

MASTEROPPAVE

Master i Sykepleie-klinisk forskning og fagutvikling

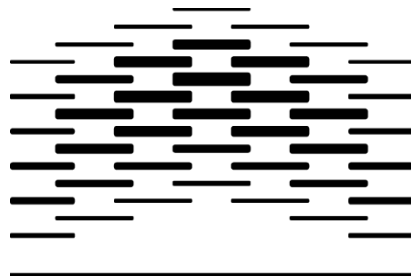
November 2017

Personelloplæring og implementering av
smertevurderingsverktøy for smertelindring i kommunale
akutte døgnplasser (KAD)

Nina Ekeberg

Fakultet for helsefag

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid



**HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS**

Hovedveileder: Ellen Karine Grov

Medveileder: Karin Torvik

Forord

Det er flere jeg vil benytte anledningen til å takke for all hjelp og veiledning under studiet og arbeidet med masteroppgaven. Takk til Høgskolen i Oslo og Akershus for muligheten til å ta en slik spennende masterretning. Takk til Milada Småstuen ved Høgskolen i Oslo og Akershus for din uvurderlige kunnskap om statistikk og anbefalinger om anvendelige analyser. Takk til medveileder Karin Torvik ved Nord universitet for hyggelige samtaler, konstruktive tilbakemeldinger og tillatelse til å anvende spørreskjemaet i min studie. Jeg vil rette en stor takk til min hovedveileder professor Ellen Karine Grov. Takk for dine konstruktive tilbakemeldinger og oppmuntringer når jeg nærmest mistet motet og at du har gjort deg tilgjengelig for meg nærmest dag og natt.

Erfaringer hentet fra andre studenter på masterstudiet forteller om at arbeid med en individuell masteroppgave kan oppleves som krevende, engasjerende, frustrerende og av og til ensomt.

Stor takk til mine medstudenter for verdifulle tilbakemeldinger på masterseminar og oppmuntrende ord når man ingen ende ser.

Til slutt vil jeg takke min kjære mann Gisle og mine tre barn, Andreas 18 år, Caroline 9 år og Snorre 3år. De har alle holdt ut med meg i de mange «motbakkene» det har vært i dette masterstudiet. De har alle på hver sin måte bidratt med mye støtte, romslighet og omsorg i alle disse fire årene.

Nina Ekeberg

Oslo, november 2017

Sammendrag

Bakgrunn og formål: Kommunal akuttavdeling på Østlandet, har høy forekomst av eldre med langvarig smerte. Sykepleiere og helsefagarbeidere fordrer kunnskap og ferdigheter i og opplæring innen smerte og smertekartlegging til eldre med langvarig smerte. Formålet med artikkelen er med studien er å undersøke om sykepleiere og helsefagarbeidere får økt kunnskap, ferdigheter og holdninger i smertelindring og smertekartlegging hos eldre med langvarig smerte ved å delta i et opplæringsprogram. Formålet med den tematiske fordypningen er å utdype og avklare betydningen av begrepene kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Begrepene blir knyttet opp mot funnene i artikkelen. Avslutningsvis presenteres metodekritikk av studien..

Teoretisk rammeverk: teorier og litteratur om læring på arbeidsplassen og kompetansekomponentene kunnskap, ferdigheter og holdninger danner begrepsmessig ramme for studien.

Metode: Dataene er innhentet fra et validert spørreskjema som er brukt i studier om smerter hos eldre og eldre på sykehjem. Studien har et pre- og posttest design, med intervensjon som besto av et opplæringsprogram som omfatter kunnskap, ferdigheter og holdninger om smerte, smertevurderingsverktøy og smertelindring hos eldre, opplæring og bruk av kartleggingsverktøyet ESASr. Dataene er analysert statistisk med SPSS, ikke parametriske analyser ved Wilcoxon testing. I arbeidet med den tematiske fordypningen ble det foretatt litteratur søk i databaser som: Ebsco, Ebsco ERIC, Medline, Google scholar, regjeringen.no, pensumbøker og annen relevant litteratur.

Resultater: Hoved funn i artikkelen viser at kunnskaper og ferdigheter er signifikant høyere ved posttest enn ved pretest. Et hoved funn var utsagnet om *opplæring i bruk av arbeidsredskaper som VRS/NRS, ESASr, observasjonsbasert skala og standardiserte spørsmål*. Resultatene viser signifikant endring i medianen før intervensjonen fra 1,0 til 3,0 og et gjennomsnitt som øker fra 1,60 til 3,20 etter intervensjonen. Differansen er 1,60 pre-posttest.

Konklusjon: Tilrettelegging for undervisning og opplæring i kommunal akuttavdeling har betydning for kunnskaper og ferdigheter blant sykepleiere og helsefagarbeidere. Erfaringen med artikkelen viser at kunnskaper, ferdigheter og holdninger er egenskaper som helsearbeidere bør inneha i arbeid med pasienter i KAD.

Nøkkelord: Sykepleiere, helsefagarbeidere, kunnskap, ferdigheter, holdninger.

Abstract

Background and aim: Municipal Acute Ward (MAW) in Eastern Norway has a high prevalence of elderly patients with persistent pain. Registered nurses (RN) and nursing assistants (NA) need adequate knowledge and training to relieve these patients' persistent pain while staying in the MAW. The purpose of the study was to evaluate whether RN and NA's increases knowledge, skills and attitudes regarding pain, pain assessment and pain relief after participating in an education program and implementation of a pain assessment tool, ESASr in MAW. The purpose of the thematic specialization is to elaborate and clarify the meaning of the concepts knowledge, skills and attitudes. The terms are linked to the findings in the article. Finally, methodological criticism of the study is presented.

Theoretical framework: Theories and literature on learning at the workplace and the competence components Knowledge, skills and attitudes form a conceptual framework for the study.

Method: Prospective study with pre- posttest design, with an intervention consisting of an education program that includes knowledge, skills and attitudes about pain, pain assessment and pain relief in elderly, training and use of the ESASr. The data is obtained from a validated questionnaire (The KSA) used in several studies on pain in elderly and elderly living in nursing homes. Data was analyzed statistically with SPSS, with nonparametric analyzes by Wilcoxon- testing. The thematic specialization, literature searches has been made in databases such as: Ebsco, Ebsco ERIC, Medline, Google scholar, regjeringen.no, textbooks and other relevant literature.

Findings: Key findings in the study show that knowledge and skills are significantly higher in posttest than at pretest. A main finding was the statement of *training in the use of work tools such as VRS / NRS, ESASr, observation-based scale and standardized questions*. The results show significant changes in the median score prior to the intervention from 1.0 to 3.0 and an mean score that increases from 1.60 to 3.20 after the intervention. The difference is 1.60 pre-posttest.

Conclusion: Adaptation for education and training in the MAW has an impact on the knowledge and skills of RN and NA. Experience with this study shows that knowledge, skills and attitudes are professional qualities that RN and NA should hold working with patients admitted to MAW.

Keywords: Nurses, nursing assistants, knowledge, skills, attitudes.

INNHALDSFORTEGNELSE

Forord	I
Sammendrag	II
Abstract	III
Innholdsfortegnelse	IV
1	INNLEDNING 1
2	TEORETISK GJENNOMGANG..... 2
2.1	Forlengelse av samhandlingsreformen: Kommunale akutte døgnplasser 2
2.2	Retningslinjer for KAD 3
2.3	Handling, vurdering og observasjons kompetanse i KAD 4
2.4	Sykepleiere og helsefagarbeideres verdigrunnlag og utdanning 5
2.5	Ulike former for undervisning, opplæring og læring 6
	Figur 1. 7
2.6	Presentasjon av intervensjonen: smerter, smertekartlegging og smertelindring..... 8
2.7	Oppsummering 9
3	KOMPETANSEKOMPONENTER: KUNNSKAP, FERDIGHETER OG HOLDNINGER 10
	Figur 2. 10
3.1	Kunnskap 10
3.1.1	Generell kompetanse versus kunnskap..... 11
3.1.2	Kunnskapsbasert praksis 12
3.2	Ferdigheter..... 13
3.3	Holdninger 14
3.4	Presentasjon av valgt spørreskjema i studien 15
3.5	Oppsummering 16
4	DRØFTNING 17
4.1	Begrepene: kunnskaper, ferdigheter, generell kompetanse og holdninger 19
4.2	Opplæring i KAD 20
4.3	Metodologiske overveielser..... 21
4.4	Valg av analyse og spørreskjema 22
4.5	Validitet og reliabilitet..... 22
5	AVSLUTNING 23
6	LITTERATURLISTE 24
7	Artikkel:..... 27
8	Vedlegg 1. 49
9	Vedlegg 2. 54
10	Vedlegg 3: Intervensjon. Smerte, smertekartlegging og smertelindring 60

1 INNLEDNING

Dette er en todelt masteroppgave, bestående av en artikkel og en tematisk fordypning. Artikkelen presenteres som et publiserbart manuskript, utformet etter retningslinjene til Tidsskriftet Klinisk Sygepleje (vedlegg 1).

Den tematiske fordypningen omhandler politiske føringer for etablering av kommunale akutte døgnplasser (KAD), og begrepsavklaringer av kunnskap, ferdigheter og holdninger hos sykepleiere og helsefagarbeidere. Videre tar den tematiske fordypningen for seg betydningen av hvordan disse tre fenomenene; kunnskaper, ferdigheter og holdninger, er essensielle for læring generelt, læring på arbeidsplassen og opplæring i de kommunale akutte døgnplasser (KAD). Hovedfunnene fra artikkelen blir inkludert i den tematiske fordypningen.

Avslutningsvis blir styrker og svakheter med studien diskutert i metodologiske overveielser.

Studien (ref artikkelen) har sitt utgangspunkt i en prospektiv pre- og posttest studie utført på en KAD-avdeling på Østlandet. Studien har også en intervensjon med undervisning om eldre og smerter og opplæring i bruk av symptomkartleggingsskjemaet ESASr (I. Bergh, Nina Aass., Dagny Haugen., Stein Kaasa., Marianne Jensen Hjermsstad., 2012; Gran & Landmark, 2012; Myhra & Grov, 2010; Watanabe, 2011). Dataene er innsamlet etter besvarelser fra spørreskjema brukt i flere studier vedørende eldre og langvarig smerte og eldre i sykehjem (Rognstad, 2012; Skauge, Borchgrevink, & Kaasa, 1998; Torvik, 2013; Torvik, Nortug, Brenne, & Rognstad, 2015).

Spørreskjemaet er delt inn i kunnskap, ferdigheter og holdninger til eldre med smerter, smertelindring og smertebehandling (vedlegg nr 2). Innsamlede data er brukt til å undersøke endringer i sykepleiernes og helsefagarbeiderenes kunnskaper, ferdigheter og holdninger vedrørende smerte, smertelindring og smertebehandling før og etter intervensjonen hos eldre på en KAD-avdeling på Østlandet. Problemstillingen for den tematiske fordypningen er å belyse funn fra studien (ref. artikkelen) med litteratur om læring og opplæring på arbeidsplassen.

2 TEORETISK GJENNOMGANG

Norges folketelling pr januar 2017 er 5,2 millioner mennesker, med forventet levealder for menn 80,6 år, for kvinner 84,2 år. Mottakere av helsetjenester (i løpet av 2015), var 348858 mennesker, det vil si 6,2% av Norges befolkning. Over halvparten var brukere av helsetjenester i aldersgruppen 80-89år. Brukere som mottar en eller flere tjenester var i aldersgruppen 90år og eldre, det vil si 90% av helse- og omsorgstjenestene. Antall personer som er innlagt i lang- og korttidsinstitusjoner er over 33000, mens over 8400 av disse er forbeholdt yngre pasienter (SSB, 2016).

Etter innføringen av samhandlingsreformen (Meld. St 47 (2008-2009), 2009) har antall utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten økt. Dette medfører at den kommunale helse- og omsorgstjenesten tar imot langt flere kompliserte og sammensatte pasientgrupper fra sykehus. Det fordrer nye faglige utfordringer for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Arbeidsoppgavene blir krevende, noe som øker behovet for ny kunnskap og ferdigheter innen et stort mangfold av fagfelt (Gautun & Syse, 2013). Med et tilbakeblikk på hensikten med innføringen av samhandlingsreformen, skulle det samlede tilbudet til pasientene bli mer helhetlig og koordinert. Det var ønskelig at pasient-forløp mellom sykehus og kommune skulle forenkles, og denne forenklingen ble omtalt som «sømløsestrukturer» (Meld. St 47 (2008-2009), 2009). Rapporten fra NOVA (2013) viser at den kommunale helse- og omsorgstjenesten må klare seg med mindre ressurser. Ressursreduksjonen øker arbeidsbelastningen på helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det fremkommer i rapporten fra NOVA (2013) at 73% av de ansatte trenger faglig oppdatering, opplæring og veiledning i utførelsen av nye arbeidsoppgaver i møte med utskrivningsklare pasienter fra sykehus.

2.1 Forlengelse av samhandlingsreformen: Kommunale akutte døgnplasser

For å svare på fremtidens behov for helse- og omsorgstjenester, fordrer samhandlingsreformen, - rett behandling, på rett sted og til rett tid (Meld. St 47 (2008-2009), 2009), og samhandlingsreformen må imøtekomme følgende tre utfordringer: 1. Behovet for helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste besvares ikke godt nok. 2. Forebygging av sykdom er begrenset grunnet for liten innsats på området. 3.

Samfunnets økonomiske bæreevne blir truet av de demografiske utviklingene og endret sykdomsbilde (Meld. St 47 (2008-2009), 2009). For å svare på de samfunnspolitiske utfordringene, ønskes det å fremme en fremtidig helse- og omsorgstjeneste. For likeverdige og gode helse- og omsorgstjenester, må samhandlingsreformen svare for de samfunnsøkonomiske utfordringene som er bærebjelken i den norske velferden (Meld. St 47 (2008-2009), 2009). Det er et felles mål å fordele og koordinere arbeidsoppgaver på en rasjonell og forsvarlig måte for samhandling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten (Meld. St 47 (2008-2009), 2009). I tråd med samhandlingsreformens utfordringer med en koordinert helse- og omsorgstjeneste, ble det opprettet KAD avdelinger. Frem til 2014, var det lite avklart hva KAD-avdelingene skulle favne og hva det medisinske tilbudet skulle inneholde (Norsk forening for allmennmedisin, 2014). Omfang og bruk av KAD-senger kan være ulikt i kommunene, dette er basert på blant andre sosiodemografiske forhold, og tilgang til ressurser som helsepersonell avdelingene har behov for (Norsk forening for allmennmedisin, 2014). KAD representerer nå et tilbud som kan gis til de som trenger observasjon, behandling og tilsyn, men som ikke nødvendigvis har behov for behandling i sykehus.

2.2 Retningslinjer for KAD

De pasienter som kommunen forplikter seg å gi tilbud om behandling, er tilsett av fastlege/legevakt innleggelsesdagen, er over 16 år, og har komorbide tilstander som utgjør liten grad av livstruende forverring. Forventet liggetid er beskrevet i veilederen, og bør ikke overstige 3 døgn (Helsedirektoratet, 2014; Norsk forening for allmennmedisin, 2014). Pasienter som kan favnes av et tilbud på KAD, kan være forverring av kroniske tilstander som KOLS, astma, diabetes, kroniske smertetilstander. Dette vil senere omtales som komorbiditet. Komorbiditet defineres som tilstedeværelse av flere kroniske sykdommer samtidig hos en og samme pasient. Dette viser seg ofte som en akuttforverring av en kronisk tilstand (Wyller, 2011). Begrepet multimorbiditet, blir ofte nevnt i denne sammenhengen, og beskriver multi-sykdom (Wyller, 2011). Ved tvil og usikkerhet rundt behandlingsnivå, skal fastlege og eller legevakt henvise pasienten som diagnostisk sløyfe for vurdering på sykehus (Helsedirektoratet, 2016). Kommunen plikter å tilrettelegge for undervisning og opplæring i helse- og omsorgstjenestene slik at det er i tråd med forsvarlig praksis for å ivareta pasienten i KAD (Helse og omsorgstjenesteloven, 2016).

2.3 Handling, vurdering og observasjons kompetanse i KAD

Sykepleiere og helsefagarbeidere som arbeider i KAD, skal inneha kompetanse innen somatiske tilstander, psykiske lidelser og rus. Delta (2017) og NSF (2016) beskriver helsefagarbeiderenes og sykepleiernes yrkesetiske retningslinje, der hoved trekkene er at den enkelte yrkesutøver er ansvarlig for egen læring, faglig utvikling og helsearbeidere med reflekterte holdninger. Sykepleieren har et personlig ansvar for at helse- og omsorgstjenesten samsvarer med oppdatert forskning, og at dokumentert praksis innen eget fagområdet er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (Helsepersonelloven, 2016; NSF, 2016). Sykepleiere og helsefagarbeidere som arbeider ved KAD, skal inneha handling, vurdering og observasjonsfor å opprettholde et faglig forsvarlig behandlingstilbud i KAD. For å kunne handle, vurdere og observere, må helsepersonell ha kunnskap innen prosedyrer som: hjerte-lunge-redning (HLR), ferdigheter i opplæring og bruk av medisinskteknisk utstyr som: EKG, manuell/stasjonær pulsoksymeter, manuell/automatisk blodtryksapparat, blodprøvetaking, forstøver apparat, oksygen behandling, blæreskanning og innleggelse av urinkateter. Vurdering og handlingskompetanse kan sees på som å fatte selvstendige beslutninger som er basert på pasientens behov for sykepleie (Tyrholm, Kvangarsnes, & Bergem, 2016). Vurderingskompetanse er behov for kompetanse som samsvarer med KAD avdelingens pasientgrupper, som eldre med langvarig smerte og komorbide tilstander av ikke livstruende art. Vurderingskompetanse kan ses på som anvendelse av praktiske ferdigheter i anvendelsen av ESASr i vurdering av pasienter med langvarig smerte (ref. artikkelen). Det er ønskelig med kunnskap og ferdigheter innen administrasjon av intravenøs væske og legemiddelhåndtering, og interaksjons problematikk ved polyfarmasi. Med et stadig økende antall eldre pasienter er det nødvendig med særlig kunnskap om den geriatrike pasienten, og som nevnt tidligere kunnskap om komorbide og multimorbide tilstander (Hauge, Hestetun, & Kirkevold, 2011; Helsedirektoratet, 2014). Observasjonskompetanse poengterer viktigheten av at sykepleiere og helsefagarbeideres evne til å kunne observere, og har kunnskaper og ferdigheter om hvilke tiltak som skal igangsettes. Kunnskaper og ferdigheter om bruk av medisinteknisk utstyr, som nevnt over, kan sammen med det kliniske blikket hjelpe sykepleieren og helsefagarbeideren i vurderingen av pasientens behov for sykepleie i KAD (Tyrholm et al., 2016). Etter januar 2017, trenger sykepleiere og helsefagarbeidere i KAD kunnskap om helsefremmende arbeid og miljøterapeutiske tiltak i møte med den psykisk syke og rusavhengig (Helsedirektoratet, 2016). For å møte de komplekse krav til kunnskap om den geriatrike pasienten, bør kvaliteten på sykepleiekompetansen evalueres. Dette hevdes i en litteratur gjennomgang av Bing- Jonsson, Foss og Bjørk (2015), og beskriver en ubalanse mellom politiske føringer og

ønsket sykepleier kompetanse i kommunal helse og omsorgstjeneste i Norge. Det fremkommer at i de fleste Europeiske land, inkludert Norge brukes det fremdeles helsepersonell med lavere kompetanse innen den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Bing-Jonsson et al., 2015).

