

Effekter av personalopplæring i ADL prompting på et sykehjem

Jon A. Løkke, Lene K. M. Andersen og Fie Olsen

Høgskolen i Østfold

&

Jørn A. Vold

Råde kommune

Resymé

Vi presenterer en studie av effekten av en kortvarig opplæring av personalet i bruk av ADL prompting. Det ble utviklet et opplæringsprogram for personalet i riktig og tilpasset bruk av prompting ved måltidene, og effekten ble målt som reduksjon av for omfattende prompting. Det ble i forkant av studien gjennomført en måling som påviste hvilke responser i atferdskjedene som var innenfor beboernes atferdsrepertoar. Beboerne på sykehjemmet var imidlertid relativt passive. Tre timers opplæring av personalet viste en markant økning av mindre omfattende prompts som muntlige oppfordringer og fysiske tilrettelegginger. Mindre omfattende prompts bidro til selvstendighet ved måltidene. Samtidig sank forekomsten av at personalet utførte handlinger i stedet for beboerne. Ettermålinger viser en fortsatt tendens til bruk av mindre omfattende prompts.

Nøkkelord: Demens, Prompting, ADL – funksjoner, Personalopplæring

I Norge finnes det få undersøkelser av ADL ferdigheter (Activities of Daily Living; Tuntland, 2006) hos mennesker med demens. Ferdighetsfall og manglende muligheter til å bruke restferdigheter er et omfattende problem i demensomsorgen. Demens er en samlebetegnelse på ervervet svikt i flere hjernefunksjoner. Demens er en progredierende sykdomstilstand. Den som rammes vil fungere dårligere og dårligere og etter hvert bli helt avhengig av bistand.

Omtrent 80 % av personer med demens kan ha symptomer på depresjon som passivitet, tilbaketrekking, dårligere appetitt og søvnløshet. I dag er det om lag 66 000 mennesker med demens i Norge. Antallet mennesker med demens kan øke til 130 000 innen år 2040 (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Det er vesentlig at demensrelatert problematikk tas på alvor både av hensyn til klientene og geriatriens kvalitet og omdømme. Det må utvikles gode tiltak for å løse oppgavene. Den generelle levealderen blant befolkningen øker. Å flytte på sykehjem vil bli aktuelt for flere eldre. Eldre som bor på sykehjem lever generelt et stillesittende liv (Berg, 2002;

Pårørende og personalet har samtykket til innsamling av data og publisering. Data ble samlet inn som en del av en Bacheloroppgave levert ved Høgskolen i Østfold 2009. Marianne Følstad var deltaker i bachelorgruppen.

Kontakt: Jon A. Løkke, Høgskolen i Østfold, 1757 Halden. Telefon 976 02 254. E-post jon.lokke@hiof.no

Engelman, Altus & Mathews, 1999). I mange tilfeller kan de eldres avhengighet av hjelp øke fordi det blir gitt for mye assistanse fra velmenende pleiere (Engelman, Altus, Mosier & Mathews, 2003). Et stillesittende liv kan forringe ADL-funksjonene og livskvaliteten hos eldre. I Engelman, Altus og Mathews (1999) henvises det til en studie der aktiviteten hos 11 beboere på et sykehjem ble registrert. Beboerne var inaktive i 87 % av observasjonsperioden. Ice (2002; i Brenske, Rudrud, Schulze & Rapp, 2008) viser liknende resultater i en studie av aktivitetsnivå på et aldershjem - i 65 % av tiden gjorde beboerne lite eller ingenting.

Det finnes en relativt omfattende litteratur som omhandler hvordan atferdskjeder kan utvikles (Cooper, Heron & Heward, 2007). Atferdskjeder består av sekvenser med responser som ender med forsterkning (Reynolds, 1975). Sentralt i utviklingen av atferdskjeder er at det først foretas en testing av hva slags prompts som er nødvendig for at kjeden skal forekomme (Tucker & Berry, 1980). Responsprompts er stimuli som legges til den diskriminative stimulusen som til sist er tenkt å kontrollere responsen. Tre hovedformer for prompts er instruks, modeller og håndledning (Cooper, Heron & Heward, 2007, s. 287). Etter testingen finnes det godt etablerte teknikker for å fade ut prompts og sørge for nok atferdsvariasjon til at utvikling av hele atferdskjeden kan forekomme. Kjeding, prompting og den gradvise fadingen av prompts hører med til atferdsanalytikerens grunnleggende repertoar for å fremme positiv atferdsendring (Behavior Analyst Certification Board har en liste over ferdigheter i Cooper, Heron, & Heward, 2007).

