



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Icke -Farmakologiska Metoder inom äldreomsorgen

Berggren Linda

Bizzozero Linaa

Handledare: Terese Lindberg

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1434

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa

Karlskrona Maj 2015

Icke- Farmakologiska Metoder inom äldreomsorgen

Berggren Linda
Bizzozero Linaa

Sammanfattning

Bakgrund: Intresset för icke- farmakologiska metoder (IFM), som alternativ till traditionell medicinsk behandling, ökar successivt. Trots det används IFM i låg grad. Genom utbildning kan kunskapen och därmed användningen av IFM hos vård- och omsorgspersonal öka. Äldre individer är i behov av kompletterande metoder då läkemedelsanvändningen är stor, vilket ger en ökad risk för läkemedelsorsakade biverkningar och läkemedelsinteraktioner. Då det finns tydliga luckor i det vetenskapliga underlag som styrker IFM, behövs mer forskning för att uppnå en evidensbaserad implementering av IFM.

Syfte: Beskriva och jämföra sjuksköterskors- och övrig sjukvårdspersonals användning och kunskap gällande icke- farmakologiska metoder inom äldreomsorgen.

Metod: Empirisk kvantitativ tvärsnittsstudie av en enkät som sammanställts deskriptivt och analyserats med statistisk analys.

Resultat: I resultatet framkom det att kunskapen gällande IFM var begränsad då ca 50 % av både sjuksköterskor och övriga visste vad IFM var. Av sjuksköterskor och övriga inom äldreomsorgen används IFM i relativt låg grad. Vid en jämförelse mellan grupperna framkom det att enbart några få IFM används mer frekvent än andra. Sjuksköterskor använder sig främst av kost/nutrition i arbetet medan övriga använder hjälpmedel mer frekvent. Sjuksköterskor använder oftast IFM vid oro/ångest och övriga använder IFM vid fysisk inaktivitet. Både sjuksköterskor och övriga angav att utvärderingar, av de IFM som används, sällan utförs. Av sjuksköterskorna angav endast 17,9 % att IFM initierades genom läkemedelsgenomgångar.

Slutsats: Både kunskapen och användningen av IFM hos sjuksköterskor och övriga i äldreomsorgen är relativt låg. Utvärderingar av de IFM som används utförs sällan, vilket påverkar den evidensbaserade implementeringen av IFM och därmed användningen negativt. Då äldre personer, många gånger, använder för mycket läkemedel, behövs bättre kartläggningar av läkemedlen för att kunna utvärdera behovet av IFM. För att öka kunskapen och förståelsen för IFM behövs mer utbildning inom området.

Nyckelord: Användning, Blekinge, Hälso- och sjukvårdspersonal, Icke- farmakologiska metoder, IFM, Kunskap, Äldreomsorg.

Innehållsförteckning

Inledning	4
Bakgrund	4
Kunskap om IFM inom hälso- och sjukvård	4
Läkemedelsanvändning och alternativa metoder bland äldre	5
Icke farmakologiska metoder	5
Syfte	6
Metod	6
Population och urval	6
Datainsamling	7
Analys	7
Etiska överväganden	7
Resultat	8
Demografi	8
Kunskap om IFM	8
Användning av IFM	9
IFM som utförs/föreslås i arbetet	9
Tabell 1.	9
Orsaker till att IFM initieras i arbetet	9
Tabell 2.	9
Hur IFM initieras i arbetet	10
Tabell 3.	10
Faktorer som försvårar användningen av IFM	11
Tabell 4.	11
Hur IFM utvärderas	11
Tabell 5.	11
Diskussion	12
Metoddiskussion	12
Resultatdiskussion	13
Slutsatser	15
Självständighet	15
Referenser	16
Bilaga 1 Enkät	19

Inledning

Idag finns ett behov av kompletterande metoder såsom icke- farmakologiska metoder (IFM), som alternativ till läkemedelsbehandling, då läkemedelsanvändningen i Sverige har ökat hos den äldre befolkningen. Med hjälp av IFM kan läkemedelsanvändningen hos äldre personer minskas, samtidigt som vården individanpassas för aktuella behov (1,2). Många äldre är multisjuka och löper stor risk för läkemedelsbiverkningar och dödsfall, då de oftast använder fler än tre läkemedel (3,4). Resultatet av den höga läkemedelskonsumtionen hos äldre är alarmerande och 10-30 % av de akuta sjukhusinläggningarna beror på läkemedelsbiverkningar (2). Det har visats att sjuksköterskor, till skillnad från annan hälso- och sjukvårdspersonal såsom sjukgymnaster och arbetsterapeuter, finner mer tilltro till läkemedel som behandlingsmetod än till alternativa behandlingar, såsom IFM (5–7). För att minska läkemedelsintaget hos äldre behövs kunskap och förståelse för IFM som därmed kan bidra till positiva effekter hos den enskilda äldre (1,5), då okunskap gällande IFM är den främsta anledningen till varför metoderna inte används tillräckligt mycket (8). Det är av vikt att samtliga professioner inom hälso- och sjukvård samarbetar, då dessa kan ta lärdom av varandra och därmed fortsätta att utveckla vården (9). Därför anses det vara av intresse att beskriva och jämföra hur, sjuksköterskor i relation till övrig hälso- och sjukvårdspersonals kunskap och användning av IFM, ser ut.