2.4 Sykepleiere og helsefagarbeideres verdigrunnlag og utdanning

Felles for alle helse- og sosialfaglige utdanninger, er verdigrunnlaget. Verdigrunnlaget har sitt utgangspunkt i et helhetlig menneskesyn, pasientens rett til autonomi, rett til medbestemmelse, ivareta pasientens rettigheter og dens integritet (Kunnskapdepartementet, 2008). Helse- og sosialfaglige utdanningen skal styrke studenter og elevers evner til å videreutvikle kunnskaper, ferdigheter og holdninger, samt reflektere over egen yrkesutførelse. Viktige faktorer for utøvelsen av sykepleierens kompetanse i sykepleierutdanningen er pleie, omsorg og behandling. Det er gjennom omsorg for den syke (Alligood & Tomey, 2010), at sykepleieren bruker sin kunnskap om sykdommens årsak, diagnostikk og prognose. Sykepleieren forholder seg til den enkeltes pasients erfaringer om hvordan det oppleves å være syk (Kunnskapdepartementet, 2008). Det hevdes at dagens helse- og sosialfaglige utdanninger ikke møter utfordringene i forhold til kompetansebehov i helse- og omsorgstjenesten. Utdanningene sees som lite tilpasningsdyktige for dagens utviklingstrekk i de sosiodemografiske endringene og vil derfor gi konsekvenser for hele helsetjenesten. I en studie av Hovland, Kyrkjebø og Råholm (2015), beskriver sykepleierens mange arbeidsoppgaver gir ikke rom for trening på uforutsette pasientsituasjoner. Ferdighetstrening under utdanning kan styrke fremtidige sykepleiere for slike uforutsette situasjoner (Hovland et al., 2015). Dette samsvarer også med hva Holmsen (2010) finner i sin studie om sykepleiestudenters ønske om forutsigbarhet i møte med praksisarenaen. Holmsen (2010) beskriver viktigheten av definerte gjensidige forventninger fra praksisfeltet og få kontinuerlige tilbakemeldinger underveis i praksis og tid til egen refleksjon. Dette synliggjøres også i Stortings melding nr.13 (Meld. St. 13 (2011-2012), 2012) om utdanning for velferd, som konkluderer med at studenter ved helse- og sosialfaglige utdanningene har for lite- og dårlig praksis i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Praksis for studenter bidrar til kunnskap, ferdigheter og holdninger, der holdninger er en sentral del i utdanningen av kompetent helsepersonell. Med dagens økte behov for medarbeidere innen helse- og omsorgstjenesten etter 2020, viser de kommende år en betydelig underdekning av sykepleiere og helsefagarbeidere. Ufaglærte medarbeidere uten helsefaglig utdanning, tilsvarer ca 25% av årsverkene til pasientrettede helsetjenester (Helse-og omsorgsdepartementet, 2015).

Den ufaglærte kjennetegnes som en medarbeider som innehar kun utdanning på grunnskole nivå og/eller ikke fullfører videregående opplæring (Illeris, 2006). For mange kommunale institusjoner, er mangelen på hender i omsorgstjenesten så uttalt at tjenesten må rekruttere ufaglært personell (ibid). For mange er skolesystemet en årsak til at de havnet i arbeidslivet, og derfor opplever enkelte at arbeidsplassen gir rom for egen læring og utvikling (Illeris, 2006). Det kan være en årsak til at enkelte velger å ikke utdanne seg (ibid).

2.5 Ulike former for undervisning, opplæring og læring

Læring kan defineres som «tilegnelse av ny eller endret kompetanse, i form av kunnskaper, ferdigheter og holdninger, som gir relativt varige endringer i en persons atferds potensial» (Lai, 2013c).

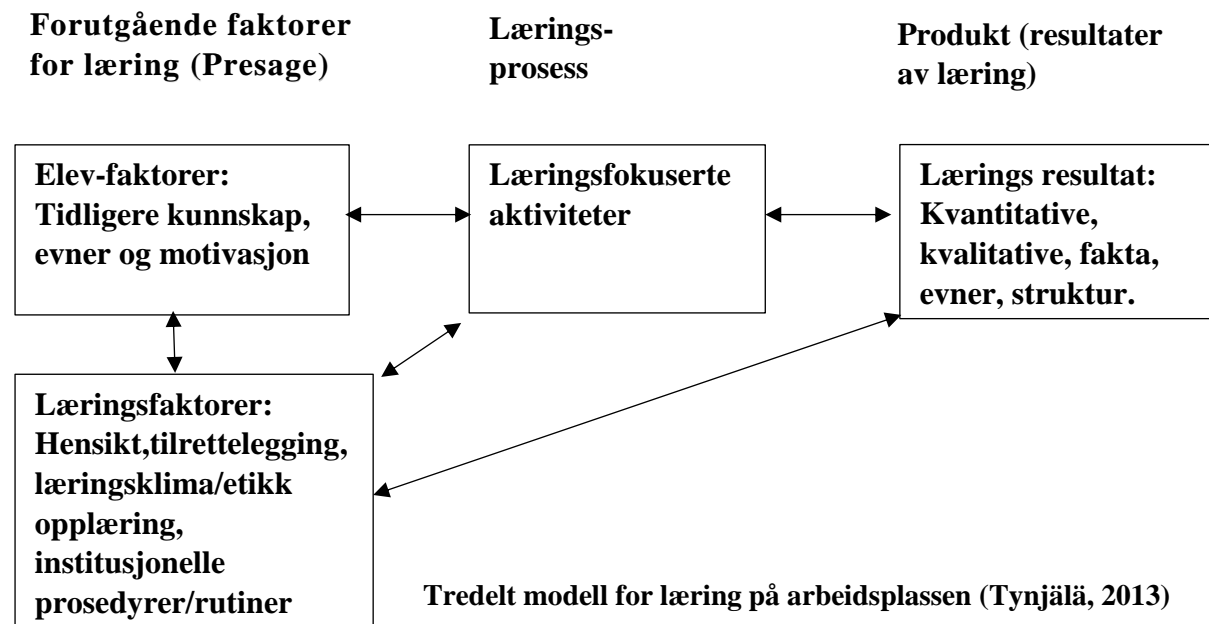
Kvalifikasjonsrammeverket for livslang læring (2014) er utarbeidet som en samlet «systematisk og nivå delt beskrivelse av formelle kvalifikasjoner som oppnås innenfor et utdanningssystem». Kvalifikasjonsrammeverket har til hensikt å legge til rette for at undervisning blir til læring, og at kvalifikasjonene blir mer forståelige for arbeidslivet og samfunnet generelt (Kunnskapdepartementet, 2014). Kvalifikasjonsrammeverket benytter begreper som kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse, og viser til at disse elementene bidrar til en verdsetting av at læring skjer gjennom hele livet, uavhengig av læringsarena (Kunnskapdepartementet, 2014).

Det finnes ulike former for læring i arbeidslivet. Det er vanlig og nødvendig med uformell læring, da denne er motivert av eleven selv. Behovet for læring er styrt av elevens egen refleksjon over handlinger og atferd (Noe, Tews, & Marand, 2013). Uformell læring kan deles inn i selvstudium fra internett, egenlæring og læring gjennom andre. Det å reflektere over og finne alternative løsninger for hvordan man kan forbedre egen utførelse betegnes som egenlæring (Noe et al., 2013). Det å be om tilbakemelding på eget arbeid og ideer, er et samspill mellom medarbeider og leder for utbedring av metoder for forbedring, dette regnes som læring gjennom andre. Det å søke etter kunnskap via internett eller andre kilder er å regne som selvstudium på jakt etter ny kunnskap (Noe et al., 2013). Formell læring er planlagt og kan skje i regi av og i samarbeid med profesjonelle utøvere av eksterne kurs, utdanningsinstitusjoner eller som intern opplæring på en arbeidsplass (Lai, 2013d).

Funn fra Brenden et al. (2011), viser at læring først og fremst skjer i praksis, i samarbeid med andre. Det ble ofte foretrukket å tilegne seg ny kunnskap når behovet meldte seg.

Helsefagarbeidere brukte ofte sykepleiernes erfaring som en læringsarena- og for faglig oppdatering. Brenden et al. (2011) sin studie viser at internundervisningen ble organisert til deltagelse på frivilligbasis, angikk kun de som var på jobb da det ble arrangert undervisning eller kurs. De som ikke jobbet denne dagen så seg nødt til å ta seg fri for eventuelt å kunne delta (Brenden et al., 2011). Opplæring og læring på arbeidsplassen har fokusert på hvordan læring finner sted på arbeidsplassen. Forskning innen læring på arbeidsplassen setter læringen som fenomen i sentrum. Læringsprosessen beskrives i en studie av Tynjälä (2013), og skisseres i en modell. De tre P'ene presage (oversettes til norsk som forutgående faktorer for læring), prosess og produkt forklarer de viktigste komponentene for læring.

Figur 1.



Denne tredelte modellen for læring er basert på forskning fra Biggs (1987, 1999) og beskriver læring som et fenomen. Modellen kan knyttes til hvordan læring foregår på en arbeidsplass: P1= er oversatt til forutgående faktorer for læring og oversatt fra engelsk presage.

Forutgående faktorer for læring, deles inn i 2 deler, studentens tidligere erfaringer, evner og motivasjon for læring, og faktorer som relateres til lærings kontekst, læringsmetoder, og tilnærming. P2= prosess: er den mest sentrale faktoren for læring, og beskriver hvilken måte studenten/eleven tilnærmer seg læringen. P3= produkt: refererer til resultatene av læringsprosessen, som kan være en endring i kunnskaper, ferdigheter og holdninger (Tynjälä, 2013).

2.6 Presentasjon av intervensjonen: smerter, smertekartlegging og smertelindring

Intervensjonen ble utviklet på bakgrunn av KAD avdelingens fordringer for kompetanseheving på området. Intervensjonens bakgrunn, beskrives ytterligere i studien (ref. artikkelen) (vedlegg 3), nevnes derfor ikke her. Intervensjonen starter med å presentere to definisjoner på smerte, som beskrives utførlig av Merskey og Bogduk (1994) i International Association for the Study of Pain (IASP) og McCafferys (1979) definisjon på at smerten eksisterer så lenge pasienten sier at han/hun har smerter. I lys av presenterte definisjoner, viser forskning at eldre ofte har langvarige smerter, men at smertene ikke blir så lett oppdaget av andre, som pårørende og eller helsepersonell. Dette er fordi at mange eldre ikke ønsker å være til bry. Videre blir det presentert hvilke konsekvenser smerte har for den eldre pasient. Smerter påvirker pasientens evne til å opprettholde daglig livets funksjoner (ADL), og forandrer pasientens døgnrytme som søvn mønster. Forskning fra Herr (2010, 2013), viser til at smerte hos eldre ofte kommer fra sviktende organer, som et naturlig ledd i en alder prosess. Tracy og Morrisson (2013) viser til at med en aldrende kropp, kan det forventes ubehag som smerter, og at dette ofte resulterer i en underbehandling av pasientens smerte

Som følge av aldersprosess, forklares det videre atypiske smertemønstre hos eldre. En aldrende kropp, uttrykker smerte lokalisert andre steder enn der det er forventet. I retningslinjer for smertelindring (2009), beskrives det viktigheten av å observere når tid på døgnet smerten er sterkest, som vil ha stor betydning for den medikamentelle behandlingen. Videre presenteres det smerteforskning som gjenspeiler omfanget av smerte hos eldre som bor på sykehjem og som mottar hjemmebaserte tjenester. Langvarige smerter hos eldre blir beskrevet og konkretisert, samt vanlige sykdommer som blir forbundet med langvarige smerter blir presentert. Videre til en forklaring på smertens karakter, i form av akutte, nosiseptiske, viscerale, nevrologiske smerter. Avslutningsvis gis det en strukturert innføring i Edmonton System Assessment System Revised (ESASr), det fortelles om skjemaets opprinnelse frem til den norske versjonen ble validert av Berg et al (2012) og Bergh og Bjerkeset (2013). Undertegnede hospiterte ved Senter for lindrende behandling og anesthesiologisk avdeling, smerteteamet, ved Sykehuset i Østfold, for å få førstehåndskunnskap om hvordan ESASr kan brukes i praksis. Ervervet kunnskap om hvordan skjemaet skal brukes og fylles ut blir formidlet i tråd med kunnskapsbasert forskning hentet fra blant andre Bergh et al (2011), som skisserer utfordringen med å tolke svarene skjemaet gir i form av tall. ESASr tar for seg symptomer som gir ubehag og disse skaleres fra 0 = ingen ubehag til 10= verst tenkelig ubehag. Det øverste symptom er 1. smerte intensitet, som måles i form av Numeric Rating Scale (NRS), 2 slapphet, 3 døsigheit, 4 kvalme, 5 matlyst, 6 tungpust, 7 depresjon, 8 angst, 9

velvære, og 10 overlater til pasienten å beskrive andre ubehag som for eksempel obstipasjon. Det formidles at ESASr bør repiteres, og helst fylles ut på samme tidspunkt hver gang. Avslutningsvis, får sykepleierne og helsefagarbeiderne utdelt ESASr skjema, kroppskart og kurve diagram for overføring av kartleggingen. Intervensjonen avsluttes med en gruppe oppgave, to og to går sammen og er pasient og helsepersonell,- og øver på hvordan man skal kommunisere på bakgrunn av hva de har lært, og at informasjonen som fremkommer av skjemaet helst skal selv-rapporteres jmf beskrivelsen og hensikten av ESAS (Ontario, 2005).

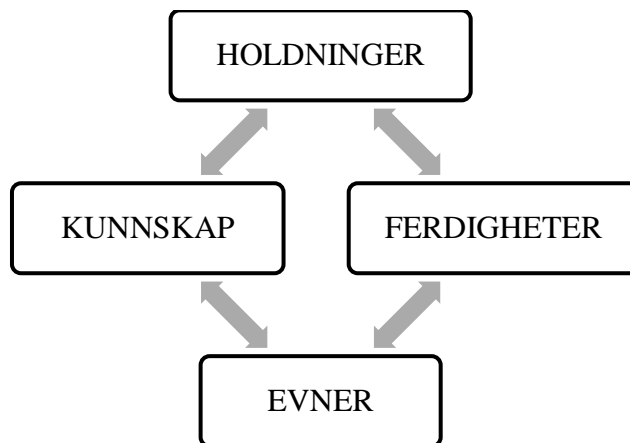
2.7 Oppsummering

En sammenfatning av levealder, yngre og eldre som mottar helsehjelp i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, gir store utfordringer for samhandling. Dagens stadige økende antall eldre med et sammensatt sykdomsbilde, medfører store utfordringer for helsepersonell, som må tilegne seg ny kunnskap. Det antas at tilførsel av mer kunnskap kan bidra til å svare på de utstrakte utfordringene helsetjenesten står ovenfor i dagens samfunn med en helsetjeneste med helhetlig og koordinert omsorg. Likevel viser forskning at den kommunale helse- og omsorgstjenesten må klare seg på knappe ressurser. Dette er ikke forenelig med politiske føringer og plikten til å tilrettelegge for opplæring og oppdatering av faglig kompetanse. Bemanningsutfordringer med ubesatte stillinger, som dekkes av personell med ufaglært bakgrunn, gjenspeiler ikke de politiske intensjonene om en helsetjeneste av høy faglig kvalitet. I møte med en ny og koordinert helsetjeneste, kreves det rom for livslang læring uavhengig av læringsarena. Endringene som følge av læringen og opplæringen vil gjøre personalet bedre kompetent til å ivareta kravet til handling-, vurdering og observasjons kompetanse i KAD.

3 KOMPETANSEKOMPONENTER: KUNNSKAP, FERDIGHETER OG HOLDNINGER

Kompetanse komponentene; kunnskap, ferdigheter og holdninger beskriver det som nevnes i forutgående modell for læring på arbeidsplassen, P3, (Tynjälä, 2013) et produkt av læringen, kan sees som et resultat på endring i studenten/ elevens, men også helsefagarbeideren og sykepleierens kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Jeg tolker dette slik at disse modellene kan sees på som en helhet i hvordan kompetansekompontener og læring på arbeidsplassen kan foregå, og beskriver prosessen for slik læring. Modellen vises under, og beskriver kompetansekompontentene fortløpende.

Figur 2.



Kompetansekompontener (Lai, 2013a)

3.1 Kunnskap

Kompetanse består av, «å vite» og kan defineres som de samlede «kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle funksjoner og oppgaver i tråd med definerte krav og mål» (Lai, 2013a). «Kunnskaper viser til det en vet eller det man tror at man vet» (Lai, 2013a), og deles inn deklarativ-, kausal- og prosedyre kunnskap:

Deklarativ kunnskap kan kjennetegnes som en arbeidsplass med regler og rutiner, der disse er basert på faktakunnskap og informasjon om hvordan en gitt arbeidsplass skal fungere (Lai, 2013a). Kausal kunnskap, kjennetegnes som medarbeidernes motivasjon i spesifikk eller generell grad basert på antagelser om årsakssammenhenger og relasjoner mellom medarbeider og arbeidssted (Lai, 2013a).

