

# Demens og personsentrert omsorg

Evaluering av «Kompetansepakke utfordrende atferd»

Bodil Pedersen

VID vitenskapelige høgskole

Diakonhjemmet

Masteroppgave

Master i helse og sosialfaglig arbeid med eldre

Antall ord: 21262

14.05. 2018



## Obligatorisk erklæring

Navn: Bodil Pedersen
Navn på studiet: Master i helse og sosialfaglig arbeid med eldre
Navn på eksamen: Emne 12 Mastergradsoppgaven
Emnekode: MAELDRE 412_1
Innleveringsfrist: 14.05.2018
Antall ord: 21262

### Eksempler på fusk i forbindelse med oppgaver og hjemmeeksamener:

- gjengivelse av stoff/materiale hentet fra lærebøker, andre fagbøker, tidsskrifter, egne eller andres oppgaver osv. som er framstilt uten kildehenvisning og klar markering av at det er sitater
- besvarelse eller tekst som er hentet fra internett og utgitt som egen besvarelse
- besvarelse som i sin helhet er brukt av studenten ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er brukt av en annen person ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er utarbeidet av en annen person for studenten
- innlevert arbeid av praktisk eller kunstnerisk art som er laget av andre enn studenten selv
- samarbeid som fører til at en besvarelse i det alt vesentlige er lik en annen besvarelse til samme eksamen der det kreves individuelle besvarelser

### Retningslinjer om fusk finner du her:

- lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler § 4-7 og § 4-8
- forskrift 11. desember 2015 nr. 1665 om opptak, studier, eksamen og grader ved VID vitenskapelige høyskole § 30
- retningslinjer for behandling av fusk eller forsøk på fusk ved VID vitenskapelig høyskole fastsatt 18. desember 2015.

**Ved å signere med navn erklærer jeg å være kjent med VID vitenskapelige høyskoles retningslinjer om plagiering og fusk, og at min besvarelse er i samsvar med disse bestemmelsene.**

Navn: Bodil Pedersen \_\_\_\_\_

### Masteroppgaver med karakteren A-C:

Jeg samtykker i at min masteroppgave publiseres i VID vitenskapelig høyskole åpne elektroniske arkiv (VID OPEN):

Sett kryss      Ja:       Nei:

## **Sammendrag**

Tema for studien er demens og utfordrende atferd. Studien belyser et kompetansehevingsprogram i regi av Trondheim kommune, «Kompetansepakke utfordrende atferd». Det har som mål å heve de ansattes kompetanse, slik at de på denne måten kan bedre tilbudet til personer med demens og utfordrende atferd på sykehjem. Studiens siktemål er å evaluere i hvilken grad det deltakerne lærer på kurs blir anvendt i praksis. Videre ønsker jeg å finne ut hvilket læringsutbytte deltakerne har, samt se på hvordan de opplever at det de lærer blir en naturlig del av arbeidshverdagen. Til sist ser jeg på hva deltakerne opplever som fremmede og hemmende faktorer for personsentrert omsorg. Studien er kvantitativ, og ble administrert som en epost basert spørreundersøkelse. Tendensen i studien er at deltakerne opplever høyt læringsutbytte, og at de anser kunnskapen som en naturlig del av praksis. Likevel skårer de lavt på grad av bruk. Av fremmede faktorer for personsentrert omsorg kommer eget/kollegeres faglige engasjement og motivasjon ut som den klart betydeligste faktoren. Studiens teoretiske rammeverk hviler på Antonovskys teori om salutogenese og opplevelse av sammenheng. Hans teorier blir satt i sammenheng med Kitwoods teori om personsentrert omsorg. Studien belyser hvordan disse teoriene utfyller hverandre, og kan ses som en del av det sammen paradigmeskiftet innen medisinsk forskning.

Nøkkelord: Demens, personsentrert omsorg, utfordrende atferd, kompetanseheving, læringsutbytte, implementering av ny kunnskap

## **Abstract**

The theme of the study is dementia and challenging behavior. The study highlights a competence enhancement program under the direction of Trondheim municipality, "Kompetansepakke utfordrende atferd". The aim is to raise the skills of the employees so that they can improve the offer to people with dementia and challenging behavior at nursing homes. The aim of the study is to investigate the extent to which the participants learn on a course are applied in practice. Furthermore, I want to find out which learning outcomes the participants have and look at how they feel that what they learn becomes a natural part of the working day. Finally, I look at what the participants experience as promoting and inhibitory factors for person-centered care. The study is quantitative and was administered as an email-based survey. The trend in the study is that the participants experience high learning outcomes and that they consider the knowledge as a natural part of practice. Nevertheless, they are low

on the level of use. Of encouraging factors for person-centered care, the personal involvement and motivation of own / colleagues becomes the most significant factor. The theoretical framework of the study rests on Antonovsky's theory of salutogenesis and sense of coherence. His theories are linked to Kitwood's theory of person-centered care. The study highlights how these theories complement each other and be part of the same paradigm shift in medical research.

Keywords: Dementia, person-centered care, challenging behavior, competence raising, learning outcomes, implementation of new knowledge