Cooper, Heron og Heward (2007) beskriver fire overordnede strategier som er ment å sørge for en overføring av stimuluskontroll *med* responsprompts til en situasjon *uten* responsprompts og med kun naturlig eksisterende stimuli: a) Fra mest til minst prompting, b) gradert hjelp, c) fra minst til mest prompting og d) tidsforsinkelse (time delay). I vår studie planla vi å benytte en strategi der vi starter med minst mulig prompting og øker hjelpen gradvis – altså fra minst til mest prompting. Strategien innebærer å tilrettelegge for at deltakeren utfører responsen innen en viss tid (eksempelvis 3 sekunder) i nærvær av en naturlig diskriminativ stimulus. Dersom responsen *ikke* forekommer innenfor tidsvinduet presenteres den naturlige diskriminative stimulusen *pluss* den planlagte, minst omfattende responsprompten (eksempelvis en instruks). Dersom responsen ikke forekommer under påvirkning av den naturlige diskriminanten pluss den minst omfattende prompten, økes promptnivået gradvis og i tråd med et prompthierarki.

Vår hypotese var at beboerne ved avdelingen på sykehjemmet var mer passive og inaktive enn de trengte å være. Personalet var orientert mot pleie og stell, ikke først og fremst mestring og selvstendighet (Berg, 2002). Hensikten med studien var å finne ut om en kortvarig opplæring av personalet i tilpasset bruk av prompting kan gjenopprette ADL-funksjoner og unngå at beboerne blir inaktive.

Metode

Sted og deltakere

Studien ble gjennomført på en sykehjemsavdeling med 13 beboere, alle beboerne var med i studien. I følge Sosial- og helsedirektoratet (2007) antas det at halvparten av de som har demenssykdom aldri blir diagnostisert. På sykehjemsavdelingen hvor vår studie fant sted, var det fem beboere med demensdiagnose. I tillegg var det fire beboere som ikke var utredet for demens, men som hadde tydelig symptomer på demens og scoret lavt på MMSE-test (Mini Mental Status Evaluering; Strobel & Engedal, 2008).

Personalet bestod av assistenter, omsorgsarbeidere, helsearbeidere og sykepleiere. Det er

til sammen 12 ansatte i faste stillinger på avdelingen. Alle ansatte var kvinner og deltakere i studien. Tabell 1 viser en oversikt over beboere som fikk kartlagt sine ADL-ferdigheter under måltider. I figuren beskrives også diagnose og generelt funksjonsnivå.

Tabell 1: Kort beskrivelse av beboerne som ble kartlagt under måltider.

Beboere	Diagnoser og funksjonsevne
Beboer 1	Utredet og med demensdiagnose. Selvhjulpen. Aktiv.
Beboer 2	Utredet og med demensdiagnose. Nedsatt syn. Stort sett selvhjulpen.
Beboer 3	Lammelse i en arm. Klarer mye på egenhånd, med fysisk tilrettelegging. Symptomer på demens.
Beboer 4	Tydelige symptomer på demens; ikke utredet. Trenger mye tilrettelegging og bistand.
Beboer 5	Sitter i rullestol. Stort hjelpebehov.
Beboer 6	Sitter i rullestol. Passiv og umotivert. Klarer mye på egenhånd ved oppmuntring.
Beboer 7	Sitter i rullestol. Ikke demens, men blir fort sliten. Klarer alt ved fysisk tilrettelegging.
Beboer 8	Blind. Ikke demens. Stort sett selvhjulpen med fysisk tilrettelegging.
Beboer 9	Utredet og med demensdiagnose. Sitter i rullestol. Stort sett selvhjulpen med veiledning.
Beboer 10	Symptomer på demens, men ikke utredet. Er selvhjulpen.
Beboer 11	Tydelige symptomer på demens, men ikke utredet. Er selvhjulpen med fysisk tilrettelegging og verbal oppmuntring.
Beboer 12	Utredet og med demensdiagnose. Selvhjulpen.
Beboer 13	Utredet og med demensdiagnose. I perioder meget desorientert og viser tidvis aggressiv atferd.