Bakgrund

Kunskap om IFM inom vård- och omsorg till äldre

Kunskap kring IFM kan möjliggöra en vägledning i arbetet med den äldre individen (10). Utan kunskap och förståelse för begreppet IFM, kan vård- och omsorgsarbetet försvåras genom att engagemang samt motivation hos personalen uteblir (11). En ökad kunskap gällande IFM kan därmed öka förståelsen för hur dessa metoder kan användas som verktyg i det dagliga arbetet. Exempelvis för att lättare kunna förutse och urskilja behandlingsinteraktioner (12). Genom utbildning kan risker, som läkemedelsbiverkningar/interaktioner, identifieras på ett tidigt stadium och därmed förhindra kostsamma åtgärder (13). Hälso- och sjukvården arbetar idag alltmer efter vetenskapligt bevisade metoder. Detta uttrycks som evidensbaserad vård, vilket innebär att vård- och

omsorgen utgår ifrån bästa tillgängliga vetenskapliga grund. Den evidensbaserade vården kräver att gällande personal, kritiskt bedömer och utvärderar vilken/vilka metoder som är bäst i förhållande till varje patient, i detta fall IFM (14). Kunskap och förståelse för IFM i vård och omsorgsarbetet kan förbättra relationen med den äldre individen då det kan bli lättare att svara på frågor gällande den individuella vården, vilket bidrar till positiva effekter hos den äldre personen (15,16). Den äldre individen kan finna en trygghet i vardagen då IFM fokuserar på den enskilda personens egna intressen, erfarenheter och behov (17).

Läkemedelsanvändning och IFM bland äldre individer

Idag finns omfattande, vetenskapliga underlag som belyser akuta sjukdomstillstånd hos äldre orsakade av samtidig användning av flera läkemedel (Polyfarmaci) eller felaktig administration (18). Polyfarmaci bidrar till riskfaktorer såsom läkemedelsbiverkningar och läkemedelsinteraktioner (19). Då åldrandet leder till olika förändringar i kroppen medför detta att läkemedel oftast har en kraftigare verkan hos äldre personer i jämförelse med yngre (20–22). Allt fler äldre personer efterfrågar själva alternativa metoder till läkemedel såsom IFM (1). Då antalet äldre individer ökar i samhället, ökar även behovet av hälso- och sjukvård och därmed behovet av IFM (12,23). Trots detta föreligger det brister i engagemang för att förbättra situationen (18). För att öka kunskapen och medvetenheten kring IFM är det därför nödvändigt med fortsatt forskning och utvärdering gällande dessa metoder för att kunna möta det ökade behovet samt kunna bidra till en evidensbaserad implementering av IFM (14,23).

Icke farmakologiska metoder

Det finns ett flertal definitioner och beskrivningar av begreppet IFM. Definitionerna av begreppet varierar, beroende på vilka perspektiv som används. IFM kan benämnas som "alternativa", "kompletterande" eller "icke traditionella". Anledningen till att IFM introducerades som interventioner, var att hjälpa patienter (24). IFM kan innefatta många olika metoder. Dessa metoder kan vara allt ifrån olika massagetekniker, fysisk aktivitet och ändringar i miljön till ändringar i kosten samt socialt umgänge (25,26). Det är svårt att ge IFM en universal definition, då kriterierna ständigt är under förändring. De IFM som under ett tidigare skede ansågs som kompletterande eller alternativa metoder kan idag redan vara implementerade som vedertagna behandlingsmetoder inom hälso- och sjukvården. Däremot finns det fortfarande tydliga luckor i det vetenskapliga underlaget, då det saknas evidens som stöder IFM (12).

Äldre individer inom äldreomsorgen

Det finns en offentlig definition av begreppet äldre som avgränsas från 65 år och uppåt. I samband med kommunal äldreomsorg kan denna avgränsning variera, då även yngre personer med omfattande omsorgsbehov såsom funktionsnedsättning och multisjuklighet kan ingå (27). Äldreomsorgen innefattar bland annat ordinära och särskilda boenden, vilket sträcker sig till kommunal hemtjänst och äldreboenden. Äldreomsorgen verkar för att de äldre ska få stöd och hjälp med att leva ett, utifrån individen, värdigt liv (28).

Syfte

Var att beskriva och jämföra sjuksköterskors- och övrig sjukvårdspersonals användning och kunskap gällande icke- farmakologiska metoder inom äldreomsorgen.

Metod

Design

Studien är en empirisk, kvantitativ tvärsnittsstudie baserad på en enkät som sammanställts deskriptivt och analyserats med statistisk analys.

Empiriska studier syftar till att beskriva erfarenhetsbaserad kunskap utifrån verkligheten. (29) Tvärsnittsstudier är ofta förekommande vid enkätstudier då dessa visar en viss population vid ett visst tillfälle (30). Tvärsnittsstudier utgår även ifrån kartläggningar av olika egenskaper hos en population (29). Enkätstudier är att föredra vid en kartläggning av ett större urval samt vid en kortare tidsperiod (31). Den kvantitativa forskningen syftar till att samla kvantifierbar data från ett större urval som sedan analyseras utifrån statistiska mätinstrument (32).

Population och urval

En totalundersökning utfördes i Blekinge län och samtlig hälso- och sjukvårdspersonal inom yrkesgrupperna, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och dietister, blev tillfrågade. Dessa var verksamma inom ordinärt och särskilt boende i Karlskrona, Ronneby, Karlshamn, Sölvesborg samt Olofström. I en totalundersökning undersöks alla individer inom ett område (30). Totalt skickades enkäten (se bilaga 1) ut till 265 personer ur målgruppen varav den totala svarsfrekvensen blev 163 personer (61,5 %). Av de 163 personerna som

svarade var 106 sjuksköterskor, 29 arbetsterapeuter, 27 sjukgymnaster och en dietist. Dessa delades sedan in i två grupper, sjuksköterskor och övriga.

