2015, Regjeringen Solberg, Oslo.
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Morgendagens omsorg, H.-o. omsorgsdepartementet, Editor. 2012–2013, Regjeringen Stoltenberg II, Oslo.
3. Helse- og omsorgsdepartementet. Omsorg 2020. Helse- og omsorgsdepartementet, Editor. 2015, Regjeringen Solberg, Oslo.
4. Øye C et al. Evidence Molded by Contact with Staff Culture and Patient Milieu: an Analysis of the Social Process of Knowledge Utilization in Nursing Homes. *Vocations and Learning*. 2015; s. 1–16.
5. Mekki TE. How do characteristics of context influence the work of facilitators when implementing a standardized education intervention targeting Nursing Home staff to reduce use of restraint in dementia care? PhD thesis 2015, Queen Margaret University, Edinburgh. Tilgjengelig fra: <https://bora.hib.no/nb/item/627>.
6. Berta W et al. Spanning the know-do gap: understanding knowledge application and capacity in long-term care homes. *Soc Sci Med* 2010;70.
7. Ward V et al. Exploring knowledge exchange: A useful framework for practice and policy. *Social Science & Medicine* 2012; 74(3):297–304.
8. Gjerberg E, Bjørndal A, Forsetlund L. Har opplærings tiltak i sykehjem betydning for pleie og omsorg i livets slutt fase? Rapport nr. 1 – 2009, N.k.f. helsestjenesten, Editor. Nasjonalt kunnskapssenter for helsestjenesten, Oslo. 2009;62.
9. Gjerberg E et al. How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study. *Nursing Ethics* 2013;20(6): 632–44.
10. Haukelien H, Vike H, Vardheim I. Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. I: TF rapport. Telemarkforskning, Bø i Telemark. 2015.
11. Testad I et al. Modeling and evaluating evidence-based continuing education program in nursing home dementia care (MEDCED)—training of care home staff to reduce use of restraint in care home residents with dementia. A cluster randomized controlled trial. *International journal of geriatric psychiatry* 2015.
12. Best A, Hiatt RA, Norman CD. Knowledge integration: Conceptualizing communications in cancer control systems. *Patient Education and Counseling* 2008;71(3):319–27.
13. Pawson R, Owen L, Wong G. Known knowns, known unknowns, unknown unknowns: The predicament of evidence based policy. *Am J Eval* 2011;6.
14. Pawson R. The science of evaluation: a realist manifesto. SAGE Publications, Thousand Oaks, CA. 2013.
15. Pentland D et al. Key characteristics of knowledge transfer and exchange in healthcare: integrative literature review. *Journal of Advanced Nursing* 2011;67(7):1408–25.
16. Harvey G, Kitson A. Implementing Evidence-Based Practice in Healthcare: A Facilitation Guide. Routledge. 2015.
17. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid, Helse- og omsorgsdepartementet, Editor. 2008–2009, Regjeringen Stoltenberg II, Oslo.

Behandling / forebygging av ligge- og trykksår

Wima-labben

Avlaster områder som er utsatt for ligge- og trykksår

Bedrer mulighetene for sårleging
Behagelig i bruk, - luftig, lett, stabil og varmeisolerende

Wima produkter

Tlf. 71 51 42 84 Mob: 46 91 66 93 Kvernsvæien 404 6530 Averøy

Les mer om Wima-labben på vår nettside:
www.wima.no