Prosedyre kunnskap, kjennetegnes av å «vite hvordan» noe skal gjøres, utføres, og er basert på kunnskap om aktuelle fremgangsmåter som gjennomføring av for eksempel metoder for nødvendige sykepleieprosedyrer (Lai, 2013a). Det skilles ofte på taus og eksplisitt kunnskap. Taus kunnskap er automatisert kompetanse, som rutiner eller prosedyrer som blir gjentatt flere ganger over tid. Eksplisitt kunnskap er læring i praksis, som gjenspeiler rom for prøving og feiling som i praksis-opplæringen for helsefagpersonell (Lai, 2013a). Forskning har vist at læring skjer i samspillet med omgivelsene (Kyndland & Høye, 2015; Lai, 2013c; Noe et al., 2013), læring av praktisk kunnskap skjer i samspillet mellom studenten/ sykepleieren og i møte med brukeren /pasienten (Kyndland & Høye, 2015). Fordelen med kollegalæring/ læring på arbeidsplassen er at alle har forskjellige kunnskaper som sammen bidrar til et rikt læringsfelleskap når det legges til rette for en læringsarena, som internundervisning i KAD (Solerød, 2012).

I tråd med Kyndland & Høye (2015); Lai (2013d); Noe et al (2013), mener Vygotskij at menneskets utvikling først starter i felleskap med andre. Fra læring gjennom felleskapet til læring gjennom en erfaren person, som en kollega eller praksisveileder, til deretter å være i stand til å klare oppgavene på egen hånd (Solerød, 2012). Dette gjenspeiler hvordan læringen foregår i elev/student praksis i dag, og samspillet mellom teori og praksis er viktige forberedelser for studenten, som har ingen eller liten erfaring fra det kliniske feltet (Benner, 1995).

3.1.1 Generell kompetanse versus kunnskap

Det Nasjonale kvalifikasjonsrammeverket for livslanglæring(NKR) (2014), beskriver nivåer av oppnådd kompetanse innen et fagområde, som utdanningen en helsefagarbeider (videregående opplæring) og sykepleieren (bachelor) er en del av og erfaringer er delt inn i begrepene kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse. Disse begrepene beskriver elevens / studentens måloppnåelse for sitt utdanningsnivå. Læringsutbyttebeskrivelse for hvert utdanningsnivå, beskriver: kunnskap som en forståelse av prosedyrer og prinsipper innenfor fag, fagområder/ yrker som omhandler teorier, fakta og begreper. Ferdigheter, beskrives som en evne til å anvende ervervet kunnskap til å løse oppgaver og problemer. Begrepet generell kompetanse blir beskrevet som en egenskap som omfatter både kunnskaper og ferdigheter, viser til mestring av slik kompetanse på et mer overordnet nivå. NKR definerer generell kompetanse som evnen til å kunne anvende kunnskaper og ferdigheter selvstendig i situasjoner som krever samarbeidsevne, ansvarlighet og evne til kritisktenkning og refleksjon.

Dette er nødvendige egenskaper i helsefagarbeideren og sykepleierens utdanning- og yrkessammenheng (Kunnskapdepartementet, 2014). Forskning viser at endringer i behovet for helsetjenester, tvinger frem nye sykepleieroller. En utvikling av sykepleierrollen til en mer avansert klinisk sykepleie, vil gjenspeile de politiske føringene for krav til generell kompetanse av høy kvalitet (Daly & Carnwell, 2003). I lys av begrepet generell kompetanse, skildrer Tyrholm, Kvangarsnes og Bergem (2016) behovet for avansert klinisk kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjeneste. Jeg tolker det slik at avansert klinisk kompetanse, kompetanse forstås også som kunnskap, økt kunnskap i handling, vurdering og observasjonskompetanse for å ivareta pasienter med kompleks sykdom i kommunal regi. I tråd med at stadig flere pasienter med komplekse sykdomstilfeller blir overført til den kommunale helse- og omsorgstjeneste, er en overføring av avansert klinisk kompetanse mellom spesialisthelsetjenesten til kommunene viktig for fagutviklingen. Målet er derfor at faglige ressurser blir brukt målrettet (Tyrholm et al., 2016). Som ett ledd i fagutvikling i den kommunale helse – og omsorgstjeneste, har flere kommuner i Norge etablert utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester, som har sitt formål om å være pådrivere for kompetanseheving i kommunene.

3.1.2 Kunnskapsbasert praksis

Kunnskapsbasert praksis defineres av Jamtvedt, Graverholt, Nordheim og Reinart (2013) som erfarings basert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon. Det er basert på faglige avgjørelser som følge av systematisk innhentet forsknings kunnskap. Dette samfaller med Stortings melding 26, (2015) som hevder at kunnskaps basert praksis er en forutsetning for å sikre trygge helse- og omsorgstjenester av god kvalitet. For å kunne gjennomføre kunnskapsbasert praksis på arbeidsplassen, hevder Lekan, Hendrix, McConnell og White (2010), at under utvikling av ny omsorgspraksis, kan kunnskapsbasert praksis utgjøre store endringer når forskning er en del av undervisningen, veiledningen og opplæringen av medarbeiderne.

3.2 Ferdigheter

Ferdigheter, kan defineres som evnen til å utføre komplekse, velorganiserte, atferdsmønstre på en smidig og tilpassningsdyktig måte for å nå definerte mål. Ferdigheter knyttes til praktisk, konkret handling- og anses som enklere å observere og måle. Det skilles på observerbare og ikke-observerbare ferdigheter. Observerbare ferdigheter gir seg til syne som teknologi, bruk av verktøy, direkte uttrykk for å overbevise og motivere andre mennesker. Ikke-observerbare ferdigheter er av mer indre karakter, som kognitive tolkninger og vurderinger. Ferdigheter, kan også utvikles over tid, gjennom øvelse over tid, som i form av å observere andre og lære av andres atferd. Dette sees ofte i praksisrettet opplæring, særlig i regi av de helsefaglige utdanningstradisjonene. Evner er i særstilling, da disse er noe du har boende i deg og er med på å påvirke de andre kompetansekomponeentene (Lai, 2013c). Sykepleie som profesjon blir tradisjonelt delt inn i kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Praktiske ferdigheter er sentralt i all sykepleieomsorg, og konkretiseres i kvalifikasjons-rammeverket for livslang læring (Kunnskapdepartementet, 2014; Kydland & Høye, 2015) og deles inn i kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse. Sykepleieferdigheter læres med innlæring av basisferdigheter i Høgskolens ferdighetssenter og i direkte kontakt med pasient og brukere under læring i praksisfeltet (Kydland & Høye, 2015). Ferdighetskunnskap tilegnes gjennom at studenten utfører prosedyrer selv og eller lærer av å observere andre, dette gjenspeiler læring gjennom handling (Kydland & Høye, 2015; Noe et al., 2013). Ferdighetskunnskap og generell kompetanse blir også undersøkt av Bing-Jonsson et al (2014), som beskriver karakteristika hentet fra kartleggingen av sykepleiere, sykepleieforskere, avdelingsledere, helsefagarbeidere, helsefaglig lærere og enkelte fra pasientorganisasjoner. Karakteristika blir delt inn i 5 kategorier, som kun nevnes her kort: kategori 1: behandling, behov for generell kunnskap om aldring/aldringsprosess/ geriatrike sykdommer. Kategori 2: palliativomsorg. Behovet for kunnskap innen smerte- og palliativbehandling og behandling av symptomer behov for lindring i livets siste dager. Kategori 3: etikk- og lov. Inngående kjennskap til avdelingens lover og rettigheter. Kategori 4: handlingskompetanse. Kjenne igjen tidlig tegn på sykdom, systematiske observasjoner. Kategori 5: kommunikasjon og dokumentasjon. Følger lovpålagt journal føring av pasient informasjon i avdelingens journalsystem, og kunnskap om hvordan kommunisere med syke mennesker og deres pårørende (Bing-Jonsson et al., 2014). Denne studien har stor overføringsverdi til studien (ref. artikkelen), som synliggjør forsvarlig praksis i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Grunnleggende kommunikasjon og dokumentasjons ferdigheter for helsepersonell er å kunne uttrykke seg muntlig og skriftlig. Det innebærer å rapportere og informere andre på korrekt og hensiktsmessig måte

(Utdanningsdirektoratet, 2007). Slike ferdigheter er viktig når helsepersonell skal utarbeide behandlingsplaner og pasientdokumenter. Lærerplanen for helsefagarbeidere nevnes det ferdigheter som er nødvendige for helsefagarbeider faget: å anvende digitale verktøy og tilegne seg kunnskap via faglitteratur for å holde seg faglig oppdatert (Utdanningsdirektoratet, 2007).

3.3 Holdninger

Generelt kan holdninger beskrives som en essensiell del av en persons egenskaper, og er en viktig komponent innen kompetanse. Holdninger er utvikling og mobilisering av kompetanse (Lai, 2013a). Holdninger kan være avgjørende for å vurdere om en medarbeider er kompetent eller ikke. Holdninger blir beskrevet i skikkethets vurderingen for høyere utdanning (2006), og kan relateres til manglende evne og vilje til omsorg for medelever og pasienter, manglende evne til å etablere tillitsforhold i praksis og i møte med pasienter og pårørende.

Slike holdninger vil få konsekvenser for studentens videre praksis og studierett som jammføres studentens valg av yrke (Kunnskapsdepartementet, 2006). På bakgrunn av dette, blir sykepleiestudenten/helsefagarbeideren vurdert under særlige skikkethetskrav jammført regler for praksis (Kunnskapsdepartementet, 2006).

Hvordan kan sykepleierens og eller helsefagarbeiderens holdninger være til hinder for god smertebehandling? Helsepersonells holdninger til smerte blir beskrevet av McCaffery som «alt som skrevet eller sagt om smerte er nesten verdiløs i hendene til en utøver som tviler på at en pasient har smerte» (1979). Sitatet forteller mye om hvor viktig sykepleierens og helsefagarbeiderens holdninger er i møte med pasienten med smerter. Tillit er viktig for å bygge relasjoner av en sånn verdi at det kommer pasienten til gode. Møte med mennesker som er i behov av helse- og omsorgstjenester, kreves det helsepersonell som har et helhetlig menneskesyn og medmenneskelig innsikt (Lai, 2013a). Slike holdninger blir beskrevet i Norsk Sykepleie Forbunds yrkes etiske retningslinjer som «respekt for menneskets liv og iboende verdighet, barmhjertighet og omsorg» (NSF, 2016). En type holdning kan være selvrefererende holdning, som relateres til medarbeiderens syn på seg selv, og sitt eget potensial. Mestringstro eller tillit til egen kompetanse, er en slik selvrefererende holdning. Medarbeideren, som i dette tilfellet er sykepleieren eller helsefagarbeiderens selvrefererende holdning eller syn på sine egne holdninger relatert til holdninger om smerte hos pasienter som bor på sykehjem.

Mrozek og Werner (2001) synliggjør viktigheten av en slik holdning i sin studie, som viser til at sykepleierens smertevurdering og behandlings praksis blir affisert av deres egen erfaring med smerte, og dermed gjorde at sykepleieren ble mer sensitiv ovenfor å tolke pasientens smerte. Andre jobb relevante holdninger kan dreie seg om arbeidsoppgaver, kollegasamarbeid, selve arbeidsplassen som et sted som gir indre og ytre jobb motivasjon (Lai, 2013a). Det kan være et ønske om å hjelpe kolleger til å bli gode, vilje til å være fleksibel og tilpasningsdyktig når det er behov for dette (Lai, 2013a). I forbindelse med kompetanseutvikling, mobilisering av kompetanse og rekruttering bør det legges vekt på betydningen av holdninger som en sentral kompetansekomponent (Lai, 2013a).

3.4 Presentasjon av valgt spørreskjema i studien

Under forberedelsene med mastergraden, falt valget på nøkkelordene kunnskap, ferdigheter og holdninger, og det var disse begrepene jeg ønsket å sette et fokus på. Jeg vurderte flere spørreskjemaer, som Ferrell og McCaffery (2008) brukte i sitt kartleggings skjema, Knowledge and Attitudes Regarding Pain Survey, men her ble kun kunnskap og holdninger dekket, og ferdigheter utelatt. Tse et al (2014) studie om å bruke et Pain Management Program (PMP) for å øke kunnskaper og holdninger ved hjelp av Nurses Knowledge and Attitudes survey kartleggingskjema ble også vurdert, men her ble også ferdigheter ekskludert. Valget falt på spørreskjemaet som først ble utviklet av Skauge et al (1998) som i sin studie undersøkte selv-evaluering av kunnskap og skillet mellom kunnskap og kompetanse vedrørende behandling av smerter. Senere ble samme skjema anvendt av Rognstad med kollegaer (2012). De ønsket med sin studie å kartlegge kunnskaper, ferdigheter og holdninger blant henholdsvis sykepleiere og leger ved kirurgiske avdelinger i Norge vedrørende postoperative smerter. Her ble spørsmål vedrørende postoperative smerter lagt til det spørreskjema som først ble formet i studien av Skauge (1998). I Torvik sin todelte studie (2013), litteraturstudie og tverrsnittstudie, ville rette fokuset på å evaluere helsepersonells kunnskaper, ferdigheter og holdninger som arbeider i hjemmebasert omsorg og i sykehjem. I Torvik sin versjon av spørreskjemaet, var skjemaet delt inn i 3 deler: 1. bakgrunnsopplysninger, som kalles for sosiodemografiske variabler i studien (ref. artikkelen), her ble utdanning, yrkesstatus, hvor mange år den enkelte hadde jobbet med eldre. 2. Her ble kunnskaper, ferdigheter og holdninger om smertelindring hos eldre registrert, og 3 hvordan avdelingen behandlet smerte hos de eldre. Etter tillatelse fra Senter for Omsorgsforskning, Torvik, har jeg i min studie (ref artikkelen), justert på bakgrunnsopplysningene for at disse skal passe mitt utvalg: del 1: Yrkesstatus (sykepleier/ helsefagarbeider), spørsmål om

videreutdanning: akuttgeriatri, geriatri, palliasjon, kreft og annet), antall år utdanning totalt, og om deltagerne er under utdanning, samt spørsmål om antall år arbeid med eldre mennesker. Del 2 og del 3 er uendret fra Torvik (2013) sin versjon. Jeg har valgt å kalle spørreskjemaet for The Knowledge, skills and Attitudes Survey (KSA), da jeg finner dette dekkende for min studie (ref. artikkelen).

3.5 Oppsummering

Fenomener som kompetansekomponeanter; er kunnskap, ferdigheter og holdninger hos helsepersonell. Disse fenomenene forteller viktigheten av personlige egenskaper som gjør sykepleiere og helsefagarbeidere skikket til å innta en yrkesrolle basert på omsorg, empati og medbestemmelse. Fenomenene beskriver behov for kompetanse basert på spesifikk kompetanse, som kunnskaper og ferdigheter blant sykepleiere og helsefagarbeidere bør ha i møte med pasienter og brukere av helsetjenester. Fenomenene er essensielle for læring og opplæring i helse og omsorgstjenesten. Det fremkommer av forskning og politiske føringer at det blir endringer i behovet for helsetjenester, som tvinger frem nye sykepleie roller. Utviklingen av avansert klinisk kompetanse, gjenspeiler kravet for en helsetjeneste av høy faglig kvalitet. Dagens helsetjeneste vitner om kortere liggetid i sykehus, og at pasientene blir i større grad overført til behandling i kommune helsetjenesten.

4 DRØFTNING

Målet med denne tematiske fordypningen er å sammenstille funn fra studien (ref artikkel) med litteratur om opplæring og kompetanseutvikling i KAD. Studiens hensikt (ref. artikkelen) er å undersøke om sykepleiere og helsefagarbeidere rapporterer økt kunnskap, ferdigheter og holdninger om smerte, smertekartlegging og smertelindring hos eldre med langvarig smerte ved å delta i et opplæringsprogram. Til tross for at de sosiodemografiske variablene viste lang arbeidserfaring med eldre og sykepleierne antall år med videreutdanning, indikerte funnene ved baseline lavere signifikante kunnskaper, ferdigheter og holdninger hos sykepleierne og helsefagarbeider om smerte, smertekartlegging og smertelindring

I det følgende trekkes det frem hovedfunn fra studien, ved kunnskap, ferdigheter og holdninger. Hovedfunnene ved kunnskap, er utsagn som «*personalet har nødvendig kunnskap om analgetika*», pretest viser en gjennomsnittsscore på 2,88, har det ved posttest en gjennomsnittsscore på 3,48. Dette gir en differanse på 0,60. Resultatet viser en svak endring i differansen ved posttest. Deltagerne har her skalert fra 1 ikke tilfredsstillende til 5 svært tilfredsstillende. Resultatet kan tolkes i retning av at det har skjedd en endring i sykepleierne og helsefagarbeiderne kunnskaper om smertestillende medikamenter til eldre pasienter som blir innlagt i KAD. Hovedfunn nr 2 ved kunnskap, er utsagnet om «*opplæring i bruk av arbeidsredskaper som VRS, NRS, ESASr, observasjonsbasert skala, standardiserte spørsmål*». Her viser pretest en gjennomsnittsscore på 1,60, og har ved posttest en gjennomsnittsscore på 3,20. Dette gir en endrings differanse på 1,60, og er den sterkeste endringen for kunnskap. Det samsvarer med ønsket utfall for 3p modell for læring på arbeidsplassen, ved en økning av kunnskaper og ferdigheter (Tynjälä, 2013). Resultatet kan tolkes i retning av at intervensjonen, med opplæring i bruk av ESASr har lyktes, og at sykepleierne og helsefagarbeiderne har fulgt læringsprosessen fra start til ferdig produkt, som et resultat av læringen (Tynjälä, 2013).

Tre hovedfunn ved ferdigheter, ved utsagn som «*forbereder pasienten på smerter ved samtale/informasjon*» hadde en gjennomsnittsscore ved pretest på 2,60, og ved posttest 3,32. Dette gir en endringsdifferanse på 0,72, som er den største endringen av ferdigheter blant sykepleiere og helsefagarbeideres ferdigheter på dette området.