## Takk

Et stykke arbeid som dette finner ikke sted i et vakuum. Mange rundt meg har bidratt til at jeg kom i havn. En stor takk rettes til min veileder Sidsel Sverdrup. Hun har loset meg trygt gjennom det hele, og ga meg troen tilbake da jeg mistet den. Gode hjelpere dukket også opp underveis. Erik Søndena hjalp meg ut av mastertåka med kyndig guiding i SPSS landskapet, og Dag Tore Foss sin tekniske bistand i gjennomføringen av Questbackundersøkelsen var uvurderlig. Ressurscenter for demens ved Ingrid Haug Olsen må også takkes. Ressurscenteret er ansvarlig for «Kompetansepakke utfordrende atferd», og Ingrid har velvillig stilt opp og gitt meg tilgang til nødvendig rådata, samt hjulpet meg med å få innsikt i gjennomføringen av kompetansehevingsprogrammet. Arbeidsgiveren min, Trondheim kommune, fortjener en takk for tilrettelegging av arbeidsforholdet mitt, slik at jeg har kunnet reise til Oslo på mastersamlinger. Min avdelingsleder Monica Otnæs takkes også, hun har sørget for å gi meg nødvendige luftlommer for å få dratt prosjektet i havn, og sett meg når jeg trengte det mest. Alle de gode kollegene mine fortjener også heder. Jeg er glad for å ha så mange inspirerende og tøffe mennesker rundt meg. Det samme karakteriserer mine medstudenter. Jeg takker dere alle for inspirerende møter og diskusjoner. Sist, men på ingen måte minst, takker jeg den fine familien min som har stilt opp på så mange vis. Mannen min, Bernt Barstad, for å ha troen på meg, uansett hvor svart det så ut – ifølge meg. Han har også vært en fantastisk sparringpartner, som aldri viker unna for en faglig diskusjon – og som heller ikke sier nei til å bruke tid på korrekturlesing. Hele ungflokken; Sebastian, Isak, Tobias og Fanny, som hver på sitt vis holder meg oppe, inspirerer og morer meg!

## Innhold

Obligatorisk erklæring .....	1
Sammendrag .....	2
Abstract .....	2
Takk .....	3
1 Innledning .....	6
1.1 Bakgrunn for oppgaven .....	6
1.2 Tema og bakgrunnen for dette .....	8
1.3 Problemstilling .....	8
1.4 Oppgavens oppbygning og struktur .....	8
2 Begrepsavklaringer .....	10
2.1 Demens .....	10
2.2 Utdrende atferd og demens .....	11
2.3 Personsentrert omsorg .....	12
2.4 VIPS praksismodell .....	13
2.5 «Kompetansepakke utfordrende atferd» .....	14
3 Teoretisk bakgrunn .....	17
3.1 Salutogenese og opplevelse av sammenheng (OAS) .....	17
3.2 Den utvidede demensmodellen .....	20
3.3 VIPS praksismodell .....	24
3.4 Forskning på personsentrert omsorg, VIPS praksismodell og implementering .....	27
4 Design og metode .....	31
4.1 Evaluering, litteratursøk, forskningsdesign og valg av metode .....	31
4.1.1 Evaluering .....	31
4.1.2 Strategi for litteratursøk .....	32
4.1.3 Spørreundersøkelse/tverrsnittundersøkelse .....	33
4.2 Beskrivelse av den kvantitative studien .....	34
4.2.1 Spørreskjema .....	34
4.2.2 Variabler i spørreskjema .....	35

4.2.3 Pilotundersøkelse .....	37
4.2.4 Utvalg .....	38
4.2.5 Gjennomføring .....	40
4.2.6 Refleksjon omkring metodevalg og svarprosent .....	41
5 Analyse .....	44
5.1 Bakgrunnsvariabler .....	44
5.2 Læringsutbytte av kurs om utfordrende atferd .....	47
5.3 Implementering av kunnskap i praksis .....	48
5.4 Grad av bruk i praksis .....	49
5.5 Statistisk analyse av sammenheng mellom læringsutbytte, implementering og grad av bruk i praksis .....	51
5.6 Fremmende og hemmende faktorer for personsentrert omsorg .....	52
5.7 Oppsummering .....	55
6 Drøfting.....	57
6.1 Svarprosent, bakgrunnsvariabler og betydning av disse .....	57
6.2 Læringsutbytte, implementering og grad av bruk .....	58
6.3 Fremmende og hemmende faktorer for personsentrert omsorg .....	63
6.3 Avslutning .....	64
7 Etiske vurderinger .....	66
Referanser .....	67

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for oppgaven

Da jeg begynte på masterstudiet i Helse- og sosialfaglig arbeid med eldre hadde jeg en ting klart for meg, det var at masteroppgaven måtte handle om demens på en eller annen måte. Som ung student på tidlig -90 tall ble jeg fanget av dette som tema. Det skjedde da jeg fikk jobb som assistent på et bofellesskap for personer med demens. Bofellesskapet var på ingen måte et forbilledlig tiltak for personer med demens. Opplæringen jeg fikk var minimal, jeg fikk komme innom en ettermiddag før jeg skulle ha min første vakt, for å hilse på og få brannvernopplæring. Jeg hadde aldri før møtt noen som levde med demens, jeg hadde aldri jobbet innenfor helse- og omsorg, og hadde minimalt med kunnskap om demensproblematikk. Til tross for dette mente arbeidsgiver at det holdt med et ettermiddagsbesøk før jeg startet på jobb. Jeg møtte opp på nattevakt, og hadde ansvar for tolv personer med demens. Jeg visste ingenting om dem, hva som var deres interesser, utfordringer, gleder og sorger. Ikke visste jeg noe særlig om demens som sådan heller, jeg rakk så vidt å lese meg opp på det helt grunnleggende, men innrømmer det gjerne: Jeg hadde virkelig ikke peiling på hva jeg skulle gjøre! I tillegg fikk jeg følgende klare melding fra lederen av bofellesskapet: «Her skal du bare glemme alt du lærer på skolen om målsettingsarbeid, evaluering, måloppnåelse og utvikling. De som kommer hit blir bare sykere og sykere og til slutt dør de!»

Jeg følte meg både kunnskapsløs og hjelpeløs, men hadde en plan om å holde ut til jeg fant noe annet. Mens jeg holdt ut ble imidlertid en faglig interesse for demensomsorg vekket, og i stedet for å følge lederens råd om å slutte å tenke fag, fikk jeg lyst til å gjøre ordene hans til skamme. Selvfølgelig skulle man tenke på målsettingsarbeid, evaluering, måloppnåelse og utvikling. Systematikken måtte bare justeres og tilpasses målgruppen. For meg har det hele tiden handlet om å ivareta den enkeltes integritet og verdighet, og ikke minst legge til rette for at de jeg er satt til å hjelpe skal ha det godt, akkurat der de er nå.