Datainsamling

Datainsamlingen utfördes genom en enkät som var utformad av forskning och utveckling (FoU) projektet Äldre i Blekinge under perioden oktober 2014 till januari 2015. Projektet Äldre i Blekinge är en del av landstinget Blekinges kompetenscentrum där syftet är att höja kompetensen och medvetenheten, hos hälso- och sjukvårdspersonal, genom relevant forskning inom äldrevården (33). Enkäten bestod av totalt 10 frågor. Fyra av frågorna var demografiska och innefattade, *yrke, antal år i yrket, i vilken kommun* samt inom vilket område, *särskilt- och/eller ordinärt boende*. Sex frågor utgjordes av flervalsfrågor såsom, *definition av IFM, vilka IFM som utförs/föreslås i arbetet, orsaker till att IFM utförs, hur IFM initieras, faktorer som försvårar användandet av IFM* samt *hur IFM utvärderas*.

Undersökningen utformades i samarbete med aktuella chefer för de olika kommunernas hälso- och sjukvård. Cheferna ombesörjde förmedling samt utskick av enkäten till de olika medarbetarna ur målgruppen.

Analys

Materialet till resultatet bearbetades i två steg. Den deskriptiva statistiken av populationerna behandlades först i statistikprogrammet Statistical Package of the Social Sciences (SPSS) version 20 och beskrevs sedan i frekvens och procent i tabeller. Därefter utfördes en jämförelseanalys mellan populationerna med hjälp av Chi-square test, som används vid databearbetning på nominalskala. Analysen kompletterades sedan med en proportionell z-statistisk signifikansanalys i Openstat analysprogram för Windows, för att kunna urskilja huruvida det förekom signifikans eller inte inom varje kategori, d.v.s. i varje enskilt svarsalternativ (34,35). Signifikansnivån sattes till $p < 0,05$, då denna nivå ses som vedertagen inom omvårdnadsforskning (36). Signifikansnivån anger att resultaten inte är orsakade av slumpen. Ju mindre värden resultatet visar, desto mindre beror resultatet på slumpen (37). I resultatet valdes den statistiska analysen endast att beskrivas utifrån z-statistik.

Etiska överväganden

Inom empirisk forskning är det ett krav med en etikansökan då forskningen avser människor, detta för att skydda den enskilda individens integritet. Det är även av vikt att deltagare till en forskningsstudie ska vara insatta i studiens syfte samt att deltagandet ska vara frivilligt och

anonymt (29,38). Då enkäten till studien var baserad på redan insamlat material genom två olika instanser, valdes det därför endast att utföras en etisk egengranskning enligt etikkommitté sydot som godkändes av gällande handledare samt projektledare. En egengranskning valdes även att utföras då enkäten till studien innehöll information gällande studiens syfte samt etiska aspekter, vilket innebär att deltagandet till studien var frivilligt och inte kunde härledas till person. Enkäten ansågs inte heller behandla känslig information utan enbart fokuserade på vård- och omsorgspersonalens erfarenheter gällande användandet och kunskapen om IFM.

Resultat

Demografi

Resultatet baseras på svaren från 106 sjuksköterskor och 57 övriga (sjukgymnaster, arbetsterapeuter samt dietist). Majoriteten sjuksköterskor, 44,3%, och övriga, 38,6% hade arbetat i 16 år eller fler inom äldreomsorgen. Av både sjuksköterskor och övriga var flest verksamma i äldreomsorgen i Karlskrona (34 % sjuksköterskor och 40,4 % övriga), Karlshamn (21,7 % sjuksköterskor och 19,3 % övriga) samt Ronneby (20,8% sjuksköterskor och 17,5 % övriga).

Av sjuksköterskorna arbetade 56,6 %, och av övriga 35,1%, på särskilt boende. Inom ordinärt boende arbetade 35,8 % sjuksköterskor och 38,6 % av övriga. 7,5 % sjuksköterskor samt 26,3 % övriga var verksamma inom båda områdena. Statistisk analys genom z- test visade signifikanta skillnader mellan sjuksköterskor och övriga där majoriteten av sjuksköterskorna arbetade på särskilt boende samt att majoriteten övriga var verksamma inom både särskilt och ordinärt boende ($p= 0,0005-0,0044$).

Kunskap om IFM

I en beskrivning av IFM utformad av projektet äldre i Blekinge, där IFM beskrevs som medvetet valda metoder för att förebygga, lindra eller hjälpa enskilda individer efter aktuellt behov, ombads deltagarna att kryssa i ett eller flera av de alternativ som passade bäst in. Av sjuksköterskorna svarade 59,4% att de hade sett/hört talas om ovanstående beskrivning. På samma alternativ svarade övrig personal 43,9% . De som inte hade sett/hört ovanstående beskrivning var 17,9% sjuksköterskor och 21,1% övrig personal. 53,8% av sjuksköterskorna

och 61,4% av övrig personal svarade även att ovanstående beskrivning stämde överens med de egna tankarna om vad IFM var.

Användning av IFM

IFM som utförs/föreslås i arbetet

Av sjuksköterskorna svarade 93,4 % bemötande, 85,8 % kost/nutrition samt 81,1 % fysisk aktivitet. Av övriga svarade 77,2 % hjälpmedel, 75,4 % fysisk aktivitet samt bemötande.

De största skillnaderna påvisades i alternativen, bemötande, hjälpmedel samt kost/nutrition ($p= 0,0000 - 0,0005$). (Tabell 1)

Tabell 1. IFM som utförs/föreslås i arbetet

	Sjuksköterskor n= 106 n(%)	Övriga n= 57 n(%)	p
Bemötande	99(93,4)	43(75,4)	p= 0,0005
Fysisk aktivitet	86(81,1)	43(75,4)	p= 0,1968
Fysisk behandling	50(47,2)	29(50,9)	p= 0,3258
Hjälpmedel	44(41,5)	44(77,2)	p= 0,0000
Kost/Nutrition	91(85,8)	17(29,8)	p= 0,0000
Kultur	56(52,8)	21(36,8)	p= 0,0256
Miljö	63(59,4)	29(50,9)	p= 0,1467
Stimulering	53(50,0)	23(40,4)	p= 0,1195
Ingen	Missing 1	2(3,5)	-

Statistisk signifikans = $p < 0,05$.