Studiens relevans for personalet og beboere

Opprettholdelse av funksjonsevne hos beboere på sykehjem kan være viktig dersom en viss grad av aktivitet er vesentlig for et godt liv.

Personalet beskrev f r opplæringstiltaket at måltidene var stressende både for beboere og personalet. De hadde ikke tid til å snakke med beboerne, og ved flere anledninger var det verbal utagering. Beboerne fikk ferdig påsmurt mat og gjorde lite eller ingenting på eget initiativ. Personalet hadde ikke tid til å oppmuntre beboerne. Med kunnskap om å bruke tilpasset prompts kan personalet få en lettere arbeidsdag enn tidligere når beboerne blir mer selvstendige.  kt selvstendighet ved måltidene kan føre til mindre stress og aversive stimuli for beboerne, større tilgang på forsterkere og er dermed et mulig bidrag til økt livskvalitet.

Det er lite sannsynlig at tiltakene har medført noe som helst ubehag for beboerne. Personalet kan ha opplevd ubehag ved at de har blitt observert, men det ubehaget er innenfor hva de må tåle som ansatte på sykehjemmet.

Materiell

Vann og saftmugger, skåler til pålegg, duker, stearinlys, br dkurver, serveringsbestikk, fat og boller, bordkort og bordnummer.

Måleinstrument

Vi utformet et ADL- funksjonsniv skjema til vurdering av hva hver enkelt beboer klarte på egenhånd under et måltid (Cooper, Heron, & Heward, 2007; Tuntland, 2006). De nødvendige handlingene som skal til for å spise på egenhånd ble tatt med i skjemaet. Eksempler på nødvendige handlinger er å ta til seg mat fra fat, bruke bestikk hensiktsmessig og helle drikke fra k ne. Observasjonene viste at beboerne kunne bruke alle ferdighetene for å spise funksjonelt dersom forholdene ble lagt til rette for selvstendige handlinger. Derfor ble ikke m latferden delt inn i ytterligere delhandlinger i ADL-funksjonsniv skjema.

Store behov for bistand kan medføre at handlingskjedene må deles opp i flere ledd enn i vårt tilfelle. Videre er tre promptnivåer inkludert. Prompts ble gradert etter hvor påtrengende de var (fra minst til mest); *verbal oppmuntring*, *tilrettelegging* (setter mat, bestikk og drikke innen rekkevidde og etter beboerens individuelle behov) og *personalet gjør for beboer*.

Reliabilitet

I 16 av 45 måltider (35 %) registrerte en uavhengig observatør måltidene samtidig med en av forfatterne. Ved å dele antall samstemte registreringer på registreringsskjemaet med summen av enige pluss uenige og multiplisert med 100, ble interobservatørenighet for bruk av prompts under måltider regnet ut. Variasjonsbredden i interobservatørenighet var fra 77 % - 100 % og med gjennomsnitt på 91 % enighet.

Opplæring av personalgruppen

I et personalmøte ble det informert om formålet med studien. Personalet fikk informasjon om innholdet og forventet resultat av tiltaket. Vi arrangerte først et opplæringskurs for seks fra personalet. Kurset varte i tre timer og inneholdt en gjennomgang av typer prompts og beskrivelser av atferdskjedene. Det ble satt av tid til diskusjon. Opplæringen ble avsluttet med et rollespill der personalet utførte tilpasset bruk av prompts på hverandre i grupper med to ansatte. Så ble opplæring gitt til ytterligere seks av personalet. Den første gruppen benevner vi «opplæringsgruppen» og de siste seks ansatte utgjør «ventelistegruppen».

Prosedyre for «minst til mest prompting» strategien

Målet med tiltaket var å opprettholde beboernes ADL-funksjoner ved at de smurte brødskivene sine selv, tok til seg middagsmat, helte drikke i glasset, brukte bestikk funksjonelt, tok egne valg om hva de ønsket å spise og sendte mat og drikke til hverandre. Tiltaket fant sted på kjøkkenet under frokost, middag og kveldsmåltid. Det eksisterende langbordet ble delt opp i tre adskilte bord. Hver enkelt plass ble merket med navnelapper. Personalet brukte tilpasset prompts som vist i eksemplene under:

Verbal oppfordring: En beboer spør etter saft, personalet setter saften foran beboeren og oppmuntrer til å forsyne seg selv, eksempelvis «Jeg setter saften her, så kan du ta selv». Personalet roser beboeren for det han/hun greier.

