

# Har opplæringstiltak i sykehjem betydning for pleie og omsorg i livets slutfase?

Rapport fra Kunnskapssenteret nr 1-2009

Kunnskapsoppsummering



 kunnskapssenteret

**Bakgrunn:** Rapporten er en del av et større prosjekt, initiert av Sosial- og helsedirektoratet for å skaffe bedre kunnskapsgrunnlag for pleie og omsorg ved livets slutt i sykehjem. Hensikten med denne rapporten var å vurdere effekten av ulike opplæringstiltak til sykehjemsansatte med sikte på å bedre deres kompetanse i pleie og omsorg til pasienter i livets slutfase. **Metode:** Dette er en systematisk kunnskapsoversikt basert på et omfattende litteratursøk med fokus på studier som har vurdert effekter av opplæringstiltak rettet mot å bedre pleie og omsorg i livets slutfase på sykehjem. **Resultat:** Det foreligger en rekke studier som har beskrevet ulike opplæringstiltak til sykehjemspersonalet, men overraskende få er av en slik kvalitet at det er mulig å si noe om hvilken virkning slike program har. Rapporten oppsummerer resultater fra fem studier, alle fra USA. Opplæringen, som varierer i innhold og omfang har i hovedsak vært rettet inn mot å øke ansattes kunnskapsnivå og å endre holdninger. To av studiene har også tatt sikte på å endre de ansattes praksis. Én av disse har inkludert helsegevinster, det vil si at en også har vurdert pasienters livskvalitet og grad av tilfredshet med

(fortsetter på baksiden)

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten  
Postboks 7004, St. Olavs plass  
N-0130 Oslo  
(+47) 23 25 50 00  
www.kunnskapssenteret.no  
Rapport: ISBN 978-82-8121-241-1 ISSN 1890-1298

nr 1–2009

 kunnskapssenteret

*(fortsettelsen fra forsiden)*

pleien. Studiene viste inkonsistente funn, men med en tendens i retning av at opplæringstiltak påvirker personalets kunnskaper og holdninger i positiv retning. De to studiene som vurderte endringer i de ansattes atferd og praksis viste begge positive effekter av opplæringsprogrammene. Eksempel på dette var en tydelig økning i antall pasienter som ble vurdert og behandlet for smerter. Dette var samtidig de studiene vi vurderte til å være av best metodisk kvalitet. **Konklusjon:** Det er stort behov for flere studier med et design som gjør det mulig å trekke konklusjoner om effekt, samtidig som en bør tilstrebe en større grad av standardisering av opplæringsprogram og måter å måle virkninger på.

Tittel	Har opplæringstiltak i sykehjem betydning for pleie og omsorg i livets slutfase?
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig	John-Arne Røttingen, <i>direktør</i>
Forfattere	Gjerberg, Elisabeth, seniorforsker, prosjektleder Bjørndal, Arild, seniorforsker, prosjektmedarbeider Forsetlund, Louise, seniorforsker, prosjektmedarbeider
ISBN	978-82-8121-241-1
ISSN	1890-1298
Rapport nr	1 – 2009
Prosjektnummer	257
Rapporttype	Kunnskapsoppsummering
Antall sider	62
Oppdragsgiver	Helsedirektoratet
Sitering	Gjerberg E, Bjørndal A, Forsetlund L. Har opplæringstiltak i sykehjem betydning for pleie og omsorg i livets slutfase? Rapport Nr 1 – 2009. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2009.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak og om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Målet er å bidra til gode beslutninger slik at brukerne får best mulig helsetjenester. Senteret er formelt et forvaltningsorgan under Sosial- og helsedirektoratet, uten myndighetsfunksjoner. Kunnskapssenteret kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten  
Oslo, januar 2009

---

# Oppsummering

Denne rapporten er en del av et større prosjekt som ble initiert av Helsedirektoratet i den hensikt å skaffe et bedre kunnskapsgrunnlag for pleie og omsorg ved livets slutt i sykehjem. Hensikten med denne delen av prosjektet var å vurdere effekten av ulike opplæringstiltak til sykehjemsansatte med sikte på å bedre deres kompetanse i pleie og omsorg til pasienter i livets slutfase.

Dette er en systematisk kunnskapsoversikt. Det vil si at vi har søkt etter, kritisk vurdert og oppsummert forskning fra studier som har vurdert effekter av opplæringstiltak til ansatte i sykehjem, tiltak rettet mot å fremme bedre pleie og omsorg i livets slutfase ("end-of-life care"). Vi har funnet overraskende få studier med dette fokus. Det foreligger riktignok en rekke studier, hovedsakelig fra USA, som har beskrevet ulike opplæringstiltak til sykehjemspersonalet. Svært få er imidlertid av en slik metodisk kvalitet at det er mulig å si noe om hvilken virkning slike program har. Rapporten oppsummerer resultater fra fem studier (seks publikasjoner). Nesten alle de inkluderte studiene beskriver sammensatte tiltak, det vil si intervensjoner som omfatter en kombinasjon av flere ulike aktiviteter. Opplæringstiltakene har i hovedsak vært rettet inn mot å øke ansattes kunnskapsnivå og å endre holdninger. To av studiene har også tatt sikte på å endre de ansattes praksis. Én av disse har inkludert helsegevinster, det vil si pasienters livskvalitet og grad av tilfredshet med pleien.

Studiene viste inkonsistente funn både når det gjelder endringer i kunnskapsnivå og holdninger. I tre studier økte personalets kunnskapsnivå etter at opplæringsprogrammet var avsluttet, mens én studie ikke kunne påvise noen effekt. De to studiene som vurderte endringer i de ansattes atferd og praksis viste begge positive effekter av opplæringsprogrammene. Eksempel på dette var en tydelig økning i antall pasienter som ble vurdert og behandlet for smerter, og at pasienter på sykehjem der ansatte hadde gjennomgått opplæring var mer tilfredse med pleien enn pasienter ved sykehjem uten denne type opplæring. Dette var samtidig de studiene vi vurderte til å være av best metodisk kvalitet.

Stor variasjon både i type intervensjon og utfallsmål gjorde det umulig å beregne en samlet effekt på tvers av studiene (dvs. å foreta en meta-analyse). Det er stort behov for flere studier med et design som gjør det mulig å trekke konklusjoner om effekt,

samtidig som en bør tilstrebe en større grad av standardisering av opplæringsprogram og måter å måle virkninger på.

---

# Sammendrag

---

## BAKGRUNN

---

I Norge skjer ca. to femdel av alle dødsfall i sykehjem. Med bakgrunn i forventede demografiske endringer er det trolig at antall og andel eldre som dør på sykehjem vil øke. Vi har i dag begrenset kunnskap om hvordan pleie og omsorg i livets slutfase foregår i norske sykehjem. Studier fra andre land har dokumentert manglende kvalitet på pleie og omsorg for døende pasienter i denne type institusjoner. Flere studier peker også på et stort behov for bedre kompetanse blant de ansatte på dette området. Vi ønsker med den foreliggende rapporten å fokusere på hvilken effekt opplæringsprogram i pleie og omsorg ved livets slutt (end-of-life care) har. Dette er en del av et større prosjekt, initiert av Sosial og helsedirektoratet. Rapportens anliggende er: Påvirker ulike opplæringstiltak personalets kunnskaper, holdninger og adferd, og i hvilken grad kan opplæring gi helsegevinster for pasienter i siste fase av livet?

---

## METODE

---

Dette er en systematisk kunnskapsoppsummering, det vil si at vi har søkt etter, kritisk vurdert og oppsummert forskning fra studier som har sett på effekt av opplæring av ansatte i sykehjem med sikte på å bedre kvaliteten på pleie og omsorg i livets slutfase. Vi har søkt etter systematiske oversikter og primærstudier i åtte databaser i januar 2007 med et oppdatert søk i desember 2008. To personer har gått gjennom potensielt aktuelle artikler (tittel og sammendrag) og deretter vurdert artikler i fulltekst i henhold til inklusjonskriteriene, uavhengig av hverandre. Vi vurderte den metodiske kvaliteten på de inkluderte studiene ved hjelp av sjekklister for aktuelt studiedesign. På grunn av stor heterogenitet både i type intervensjon og utfall, har det ikke vært mulig å beregne en samlet effekt på tvers av studiene (en meta-analyse), og vi har derfor foretatt en kvalitativ oppsummering av hver av enkeltstudiene.

---

## RESULTATER

---

Vi har oppsummert resultater fra fem studier beskrevet i seks artikler, som har sett på effekter av ulike opplæringstiltak til ansatte i sykehjem. Hensikten med

opplæringsprogrammene var dels å øke kunnskapsnivået og påvirke personalets holdninger, dels å endre ansattes adferd til det beste for pasientene. Studiene spenner i tid fra 1983 til 2005, og de inkluderte studiene er alle foretatt i USA. Det ble ikke funnet noen systematisk oversikt med fokus på effekt av opplæringstiltak i pleie og omsorg ved livets slutt i sykehjem.

Tre av fem studier hadde et randomisert kontrollert design. Den metodologiske kvaliteten på de inkluderte studiene var med få unntak gjennomgående lav.

Alle de inkluderte studiene beskriver opplæringsprogram som tar sikte på å påvirke de ansattes holdninger til, og kunnskaper om, pleie og omsorg ved livets slutt. Noen studier har et spesifikt fokus på kunnskap om smerter og smertebehandling, mens andre har et bredere fokus. I et mindretall av de inkluderte studiene har man studert om opplæringen har effekt på den praksis som utføres. Når det ble gjort, var det ved enten å studere ansattes adferd eller ved å se om opplæringsprogrammet i neste omgang medfører endringer i hvordan pasientene opplever sin situasjon.

Resultatene viste inkonsistente funn. I tre av de fire studiene som studerte opplæringsprogrammets effekt på ansattes kunnskaper, fant man en positiv effekt, det vil si at de som gjennomgikk opplæringen kunne vise til et tydelig (statistisk signifikant) høyere kunnskapsnivå enn dem som ikke hadde deltatt i opplæringen. I én av disse studiene var imidlertid den positive effekten meget beskjeden, og i én studie påviste man ikke noen statistisk signifikant forskjell mellom dem som mottok og dem som ikke hadde mottatt opplæring. I to av fem studier vurderte man også om opplæringsprogrammet hadde direkte effekt på ansattes adferd eller praksis; i én studie rapporterte forskerne antall pasienter som ble vurdert med henblikk på smerter, smertebehandling og antall pasienter som ble henvist til palliativ behandling. En annen studie har vurdert døende pasienters opplevelse av livskvalitet og tilfredshet med pleien. Begge disse studiene viste en positiv effekt. Tydelig flere pasienter ble smertevurdert og tilbudt ikke-medikamentelle smertereduserende tiltak i de sykehjem der personalet hadde gjennomgått opplæring, sammenliknet med sykehjem som ikke hadde hatt dette tilbudet.

I bare én av studiene har man sett på det som betegnes som "advanced care planning", det vil si forekomst av samtaler om pasientens ønsker og preferanser om behandling i livets siste uker og dager. Resultatene viste en tydelig (statistisk signifikant) økning i dokumentasjon av denne type diskusjoner blant ansatte ved sykehjem som hadde gjennomgått opplæringsprogrammet.

---

## KONKLUSJON

---

Alt i alt gir disse studiene et noe blandet bilde, men de viser en tendens i retning av at opplæringsprogram har en viss effekt. Konklusjoner må imidlertid trekkes med varsomhet, dels fordi studiene med få unntak er av dårlig kvalitet, dels fordi opplæringsprogrammene

har vært av kort varighet og dels fordi oppfølgingstiden i flere av studiene har vært relativt kort. Vi finner også stor grad av heterogenitet både i intervensjon og utfall som er vurdert. Det er et stort behov for mer standardiserte opplæringsprogram basert på personalets kunnskapsbehov og påfølgende studier med et design som kan si noe om mulige effekter både i forhold til kunnskapsnivå, holdninger, faktisk kompetanse og helsegevinster for pasientene.



---

# Key messages

## **Do staff educational programmes affect end-of-life care in nursing homes?**

**Objective.** The aim of this report is to summarize the evidence of the effects of staff educational programmes in end-of-life care in nursing homes. The report is part of a project, initiated by the Directorate of Health, and aimed at providing better evidence for end-of-life care in nursing homes.

**Methods.** In this systematic review we have searched for, critically appraised, and summarised research from studies on the effectiveness of different staff educational programmes aimed at improving end-of-life care in nursing homes.

**Results.** After extensive and systematic searching, and based on explicit criteria for trustworthiness, we included five studies (six articles), all from USA, carried out in the period 1983 to 2005. All included studies aimed at improving staff's knowledge, attitudes and skills.

The results were inconsistent. Three of the four studies that evaluated effects on staff's knowledge found that those who were trained had more knowledge compared to those not trained. Two studies also looked at staff's practice, and one of these tested effects of nursing home staff training in care for the dying on the quality of life of terminally ill patients. Both studies demonstrated a favourable impact on patients when staff in nursing homes are trained to work with dying patients. For example dying patients in trained homes had greater satisfaction with care and were less depressed than patients in control homes. Moreover, intervention nursing homes increased hospice enrolments, pain assessment and non-pharmacological treatments for patients in pain, compared to nursing homes where staff had not attended the educational programme.

**Conclusion.** Considering the large number of patients dying in nursing homes, more research that is properly designed to evaluate the effects of educational programmes in end-of-life care, is needed.

---

# Executive summary

## Do staff educational programmes affect end-of-life care in nursing homes?

---

### BACKGROUND

---

In 2007, about two fifth of all deaths in Norway took place in nursing homes. Due to expected demographic changes the number and proportion of elderly dying in nursing homes will increase. Knowledge on end-of-life care in Norwegian nursing homes is very limited. Studies from other countries have documented lack of quality of such care in nursing homes, and several studies have called attention to inadequately trained staff. The present report focuses on the effects of staff educational programmes in end-of-life care: Do staff educational programmes affect knowledge, skills and attitudes of nursing home staff, and are such programmes beneficial to patients' health?

The report is part of a larger project, initiated by the Directorate of Health, aimed at increasing evidence of end-of-life care in Norwegian nursing homes.

---

### METHODS

---

This is a systematic review, i.e. we have searched for, critically appraised, and summarised research from primary studies on the effect of staff educational programmes aimed at increasing quality in end-of-life care in nursing homes. To identify relevant literature we carried out a comprehensive literature search in eight databases. The first search was carried out in December 2007, and an updated search in December 2008. Potentially relevant articles (judged by title and abstract) were assessed by two reviewers independently, according to the inclusion criteria. The included studies were critically appraised for methodological quality according to approved check lists.