Siffror i parantes anges i procentenhet.

Statistisk metod som använts är z-test.

Orsaker till att IFM initieras i arbetet

Av sjuksköterskorna svarade 89,6 % oro/ångest, 64,2 % sömnproblem samt 55,7 % beteendeproblem. Hos övriga svarade, 71,9 % fysisk inaktivitet, 56,1 % smärta samt 52,6 % oro/ångest.

Skillnader påvisades i alternativen oro/ångest, sömnproblem, nedstämdhet, beteendeproblem, mage/tarmproblem, fysisk inaktivitet samt smärta ($p= 0,0000 - 0,0021$). (Tabell 2)

Tabell 2. Orsaker till att IFM initieras i arbetet

	Sjuksköterskor	Övriga
--	-----------------------	---------------

	n= 106 n(%)	n= 57 n(%)	p
Beteendeproblem	59(55,7)	17(29,9)	p= 0,0008
Fysisk inaktivitet	43(40,6)	41(71,9)	p= 0,0001
Mage- tarmproblem	35(33,0)	5(8,8)	p= 0,0003
Minnesproblem	17(16,0)	7(12,3)	p= 0,2593
Nedstämdhet	57(53,8)	13(22,8)	p= 0,0001
Oro/ångest	95 (89,6)	30(52,6)	p= 0,0000
Smärta	35(33,0)	32(56,1)	p= 0,0021
Social understimulering	40(37,7)	18(31,6)	p= 0,2168
Sömnproblem	68(64,2)	19(33,3)	p= 0,0001
Vet ej	1(0,1)	2(3,5)	p= 0,1226

Statistisk signifikans= $p < 0,05$.

Siffror i parantes anges i procentenhet.

Statistisk metod som använts är z-test.

Hur IFM initieras i arbetet

Av sjuksköterskorna svarade 74, 5 % genom sig själva, 66,0 % genom omvårdnadspersonal samt 60,4 % genom teamträffar eller liknande. Av övriga svarade 68,4 % genom teamträffar eller liknande, 61,4 % genom sig själva samt 52,6 % genom omvårdnadspersonal.

De största signifikanta skillnader som påvisades mellan grupperna fanns i alternativen genom läkemedelsgenomgångar samt genom individen själv ($p = 0,0044 - 0,0061$). (Tabell 3)

Tabell 3. Hur IFM initieras i arbetet

	Sjuksköterskor n= 106 n(%)	Övriga n= 57 n(%)	p
Individen själv	8(7,5)	12(21,1)	p= 0,0061
Närstående	16(15,1)	11(19,3)	p= 0,2456
Omvårdnadspersonal	70(66,0)	30(52,6)	p= 0,0469
Annan personal	19(17,9)	12(21,1)	p= 0,3137
Läkemedelsgenomgångar	19(17,9)	2(3,5)	p= 0,0044
BPSD- bedömning	16(15,1)	2(3,5)	p= 0,0122
Teamträffar eller liknande	64(60,4)	39(68,4)	p= 0,1550
Dig själv	79(74,5)	35(61,4)	p= 0,0407
Vet ej	3(2,8)	3(5,3)	p= 0,2157

Statistisk signifikans= $p < 0,05$.

Siffror i parantes anges i procentenhet.

Statistisk metod som använts är z-test.

Faktorer som försvårar användningen av IFM

Av sjuksköterskorna svarade 69,8 % tidsbrist hos annan personal, 48,1 % brist på engagemang eller motivation hos annan personal samt 45,3 % kunskapsbrist hos annan personal. Av övriga svarade 66,7 % tidsbrist hos annan personal, 57,6 % tidsbrist hos mig själv samt 56,1 % brist på resurser.

De skillnader som påvisades mellan grupperna fanns i alternativen, brist på engagemang och stöd hos chefer samt tidsbrist hos sig själva ($p= 0,0004- 0,0016$). (Tabell 4)

Tabell 4. Faktorer som försvårar användningen av IFM

	Sjuksköterskor n= 106 n(%)	Övriga n= 57 n(%)	p
Brist på engagemang och stöd hos chefer	11(10,4)	18(31,6)	p= 0,0004
Kunskapsbrist hos mig själv	21(19,8)	9(15,8)	p= 0,2637
Kunskapsbrist hos annan personal	48(45,3)	28(49,1)	p= 0,3197
Brist på engagemang eller motivation hos mig själv	5(4,7)	-	-
Brist på engagemang eller motivation hos annan personal	51(48,1)	27(47,4)	p= 0,4638
Brist på resurser	45(42,5)	32(56,1)	p= 0,0475
Tidsbrist hos mig själv	36(34,0)	33(57,6)	p= 0,0016
Tidsbrist hos annan personal	74(69,8)	38(66,7)	p= 0,3398
Brist på planering och struktur	26(24,5)	21(36,8)	p= 0,0490
Jag ser inga brister	5(4,7)	-	-

Statistisk signifikans= $p<0,05$.

Siffror i parantes anges i procentenhet.

Statistisk metod som använts är z-test.

Hur IFM utvärderas

Av sjuksköterskorna svarade 31,1 % att de använde checklista/mall samt att en utvärdering inte utförs. Av övriga svarade 33,3 % att en utvärdering inte utförs.

