

Personalopplæring i bruk av mindre påtrengende prompts ved måltider på en sykehjemsavdeling

Jon A. Løkke¹, Aud Helen Drabløs¹, Turid Margrethe Strand¹, Britt Thorvaldsen¹ og Jørn A. Vold²
Høgskolen i Østfold¹ og Råde kommune²

Artikkelen er en systematisk replikasjonsstudie. Forfatterne har målt antall prompts beboere ved en sykehjemsavdeling mottar fra personalet. Tiltaket innebærer å lære opp personalet i bruk av tilpassede prompts ved måltidene. Effekten er målt ved nedgang i bruk av påtrengende prompts. Basislinjemålingene viser at ”pleier gjør for beboer” forekommer omtrent seks ganger mer før tiltak enn etter tiltak. ”Beboer gjør selv” økte betydelig etter tiltak.

Nøkkelord: ADL-funksjon, Eldre, Personalopplæring, Prompts

Antall beboere på sykehjem vil øke betydelig i årene som kommer med en fordobling av antall personer over 67 år innen 2050 (*Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009*). Antall yrkesaktive i samme periode vil ikke øke i særlig grad. Antall personer over 80 år vil sannsynligvis øke fra 218 594 i 2007 til ca 325 000 i 2030 og til over 500 000 i 2050. En rekke diagnoser vil øke i antall på grunn av økt alder i befolkningen; KOLS, hjertesvikt, demens og kreft (ibid). I følge World Alzheimer Report (2010) lider cirka 36 millioner mennesker i verden av demens i 2010, og tallet forventes å øke til 66 millioner i 2030.

Personer med demensdiagnosen vil utgjøre et omfattende økonomisk samfunnsproblem. Evidensbaserte, forebyggende strategier må utvikles for å bedre livskvaliteten for pasienter og pårørende. Med samme standard på tjenestene som i dag, vil behovet for arbeidskraft fordobles fram til 2050. Beregninger fra Statistisk sentralbyrå

viser et samlet underskudd på om lag 43 000 årsverk knyttet til helse- og sosialfaglig personell innen 2030 (*Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009*). Studier som tar for seg opprettholdelse av ferdigheter er av stor verdi.

Sykehjemsbeboere lever et stillesittende liv og ADL-ferdighetene forringes. De ansatte utfordres til å ha større fokus på å opprettholde og reversere tap av ADL-ferdigheter. Flere studier viser at passivitet og inaktivitet er et stort problem. Gode resultater er oppnådd etter igangsatt aktivitetstiltak (Burgio et al. 1994 i Engelman, Altus, & Mathews, 1999; Ice, 2002 i Brenske, Rudrud, Schulze & Rapp, 2008). Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff (2008) beskriver at mange eldre har redusert fysisk kapasitet, og at konsekvensene av inaktivitet blir alvorligere enn hos yngre mennesker. Bevegelsesrepertoaret kan opprettholdes i daglige gjøremål som spising og drikking. ADL-aktiviteter er viktig for mestringsfølelse og trivsel i en ellers inaktiv hverdag (Berg, 2002). På sykehjemsavdelingen er måltidet den aktiviteten som gjentar seg flest ganger i

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

døgnnet. Enkel tilrettelegging kan øke trivsel og aktivitet rundt bordet (ibid; se også Langer & Rodin, 1977).

Forfatterne har gjennom usystematiske observasjoner sett at måltidene er preget av uro og stress der personalet løper til og fra, og beboerne ofte blir overlatt til seg selv. Personalet produserer støy ved å rydde fra bord til benk og oppvaskmaskin underveis i måltidet. Berg (2002) skriver at personalet ofte blir det største uromomentet. Når personalet sitter ned, og heller bistår pasientene ved bordet, unngås at pasientene påvirkes av personalets stressende atferd.