Det tolkes i retning av at sykepleiere og helsefagarbeidere har opparbeidet seg økte ferdigheter på dette området i intervensjonsperioden på to måneder. Ved utsagnene «*lege, sykepleier eller helsefagarbeider tar initiativ og ansvarliggjøres når det gjelder smertebehandling*», viste ved pretest en gjennomsnittsscore 3,32 og 3,20- og ved posttest en gjennomsnittsscore 3,84 og 3,72, viser samme endringsdifferanse på 0,52. Dette tolkes herved som en svakere endring enn ved første utsagn, men likevel viser dette at de er ved posttest mer bevisst på at dette er viktig i møte med pasienter med langvarig smerte som innlegges i KAD. I likhet med resultatene fra kunnskap, viser dette også at sykepleierne og helsefagarbeiderne har hatt godt utbytte av undervisningen fra start til ferdig produkt, nemlig læringsutbytte jmf tre p' modellen for læring på arbeidsplassen. Disse resultatene kan overføres til forskningsspørsmålene som presenteres i studien, og viser en endring i sykepleierens og helsefagarbeiderens kunnskaper og ferdigheter fra baseline og etter intervensjon, posttest.

Overført til 3p modellen for arbeidsplass læring, kan det tolkes dit hen at studien har lyktes med å endre sykepleiernes og helsefagarbeidernes kunnskaper og ferdigheter ved hjelp av en kunnskapsbasert intervensjon. P1= er beskrevet som forutgående kunnskaper, avdelingens rutiner, prosedyrer, og læringsmiljø/strukturert undervisning og opplæring på KAD avdelingens undervisningsdager. P2 er intervensjonen= læringsprosess. Prosessen beskriver sykepleierens og helsefagarbeidernes tilnærming til læringen, og hvordan læringen blir oppfattet på et overflatisk/dypt liggende nivå. P3 = resultat etter intervensjonen/ posttest, og ansees som et produkt av læringsutbytte.

Resultater ved holdninger, viser ingen signifikant endringsdifferanse. Trekker frem spørsmål som «*Mener du at pasienter med smerter oppnår tilfredsstillende smertelindring ved din avdeling?*» og spørsmål om «*er du interessert i å vurdere pasientens smerte for å behandle den bedre?*», viser henholdsvis en negativ endringsdifferanse på -0,12 og -0,08. Dette var spørsmål det lå forventninger til kunne ha en signifikant endring etter intervensjonsperioden, men som likevel ikke viste signifikant endring. Læring på arbeidsplassen, 3p -modellen (2013) skisserer også at ønsket utfall er en endring i holdninger. I studien (ref artikkelen) endres ikke holdningene etter intervensjonsperioden. Lai (2013a) viser til at holdninger er egenskaper som er iboende i deg, tar lang tid å endre, men at jobbrelaterte holdninger kan gi motivasjon for læring.

Studien av Brenden et al (2011) viste at læring og opplæring kan organiseres på ulike måter, som internundervisning på arbeidsplassen, og viser til ulike tilnærminger for kompetanseutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjeneste. Kollegalæring kan tolkes som uformell læring gjennom andre (Illeris, 2006; Noe et al., 2013). Kollegalæring forekommer i større grad mellom helsefagarbeidere og sykepleiere (Brenden et al., 2011). Dette tolkes i retning av at helsefagarbeiderne er avhengig av sykepleierens erfaring som en læringsarena. For å styrke begge yrkesgruppers behov for kunnskap, bør kompetanseutviklingen gjelde både sykepleiere og helsefagarbeidere. Andre studier viser til de sosiodemografiske endringene i Norge i dag, med en økende befolkning, og flere pasienter som blir overført til behandling i kommunal regi fremmer behovet for kompetanseheving i kommunal sektor (Helsedirektoratet, 2016; SSB, 2016). Et faglig kompetent helsevesen, som det uttrykkes i utdanning for velferd (2012), og behovet for livslang læring (Kunnskapdepartementet, 2014), beskrives i det norske utdanningssystemet som nivåer for kvalifikasjoner på oppnådd utdanningsnivå (Kunnskapdepartementet, 2014)

4.1 Begrepene: kunnskaper, ferdigheter, generell kompetanse og holdninger

Kunnskap tolkes i denne sammenheng jmf NKR definisjon på kunnskap, som ervervet kunnskap om smerte, smertekartlegging og smertelindring hos eldre med langvarig smerte, jamført det som ble introdusert som kunnskapsbasert forskning i intervensjonen, og opplæring i bruk av smertekartleggingsverktøyet ESASr. Ferdigheter, tolkes i denne sammenheng, som sykepleierens og helsefagarbeiderens evne til å anvende ervervet kunnskap fra intervensjonen, og ta i bruk praktiske ferdigheter, som ved ESASr i vurderingen av smerte hos eldre som blir innlagt i KAD. Generell kompetanse tolkes i retning av at ervervet kunnskaper og ferdigheter om smerter, smertekartlegging og smertelindring kan anvendes som en selvstendig oppgave i vurderingen av eldre pasienter med smerte. Denne kompetansen er basert på ervervet kunnskap i skjønn forening med et reflektert og klinisk blikk. Holdninger tolkes som noe av det viktigste i sykepleien. Jeg tolker holdninger som sykepleierens fremtoning og relasjon til andre mennesker. Sykepleiers og helsefagarbeiderens ønske om å gjøre godt, og deres evne til å vise omsorg ved vise respekt, å se pasienten, lytte til pasienten, og i denne sammenheng bidra til at smertebehandlingen og smertelindringen kan lindre pasientens lidelse (P. Nortvedt, 2012).

4.2 Opplæring i KAD

I veilednings materiell for KAD (2014), beskrives det behov for handling, vurdering og observasjons kompetanse. Behov for slik kompetanse har politiske føringer i hvordan den nasjonale og særlig den kommunale helse- og omsorgstjeneste har utviklet seg de senere år (Helse-og omsorgsdepartementet, 2015).

Etter innføringen av samhandlingsreformen, var hensikten å gi rett behandling, til rett tid og til rett sted (Meld. St 47 (2008-2009), 2009). Tidligere forskning som Gautun og Syse (2013), har sett på erfaringene fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. Erfaringene blir beskrevet som delte blant helsepersonell i den kommunale helse og omsorgstjenesten, men hovedvekten ligger i at samarbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten har blitt signifikant bedre, men at arbeidsoppgavene har totalt sett blitt mer krevende (Gautun & Syse, 2013). Ved overføring av utskrivningsklare pasienter fra sykehus til den kommunale helse- og omsorgstjeneste, beskriver Gautun og Syse (2013), at 73% av de ansatte trenger faglig oppdatering, opplæring og veiledning i utførelsen av nye arbeidsoppgaver. Erfaringene fra dagens praksis viser at overordnede politiske føringer om behovet for kompetanse, ikke er forenelig med dagens praksis. Samtidig viser Skinner (2015), at kommunene blant annet tar i bruk skåring og triage verktøy, overføring av informasjon mellom kommune- og sykehus og samarbeider med spesialisthelsetjenesten om utvikling av KAD- avdelingens innleggelseskriterier. Dette kan sees på som overføring av kompetanse og beskrives som god samhandling mellom den kommunale helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten. Likevel oppleves det i dag som utfordringer i overføringer av kompetanse fra spesialisttjenesten til kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det gjenspeiles i noen av dagens utfordringer som er beskrevet i revidert utgave av veiledningsmateriell for KAD (Helsedirektoratet, 2016), hvordan etablere gode ordninger for undervisning, hospitering, veiledning og praktisk trening? (Helsedirektoratet, 2016). Opplæring, som et mål for kompetanseutvikling skal møte de overordnede utfordringene den kommunale helse- og omsorgstjenesten står overfor i dag. På tross av hva tidligere forskning har vist om innføringen av samhandlingsreformen, er det utviklet opplæringsmateriell spesielt rettet mot opplæring på arbeidsplassen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Strukturert opplæring og undervisning viser seg i økte kunnskaper og ferdigheter, som også vises i resultatene fra studiens posttest. Det antydes at med slik opplæring, at læring må gjentas. Gjentakende læring har innvirkning på ivaretagelsen av varig kunnskap og ferdigheter, og at dette på sikt kan endre holdninger hos de ansatte (Lai, 2013d).

Skinner (2015), trekker frem at det er hensiktsmessig med kompetansekartlegginger, som også skisseres av Lai (lai, 2013b). Kartlegging tyder på mer målrettet og effektiv utnyttelse av den eksisterende kompetansen som KAD- avdelingen allerede har. Oppfølgingen av helsepersonell som ønsker kompetanseheving og mengdetrening, kan utveksles i form av hospitering på sykehus og i spesialiserte avdelinger der handlings-, vurderings- og observasjonskompetanse er særlig fremtredende (Helsedirektoratet, 2016). Det er viktig kunnskaps-overføring og styrking av kompetansen hos helsepersonell i den kommunale helse og omsorgstjenesten. Slike kompetansetiltak kan siden videreføres til alle medarbeidere i KAD. Når opplæring og undervisning er forankret i organiseringen av KAD, inviterer dette til en arena for læring og kompetanseutvikling (Brenden et al., 2011). Dette viser igjen til at undervisning og opplæring i handlings-, vurderings- og observasjonskompetanse er i samsvar med de politiske føringene for organiseringen av KAD.

4.3 Metodologiske overveielser

Under forberedelsene av masteroppgaven, tas valget av metode. Metoden styrer oppgavens fremgangsmåte og er en rettesnor for oppbygningen av oppgaven. Utvalget i artikkelen var i det nedre sjiktet (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2011a). Utvalgsstrategi er basert på likhet i form av spesifikke egenskaper med utvalget, som i dette tilfellet er sykepleiere/helsefagarbeidere på en KAD avdeling på Østlandet. På bakgrunn av disproporsjonal stratifisering, er sykepleierne overrepresentert i utvalget. Det er derfor ingen hensikt å måle statistiske forskjeller mellom disse (Johannessen, Tufte, et al., 2011a). Utvalgets størrelse er styrende for mulige anvendelige statistiske analyser. De statistiske analysene skal gjenspeile hva som ønskes å undersøke. I denne sammenhengen kan det diskuteres om valget av kvantitativ metode var riktig valg av metode for denne studien. Studien hadde som nevnt et formål og en hensikt om å øke sykepleiernes og helsefagarbeidernes kunnskaper, ferdigheter og holdninger om smertelindring og smertekartlegging. Hensikt og formål med oppgaven har vært førende for valg av metodologisk fremgangsmåte. I motsatt fall kunne formål og hensikt hatt en mer kvalitativ karakter, dersom det var ønskelig å undersøke de mer dyptliggende fenomener.

4.4 Valg av analyse og spørreskjema

For å vite om pretest-posttest kan brukes, må følgende antagelser være til stede: at ved bruk av Wilcoxon Signed Ranks tests måler samme gruppe utvalg ved to ulike tidspunkt. Det skiller seg fra det som kalles for tilfeldig utvalg og uavhengige observasjoner (Pallant, 2013). Hvordan dataene er fordelt er bestemmende for valg av parametriske og eller ikke-parametriske tester. I denne oppgaven er utvalget i det nedre sjiktet, og dataene er ikke normalfordelte. Pretest-posttest representerer ofte data på ordinal nivå. Det møter derfor ikke kravet til en parametrisk test, som kan være Parret t-test (Polit, 2012). Pretest-posttest er brukt i lignende studier, som i studien av Tse og Ho (2014), hvor pretest-posttest design ble brukt for å måle effekten i kunnskaper og holdninger etter et opplæringsprogram. I denne studien ble det anvendt Nurses Knowledge and Attitudes Survey Regaring Pain. Dette skjemaet er videreutviklet fra Ferrel og McCaffery (2008) sitt spørreskjema om Knowledge and Attitudes Survey Regaring Pain. Begge studier inkluderer kun kunnskaper og holdninger, og ekskluderer ferdigheter i sine studier. Disse ble derfor forkastet som alternative spørreskjemaer da disse ikke inneholdt alle tre komponenter i hensikten for denne studien (ref. artikkelen).

4.5 Validitet og reliabilitet

Validitet representerer dataens relevans, men også om spørreskjemaet som anvendes måler det som er beskrevet i hensikten og forskningsspørsmål for oppgaven (Johannessen, Per Arne Tufte, & Christoffersen, 2011). Reliabilitet angir hvor sanne dataene viser seg, og er et grunnleggende spørsmål i all forskning (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2011b). Reliabilitets testing utføres ofte på flere målingstidspunkt, og når resultatet viser det samme ved begge måletidspunkt, ansees det høy grad av reliabilitet (Johannessen, Tufte, et al., 2011b). En annen fremgangsmåte er når samme spørreskjema, som er representert i artikkelen, blir anvendt i flere lignende studier.

5 AVSLUTNING

Det konkluderes herved med at tidligere rapporter om behov for spesialisert kompetanse i helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2012), og hva som fremkommer av forskning har synliggjort behovet for en kompetanse utvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det fremkommer av diskusjonen om behovet for kompetent helsepersonell, at det er viktig å legge til rette for strukturert opplæring i KAD avdelingen. Erfaringen med studien (ref.artikkelen) viser at kunnskaper, ferdigheter og holdninger er egenskaper som helsearbeidere bør inneha i møte med pasienter som blir innlagt i KAD.

Pretest posttest som design har gitt resultater som var ønsket utfall ved utarbeidelsen av artikkelen. Den tematiske fordypningen har bidratt til å heve denne oppgaven til et mer overordnet nivå, men også satt komponentene i hensikt og formålet for artikkelen i et figurativt system i forståelsen av disse elementers betydning for læring og opplæring.

I behovet for utforming av nasjonale planer for kompetanseheving i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, jmf fremtidige utfordringer i helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2016), står flere spørsmål fortsatt ubesvarte. Denne oppgaven har satt fokus på spørsmål som var mulig å besvare ut fra studiens (ref. artikkelen) hensikt og funn, tematikk, omfanget av oppgaven og tilgjengelig forskning på området. For å besvare de gjenstående spørsmål, fordrer det mer forskning for å imøtekomme fremtidens utfordringer i helsetjenesten.

6 LITTERATURLISTE

- Allgood, M. R., & Tomey, A. M. (2010). Kari Martinsen: Philosophy of caring *Nursing theorists and their work* (pp. 165-189).
- Benner, P. (1995). *Fra novise til ekspert- dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*: Tano.
- Bergh, I., & Bjerkeset, E. (2013). ESAS- Edmonton Symptom Assessment System, 1-2. Retrieved from www.helsebiblioteket.no website:
- Bergh, I., Ingela Lundin Kvaalem., Nina Aass., Marianne Jensen Hjermsstad. (2011). What does the answer mean? A qualitative study of how palliative cancer patients interpret and respond to the Edmonton Symptom Assessment System. *Palliative Medicine*, 0(0), 1-9. doi:10.1177/0269216310395985
- Bergh, I., Nina Aass., Dagny Haugen., Stein Kaasa., Marianne Jensen Hjermsstad. (2012). Symptomkartlegging i palliativ medisin *Tidsskrift den norske legeforening*, 1(132), 18-19.
- Biggs, J. B. (1987). *Students approaches to learning and studying*. Research Monograph.
- Biggs, J. B. (1999). *Theaching for quality learning at university. What the student does*. (1 ed.): Society for Research into Higher Education & Open University Press.
- Bing-Jonsson, P. C., Bjørk, I. T., Hofoss, D., Kirkevold, M., & Foss, C. (2014). Competence in advanced older people nursing: development of 'Nursing older people-Competence evaluation tool' *International Journal of Older People Nursing*, 10, 59-72. doi:10.1111/opn.12057
- Bing-Jonsson, P. C., Foss, C., & Bjørk, I. T. (2015). The competence gap in community care: Imbalance between expected and actual nursing staff competence. *Nordic journal of Nursing Research*, 36(1), 27-37.
- Brenden, T. K., Storheil, A. J., Grov, E. K., & Ytrehus, S. (2011). Kompetanseutvikling i sykehjem, ansattes perspektiv. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 1(7), 1-15.
- Daly, W. M., & Carnwell, R. (2003). Nursing roles and levels of practice: a framework for differentiating between elementary, specialist and advancing nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 158-167.
- Delta. (2017). yrkesetiske retningslinjer for helsefagarbeidere. Retrieved from [www.https://delta.no/yrke/helsefagarbeidere-i-delta/yrkesetiske-retningslinjer-for-helsefagarbeidere-i-delta](https://delta.no/yrke/helsefagarbeidere-i-delta/yrkesetiske-retningslinjer-for-helsefagarbeidere-i-delta)
- Ferrell, B., & McCafferey, M. (2008). Knowledge and attitudes survey regarding pain. Retrieved from <http://prc.coh.org>
- Gautun, H., & Syse, A. (2013). *Samhandlingsreformen. Hvordan tar de kommunale helse-og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene?* Retrieved from <http://www.nova.no>
- Gran, S. V., & Landmark, B. T. (2012). Kan smertekartlegging ved bruk av ESAS (Edmonton Symptom Assessment scale) bidra til å lindre smerte hos eldre på sykehjem? *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 1(8), 34-46.
- Hauge, S., Hestetun, M., & Kirkevold, M. (2011). Avansert geriatrisk sykepleie, hva er det og hvorfor trenger vi slike sykepleiere i Norge? *Geriatrisk sykepleie*, 3(1), 20-23.
- Helse-og omsorgsdepartementet. (2015). *Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from www.regjeringen.no
- Helse og omsorgstjenesteloven (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester), § 8-1, 8-2 og 8-3 C.F.R. (2016).
- Helsedirektoratet. (2012). *Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten. En status-, trend- og behovsanalyse fram mot 2030*. Retrieved from Oslo: www.helsedirektoratet.no
- Helsedirektoratet. (2014). *Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Veiledningsmateriell*. Retrieved from
- Helsedirektoratet. (2016). *Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Veiledningsmateriell*. Retrieved from Oslo:
- Helsepersonelloven. (2016). Lov om helsepersonell m.v (helsepersonelloven). Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell%20loven>
- Herr, K. (2010). Pain in the Older Adult: An Imperative Across All Health Care Settings. *Pain management nursing*, 11(2), 1-10.