Fysisk tilrettelegging: Personalet setter mat og drikke innenfor rekkevidden til beboeren og venter fem sekunder. Aktivitet følges opp av verbalt positive uttrykk som: «Så bra», «Du er flink» og «Dette klarte du godt». I tillegg ble beboerne klappet på skulderen eller strøket på armen.

Personalet gjør for beboer: Innebærer at beboer er passiv i ADL-funksjonene.

Design

ADL-nivået ble målt hos 13 beboere under frokost, middag og kveldsmåltid. Det ble registrert hvor mye hjelp som ble gitt av personalet. Deretter ble opplæringskurset for seks ansatte gjennomført (opplæringsgruppen). Det ble så gjennomført 20 registreringer av de ansatte i opplæringsgruppen. Disse registreringene ble samtidig gjennomført for det vi kaller ventelistegruppen før ventelistegruppen fikk opplæring. Etter de 20 registreringene ble det holdt et opplæringskurs for ventelistegruppen. Etter opplæringen av ventelistegruppen fortsatte registreringene for *begge* gruppene. To uker etter avsluttet registrering ble det gjennomført en oppfølgingsregistrering av seks måltider. Fasene i designen ser slik ut (bokstavene i parentesene

refererer til fasene i figur 1):

Fase 1: Basislinje (A) og registrering av gradert bruk av tilpasset prompts som blir gitt av personalet i både opplæringsgruppen og ventelistegruppen.

Fase 2: Opplæringskurs til opplæringsgruppen i tilpasset bruk av prompts.

Fase 3: Registrering (B)(A) av tilpasset prompts som blir gitt av opplæringsgruppen og ventelistegruppen.

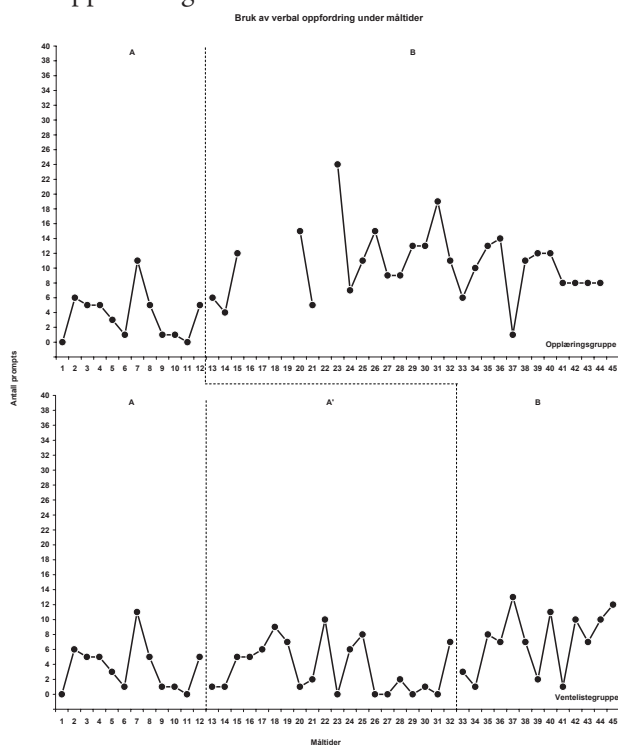
Fase 4: Opplæringskurs for ventelistegruppen i opplæring av tilpasset bruk av prompts.

Fase 5: Registrering (B)(B) av gradert bruk av tilpasset prompts som blir gitt av opplæringsgruppe og ventelistegruppe.

Fase 6: Oppfølging (C) etter 2 ukers opphold.