Melin og Götestam (1981) undersøkte om forsterkere presentert avhengig av aktivitet ville øke kommunikasjonen og bedre den sosiale samhandlingen under måltider. En mulig forklaring på manglende aktivitet er at institusjonen produserer passivitet i en forsterkerfattig hverdag ved at forsterkere presenteres beboerne kontingent på inaktivitet. Melin og Götestam undersøkte også effekten av ommøblering og endrete måltidsrutiner. Studien viser at ferdigheter kan gjenopptas og opprettholdes lenger om forholdene legges til rette. Ved å gjøre de eldre avhengig av hverandre for å oppnå det de vil ha, øker anledningen til å kommunisere og oppnå forsterkere slik det ble gjort ved måltider hos eksperimentgruppa i studien til Melin og Götestam.

En undersøkelse av Engelman, Altus, Mosier og Mathews (2003) ble igangsatt for å evaluere bruk av forenklet og kort opplæring av personalet for å hjelpe eldre med demens til å være selvstendige. Etter en kort opplæring i å gi gradert prompts og passende ros viste det seg at pleiere kan bidra til at beboerne er mer delaktige i daglige stell.

Det er fire kjente prosedyrer for å etablere stimuluskontroll uten responsprompts og med naturlig forekommende stimuli: (a) mest til minst prompting, (b) gradert hjelp, (c) minst til mest prompting, og (d) tidsforsinkelser (time delay) (Cooper, Heron, & Heward, 2007). Minst til mest prompting er mye benyttet. Cooper, Heron og

Heward skriver at minst til mest prompting innebærer å tilrettelegge for at deltakeren utfører responsen innen en viss tid i nærvær av en naturlig, eller vanlig diskriminativ stimulus. Dersom responsen ikke forekommer innenfor en viss tid (eksempelvis 3 sekunder) presenteres den naturlige diskriminative stimulus pluss den planlagte, minst omfattende prompten (for eksempel en instruks). Dersom responsen ikke forekommer under påvirkning av den naturlige diskriminanten, pluss den minst omfattende prompten, økes promptnivået gradvis fra verbal oppfordring, modellering og til slutt full håndledelse.

Få studier er gjennomført i Norge vedrørende opprettholdelse av ADL-ferdigheter hos eldre. Vi replikerer en studie om kortvarig personalopplæring i bruk av tilpassede prompts under måltid ved en demensavdeling (Løkke, Andersen, Olsen, & Vold, 2010). Målet var at personalet skulle gi riktig og individuell hjelp slik at de eldre på avdelingen opprettholdt sine ADL-funksjoner så lenge som mulig. Studien viste at tre timer personalopplæring ga markant økning i bruk av mer tilpassede prompts som fysisk tilrettelegging og verbale oppfordringer. Den påtrengende prompten "pleier gjør for beboer" ble gjennomsnittlig benyttet 18 ganger per måltid under basislinjen, men 10 ganger per måltid etter tiltak. Vi bruker betegnelsen påtrengende prompts når personalet gjør mer enn nødvendig.

Denne replikasjonsstudien innebærer et forsøk på generalisering til en annen sykehjemsavdeling. Hver gang en replikasjon gjøres øker troen på resultatene (Barlow, Nock, & Hersen, 2009). For replikasjonen er hovedproblemstillingen slik: Vil personalopplæring i tilpassede promptteknikker redusere bruk av inngripende prompts overfor sykehjemsbeboere? I tillegg beskriver vi to miljøfaktorer under måltidene. Miljøfaktor 1: Rydder personalet underveis i måltidene? Miljøfaktor 2: Sitter personalet sammen med beboerne under måltidene? Miljøfaktorene er vesentlige komponenter i et godt måltid.

Metode

Sted og deltakere

Studien ble gjennomført på en sykehjemsavdeling. Avdelingen har åtte plasser; fire faste plasser og fire korttidsplasser. Deltakerne består både av personale (også kalt pleiere) og beboere. Personalet består av sykepleiere, helsefagarbeidere, omsorgsarbeidere og assistenter, både menn og kvinner, i alderen 21 – 55 år. Totalt 15 pleiere deltok i studien. På dagtid er avdelingen bemannet med tre pleiere, i helgene og på kveldstid er bemanningen to.