- Herr, K. (2013). Pain Assessment Strategies in Older Patients. *The Journal of Pain*, 12(3), 3-13. doi:10.1016/j.pain.2010.11.011
- Holmsen, T. (2010). Hva påvirker sykepleierstudentenes trygghet og læring i klinisk praksis? *Vård i Norden*, 30(1), 24-28.
- Hovland, G., Kyrkjebø, D., & Råholm, M.-B. (2015). Sykepleieren sin kompetanseutvikling i kommunehelsetjenesten; samspill mellom utdanningsinstitusjon og arbeidsplassen. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 1(11), 4-19.
- Illeris, K. (2006). Lifelong learning and the low-skilled. *International Journal of Lifelong Education*, 25(1), 15-28.
- Johannessen, A., Per Arne Tufte, & Christoffersen, L. (2011). Fra tema til problemstilling *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (Vol. 4, pp. 69-70). Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2011a). Hvem og hva skal forskeren undersøke? Enheter, variabler, verdier og målenivå *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4 ed., pp. 239-257).
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2011b). Virkeligheten, data og teori *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (Vol. 4, pp. 40). Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Kunnskapdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanningen*. Oslo.
- Kunnskapdepartementet. (2014). *Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring (NKR)*. Retrieved from
- Forskrift om skikkethetsvurdering i høyere utdanning, LOV-2005-04-01-15-§4-10 C.F.R. (2006).
- Kydland, A. G., & Høyve, S. (2015). Samspill mellom øvningsavdeling og praksis i sykepleie- mer læring? *Nordisk Sygeplejeforskning*, 5(1), 61-69.
- Lai, L. (2013a). Hva er kompetanse? Kompetanse som begrep og fenomen *Strategisk kompetanseledelse* (Vol. 3, pp. 45-66): Fagbokforlaget.
- lai, L. (2013b). Hva er strategisk kompetanseledelse? *Strategisk kompetanseledelse* (Vol. 3, pp. 14-15). Bergen: Fagbokforlaget AS.
- Lai, L. (2013c). Læring og kompetanseutvikling *Strategisk kompetanseledelse* (pp. 119).
- Lai, L. (2013d). Læring og kompetanseutvikling *Strategisk kompetanseledelse* (Vol. 3, pp. 123-124). Bergen: Fagbokforlaget.
- Legeforening, D. D. N. (2009). *Retningslinjer for smertelindring*. Retrieved from Oslo:
- Lekan, D., Hendrix, C. C., McConnell, E. S., & White, H. (2010). The Connected Learning Model for disseminating evidence-based care practices in clinical settings. *Nurse Education in Practice*, 10, 243-248.
- McCafferey, M. (1979). *Nursing the Patient in pain* (pp. s14). London: Harper & Row.
- Meld. St 26 (2014-2015). (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted- til rett tid* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from www.regjeringen.no.
- Meld. St. 13 (2011-2012). (2012). *Utdanning for velferd. Samspill i praksis*. Oslo: Kunnskapsdepartementet Retrieved from www.regjeringen.no.
- Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). *Classifications of chronic Pain* (2 ed.). Seattle, USA: IASP press.
- Mimi Mun Yee Tse, S. S. K. H. (2014). Enhancing Knowledge and Attitudes in Pain Management: A Pain Management Education Program for Nursing Home Staff. *Pain management nursing*, 15(1), 2-11.
- Mrozek, J. E., & Werner, J. S. (2001). Nurses' Attitudes towards Pain, Pain Assessment and pain Management practice in long-term care facilities. *Pain management nursing*, 2(4), 154-162.
- Myhra, C. B., & Grov, E. K. (2010). Sykepleierens bruk av Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS). *Tidsskriftet Sykepleiens forskning*, 3(5), 210-218.
- Noe, R. A., Tews, M. J., & Marand, A. D. (2013). Individual differences and informal learning in the workplace. *Journal of Vocational Behavior*, 83, 327-335. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jvb.2013.06.009>
- Norsk forening for allmennmedisin. (2014). Medisinskfaglig veileder for kommunale akutte døgnplasser (KAD). *Den Norske legeforening*, 0-15.

- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinar, L. M. (2013). Hva er kunnskapsbasert praksis? *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok* (3 ed., Vol. 2, pp. 15-27): Akribe.
- Nortvedt, P. (2012). Begreper, teorier og prinsipper *Omtanke. En innføring i sykepleiens etikk* (pp. 36-101). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- NSF, N. S. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Retrieved from <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Ontario, C. C. (2005). Edmonton Symptom Assessment System (ESAS). Ontario, Canada.
- Pallant, J. (2013). Statistical techniques to compare groups *A step by step guide to data analysis using SPSS. SPSS survival Manual* (Vol. 5, pp. 222): McGraw Hill.
- Polit, D. F. C. T. B. (2012). Interferal statistics *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (9 ed., pp. 404-412).
- Rognstad, M. K., Fredheim, Olav Magnus S., Johannessen, Tone., Kvarstein, Gunnvald., Skauge, Marta., Unddall, Eva., Rustøen, Tone (2012). Attitudes, beliefs and self-reported competence about postoperative pain among physicians and nurses working on surgical wards. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*(26), 545-552. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00964.x
- Skauge, M., Borchgrevink, P., & Kaasa, S. (1998). Self- evaluation of knowledge and knowledge and competence with regard to the treatment of pain. *Tidsskrift den norske legeforening*, 118(4), 536-540.
- Skinner, M. S. (2015). *Øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Oppsummering av kunnskap og erfaringer fra de første årene med kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold*. Retrieved from www.omsorgsforskning.no
- Solerød, E. (2012). Pedagogiske grunntanker- i et dannesperspektiv (pp. 226-227). Oslo: Universitetsforlaget.
- SSB. (2016). *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2015. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere*. Retrieved from Oslo:
- Torvik, K. (2013). *Smertelindring til pasienter og brukere av sykehjem og hjemmebaserte tjenester i Midt-Norge*. Retrieved from www.omsorgsforskning.no
- Torvik, K., Nortug, B., Brenne, I. K., & Rognstad, M. K. (2015). Pain Assessment strategies in home care and nursing homes in Mid-Norway: a cross sectional survey. *Pain management nursing*, 16(4), 602-608.
- Tracy, B., & Morrison, S. (2013). Pain Management in Older Adults. *Clinical Therapeutics*, 35(11), 1659-1668.
- Tynjälä, P. (2013). Toward a 3-p Model of workplace Learning: a literature Review. *Vocations and Learning*, 6, 11-36. doi:10.1007/s12186-012-9091-z
- Tyrholm, B. V., Kvangarsnes, M., & Bergem, R. (2016). 8 mellomleders vurdering av kompetansebehov i sykepleie etter samhandlingsreformen. *Innovasjon og entreprenørskap*, 174-187.
- Utdanningsdirektoratet. (2007). *Læreplan for helsefagarbeiderfaget Vg3/ opplæring i bedrift*.
- Watanabe, S. M., Cheryl Nikolaichuk., Crystal Beaumont., Laureen Johnson., Jeff Myers., Florian Strasser. (2011). A Multicenter Study Comparing Two Numerical Versions of the Edmonton Symptom Assessment System in Palliative Care Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(2), 456-468.
- Wyller, T. B. (2011). Den tverrfaglige geriatrike behandlingsmetode *Geriatri. En medisinsk lærebok* (Vol. 1, pp. 187-189). Oslo: Gyldendak akademika.

7 Artikkel:

Words in the manuscript: 3818. Words in the abstract: 207. Number of tables: 6. Number of references: 28

Staff training and implementation of pain assessment tool for pain relief in a municipal acute ward (MAW)

Personaleuddannelse og implementering af smertevurderingsværktøj til smertelindring i en kommunal akut afdeling (KAD)

Keywords: Attitudes, knowledge, registered nurses, nursing assistants, skills.

Nina Ekeberg, RN AGN MNSc^{1*}

¹ Oslo and Akershus University College of Applied Sciences,
Faculty of Health Sciences, Department of Nursing and Health Promotion
Post Office box 4, St. Olavs plass, 0130 Oslo, Norway

Municipal Acute Ward,
Jens Willhelmsens gate 1
1671 Kraakeroy, Østfold County, Norway

***Corresponding Author:**

Phone: +47 69306890, cell phone: +47 91176879

ninaekeberg75@gmail.com

Abstract

Background: A Municipal acute ward (MAW) in Eastern Norway, documents high prevalence of elderly with persistent pain. Registered nurses (RN) and nursing assistants (NA) need adequate knowledge and training to relieve these patients' persistent pain while staying in the MAW.

Objective: To assess knowledge, skills and attitudes among RN and NA before and after an educational intervention.

Methods: A prospective pre-/posttest design with an intervention, consisted of an education program and training in The Edmonton Symptom Assessment System (revised version) ESASr. Assessing knowledge, skills and attitudes (The KSA) among health personnel was used. Data was analysed using statistical analysis, i.e. Wilcoxon-tests for non-parametric data.

Results: The sample consisted of 25 participants, 18 RN, and 7 NA. Sociodemographic variables showed that nurses (n=9) had continuous education in acute geriatrics, and (n=13) had over 17 years of work experience with elderly patients. Main findings showed a significant change to the RN and NAs knowledge and skills after the intervention. There were no significant changes in attitudes during the intervention period. ESASr is implemented as pain assessment for elderly patients with persistent in MAW.

Conclusions: Facilitating education and training in MAW are important to increase knowledge and skills among RN and NA.

Keywords: Attitudes, knowledge, registered nurses, nursing assistants, skills

Introduction

Pain is defined as "an unpleasant sensory and emotional experience, associated with actual or potential tissue injury. The pain is always subjective" (1). Pain in the elderly is described as frequent in both nursing homes and home-based care. Between 27.8-86.5% of patients living in nursing homes and 42.0-50.0% of home-based users have pain (2) and persistent pain among the general elderly population is common (3). The fact that many elderly live with severe ailments that cause significant pain, call for attention, particularly when the treatment of pain conditions is associated with comorbid conditions and polypharmacy (4). Patients with persistent pain are frequent users of health care and make high demands on health care service. Health care personnels, as RN and NAs, are considered supportive for patients with persistent pain(5). However, what is necessary for RN and NA in the municipality to be supportive for relieving pain in this patients group? In a study by Elovsson and Boström (6), highlighting the RNs experience of elderly pain in municipal health care services, four categories emerged; knowledge level, communication, organization and treatment strategy. The results showed that lack of routines and guidelines for the treatment of pain reflect the individual RNs quality of pain relief (6). Time pressure and workload make the everyday tasks challenging to systematize training for health care personnel (5). Several studies have been published on RNs knowledge and attitudes towards pain management. Tse and Ho (7) examined the effect of a pain management program, The Pain Management Program (PMP). They examined the knowledge and attitudes of health care personnels in relation to the pain treatment of elderly patients in nursing homes. The study found that 50% of patients in municipal healthcare services suffer from pain. The figure increases to 80% in patients staying in nursing homes. The study shows that pain management is not optimal. In a pre- and post-test study, four nursing homes were included and 88 RN and NA participated in an eight-week PMP training program.

The questionnaire Nurses Knowledge and Attitude Survey Regarding Pain- Chinese Version (NKASRP-C), was distributed before and after the implementation of PMP. There was a significant increase in RN and NAs' knowledge about and attitudes to pain in nurses following the implementation of PMP from 7.9 (SD 3.52) to 19.2 + - SD 4.4 ($p < 0.05$) (7).

Experience from a study performed in a nursing home in Norway, where The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) was used as a symptom assessment tool, showed that the ESAS provided a good picture of the patient's self-reported pain and other symptoms (8).

Municipal acute ward (MAW)

The Coordination Reform (CR) were established in the beginning of 2012, as result of a growing demand of coordinated health care services. The CR was representing a new policy for treating patients outside the hospital. The Municipal acute wards (MAW) was developed as an alternative for treatment in hospital. The MAWs provide treatments and observations for people with medical conditions which otherwise would have been treated in hospital (9). The MAW is intended to evaluate patients with whom the municipality has the opportunity to treat. MAW is usually organized as a ward in connection to a nursing home, Municipal emergency or hospital (10). MAW will require municipalities to arrange the services so that sufficient professional competence is ensured" (11). Experiences from a study by Leonardsen, Del Russo, Abrahamsen Grøndahl and Jelsness-Jørgensen (9) show two "overall themes" identified as: communication and treated as a person. Under the subject of communication, it summarizes that patients admitted to MAW describe sufficient communication, they felt safe and were taken care of as a whole human being, contrary to the experiences they had from treatment in hospitals. Patients included in the latter mentioned study, described MAW as an example of a holistic humanity. Furthermore, in development of the MAW the Directorate of Health Affairs claims that "The municipality's duty is to provide immediate help, and it is

expected that the staff working in MAW should have competence regarding observation, assessment and practical skills". Therefore, Norwegian health authorities have considered it necessary to strengthen the generalist competencies of all health personnels on treatment and follow-up for the patients who will need health care in the future(11). Knowledge of pain and pain assessment is considered relevant as a generalist's competence.

At a MAW in a County of eastern Norway, RN and NA faces high prevalence of elderly patients, and many of these patients suffer from persistent pain. Admission diagnosis is often a pain condition, but also underlying pain conditions as a result of severe illness. The MAW has no admission routine or pain measurement tool to assess these patients today. In light of this, the purpose of this study was to evaluate a pain education program and implementation and training in use of pain assessment tool in a MAW. We want to assess the RN and NA's knowledge, skills and attitudes about pain, pain assessment and pain relief.

Additionally, we wanted to investigate possible changes in knowledge, skills and attitudes before and after an intervention consisting of an education program and training to use the Norwegian revised version of the ESAS. In order to develop better services, improve incoming routines and follow-up of elderly patients with persistent pain, we focus on health professionals, i. e. RN and NA's, to improve professional knowledge with a high level of professional knowledge and practical skills during the education program. The following research questions are being presented:

1. What are the status of MAWs RN and NAs' knowledge, skills and attitudes regarding pain, pain assessment and pain relief for the elderly?
2. To what extent is there a difference in RN and NAs' self-reported scores on knowledge, skills and attitudes before and after an education program and implementing of ESASr?

Method and design

Design

The study has a prospective, pre- post design with an intervention consisting of an education program for RN and NA working in a MAW in eastern Norway. The baseline data were collected in late of September 2015 before the intervention. Post data were collected in the beginning of December 2015, 2 months after intervention.

Sample

The sample consisted of 25 health care professionals, 18 nurses and 7 nursing assistants. The participants were invited by the head nurse at the MAW to attend the study as recommended procedure for recruitment (12). A total of 26 were invited to participate, and 25 wanted to take part.

Intervention

The lectures, was conducted at the MAW's teaching days and held at the MAW's location. The lecture was divided into three single days over three weeks in 2,5 hour per lecture. Totally duration in 7,5 hours. The lecture weree consisting of: knowledge-based and evidence-based education in light of the competence components knowledge, skills and attitudes. Presenting knowledge about pain in general elderly population, persistent pain among elderly, and how pain can affect the patient's ADL. An introduction to the natural age process, and how expectations and attitudes often can result in undertreatment the patient's pain. Presenting pain pattern, pain character and pain quality. Practical and systematic training and acquisition of skills in how to use ESASr was central in the education program (13) (14) After completing the teaching, the ESASr form was systematically used in the MAW for 8 weeks to measure all elderly patients with persistent pain. ESASr is a standard tool to assess

symptoms in palliative care in Norway (13). ESASr should be filled out by the patient (self-reported), alternatively with assistance from a family member or others like healthcare professionals (proxy) (15, 16)

Evaluating the intervention

In order to evaluate a possible effect of the intervention, an instrument developed by the Center of care in Mid-Norway was used. The questionnaire on health personnel's knowledge, skills, attitudes towards pain (2, 17-19) has been adapted for this study with permission from Torvik (2nd author). The questionnaire named the KSA has been used and presented in several studies on elderly with persistent pain living in Municipal care in Norway (2, 17). The sociodemographic characteristics of the sample were self-rated and based on relevant information for the study, e.g. age, occupational status, RN and NA's presence of continuous education, experience in the current position. The KSA-questionnaire comprehends the components: knowledge, skills and attitudes. The questionnaire consisted of three parts with a total of 42 items (39) questions/statements regarding knowledge (12), skills (17), attitudes (10). Part one contained background information about the participants, professional background, education, specialization and year of working with elderly. Part two include five questions focusing on beliefs and self-reported competence related to persistent pain management. The items were rating on a five points categorical scale, 1 "never", 2 "seldom", 3 "sometimes", 4 "often" and 5 "very often". The items covered the questions; *How do you evaluate your competence regarding; nociceptive pain, neuropathic pain and the patient's total pain experience?* These items were rating on a fivepoint categorical scale; 1 "incompetent" 2 "weak", 3 "basic understanding", 4 "competent" and 5 "highly competent". The third part of the questionnaire was about the question; *Regarding carrying out pain management, how do you assess the following condition on your ward?* This 18 statements

were rated on a five point scale; 1 “unsatisfactory” to 5 “satisfactory”. One question regarding knowledge component is formulated as such; *“How do you evaluate your competence regarding the treatment of pain after a tissue damage”*. The scoring structure was scaled as a Likert-scale 1-5 with the values; 1 “very good”, 2 “pretty good”, 3 “good”, 4 “very bad” and 5 “pretty bad” (all numbered in this direction). Other knowledge questions were scaled as 1-5 from the position “not satisfying” to “very satisfying”. An example of a question regarding skills was *“When it comes to implementing a pain treatment, how do you think these conditions work in your department?”* One statement regarding medication; *“Use of combination of opioid and non-opioid analgesics”* were scaled from 1-5, “not satisfying” to “very satisfying”. Another question related to skills were *“How do you consider the practical implementation of drug in pain-treatment in your department?”* and were scaled from 1-5 as 1 “never”, 2 “rarely, 3 “occasionally”, 4 “quite often” and 5 “very often”. An example of questions representing attitudes is; *“Do you perceive that patients in your department often ask for painkillers?”* The latter mentioned question was scaled 1- 5 as 1 “never”, 2 “rarely”, 3 “occasionally”, 4 “quite often” and 5 “very often”.

Data collection

Data were collected using the KSA questionnaire before the intervention and 8 weeks after the end of the intervention. Every participant received 30 minutes to complete the questionnaire. The RN and NA’s filled out the KSA, which has been used in previous studies on persistent pain in elderly in general and among elderly patients staying in nursing homes (2, 17-19). The questionnaire's background data was adapted for this study with the permission from the researchers who have designed and tested the form.