---

## RESULTS

---

We have made a qualitative summary of the results from five studies, described in six articles, focusing on effects of different staff educational programmes in nursing homes. All studies aimed at testing the effect of educational programmes in end-of-life care for nursing home personnel. Some studies focused on how educational programmes affected staff attitude, knowledge and skills, while others tested the effect on health gains for patients. All included studies were carried out in USA, in the period 1983 to 2005. We did not find any previous systematic review on the effect of staff educational programmes in end of-life care in nursing homes. There are however, a larger number of primary studies, but a vast majority used weak research designs, making it impossible to conclude on effectiveness of the programmes.

Three of five included studies had a randomised, controlled design. Generally, methodological quality of the included studies was low, according to predefined criteria.

All included studies described educational programmes aimed at affecting the nursing homes staff; their attitudes to death and dying and their knowledge and skills in end-of-life care. Some studies had a specific focus on pain assessment and management of pain, while others aimed at studying effects on knowledge and skills in caring for the dying in a more extensive way. Only two studies looked at effects on daily practice. One of these judged the quality of life of terminally ill patients and their satisfaction with care, while the other measured proportion of residents receiving palliative service, pain assessment and pain treatment, and documented advanced care planning discussions.

The results were inconsistent. Three of four studies that looked at effects on staff's knowledge found that those who were trained had a higher level of knowledge compared to those not trained. However, in one of these studies the effects were very modest. The two studies evaluating how educational programmes affected staff's behaviour or practice, both found a favourable impact when staff is trained to work with dying patients. Intervention nursing homes typically increased hospice enrolments, pain assessment, and documented advanced care planning discussions. And among patients in pain, non-pharmacological treatments increased significantly compared to nursing homes where the staff had not attended the educational programme. The study looking at dying patients and their experience of quality of life and satisfaction with care, found that patients in intervention homes were less depressed and more satisfied with care compared to patients in control sites.

---

## CONCLUSION

---

In summary, these studies offer a mixed picture, but nevertheless demonstrate promising findings in that educational programmes in end-of-life care do matter. Most included studies had low methodological quality, educational programmes of short duration and short follow up, demonstrating need for caution in interpretation of findings. There was also a high degree of heterogeneity both in interventions and in outcomes. There is a huge need for more standardized educational programmes based on the staff's educational needs, and studies properly designed to conclude on effects on knowledge, skills, attitudes and health gains for patients.

Norwegian Knowledge Centre for the Health Services summarizes and disseminates evidence concerning the effect of treatments, methods, and interventions in health services, in addition to monitoring health service quality. Our goal is to support good decision making in order to provide patients in Norway with the best possible care. The Centre is organized under The Directorate for Health and Social Affairs, but is scientifically and professionally independent. The Centre has no authority to develop health policy or responsibility to implement policies.

Norwegian Knowledge Centre for the Health Services

PB 7004 St. Olavs plass

N-0130 Oslo, Norway

Telephone: +47 23 25 50 00

E-mail: [post@kunnskapssenteret.no](mailto:post@kunnskapssenteret.no)

Full report (pdf): [www.kunnskapssenteret.no](http://www.kunnskapssenteret.no)

---

# Innhold

<b>INNHold</b>	<b>11</b>
<b>FORORD</b>	<b>12</b>
<b>PROBLEMSTILLING</b>	<b>13</b>
<b>INNLEDNING</b>	<b>14</b>
<b>METODE</b>	<b>17</b>
Litteratursøk	17
Inklusjonskriterier	17
Eksklusjonskriterier	18
Artikkelutvelgelse	18
Analyse og presentasjon av resultater	18
<b>RESULTAT</b>	<b>20</b>
Kunnskapsgrunnlaget	20
En kvalitativ oppsummering av kunnskapsgrunnlaget	24
Oppsummering av resultatene	31
<b>DISKUSJON</b>	<b>33</b>
<b>KONKLUSJON</b>	<b>36</b>
<b>REFERANSER</b>	<b>37</b>
Vedlegg	40

---

# Forord

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fikk i oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet å oppsummere tilgjengelig forskning om pleie og omsorg ved livets slutt (end-of-life care) ved sykehjem. Siden dette er et svært omfattende tema med spørsmål som krever ulike tilnærminger, valgte vi å dele opp arbeidet. I denne rapporten har vi valgt å sammenfatte studier som har vurdert effekten av opplæringstiltak til personell for å bedre pleie og omsorg til døende pasienter i sykehjem. Kunnskapsoppsummeringen kan inngå som dokumentasjonsgrunnlag for planlegging og iverksetting av opplæring av sykehjemsansatte i norske sykehjem.

Takk til Hilde T. Myrhaug, Ingeborg Sjetne, Liv Wergeland Sørby og Marit Kirkevold for fagfellevurdering.

Prosjektgruppen har bestått av:

- Prosjektkoordinator: Elisabeth Gjerberg, seniorforsker, Kunnskapssenteret
- Arild Bjørndal, seniorforsker, professor i samfunnsmedisin
- Louise Forsetlund, seniorforsker

Ane Kari Lindahl  
*Avdelingsdirektør*

Signe Flottorp  
*Forskningsleder*

Elisabeth Gjerberg  
*Seniorforsker,  
Prosjektleder*

---

# Problemstilling

Denne kunnskapsoversikten er en del av et større prosjekt om pleie og omsorg ved livets slutt på sykehjem, der vi er interesserte i forskningsbasert kunnskap om hva som karakteriserer en "god død" på sykehjem. Hvilke forutsetninger må ligge til grunn, og hvilke barrierer reduserer muligheten for å få til en god pleie og omsorg i livets siste fase? Ikke minst ønsker vi å se nærmere på hvilke tiltak som kan bidra til bedre kvaliteten på "dødspleien" (end-of-life care).

I den foreliggende kunnskapsoversikten vurderer vi nytten av ulike opplæringstiltak som tar sikte på å gi best mulig kvalitet i den siste fasen av livet, sett ut fra sykehjemspasienters, pårørendes og personalets erfaringer. Formålet med denne kunnskapsoversikten er således å svare på spørsmålet:

- *Har opplæringstiltak til ansatte på sykehjem effekt på holdninger, kunnskaper og praksis når det gjelder pleie og omsorg i livets slutfase?*

## Begrepsavklaring

Med sykehjem mener vi her institusjoner for eldre som tilbyr heldøgns pleie og omsorg. Den engelske termen for sykehjem er vanligvis "nursing home", men også "long term care facility" anvendes.

"Pleie og omsorg ved livets slutt" betyr å gi god symptomlindring, samt en aktiv og omfattende pleie og omsorg for døende pasienter. Det omfatter den samlede behandling, pleie og omsorg for døende, og har fire mål: god palliativ behandling som lindrer alle plager, god sykepleie, god menneskelig og sjelelig omsorg for pasient og pårørende (1). Denne fasen kan være kort, andre ganger strekker den seg over uker og måneder. Sentrale fagpersoner på området bruker også uttrykkene "dødspleie" (1;2) "palliativ behandling" (3) eller "terminal omsorg" (2). I engelskspråklig litteratur anvendes ofte uttrykket "end-of-life care", men også "terminal care" og "palliative care". WHO's definisjon av terminal pleie er:

"Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual" (4).

---

# Innledning

Mange nordmenn lever sine siste år og dør til sist i sykehjem. I 2006 skjedde ca 40% av alle dødsfall Norge i sykehjem (5). Med bakgrunn i forventede demografiske endringer og den antatte veksten i antall svært gamle med behov for pleie og omsorg, vil antall og andelen som dør i sykehjem trolig øke. De gamle trenger god pleie og omsorg den siste tiden, og mange har behov for lindrende behandling. Det har de senere år vært en økende interesse for lindrende behandling til sykehjemspasienter i livets slutfase, og den såkalte Standard for palliasjon skal også omfatte sykehjem<sup>1</sup> (6). På tross av dette har vi i dag begrenset kunnskap om hvordan praksis foregår i Norge. Det er uklart hvor godt sykehjemmene legger til rette for en verdig avslutning av livet<sup>2</sup>. Studier fra andre land dokumenterer lav kvalitet på den pleie og omsorg pasienter får på sykehjem i siste fase av livet (7-11). Dette er knyttet til flere forhold, som for eksempel manglende eller utilfredsstillende smertebehandling, liten følelsesmessig støtte, og manglende respekt. God pleie og omsorg i livets siste fase er som annen pleie og omsorg avhengig av de ansattes kompetanse og holdninger. En rekke studier fra andre land har dokumentert sykehjemsansattes manglende kompetanse i dødspleie generelt og smertebehandling spesielt. Dette er beskrevet som vesentlige barrierer for å yte god pleie og omsorg i livets slutfase (12-19).

Å legge til rette for en god pleie og omsorg i den siste fasen av livet representerer en rekke kompetanseutfordringer. Det er en utbredt oppfatning at legedekningen ved norske sykehjem er for lav (20;21), og i tillegg representerer den høye andelen pleiepersonale uten fagutdanning en stor utfordring i forhold til å gi pleie av god kvalitet. Ufaglærte personalet utgjorde 38 % av de som jobbet i brukerrettet pleie- og omsorgstjenesten i 2006 (22)<sup>3</sup>.

Helsemyndighetene har i de senere år satt i verk en rekke ulike tiltak for å øke kvaliteten på tjenesten. Det har blant annet vært satset på ulike program for

---

<sup>1</sup> Alle sykehjem bør beherske grunnleggende palliasjon, og utarbeide og kvalitetssikre prosedyrer for smerte- og symptomlindring og terminal pleie.

<sup>2</sup> Denne kunnskapsoppsummeringen er en del av et større prosjekt om pleie og omsorg ved livets slutt på sykehjem, der vi i 2007 også gjennomførte en spørreundersøkelse til alle landets sykehjem. Hensikten er få bedre dokumentasjon av praksis mht. bruk av retningslinjer, forhold til pårørende, kompetanse og etiske utfordringer.

<sup>3</sup> Det omfatter 31 % av antall årsverk. Med bakgrunn i KOSTRA tall er det ikke mulig å få tall fordelt på hhv. institusjon og hjemmebaserte tjenester.



kvalifisering av ufaglærte (22;23). Med unntak av noen få prosjekter har tiltakene i hovedsak vært rettet mot generell kompetanseheving, og i liten grad hatt fokus på pleie og omsorg ved livets slutt. Fire undervisningssykehjem har i perioden 2005-2007 iverksatt undervisning med formål å bedre kvaliteten på dødspleien, blant annet med utgangspunkt i en enkel kartlegging av personalets kompetanse på dette området<sup>4</sup>. Utover dette har enkelte sykehjem utarbeidet egne undervisningsprogram for de ansatte, spesifikt rettet mot dette feltet<sup>5</sup>, men effekten av programmene er ikke evaluert.

Internasjonalt har det vært foretatt to kunnskapsoppsummeringer som har vurdert effekten av etterutdanningstiltak som kurs og seminarer for helsepersonell generelt, både i forhold til endring av praksis og nytte for pasientene (24;25). Den systematiske oversikten fra 2001 oppdaterte oversikten fra 1999. De konkluderte begge med at etterutdanningstiltak i form av kurs eller seminarer kunne resultere i en liten til moderat endring av helsepersonells atferd. I de studier der nytten for pasientene også ble målt, viste effekten seg noe mindre enn for helsepersonell. Denne type opplæringstiltak retter seg mot den enkelte praktiker og søker i liten grad å påvirke det miljø eller organisasjon individet er en del av. I de senere år er det blitt en stadig større bevissthet om at også strukturendringer og støtte i miljøet er en nødvendig forutsetning for å skape endring av praksis. Det er derfor rimelig å tenke seg at effekten av opplæringstiltak kan bli større enn påvist i disse oversiktene, spesielt i sammenhenger der ledelsen lokalt er involvert i å legge til rette og stimulere til ønsket praksis parallelt med opplæring av personell.

Vi vet at fagutdannet personell på sykehjem, både i Norge og andre land, i mindre grad enn fagpersonell ellers i helsetjenesten deltar i ulike former for etterutdanning, som for eksempel veiledningsgrupper (13;26). I tillegg har sykehjemmene en ekstra utfordring i å gi den høye andelen ufaglærte opplæring og veiledning slik at de kan gi god pleie og omsorg til pasientene. Det er vårt inntrykk at det nettopp er denne gruppen som har færrest arenaer for å diskutere faglige utfordringer i arbeidet (27). Når helsemyndighetene sentralt og lokalt nå i større grad satser på å bedre kvaliteten på pleie og omsorg ved livets slutt (28), vil det være av betydning å få mer kunnskap om effekten av ulike typer kompetansehevende tiltak, spesielt tiltak rettet mot ulike grupper av ansatte i sykehjem.

Vi var ellers interessert i å se på kompleksiteten i ulike opplæringstiltak, for å vurdere om effekten varierer mellom ulike tiltak med hensyn både til form, innhold og varighet. En slik oppsummering vil, sammen med en studie av dagens praksis, trolig bidra til et nødvendig kunnskapsgrunnlag for planlegging og gjennomføring av utviklings- og endringsprosjekter ved sykehjemmene. I 2007 gjennomførte vi en

---

<sup>4</sup> Dette er foreløpig upublisert materiale.

<sup>5</sup> Noen kommuner har tatt aktivt i bruk brosjyren De siste dager og timer, utarbeidet av Husebø & Husebø (2003), som standard for lindrende behandling i sykehjem. Også Cathinka Guldbergs sykehjem i Oslo har laget egen opplæring på dette feltet.

bred kartlegging av sykehjemmenes praksis og erfaringer med pleie og omsorg ved livets slutt. I kartleggingen fokuserte vi blant annet på ansattes kompetanse og sykehjemmenes opplæringstiltak i end-of-life care, og den foreliggende litteraturgjennomgangen ansees som et viktig supplement til den kunnskapen som spørreundersøkelsen bidro med.

---

# Metode

---

## LITTERATURSØK

---

Utvelgelse og gjennomgang av litteraturen er gjort i tråd med Kunnskapssenterets håndbok (29). Vi la i utgangspunktet hele problemstillingen (se side 10) til grunn for litteratursøket, og det ble søkt systematisk i følgende databaser:

- The Cochrane Library
- Embase
- Medline
- Cinahl
- Ageline
- Norart
- Spriline
- Swemed

Det ble i januar 2007 søkt både etter systematiske oversikter og primærstudier. Louise Forsetlund planla og foretok samtlige søk. Vi foretok i utgangspunktet et "bredt søk" med generelt fokus på end-of-life care på sykehjem, se vedlagte søkerstrategi (Vedlegg 1), og valgte deretter i første omgang å se spesifikt etter studier som hadde vurdert nytten av ulike opplæringstiltak rettet mot sykehjemsansatte.

Med utgangspunkt i de mest relevante artiklene som ble inkludert i første runde, brukte vi deretter "related-articles funksjonen i PubMed for å søke etter liknende artikler (desember 2007). Det ble også søkt i litteraturlister til de inkluderte artiklene. Vi gjorde et oppdateringssøk i desember 2008 i Cochrane, MEDLINE og EMBASE.