Beboerne som deltok i studien ble observert i forkant av forfatterne, og vurdert til å besitte nødvendige ADL–ferdigheter for å gjennomføre måltidene selvstendig dersom forholdene ble lagt til rette. Personalgruppen og settingen er lik nok studien til Løkke, Andersen, Olsen og Vold (2010) til at en replikasjon kan forsøkes (Barlow, Nock & Hersen, 2009). Oversikten i tabell 1 inneholder flere enn åtte beboere, som tilsvarende antall plasser, fordi det stadig var utskifting av beboere til korttidsplassene.

Studiens relevans og verdi for beboerne

Opprettholdelse av ADL–ferdigheter er viktig forutsatt at en viss grad av aktivitet er

vesentlig for et godt liv (Løkke, Andersen, Olsen & Vold, 2010). Innledende observasjoner viste at beboerne fikk ferdig påsmurt mat til frokost og kveldsmat, og tallerkenservert ved middag. De var lite aktive under måltidene og satt ofte og ventet på hjelp fra personalet. Før tiltaket ble iverksatt beskrev beboerne at måltidene var preget av mye støy. Tiltaket bidrar til å opprettholde beboernes funksjonsevne under måltider gjennom individuelt tilpasset hjelp. Når beboerne er mer selvstendige under måltidene, og personalet setter seg ned ved bordet, reduseres stress og aversive stimuli som støy, prat personalet seg imellom og fysisk uro. I tillegg øker tilgangen på positive forsterkere, som samtaler, ros og blikkontakt.

Samtykke er innhentet fra beboere med fast plass. Korttidspasienter blir i stor grad observert med tanke på funksjonsevnevurdering og utforming av behandlingsopplegg, og må derfor påregne å bli observert. Tiltaket har tilsynelatende ikke medført ubehag for beboerne.

Studiens relevans og verdi for personalet

Personalets hverdag er travel og preget av mange pasienter og praktiske oppgaver. Personalet beskriver at de har liten tid til å sitte ned og prate med beboerne, samtidig

Tabell 1. Oversikt over beboernes kjønn, alder, funksjonsevne og relevante diagnoser.

Deltakere	Kjønn, alder, funksjonsevne og relevante diagnoser
Beboer 1	Kvinne (91), gode ADL–ferdigheter, høreapparat og rullator.
Beboer 2	Kvinne (97), moderate ADL–ferdigheter, høreapparat og rullator.
Beboer 3	Mann (100), moderate ADL–ferdigheter, nedsatt syn og rullator.
Beboer 4	Kvinne (89), gode ADL–ferdigheter og rullator.
Beboer 5	Kvinne (79) gode ADL–ferdigheter, høreapparat og rullator.
Beboer 6	Kvinne (89), moderate ADL–ferdigheter, nedsatt syn, høreapparat og rullator.
Beboer 7	Mann (82) moderate ADL–ferdigheter, flere hjerneslag og rullator.
Beboer 8	Kvinne (79), moderate ADL–ferdigheter og rullator.
Beboer 9	Mann (91), gode ADL–ferdigheter, ikke-diagnostisert demens og rullator.
Beboer 11	Mann (74), gode ADL–ferdigheter og rullestol/rullator.
Beboer 12	Kvinne (86), moderate ADL–ferdigheter og rullestol.

anser de det som en meningsfylt del av arbeidet. Ved å benytte gradert prompting kan beboerne bli mer selvstendige, og personalet får tid til å sette seg ned og bidra til hyggelige måltider. Opplevelse av ubehag for personalet ved at de har blitt observert har ikke blitt nevnt. Skriftlig samtykke er innhentet fra 10 ansatte, de resterende fem er vikarer i små stillinger og har gitt muntlig samtykke.

Materiell og fysiske endringer

Det ble kjøpt inn halvliters mugger, boller og fat til middagsservering, serveringsbestikk, bordkort og duk. Stearinlys og telys ble hyppig brukt ved måltidene, bordet ble flyttet nærmere vinduet, og solskjermingsgardiner ble montert.