I arbeidet med dette prosjektet har jeg sett på min egen praksis og yrkeshistorie med et nytt blikk. Det har gitt meg anledning til å utforske begge aspekter i fugleperspektiv. Jeg har fått løftet blikket opp fra bakken der jeg befinner meg, og ser meg, min utdannelse, mine kolleger og rammebetingelser med nye øyne. Det har gått opp for meg at vi, jeg og mine kolleger, mer eller mindre bevisst har gjennomlevd flere paradigmeskifter i demensomsorgen. Det har vært en rivende faglig utvikling siden min første assistentjobb på tidlig nittital, til i dag. Jeg har

vært med på nedbygging av de store institusjonene til etablering av små og hjemlige enheter, for igjen å arbeide på en stor nybygd institusjon. Sirkelen er sluttet, og av hensyn til fagdekning og økonomi tenker man stort igjen. Velferdsteknologi har gjort sitt inntog. Der jeg tidligere satt og fylte ut «Min historie» manuelt og til dels banebrytende, kan jeg nå be pårørende om å logge seg på for å gjøre det digitalt, åpne appen «Min Memoria» og bruke nettbrett i lag med pasienten. Vi har vært med på at sengeposter i alderspsykiatrien er fjernet, samhandlingsreformen innført. Dette betyr i praksis at mine kolleger og jeg står overfor mer kompliserte problemstillinger enn tidligere, av både psykiatrisk og somatisk art, i vårt daglige arbeid i førstelinjetjenesten.

Det muligens aller viktigste paradigmeskiftet, uavhengig av organisering og rammebetingelser i demensomsorgen mener jeg at psykologen Tom Kitwood stod for. På nittitallet utfordret han den medisinske tenkningen om demens som en hjerneorganisk, degenerativ lidelse uten håp, og utfordret oss på å se mennesket bak diagnosen. Han fremmet et mer optimistisk syn på demens, og framstod som et motstykke til de holdningene jeg møtte i min første jobb.

Kitwood fremmet tanken om at til tross for en alvorlig og degenerativ sykdom vil ikke personen forsvinne. Han utfordret den rådende tanken om demens som «den levende døden», og hevdet at til tross for en sykdom som rammet alle funksjoner, kunne man leve gode og fullverdige liv. Han hevdet at dette var mulig om individet blir tatt på alvor, og blir møtt på sine behov (Kitwood, 1997). Dette paradigmet har jeg fulgt på nært hold. Jeg har vært vitne til, og fått være med på å utvikle en omsorg der man tidligere hadde sterkt fokus på degenerativ sykdom og pårørendes belastning og opplevelser, til å i stadig større grad også lytte til den som lever med diagnosen sin stemme. Videre har jeg vært delaktig i at Kitwoods tanker om personsentrert omsorg har blitt omsatt til handlinger i daglig praksis, og sågar innlemmet i overordnede faglige rutiner. Nettopp dette vil være i fokus i denne oppgaven, nemlig hvordan personalet vil oppleve en systematisk tilnærming til personsentrert omsorg for å møte utfordrende atferd hos personer med demens.



## 1.2 Tema og bakgrunnen for dette

Tema for denne oppgaven er demens og atferdsmessige og psykiatriske symptomer ved demens, og hvordan utfordringer knyttet til sykdommen kan imøtekommes gjennom fokus på ansattes kompetanse. I denne sammenhengen er jeg spesielt opptatt av personsentrert omsorg som metodisk tilnærming. Jeg ønsker å belyse hvordan kompetanse utvikles og vedlikeholdes over tid. For å gjøre dette skal jeg undersøke et program for kompetanseutvikling knyttet til demens og utfordrende atferd som Trondheim kommune har gjennomført for ansatte i demensomsorgen i en årrekke. Programmet heter «Kompetansepakke utfordrende atferd» og vil beskrives utfyllende senere i oppgaven.

## 1.3 Problemstilling

Med bakgrunn i det overnevnte vil mitt prosjekt handle om hvordan «Kompetansepakke utfordrende atferd», som er gjennomført over flere år vil ha innflytelse på praksis – og på hvilke måter. Jeg lurer på om programmets intensjoner har betydning for de ansatte, og er nysgjerrig på hvorvidt innsatsen knyttet til «Kompetansepakke utfordrende atferd» står i forhold til opplevd utbytte. For meg blir det viktig å finne ut av i hvilken grad «Kompetansepakke utfordrende atferd» implementeres i den praktiske hverdagen, og hvordan ansatte opplever at ny kunnskap kommer til nytte og blir brukt. Hensikten med denne oppgaven blir således å evaluere «Kompetansepakke utfordrende atferd», med vekt på deltakerne i programmet sine erfaringer.

Problemstillingen formuleres som følger:

*I hvilken grad anvender ansatte i demensomsorgen det de har lært på kurset om utfordrende atferd og demens i «Kompetansepakke utfordrende atferd»?*

*I hvor stor grad opplever de ansatte i demensomsorgen læringsutbytte av «Kompetansepakke utfordrende atferd», og i hvor stor grad er denne kunnskapen en naturlig del av praksis?*

*Hvilke forhold erfarer de som fremmende og hemmende for å kunne gjennomføre personsentrert omsorg?*

## 1.4 Oppgavens oppbygning og struktur

Neste kapittel vil omhandle sentrale begrep og definisjoner oppgaven er sentrert rundt. I kapittel 3 vil jeg gjøre mer inngående rede for det teoretiske rammeverket studien hviler på. Jeg vil legge vekt på Aron Antonovskys teori om salutogenese og sence of coherence, og se

på Kitwoods utvidede modell for demens i lys av dette. Kapitlet vil også utdype prinsippene i personsentrert omsorg. Deretter, i kapitel 4 vil studiens design og metode bli beskrevet. Analyse av funn vil komme fram i kapitel 5, og funnene vil drøftes i lys av relevant forskning og litteratur i kapitel 6. Avslutningsvis vil etiske aspekter ved studien bli gjennomgått og drøftet i kapitel 7.