---

## INKLUSJONSKRITERIER

---

Søkene er basert på tre inklusjonskriterier knyttet til populasjon, intervensjon og design. Vi var i utgangspunktet åpne for flere mulige utfall, for eksempel personalets kunnskapsgrunnlag, holdninger og praksis, samt helse- og livskvalitetsrelaterte utfall hos pasienter og pårørende. Vi valgte derfor å ikke avgrense type utfall. Våre inklusjonskriterier var:

**Populasjon:** Ansatte i sykehjem, faglærte og ufaglærte.

**Tiltak:** Utdannings- eller opplæringstiltak til sykehjemsansatte, rettet mot ulike sider ved "end-of-life care"

**Design:** Systematiske oversikter, randomiserte kontrollerte forsøk, før- og etterstudier med kontroll, avbrutte tidsserier

**Språk:** Fortrinnsvis engelskspråklige artikler, men med åpenhet for å inkludere artikler på andre språk, der artikkelens sammendrag viste at dette var relevant for oss.

---

## EKSKLUSJONSKRITERIER

---

**Studiedesign:** Oversikter der det ikke var redegjort for inklusjonskriterier, før- og etter studier uten kontroll, tverrsnittundersøkelser og kvalitative studier.

**Tema:** Vi valgte å ekskludere studier som bare så på *behovet* for opplæring. Denne type studier er referert i rapportens innledning.

Ekskluderte studier av tematisk interesse, men der studiedesignet ikke er fylt kriteriene, for eksempel før- og etterstudier uten kontroll, er listet i eget vedlegg.

---

## ARTIKKELUTVELGELSE

---

Prosjektleder gikk gjennom det første litteratursøket basert på tittel og sammendrag, og valgte ut studier av potensiell interesse. Der det var uklart om artiklene var av interesse for oss ble dette diskutert i fellesskap. Deretter gikk EG og AB gjennom de utvalgte titler og sammendrag, uavhengig av hverandre, for å vurdere hvilke som skulle hentes inn i fulltekst. Det var stor grad av samsvar i våre vurderinger. Vi bestilte artikler/studier for videre vurdering dersom én eller begge fant den relevant, ellers ikke.

---

## ANALYSE OG PRESENTASJON AV RESULTATER

---

To prosjektmedarbeidere (EG og AB) vurderte uavhengig av hverandre de inkluderte studiene i tråd med Kunnskapssenterets sjekklister for hhv. randomiserte, kontrollerte studier og kontrollerte før og etter studier, se vedlegg 3. Vi benyttet kvalitetsgradering: høy, moderat og mangelfull.

Vi har samlet dataene fra de inkluderte studiene og beskrevet disse i form av evidenstabeller (se vedlegg 4). Disse tabellene inneholder foruten opplysninger om forfatter(e), tittel og årstall for publikasjonen, informasjon om de inkluderte

studiene; design, populasjon, intervensjon og utfallsmål, samt en beskrivelse av sentrale funn. Med bakgrunn i evidensstabellenes datagrunnlag har vi laget en kvalitativ oppsummering av viktige funn (se "Resultater").

---

# Resultat

---

## KUNNSKAPSGRUNNLAGET

---

Søk etter litteratur ble foretatt januar 2007, supplert i begynnelsen av desember samme år og oppdatert desember 2008. Søkestrategien er beskrevet i Vedlegg 1.

Vi fant 2426 unike titler i søket etter systematiske oversikter og enkeltartikler i det første søket, knyttet til prosjektets hovedproblemstilling (se s 10). Av disse vurderte vi kun 255 titler som mulig relevante for vår hovedproblemstilling, og vi gikk gjennom sammendragene til de respektive artiklene. 96 artikler ble bestilt inn i fulltekst, og 19 av disse var studier av ulike opplæringstiltak. Fire artikler oppfylte våre inklusjonskriterier, se tabell 1. Av disse omfattet to artikler den samme studien, men beskrev to forskjellige utfall. De resterende 15 artiklene ble ekskludert. Åtte av disse er listet i eget vedlegg (Vedlegg 2) fordi de er av tematisk interesse, men ekskludert i denne sammenheng på grunn av studiens design.

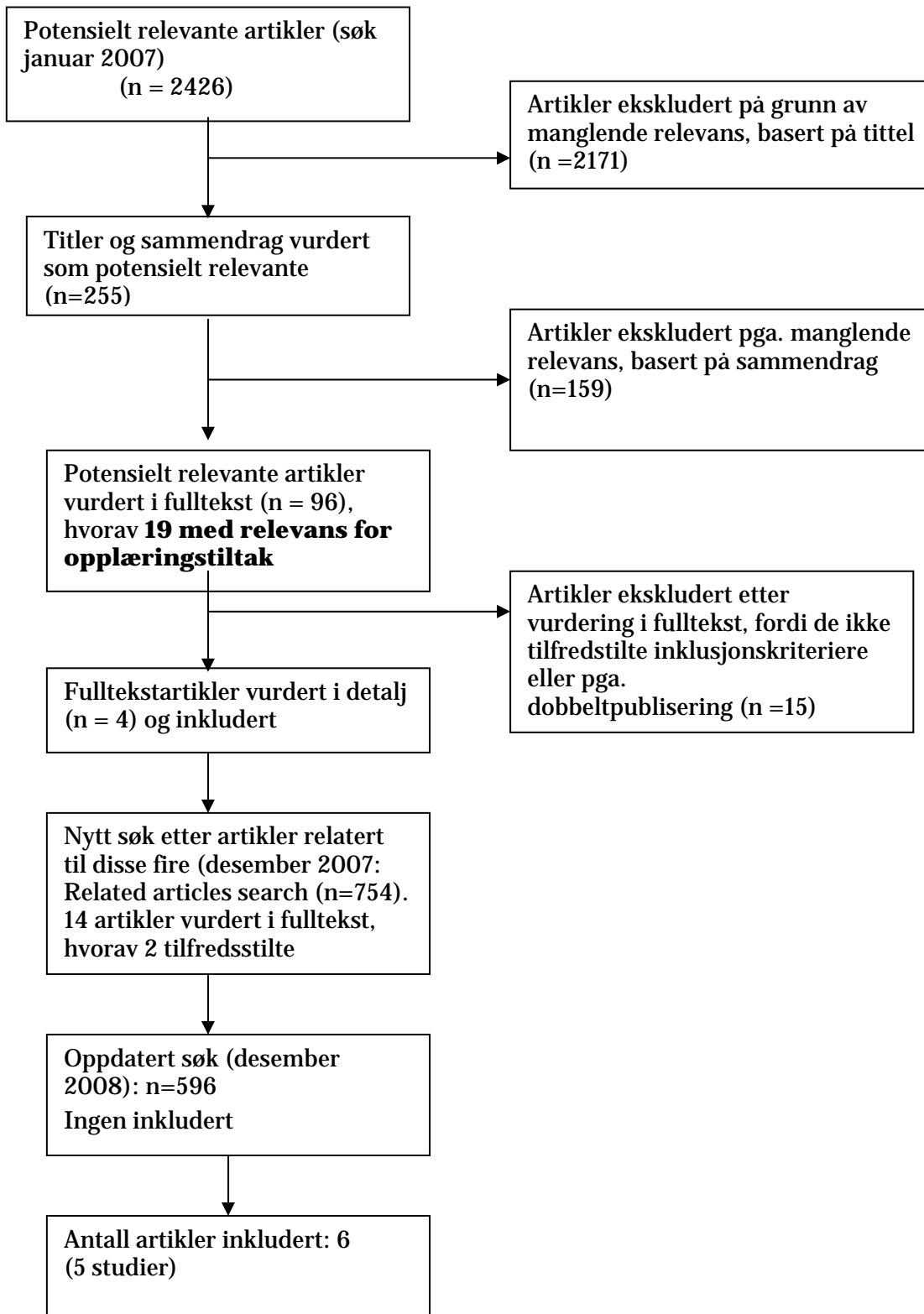
Ved suppleringsøk i desember 2007 brukte vi "Related articles"-funksjonen i PubMed i forhold til de fire artiklene som allerede var inkludert. Dette ga i alt 754 treff. Av disse ble 14 artikler hentet inn i fulltekst. Tre ble inkludert, men to av disse viste seg å være en tilnærmet dobbeltpublisering, og vi har bare inkludert én av dem her. De resterende 11 artiklene ble ekskludert, hvorav fem var av tematisk interesse og er listet i Vedlegg 2, sammen med artikkelen som var en dobbeltpublisering.

I tillegg ble litteraturlistene til de inkluderte studier gjennomgått. Herfra hentet vi inn seks artikler i fulltekst. Ingen av disse ble inkludert etter gjennomlesing, men to er listet i Vedlegg 2 fordi de er av tematisk interesse.

Søket ble oppdatert i desember 2008. 596 titler og sammendrag ble vurdert. To artikler ble hentet inn i fulltekst. Ingen av disse ble inkludert, men en av disse ble listet i vedlegg to fordi den er av tematisk interesse.

Figur 1 viser prosessen for artikkelutvelgelsen som danner dokumentasjonsgrunnlaget for denne kunnskapsoppsummeringen. Vi har her slått sammen antall studier som ble funnet i begge søkene.

**Figur 1: Artikkellutvelgelse**



Alt i alt ble seks artikler inkludert (tabell 1) og 15 av de ekskluderte studiene er listet i Vedlegg 2 med begrunnelse for eksklusjon.

Tabell 1 Studier som har vurdert effekt av ulike typer opplæringstiltak og som oppfylte inklusjonskriteriene

Studier	Studiedesign	Populasjon	Intervensjon	Utfallsmål
Hanson 2005 (30)	Randomisert kontrollert studie (oppfølging 3 og 6 mndr. etter intervensjon)	Personalet ved 9 sykehjem; 7 i intervensjonsgruppen og 2 sykehjem i kontrollgruppen, med hhv. 870 og 299 pasienter.	Kvalitetsforbedring (PDSA) <sup>6</sup> med sikte på å øke tilbudet om hospice behandling, foreta flere smertevurderinger, øke smertebehandling, samt øke diskusjoner om pasientens preferanser knyttet til livets slutt. 3 mndr. rekrutteringsfase med trening av 41 teamledere fra sykehjem i intervensjonsgruppen. Deretter 9 mndr. intervensjon ledet av lokale palliative team. 6 strukturerte opplæringslesjoner for personalet.	-Andel pasienter som var registrert brukere av hospicetjenester, -Andel pasienter som ble vurdert og behandlet for smerter. -Dokumen-terte pleieplaner -Diskusjon om preferanser i sluttfasen. -Teamlederens kunnskap om palliative care
Stillman 2005 (31)	Før- og etterstudie med kontroll	Personalet ved 6 sykehjem, hvorav 4 sykehjem i intervensjonsgruppen, 2 i kontrollgruppen. Gjennomsnittlig antall senger =135	Opplæringsprogram i palliative care, med fokus på symptombehandling, psykososial støtte og pleieplaner. 2 dagers opplæring av nøkkelpersonell og en "palliative care coordinator", som skulle forestå opplæring av resten av personalet.	-Personalets kunnskaper om dødspleie -Holdninger til døende pasienter
Jones 2004(17)	Før- og etterstudie	Personalet ved 12 sykehjem, hvorav 6 i	Opplæringsprogram der hensikten var å	-Personalets kunnskaper om

<sup>6</sup> PDSA, forkortelse for Plan, Do, Study, Act, som henpeiler på en problemløsningsmetode i kvalitetsforbedringsarbeid; også betegnet som Demings sirkel.



	med kontroll	intervensjonsgruppen og 6 i kontrollgruppen. 300 besvarte en spørreundersøkelse før intervensjonen, 374 etterpå. Bare 43 personer fullførte begge.	øke kunnskap om smerter og smertebehandling og å bedre praksis på dette området. Opplæring basert på flere elementer: halvtimes undervisning over 4 ganger, praksisveiledning av et spesialteam, opplæringsvideo med kasuistikk, opplæring av leger. Varighet 9 mnd.	vurdering og behandling av smerter -Holdninger
Linn 1989 (32)	Randomisert, kontrollert forsøk	Personalet ved 10 sykehjem, 296 og 290 i henholdsvis intervensjons- og kontrollgruppen	Tre to-timers kurs med fokus på psykiske og følelsesmessige aspekter ved dødsfasen, samt å øke kunnskaper og ferdigheter i å gi god pleie og omsorg	Pasienters opplevelse av smerter, livskvalitet og tilfredshet med pleien
Linn 1983 (33) <sup>7</sup>	Randomisert, kontrollert forsøk	Personalet ved 10 sykehjem, 296 og 290 i henholdsvis Intervensjons- og kontrollgruppen	Tre to-timers kurs med fokus på psykiske og følelsesmessige aspekter ved dødsfasen, samt å øke kunnskaper og ferdigheter i å gi god pleie og omsorg	-Personalets angst for død og døende -Holdninger til døende og deres pårørende -Kunnskap og ferdigheter i pleie og omsorg ved livets slutt
Mullins 1983(35) <sup>8</sup>	Randomisert kontrollert forsøk (Solomon design)	Personalet ved 4 sykehjem, 2 sykehjem i intervensjonsgruppen, 2 i kontrollgruppen, i alt 140 personer	Treningsprogram der hensikten var å øke kunnskapsnivået om død/det å dø, samt å skape mer positive holdninger til eldre. Programmet omfattet	-Personalets kunnskaper om død og døende -Arbeid med døende -Holdninger til eldre

<sup>7</sup> Selve intervensjonen, det vil si opplæringsprogrammet i studien er grundig beskrevet i en egen artikkel (34).

<sup>8</sup> Denne studien er også beskrevet i en annen artikkel, publisert samme år (36)

			en rekke temaer, og hadde en varighet på 3,5 timer, fordelt på 2 dager	-Angst knyttet til dødsprosessen
--	--	--	--	----------------------------------

---

## EN KVALITATIV OPPSUMMERING AV KUNNSKAPSGRUNNLAGET

---

De inkluderte studiene spenner i tid fra 1983 til 2005 og alle er utført i USA. Tre av de inkluderte studiene hadde et randomisert kontrollert design, de andre var kontrollerte før- og etter studier. Studienes metodologiske kvalitet varierer mellom moderat god og lav kvalitet, se Vedlegg 3.

Vi gir her en kort oppsummering av hver av studiene. Disse er også kort beskrevet i et sett evidenstabeller (Vedlegg 4).

*Hanson og medarbeider* (37) gjennomførte i 2001-2002 en randomisert kontrollert studie ved ni sykehjem i North Carolina. Hensikten med studien var å evaluere effekten av et kvalitetsforbedringstiltak (PDSA) med sikte på:

- 1) å øke andelen pasienter som fikk tilbud om hospice-behandling, det vil si palliativ behandling gitt av det lokale hospicet sykehjemmet hadde avtale med
- 2) å øke omfang av smertevurdering og smertebehandling blant pasienter med smerte
- 3) å øke diskusjonen om pasientens ønsker og preferanser knyttet til behandling/ikke behandling i livets slutfase ("advanced care planning"), samt å dokumentere dette i journalen.