Mellom observatør enighet og behandlingsintegritet

Mellom Observatør Enighet (MOE) er regnet ut ved å dele antall enige scorer med summen av enige pluss uenige, multiplisert med 100. I 26 av 49 måltider (53 %) observerte to forfattere samtidig. MOE gjennomsnittet er 96,5 % under brødmåltidene, og 99,5 % under middagsmåltidene. Totalt er variasjonsbredden fra 76,9 % til 100 %, med et gjennomsnitt på 98 %.

Behandlingsintegriteten, eller i hvilken grad tiltaket ble gjennomført som planlagt, ble ivaretatt under tiltaksmålingene. En detaljert sjekklister over tiltakets deler ble utformet; registrering ble foretatt av en uavhengig person i to av de syv oppfølgingsmålingene (28,5 %). Registreringene viser om tiltakets deler ble gjennomført ved at det ble registrert "JA" eller "NEI" ved feilaktig gjennomføring. Måling av behandlingsintegritet er en kvalitetssjekk av uavhengig variabel. Behandlingsintegritet er sjekket under brødmåltid (100 %) og middag (85,7 %). Totalt ligger behandlingsintegriteten på 92,86 %.

Formål og prosedyre

Tiltakets formål er å opprettholde beboernes ADL-ferdigheter ved at personalet

benytter teknikken minst til mest prompting, tilpasset den enkelte. Beboerne skal få være selvhjulpne ved bordet ved å helle drikke, forsyne seg med den mengde mat de vil ha og sende mat og drikke til hverandre. Personalet skal så raskt som mulig sette seg ved bordet sammen med beboerne når maten er servert. Dersom ett personal sitter ved bordet i 15 minutter eller mer oppfyller de kriteriet forfatterne har satt til *samvær*. Etter middagsmåltidet skal tallerkenene og serveringsfatene settes på benken så desserten kan serveres. All annen *rydding* skal først gjøres når beboerne er ferdige med å spise.

Tiltaket fant sted på kjøkkenet under alle måltidene i en tre ukers periode (fase B1). Noen miljøendringer ble gjennomført, se *Materiell og fysiske endringer*. Hovedvekten av tilretteleggingen gjøres i forkant av måltidene ved eksempelvis å benytte små påleggfat og mugger. Personalet benyttet tilpassede prompts som i følgende eksempler:

Verbal oppfordring: Beboer spør etter drikke, personalet setter muggen med drikke foran beboeren og oppmuntrer til å forsyne seg selv, eksempelvis «Jeg setter melken her, så kan du ta selv».

Fysisk tilrettelegging: Personalet setter mat og drikke innenfor rekkevidden til beboeren, hjelper beboer å holde samt videresende tunge matfat. *Pleier gjør for beboer:* Beboer er passiv.

Ros blir gitt i naturlige settinger, eksempelvis "Dette klarte du bra" og "flott". I tillegg kunne personalet klappe beboerne på skulderen eller stryke på armen.

Design

Beboernes ADL-ferdigheter ble målt til å være tilstrekkelige for å kunne gjennomføre måltidene selvstendig. Forfatterne observerte frokost-, middags- og kveldsmåltider, og hvor mye hjelp én beboer av gangen mottok under ett måltid. Middagsobservasjonene er skilt fra frokost- og kveldsmåltidene (brødmåltider).

Tiltaket besto av to timer opplæring avholdt for avdelingens ansatte hvor fire fast ansatte og avdelingsleder møtte. Opplæ-

ringen inneholdt utfyllende informasjon og demonstrasjon av prompts; fra minst til mest. Personalet ble informert om viktigheten av å gi individuelt tilpassede prompts samt å sette seg ned ved bordet for å skape ro rundt måltidene, og øke tilgangen på positive forsterkere. Forfatterne avklarte med ledelsen at personalet kunne spise sammen med beboerne. I etterkant av opplæringen veiledet forfatterne under 12 måltider for å få lært opp flest mulig i utføring av prosedyren, inkludert vikarer og personal i små stillinger. Etter igangsatt tiltak ble det foretatt to runder med registreringer. I første runde ble det registrert under syv middagsmåltider og åtte brødmåltider fordelt over en ni dagers periode.