Inga signifikanta skillnader påträffades mellan grupperna. (Tabell 5)

Tabell 5. Hur IFM utvärderas

	Sjuksköterskor n= 106 n(%)	Övriga n= 57 n(%)	p
Checklista/mall	33(31,1)	12(21,1)	p= 0,0849

Validerade instrument	27(25,5)	17(29,8)	p= 0,2753
Görs inte	33(31,1)	19(33,3)	p= 0,3869

Statistisk signifikans= $p < 0,05$.

Siffror i parentes anges i procentenhet.

Statistisk metod som använts är z-test.

Diskussion

Metoddiskussion

Det finns för- och nackdelar med att använda en redan utformad enkät. fördelarna är att det är kostnads- och tidseffektivt samt att det kan vara en fördel att behandla informationen utifrån ett objektiva synsätt. Däremot kan ett objektiva synsätt även försvåra sammanställningen av enkätsvaren. En kvalitativ metod hade kunnat användas som komplement till studien, då en kvalitativt utformad enkät eller en intervjustudie hade kunnat ge en ökad förståelse för hur upplevelserna, gällande IFM skiljer sig eller överensstämmer mellan aktuella deltagare (39).

I enkäten framkom frågor som inte motsvarade syftet. Dessa frågor valdes därför bort. Det fanns ett bortfall i enkäten som kan ha berott på att personal som erbjöds delta i enkätstudien, valde att avstå. Bortfallet kan detta ha påverkat det slutgiltiga resultatet på grund av att information från saknade deltagare uteblivit (40). Resultatet ansågs ändå vara generaliserbart då det slutgiltiga urvalet fortfarande var stort och kunde representeras i Blekinge. Däremot behöver inte resultatet vara generaliserbart utanför Blekinge då användning och kunskap om IFM kan variera från olika kommuner. Trots att majoriteten av deltagarna var sjuksköterskor ansågs detta inte påverka resultatet då frekvensen redovisades i procentenhet samt att den statistiska uträkningen i SPSS tog hänsyn till fördelningen mellan grupperna (34). Det fanns även bortfall i tabellerna, benämnda som "missing". Dessa bortfall grundades på tekniska missöden och ansågs inte påverka resultatet då bortfallen var små (30).

Data till resultatet valdes att behandlas med hjälp av beskrivande statistisk i SPSS då SPSS kan bearbeta en större mängd statistiska beräkningar på stora datamängder (37). Tabellerna redovisades med de två jämförande grupperna bredvid varandra, då det blev mer överskådligt med skillnader och likheter mellan grupperna (40). Till signifikansprövning valdes z-test som analysmetod. Till en början användes Chi-square till varje tabell men då chi-square

beräknade signifikansen i hela tabellen, var det svårt att se skillnader och likheter mellan grupperna i tabellernas olika svarsalternativ. Då det var av intresse att göra en jämförelse i svarsalternativen mellan grupperna valdes istället z- test, då detta test tog hänsyn till signifikansen mellan grupperna i varje enskilt svarsalternativ (30). Även t-test hade kunnat användas i studien men t- test är oftast att föredra vid urval < 30 (35). De frågor i enkäten som gav deltagarna utrymme att svara fritt med egna kommentarer, valdes att beskrivas i text då dessa inte kunde bearbetas i ett statistikprogram.

Resultatdiskussion

Intresset och användningen av IFM inom hälso- och sjukvården ökar successivt (41).

Dock framkom det i resultatet att IFM inom äldreomsorgen i Blekinge används i låg grad.

I en generell jämförelse mellan grupperna använde ca 30- 50% av deltagarna olika IFM.

vilket kan bero på att vård- och omsorgspersonalen enbart använder metoder de är vana vid och har mer tilltro till (8).

Av de möjliga IFM som grupperna hade att välja på, användes enbart några få IFM mer frekvent. Ca 80- 90 % av sjuksköterskorna utförde/föreslog bemötande och kost/nutrition till skillnad från övriga där ca 80 % utförde/föreslog hjälpmedel (tabell 1). Det kan förklaras av att det inte finns tillräckligt med evidens som stöder IFM eller att kunskapen gällande IFM är begränsad (8). Förloppet av en implementeringsprocess av en ny metod kan påverkas av hur stark evidensen är till den nya metoden, hur den nya metoden påverkar nuvarande rutiner i arbetet samt hur kunskapsnivån är hos användarna (42). Då evidensen som stöder IFM är bristfällig kan detta i sin tur påverka implementeringen av IFM som evidensbaserade metoder (5).

I resultatet framkom även att ca 90 % av sjuksköterskorna använde IFM vid oro/ångest. Av övriga svarade ca 70 % att IFM användes vid fysisk inaktivitet (tabell 2). Att användandet av IFM och orsakerna till varför IFM används skiljer sig åt mellan grupperna kan förklaras av att arbetsuppgifterna och ansvaret skiljer sig åt mellan de olika yrkesgrupperna då de olika professionerna fokuserar på olika delar gällande patientbehandling (43).

Utifrån den beskrivning av IFM som fanns i enkäten svarade ca 40- 60 % av deltagarna ur båda grupperna att de visste vad IFM var eller att de hade sett/hört gällande beskrivning

tidigare. Då det i Blekinge satsats stort på forskning kring IFM (33), borde procentantalet varit högre. Det låga procenttalet kan tyda på att vård- och omsorgspersonalen inte är tillräckligt utbildade inom ämnet, för att förstå eller ha kunskap om vad IFM innebär (1). Även engagemanget och motivationen till användningen av IFM kan påverkas negativt då vård- och omsorgspersonal inte har förståelse för begreppet (11). Detta kan även förklara varför 40- 70 % av deltagarna i båda grupperna, angav att användningen av IFM försvårades genom att annan personal saknade kunskap, engagemang och tid till att samarbeta. För att en evidensbaserad implementering av IFM ska kunna ske, krävs samarbete mellan vård- och omsorgspersonal samt chefer, där engagemang, motivation och kunskap är viktiga faktorer. I och med detta kan förutsättningar i arbetsmiljön skapas, som är mottagliga för evidensbaserad kunskap (44,45).