Research ethical considerations

Referring to the guidelines of the Norwegian Social Science Data Service (NSD), this study was presented as a “quality of health care project”, and application for approval was not needed. All participants, including head of department, were given written and electronic information about the study well in advance of the MAWs teaching days. Permission for the completion of this study was obtained by Head of Department and Head of Unit at MAW. The study was conducted according to research ethics guidelines (20), no personal data was stored directly or indirectly. Participants were informed receiving an information letter covering how data was anonymized and confidentiality treated in processing and while storing data. The participation was voluntary and participants could withdraw from the study at any time without impact for them (21). The collected data was stored in a safe, and will be destroyed when results are published. There has been no conflict of interests before start-up and / or along the way in connection with this study.

Statistical analyzes

The data was analyzed using SPSS version 23. Descriptive statistics with frequency analysis were used to describe socio-demographic data. The median, average and standard deviations of the statements in the questionnaire reported at baseline and eight weeks after the intervention startup were calculated. The data appear to be non-normal and in this context non-parametric tests, Wilcoxon’s test (12, 22) are used. Wilcoxon’s test can be used when it is desirable to compare two equal groups at two different target times, here for analyzing possible changes from baseline (pretest) to posttest. The significance level was set at 0.05% ($p < 0.05$), and all tests are a two-tailed.

Results

Socio-demographic data

Description of the sample is presented in Table 1. Continuous education in acute geriatrics was represented in n = 9 (53%) of the RN. The NA had no further education. In total, n = 13 (52%) of the participants had between 17 and 30 years of work experience with elderly patients. The reminding sample (n= 12), 48% reported experience from 0-16 years.

Insert table 1 about here

Knowledge, skills and attitudes

Table 2 shows a comparison of the self-reported knowledge, skills and attitudes of pain documented from RN and NA, pain assessment and pain relief for elderly people with persistent pain at the MAW prior to intervention and 8 weeks after start of the intervention n = 25. Description of median, average score and standard deviation of the statements is described in Table 2.

Insert Table 2 about here.

Difference between Pretest and Post Test By Knowledge

After the pre- and posttest statements have been merged, the non-parametric testing with Wilcoxon shows the changing difference of the mean score for each item for knowledge category. Main findings were statements regarding “*Training in the use of work tools as VRS, NRS, ESASr, observations based scale, standardized questions*”, showed an increased

significant difference in mean score. Comparing pre- and posttest data, mean score at posttest were 1.60 and at posttest 3,20.

This shows a changing difference at 1.60. Statement regarding “*The staff has the necessary knowledge of pain and various analgesics*”, shows increased changes in mean score at posttest. The table 3 shows only the values that appeared as significant.

Insert Table 3 about here.

Difference between Pretest and posttest by skills

Main findings at this competence component, skills, were statement regarding “*Preparing the patient for pain with conservation/information*” shows increased difference at posttest, mean score at pretest were 2.60 and at posttest 3.32, that present a changing difference at 0.72. Statements regarding “*Physicians, RN and NA’s take initativ and is responsible for the implementation of the pain treatment*”, both shows increased level of skills at posttest.

Insert Table 4 about here

Discussion

The purpose of the study was to assess the MAW’s RN and NA knowledge, skills and attitudes about pain, pain assessment and pain relief. Further, we wanted to investigate to what extent there is a difference in RN and NA’s self-reported scores on knowledge, skills and attitudes before and after an education program highlighting pain, pain assessment (e.g. by means of the ESASr) and pain relief for elderly patients.

A study by Buttenschoen, Stephan, Watanabe and Nikolaichuk (23) describes the pros and cons using ESASr in clinical practice. Benefits may help RN and NA in assessing symptoms

and guiding for good communication and for detecting persistent pain. The disadvantage has been shown to be the challenge of translating the severity of the symptoms in the form of numbers (23). Other studies indicate that ESASr is a good tool for seeing the entire human being's situation (23, 24) suggests that symptoms may not be committed by using ESASr. In our study, we use ESASr as an example; as a tool for assessing pain in elderly patients with persistent pain. The socio-demographic variables describe the sample in this study, showing that 53% of RN had continuous education in acute geriatrics, and more than half of the sample reported more than 17 years of work experience with elderly patients. In spite of long professional experience and continuous education. The result from the KSA showed insufficient knowledge of pain, pain assessment and pain relief for elderly with persistent pain at baseline. Prior to start of this study, no routine for assessing patients with persistent pain or pain assessment tools were available at the MAW. From other studies, we know that pain among elderly staying in nursing homes is common and frequent (2, 3). Tracy and Morrison (4) indicate that the actual patient group poses high standards for health personnel's knowledge, while Lukewich et al (5) Elovsson and Boström (6) show that workload and time pressure will inhibit structured training and continuation of knowledge. This study shows that with structured education and training, the desired change in knowledge and skills is achieved. By offering an education program as has been done in this study essential knowledge and skills are learned to optimize pain relief in elderly with persistent pain in MAW.

Knowledge. Before the intervention, the baseline data on RN and NA's knowledge showed that generally scored significantly lower on knowledge questions than after the education program. Five out of 12 statements that affect questions about knowledge have increased significantly after the intervention. One key finding is the statement of training in the use of work tools such as Visual Rating Scale (VRS)/ Numeric Rating Scale (NRS), ESASr,

observation-based scale and standardized questions. The results show significant change in the median scores prior to the intervention from 1.0 to 3.0 and a mean score that increases from 1.60 to 3.20 after the intervention. This shows a calculated difference of 1.60, which corresponds to the difference between pre- and posttest. The result has the greatest change, and the desired outcome after the intervention. An improvement in the RN and NA's knowledge using standardized assessment tool as ESASr, shed light on a successful intervention. Findings from Clark, Fink, Pennington and Jones (25) emphasize the importance of knowledge and attitudes of health care personnel working in nursing homes. Findings from this study correspond with findings reported by Clark et al (25), which affect the questions regarding pain assessment and standardized questions about pain in elderly with persistent pain. Systematic pain assessment can be a valuable approach to increase knowledge, such as in this study, and Clark et al (25), can argue for RN's contribution assessing pain, which might maintain and increase their academic level.

Skills. The question highlighting of skills, reveal that RN and NA, scored significantly lower at pretest than at post-test. Three out of 17 statements that affect questions about skills have significant values when we compare baseline data with data from assessment after the completed intervention. Average score for the category "skills" increases by posttest, and gives a change difference of 0.72. RN and NA have increased skills regarding e.g. informing and preparing the patient for pain. The study shows that by providing new knowledge, the participants report improved skills on safety and skills on pain assessment and pain relief for elderly patients with persistent pain in MAW. This corresponds to findings obtained from the Center for Care Research (17), which indicates that staff skills on conversation and information give the patient a sense of coping with pain. For the two statements that concern the physician/ RN's initiative and responsibility for pain assessment, the results showed that they report higher post-test scores than pretest scores. The change difference is 0.52 for these

statements and represents the lowest difference regarding skills. Another study reports that the physician must play a crucial role in professional and interdisciplinary environments (8) for the optimization of pain assessment. Use of pain assessment tools are considered important for interdisciplinary collaboration, i.e. discussion that can promote better pain relief in collaboration with the MAW's physician (8). Research shows that ESASr should be used systematically, pointing out the importance of RN or NA's initiatives to assess symptoms, in collaboration with the patient and/ or the patient's family member (13, 14, 24). Findings from a previous study by Torvik (17) show that the presence of the nurse is important for assessing, observing, and documenting the patient's pain. This reflects the background for this study, the need for action, assessment and observation skills for the care of patients in MAW (26). Physicians, RN and NA have different roles in the treatment of pain, and professional sound practices are reflected the approaches used in daily practice. The law and occupational guidelines for RN states: «Health personnel shall carry out their work in terms of professional soundness and care. Adhere to professional qualifications and obtain assistance, and refer the patient further when necessary "(26). The Nurse's Code of Ethics indicates that it is important for the RN to kept up-to-date, work knowledge based, i.e. practice based on research. Intervention addressing approaches to improve clinical practice and development of documented practice within a field, contributes valuably to nurses' competence, and thereby to enhance their clinical repertoire (27).

Attitudes. When asked about attitudes, no significant changes are displayed for the two assessment points. Attitudes are personal and describe the person's inherent characteristics and ability to learn (28). As previously mentioned in the study, pain is perceived differently among RN and NA. Based on this knowledge, we interpret that change in attitudes may takes time. The education program left training time to 3 days of instruction and 2.5 hours, which is time-limited for a possible the change in attitude regarding pain, pain assessment and pain

relief. Extending the duration of the education programs might give positive attitudes, as seen in Tse and Ho's study (7). We interpret the follow-up period of 8 weeks to be too short for changing attitudes regarding pain, pain assessment and pain relief in Rn and NA working with elderly patients in MAW. The weakness of the study's sample size. This has resulted in a limitation of opportunities for statistical analysis and the generalization of the study.

Nevertheless, since we have detected significant differences, and the challenge for small studies, is type-II error, our findings are robust. The questionnaire (the KSA) has been used in several previous studies. The form is validated and the reliability tested for the target group. Among the MAWs 26 employees were invited to take part and 25 employees participated. The compliance to this study is positive, however we reflect on positive pressure from the leaders recruiting to the study, particularly since, the first author's proximity to the MAW made it easy to complete the study and her engagement might have influenced the participants work extra hard on knowledge and skill development.

Conclusion

This study shows that facilitated staff training and running an education program including introduction of systematic use of pain assessment tools significantly improve the knowledge and skills of RN and NA. We conclude that the intervention may have contributed to increase knowledge and skills for the participants which as a next step might optimize pain relief in elderly with persistent pain in MAW.

Thank you to the MAW's leadership, the head nurse and staff for making this study possible.

Reference

1. Merskey H, Bogduk N. Classifications of chronic Pain. 2 ed. Seattle, USA: IASP press; 1994. 238 p.
2. Torvik K, Nortug B, Brenne IK, Rognstad MK. Pain Assessment strategies in home care and nursing homes in Mid-Norway: a cross sectional survey. *Pain Management Nursing*. 2015;16(4):602-8.
3. Herr K. Pain in the Older Adult: An Imperative Across All Health Care Settings. *Pain management nursing*. 2010;11(2):1-10.
4. Tracy B, Morrison S. Pain Management in Older Adults. *Clinical Therapeutics*. 2013;35(11):1659-68.
5. Lukewich J, Mann E, VanDenKerkhof E, Tranmer J. Self-management support for chronic pain in primary care: a cross-sectional study of patient experiences and nursing roles. *Journal of Advanced Nursing*. 2015;71(11):2551-2556.
6. Elovsson M, Boström B. Sjuksköterskors opplevelse av smertebehandling av äldre personer i kommunal hälso- og sjuvård. *Vård i Norden*. 2011;31(4):10-5.
7. Mimi Mun Yee Tse SSKH. Enhancing Knowledge and Attitudes in Pain Management: A Pain Management Education Program for Nursing Home Staff. *Pain Management Nursing*. 2014;15(1):2-11.
8. Gran SV, Landmark BT. Kan smertekartlegging ved bruk av ESAS (Edmonton Symptom Assessment scale) bidra til å lindre smerte hos eldre på sykehjem? *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*. 2012;1(8):34-46.
9. Lindqvist Leonardsen A-C, Lilliana Del Russo, Vigdis Abrahamsen Grøndahl, Jelsness-Jørgensen L-P. "It's a whole human being": A qualitative study of care experiences among patients treated in de-centralised healthcare services. *European Journal for Person Centered Healthcare*. 2017;5(1):82-7.
10. Skinner MS. Øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Oppsummering av kunnskap og erfaringer fra de første årene med kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Senter for omsorgsforskning, avdeling Øst. Høgskolen i Gjøvik, 2015.
11. Helsedirektoratet. Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Veiledningsmateriell. Helsedirektoratet, 2014.
12. Johannessen A, Tuft PA, Christoffersen L. Hvem og hva skal forskeren undersøke? Enheter, variabler, verdier og målenivå. *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 4 ed 2011. p. 239-57.
13. Bergh I, Nina Aass., Dagny Haugen., Stein Kaasa., Marianne Jensen Hjermsstad. Symptomkartlegging i palliativ medisin *Tidsskrift den norske legeförening*. 2012;1(132):18-9.
14. Watanabe SM, Cheryl Nikolaichuk., Crystal Beaumont., Laureen Johnson., Jeff Myers., Florian Strasser. A Multicenter Study Comparing Two Numerical Versions of the Edmonton Symptom Assessment System in Palliative Care Patients. *Journal of Pain and Symptom Management* 2011;41(2):456-68.
15. Bergh I, Bjerkeset E. ESAS- Edmonton Symptom Assessment System 2013:[1-2 pp.].
16. Ontario CC. Edmonton Symptom Assessment System (ESAS). Ontario, Canada 2005.
17. Torvik K. Smertelindring til pasienter og brukere av sykehjem og hjemmebaserte tjenester i Midt-Norge. Rapportserie. Høgskolen i Nord-Trøndelag 2013.

18. Rognstad MK, Fredheim, Olav Magnus S., Johannessen, Tone., Kvarstein, Gunnvald., Skauge, Marta., Unddall, Eva., Rustøen, Tone Attitudes, beliefs and self-reported competence about postoperative pain among physicians and nurses working on surgical wards. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2012(26):545-52.
19. Skauge M, Borchgrevink P, Kaasa S. Self- evaluation of knowledge and knowledge and competence with regard to the treatment of pain. *Tidsskrift den norske legeforening* 1998;118(4):536-40.
20. WMA. World Medical Association (WMA) Declaration of Helsinki Fortaleza, Brazil2013 [64:[Available from: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>
21. Johannessen A, Tufte PA, Christoffersen L. Forskerens etiske og juridiske ansvar. *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 4 ed2011. p. 91-8.
22. Pallant J. *Statistical techniques to compare groups. A step by step guide to data analysis using SPSS SPSS survival Manual*. 5: McGraw Hill; 2013. p. 222.
23. Buttenschoen DC, Stephan J, Watanabe SM, Nikolaichuk. Health care providers' use and knowledge of the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): is there a need to improve information and training? *Support Care Cancer*. 2014;22:201-8.
24. Myhra CB, Grov EK. Sykepleierens bruk av Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS). *Tidsskriftet Sykepleiens forskning*. 2010;3(5):210-8.
25. Clark L, Fink R, Pennington K, Jones K. Nurses' Reflections on Pain Management in a Nursing home Setting. *Pain management nursing* 2006;7(2):71-7.
26. Helsedirektoratet. *Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Veiledningsmateriell*. Oslo: 2016.
27. NSF NS. *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: Norsk Sykepleierforbund; 2016* [Available from: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
28. Lai L. Hva er kompetanse? *Kompetanse som begrep og fenomen. Strategisk kompetanseledelse*. 3: Fagbokforlaget; 2013. p. 45-66.

Tabell 1. Description of the sample

Socio-demographic variables	n (%)
Occupational status	
Registered nurse (RN)	18 (72)
Nursing assistants (NA)	7 (28)
Continuing education	
Acute geriatrics	9 (53)
Geriatrics	1 (4)
Palliation	1 (4)
Cancer	1 (4)
Others (administration, management, nutrition, mental health and substance abuse)	6 (35)
Ungoing education	
Yes	1 (4)
No	22 (96)
Education (Years total)	
0-3 years	9 (36)
4-6 years	12 (48)
7-10 years	2 (8)
11-13 years	2 (8)
Number of years working with elderly	
0-5 years	3 (12)
6-10 years	5 (20)
11-16 years	4 (16)
17-25 years	7 (28)
26-30 years	6 (24)

Tabell 2a Comparison of RN and NA's self-reported knowledge of pain, pain assessment and pain relief for elderly people with persitant pain at MAW prior to intervention and 8 weeks after intervention initiation N = 25

Questionnaire statement: knowledge	Before intervention. Median and mean (SD)			2 months after intervention. Median and mean (SD)		
	Pain after tissue injury / surgery, knee pain or joint pain after bone fracture	3,00	2,80	,87	3,00	2,84
By osteoporosis, osteoarthritis etc.	3,00	2,76	,831	3,00	2,88	(0,73)
Neurological pain that has a background in injury / disease of nerve fibers, e.g. after stroke, amputation etc	3,00	3,16	0,624	3,00	3,36	(0,70)
The patient's overall pain experience	3,00	2,76	,663	3,00	2,80	(0,50)
Use of combination of opioids and non-opioid analgesics	3,00	3,25	,737	4,00	3,68	(0,56)
Use of combination of paracetamol and NSAIDs	3,00	3,13	,797	3,00	3,32	(0,80)
Pain relief is given extra when mobilizing and care of the patient	4,00	3,52	,872	3,00	3,48	(0,71)
The staff has necessary knowledge of pain and various analgesics	3,00	2,88	,781	3,00	3,48	(0,51)
Training in the use of work tools (VRS / NRS, ESAS, observation-based scale, standardized questions	1,00	1,60	,816	3,00	3,20	(0,82)
Establishment of "pain contact" with special responsibility for knowledge of pain relief in the department	1,00	1,44	,768	2,00	2,32	(0,85)
Follows national guidelines for pain relief for elderly patients with pain	2,00	2,28	,891	3,00	2,76	(0,78)
Annual update of the staff's knowledge of pain relief to elderly patients	1,00	1,52	,872	2,00	2,24	(0,78)

*Note Wilcoxon-tests for non-parametric test. Significant level: 0,05/0,01

Tabell 2b Comparison of RN and NA's self-reported skills, Pain, pain assessment and pain relief regarding elderly patients with persistent pain admitted to MAW before intervention and 8 weeks after intervention N = 25