Ti sykehjem i et område i North Carolina sa initialt ja til å delta i studien, ett trakk seg på grunn av skifte i ledelsen. To sykehjem ble tilfeldig fordelt til kontrollgruppen, og de syv resterende sykehjemmene ble fordelt til intervensjonsgruppen. Det ble foretatt registreringer før intervensjon (baseline), samt tre og seks måneder etter at intervensjonen startet<sup>9</sup>.

Sykehjemmene i intervensjonsgruppen omfattet i alt 870 pasienter, og størrelsen på sykehjemmene varierte fra 80-200 senger. Sykehjemmene i kontrollgruppen omfattet 299 pasienter. Pasientene i kontrollgruppene avvok ikke signifikant fra intervensjonsgruppens pasienter med hensyn til funksjonsnivå, dødelighetsrisiko eller hoveddiagnoser, men var noe yngre, hadde noe lavere andel kvinner og en

---

<sup>9</sup> Forfatterne gir ingen forklaring på hvorfor et det bare er to sykehjem som ble fordelt til kontrollgruppen.

høyere andel afroamerikanere. Sykehjemmene i begge gruppene hadde avtale om palliativ behandling/tjenester fra det lokale hospicet<sup>10</sup>.

Prosjektet omfattet en 3 måneders rekrutterings- og planleggingsfase og en intervensjonsfase som gikk over 9 måneder. Ved hvert sykehjem i intervensjonsgruppen ble det etablert et team med ansvar for prosjektet. Teamene deltok i en dagskonferanse med fokus på formålene med prosjektet og kvalitetsforbedringsmetodikk. I løpet av intervensjonsfasen fikk teamene månedlig opplæring og assistanse i kvalitetsforbedringsmetodene. Selve intervensjonen omfattet seks opplæringsseksjoner som var tilgjengelig for hele det kliniske personalet. Opplæringen var basert på et strukturert opplegg laget for sykehjem, og undervisningen ble gitt av kvalifisert personell fra det hospice som sykehjemmene samarbeidet med. Materialet ble gjort tilgjengelig for personalet som jobbet i helger, på kvelder og netter. Teamet deltok også i et månedlig strategisk møte sammen med forskerne og de som ga tilbud fra det lokale hospicet, for å utforme og implementere gradvise organisatoriske endringer.

Det ble registrert pasientdata knyttet til demografiske forhold, funksjonsnivå, helsetilstand, omfang og intensitet av smerter, samt kvalitetsindikatorer for lindrende behandling. Registreringer ble foretatt ved baseline og tre og seks måneder etter intervensjonen startet.

**Resultater:** Sykehjem i intervensjonsgruppen registrerte en statistisk signifikant øking i antall pasienter som nå fikk tjenester fra det lokale hospice ved slutten av registreringsperioden (fra 4,0 % til 6,8 %,  $p=0,01$ ). En enda sterkere økning fant sted for vurdering av om pasientene hadde smerter: ved baseline ble det foretatt smertevurdering hos 18 % av pasientene mot 60 % ved siste oppfølging etter intervensjonen. For medikamentell behandling av smerter (blant de pasienter som var registrert med smerter ved siste kvartalsvise måling), var det ingen endring, men derimot var det en sterk økning i bruk av ikke-medikamentell smertelindring, som for eksempel massasje og avspenningsteknikker.

Ved starten av prosjektet var diskusjoner om pasientens preferanser for behandling/avslutning av behandling i livets slutfase sjeldent forekommende og dokumentert. Blant sykehjem i intervensjonsgruppen var det en statistisk signifikant økning av dokumenterte diskusjoner, fra 4 % til 17 % ved siste oppfølging ( $p<0,001$ ). Bruk av DNR ("Do Not Resuscitate" eller forhåndsbeskjed om ikke å sette i gang gjenoppliving) økte noe fra 58 % til 65 % ( $p=0,04$ ). Utover dette viste resultatene at

---

<sup>10</sup> Et kjennetegn ved hospicefilosofien er å se på døden som en naturlig del av livet, gi god symptomlindring til pasienter med livstruende sykdom, å fremme pasientens og de pårørendes livskvalitet, og å vektlegge pasientens og familiens delaktighet i prosessen. Målsettingen er å avhjelpe problemer og behov av både fysisk, psykisk, sosial og åndelig karakter. Både betegnelsen "hospice care" og "palliativ care" er i dag vanlige betegnelser på pleie og omsorg i livets slutfase. Dette kan gis både i og utenfor institusjon; for eksempel i egne hospice, eller som tjenester inn til sykehjemmet eller i pasientens hjem.

prosjektmedarbeidernes tillit til egne ferdighet i lindrende behandling økte signifikant. Forfatterne opplyser at det ved baseline ikke var forskjell mellom intervensjons- og kontrollgruppen. Ved 6 måneders oppfølging ble det ikke funnet endringer i kontrollgruppen verken med hensyn til vurdering og behandling av smerter, antall pasienter henvist til hospice-tjenester eller andel der det hadde forekommet diskusjoner om pasientens ønsker og preferanser for sluttfasen av livet. Det oppgis imidlertid ingen konkrete verdier.

Konklusjon: Forfatterne konkluderte med at kvalitetsforbedringstiltak med en kombinasjon av tilføring av kunnskap og systematisk feedback til personalet på deres innsats, resulterte i et økt antall pasienter som fikk palliative tjenester, en sterk vekst i antall pasienter som ble smertevurdert og hyppigere diskusjoner av pasientenes preferanser for behandling i livets sluttfase. I tillegg fant man en økning i ikke-medikamentell smertebehandling. På alle disse områdene var det statistisk signifikante forskjeller mellom intervensjonsgruppen og de sykehjem som ikke hadde gått gjennom denne type opplæring. Etter forfatternes vurdering demonstrer denne studien en løfterik tilnærming for å endre omsorgen ved livets slutt i sykehjem. De har gjentatt studien med en noe enklere datainnsamlingsmetode i to andre sykehjem i et annet geografisk område med tilsvarende positive resultater, noe som underbygget deres vurdering av denne type tilnærming.

Etter vår vurdering er denne studien av metodisk moderat kvalitet, se Vedlegg 3.

#### *Stillmann et al (31)*

Hensikten med denne studien var å vurdere om et opplæringsprogram i lindrende behandling med en varighet på 18 måneder, kunne påvirke sykehjemspersonalets kunnskaper og holdninger. Seks sykehjem i Maryland (USA) deltok i prosjektet. Av disse ble fire sykehjem fordelt til intervensjonsgruppen, og to sykehjem fungerte som kontrollgruppe (uten tilfeldig fordeling).

Intervensjonen omfattet opplæring av personalet, integrasjon av prinsipper for palliasjon i eksisterende prosesser, støtte og løpende veiledning med en spesialsykepleier. Opplæringen og behandlingsprosessene fokuserte på tre områder: diskusjon av pasientens ønsker og preferanser knyttet til behandling/ikke behandling i livets sluttfase, samt dokumentasjon av dette i journalen ("advanced care planning"), håndtering av symptomer og psykososial støtte. Opplæringen startet med to dagers opplæring rettet mot "nøkkelpersonalet", inkludert en utpekt palliativ behandlingskoordinator. Det ble deretter koordinatorens ansvar å lede opplæringsprogrammet for personalet i sykehjemmet. Det er imidlertid ingen opplysninger om hvilket omfang og intensitet denne opplæringen hadde.

Personalet ved hvert sykehjem ble spurt om å fylle ut et spørreskjema for å registrere holdninger til behandling og omsorg for døende og kunnskap om palliasjon. Spørreskjemaet ble besvart på to tidspunkt; første gang rett etter at opplæring ble

gitt, den andre innsamlingen av data foregikk ca ett år senere. Svarprosenten var lav; ved første tidspunkt besvarte 38 % av personalet i intervensjonsgruppen spørreskjemaet, 18 % i kontrollgruppen. Tilsvarende tall for tidspunkt to var henholdsvis 30 % og 17 %.

Resultater: Det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene i ansattes holdning til behandling og omsorg for døende. Det var det derimot for spørsmål knyttet til utfordringer eller problemer ved det å gi palliativ behandling og for spørsmål om hvordan dødspleien kunne bli bedre. Sammenliknet med kontrollgruppen, pekte intervensjonsgruppens medlemmer oftere på ensomhet og kommunikasjon med familien som utfordringer knyttet til palliativ omsorg. Personalet både i intervensjons- og kontrollgruppen la signifikant større vekt på å involvere familien og mer vekt på åndelig omsorg som bidrag til å bedre pleien ved livets slutt ved andre måling sammenliknet med første måling, men det var ingen forskjell mellom de to gruppene.

Konklusjon: Forfatterne konkluderte med at ansatte som hadde deltatt i opplæringsprogrammet på noen områder var signifikant mer oppmerksom på problemer knyttet til livets slutfase enn de som ikke hadde deltatt i programmet. Alt i alt viste opplæringsprogrammet likevel begrenset effekt for det personalet som deltok. Forfatterne mente at forbedring av pleiearbeidets kvalitet må starte med en sensibilisering av personalet knyttet til de spørsmål personalet møter i omsorg ved livets slutt. Etter deres vurdering er kortvarige tiltak lite adekvat, da langvarige endringer i personalets holdninger og kunnskap nødvendigvis må involvere en bred tilnærming rettet mot kulturell endring og behandling og omsorgsprosesser.

Etter vår vurdering har denne studien betydelige metodeproblemer, noe som svekker tilliten til de konklusjoner som trekkes. Vi vurderte studien til å være av lav kvalitet, se Vedlegg 3.

#### *Jones et al (17)*

Hensikten med dette prosjektet var å øke sykehjempersonalets kunnskap om og holdninger til smerte, forbedre smertebehandlingspraksis, samt å utvikle og teste en kompleks intervensjon med sikte på bedre vurdering og behandling av smerte.

12 sykehjem deltok i undersøkelsen, med seks sykehjem i intervensjonsgruppen og seks i kontrollgruppen. Antall sykehjem i de to gruppene var likt fordelt på henholdsvis urbane og rurale områder, men det var ingen tilfeldig fordeling av sykehjem i henholdsvis intervensjons- og kontrollgruppe.

Intervensjonen omfattet et opplæringsprogram med flere komponenter:

- Fire x 30 minutters opplæringslesjoner med fokus på smertevurdering, medikamentell behandling, hvordan smerte kommuniseres, samt analyse av

enkeltsaker. Undervisningen ble gitt hver femte uke. Opplæringsseksjonene ble etterfulgt av "site visits" og møte med "smerteteamet".

- En treningsvideo på 23 minutter som omfattet tre vignetter som beskrev ulike typer smerter hos beboerne.
- En plakat om smerte som kunne settes opp ulike steder i sykehjemmet.
- Et utdanningsprogram for legene. Det ble brukt vignetter med utgangspunkt i pasientbeskrivelser fra sykehjemmet, bl.a. for å diskutere vurdering av smerter hos demente pasienter, og foreskrivning av ulike typer medikamenter.

I tillegg fikk *alle* sykehjem som deltok i studien en samleperm med litteratur om smerter. Implementering av programmet varte i ni måneder.

Forskerne tok utgangspunkt i to eksisterende spørreskjemaer for vurdering av og holdninger til smerte, og justerte disse i forhold til retningslinjer for smertebehandling hos gamle i sykehjem. Spørreundersøkelsen omfattet i alt 36 spørsmål om kunnskaper og 21 spørsmål om holdninger til smerte. I tillegg ble respondentene presentert for to situasjonsbeskrivelser der en skulle ta stilling til vurdering og behandling av smerter, samt å gi sine synspunkter på hvilke barrierer de mente eksisterer for god smertebehandling. Det foreligger data fra 300 personer før intervensjonen, og fra 378 personer etter intervensjonen, men bare 43 personer fullførte både pre- og posttest, en svarprosent på 29 %. Dette reflekterer blant annet høy gjennomtrekk blant de ansatte i sykehjemmene.

Resultater: Resultatene viste at personell på tvers av sykehjem avslørte store kunnskapshull når det gjaldt smertebehandling. Det var imidlertid ingen statistisk signifikant økning i kunnskapsnivået blant de som deltok i opplæringen totalt sett. Det ble heller ikke påvist noen statistisk signifikant endring i personalets holdninger og synspunkter knyttet til smertevurdering. Både for kunnskapsnivå og holdninger var det signifikante forskjeller mellom personellgrupper, hvor det synes å være størst behov for endring hos de med minst formell utdanning.

Forfatterne mente at manglende økning i kompetansenivået i intervensjonsgruppen til dels er villedende, fordi langt flere av de som besvarte spørreundersøkelsen etter intervensjonen hadde mindre formell kompetanse enn de som deltok i undersøkelsen før intervensjonen ble iverksatt. Sykehjem med det mest stabile personalet, og der ledelsen var engasjert i prosjektet viste størst framgang.

Konklusjon: Forfatterne konkluderte med at denne intervensjonen bare hadde begrenset effekt i forhold til å bedre de kunnskapsmangler personalet demonstrerte. De pekte videre på at økt kunnskap ikke i seg selv er nok for å få til endringer i smertebehandling av gamle pasienter. Endringer i personalets holdninger er nødvendige, spesielt knyttet til følgende forestillinger:

- At smerter er en nødvendig og akseptabel del av det å bli gammel

- At pasienter fra andre etniske grupper uttrykker smerter på en mer emosjonell måte
- At helsearbeidere vet mer om smerte enn pasienten

Vår vurdering er at denne studien er beheftet med så store metodeproblemer, at det vanskelig kan knyttes for stor tillit til resultatene. Vi vurderte studien til å være av lav metodisk kvalitet, se vedlegg 3.

*Linn og medarbeidere (32;33)* foretok tidlig på 1980-tallet en randomisert kontrollert studie ved ti kommunale sykehjem i Miami-området. Formålet med studien var å teste et opplæringsprogram med fokus på arbeidet med døende pasienter blant sykehjemsansatte. 21 av 32 sykehjem oppfylte inklusjonskriteriene med minst to døende pasienter per måned. Av disse 21 sykehjemmene var det tolv som var sammenliknbare med hensyn til størrelse og personale, og ti av disse sykehjemmene ble randomisert til henholdsvis intervensjons- og kontrollgruppe. Ansatte ved alle de inkluderte sykehjemmene ble testet før og etter intervensjonen med hensyn til personalets angst for døden, holdninger til døende pasienter, kunnskaper og ferdigheter<sup>11</sup> i arbeidet med døende, samt døende pasienters livskvalitet<sup>12</sup>.