## 2 Begrepsavklaringer

I dette kapitlet gjør jeg rede for hva som karakteriserer demens og utfordrende atferd ved demens. Deretter redegjør jeg kort for personsentrert omsorg, og hva VIPS praksismodell er. VIPS praksismodell er Kitwoods teori om personsentrert omsorg operasjonalisert til praktisk tilnærming. Avslutningsvis gir jeg en beskrivelse av «Kompetansepakke utfordrende atferd», og hva som er bakgrunnen for dette kompetansehevingsprogrammet.

### 2.1 Demens

Demens er en betegnelse på en ansamling av symptomer, med forskjellige årsaker.

I Norge gjøres demensdiagnostikk på kriteriene i ICD-10 (International Classification of Diseases). De diagnostiske kriteriene er som følger, gjengitt i Engedal og Haugen (2009 s. 18):

- I
  - 1. Svekket hukommelse, især for nyere data
  - 2. Svikt av andre kognitive funksjoner (dømmekraft, planlegging, tenkning og abstraksjon)

Mild: Virker ikke inn på evnen til å klare seg i dagliglivet.  
Moderat: Kan ikke klare seg uten hjelp fra andre  
Alvorlig: Kontinuerlig pleie og tilsyn er nødvendig
- II Klar bevissthet
- III Svikt av emosjonell kontroll, motivasjon eller sosial atferd; minst et av følgende:
  - 1. Emosjonell labilitet
  - 2. Irritabilitet
  - 3. Apati
  - 4. Unyansert sosial atferd
- IV Tilstanden må ha en varighet av minst seks måneder

Kort oppsummert betyr dette at demens kjennetegnes ved kognitiv svikt, følelses- og personlighetsmessige endringer og redusert evne til å fungere selvstendig. Demens er en progredierende sykdom, som kjennetegnes av gradvis forverring og stadig større tap av selvstendighet (Wyller, 2015 s. 286). Demens kan forårsakes av en rekke sykdommer, hvorav demens av Alzheimer type og vaskulær demens er de hyppigst forekommende. Videre er demens med lewy legemer, frontotemporallappsdemens og alkoholbettinget demens mest vanlig. Til sammen utgjør disse fem mer enn 95% av demenstilfellene med debut etter 65 år

(Wyller, 2015, s. 287). Helsedirektoratet (2015) anslår at om lag 77000 mennesker lever med en demenssykdom i Norge.

Demens assosieres ofte med den kognitive svikten, men en vanlig konsekvens av demensdiagnosen er at man rammes av andre symptomer, kalt atferdsmessige og psykiatriske symptomer ved demens (APSD). Dette er en samlebetegnelse på en rekke symptomer, der årsakene kan knyttes til organisk skade på hjernen, men man ser også en klar sammenheng mellom miljøfaktorer og psykososiale rammebetingelser (Engedal & Haugen, 2009, s. 314 - 317). APSD omfatter blant annet hallusinasjoner, angst, apati, interesseløshet/tilbaketrekning, aggresjon/agitasjon, vrangforestillinger, depresjon, motorisk uro, roping, klamring, repeterende handlinger og døgnrytmeforstyrrelser (Wyller, 2015, s. 286-288). Det anslås at om lag 70 % av norske sykehjemspasienter med demens også rammes av APSD i større eller mindre grad. Det er altså et vanlig fenomen, som forårsaker store lidelser hos den som rammes og familien (Selbæk, 2008). Det er også en tilstand som setter hjelpeapparatet og pleiepersonalet på prøve, da det kan være vanskelig å imøtekomme og behandle utfordrende atferd.

## 2.2 Utfordrende atferd og demens

I denne sammenhengen vil utfordrende atferd settes i sammenheng med atferdsmessige og psykiatriske symptomer ved demens (APSD). En måte å definere APSD er: «En betegnelse for å beskrive det mangfoldet av psykologiske reaksjoner, psykiatriske symptomer og episoder med atferd som oppstår hos personer med demens, uavhengig av årsak» (Engedal & Haugen, 2009, s. 311).

I praksis kan utfordrende atferd vise seg som aggresjon, rettet mot hjelpere, pårørende og medpasienter. Denne aggresjonen kan utarte til vold, eller trusler om vold. Videre kan man se uro, hvileløs vandring, kraftige døgnrytmeforstyrrelser, angst som gir seg mange uttrykk (blant annet gråt, klamring, sinne, katastrofereaksjoner). Man kan også se hallusinasjoner og vrangforestillinger, som kan føre til frykt og mistenksomhet, og videre til angst og aggresjon. APSD kan også innebære roping og repeterende handlinger, samt «plukking» på gjenstander og klær. Interesseløshet, tilbaketrekking og apati kommer også inn under begrepet utfordrende atferd, selv om det i praksis er de mest utagerende formene for APSD som oftest får mest oppmerksomhet (Wyller, 2015, s. 286 - 287).