Questionnaire statement: skills	Before intervention. Median and mean (SD)			2 months after intervention. Median and mean (SD)		
Observation of the effect and documentation of pain management	3,00	2,72	(0,89)	3,00	3,04	(0,89)
Observation of side effects associated with pain management	3,00	2,68	(1,03)	3,00	2,96	(0,80)
Regular assessment of pain intensity by asking the patient	3,00	2,64	(0,91)	3,00	3,04	(1,06)
Emotional support for the patient	3,00	3,08	(0,86)	3,00	3,12	(0,88)
Use of relaxation / relaxation techniques	2,00	1,88	(0,78)	2,00	1,92	(0,86)
Listens to the patient's own experience of being in pain	3,00	3,44	(0,82)	4,00	3,68	(0,63)
Prepares the patient in pain with conversation / information	3,00	2,60	(1,04)	3,00	3,32	(0,56)
Physicians and nurses take the initiative to treat pain	4,00	3,32	(1,20)	4,00	3,84	(0,69)
Physicians and nurses is responsible for the implementation of the pain treatment	3,00	3,20	(1,04)	4,00	3,72	(0,68)
Provides information on the effect of pain relief treatment to the patient	3,00	3,16	(0,69)	3,00	3,40	(0,58)
Provides information to patients about side effects associated with pain relief	3,00	2,80	(0,87)	3,00	3,04	(0,73)
Analgetic pump is used in the department	2,00	2,12	(0,67)	2,00	2,20	(0,76)
Pain treatment given every 4 hours is sufficient for the patient	3,00	2,79	(0,78)	3,00	2,88	(0,78)
Permanent painkillers are given together with other medicines, usually in connection with meals	4,00	4,04	(0,62)	4,00	3,96	(0,80)
Individualization of pain management is emphasized in the department	3,00	3,13	(0,90)	3,00	3,44	(0,77)
Physiotherapy is used as pain treatment	2,00	2,40	(1,00)	3,00	2,44	(0,77)
Non-medicated pain management is used. Specify	2,00	1,80	(0,82)	2,00	1,88	(0,80)

*Note Wilcoxon-tests for non-parametric test. Significant level: 0,05/0,01

Tabell 2c. Comparison of RN and Na's self-reported attitudes to pain, pain assessment and pain relief for elderly patients with persistent pain admitted to MAW, before intervention and 8 weeks after intervention start-up N = 25

Questionnaire statement: Attitudes	Before intervention. Median and mean (SD)			2 months after intervention. Median and mean (SD)		
Do you perceive that patients at your department often ask for pain medication?	4,00	4,00	(0,58)	4,00	3,92	(0,76)
Do you mean that patients with pain achieve satisfactory pain relief at your department?	4,00	3,52	(0,59)	3,00	3,40	(0,64)
Is there a discussion between a physician and a nurse regarding the choice of pain relief to patients at your department?	3,00	3,16	(0,80)	3,00	3,12	(0,60)
Do you think that patients with pain that get opioids can be addicted and become abusive?	3,00	2,80	(1,04)	3,00	3,20	(1,00)
Are you interested in assessing the patient's pain to treat it better?	4,00	4,32	(0,63)	4,00	4,24	(0,60)
VRS scale (no pain, mild pain, moderate pain and strong pain)	2,00	2,52	(1,08)	2,00	2,33	(0,87)
NRS scale (number scale 0 = no pain, 10 = worst possible pain)	2,00	2,24	(1,05)	2,00	2,24	(0,72)
Observation-based pain assessing tools, Doloplus-2, Morbid-2, CNPI, ESASr etc	2,00	2,44	(1,16)	2,00	2,00	(0,64)
Standardized questions about the intensity of pain VRS / NRS / questions / observation-based question of pain at rest	2,00	2,17	(1,05)	2,00	2,08	(0,70)
VRS / NRS / questions / observation-based assessing of pain in mobilization / deep breathing and coughing	2,00	2,28	(1,02)	2,00	2,04	(0,80)

*Note Wilcoxon-tests for non-parametric test. Significant level: 0,05/0,01

Tabell 3. The difference between pre and posttest values for knowledge

Questionnaire statement: knowledge	Difference	z-observator	p-value
The staff has the necessary knowledge of pain and various analgesics	0,60	-2,99b	0,003
Training in the use of work tools (VRS / NRS, ESASr, observation-based scale, standardized questions	1,60	-4,09b	0,001
Establishment of "pain contact" with particular responsibility for and knowledge of pain relief in the department	0,88	-3,07b	0,002
Annual update of the staff's knowledge of pain relief to the elderly	0,72	-2,79b	0,005
Use of combination of opioids and nonopioid analgesics	0,43	-2,50b	0,013

Tabell 4. Difference between pre and posttest values for skills

Questionnaire statement: skills	Difference	z-observator	p-value
Prepares the patient for pain with conversation / information	0,72	-2,699b	0,007
Physicians, RN and NA's take the initiative to treat pain	0,52	-2,101b	0,036
Physicians and RN is responsible for the implementation of the pain treatment	0,52	-2,285b	0,022

8 Vedlegg 1.

Forfattervejledning Klinisk Sygepleje

Klinisk Sygepleje udgiver artikler om kliniske, metodiske og teoretiske aspekter af sygepleje, og henvender sig til alle sundhedsprofessionelle. Målgruppen er klinikere, ledere, forskere, lærere, samt studerende på alle niveauer. Redaktionens mål er, at publicere artikler af høj kvalitet og tilbyde en grundig bedømmelse samt en smidig publikationsproces. Klinisk Sygepleje udkommer i februar, marts, august og november. Artikler kan skrives på engelsk, dansk, svensk og norsk.

Der publiceres to typer artikler:

- Refereebedømte dvs. en dobbeltblindet vurdering af to personer med forskeruddannelse.
- Ikke-refereebedømte som bedømmes af redaktionsgruppen

Forfatterene skal anmode om referee-bedømmelse. Redaktørerne kan afvise anmodningen, hvis det vurderes, at artiklen ikke har videnskabelig kvalitet.

Artiklerne opdeles i:

- Peer reviewed (herunder oversigts- og statusartikler)
- Faglige artikler
- Teoretiske, filosofiske og begrebsafklarende artikler
- Metodeartikler
- Kommentarer
- Anmeldelser
- Præsentation af ph.d.-afhandlinger

Peer reviewed artikler

Artikler baseret på empiriske data (fx interview, observation eller målinger) kan opbygges over IMRAD strukturen (Introduction, Methods, Results and Discussion). Introduktionen skal være kort og præcis og lede frem til den problemstilling, der undersøges. Metodeafsnittet skal beskrive, hvordan undersøgelsen er gennemført, hvordan datamaterialet er indhentet og analyseret. Anvendes der statistik, skal de statistiske metoder beskrives. Ethiske overvejelser inddrages også. Resultatafsnittet skal være præcist og logisk opbygget. Diskussionen indledes med en diskussion af den anvendte metode og overførelsesværdien til anden praksis/generaliserbarhed. Derefter diskuteres resultaterne i forhold til eksisterende litteratur og evt. teori. Der afsluttes med en konklusion og implikationer for praksis og forskning. Tips til læsning: [Fra akademisk opgave til videnskabelig artikel](#) av Hall og Harder, Klinisk Sygepleje 2011; 25:7-17.

Oversigtsartikler (review)

En systematisk, kritisk gennemgang af foreliggende litteratur inden for et område, hvor forfattere sætter litteraturgennemgangens fund i relation til klinisk og videnskabelig praksis. Metoden beskriver søgestrategi og anvendte databaser, in- og eksklusionskriterier og vurdering af litteraturens kvalitet. Der må ikke inkluderes upublicerede data. Foreligger der en relevant metaanalyse/metasyntese eller systematisk oversigt, skal de inkluderes. IMRAD- strukturen (Introduction, Methods, Results and Discussion) kan anvendes. Der

afsluttes med konklusion og evt. implikationer for praksis.

Statusartikler

Er en mindre oversigtsartikel der beskriver den nyeste udvikling, status og de praktiske videnskabelige perspektiver på et emne. Statusartiklen forudsætter ikke, som det systematiske review, fuld dokumentation og en systematisk, kritisk gennemgang af hele litteraturen på feltet. Artiklen er kortere, og indeholder ikke nødvendigvis en beskrivelse af litteratursøgningen.

Faglige artikler

En faglig artikel kan formidle faglig viden, udtrykke et personligt standpunkt, være debatterende eller have til formål at påvirke professionelles holdninger og handlinger. Faglige artikler kan opbygges nogenlunde som peer reviewed artikler, men der stilles ikke de samme krav til redegørelse for den eksisterende forskningslitteratur, deltagerantal og metodiske overvejelser.

Teoretiske, filosofiske og begrebsafklarende artikler

Artikler hvor et begreb, en filosofisk retning eller en teori behandles. Artiklerne kan fokusere på udvikling af et eller flere emner, klarlægge aspekter af en begrebsmodel, filosofi eller teori eller stille spørgsmål, der belyser aspekter af en teori eller et begreb. Det kan også være en konstruktiv kritik eller kommenter til et begreb, en filosofi eller en teori.

Introduktionen skal tydeligt identificere det behandlede emne i en sygeplejerelevant kontekst. Metoden skal beskrive, hvordan materialet er behandlet, dernæst hvilke svar det har ført til. Diskussionen skal indeholde en kritisk analyse af de svar, der er fremkommet vha. teori og eller eksisterende litteratur, eller belyse det valgte emne fra en ny vinkel. Implikationer for sygeplejen diskuteres også. I konklusionen beskrives hvordan artiklen bidrager til den eksisterende viden.

Metodeartikler

Artikler der behandler en overordnet tilgang til forskning og udvikling, fx epidemiologisk metode, fokusgruppeinterview eller indholdsanalyse. Forfatterne kan inddrage flere aspekter eller fordybe sig i et aspekt. Introduktionen skal tydeligt identificere artiklens formål og relevans for en sygeplejefaglig kontekst. Dernæst skal det fremgå, hvordan materialet er behandlet. I et resultat afsnit beskrives svaret på undersøgelsens spørgsmål. Efterfølgende diskuteres hvilke nye spørgsmål undersøgelsen har rejst med baggrund i eksisterende litteratur samt hvilke implikationer det har for sygeplejeforskning. I konklusionen beskrives hvordan artiklen bidrager til den eksisterende viden.

Kommentarer

Der publiceres to typer kommentarer. Konstruktiv respons på artikler der er bragt i Klinisk Sygepleje eller kommentarer til et aktuelt emne.

Anmeldelser

Anmeldelser af bøger eller andet skal modtages senest 1/2 år efter udgivelsen. Anmeldelsen skal være kritisk men konstruktiv og med en begrundet bedømmelse. (Ikke et referat af indholdet). Den skal beskrive udgivelsens betydning for praksis.

Præsentation af ph.d. afhandlinger

Indeholder afhandlingens titel, navn, stillingsbetegnelse og ansættelsessted. Teksten struktureres med: Baggrund, formål, metode og resultater og konklusion.

Indledningsvis følger en kort introduktion og en kort metodebeskrivelse. Derefter

beskrives projektets væsentligste resultater og en kort konklusion. Afsluttes med reference til afhandlingens publikationer.

Formaliteter- interessekonflikter

Når en artikel er godkendt til publicering af redaktørerne, udsender forlaget en forfattererklæring, hvor det fremgår hvem der er 1. forfatter til det indsendte manuskript og hvor rækken af medforfattere er angivet. Alle forfattere bekræfter med deres underskrift at manuskriptet ikke er sendt til andre tidsskrifter og at manuskriptet ikke tidligere har været publiceret (originalpublikation). Når manuskriptet er publiceret i Klinisk Sygepleje anses det for at være ejet af Universitetsforlaget jf. lov om ophavsret. Hvis forfatterne senere ønsker artiklen publiceret i et andet tidsskrift, skal der søges tilladelse hos Klinisk Sygepleje.

Forfatter og medforfatterskab

Klinisk Sygepleje følger Vancouver-reglerne for ret til forfatterskab og regler for takksigelser. http://www.icmje.org/ethical_1author.html.

Forfatterskab

Gives til personer der har 1) deltaget væsentligt til idé og design, indsamling af data, eller analyse og fortolkning 2) skrivning af artiklen eller gennemført kritisk revision og 3) final godkendelse af den version der skal publiceres. Forfattere skal opfylde alle 3 punkter.

Taksigelser

Alle der har bidraget til arbejdet, fx ved fondsansøgning, dataindsamling eller supervision, og som ikke opfylder forfatterskabskriterierne, nævnes. Der nævnes kun personer der har støttet afgørende. Tak vedrørende økonomisk støtte anføres inkl. bevillingsnummer.

Manuskripter

Må højst være 5000 ord (eksklusiv abstract, tabeller, figurer og litteraturliste). Manuskripter indsendes elektronisk til forlagets manuskriptredaktør for Klinisk Sygepleje, Aud Aasen, klinisksygepleje@gmail.com. Artiklen sendes som et samlet dokument, indeholdende titelside, engelsk abstract og keywords, brødtekst, litteraturliste og evt. figurer og tabeller.

Essays må være på højst 1500 ord, kommentarer 200 ord og anmeldelser 500 ord. Præsentation af ph.d. 6000 tegn inkl. mellemrum, referencer, overskrifter og alt andet.

Anvend dobbelt linjeafstand i punkt 12 med bred højre margin, forsynet med sidetal og med 1. forfatterens navn på sidefoden.

Titelside

Indeholder forfatterens/forfatternes titel/titler, navn(e), arbejdsadresse(r), e-mailadresse(r), telefonnummer på kontaktperson og titlen på artiklen samt manuskriptets titel på dansk og engelsk. Titlen må ikke overskride otte ord. Antal ord i manuskript (højst 5000 ord) og abstract (højst 150 ord) anføres.

Forfattere, som ønsker deres artikel referebedømt, skal aflevere to dokumenter: en separat

titelside samt en blindet artikel, dvs. uden angivelse af forfatternavne, arbejdssteder mv.
Abstrakt og keywords

Der udarbejdes et engelsk abstrakt (højst 150 ord) med: baggrund, formål, evt. teoretisk forankring, metode, resultater og konklusion. Efter abstrakt angives i alfabetisk rækkefølge fem engelske keywords, som dækker indholdet.

Indskrivning af tekst

- Skriv al tekst med ordinær skrift, også overskrifter
- Anvend dobbelt linjeafstand og bred højremargen
- Automatisk orddeling og fast højre margin slås fra
- Anvend ikke indryk ved almindeligt linjeskift
- Citater på tre linjer og derover skrives med indryk og enkelt linjeafstand.
- Angiv sidetal i den citerede publikation
- Anvend ikke fed skrift

Anvend kun kursiv skrift, såfremt du virkelig ønsker at fremhæve et ord.

Undgå specialtegn, da de kan forsvinde ved sætning af manuskriptet.

Formelle krav og godkendelser

Det er forfatterens ansvar at de videnskabetiske krav er opfyldt og nødvendige godkendelser er opnåede (fx Videnskabetisk komité, Datatilsynet, Sundhedsstyrelsen).

Overskrifthierarki

Artiklen indeles i afsnit med gennemtænkte overskrifter og underoverskrifter. Alle overskrifter markeres i manuskriptet med tal i venstre margin:

- 0) Artikeloverskrift
- 1) Første underoverskriftsniveau
- 2) Andet underoverskriftsniveau

Referencer

Alle litteraturhenvisninger anføres i overensstemmelse med Vancouver-reglerne (<http://www.icmje.org/index.html#reference>). Doi-numre skal anføres, når artiklerne er forsynet med dette.

Artikel i tidsskrift

1. Martinsen B, Harder I, Norlyk A. Being back home after intermediate care: older people's experiences. Br J Community Nurs 2015; 20(9):422, 424-8. doi: <http://dx.doi.org/10.12968/bjcn.2015.20.9.422>.

Bog og kapitel i bog

1. Birkler J. Filosofi & sygepleje. København: Munksgaard Danmark; 2003.

Poulsen I. Geriatrisk udredning. I: Amstrup K, Poulsen I, eds. Geriatri – en tværfaglig udfordring. København: Munksgaard Danmark; 2004.

Websites

- Sundhedsstyrelsen. Redegørelse om whiplash 2000. (Besøgt 25. oktober 2009)

www.sst.dk/publ/Publ2000/whiplash/clean.html.

Litteraturhenvisninger anføres med tal i parentes (1), hver gang de forekommer i teksten. De skal fremstå i rækkefølge. Der kan højst henvises til 30 kilder. Oversigtsartikler er undtaget herfra. Kun litteratur anvendt i artiklen anføres. Det er forfatterens ansvar, at litteraturen er angivet korrekt. Eventuelle fodnoter angives med hævet tal, og noteres i slutningen af dokumentet.

Tabeller og figurer

Tabeller og figurer skal være relevante for forståelse af artiklen. De nummereres i den rækkefølge, de forekommer i teksten. Angiv i teksten, hvor de skal placeres, og der skal henvises til dem i teksten. De forsynes med en kort beskrivende tekst. Der må højst være 6 tabeller og figurer (i alt) i et manuskript. Har en figur været offentliggjort tidligere, skal der foreligge skriftlig tilladelse til, at den må genanvendes. Tilladelsen skal indhentes fra den/de, der har copyright på figuren.

Bedømmelse af manuskripter

Opfylder et manuskript ikke kravene i forfattervejledningen, eller er artiklens indhold irrelevant for tidsskriftets formål, kan redaktionsgruppen afvise artiklen. Redaktøren kan ligeledes returnere manuskriptet med anmodning om, at det skrives om. Anvisninger fra redaktøren er ingen garanti for, at artiklen godkendes til optagelse i tidsskriftet.

Korrektur

Læs omhyggelig korrektur på papirudskrift af manuskriptet, inden det afsendes.

9 Vedlegg. 2.**Kvalitetssikringsprosjektet
«*smertes, smertekartlegging og smertelindring
ved KAD-Fredrikstad*»**

Dette spørreskjemaet er hentet fra Senter for omsorgsforskning, Midt Norge. Skjemaet er revidert for bruk i dette prosjektet med tillatelse fra Senter for Omsorgsforskning ved forsker Karin Torvik, Høgskolen i Nord-Trøndelag. Kvalitetssikringsprosjektet tar sikte på å evaluere sykepleieres og helsefagarbeideres kunnskaper, ferdigheter og holdninger om smerte, smertekartlegging og smertelindring til eldre på KAD-Fredrikstad.

Det er ønskelig at flest mulig svarer på dette spørreskjema. Opplysninger som du oppgir, behandles anonymt og kan ikke på noe tidspunkt spores tilbake til deg. Vennligst sett KUN ett kryss i avkrysningsboksen for hvert enkelt spørsmål. Det vil ta ca 5-7 minutter å fylle ut skjemaet. Vennligst returner utfylte spørreskjema før du forlater undervisningsdagen i dag.