Opplæringsprogrammet gikk over en fire måneders periode og omfattet tre to-timers undervisningsprogram. Programmet ble gjennomført tre ganger om dagen for grupper på ca ti personer på hvert skift. Undervisningen ble ledet av sykepleier utdannet i lindrende behandling, som kom utenfra. Formålet med opplæringen var å redusere personalets angst for døden, å øke empati og forståelse for døende pasienter og deres familier, å oppnå forståelse for den psykiske og emosjonelle sidene ved det å dø og å lære ferdigheter i å gi god pleie og omsorg ved livets slutt. Den som ledet undervisningen fungerte både som foreleser og som fasilitator for gruppen. Både forelesninger, filmmateriale og rollespill ble benyttet. Opplæringsprogrammet er beskrevet i en separat artikkel (34).

Angst for døden, og holdninger i forhold til å ta hånd om døende pasienter og deres pårørende ble målt med spørreskjemaer anvendt i tidligere studier. Kunnskap ble vurdert i forhold til innholdet i undervisningen. Ferdigheter i pleie og omsorg i slutfasen ble blant annet vurdert i forhold til vignetter der personalet ble presentert for en pasientsituasjon og bedt om å ta stilling til ulike måter å forholde seg til dette på.

**Resultater:** Første del av prosjektet tok sikte på å vurdere om opplæringsprogrammet hadde effekt på personalets holdninger, kunnskaper og

---

<sup>11</sup> Kunnskaper ble testet med 12 spørsmål relatert til innholdet i undervisningen. Ferdighetene ble testet ved spørsmål om hvordan de ville forholde seg til forskjellige situasjoner, konkret beskrevet i fire "vignetter".

<sup>12</sup> Det foreligger ingen opplysninger om eventuelt frafall i hhv. intervensjons- og kontrollgruppe.

kompetanse i arbeidet med døende pasienter. Nesten alle ansatte (91 % av personalet) ved de inkluderte sykehjemmene deltok i prosjektet initialt, 296 og 290 ansatte i henholdsvis intervensjons- og kontrollgruppe. Det foreligger imidlertid ingen eksakte opplysninger om frafall i hver av gruppene. Etter at opplæringsprogrammet var gjennomført viste første del av studien statistisk signifikant forskjell mellom intervensjons- og kontrollgruppen. Det vil si at opplæringsprogrammet hadde positiv effekt på personalet holdninger og kompetanse for seks av åtte mål. Egen angst for døden hadde imidlertid økt i intervensjonsgruppen i løpet av opplæringsprogrammet. Størst tydelig forskjell ble påvist med hensyn til endring i kunnskap og ferdigheter, dette var felles for alle involverte yrkesgrupper. Det var fortsatt rom for forbedringer.

Den andre delen av studien tok sikte på å vurdere om opplæringsprogrammet hadde noen betydning for døende pasienters livskvalitet. Pasientenes opplevelse av livskvalitet ble vurdert ved innleggelse i sykehjemmet og én og tre måneder etter innleggelsen. Pasienter som ble inkludert i studien, hadde en forventet levetid på 3-12 måneder ved innleggelsen. Pasientene fikk spørsmål om depresjon, fornektning, selvfølelse, følelse av kontroll og tilfredshet med pleien. Det ble foretatt målinger én og tre måneder etter at opplæringsprogrammet var avsluttet. 79 % av pasientene fullførte studien (21% var døde ved tre måneders oppfølging). Resultatene viste at pasienter i sykehjem der det hadde foregått opplæringsprogram var mindre deprimerte og mer fornøyde med pleien enn de i kontrollgruppen både ved én og tre måneders oppfølgingstidspunkt (forskjellen mellom gruppene var statistisk signifikant). Effekten var lik i alle sykehjemmene i intervensjonsgruppen.

Konklusjon: Forfatterne konkluderte med at denne type treningsopplegg synes å ha positiv effekt på de ansattes kunnskaper og holdninger. Samtidig opplevde pasienter i intervensjonsgruppen signifikant høyere livskvalitet. Disse pasientene var tydelig mer fornøyd med pleien sammenliknet med pasienter i sykehjem der personalet ikke hadde gått gjennom denne type opplæringsprogram. Forfatterne mente at det er nødvendig at denne type undervisning foregår kontinuerlig for å kunne ha en positiv effekt på kvaliteten på omsorgen, ikke minst på grunn av høy gjennomtrekk blant sykehjemsansatte. Dette virker fornuftig, men studien i seg selv gir ikke grunnlag for å hevde dette.

Vi vurderte denne studien til å være av middels metodisk kvalitet.

*Mullins og Merriam 1983 (35)*

Hensikten med denne studien var å vurdere nytten av et to dagers treningsprogram for sykepleiere på sykehjem. Sentrale spørsmål var om det å bli eksponert for undervisningsmateriale om død og det å dø resulterte i:

1. mer kunnskap på dette området
2. en mer positiv holdning til eldre
3. endring i angst for døden



Det ble i denne studien brukt et "Solomon-design", som er et litt komplisert eksperimentelt design<sup>13</sup>. Hvert sykehjem hadde med 35 sykepleiere. Hver av gruppene ble delt i to for å muliggjøre høy grad av medvirkning og diskusjon. Hver gruppe ble testet før og etter deltakelse i gruppearbeidet. Gruppearbeidet omfattet to deler, hvorav første del omfattet informasjon om det å bli gammel og utforskning av gruppedeltakernes holdning til gamle og det å eldes. Den andre delen omfattet informasjon om det å død og dødsprosessen, samt en utforskning av deltakernes holdning til dette.

Det ble brukt flere instrumenter for å vurdere effekten av tiltaket, dels tidligere utprøvde instrumenter, dels ble det laget nye spørsmål for dette formålet.

Resultater: Resultatene viste at sykepleierne som deltok i opplæringsprogrammet skåret signifikant høyere på kunnskapsspørsmål om døden, sammenliknet med de sykepleierne som ikke hadde deltatt i et slikt program. Når det gjaldt holdninger til de gamle, hadde opplæringen liten effekt. Imidlertid ble de sykepleierne som deltok i programmet mer engstelige for døden. Det ble altså et blandet resultat av denne type program. Forfatterne påpekte at det ikke finnes litteratur som sier noe om effekter av opplæringsprogram som går over kort eller lang tid. De viser ellers til litteratur som har sett på nytten av opplæring om død, men dette har i hovedsak vært til grupper som ikke har samme "nærkontakt" med døende som i den foreliggende studien.

Konklusjon: Selv om denne type tiltak ikke påvirket sykepleiernes holdning til gamle mennesker, ga opplæringsprogrammet mer kunnskap om det å dø.

Vi vurderte denne studien til å være av lav metodisk kvalitet.

---

## OPPSUMMERING AV RESULTATENE

---

Resultatene i de studiene vi her har inkludert var ikke entydige. To av fem studier viste klar positiv effekt av tiltakene, både når det gjaldt ansattes kunnskapsnivå og effekt for pasientene. Andre studier viste en svært liten, om i det hele tatt noen effekt av opplæringsprogrammet. Det er imidlertid løfterikt at de to studiene som viste at opplæringsprogrammene resulterte både i økt kunnskap blant personalet og positive endringer for pasientene, var de studiene som vi vurderte til å være av best kvalitet. En av disse studiene hadde også vurdert om opplæring hadde effekt på døende sykehjempasienters livskvalitet og deres grad av tilfredshet med pleien i sykehjem,

---

<sup>13</sup> Her ble fire grupper randomisert til henholdsvis intervensjons- og kontrollgruppe, pre- og posttest, se for øvrig [www.socialresearchmethods.net](http://www.socialresearchmethods.net) og Graziano og Raulin, 1996 ().

der de fant at pasientene etter intervensjonen var mindre deprimerte og mer fornøyde med pleien.

---

# Diskusjon

Denne kunnskapsoppsummeringen er en systematisk oversikt, det vil si at vi har søkt etter, hentet inn, kritisk vurdert og oppsummert forskning fra studier som har vurdert effekten av ulike typer opplæring i pleie og omsorg ved livets slutt blant ansatte i sykehjem. Rapporten er basert på i alt seks artikler (fem studier) som rapporterte resultater om effekter av opplæringsprogram til sykehjemsansatte med sikte på å bedre deres kompetanse i arbeidet med døende pasienter.

Det er foretatt få studier av opplæring i pleie og omsorg ved livets slutt ved sykehjem, og bare noen av disse har en type design som gjør det mulig å si noe sikkert om hvilke effekter som foreligger. Det er en ytterligere svakhet for norske forhold at de fleste studiene på dette området er foretatt i USA. Dette gjelder samtlige inkluderte studier og også de fleste av de vi har ekskludert, men listet som tematisk interessante. De inkluderte studiene er foretatt med 15-20 års mellomrom. Det knappe antall gode studier er ytterligere å beklage sett på bakgrunn av stadige påpekninger i internasjonal litteratur på manglende kunnskap og ferdigheter som en vesentlig barriere for å gi god pleie og omsorg i livets slutfase. I Norge er sikring av kompetanse og behov for opplæring ikke minst aktualisert ved den høye andelen ufaglærte i sykehjemmene.

Ikke bare er studiene få, de er også beheftet med betydelige metodiske svakheter. Tre av de fem studiene hadde et randomisert design, de to andre er før- og etterstudier med kontrollgruppe. Tilfeldig fordeling til intervensjon eller kontroll sikrer i prinsippet en rettferdig fordeling (alt annet enn det programmet man vurderer effekten av er likt). Randomisering av grupper (her: sykehjem) er en potensielt nyttig teknikk når man for eksempel skal lære opp en hel stab. Slike klyngerandomiserte forsøk stiller imidlertid egne krav til metode som ikke er oppfylt i de aktuelle studiene (38). For eksempel mangler det forhåndsoverveielser over hvor mange klynger (sykehjem) og hvor stort antall personer i hver klynge som må til, for å kunne finne en effekt. Frafall (lav svarprosent) er et vesentlig problem i flere av studiene. Da mister man lett det som i utgangspunktet kunne være en rettferdig sammenlikning.

Et annet kjennetegn ved studiene er at tiltakene var avgrenset i omfang og innhold og av relativt kort varighet. Ingen av studiene har brukt det samme opplæringstilbudet, og opplæringen som er gitt er oftest for dårlig beskrevet. Én av

studiene viste imidlertid til en egen artikkel som beskriver opplæringsprogrammet i detalj. Et positivt element med sikte på å øke tilgjengeligheten for de ansatte ved sykehjemmene, var at opplæringstilbudet hadde blitt repetert flere ganger samme dag eller over flere dager, for å gjøre det mulig for flest mulig å delta.

Nesten alle de omtalte tiltakene er sammensatte tiltak, for eksempel en kombinasjon av forelesninger, rollespill, beskrivelse og diskusjon av enkelttilfeller. Derfor er det vanskelig å si om det er enkelttiltak som gir effekt eller om det er en bestemt kombinasjon av tiltak. Noen tiltak har hatt spesifikt fokus på å øke kompetanse i vurdering og behandling av smerter, mens andre har tatt sikte på en mer generell kunnskaps- og kompetanseheving når det gjelder vurdering og behandling av symptomer knyttet til aldring og død.

Det er også en svakhet at de fleste studiene ikke har vurdert hvordan eventuell økt kunnskap gir seg utslag i bedre ferdigheter. Noen vurderte dette mer indirekte, ved å be de ansatte beskrive hvordan de ville håndtere konkrete pasientsituasjoner, mens én studie vurderte endringer i personalets atferd direkte ved blant annet å se på antall pasienter som vurderes og behandles for smerter.

Alt i alt er det et betydelig paradoks som reiser seg i kjølvannet av en slik litteraturoversikt. "Alle" er enige om at det er et stort og praktisk viktig problem vi har med å gjøre, og at vi trenger mer empirisk (erfaringsbasert) forskning. Likevel er det alt vesentlige av artikler vi har funnet dels beskrivelser av enkelttiltak, dels ren argumentasjon, uten egne data. Når data foreligger, er studiene med få unntak utført slik at det ikke på en pålitelig måte lar seg vurdere om det er tiltaket eller noe annet som har gitt effekten eller forårsaket mangel på effekt. Sykepleierforskere fortjener ros for at det nesten utelukkende er dem som har tatt opp dette problemet. Kravet til evalueringsmetoder innenfor sykepleierforskningen må imidlertid skjerpes. Dette for å unngå å kaste bort ressurser, i form av tid, tapte læringsmuligheter og penger, på evalueringsdesign vi vet fra metodeforskning er upålitelige. Vi trenger mer og bedre evalueringsforskning for å bedømme om noe virker. Samtidig trenger man mer forskning som undersøker hvorfor et gitt program eller en gitt tilnærming virker. Det første formålet krever et enkelt, men robust kvantitativt forsøksoppsett; det andre fordrer gode kvalitative studier.

Flere av forfatterne understreket at det er helt nødvendig at denne type opplæring foregår mer eller mindre kontinuerlig, både for å holde ved like kompetansen hos dem som fortsetter i arbeid, men ikke minst som et tilbud til nye ansatte, siden det er høy gjennomtrekk av helsepersonell i sykehjemmene.

Den variasjon i effekt av opplæringstiltak som vi fant her, er i tråd med den tidligere nevnte Cochrane-oversikten som studerte effekten av forskjellige typer etterutdanningstiltak på tvers av arbeidsområder og personell i helsetjenesten, så vel som på tvers av geografi og kulturer (39). Den viste at selv om effekten av

etterutdanningskurs kan variere fra tiltak til tiltak, så er det gjennomsnittlige effektestimatet fra "liten" til "moderat" forbedring av både profesjonell praksis og helseutfall for pasientene. En ennå ikke publisert oppdatering av denne kunnskapsoversikten viser at det å bruke en kombinasjon av didaktiske og interaktive undervisningsmetoder, samt sikre så stor grad av deltakelse fra målgruppen som mulig, kan bidra til å øke effekten av tiltaket (40).

Det er et stort behov for mer forskning på dette viktige feltet, med et metodisk design som gir mulighet til å vurdere effekten av opplæringsprogram for personalets kunnskapsnivå og hvordan dette omdannes til praktisk handling.

---

# Konklusjon

Det foreligger svært få gode studier av effekt av opplæringstiltak for å bedre pleie og omsorg i livets slutfase blant eldre på sykehjem. Resultatene fra de studier som foreligger er ikke entydige, men de to studiene som er av best kvalitet viste at opplæringstiltak til sykehjemsansatte bedret ansattes kunnskapsgrunnlag og var positivt for pasientene. Det er et stort behov for flere studier med en type design som gir mulighet til å si om opplæringen har effekt, samt en mer enhetlig strategi for hvilke utfall det er viktig å studere og hvordan man måler ulike utfall. Økt kunnskap er ikke alltid tilstrekkelig for å få til endringer i praksis. Det er derfor viktig å trekke inn hva som fremmer og hva som hindrer omdanning av kunnskap til praktisk handling til beste for de gamle på sykehjem i livets slutfase.