Av samtliga deltagare inom båda grupperna, visade ca 30 % på att de IFM som användes/föreslogs i arbetet inte utvärderades (tabell 5). Att IFM inte utvärderas skapar därmed ett problem gällande en evidensbaserad implementering av dessa metoder, då utvärderingar utgör viktiga underlag inom den evidensbaserade forskningen som visar på huruvida de tekniker och metoder, som används i arbetet, fungerar eller inte (42).

I resultatet framkom likheter och skillnader mellan sjuksköterskor och övriga gällande hur IFM initieras i arbetet. Ca 50- 80 % av sjuksköterskor och övriga initierade IFM genom omvårdnadspersonal, teamträffar eller liknande och/eller genom sig själva. Det som skilde grupperna åt var att sjuksköterskorna initierade IFM genom läkemedelsgenomgångar och övriga initierade IFM genom vårdtagaren. Dock framkom det att enbart 17,9 % av sjuksköterskorna initierade IFM genom läkemedelsgenomgångar (tabell 3), vilket är anmärkningsvärt lågt med tanke på den höga läkemedelskonsumtionen hos äldre (2). Läkemedelsgenomgångar kan också ses som ett sätt att utvärdera vården och kan även bidra till en kartläggning av läkemedelskonsumtionen (27). Dessa kartläggningar kan utgöra viktiga underlag till en evidensbaserad implementering av IFM, då kartläggningar av läkemedel hos varje enskild individ, kan visa på ett behov av kompletterande metoder såsom IFM (46).

Förslag till vidare forskning kan vara att genomföra en interventionsstudie för att kontrollera hur användningen av IFM påverkas av ytterligare utbildning. Då en interventionsstudie

fokuserar på att testa en grupp före och efter det att en åtgärd satts in (47). I detta fall utbildning gällande IFM.

Slutsatser

Äldre individer använder för mycket, och många gånger olämpliga, läkemedel, vilket ökar behovet av kompletterande metoder såsom IFM. Jämförelser mellan sjuksköterskor och övriga visar att användningen av olika IFM skiljer sig åt mellan de båda grupperna, då sjuksköterskor använder fler IFM i arbetet än övriga. Överlag visar resultatet dock på en relativt låg användning av IFM då sjuksköterskor och övriga enbart använder ett fåtal metoder mer frekvent än andra. Detta kan bero på att kunskapsnivån gällande IFM är begränsad hos både sjuksköterskor och övriga, vilket påverkar användningen negativt. Resultatet visar även på att sjuksköterskor och övriga sällan utvärderar de metoder som används i arbetet. För att öka kunskapen och därmed användningen av IFM, behövs mer utbildning, fler och bättre utvärderingar av metoderna i det dagliga arbetet samt bättre kartläggningar av äldre personers läkemedel. En implementering av IFM kan bidra till en minskad läkemedelsbehandling. Därmed finns ett behov av att stärka evidensen till dessa metoder genom vidare interventioner.

Självständighet

Artikelsökning till studien delades upp mellan Linda B och Linaa B. Kontakt med projektledare på kompetenscentrum utfördes av både Linda B och Linaa B. Linaa B hade det huvudsakliga ansvaret för referenshanteringen i Zotero samt z- analysen i Openstat och Linda B ansvarade för den statistiska analysen i SPSS och utformningen av tabellerna. Både Linda B och Linaa B ansvarade för att föra in enkäten till SPSS via en Excel fil. Resterande delar i arbetet utfördes gemensamt.

Referenser

1. Turner S. Behavioural symptoms of dementia in residential settings: a selective review of non-pharmacological interventions. *Aging Ment Health*. 2005 Mar;9(2):93–104.
2. Socialstyrelsen. Läkemedelsgenomgångar för äldre ordinerade fem eller flera läkemedel—en vägledning för hälso- och sjukvården. Stockholm; 2013.
3. Nyborg G, Straand J, Brekke M. Inappropriate prescribing for the elderly—a modern epidemic? *Eur J Clin Pharmacol*. 2012 Feb 15;68(7):1085–94.
4. Mannesse CK, Derkx FH, Ridder MA de, Veld AJM in 't, Cammen TJ van der. Contribution of adverse drug reactions to hospital admission of older patients. *Age Ageing*. 2000 Jan 1;29(1):35–9.
5. Backhouse T, Killett A, Penhale B, Burns D, Gray R. Behavioural and psychological symptoms of dementia and their management in care homes within the East of England: a postal survey. *Aging Ment Health*. 2014 Feb 17;18(2):187–93.
6. Janzen S, Zecevic AA, Kloseck M, Orange JB. Managing Agitation Using Nonpharmacological Interventions for Seniors With Dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2013 Jun 27;1533317513494444.
7. Van der Ploeg ES, Mbakile T, Genovesi S, O'Connor DW. The potential of volunteers to implement non-pharmacological interventions to reduce agitation associated with dementia in nursing home residents. *Int Psychogeriatr*. 2012 Nov;24(11):1790–7.
8. Cheung CK, Wyman JF, Halcon LL. Use of Complementary and Alternative Therapies in Community-Dwelling Older Adults. *J Altern Complement Med*. 2007 Nov 1;13(9):997–1006.
9. Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M. *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*. John Wiley & Sons; 2011. 214 p.
10. Wiklund Gustin L, Bergbom I. *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur; 2012.
11. Rodgers BL. Philosophical foundations of concept development. *Concept development in nursing- foundations techniques and applications*. Philadelphia: Saunders; 2000. p. 7–38.
12. Williamson AT, Fletcher PC, Dawson KA. COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE: USE IN AN OLDER POPULATION. *J Gerontol Nurs*. 2003 May 1;29(5):20–8.
13. Bergqvist Månsson S. Kunskapsbaserad vård kräver specialistutbildade sjuksköterskor. *Omvårdnadsmagasinet*. 2009(2(13)):46–7.
14. Rosén MJ. Evidens och evidensbaserad vård. *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. Stockholm: Liber; 2013. p. 201–17.