Takk for at du tar deg tid til å fylle ut dette spørreskjemaet.

Dersom du har spørsmål til skjema eller dette prosjektet, ta kontakt med Nina Ekeberg på telefon 91176879, eller mail: s194732@hioa.stud.no

Med vennlig hilsen

Nina Ekeberg, Student ved HIOA, master i sykepleie, klinisk forskning og fagutvikling.

**Spørreskjema til kvalitetssikringsprosjektet «smerter,
smertekartlegging og smertelindring ved KAD-Fredrikstad**

Yrkesstatus:

Sykepleier

Helsefagarbeider

Annet. Spesifiser.....

Videreutdanning:

Akuttgeriatri

Geriatrici

Palliasjon

Kreft:

Annet. Spesifiser:.....

Er du under utdanning? Ja Nei

Antall år utdanning totalt (inkludert grunntdanning og videreutdanning).....

Antall år arbeid med eldre mennesker.....

1. Hvilket av følgende hjelpemidler blir benyttet på din avdeling for å kartlegge pasientens smerteintensitets?

	Aldri	Sjelden	Av og til	Ganske ofte	Svært ofte
Verbal skala (VRS)/ Numerisk skala (NRS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observasjonsbasert smertekartleggingsverktøy (Doloplus-2, Mobid-2, CNPI, ESASr eller lignende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Standardiserte spørsmål (muntlig/skriftlig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Oppfatter du at pasienter ved din avdeling stadig etterspør smertestillende medikamenter?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

3. Mener du at pasienter med smerter oppnår tilfredsstillende smertelindring ved din avdeling?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

4. Er det diskusjon mellom lege og sykepleier når det gjelder valg av smertelindring til pasienter med smerter ved din avdeling?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

5. Tenker du at pasienter med smerter som får opioder kan bli avhengig og siden bli misbruker?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

6. Er du interessert i å vurdere pasientens smerte for å behandle dem bedre?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

7. Hvilken nytteverdi mener du at følgende hjelpemidler har for kartlegging/ diagnostikk og forståelse i behandlingen av eldre pasienters smerter?

	Meget stor	Stor	Mindre	Liten	Ingen
VRS-skala (ingen smerte, mild smerte, moderat smerte og sterk smerte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NRS-skala (tall skala 0=ingen smerte, 10=verst tenkelig smerte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observasjonsbasert smertekartleggingsverktøy (Doloplus-2, Mobid-2, CNPI, ESASr eller lignende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Standardiserte spørsmål om smertens styrke VRS/NRS/spørsmål/observasjonsbasert kartlegging om smerte i ro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VRS/NRS/spørsmål/observasjonsbasert kartlegging om smerte ved mobilisering/dyp ånderett og hoste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Hvordan vurderer du din kompetanse når det gjelder behandlingen av:

	Svært Bra	Ganske bra	Bra	Ganske dårlig	Svært dårlig
Smerte etter vevskade/operasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bensmerter eller leddsmerter etter benbrudd, ved benskjørhet, slitasjegikt ol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nevrogene smerter som har sin bakgrunn i skade eller sykdom av nerve eller nervefiber for eksempel etter hjerneslag eller amputasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasientens totale smerteopplevelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Når det gjelder gjennomføring av smertebehandling, hvordan mener du at disse forholdene fungerer i din avdeling?

	Ikke tilfredsstillende			Svært tilfredsstillende	
	1	2	3	4	5
Bruk av kombinasjon av opioide og ikke - opioide analgetica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruk av kombinasjon av Paracetamol og NSAID`s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smertelindring gis ekstra ved mobilisering og stell av pasienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observasjon av effekten og dokumentasjon av smertebehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observasjon av bivirkninger knyttet til smertebehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelmessig vurdering av smerteintensitet ved å spørre pasienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emosjonell støtte til pasienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruk av avspenning / avslapningsteknikker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lytter til pasientens egen opplevelse av å være smerteplaget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forbereder pasienten på smerte ved samtale/informasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personalet har nødvendig kunnskap om smerter og ulike analgetica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opplæring i bruk av arbeidsredskaper (VRS/NRS, ESASr, observasjonsbasert skala, standardiserte spørsmål)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etablering av «smertekontakt» med særlig ansvar for og kunnskap om smertelindring i avdelingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følger nasjonale retningslinjer til eldre pasienter med smerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Årlig oppdatering av personalets kunnskaper om smertelindring til eldre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lege/sykepleier eller helsefagarbeider tar initiativ til smertebehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lege/sykepleier ansvarlig gjøres når det gjelder gjennomføring av smertebehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gir informasjon om effekt av smertelindrende behandling til pasienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gir informasjon til pasient om bivirkninger knyttet til smertelindrende behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Hvordan vurderer du den praktiske gjennomføringen av medikamentell smertebehandling i din avdeling?

	Aldri	Sjelden	Av og til	Ganske ofte	Svært ofte
Smertepumpe brukes i avdelingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smertebehandling gitt kun hver 4 time er tilstrekkelig for pasienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faste smertestillende gis sammen med andre medisiner, oftest i forbindelse med måltider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individualisering av smertebehandling vektlegges i avdelingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysioterapi brukes som smertebehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ikke-medikamentell smertebehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spesifiser:.....					

10 Vedlegg 3: Intervensjon. Smerte, smertekartlegging og smertelindring



Prosjektets bakgrunn

- ✓ Høy forekomst av eldre pasienter
- ✓ Innleggesdiagnose er ofte smertetilstander, men også underliggende årsak til innleggelse
- ✓ Smertekartlegging er ikke implementert i avdelingen som en del av innkommestrutinene
- ✓ Utfordrende å optimalisere smertebehandlingen

- ✓ Personalgruppen mangler opplæring, kunnskaper og ferdigheter

Hensikt

gjennomføre en evalueringsstudie for sikre kvaliteten på behandlingen av inneliggende pasienter med kroniske smerter, ved å øke kunnskaper, ferdigheter og holdninger hos sykepleiere og helsefagarbeidere gjennom et undervisningsopplegg og måle effekten av dette.

Studien er et kvalitetssikringsprosjekt, der målet er å utvikle et bedre tjenestetilbud innen smertekartlegging og smertelindring til eldre med kroniske smerter som innlegges i KAD-avdeling

Kvalitetssikringsprosjektet Fredrikstad høsten 2015

Fremgangsmåte

1. Utdeling av spørreskjema til medarbeidere ved KAD (pretest) (Torvik et al 2015)
2. Undervisning om smerter og smertekartlegging til eldre med kroniske smerter og opplæring i bruk av ESASr-smertekartleggingsskjema (Bergh og Bjerkeset, 2013 og Haugen et al 2012) (Intervensjon)

Kvalitetssikringsprosjektet Fredrikstad høsten 2015

Fremgangsmåte forts

- ✓ Evaluering av kunnskaper, ferdigheter og holdninger til smerter, smertekartlegging og smertelindring hos eldre til medarbeidere ved KAD-Fredrikstad med samme spørreskjema (Jmf. Pkt 1)(posttest).

Kvalitetssikringsprosjektet Fredrikstad høsten 2015

Inklusjon og eksklusjonskriterier

Inklusjon:

Kun medarbeidere ved KAD- Fredrikstad. Sykepleiere og helsefagarbeidere med og uten videreutdanning.

(Hvem som skal kartlegges: Eldre menn og kvinner med kroniske smerter og eller underliggende alvorlig sykdom (cancer))

Eksklusjon:

Andre avdelinger og medarbeidere ved Helsehuset.

De som ikke skal kartlegges: Eldre menn og kvinner med ulike grader av kognitivsvikt

Kvalitetssikringsprosjektet Fredrikstad høsten 2015



Smerter hos eldre

Kvalitetssikringsprosjektet Fredrikstad høsten 2015

Definisjon på smerte

«Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse, som opptrer i sammenheng med vevsskade eller truende vevsskade, eller blir beskrevet som om den skyldes vevsskade» (IASP)

« smerter er det som personen sier at det er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte» (McCaffery 1968)

Kvalitetssikringsprosjektet Fredrikstad høsten 2015

Smerter hos eldre

- ✓ Eldre har ofte kronisk smerte
- ✓ Eldre snakker ikke om smerter
- ✓ Vil ikke være til bry- for helsepersonell eller pårørende
- ✓ Smerter påvirker ADL
- ✓ Smerter kommer ofte fra sviktende organer
- ✓ Forandringer i søvnmønster
- ✓ Smerter hos eldre er ofte underbehandlet

Ref.: Gran, Grov og Landmark (2013) smertekartlegging og medikamentell smertebehandling av eldre pasienter på sykehjem, *Forskning* nr3, Vol 8.

Herr (2013) Pain assessment strategies in older patients. *The Journal of Pain*, Vol.12, Nr 3.

Herr (2010) Pain in the Older Adult: An Imperative Across All Health Care Settings. *Pain Management Nursing*, Vol 11, Nr 2.

Kvalitetssikringsprosjektet Fredrikstad høsten 2015

Atypisk smertemønster hos eldre

- ✓ Smerter andre steder enn der det er forventet
- ✓ lite symptomer- som : hjerteinfarkt / blindtarm betennelse
- ✓ Symptomer fra allerede sviktende organer ?
- ✓ Når er smerten sterkest? Tid på døgnet ?
(Eks på kveld- smerter i ledd etter bevegelser i løpet av dagen, eller på morgenen- etter å ha ligget passiv i sengen i løpet av natten).

Ref: Smerte hos eldre. I: Retningslinjer for smertelindring (2009). *Den norske legeforening*.1-40

Tracy, B., Morrison, S. (2013) Pain Management in Older Adults. *Clinical Therapeutics*. Vol 35, Nr 11. 1659-1668

Kvalitetssikringsprosjektet Fredrikstad høsten 2015

Smerteforskning hos eldre

I en studie av Torvik, Kaasa, Kirkevold og Rustøen (2009) viste av 307 eldre pasienter på sykehjem, hadde 60 % smerte,- og ca 51% beskrev smerten som moderat eller sterk (Pain in patients living in Norwegian nursing homes. *Palliative Medicine*, 23, 8-16).

Resultater fra Tse et al (2014) viser at kunnskaper og holdninger øker etter at sykehjems personalet har gjennomgått smertebehandlingsprogram. Opplæring om smertebehandling er viktig for adekvat og optimal behandling av eldre pasienter med smerter (Enhancing Knowledge and Attitudes in Pain Management: A Pain Management Education program for Nursing Home staff. *Pain Management Nursing*, Vol15, No 1. s 1-11).

Kvalitetssikringsprosjektet Fredrikstad høsten 2015

Smerteforskning fortsetter

I en studie av Torvik, Nordtug, Brenne og Rognstad (2015) viser at forekomsten av smerte på sykehjem er fra 27%-86% og fra 42% til 51% i hjemmebaserte tjenester. Tverrsnittundersøkelse der 271 (69%) var fra sykehjem og 121 (31%) var representert fra hjemmebaserte tjenester. Resultater viste at respondentene fra hjemmebaserte tjenester hadde høyere grad av utdannelse enn de som arbeidet på sykehjem (Pain Assessment Strategies in Home Care setting and Nursing Homes in Mid-Norway: A cross-sectional survey. *Pain management Nursing*, 1-7).

Kvalitetssikringsprosjektet Fredrikstad høsten 2015

Kroniske (langvarige) smerter hos eldre

- ✓ Kronisk- langvarig smerte som har vedvart i mer enn 3-6 mnd regnes som «langvarig» smerte
- ✓ Varierer ofte i smerteintensitet

- ✓ Muskel og skjelett sykdommer
 - Artrose, revmatiske sykdommer, langvarige rygg smerter, osteoporose
- ✓ Forekomst av kreftsykdommer øker ved økende alder
- ✓ Diabetes, hjertekarsykdommer med følge sykdommer

Ref: Smerteteamet, Sykehuset Østfold.

Breivik, H (2013) Gjennombruddsmerter ved kreft og hos smertepasienter uten kreft. *Bestpractice*. Juni 2013.

Breivik, H. (2015) Behandling av smerter hos eldre. En krevende balansekunst. *Best Practice*. April 2015

Kvalitetssikringsprosjektet Fredrikstad høsten 2015

Smertekvalitet og smertekarakter

Akutte

Nosiceptiske

Viscerale

Kroniske

Nevropatiske

Bankende

Skjærende

Strålende

Brennende

Sviende

Kvalitetssikringsprosjektet Fredrikstad høsten 2015

Edmonton Symptom Assessment System Revised (ESASr)

- ✓ Utviklet i det palliative fagmiljøet i Toronto, Canada
- ✓ Erfaringer fra kliniske studier førte til en revidert utgave av skjema i 2010
- ✓ ESASr: Oversatt og validert til norske forhold i 2012 (Bergh et al, 2012, DNLF)(Fagprosedyrer, helsebibloteket.no 2013).
- ✓ Velegnet til palliative pasienter, men også andre diagnoser

Ref. Berg, I, Bjerkeset,E. (2013)ESAS - Edmonton Symptome Assessment System. Fagprosedyrer. Oslo Universitetssykehus. www.Helsebibloteket.no
Bergh, I, Aass, N., Haugen, D., Kaasa, S., Hjernstad, M. (2012)Symptom-kartlegging i palliativ medisin. Tidsskr Nor legeförening. Nr 1. 132: 18-9.

Kvalitetssikringsprosjektet Fredrikstad høsten 2015

Fremgangsmåte

Skjemaet skal brukes som et ledd i klinisk vurdering og kan aldri erstatte kommunikasjonen med pasientene. Bruk av skjemaet er et godt utgangspunkt for kommunikasjon og kan føre til at flere plager blir oppdaget

Kvalitetssikringsprosjektet Fredrikstad høsten 2015

Hvordan fylle ut skjema

Skjemaet består av ni av de vanligste symptomene palliative pasienter opplever: Smerte, slapphet, døsighet, kvalme, matlyst, tung pust, depresjon, angst og velvære. I tillegg er det et punkt der pasienten selv kan definere et symptom, f. eks forstoppelse.

Ref: ESAS-Edmonton Symtome Assessment System. Fagprosedyrer. Oslo Unniversitetssykehus. www.helsebibloteket.no
Bergh, I, Kvalen, I, Aass, N., Hjermestad, M.(2011)What does the answer mean? A quantitative study of how palliative cancer patients interpret and respond to the Edmonton Symptom Assessment System. *Palliative Medicine*. 0 (00).

Kvalitetssikringsprosjektet Fredrikstad høsten 2015

Hvordan fylle ut skjema fortsetter

For hvert symptom benyttes en numerisk skala (NRS), som går fra 0 (ingen plager) til 10 (verst tenkelig). Pasienten blir bedt om å angi symptomintensitet ved å sette ring rundt det tallet fra 0 til 10 som best samsvarer med hvordan de opplever intensiteten (graden) av de ulike symptomene (2).

Kvalitetssikringsprosjektet Fredrikstad høsten 2015

Edmonton Symptom Assessment System (revised version) (ESAS-r)

Vennligst sett ring rundt det tallet som best beskriver hvordan du har det NÅ:

Ingen smerte	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig smerte
Ingen slapphet (Slapphet=mangel på krefter)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig slapphet
Ingen døsigheit (Døsigheit=å føle seg søvrig)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig døsigheit
Ikke kvalme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig kvalme
Ikke nedsatt matlyst	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig nedsatt matlyst
Ingen tung pust	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig tung pust
Ingen depresjon (Depresjon=å føle seg nedstemt)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig depresjon
Ingen angst (Angst=å føle seg urolig)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig angst
Best tenkelig velvære (velvære=hvordan du har det, alt tatt i betraktning)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig velvære
Ingen _____ Annet problem (f.eks. forstoppelse)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig _____

Pasientens navn: _____

Dato: _____

Tidspunkt: _____

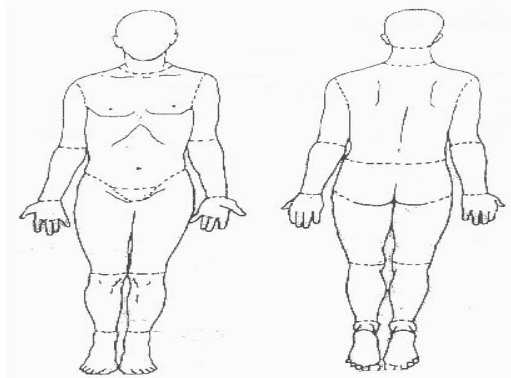
Fyll ut av (sett ett kryss):

- Pasient
 Pårørende
 Helsepersonell
 Pasient med hjelp fra pårørende eller helsepersonell

8/12-2010

Kvalitetssikringsprosjektet Fredrikstad høsten 2015

SMERTEREGISTRERING



Smertens karakter:

1. Konstant

2. Ujevn

3. Utløst av bevegelse

A. Verkende	G. Brennende
B. Pulserende	H. Utstrålende
C. Stikkende	I. Svlende
D. Skjærende	J. Ilende
E. Rivende	K. Annet
F. Trykkende	

Kvalitetssikringsprosjektet Fredrikstad høsten 2015

Begrensninger ved skjema

- ✓ Dekker ikke alle symptomer
- ✓ Det kan være vanskelig å sette et tall
- ✓ Pasientens tilstand (kognitiv svikt, alder etc.)
- ✓ Misforståelser kan oppstå
- ✓ Mulighet for at vilkårlighet kan prege svarene - mangel på informasjon - mangel på oppfølging - pasienten "liker ikke skjemaet"

(Ref. Senter for lindrende behandling; Sykehuset Telemark)

Kvalitetssikringsprosjektet Fredrikstad høsten 2015

Gruppeoppgave

Sett dere sammen to og to. Bestem hvem som er sykepleier/ helsefagarbeider og hvem som er pasient.

Pasienten fyller ut skjema og sykepleier/ helsefagarbeider forsøker å komme med utfyllende spørsmål og svar vedrørende utfyllingen av skjema når pasienten ikke forstår.

Etter 10 min, bytt roller.

Læringsmål: Bruk av skjema!

Kvalitetssikringsprosjektet Fredrikstad høsten 2015



Kvalitetssikringsprosjektet Fredrikstad høsten 2015