---

# Referanser

## Reference List

1. Hjort PF. [Death in nursing homes]. Tidsskr Nor Laegeforen 2004;124(22):2876.
2. Husebo BS, Husebo S. [Nursing homes as arenas of terminal care--how do we do in practice?]. [Review] [16 refs] [Norwegian]. Tidsskrift for Den Norske Laegeforening 2005;125(10):1352-4.
3. Husebo BS, Husebo S. [Ethical end-of-life decision making in nursing homes]. [Norwegian]. Tidsskrift for Den Norske Laegeforening 2004;124(22):2926-7.
4. World Health Organization. Better Palliative Care for Older People. Copenhagen: WHO Regional Office; 2004.
5. Statistisk Sentralbyrå. Dødsfall etter dødssted 2006 [Statistisk Sentralbyrå]. [oppdatert 2006 ; lest . Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/emner/03/01/10/dodsarsak/tab-2008-06-27-19.html>.
6. Norsk forening for paliativ medisin. Standard for palliasjon. Oslo: Den norske lægeforening; 2007.
7. Zerzan J, Stearns S, Hanson L. Access to palliative care and hospice in nursing homes. JAMA: Journal of the American Medical Association 2000;2000 Nov 15;284(19):2489-94.
8. Kayser-Jones J. The experience of dying: an ethnographic nursing home study.[see comment]. [Review] [51 refs]. Gerontologist 2002;42 Spec No 3:11-9.
9. Miller SC, Mor V, Wu N, Gozalo P, Lapane K. Does receipt of hospice care in nursing homes improve the management of pain at the end of life? J Am Geriatr Soc 2002;50(3):507-15.
10. Oliver DP, Porock D, Zweig S. End-of-life care in U.S. nursing homes: a review of the evidence.[see comment]. [Review] [53 refs]. Journal of the American Medical Directors Association 2004;5(3):147-55.
11. Teno JM, Clarridge BR, Casey V, Welch LC, Wetle T, Shield R, et al. Family perspectives on end-of-life care at the last place of care.[see comment]. JAMA 2004;291(1):88-93.
12. Brazil K, Vohra JU. Identifying educational needs in end-of-life care for staff and families of residents in care facilities. International Journal of Palliative Nursing 2005;2005 Sep;11(9):475-80.

13. Ersek M, Kraybill BM, Hansberry J. Investigating the educational needs of licensed nursing staff and certified nursing assistants in nursing homes regarding end-of-life care. *American Journal of Hospice & Palliative Care* 1999;16(4):573-82.
14. Raudonis BM, Kyba FCN, Kinsey TA. Long-term care nurses' knowledge of end-of-life care. *Geriatric Nursing* 2002;2002 Nov-Dec;23(6):296-301.
15. Whittaker E, Kernohan WG, Hasson F, Howard V, McLaughlin D. The palliative care education needs of nursing home staff. *Nurse Education Today* 2006;2006 Aug;26(6):501-10.
16. Wowchuk SM, McClement S, Bond J, Jr. The challenge of providing palliative care in the nursing home part II: internal factors. *Int J Palliat Nurs* 2007;13(7):345-50.
17. Jones KR, Fink R, Pepper G, Hutt E, Vojir CP, Scott J, et al. Improving nursing home staff knowledge and attitudes about pain. *Gerontologist* 2004;44(4):469-78.
18. Gibbs G. Nurses in private nursing homes: a study of their knowledge and attitudes to pain management in palliative care. *Palliative Medicine* 1995;1995 Jul;9(3):245-53.
19. Hanson LC, Danis M, Garrett J. What is wrong with end-of-life care? Opinions of bereaved family members. *Journal of the American Geriatrics Society* 1997;1997 Nov;45(11):1339-44.
20. Den norske lægeforening. Når du blir gammel og ingen vil ha deg [www.legeforeningen.no/index.gan?id=5178]. [oppdatert 2006 ; lest
21. Gjerberg E. [Good quality in nursing home services? An analysis based on assessments by the head nurse]. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996;116(14):1692-6.
22. Sosial- og Helsedirektoratet. Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003-2006. Rekruttering for bedre kvalitet. Oslo 2008. Rapport nr 4.
23. Sosial- og Helsedirektoratet. Rekruttering for bedre kvalitet. Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003-2006. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2004. Rapport nr 1.
24. Davis D, O'Brien MA, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *JAMA* 1999;282(9):867-74.
25. O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD, Wolfe F, Davis D, Herrin J. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. 2001.
26. Thidemann IJ. Vi bare tar oss av hverandre. *Sykepleien* 2002;(19)
27. Gjerberg E, Amble N. Pleie- og omsorgssektoren som lærende organisasjon - Et forsknings- og utviklingsprosjekt. 2008.
28. Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld.nr 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer. Oslo 2006.
29. Slik oppsummerer vi forskning Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2006 [http://www.kunnskapssenteret](http://www.kunnskapssenteret.no)



30. Hanson LC, Reynolds KS, Henderson M, Pickard CG. A quality improvement intervention to increase palliative care in nursing homes. *Journal of Palliative Medicine* 2005;2005 Jun;8(3):576-84.
31. Stillman D, Strumpf N, Capezuti E, Tuch H. Staff perceptions concerning barriers and facilitators to end-of-life care in the nursing home. *Geriatric Nursing* 2005;2005 Jul-Aug;26(4):259-64.
32. Linn MW, Linn BS, Stein S, Stein EM. Effect of nursing home staff training on quality of patient survival. *International Journal of Aging & Human Development* 1989;28(4):305-15.
33. Linn MW, Linn BS, Stein S. Impact on nursing home staff of training about death and dying. *JAMA* 1983;250(17):2332-5.
34. Doherty K, Stein S, Linn MW. An in-service guide for death education. *Gerontology & Geriatrics Education* 1982;2(3):191-7.
35. Mullins LC, Merriam S. An experimental study of the impact of a short-term training program in death on nursing home nurses. *Gerontology & Geriatrics Education* 1983;1983 Spring;3(3):213-21.
36. Mullins LC, Merriam S. The effects of a short-term death training program on nursing home nursing staff. *Death Educ* 1983;7(4):353-68.
37. Hanson LC, Reynolds KS, Henderson M, Pickard CG. A quality improvement intervention to increase palliative care in nursing homes. *J Palliat Med* 2005;8(3):576-84.
38. Campbell MK, Elbourne DR, Altman DG. CONSORT statement: extension to cluster randomised trials. *BMJ* 2004;328(7441):702-8.
39. O'Brien LA, Grisso JA, Maislin G, LaPann K, Krotki KP, Greco PJ, et al. Nursing home residents' preferences for life-sustaining treatments. [see comment]. *JAMA* 1995;274(22):1775-9.
40. Forsetlund L, Bjørndal A, Rashidean A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf F, Davis DA, Odegaard-Jensen J, Oxman AD. Continuing education meetings and workshops. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008. Under publisering 2008.

## VEDLEGG 1 - SØKEHISTORIE

Database: Cochrane Library

Dato: 4.4.07

Treff: 167

Prosjektleder: Elisabeth Gjerberg

Søk ved: Louise Forsetlund

ID	Search	Hits
#1	<a href="#">MeSH descriptor <b>Death</b> explode all trees</a>	1137
#2	<a href="#">attitude to death/</a>	312
#3	<a href="#">palliative care/</a>	1695
#4	<a href="#">exp terminal care/</a>	64
#5	<a href="#">hospices/</a>	258
#6	<a href="#">exp withholding treatment/</a>	1
#7	<a href="#">exp advance care planning/</a>	170
#8	<a href="#">("advance medical planning" or "advance health care planning" or advance next directives):ti,ab</a>	65
#9	<a href="#">end-of-life near/4 (care or treatment):ti,ab</a>	42
#10	<a href="#">palliative near/4 (care or treatment):ti,ab</a>	495
#11	<a href="#">"care at the end of life":ti,ab</a>	6
#12	<a href="#">("quality of death" or "good death" or "appropriate death" or "attitude to death" or "attitude to dying"):ti,ab</a>	2
#13	<a href="#">(dying near/6 quality):ti,ab</a>	6
#14	<a href="#">(terminal near/3 care):ti,ab</a>	24
#15	<a href="#">hospice:ti,ab</a>	84
#16	<a href="#">(#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15)</a>	3617
#17	<a href="#">exp nursing homes/</a>	196
#18	<a href="#">(intermediate next care next facilities or skilled next nursing next facilities):ti,ab</a>	34
#19	<a href="#">nursing next homes:ti,ab</a>	987
#20	<a href="#">(#17 OR #18 OR #19)</a>	1205
#21	<a href="#">exp quality of health care/</a>	888
#22	<a href="#">(( dying OR death ) AND #21 AND #20)</a>	115
#23	<a href="#">(#16 AND #20)</a>	113
#24	<a href="#">(#23 OR #22)</a>	167

---

### Database: MEDLINE 1950 – 2007

Dato: 9.1.07

Filter: Kunnskapssenterets filter for systematiske oversikter, basert på SIGN

Treff: 28

Kommentar: Søket ble ikke begrenset på eldre fordi vi så at vi da mistet en relevant studie.

Prosjektleder: Elisabeth Gjerberg  
 Søk ved: Louise Forsetlund

#	Search History Medline	Results
1	Death/	9358
2	Attitude to Death/	9789
3	Palliative Care/	26057
4	exp Terminal Care/	29910
5	Hospices/	3461
6	exp Withholding Treatment/	9891
7	exp Advance Care Planning/	4726
8	(advance medical planning or advance health care planning or advance directives).tw.	1422
9	(end-of-life adj4 (care or treatment)).tw.	2185
10	(palliative adj4 (care or treatment)).tw.	10011
11	care at the end of life.tw.	269
12	(quality of death or good death or appropriate death or attitude to death or attitude to dying).tw.	365
13	(dying adj6 quality).tw.	141
14	terminal care.tw.	1130
15	hospice\$.tw.	4988
16	or/1-15	75082
17	exp Nursing Homes/	24387
18	(intermediate care facilit\$ or skilled nursing facilit\$).tw.	1020
19	nursing home\$.tw.	14385
20	17 or 18 or 19	28812
21	exp "Quality of Health Care"/	2909602
22	21 and (dying or death).tw. and 20	797
23	16 and 20	1451
24	23 or 22	1983
25	Meta-analysis/	7090
26	meta analy\$.tw.	16106
27	metaanaly\$.tw.	597
28	meta analysis.pt.	14064

29	((systematic or comprehensive or literature or quantitative or critical or integrative or evidence\$) adj2 (review\$1 or overview\$1)).tw.	54896
30	literature study.tw.	366
31	(critical adj (appraisal or analysis)).tw.	5224
32	exp Review Literature/	3086
33	cochrane.ab.	7012
34	medline.ab.	19324
35	embase.ab.	5140
36	(psychlit or psyclit).ab.	685
37	(psychinfo or psycinfo).ab.	971
38	(cinahl or cinhal).ab.	2001
39	science citation index.ab.	652
40	bids.ab.	225
41	cancerlit.ab.	349
42	reference list\$.ab.	3069
43	bibliograph\$.ab.	5896
44	hand-search\$.ab.	1439
45	relevant journals.ab.	242
46	manual search\$.ab.	831
47	selection criteria.ab.	8278
48	data extraction.ab.	3847
49	47 or 48	11527
50	review.pt.	1232530
51	49 and 50	7415
52	or/25-46,51	98567
53	comment.pt.	313215
54	letter.pt.	572715
55	editorial.pt.	195642
56	animal/	3955866
57	human/	9489710
58	56 not (56 and 57)	3008957
59	or/53-55,58	3790203
60	52 not 59	92877
61	24 and 60	28

**Database: Embase 1980 – 2007**

Dato: 19.1.07

Filter: Kunnskapssenterets filter for systematiske oversikter, basert på SIGN.

Treff: 15

Kommentar: Søket ble ikke begrenset på eldre fordi vi så at vi da mistet en relevant studie da vi søkte i Medline.

Prosjektleder: Elisabeth Gjerberg

Søk ved: Louise Forsetlund

#	Search History EMBASE	Results
1	death/	28368
2	attitude to death/	44
3	exp palliative therapy/	18776
4	exp terminal care/	8700
5	hospice/	1255
6	(advance care planning or advance medical planning or advance health care planning or advance directives).tw.	997
7	(end-of-life adj4 (care or treatment)).tw.	1467
8	(palliative adj4 (services or care or treatment)).tw.	7783
9	care at the end of life.tw.	193
10	(quality of death or good death or appropriate death or attitude to death or attitude to dying).tw.	174
11	(dying adj6 quality).tw.	101
12	terminal care.tw.	568
13	hospice\$.tw.	1967
14	or/1-13	56205
15	nursing home/	10112
16	(intermediate care facilit\$ or skilled nursing facilit\$).tw.	619
17	nursing home\$.tw.	9526
18	15 or 16 or 17	12827
19	Health Care Quality/	42287
20	19 and (dying or death).tw. and 18	61
21	14 and 18	882

22	20 or 21	904
23	Systematic Review/	14571
24	meta analysis/	28520
25	metaanaly\$.tw.	923
26	meta analy\$.tw.	15157
27	((systematic or comprehensive or literature or quantitative or critical or integrative or evidence\$) adj2 (review\$1 or overview\$1)).tw.	48040
28	literature study.tw.	360
29	(critical adj (appraisal or analysis)).tw.	3969
30	cochrane.ab.	3486
31	medline.ab.	16540
32	embase.ab.	2971
33	(psychlit or psyclit).ab.	395
34	(psychinfo or psycinfo).ab.	760
35	(cinahl or cinhal).ab.	860
36	science citation index.ab.	413
37	bids.ab.	174
38	cancerlit.ab.	253
39	reference list\$.ab.	1591
40	bibliograph\$.ab.	4851
41	hand-search\$.ab.	888
42	relevant journals.ab.	120
43	manual search\$.ab.	723
44	selection criteria.ab.	4004
45	data extraction.ab.	3941
46	44 or 45	7852
47	review.pt.	699531
48	46 and 47	3510
49	or/23-43,48	99128
50	editorial.pt.	171045
51	letter.pt.	335428
52	Animal/	15855
53	Nonhuman/	2824053
54	52 or 53	2829522

55	Human/	5532311
56	54 not (54 and 55)	2414640
57	or/50-51,56	2902375
58	49 not 57	93265
59	22 and 58	15

**Database: Cinal 1982 – 2007**

Dato: 19.1.07

Filter: Kunnskapssenterets filter for systematiske oversikter, basert på SIGN

Treff: 17

Kommentar: Søket ble ikke begrenset på eldre fordi vi ved søk i Medline så at vi da mistet en relevant studie.