Ettermålingen ble gjennomført fem uker etter igangsatt tiltak. Fire middager og fire brødmåltider ble registrert over en fem dagers periode. Designen kan beskrives som en AB design med en ettermålingsfase. Fasene i studien og i designen er:

Trinn 1. Kartlegging av beboeres ADL-ferdigheter. Basislinjeregistrering av antall prompts gitt (til én beboer av gangen fra personal); A-fase.

Trinn 2. Ettermåling på avdelingen fra 2010 studien.

Trinn 3. Basislinjeregistrering på to uavhengige sykehjemsavdelinger.

Trinn 4. Tiltak; personalopplæring og 12 veiledningsmåltider.

Trinn 5. Registrering av antall prompts gitt (til én beboer av gangen fra personal) i tre uker; B1.

Trinn 6. Oppfølgingsregistreringer av antall prompts gitt til én beboer fra personal; fase B2. Poenget med denne fasen var å undersøke generalisering over tid.

Måleinstrumenter

Forfatterne utarbeidet et skjema til kartlegging av beboernes ferdigheter basert på ADL-funksjonsnivåskjema som ble benyttet i 2010 studien. Beboerne er først observert under to måltider. De som ble vurdert til å inneha de nødvendige ferdighetene for å spise selvstendig, er tatt med i studien. Et regis-

terings-skjema over prompts ble utarbeidet og testet. Testen førte til ytterligere operasjonalisering før endelig skjema ble benyttet i A- og B-fasene (alle skjemaer kan fås ved henvendelse til artikkelens kontaktperson).

Registrerings-skjemaet måler antall prompts gitt fra personalet til en enkelte beboer. Skjemaet viser graderte prompts, fra minst til mest; beboer gjør selv (fravær av påtrengende prompt, men med mat og bestikk tilgjengelig), verbal oppfordring, tilrettelegging, modell, sensitiv håndledning, full håndledning og pleier gjør for beboer. Prompt-registrerings-skjema inneholder også måling av to miljøfaktorer; a) Sitter personalet ved bordet sammen med beboerne under måltidet? (JA/NEI), og b) Ryddes det underveis i måltidet? (JA/NEI).

Resultater

I Figur 1 og "Pleier gjør for beboer" og "beboer gjør selv" under *frokost og kveldsmåltid*, ser vi at trendene er oppadgående i fase A (basislinjen) for alle punktene. "Beboer gjør selv" har punkter som overlapper over faser. "Pleier gjør for" har en betydelig reduksjon i begge B-fasene og med kort latenstid. Kort latenstid innebærer at effekten kommer umiddelbart, og kort latenstid innebærer at det er mindre sannsynlig med andre variabler enn tiltaket som forklaring på effekten. "Beboer gjør selv" har økning. Siste måling i A og første måling i B1 viser stor nivåforskjell.

Antall "beboer gjør selv" pluss antall "pleier gjør for beboer" utgjør 100 % under ett måltid. Basislinjen viser at "pleier gjør for beboer" gjennomsnittlig 5,9 ganger pr brødmåltid (42,4 %). "Beboer gjør selv" forekommer gjennomsnittlig 8 ganger pr måltid (57,6 %).

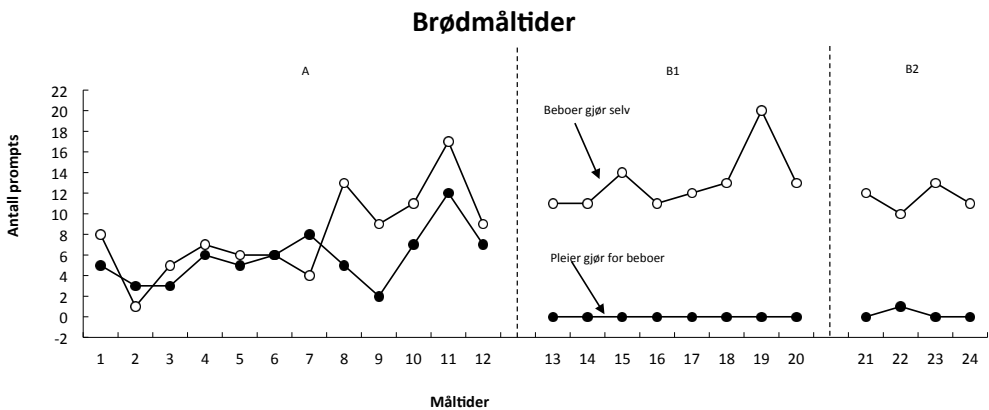
Etter personalopplæring økte "beboer gjør selv" til 13,1 ganger pr måltid (100 %). "Pleier gjør for beboer" sank til 0 under måltidene. Trenden er stabil fra B1 og ut i B2 med et gjennomsnitt på 0,5 ganger per måltid (4 %). "Beboer gjør selv" ligger gjennomsnittlig på 11,5 ganger per måltid i B2