Resultater

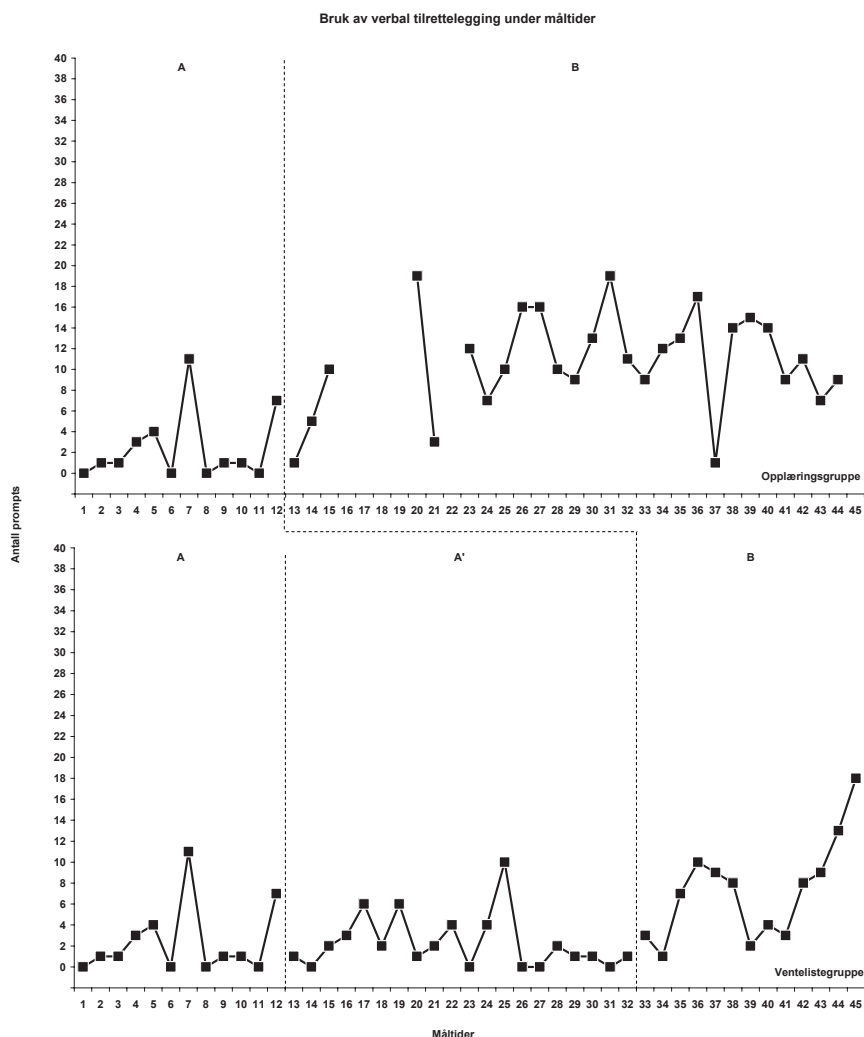
I figur 1, under basislinje, ble det i gjennomsnitt gitt 4 verbale oppfordringer hvert måltid. Et høyt antall verbale oppfordringer indikerer at mer omfattende prompting synker. Etter opplæring av opplæringsgruppen steg antallet verbale oppfordringer til i gjennomsnitt 12 hvert måltid. Etter opplæring av ventelistegruppen, steg antallet verbale oppfordringer til i gjennomsnitt 11 hvert måltid. Etter opplæring av begge gruppene ga personalet til sammen 16 verbale oppfordringer hvert måltid.



Figur 1: A-fasen er basislinjen og gjelder begge gruppene. B-fasen er opplæringsgruppen etter opplæringskurs. A'-fasen er den forlengede basislinjen for ventelistegruppen. B-fasen i 2. panel i fig. 2 er ventelistegruppen etter opplæringskurs. I B-fasen i 1. panel er det noen utelatte datapunkter som skyldes at ingen pleiere fra opplæringsgruppen var til stede under måltidet.

De verbale oppfordringene hadde en tydelig økning både hos opplæringsgruppen og ventelistegruppen. En økning i fase B kan forklares med at opplæringen av personalet har vært effektiv, og økning generelt av verbal oppfordring forteller at beboerne oppmuntres til å gjøre ting på egen hånd.