15. Berman BM, Singh BK, Lao L, Singh BB, Ferentz KS, Hartnoll SM. Physicians' attitudes toward complementary or alternative medicine: a regional survey. *J Am Board Fam Pract Am Board Fam Pract.* 1995 Oct;8(5):361–6.
16. Ta B, Sk L. An organizational survey of physicians' attitudes about and practice of complementary and alternative medicine. *Altern Ther Health Med.* 1998 Nov;4(6):59–65.
17. Carballo-García V, Arroyo-Arroyo MR, Portero-Díaz M, Ruiz-Sánchez de León JM. Effects of non-pharmacological therapy on normal ageing and on cognitive decline: Reflections on treatment objectives. *Neurol Engl Ed.* 2013 Apr;28(3):160–8.
18. Socialstyrelsen. Läkemedelsorsakad sjuklighet hos äldre. Stockholm; 2014.
19. Fastbom J. Ökat läkemedelsintag bland äldre innebär ökad risk för problem. *Läkartidningen.* 2001;98(14):1674–9.
20. Socialstyrelsen. Uppföljning av äldres läkemedelsanvändning. Stockholm; 2004.
21. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Evidensbaserad äldrevård. En inventering av det vetenskapliga underlaget. Stockholm: SBU; 2003.
22. Mangoni AA, Jackson SHD. Age-related changes in pharmacokinetics and pharmacodynamics: basic principles and practical applications. *Br J Clin Pharmacol.* 2004 Jan 1;57(1):6–14.
23. Willison KD, Andrews GJ. Complementary medicine and older people: past research and future directions. *Complement Ther Nurs Midwifery.* 2004 May;10(2):80–91.
24. Fitzpatrick JJ, Kazer M. *Encyclopedia of Nursing Research, Third Edition.* Springer Publishing Company; 2011. 730 p.
25. Pölkki T, Laukkala H, Vehviläinen-Julkunen K, Pietilä A-M. Factors influencing nurses' use of nonpharmacological pain alleviation methods in paediatric patients. *Scand J Caring Sci.* 2003 Dec 1;17(4):373–83.
26. Zx W, Lh S, Ap C. The efficacy of non-pharmacological methods of pain management in school-age children receiving venepuncture in a paediatric department: a randomized controlled trial of audiovisual distraction and routine psychological intervention. *Swiss Med Wkly.* 2008 Oct;138(39-40):579–84.
27. Socialstyrelsen. De mest sjuka äldre- avgränsning av gruppen. Stockholm; 2011.
28. Socialtjänst i Sverige [Internet]. [cited 2015 Apr 24]. Available from: <http://www.regeringen.se/sb/d/14822>
29. Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing research- appraising evidence for nursing practice.* Lippincott Williams and Wilkins.; 2013.
30. Ejlertsson G. *Statistik för hälsovetenskaperna.* Lund: Studentlitteratur; 2003.

31. Draper J. The relationship between research question and research design. Research into practice: essential skills for reading and applying research in nursing and health care. Edinburgh: Bailliere Tindall; 2004.
32. Eliasson A. Kvantitativ metod från början. Lund: Studentlitteratur; 2010.
33. Wennstig M. Personlig kommunikation. 2015.
34. Wahlgren L. SPSS Steg för steg. Lund: Studentlitteratur; 2008.
35. Donnelly R. The complete idiot's guide to statistics. USA: Penguin Group; 2007.
36. Bring J, Taube A. Introduktion till medicinsk statistik. Lund: Studentlitteratur; 2006.
37. DePoy E, Gitlin LN. Forskning- en introduktion. Lund: Studentlitteratur; 1999.
38. SFS 2008: 192. Lag om etikprövning av forskning som avser människor.
39. Granskär M, Höglund- Nielsen B. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur; 2012.
40. Billhult A, Gunnarsson R. Analytisk statistik. Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 2012. p. 306–14.
41. Bjerså K, Victorin ES, Olsén MF. Knowledge about complementary, alternative and integrative medicine (CAM) among registered health care providers in Swedish surgical care: a national survey among university hospitals. BMC Complement Altern Med. 2012;12(1).
42. Svensk Sjuksköterskeförening. Implementering. 2013 Oktober.
43. Danermark B. Samverkan-himmel eller helvete? En bok om den svåra konsten att samverka. Gleerups Förlag.; 2000.
44. Sandström B, Borglin G, Nilsson R, Willman A. Promoting the Implementation of Evidence-Based Practice: A Literature Review Focusing on the Role of Nursing Leadership. Worldviews Evid Based Nurs. 2011 Dec 1;8(4):212–23.
45. Gifford W, Davies B, Edwards N, Griffin P, Lybanon V. Managerial leadership for nurses' use of research evidence: an integrative review of the literature. Worldviews Evid-Based Nurs Sigma Theta Tau Int Honor Soc Nurs. 2007;4(3):126–45.
46. Willman A, Stoltz C, Bahtsevani P. Evidensbaserad omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 2011.
47. Olsson H, Sörensen S. Forskningsprocessen- kvalitativa och kvantitativa perspektiv. Stockholm.: Liber.; 2008.

Bilaga 1 Enkät

Icke farmakologiska metoder (IFM) – en enkät om användandet i Blekinge

Som ett led i satsningen på att minska läkemedel och öka icke farmakologiska metoder i äldreården undersöker vi hur det ser ut i Blekinge just nu. Vi är tacksamma om du som är hälso- och sjukvårdspersonal vill ta dig tid och fylla i denna enkät.