– det tilsvarer 96 %.

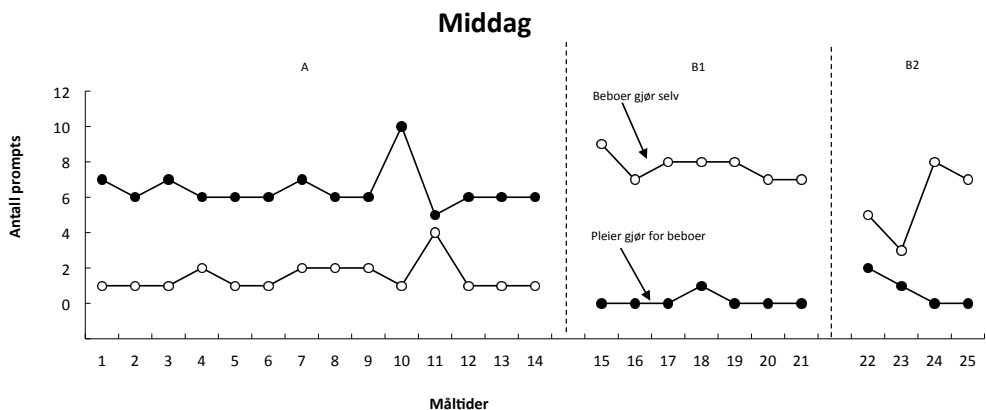
I Figur 2; "Antall prompts under middagsmåltid" ser vi at trendene på begge datalinjene i A-fasen er stabile med unntak av 2 punkter. Det er ingen overlapp mellom A og B-fasene. Effekten kommer umiddelbart i B₁. Det er tydelig reduksjon av "pleier gjør for beboer" med stor nivåforskjell. "Beboer gjør selv" har en rask og markant økning i begge faser med unntak av et punkt i B₂ fasen. Nivåforskjellen er stor.

I A-fasen er datapunkt 10 under "pleier

gjør for beboer" vesentlig høyere enn de andre og skyldes at pleier serverer beboer to ganger under måltidet. Datapunkt 11 under "beboer gjør selv" er vesentlig høyere enn de andre og skyldes at beboer forsynte seg selv flere ganger. Datapunkt 26 (i B₂) viser lav score grunnet tilrettelegging i forkant (gryterett). Basislinjen viser at "beboer gjør selv" gjennomsnittlig 1,5 ganger per middagsmåltid som utgjør 19 %. "Pleier gjør for" gjennomsnittlig 6,4 ganger per måltid, som tilsvarer 81 %. Etter personalopplæring



Figur 1. Brødmåltider; A-fasen er basislinjen. B₁-fasen er etter opplæringskurset. B₂-fasen er oppfølgingsmålingen. "Beboer gjør selv" innebærer at beboeren forsyner seg selv og antall prompt på den vertikale akse innebærer kun at mat og bestikk er tilgjengelig.



Figur 2: A-fasen er basislinjen middagsmåltider. B₁-fasen er etter opplæringen. B₂-fasen er oppfølgingsmåling. Promptingen "pleier gjør for beboer", og fravær av prompting; "beboer gjør selv" i nærvær av mat og bestikk i samme diagram.

økte ”beboer gjør selv” i B1 til 7,7 ganger per måltid som utgjør 98 %. ”Pleier gjør for beboer” har en tydelig reduksjon i fase B1 til 0,1 ganger per måltid (2 %).