Utfordrende atferd er som vist et mangfoldig begrep, med en rekke forskjellige uttrykk. Hvordan hjelpeapparatet og pårørende tolker og forstår atferden vil svært ofte være avgjørende for hvordan atferden møtes. Cohen-Mansfield (2010) fremmer en forståelse av atferd som et språk, mer eller mindre funksjonelt, avhengig av hvordan atferden forstås og møtes. Hun sier at dersom man forstår atferden som et direkte resultat av hjerneskaden demens medfører, er det mer sannsynlig at vi møter uttrykket med medisinske tiltak. Dette kan innebære å velge medikamentell behandling som førstevalg. På den andre siden kan atferd forstås i en psykososial forklaringsmodell, der man i større grad søker etter mening og sammenheng i personens behov, miljø, historie og relasjoner til omverdenen. Denne forklaringsmodellen bygger på Kitwoods utvidede modell for demens. Kitwood utfordret det rådende synet på 1980 tallet, der demens ble forstått som en hjerneorganisk sykdom alene, der graden av tapt hjernebark var det som definerte hvordan sykdommen artet seg. Alle endringer hos personen med demens ble forklart ut fra nettopp denne forståelsen, og det var lite å gjøre for å bremse eller lindre sykdommens utvikling. Kitwood var en foregangsperson i å forstå demens i et bredere perspektiv enn det rent medisinske. Han fokuserte på den nevrologiske svekkelsen sykdommen førte med seg, men utvidet forståelsen til også å omfatte personens livshistorie, fysiske helse, relasjoner til andre, personlighet og miljø. Han mente også at det som ble definert som utfordrende atferd i stor grad måtte forstås som uttrykk for udekte behov og forsøk på å kommunisere disse (Kitwood, 1997). Demens kan ut fra dette synet i større grad forstås som en funksjonshemming personen må leve med livet ut, der graden av funksjonshemming ikke bare vil avhenge av personens egne forutsetninger for mestring, men også omgivelsenes krav. På denne måten kan man anse begrepet utfordrende atferd, eller APSD som en del av denne funksjonshemmingen. Dersom dette synet gjøres gjeldende vil man langt på vei bli i stand til å lindre og behandle APSD ved å justere omgivelsenes krav.

### 2.3 Personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg vil stå sentralt i gjennomføringen av dette arbeidet. «Kompetansepakke utfordrende atferd» bruker personsentrert omsorg som metodisk tilnærming, og dette er en viktig del av undervisningen som gis. Det er fire hovedelementer som, ifølge Brooker (2007) må være til stede i en personsentrert omsorgspraksis. Disse elementene forkortes til VIPS, er i korthet:

- Verdsetting av personen med demens og omsorgsgiverne, dette innbefatter også anerkjennelsen av at alle har samme rettigheter, uavhengig av alder og kognitiv funksjon (Verdigrunnlag, anerkjennelsen av den enkeltes absolutte verdi).
- At personen behandles som et individ, med unik historie, evner og forutsetninger uavhengig av diagnose (Individuell tilnærming).
- At man er i stand til å ta perspektivet til personen med demens, og at denne empatien utgjør en omsorgsverdi i seg selv og innehar terapeutisk potensiale (Perspektiv).
- Anerkjennelsen av at all atferd har sitt grunnlag i mellommenneskelige relasjoner (etablering av et støttende Sosialt miljø).

Når man anerkjenner disse elementene og innlemmer dem i omsorgspraksis vil de til sammen utgjøre en sterk omsorgskultur som setter individet i sentrum, samtidig som betydningen av det sosiale miljøet også løftes fram. Dette utgjør VIPS rammeverket, som forutsetning for personsentrert omsorg (Tretteteig & Røsvik, 2016, s. 228 - 229). Målet for personsentrert omsorg er å sørge for individuelt tilpasset hjelp, og optimal trivsel basert på individuell tilnærming og et støttende sosialt miljø (Røsvik, Mjørud, Rokstad, Munch & Røen, 2016, s. 8 -9). Teoriene bak og forskning om personsentrert omsorg vil bli gjort nærmere rede for i kapitel 3.

## 2.4 VIPS praksismodell

VIPS praksismodell er utviklet og tilpasset norske forhold av sykepleier/PhD Janne Røsvik. Den sentrerer rundt de fire elementene i rammeverket gjengitt over. Hvert element må være tilstede for at man skal kunne hevde å gjennomføre en personsentrert omsorg. For å kunne finne ut av dette har hvert element knyttet til seg seks kontrollspørsmål, eller indikatorer som tilkjenner en personsentrert omsorgspraksis (Røsvik, 2016, s. 379 - 382). VIPS praksismodell er en operasjonalisering av rammeverket, og er et arbeidsredskap for å strukturere og gjennomføre personsentrert omsorg. Modellen fremmer både veiledning og refleksjon, og setter pasienten i sentrum. Videre strukturerer og systematiserer den utprøving av tiltak, samt sikrer at en helhetlig analyse av vanskelige samhandlingssituasjoner blir gjennomført. Modellen ivaretar også at evaluering av tiltak blir gjennomført. Sentralt i modellen står det ukentlige fagmøtet, som er lagt opp etter en fast struktur og med definerte roller. Slik sikrer modellen en effektiv gjennomføring av faglige møter, og ivaretar behovet for dokumentasjon og evaluering (Røsvik, 2014, s. 16). VIPS praksismodell er en effektiv

måte å sikre at kunnskap deles og for å ivareta og bygge kompetanse. Den bidrar også til å bygge felles verdier hos personalet, samt at både pasienter og personale får oppleve et anerkjennende og verdsettende miljø (Røsvik, 2016, s. 382). Siden VIPS praksismodell og personsentrert omsorg henger tett sammen vil også VIPS praksismodell bli nærmere beskrevet i kapittel 3.