Alla svar är anonyma och kan inte härledas till person. Ju fler som svarar desto bättre bild får vi av länet. Tack för din medverkan!

- Obligatorisk

1. Vilket yrke har du? *

- Arbetsterapeut
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Dietist

2. Antal år i yrket? *

- 0-5 år
- 6-10 år
- 11-15 år
- 16 år eller fler

3. I vilken kommun arbetar du? *

- Karlshamn
- Karlskrona
- Olofström
- Ronneby
- Sölvesborg

4. Jag arbetar huvudsakligen i? *

- Ordinärt boende
- Särskilt boende

5. Här kommer en beskrivning av vad vi menar med Icke farmakologiska metoder i Blekinge. Kryssa i de alternativ som passar in på dig. *

”Icke farmakologiska metoder (IFM) används för att förebygga, lindra eller hjälpa en enskild person i sin situation eller problem. DET ÄR EN MEDVETET VALD METOD- TILL EN SPECIFIK PERSON- UTIFRÅN AKTUELLT BEHOV.”

- Jag har sett/hört ovanstående beskrivning tidigare.
- Jag har inte sett/hört ovanstående beskrivning tidigare.
- Ovanstående beskrivning stämmer överens med mina tankar om vad IFM är.
- Ovanstående beskrivning stämmer inte överens med mina tankar om vad IFM är.

6. Har du andra tankar om vad IFM är eller hur det skulle kunna beskrivas?

Kommentarer

7. Vilka IFM utför/föreslår du själv i ditt arbete? *

Du kan välja fler alternativ

- Bemötande (ex validation, avledning, samtal)
- Fysisk aktivitet (ex promenad, träning, dans)
- Fysisk behandling (ex akupunktur, TENS, massage, värme, kyla)
- Hjälpmedel (ex bolltäck, kedjetäck)
- Kost/Nutrition (ex säröbomb, pajalagröt, mellanmål)
- Kultur (ex sång, musik, konst, teater)
- Miljö (ex färg, ljus, ljud, trädgård, utevistelse)
- Stimulering (ex reminiscens, kognitiv stimulering, social stimulering, sinnesstimulering)
- Jag utför/föreslår inte IFM
- Övrigt

8. Vilka andra IFM känner du till används inom den enhet/område som du arbetar på? *

Du kan välja flera alternativ

- Bemötande (ex validation, avledning, samtal)
- Fysisk aktivitet (ex promenad, träning, dans)
- Fysisk behandling (ex akupunktur, TENS, massage, värme, kyla)
- Hjälpmedel (ex bolltäck, kedjetäck)
- Kost/Nutrition (ex säröbomb, pajalagröt, mellanmål)
- Kultur (ex sång, musik, konst, teater)
- Miljö (ex färg, ljus, ljud, trädgård, utevistelse)
- Stimulering (ex reminiscens, kognitiv stimulering, social stimulering, sinnesstimulering)
- Jag utför/föreslår inte IFM
- Övrigt

9. Ange de tre vanligaste orsakerna till att du utför/föreslår IFM *

Du kan välja flera alternativ

- Beteendeproblem
- Fysisk inaktivitet
- Mage- tarmproblem
- Minnesproblem
- Nedstämdhet
- Oro, ångest

- Smärta
- Social understimulering
- Sömnproblem
- Vet ej
- Övrigt

10. Hur utvärderar du huvudsakligen IFM? *

Du kan välja flera alternativ

- Checklista eller mall
- Validerade instrument (ex VAS, Downton Fall Index, eller Qualid m fl)
- Görs inte
- Övrigt

11. På vilket sätt initieras oftast IFM? *

- Individen själv
- Närstående
- Omvårdnadspersonal
- Annan personal
- Läkemedelsgenomgångar
- BPSD-bedömning
- Teamträffar eller liknande
- Dig själv
- Vet ej
- Övrigt

12. Hur ofta utför du själv IFM? *

- Dagligen
- Flera gånger i veckan
- Cirka en gång i veckan
- Flera gånger i månaden
- En gång i månaden
- Mer sällan
- Aldrig

13. Hur ofta föreslår du IFM till annan personal? *

- Dagligen
- Flera gånger i veckan
- Cirka en gång i veckan
- Flera gånger i månaden
- En gång i månaden
- Mer sällan
- Aldrig

14. Vilka faktorer anser du försvårar användandet av IFM inom den enhet/område du arbetar? *

Du kan välja flera alternativ

- Brist på engagemang och stöd hos chefer
- Kunskapsbrist hos mig själv
- Kunskapsbrist hos annan personal
- Brist på engagemang eller motivation hos mig själv
- Brist på engagemang eller motivation hos annan personal
- Brist på resurser (ex lokal, material, pengar)
- Tidsbrist hos mig själv
- Tidsbrist hos annan personal
- Brist på planering och struktur
- Jag ser inga brister
- Övrigt

15. I vilken grad anser du att IFM används idag jämfört med för 2 år sedan? *

- I högre grad
- Oförändrat
- I lägre grad
- Kan inte bedöma
- Övrigt

16. I vilken grad anser du att det pratas om IFM idag jämfört med för 2 år sedan? *

- I högre grad
- Oförändrat
- I lägre grad
- Kan inte bedöma
- Övrigt

17. Avklarade utbildningar/kurser med IFM-perspektiv

Till exempel nutrition, smärta, taktil massage etc.

18. Vilka icke Farmakologiska Metoder skulle du vilja ha mer kunskap om?

19. Här kan du skriva förtydligande eller andra synpunkter gällande Icke Farmakologiska Metoder som du vill delge oss!