I B2 er det fortsatt overvekt av ”beboer gjør selv”. Det indikerer redusert bruk av påtrengende prompts. ”Pleier gjør for” forekommer gjennomsnittlig 0,75 ganger per måltid (12 %). ”Beboer gjør selv” gjennomsnittlig 5,75 ganger per måltid i B2, som utgjør 88 %.

Registrering av personalrydding underveis i måltidene, *Miljøfaktor 1*, viser at det i A-fasen ble ryddet i 15 (57,7 %) av totalt 26 måltider. I B1 fasen ble det ryddet i 5 (26,7 %) av totalt 15 måltider, og i 2 av 8 måltider (25 %) i B2 fasen. Registreringene viser en markant nedgang av rydding underveis i måltidene.

Miljøfaktor 2, i hvilken grad personalet sitter sammen med beboerne ved bordet, lå på 30, 8 % i A-fasen (8 av 26 måltider). I B1 og B2 satt personalet ved bordet i 100 % av måltidene.

Diskusjon

Under perioden med studien økte frekvensen av ”beboer gjør selv”, og personalopplæring i tilpassede promptteknikker reduserte bruken av inngripende prompts overfor sykehjemsbeboerne. Resultatene viser i B-fasene at ”beboer gjør selv” 88 % eller mer av måltidet, i motsetning til 19 % og 57 % i målingene fra A-fasen. Funnene samsvarer med resultatene i 2010-studien (Løkke, Andersen, Olsen, & Vold, 2010). B2 oppfølgingsfasen, tyder på at effekten av opplæringen holder seg og at personalets endrede atferd ikke kan skyldes generell oppmerksomhet, eksperimentatorforventninger eller annen påvirkning som kun skyldes at prosjektets deltakere var på stedet. Designen er imidlertid i utgangspunktet svak, og alternative forklaringer på effekten må vurderes.

Under brødmåltidene er datalinjenes trender økende i A-fasen – vi tror det skyldes observatøreffekten. Observasjonene i A-fasen

viser generelt at personalet ”gjør for beboer” i starten og slutten av måltidet, for så å overlate beboerne til seg selv. Promptingen var hovedsakelig påtrengende eller fraværende. Mot slutten av A-fasen var personalet bedre informert om prosjektet og hadde en mer avslappet holdning til forfatterens tilstedeværelse. Deler av personalet var ivrige på å gjøre ting ”riktig”, og begynte å legge om egne arbeidsmetoder før tiltaket ble satt i gang (i A-fasen) – denne ikke-planlagte endringen kan forklare noe av effekten. Personalet kjente ikke til prosedyren, men ønsket å gi beboere et bedre tilbud. På den annen side ville ikke endringene fra personalet kommet uten de endringene som tiltaksplanleggingen og medfølgende informasjon innebar.

Kratochwill et al. (2010) påpeker at svakheten ved AB design, som vi har, er vanskelighetene med å konkludere om tiltakets effekt ut fra bare én B-fase; AB designens kausale slutninger kan sies å være ustabile grunnet for få faser og replikasjoner. Kazdin (1982) kaller designen pretest-post test; effekten blir målt før og etter opplæring av personalet og er en relativt vanlig design i personalopplæring. Det er imidlertid sannsynlig at tiltaket produserer hovedendringene i tiltaksfasen. Når personalet følger prosedyren vil ”beboer gjør selv” øke. Resultatene fra B2 fasen, understøtter målingene fra B1 fasen.

Antall prompts gitt av personalet kan være høyere enn forfatterne har registrert. Som observatører er det vanskelig å plassere seg så nærme interaksjonen som ønskelig uten at deltakerne i studien blir påvirket og endrer atferd. Antall beboere rundt bordet varierte, og det kunne være opp til åtte pasienter tilstede samtidig. Bruk av videokamera ville gitt utfyllende målinger, men vi vurderte at den negative observasjonseffekten ville blitt stor. Mellom observatørenigheten er imidlertid god.