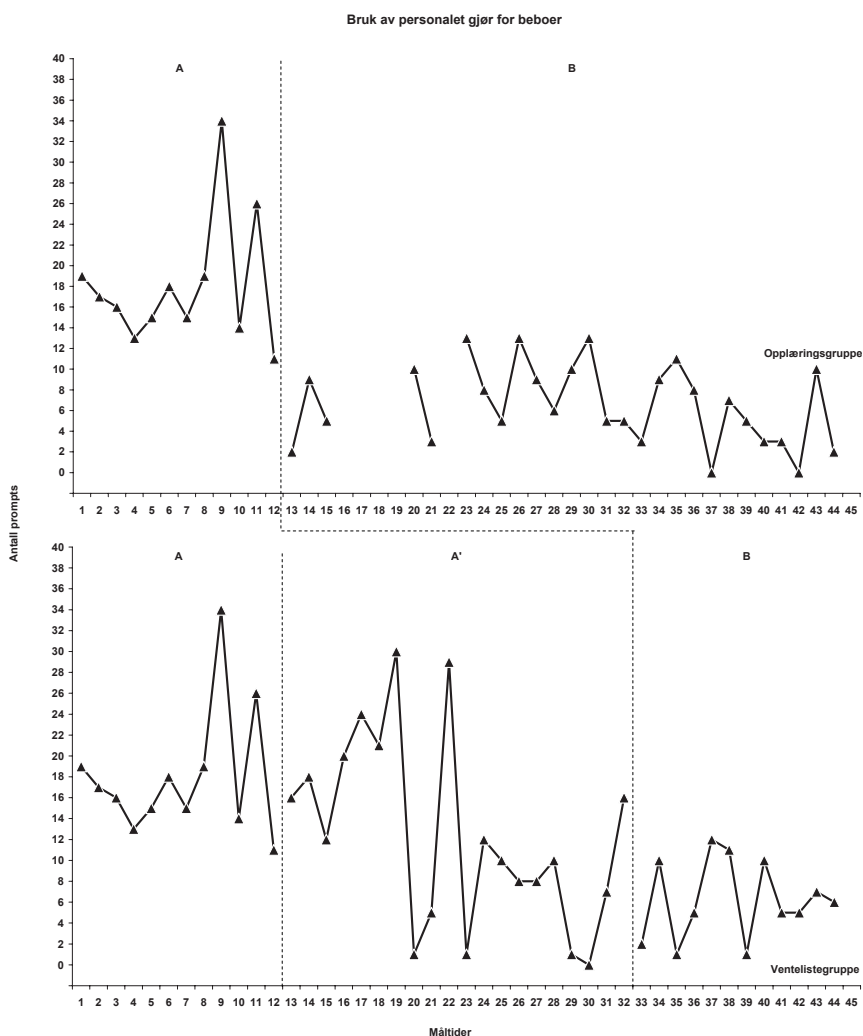
I figur 2 under basislinjen tilrettela personalet i gjennomsnitt 2 ganger hvert måltid. Med tilrettelegging menes at personalet setter mat, bestikk og drikke innen rekkevidde og i tråd med beboernes individuelle behov. Etter opplæring av opplæringsgruppen tilrettela opplæringsgruppen i gjennomsnitt 11 ganger hvert måltid frem til ventelistegruppen fikk opplæring. Etter opplæring av ventelistegruppen tilrettela ventelistegruppen i gjennomsnitt 8 ganger hvert måltid.



Figur 2: A-fasen er basislinjen og gjelder begge gruppene. B-fasen er opplæringsgruppen etter opplæringskurs. A'-fasen er den forlengede basislinjen for ventelistegruppen. B-fasen i 2. panel i fig. 3 er ventelistegruppen etter opplæringskurs. I B-fasen i 1. panel er det noen utelatte datapunkter som skyldes at ingen pleiere fra opplæringsgruppen var til stede under måltidet.

Etter opplæring av begge gruppene tilrettela de til sammen 19 ganger hvert måltid. Før opplæringskurset fikk beboerne maten ferdig påsmurt og servert. Etter opplæringskurset tilrettelegger personalet alt beboerne trenger på en slik måte at beboerne kan ta til seg det de ønsker.