## 2.5 «Kompetansepakke utfordrende atferd»

Det finnes en rekke hjelpetiltak og virkemidler for å øke kompetanse og sette pårørende, omsorgsinstitusjoner og pleiepersonalet i stand til å møte utfordringene demens og APSD kan føre med seg. Behovet for kompetanseheving og etablering av miljøterapeutisk kompetanse blir framhevet i Demensplan 2020 (Helsedirektoratet, 2015). I de nasjonale faglige retningslinjene om demens blir personsentrert omsorg og miljøtiltak trukket fram som noe som må være utprøvd før man iverksetter medikamentell behandling av APSD. Videre påpekes behovet for kompetansebygging også her (Helsedirektoratet, 2017). Lov om pasient og brukerrettigheter gir føringer for selvbestemmelse og krav til utprøving og dokumentasjon av tillitsskapende tiltak før tvangsvedtak om helsehjelp kan fattes (Helse og omsorgsdepartementet, 2017)

Min nysgjerrighet er knyttet til et kompetansehevingsprogram som Trondheim kommune har gjennomført i en årrekke. Kompetansehevingsprogrammet kalles «Kompetansepakke utfordrende atferd», og kom i gang høsten 2011. Bakgrunnen for oppstarten av dette var flere avvik, klagesaker og negative oppslag i media knyttet til personer med demens og APSD, og deres situasjon på sykehjem. Det var tilfeller der pasienter med demens og APSD hadde begått krenkende handlinger og vold mot medpasienter, med alvorlig skade som følge. Det var også hendelser der volden ble utøvd mot ansatte. Søkelyset ble rettet mot hvordan man kunne bedre situasjonen for pasienter med demens og utfordrende atferd, og deres medpasienter. Det ble erkjent at man trengte mer kunnskap og kompetanse om temaet, og et kompetansehevingsprogram ble planlagt og startet opp. Hensikten med «Kompetansepakke utfordrende atferd» er:

«Ved å tilby ansatte på sykehjem og helsehus en basiskompetansepakke sammen med retningslinjer/prosedyre, skal dette gjøre enhetene i stand til å redusere forekomst av tilfeller der ansatte og beboere blir krenket. Videre skal kompetansepakken bidra til at

personer med utfordrende atferd blir ivaretatt på en god måte basert på anbefalte faglige retningslinjer». (Trondheim kommune, 2011)

Det ble også utarbeidet faglige retningslinjer for håndtering av utfordrende atferd, og en felles prosedyre for dette. Formålet med faglige retningslinjer for utfordrende atferd er å sørge for at ansatte har kunnskap nok til å forebygge og håndtere utfordrende atferd, samt sikre at dette gjøres i henhold til gjeldende lovverk og i tråd med faglige anbefalinger. Videre har prosedyren som hensikt å ivareta pasienters og ansattes sikkerhet og trygghet i kommunens institusjoner (Trondheim kommune, 2014, s. 2 - 3).

Kompetansehevingsprogrammet består av en kurspakke i to deler. Del 1 er et todagers grunnkurs om demens, utfordrende atferd, årsaker til denne og hvordan man best kan møte utfordrende atferd. Fokuset er på personsentrert omsorg, og hvilke opplevelser pasienten med demens kan ha. Kurset inneholder også informasjon om lovverk, spesielt lov om pasient og brukerrettigheter, med vekt på samtykkekompetansevurdering og vedtak om helsehjelp etter kap. 4A (Trondheim kommune, 2011). Når man har deltatt på del 1 av kurset får man en rolle som ressursperson for utfordrende atferd på egen arbeidsplass. Ressurspersonen blir del av et faglig nettverk, som møtes fire ganger i året. På nettverkssamlinger er det undervisning knyttet opp til ulike tema, og det er rom for diskusjon og refleksjon. Deltakerne kan også komme med innspill til tema og problemstillinger man ønsker å belyse i plenum. Det er utarbeidet eget mandat for ressurspersonen, med en rollebeskrivelse. Ressurspersonen skal kunne bistå på egen enhet, og kunne veilede sine kolleger når vanskelige situasjoner oppstår. Ressurspersonen skal også kunne hjelpe til med å fatte vedtak etter lov om pasient og brukerrettigheter, samt vite hvem man kan kontakte for ytterligere veiledning (Trondheim kommune, 2011).

Del 2 av kompetansepakken kan man delta på når man har gjennomført del 1. På del 2 får man et to dagers kurs om VIPS praksismodell, som er en metode for å strukturere og gjennomføre personsentrert omsorg. VIPS praksismodell vil bli beskrevet nærmere senere i oppgaven.



Målgruppe for «Kompetansepakke utfordrende atferd» er ansatte på helse- og velferdssenter og helsehus. Det er krav om helsefaglig utdanning for å delta, og målgruppen er således tverrfaglig sammensatt, av sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere og helsefagarbeidere.

Det er kommunens Ressurssenter for demens som er ansvarlig for gjennomføringen av kursene. Ressurssenter for demens har en egen «Kompetansegruppe for utfordrende atferd». Denne gruppen er satt sammen av ansatte på Ressurssenter for demens, og ansatte på sykehjem, som er frikjøpt for å delta i kompetansegruppen. «Kompetansegruppe utfordrende atferd» står ansvarlig for kursene og nettverkssamlingene. Gruppen kan kontaktes løpende for veiledning knyttet til vanskelige situasjoner på sykehjem. «Kompetansegruppe utfordrende atferd» utgjør om lag et årsverk til sammen, og har et varierende antall medlemmer, mellom 4 – 6 personer. Gruppens mandat er også å sørge for at innholdet i «Kompetansepakke utfordrende atferd» til enhver tid er oppdatert i tråd med gjeldende lovverk og faglige retningslinjer.

I følge Ressurssenter for demens har 400 ansatte gjennomført del 1 av kurset, mens 218 ansatte har vært på VIPS kurs. Omregnet i timer utgjør dette 9270 arbeidstimer, altså 5,6 årsverk. I tillegg kommer bruk av vikar for de som er på kurs, samt deltakelse på nettverkssamlinger og utgifter knyttet til planlegging og gjennomføring av kursene. Dette betyr at det blir satset på «Kompetansepakke utfordrende atferd».

«Kompetansepakke utfordrende atferd» har blitt gjennomført kontinuerlig siden oppstart i 2011, men har aldri vært gjenstand for en systematisk evaluering.

Jeg har selv deltatt på kursene, og er med på nettverkssamlinger. Jeg har også erfart hvor utfordrende det kan være å innføre ny praksis knyttet til ny kompetanse. Når jeg snakker med deltakere på «Kompetansepakke utfordrende atferd» får jeg svært forskjellige svar om hvordan de opplever kurspakken, og implementeringen av den i praksis. Noen gir uttrykk for at det åpnet seg en ny og bedre verden da de hadde gjennomført kursene. Andre gir uttrykk for motløshet over at de lærer mye bra, men ikke får gjennomført det de lærer i praksis.