Personalets arbeidsmetoder var preget av effektivitet, noe som førte til støy, uro og travelhet rundt måltidene. Enkelte beboere tok av seg høreapparatene på grunn av støy, og ofte stoppet praten rundt bordet opp.

Registreringer fra B-fasene viser reduksjon av støy og uro, samt økning av at personalet setter seg ned.

Kontinuitet er vanskelig å oppnå når ikke alle "gjør likt" og har samme fokus på viktigheten av tiltaket, tilpasset informasjon til ansatte i små stillinger var en utfordring. Informasjon ble gitt i etterkant av måltidene, men ble ikke alltid fulgt opp ved neste måltid.

Gjennomføring av opplæringen kunne vært over to omganger slik at flere av personalgruppen fikk den samme opplæringen og i enda større grad kjente prosedyrens innhold. Opplæringen bestod av to timers kurs og 12 måltider med veiledning pluss fysisk tilrettelegging, hvilken del av opplæring som hadde størst effekt er vanskelig å fastslå. Fremtidige studier bør planlegges med sterkere design, eksempelvis multipel basislinjedesign over personalgrupper. Videre er det vesentlig å studere hvilke betingelser som kan legges til rette slik at tilpasset prompting blir en naturlig del av samhandlingen på sykehjem og i omsorgen for personer med demenslidelser.

Referanser

- Barlow, D. H., Nock M. K., & Hersen M. (2009). *Single case experimental designs: Strategies for studying behavior change*. 3rd edition. Boston: Pearson Education, Inc.
- 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. (no doi found)
- Cooper, J. O., Heron, T. E.W. & Heward, O., (2007). *Applied behavior analysis* 2nd edition. Upper Saddle River, N.J: 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. doi:10.1901/jaba.1999.32-107.
- 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. doi:10.1901/jaba.2003.36-129.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008-2009) *St.meld. nr. 47. Samhandlingsreformen. Oslo*.
- Kazdin, A. E. (1982). *Single-Case Research Designs: Methods for clinical and applied settings*. New York: Oxford University Press.
- Kirkevold, M., K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red) (2008): *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kratochwill, T. R., Hitchcock, J., Horner, R. H., Levin, J. R., Odom, S. L., Rindskopf, D. M & Shadish, W. R. (2010). Single-case designs technical documentation. Retrieved from What Works Clearinghouse website: http://ies.ed.gov/ncee/wwc/pdf/wwc_scd.pdf.
- Løkke, J. A., Andersen, L. K., Olsen F. & Vold, J., (2010). Effekter av personalopplæring i ADL prompting på et sykehjem. *Norsk tidsskrift for Atferdsanalyse*, 37, 11-20.
- Melin, L., & Götestam, G. K. (1981). The effects of rearranging ward routines on communication and eating behaviors of psychogeriatric patients. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 14, 47-51. doi:10.1901/jaba.1981.14-47.
- Rodin, J., & Langer E. J. (1977). Long-Term Effects of a Control-Relevant Intervention With the Institutionalized Aged. *Journal of Personality and Social Psychology* 1977, Vol. 35, 897-902. doi:10.1097/00006199-197805000-00049.
- World Alzheimers Report 2010. <http://www.alz.co.uk/research/world-report>. Lesedato: 02.05.2011.

Staff Training to Promote Less Intrusive Prompts during Meals in a Nursing Ward

Jon A. Løkke¹, Aud Helen Drabløs¹, Turid Margrethe Strand¹, Britt Thorvaldsen¹, and Jørn A. Vold²
Høgskolen i Østfold¹ and Råde kommune²

The article is a replication-study. The authors measured the number of prompts given to nursing home residents by health workers. The intervention consists of training in use of prompts during meals. The effects were measured by reduction in use of intrusive prompts according to residents' actual skills. Baseline data shows "Health worker does for residents" in average 5.9 times per breakfast / evening meal, and 6.4 times per dinner. After the intervention, the average dropped to 0 during breakfast / evening meals, and to 0.1 times per dinner. "Resident does" increased from 8 to 13.1 during breakfast / evening meal, and during dinner from 1.5 to 7.7.

Keywords: Self-help Skills, Elderly, Meals, Prompts, Staff Training