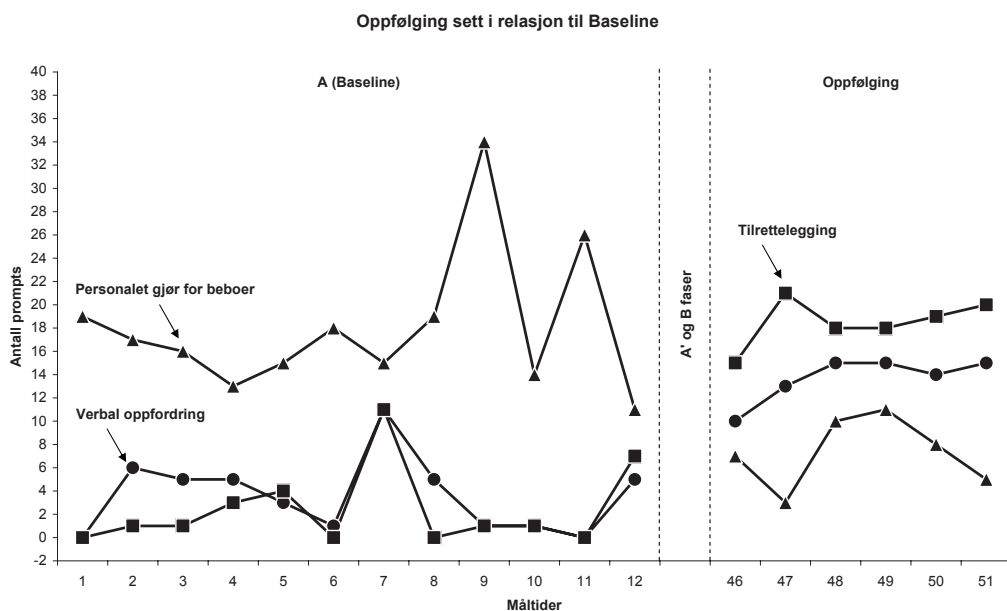
I figur 3 under basislinjen gjorde personalet alt for beboerne i gjennomsnitt 18 ganger hvert måltid. Etter opplæring av opplæringsgruppen gjorde opplæringsgruppen alt for beboerne i gjennomsnitt 8 ganger hvert måltid frem til ventelistegruppen fikk opplæring. Etter opplæring av ventelistegruppen gjorde ventelistegruppen alt for beboerne i gjennomsnitt 7 ganger hvert måltid. Etter opplæring av begge gruppene gjorde personalet alt for beboerne til sammen 10 ganger hvert måltid.



Figur 3: A-fasen er basislinjen og gjelder begge gruppene. B-fasen er opplæringsgruppen etter opplæringskurs. A'-fasen er den forlengede basislinjen for ventelistegruppen. B-fasen i 2. panel i fig. 4 er ventelistegruppen etter opplæringskurs. I B-fasen i 1. panel er det noen utelatte datapunkter som skyldes at ingen pleiere fra opplæringsgruppen var til stede under måltidet.

Resultatene viser at personalet i gjennomsnitt gir mindre påtrengende og omfattende prompts etter opplæringskurset. Resultatene sammenfaller med en økte forekomst av mindre påtrengende prompts. Etter opplæringskurset får beboerne oftere tilpasset prompts i tråd med individuelle behov.

I figur 4 vises basislinjen for de tre promptene; verbal oppfordring, tilrettelegging og personalet gjør for beboerne i samme diagram. I figuren vises også en registrering av seks måltider to uker etter avsluttet registreringsperiode (oppfølgingsfasen). I basislinjen ble det i gjennomsnitt gitt fire verbale oppfordringer hvert måltid. I oppfølgingsfasen brukte personalet fra begge gruppene i gjennomsnitt 14 verbale oppfordringer hvert måltid. I basislinjen tilrettela personalet for beboerne i gjennomsnitt 2 ganger hvert måltid. I oppfølgingsfasen tilrettela personalet for beboerne i gjennomsnitt 19 ganger hvert måltid. I basislinjen gjorde personalet alt for beboerne i gjennomsnitt 18 ganger hvert måltid. I oppfølgingsfasen gjorde personalet alt for beboerne i gjennomsnitt 7 ganger hvert måltid.



Figur 4: Viser antallet av de tre typene prompts som er brukt både i basislinjen og i oppfølgingenfasen. Resultatene viser at pleierne i økende grad bruker promptene verbale oppfordringer og tilrettelegging, og i mindre grad gjør alt for beboerne.

Figur 4 viser antallet av de tre typene prompts som er brukt både i basislinjen og i oppfølgingsfasen. Resultatet av registreringene i oppfølgingsfasen viser at etter avsluttet opplæringsperiode bruker personalet like mye og mer tilpasset prompting under måltider enn i B fasen.