## 3 Teoretisk bakgrunn

«Kompetansepakke utfordrende atferd» har personsentrert omsorg som metodisk ramme, dette spisses ytterligere for de som deltar på del 2 av programmet. Det innebærer at de får opplæring i VIPS praksismodell.

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for det teoretiske rammeverket for personsentrert omsorg. Kitwoods introduksjon av den utvidede demensmodellen utgjorde et paradigmeskifte i måten å tenke om - og forske på demens. I denne sammenhengen mener jeg det er interessant å se Kitwoods arbeid i lys av Aaron Antonovskys teori om salutogenese, for så å gjøre rede for hvordan personsentrert omsorg operasjonaliseres gjennom VIPS praksismodell. Kapitlet avsluttes med en gjennomgang av relevante forskningsresultater omkring personsentrert omsorg og VIPS praksismodell.

### 3.1 Salutogenese og opplevelse av sammenheng (OAS)

Antonovsky representerer også et paradigmeskifte innen måten å tenke omkring begrepene sykdom og helse. Han utfordret hvordan den tradisjonelle medisinske forskningen fokuserte på sykdom, og jakt på årsaker til sykdom og å finne en kur. I dette perspektivet framheves det en grunnleggende dikotomi mellom friskt og sykt, der det ene utelukker det andre. Rettes fokus mot det friske vil målet være å holde folk friske og forebygge sykdom. Rettes fokus mot det syke vil behandling, lindring og å utsette døden være det sentrale. I stedet for å se på helse som en motsetning mellom friskt og sykt hevder Antonovsky at man kan se på helse som et kontinuum mellom helse og uhelse. Hvor på skalaen man til enhver tid befinner seg står sentralt i teorien om salutogenese (Antonovsky, 2014). Salutogenese (av saluto – helse, og genese – opprinnelse eller tilblivelse) er i korthet læren om hva som gir god helse, i motsetning til patogenese som fokuserer på hva som forårsaker sykdom (Walseth & Malterud, 2004, s. 65). Salutogenese fokuserer på hva mennesket besitter av aktive motstandsressurser og hvordan man tilpasser seg situasjonen. Stress blir sett på som en potensiell ressurs, ikke som en risikofaktor. Antonovsky oppsummerer motstandsressursene i begrepet *sence of coherence* (SOC), på norsk opplevelse av sammenheng (OAS). Han definerer dette som:

«Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli

som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er verdt å engasjere seg i»

(Antonovsky, 2014 s. 41)

Han trekker fram tre kjernekomponenter i OAS, nemlig begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Begripelighet defineres som at de stimuli man utsettes for er kognitivt forståelig, og gir en klar, sammenhengende og strukturert informasjon. Håndterbarhet betyr i hvilken grad man opplever å ha ressurser til å klare å møte de kravene man utsettes for. Meningsfullhet omfatter i hvilken grad man ser på livet som forståelig på et følelsesmessig plan, og at tilværelsens utfordringer er verdt å bruke krefter på, og ikke belastninger man skulle vært foruten (Antonovsky, 2014, s. 39 - 46). Antonovsky var opptatt av hvordan ulike mennesker håndterte tilsynelatende like utfordringer på forskjellig måte, for eksempel hvordan personer med samme sykdom eller traume kunne rapportere om svært ulike opplevelser knyttet til egen helse. Et alvorlig traume betød ikke nødvendigvis opplevelse av dårlig helse. Å ha en høy grad av OAS ser ut til å gi personen større robusthet og et bredere repertoar for å håndtere situasjonen. Teorien om salutogenese legger vekt på fire områder som har betydning for helsemessig bedring. Områdene kan gjelde både på samfunns- og individnivå. De er indre følelser, sosiale relasjoner, å være involvert i meningsfulle aktiviteter og eksistensielle spørsmål (overbevisning, tro, politiske spørsmål, være psykisk stabil) (Langeland, 2018). Salutogenese fokuserer på mestringsressurser, men disse vil alltid stå i dynamisk forhold til hverandre, slik at listen over mestringsressurser aldri vil bli uttømmende. Antonovsky definerte derfor mestringsressurser på følgende måte: «enhver karakteristikkk av personen, gruppen eller omgivelsene som kan fremme effektiv mestring av spenning».

(Antonovsky, i Langeland, 2018)

Han identifiserte likevel ni mestringsressurser som eksempler. Jeg velger å gjengi dem i korthet her, da disse områdene er interessante for Kitwoods utvidede demensmodell.

- Kultur – gir oss vår plass i verden. OAS kan styrkes dersom man oppholder seg i en kultur som gir, eller opprettholder en eller flere sosiale roller og sosial deltakelse.
- Sosial støtte – nære relasjoner og nære emosjonelle bånd er av stor betydning. Ofte vil vissheten om at dette er tilgjengelig være en mestringsressurs i seg selv.
- Religion og verdier – dette er med på å gi mening og retning i livet.

- Fysiske og biokjemiske ressurser – kan være god helse og fysikk. Betydningen av et sterkt immunforsvar trekkes også fram her.
- Materielle verdier – Er de ressursene personen rår over. God økonomi og trygge boforhold kan være en viktig kilde til mestring.
- Kontinuitet, oversikt og kontroll – overordnede forhold på makronivå, som bestemmes av kulturen og samfunnet rundt personen.
- Mestringstrategier – kjennetegnes av personens rasjonalitet, oversikt, fleksibilitet og regulering av følelser.
- Kunnskap og intelligens – kognitive ressurser, som styrker valg og handlingsmuligheter. Evnen til å ta rasjonelle og informerte valg styrker mestringsopplevelsen.
- Egoidentitet – handler om opplevelsen personen har av seg selv på det emosjonelle nivået (Langeland, 2014 s. 13).