Prosjektleder: Elisabeth Gjerberg

Søk ved: Louise Forsetlund

#	Search History CINAHL	Results
1	Death/	4343
2	Attitude to Death/	2683
3	Palliative Care/	6087
4	Terminal Care/	4949
5	Hospice Care/	3148
6	Hospices/	983
7	Advance Directives/	1935
8	"Hospice and Palliative Nursing"/	1822
9	(end-of-life adj4 (care or treatment)).tw.	1704
10	(palliative adj4 (care or treatment)).tw.	4515
11	care at the end of life.tw.	184
12	(quality of death or good death or appropriate death or attitude to death or attitude to dying).tw.	198
13	(dying adj6 quality).tw.	98
14	terminal care.tw.	310
15	hospice\$.tw.	3980
16	(advance medical planning or advance health	875

	care planning or advance directives or advance care planning).tw.	
17	or/1-16	21606
18	exp Nursing Homes/	8392
19	(intermediate care facilit\$ or skilled nursing facilit\$).tw.	499
20	nursing home\$.tw.	7285
21	18 or 19 or 20	12257
22	exp "Quality of Health Care"/	104153
23	22 and (dying or death).tw. and 21	101
24	17 and 21	661
25	24 or 23	711
26	meta analysis/	4981
27	metaanaly\$.tw.	172
28	meta analy\$.tw.	3227
29	exp Literature Review/	5092
30	systematic review.pt.	7901
31	((systematic or comprehensive or literature or quantitative or critical or integrative or evidence\$) adj2 (review\$1 or overview\$1)).tw.	14048
32	literature study.tw.	79
33	(critical adj (appraisal or analysis)).tw.	907
34	cochrane.ab.	3842
35	medline.ab.	4868
36	embase.ab.	2125
37	(psychlit or psyclit).ab.	337
38	(psychinfo or psycinfo).ab.	523
39	(cinahl or cinhal).ab.	6593
40	science citation index.ab.	209
41	bids.ab.	71
42	cancerlit.ab.	110
43	reference list\$.ab.	1300
44	bibliograph\$.ab.	1486
45	hand-search\$.ab.	586
46	relevant journals.ab.	144
47	manual search\$.ab.	167



48	selection criteria.ab.	3472
49	data extraction.ab.	1103
50	48 or 49	4112
51	review.pt.	48211
52	50 and 51	183
53	or/26-47,52	27705
54	editorial.pt.	69027
55	letter.pt.	38286
56	commentary.pt.	56537
57	animals/	798
58	or/54-57	137735
59	53 not 58	25089
60	25 and 59	17

### **Norart**

Dato: 4.4.07

Antall treff: 30

(sykehjem or hospice) and (palliativ or terminalpleie)

### **AgeLine**

Dato: 4.4.07

Søktermer (fra tesaurus: Subject search)

palliative care; terminal care; dying; death  
and

nursing home standards; nursing homes

Limits: Research/Academic

## VEDLEGG 2

### Opplæringstiltak i sykehjem - Ekskluderte studier

Studie	Årsak til eksklusjon
<b>Baier RR, Gifford DR., Patry G., et al</b> Ameliorating pain in nursing homes: a collaborative qualitative improvement project. <i>J Am Geriatr Soc</i> 2004; 52:1988-95.	Før- og etterstudie uten kontrollgruppe.
<b>Braun KL, Zir A.</b> Using an interactive approach to teach nursing home workers about end-of-life care. <i>Journal of Hospice and Palliative Nursing</i> 2005; Sep-Oct;7(5):280-8.	Før- og etterstudie uten kontrollgruppe.
<b>Buhr GT., White HK</b> Quality improvement initiative for chronic pain assessment and management in the nursing home: a pilot study. <i>J AM Med dir assoc</i> 2006; 7:246-53	Før- og etterstudie uten kontrollgruppe. Kvalitetsforbedring (PDSA). Ansattes kunnskap om smertevurdering og smertebehandling. Pasienter og pårørendes erfaring med vurdering og behandling av smerter
<b>Easom LR., Galatas S., Warda M.</b> End-of-life care: an educational intervention for rural nurses in southeastern USA <i>Int J Palliat Nurs</i> 2006; 12:526-34.	Før- og etterstudie uten kontrollgruppe. Undervisningsopplegg fordelt på tre uker (s d per uke) om ulike temaer. Ansattes kunnskaper om og holdninger til end-of-life care ble vurdert før og etter undervisningen
<b>Ersek M., Grant MM., Kraybill BM<sup>1</sup></b> Enhancing end-of-life care in nursing homes: Palliative Care Educational Resource Team (PERT) program. <i>Journal of Palliative Medicine</i> 2005; Jun; 8(3):556-66.	Før- og etterstudie uten kontrollgruppe.
<b>Fleming S., Brown I</b> The impact of a death education program for nurses in a long-term care hospital. <i>Gerontologist</i> 1983; 23(2):192-5	Før- og etterstudie uten kontrollgruppe Kvalitetsforbedring (PDSA)
<b>Froggatt K</b> Evaluating a palliative care education project in nursing homes. <i>International Journal of Palliative Nursing</i> 2000; 6(3):140-6.	Evaluering av et to års opplæringsprogram ved fire sykehjem. Ingen kontroll
<b>Hill TE., Ginsburg M., Citko J., Cadogan M.</b>	Selvrapportert opplevelse av endring 6 mndr. etter opplæringsprogram ble iverksatt

<sup>1</sup> Dette programmet og evaluering av det har også vært beskrevet i andre artikler (1)

<p>Improving end-of-life care in nursing facilities: the community state partnership to improve end-of-life. care -- California. Journal of Palliative Medicine 2005;;8(2):300-12.</p>	
<p><b>Hockley J., Frogatt K.</b></p> <p>The development of palliative care knowledge in care homes for older people: the place for action research. Palliative Medicine 2006; 20: 835-843</p>	<p>Brak av aksjonsforskning som metode for å bedre kunnskap om palliativ behandling i fire sykehjem</p>
<p><b>Horner J.K., Hanson L.C., Wood D., Silver A.G., Reynolds K.S.</b></p> <p>Using qualitative improvement to address pain management practices in nursing homes. J Pain Symptom Management 2005; 30: 271-7.</p>	<p>Før- og etter studie uten kontrollgruppe. Kvalitetsforbedring (PDSA). 9 sykehjem</p>
<p><b>Keay TJ, Alexander C, McNally K, Crusse E, Eger RE.</b></p> <p>Nursing home physician educational intervention improves end-of-life outcomes. Journal of Palliative Medicine 2003;6(2):205-13.</p>	<p>Før- og etter studie ved fem sykehjem uten kontrollgruppe</p>
<p><b>Kelly K., Ersek M., Virani R., Malloy P., Ferrell B.</b></p> <p>Geriatric Training Program. Improving Palliative Care in Community Geriatric Care Settings.</p> <p>Journal of Gerontological Nursing 2008; 34 (5): 28-35.</p>	<p>Før- og etter studie blant 76 deltakere som etter opplæring i ELNEC-Geriatric Training Program, skulle iverksette opplæring ved egne arbeidsplasser ("train-the-trainer"-model)</p>
<p><b>Kortes-Miller, K., Habjan S., Kelley ML., Fortier M.</b></p> <p>Development of a palliative care education program in rural long-term care facilities.</p> <p>Journal of Palliative Care 2007;23:154-62.</p>	<p>Beskriver utviklingen av et undervisningsprogram, basert på kartlegging av kunnskapsbehov i end-of-life care. Utprøving av programmet i seks undervisningssesjoner á 2,5 timer i tverrfaglige grupper.</p>
<p><b>Mathews K, Curie M, Finch J.</b></p> <p>Provision of palliative care education in nursing homes. Nursing Times 2006;102(5):36-40.</p>	<p>Deskriptiv artikkel om opplæringsbehov og opplæringstilbud</p>
<p><b>Mullins LC, Merriam S.</b></p> <p>The effects of a short-term death training</p>	<p>Dobbeltpublisering</p>

<p>program on nursing home nursing staff. Death Educ 1983;7(4):353-68.</p>	
<p><b>Parks SM, Haines C, Foreman D, McKinstry E, Maxwell TL</b></p> <p>Evaluation of an educational program for long-term care nursing assistants. Journal of the American Medical Directors Association 2005;6(1):61-5.</p>	<p>Før- og etter studie uten kontrollgruppe. Ett sykehjem</p>
<p><b>Watson J., Hockley J., Dewar B.</b></p> <p>Barriers to implementing an integrated care pathway for the last days of life in nursing homes. Int J Palliat Nurs 2006; 12: 234-40.</p>	<p>Før- under og etter studie uten kontrollgruppe. 8 sykehjem</p>

## VEDLEGG 3 - VURDERING AV STUDIENES KVALITET

### *Kritisk vurdering av randomisert, kontrollert studie*

	<i>Hansson et al 2004</i>	JA	UKLART	NEI
1	Er utvalget tilfeldig fordelt (randomisert) til tiltaks- og kontrollgruppe?	X		
2	Er denne randomiseringen skjult for den som fordeler til gruppene?		X	
3	Er gruppene like ved oppstart av studien (er det lik fordeling av prognostiske faktorer, se etter tabell over karakteristika for tiltaks- og kontrollgruppen)?		X	
4	Er gruppene behandlet likt bortsett fra for tiltaket som evalueres?	X		
5	Er deltakere/pasienter uvitende (blindet) med hensyn til hvilken gruppe de er i?			X
6	Er utøverne eller behandlerne uvitende om hvem som er i hvilken gruppe?			X
7	Er den som vurderte resultatene og eventuelt analyserte dataene uvitende om hvilket tiltak deltakerne fikk?			X
8	Er deltakerne analysert i sin opprinnelige gruppe? (“intention to treat”)?	X		
9	Er det gjort rede for alle deltakerne ved slutten av studien?		x	
10	Er måling av alle relevante utfall/endepunkter utført standardisert, gyldig og pålitelig?	X		
11	Er resultatene presise? (Er det oppgitt konfidensintervall eller p-verdier for effektmålet?)	X		
<b>Konklusjon: Moderat kvalitet?</b>				

#### **Samlet kvalitetsvurdering av studien (intern validitet)<sup>1</sup>**

Høy kvalitet (ingen begrensinger)

Brukes hvis alle eller de fleste kriteriene fra sjekklisten er oppfylt. Dersom noen av kriteriene ikke er oppfylt, må det være veldig lite sannsynlig at studiens konklusjon blir påvirket.

Middels kvalitet (noen begrensinger)

Brukes hvis noen av kriteriene fra sjekklisten ikke er oppfylt og/eller der kriteriene ikke er tilfredsstillende beskrevet. Samlet vurdering tilsier at det er lite sannsynlig at studiens konklusjon blir påvirket.

Lav kvalitet (alvorlige begrensinger)

Brukes hvis få eller ingen kriterier fra sjekklisten er oppfylt og/eller ikke er tilfredsstillende beskrevet. Samlet vurdering tilsier at det er sannsynlig at studiens konklusjon kan bli endret.

<sup>1</sup> Basert på Users' guides to the medical literature. Choosing Evidence Worksheet 1B1 Therapy  
www.usersguides.org

### ***Kritisk vurdering av kontrollert før og etter studie***

		JA	UKLART	NEI
	<b><i>Jones et al 2004</i></b>			
1	Er gruppene like ved oppstart av studien?		X	
2	Ble utfallsmål anskaffet for $\geq 80$ % av de rekrutterte personene?		X	
3	Er alle relevante utfall/endepunkt målt med stor presisjon? (Ja: To eller flere avlesere med $\geq 90$ % overensstemmelse, kappa $\geq 0,8$ eller utfallsdata anskaffet fra et automatisk system, f. eks. sykehusdøgn)		X	
4	Er alle relevante utfall/endepunkt vurdert blindet eller objektivt?		X	
5	Er det usannsynlig at kontrollgruppen fikk intervensjonen (kontaminering)?	X		

### ***Konklusjon: Lav kvalitet***

#### **Samlet kvalitetsvurdering av studien (intern validitet)<sup>2</sup>**

Høy kvalitet (ingen begrensinger)	Brukes hvis alle eller de fleste kriteriene fra sjekklisten er oppfylt. Dersom noen av kriteriene ikke er oppfylt må det være veldig lite sannsynlig at studiens konklusjon blir påvirket.
Middels kvalitet (noen begrensinger)	Brukes hvis noen av kriteriene fra sjekklisten ikke er oppfylt og/eller der kriteriene ikke er tilfredsstillende beskrevet. Samlet vurdering tilsier at det er lite sannsynlig at studiens konklusjon blir påvirket.
Lav kvalitet (alvorlige begrensninger)	Brukes hvis få eller ingen kriterier fra sjekklisten er oppfylt og/eller ikke er tilfredsstillende beskrevet. Samlet vurdering tilsier at det er sannsynlig at studiens konklusjon kan bli endret.

<sup>2</sup> Cocherane Effective Practice and Organisation of Care Review Group. The data collection check list 2004

### ***Kritisk vurdering av kontrollert før og etter studie***

		JA	UKLART	NEI
	<b><i>Stillman et al 2005</i></b>			
1	Er gruppene like ved oppstart av studien?		X	
2	Ble utfallsmål anskaffet for $\geq 80$ % av de rekrutterte personene?		X	
3	Er alle relevante utfall/endepunkt målt med stor presisjon? (Ja: To eller flere avlesere med $\geq 90$ % overensstemmelse, kappa $\geq 0,8$ eller utfallsdata anskaffet fra et automatisk system, f. eks. sykehusdøgn)			X
4	Er alle relevante utfall/endepunkt vurdert blindet eller objektivt?		X	
5	Er det usannsynlig at kontrollgruppen fikk intervensjonen (kontaminering)?	X		

***Konklusjon: Lav kvalitet<sup>3</sup>***

---

<sup>3</sup> Veldig lav svarprosent

**Kritisk vurdering av randomisert, kontrollert studie<sup>4</sup>**

		JA	UKLART	NEI
	<b>Linn et al 1983</b>			
1	Er utvalget tilfeldig fordelt (randomisert) til tiltaks- og kontrollgruppe?	X		
2	Er denne randomiseringen skjult for den som fordeler til gruppene?		X	
3	Er gruppene like ved oppstart av studien (er det lik fordeling av prognostiske faktorer, se etter tabell over karakteristika for tiltaks- og kontrollgruppen)?	X		
4	Er gruppene behandlet likt bortsett fra for tiltaket som evalueres?	X		
5	Er deltakere/pasienter uvitende (blindet) med hensyn til hvilken gruppe de er i?			X
6	Er utøverne eller behandlerne uvitende om hvem som er i hvilken gruppe?			X
7	Er den som vurderte resultatene og eventuelt analyserte dataene uvitende om hvilket tiltak deltakerne fikk?		X	
8	Er deltakerne analysert i sin opprinnelige gruppe? (“intention to treat”)?	X		
9	Er det gjort rede for alle deltakerne ved slutten av studien?		X	
10	Er måling av alle relevante utfall/endepunkter utført standardisert, gyldig og pålitelig?		X	
11	Er resultatene presise? (Er det oppgitt konfidensintervall eller p-verdier for effektmålet?)	X		
	<b>Konklusjon: Moderat kvalitet</b>			