Diskusjon

Hovedfunnet er at opplæring av personalet på en sykehjemsavdeling medfører at beboerne opprettholder ADL- funksjonene sine. Avdelingen studien omhandler er en typisk sykehjemsavdeling med en sammensatt gruppe av pasienter. En andel av beboerne hadde demensdiagnose. Resultatene er så lovende at man kan anta at tiltak for å opprettholde ADL

funksjoner hos eldre, med opplæring i tilpasset bruk av prompting, kan være relevant for andre avdelinger på sykehjem.

Observasjonene i basislinjen kan ha hatt en reaktiv effekt og påvirket data i positiv retning uten at tiltaket var iverksatt. Noen av personalet observerte og viste interesse for hvordan vi jobbet og begynte å bruke samme metoder som oss før tiltaket var satt i gang. Modelleringen kan være en årsak til at data ble påvirket i positiv retning før tiltaket ble iverksatt og er dermed en alternativ forklaring på noe av den observerte effekten.

Under observasjon kan atferden som observeres endre seg. Den som observeres føler seg overvåket og kan oppleve observasjonen som ubehagelig. Tilbakemeldinger fra personalet i ventelistegruppen var at noen ble usikre under A' fasen. De følte seg overvåket, visste ikke hva de skulle gjøre og var redde for å gjøre feil. Samtidig var det noen som fortalte at tiltaket var spennende og begynte å gjøre det samme som opplæringsgruppen. Observasjonseffekten har vært sterk og kan være årsaken til at grafen for *tilrettelegging* etter opplæring av ventelistegruppen får en tydeligere økning enn opplæringsgruppen fikk rett etter opplæring.

Sykdommer og dagsform hos beboerne gjør at det ikke er fysisk mulig å beboerne orker å gjøre alt på egen hånd i enkelte måltider. Et høyt promptnivå ved slike måltider er en ønskelig tilrettelegging. En slik tilrettelegging kan være årsaken til en høyere score på prompten *pleier gjør for beboer* enn forventet.

Før i gangsetting av tiltaket gjennomførte vi fysiske miljøendringer ved å dele langbordet i tre mindre bord med færre beboere. Beboerne får færre mennesker å forholde seg til og det er større mulighet for sosialt samspill beboerne imellom.

På avdelingen er det få pleiere med full stilling og mange pleiere i små stillinger. Pleierne går også i en fast turnus som ikke kunne endres av forfatterne. Under registreringsperioden ble det derfor en ujamn fordeling av antall pleiere fra hver av gruppene. Utslaget av fordelingen viser seg i en ustabil trend, men trenden er økende ved promptene verbal oppfordring og tilrettelegging. Pleier gjør for beboer har samme ustabile trend, men med en synkende trend.

Data tyder på at når personalet bruker tilpassede prompts, så har beboerne bedre muligheter for å være aktive, flere muligheter for forsterkning og bedre livskvalitet. Det trengs mer data som angår studiens problemstilling, og forsøk på spredning av liknende opplæringsprogrammer er ønskelig.

Referanser

- Berg, G. (2002). *Til dekket bord*. Sem: Nasjonalt Kompetansesenter for aldersdemens.
- Brenske, S., Rudrud, E. H., Schulze, K. A., & Rapp, J. T. (2008). Increasing activity attendance and engagement in individuals with dementia using descriptive prompts. *Journal of Applied Behavior Analysis, 41*, 273–277.
- Cooper, J. C., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2007). *Applied behavior analysis*. Second edition. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Merrill Prentice Hall.
- Engelman, K. K., Altus, D. E. & Mathews, R. M. (1999). Increasing engagement in daily activities by older adults with dementia. *Journal of Applied Behavior Analysis, 32*, 107–110.
- Engelman, K. K., Altus, D. E., Mosier, M. C., & Mathews, R. M. (2003) Brief training to

- promote the use of less intrusive prompts by nursing assistants in a dementia care unit. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36, 129–132.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). “Mini-mental state”: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189–198.
- Reynolds, G. S. (1975). *A primer of operant conditioning*. Glenview, IL: Scott, Foresman.
- Strobel, C & Engedal, K. (2008). Norsk revidert Mini Mental Status Evaluering (MMSE-NR). www.legeforeningen.no/geriatri; lest 10.2. 2010.
- Tucker, D. J., & Berry, G. W. (1980). Teaching severely multihandicapped students to put on their own hearing aid. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 13, 65–75.
- Tuntland, H. (2006). *En innføring i ADL – teori og intervensjon*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.