<sup>4</sup> Basert på Users' guides to the medical literature. Choosing Evidence Worksheet 1B1 Therapy [www.usersguides.org](http://www.usersguides.org)



		JA	UKLART	NEI
	<b>Linn et al 1989</b>			
1	Er utvalget tilfeldig fordelt (randomisert) til tiltaks- og kontrollgruppe?	X		
2	Er denne randomiseringen skjult for den som fordeler til gruppene?	X		
3	Er gruppene like ved oppstart av studien (er det lik fordeling av prognostiske faktorer, se etter tabell over karakteristika for tiltaks- og kontrollgruppen)?	X		
4	Er gruppene behandlet likt bortsett fra for tiltaket som evalueres?	X		
5	Er deltakere/pasienter uvitende (blindet) med hensyn til hvilken gruppe de er i?		X	
6	Er utøverne eller behandlerne uvitende om hvem som er i hvilken gruppe?		X	
7	Er den som vurderte resultatene og eventuelt analyserte dataene uvitende om hvilket tiltak deltakerne fikk?		X	
8	Er deltakerne analysert i sin opprinnelige gruppe? (“intention to treat”)?		X	
9	Er det gjort rede for alle deltakerne ved slutten av studien?	X		
10	Er måling av alle relevante utfall/endepunkter utført standardisert, gyldig og pålitelig?	X		
11	Er resultatene presise? (Er det oppgitt konfidensintervall eller p-verdier for effektmålet?)	x		
	<b>Konklusjon: Moderat kvalitet</b>			

		JA	UKLART	NEI
	<b>Mullins 1983<sup>5</sup></b> (Solomon design)			
1	Er utvalget tilfeldig fordelt (randomisert) til tiltaks- og kontrollgruppe?	X		
2	Er denne randomiseringen skjult for den som fordeler til gruppene?		X	
3	Er gruppene like ved oppstart av studien (er det lik fordeling av prognostiske faktorer, se etter tabell over karakteristika for tiltaks- og kontrollgruppen)?	X		
4	Er gruppene behandlet likt bortsett fra for tiltaket som evalueres?		X	
5	Er deltakere/pasienter uvitende (blindet) med hensyn til hvilken gruppe de er i?			X
6	Er utøverne eller behandlerne uvitende om hvem som er i hvilken gruppe?			X
7	Er den som vurderte resultatene og eventuelt analyserte dataene uvitende om hvilket tiltak deltakerne fikk?			X
8	Er deltakerne analysert i sin opprinnelige gruppe? (“intention to treat”)?		X	
9	Er det gjort rede for alle deltakerne ved slutten av studien?		X	
10	Er måling av alle relevante utfall/endepunkter utført standardisert, gyldig og pålitelig?		X	
11	Er resultatene presise? (Er det oppgitt konfidensintervall eller p-verdier for effektmålet?)	X		
	<b>Konklusjon: Lav kvalitet</b>			

<sup>5</sup> Det er en artikkel til av de samme forfatterne: Mullins & Merriam 1983, men denne gir ikke noe mer eller andre ting enn det som står i denne publikasjonen.

VEDLEGG 4  
EVIDENSTABELLER

<b>Studie</b>	<b>Hanson LC, Reynolds KS, Henderson M, Pickard CG. (2005). A qualitative improvement intervention to increase palliative care in nursing homes</b>
<b>Problemstilling/hensikt med studien</b>	Å studere effekten av et kvalitetsforbedringsprosjekt med sikte på: 1) å øke andelen pasienter som får tilbud om hospice-behandling, 2) å øke smertevurdering og smertebehandling blant pasienter med smerte og 3) å øke forekomst av ”advanced care planning”, dvs. diskusjon om pasientens ønsker og preferanser knyttet til hva som skal skje i slutfasen av livet og dokumentasjon av denne.
<b>Metode</b>	Randomisert kontrollert studie (oppfølging 3 og 6 mndr. etter intervensjon)
<b>Populasjon/Utvalg</b>	Personalet ved 9 sykehjem: 7 sykehjem tilfeldig fordelt til intervensjonsgruppen og 2 sykehjem til kontrollgruppen, med hhv. 870 og 299 pasienter.
<b>Tiltak</b>	Kvalitetsforbedring: (PDSA= plan-do-study-act). 3 måneders rekrutteringsfase med trening av 41 teamledere. Deretter 9 måneders intervensjon med 6 strukturerte opplæringsseksjoner for personalet.
<b>Utfallsmål</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Andel av sykehjemspasientene som var registrert brukere av hospicetjenester,</li> <li>• Andel pasienter som ble vurdert og behandlet for smerter.</li> <li>• Dokumentert diskusjon av ”advanced care planning” i pleieplanen, dvs. at det har foregått en diskusjon om pasientens preferanser for behandling i slutfasen.</li> <li>• Personalets kunnskap om lindrende behandling</li> </ul>
<b>Resultater</b>	Kvalitetsforbedringstiltak med kombinasjon av tilføring av kunnskap og systematisk feedback til personalet på deres innsats, resulterte i statistisk signifikant økning i antall pasienter som fikk palliative tjenester, en sterk vekst i antall som ble smertevurdert og hyppigere diskusjoner av pasientenes preferanser for behandling i livets slutfase. I tillegg fant man en vekst i ikke-medikamentell smertebehandling. Forfatterne konkluderer med at studiene demonstrer en løfterik tilnærming for å endre omsorgen ved livets slutt i sykehjem.
<b>Kommentarer/ Metodisk kvalitet</b>	Studie av moderat metodisk kvalitet. God diskusjon av svakheter ved studien.

<b>Studie</b>	<p><b>Linn MW, Linn BS, Stein S. (1983). Impact on nursing homes staff of training about death and dying</b></p> <p><b>Linn MW, Linn BS, Stein S, Stein EM. (1989). Effect of nursing home staff training on quality of patient survival.</b></p>
<b>Problemstilling</b>	Vil opplæring/trening av sykehjemsansatte i dødspleie ("death and dying training") påvirke de ansattes angst for døden, holdninger, kunnskaper og ferdigheter, samt døende pasienters livskvalitet?
<b>Metode</b>	Randomisert, kontrollert studie
<b>Populasjon/Utvalg</b>	Personalet ved 10 sykehjem, 315 og 330 fordelt til hhv. intervensjons- og kontrollgruppen. (Hhv. 296 og 290 deltok i prosjektet). Antall sykehjemssenger var hhv. 688 og 669. I alt 306 døende pasienter ble studert, med hhv. 147 i intervensjonsgruppen og 159 i kontrollgruppen. 1 og 3 mndrs oppfølging
<b>Tiltak</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tre to-timers kurs med fokus på psykiske og følelsesmessige aspekter ved dødsfasen, samt å øke kunnskaper og ferdigheter i å gi god pleie og omsorg</li> </ul>
<b>Utfallsmål</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personalets angst for død og døende,</li> <li>• Holdninger til den døende og deres pårørende,</li> <li>• Kunnskap og ferdigheter i dødspleie</li> <li>• Pasienters livskvalitet (4 variable)</li> <li>• Pasientenes tilfredshet med pleien (23 variable)</li> </ul>
<b>Resultater</b>	<p>Resultatene er beskrevet i to artikler, der artikkelen fra 1983 beskriver hvilken effekt opplæringsprogrammet hadde på ansattes angst for døden, deres holdninger, kunnskap og ferdigheter i dødspleie.</p> <p>Studien viste at ansatte etter opplæringsprogrammet hadde mindre angst for døende pasienter, men økt angstnivå knyttet til egen død, sammenliknet med ansatte ved sykehjem uten opplæring. Opplæringen medførte også en positiv holdningsendring til døende pasienter, bedre kommunikasjon med pårørende, og bedre kunnskaper og ferdigheter i dødspleie. Her skåret ansatte i intervensjonsgruppen statistisk signifikant høyere enn ansatte ved sykehjem uten opplæring.</p> <p>Den andre artikkelen fra 1989 har fokus på hvordan opplæringsprogrammet påvirket døende pasienters opplevelse av livskvalitet og kvaliteten på pleien. Resultatene viste at pasienter i intervensjonsgruppen ved 1 og 3 måneders oppfølging var signifikant mindre deprimert enn pasienter ved sykehjem uten opplæringstiltak. Likeledes var pasienter i intervensjonsgruppen statistisk signifikant mer fornøyd med pleien enn pasienter ved sykehjem som ikke hadde deltatt i opplæringsprogrammet.</p>

<b>Kommentarer/ Metodisk kvalitet</b>	Studien er av moderat metodisk kvalitet, og er på tross av at den er 25 år gammel, den beste studien av de vi har inkludert i vårt materiale.
---	---

<b>Studie</b>	<b>Stillman D, Strump N, Capezuti E, Tuch H. (2005). Staff perceptions concerning barriers and facilitators to end-of-life care in the nursing home</b>
<b>Problemstilling</b>	Å vurdere om et opplæringsprogram i lindrende behandling (paliative care), kunne påvirke kunnskaper og holdninger blant sykehjempersonalet.
<b>Metode</b>	Før- og etterstudie med kontroll. Registrering på to tidspunkt: rett etter intervensjon og ett år senere
<b>Populasjon/Utvalg</b>	Ansatte ved 6 sykehjem, hvorav fire ble fordelt til intervensjonsgruppen og 2 til kontrollgruppen
<b>Tiltak</b>	Opplæring av personalet: to dagers opplæring rettet mot ”nøkkelpersonell”, inkludert en behandlingskoordinator med ansvar for å lede det øvrige treningsprogrammet for personalet i sykehjemmet. Løpende veiledning med en spesialsykepleier Opplæringen og behandlingsprosessene fokuserte på: forbedrede pleieplaner, inkl. ”advanced care planning”, dvs. forberedt diskusjon av pasientens preferanser i forbindelse med livsavslutning, symptomhåndtering og psykologisk støtte. Det opplyses imidlertid ikke noe om omfang eller varighet av opplæringen/veiledning
<b>Utfallsmål</b>	Holdninger til døende pasienter, identifisering av utfordringer i dødspleien og måter for å bedre denne
<b>Resultater</b>	Ingen forskjell mellom intervensjons- og kontrollgruppen for kunnskap om og holdning til behandling av døende pasienter. Intervensjonsgruppen påpekte oftere ensomhet og kommunikasjon med familien som problemer knyttet til dødspleien, og de la større vekt på mer involvering av familien og større vekt på åndelig omsorg som tiltak for å bedre dødspleien. Begge grupper viste tegn til økt oppmerksomhet om utfordringer knyttet til dødspleien ved 2.gangs måling.
<b>Kommentarer/ Metodisk kvalitet</b>	Meget mangelfull metodisk. Sier ikke noe om hvordan fordeling av sykehjem har foregått. Lav svarprosent, og verken intervensjonene eller måleinstrument er beskrevet godt nok.

<b>Studie</b>	<b>Jones KR, Fink R, Pepper G, Hutt E, Vojir CP, Scott J et al.</b> <b>2004</b>
<b>Problemstilling</b>	Hensikten med prosjektet var å øke personalets kunnskap om og holdninger til smerte, forbedre smertebehandlingspraksis, samt å utvikle og teste en kompleks intervensjon med sikte på bedre vurdering og behandling av smerte.
<b>Metode</b>	Før- og etterstudie med kontroll
<b>Populasjon/Utvalg</b>	Ansatte ved 12 sykehjem. 6 sykehjem i intervensjonsgruppen, 6 sykehjem i kontrollgruppen. (Sykehjemmene hadde fra 65 til 180 senger). 300 ansatt besvarte spørreundersøkelsen før intervensjonen, og i alt 378 besvarte spørsmålene etter intervensjonen var avsluttet.
<b>Tiltak</b>	Mange fasettert opplæringsprogram til sykehjemspersonell, med fokus både på opplæring og adferd. Programmet besto blant annet av fire opplæringsseksjoner med fokus på vurdering og behandling av smerter, og hvordan smerter kommuniseres. Dette ble kombinert med fem "site visits" med internt smerteteam.
<b>Utfallsmål</b>	Kunnskap om og holdninger til smerter, smertebehandling. Dette ble målt ved bruk av to eksisterende spørrebatterier utarbeidet av American Geriatric Society og American Medical Directors Association Consensus Panel, tillempet retningslinjer for smertebehandling av eldre.
<b>Resultater</b>	Resultatene viste betydelige kunnskapshull om medikasjon, tilvenning og avhengighet, behandling av bivirkninger og nytten av ikke-medikamentell behandling. Stor forskjell i kunnskap mellom ulike grupper av personell. Tiltaket medførte bedring av kunnskapsnivået ved noen sykehjem, men samlet sett skjedde ingen signifikant endring i kunnskapsnivået. Case-studiene viste at endringer av holdninger og vurdering og behandling av smerter vanskelig gjøres ved at personalet i for stor grad legger egne subjektive vurderinger til grunn, på tvers av hva pasienten forteller. Oppfatning av barrierer, dvs. vanskeligheter med å få til effektiv smertebehandling ble redusert. Forfatterne konkluderer med at selv om en nå har gode kunnskaper om effektiv smertebehandling, er det store utfordringer mht å finne den mest effektive metode for å spre kunnskaper om smerter og smertebehandling til sykehjemspersonale, og det har hittil vært gjort lite forskning på dette feltet.
<b>Kommentarer/ Metodisk kvalitet</b>	Bredt sammensatt intervensjon rettet både mot pleiepersonalet og leger på sykehjem. Mangelfull metodisk kvalitet

<b>Studie</b>	<b>Mullins LC, Merriam S. 1983a og 1983b</b>
<b>Problemstilling</b>	Å vurdere nytten av et to-dagers treningsprogram for sykepleiere på sykehjem. Vil et spesielt treningsopplegg/program medføre: a) mer kunnskap på dette området? b) en mer positiv holdning til eldre? c) endring i angst for døden?
<b>Metode</b>	”Solomon-design”: hvorav to ble tilfeldig fordelt til intervensjonsgruppen, to til kontrollgruppen. Pre- og post-test
<b>Populasjon/Utvalg</b>	Sykepleiere på 4 sykehjem, ca 35 på hvert
<b>Tiltak</b>	Gruppearbeid som omfattet opplæring og diskusjon, på til sammen 3,5 timer fordelt på to dager
<b>Utfallsmål</b>	Kunnskap om og holdninger til gamle. Kunnskap om død, dødsprosessen og angst for døden.
<b>Resultater</b>	Deltakerne i programmet fikk mer kunnskap om døden, men det skjedde liten endring i deres holdning til gamle. Samtidig økte deres egen angst for det å dø.
<b>Kommentarer/ Metodisk kvalitet</b>	Studien er av mangelfull metodisk kvalitet; det er for mange uklarheter i metoden som ikke er gjort rede for