Som vist omfatter en salutogen tilnærming til helse en mer dynamisk og omfattende forståelse enn den patologiske, som fokuserer på en lineær forståelse av årsak – virkning. Dette gjelder både når det kommer til å forstå hvorfor sykdom oppstår, og i å finne en kur mot sykdommen. Videre viser Antonovskys arbeid hvordan en diagnose eller et traume mottas av den det gjelder i stor grad handler om hvilke erfaringer, strategier og ressurser mennesket besitter, og at man må ta hensyn til dette i hvordan man møter personen. Det som for noen vil oppleves som en massiv og lammende krise, kan for andre oppleves som en mulighet for forandring (Walseth & Malterud, 2004, s. 65). Jeg har tidligere beskrevet demens og utfordrende atferd som en funksjonshemming hvis alvorlighet avhenger av hvordan utfordringene blir møtt av omgivelsene. Om omgivelsene tilrettelegges og kravene gjøres håndterbare vil funksjonshemmingen bli mindre. Dette samsvarer med Antonovskys teori i den forstand at han trekker fram betydningen av at det er samsvar mellom personlige og kollektive mestringressurser og de kravene og ønskene vedkommende møter fra omgivelsene. Disse erfaringene kan styrke OAS, og bidra til en opplevelse av mestring, velvære og bedre helse (Langeland, 2018).

### 3.2 Den utvidede demensmodellen

Jeg mener det er spennende å se på Kitwoods utvidede demensmodell i lys av salutogenese, og OAS. Dette fordi begge kan ses på som en del av det samme paradigmeskiftet innen medisin, der man har gått fra den rendyrkede lineære, medisinske modellen knyttet til årsak – virkning, til å se på helse og sykdom i et mye videre perspektiv. Man vektlegger erfaringer, omgivelser og ressurser som viktige premisser i tillegg til den direkte, patologiske årsaken til sykdommen. Jeg finner det også interessant å se hvordan demens kan forstås i lys av salutogenese og OAS, nettopp fordi sykdommens symptomer utfordrer opplevelsen av mening, håndterbarhet og begripelighet. Hvordan kan man styrke OAS når sykdommen angriper det som er kjernebegreper i dette?

I det tradisjonelle medisinske paradigmet har demens vært forsket på, og forstått ut fra hvilken skade sykdommen medfører i hjernebarken. Da Kitwood utfordret dette synet ved å utvide forståelsen av demens, var den gjengse oppfatningen at det var lite man kunne gjøre for å bremse den nevrologiske svekkelsen. Han fokuserte på områder som kunne bidra til å øke livskvalitet og velvære, uten at han dermed underkjente betydningen av den nevrologiske forståelsesrammen (Brooker, 2007, s. 11 - 12).

I personsentrert omsorg står begrepet «personhood», ofte oversatt med personverd, sentralt. Kitwood definerer begrepet som følger: «It is a standing or status that is bestowed upon a human being, by others, in the context of relationship and social being. It implies recognition, respect and trust» (Kitwood, 1997 s. 8).

Målet med personsentrert omsorg for personer med demens vil være å ivareta og styrke opplevelsen av den enkeltes personverd. I en forenklet medisinsk modell vil atferd knyttet til angst og mistriivsel lett tolkes som en tilfeldighet, eller et utslag av hjernepatologi. Personsentrert omsorg forutsetter, som jeg har vist tidligere, at atferd er et språk. Dette språket må omsorgsgiverne forstå. Jo sunnere omsorgsklimaet er, desto mindre utfordrende atferd kan man se hevder Kitwood (Brooker, 2007, s. 12). En forutsetning for personverd er å anerkjenne at alle mennesker, uavhengig av funksjonsnivå er avhengig av tillit, anerkjennelse og respekt. Vi har behov for tilbakemelding og bekreftelse fra omgivelsene, for å kunne se hvem vi selv er. Dette behovet står ved lag, også om man får en demenssykdom (Tretteteig & Røsvik, 2016, s. 230).

Videre skal jeg beskrive Kitwoods utvidede demensmodell, og gjøre rede for hvordan jeg anser denne til å være beslektet med Antonovskys teori om salutogenese.

Kitwood innlemmet et videre perspektiv på demens enn den da tradisjonelt forankret forskningen på demens stod for. Fokus var tradisjonelt på den hjerneorganiske forandringen og skaden som oppstod. Kitwood underkjente ikke betydningen av nevrologisk svekkelse, men hevdet at man også måtte se på andre faktorer som påvirket personen med demens sin opplevelse. Disse faktorene er, i tillegg til den nevrologiske svekkelsen, fysisk helse, livshistorie, personlighet og sosialt miljø. Å utvide perspektivet gir større fokus på hvilke faktorer som kan bidra til å styrke personen og gi økt velvære, livskvalitet og lindring. Den utvidede demensmodellen innlemmer således både en biologisk, psykologisk og sosiologisk synsvinkel på demens (Brooker, 2007, s. 12).

Kitwood går grundig til verks for å beskrive hva han legger i et sunt og robust omsorgsklima, som kan fremme personsentrert omsorg. Han identifiserer fem grunnleggende psykologiske behov, som er universelle – men som personer med demens ofte vil trenge hjelp for å få dekket. Jeg gjengir dem her punktvis, og ser deretter på dem i lys av Antonovskys mestringsstrategier.

- Trøst – skaper/øker trygghet og demper angst. Må imidlertid tilpasses den det gjelder, og fordrer kjennskap til personen.
- Tilknytning – handler om å oppleve trygghet i relasjoner, stole på at noen er der for deg og å kunne knytte varige bånd.
- Inkludering – å føle tilhørighet til en gruppe eller et miljø er essensielt i menneskets liv.
- Beskjeftigelse – betyr tilgang på meningsfylt aktivitet, i form av arbeid og hobbyer, for å utnytte sine evner og muligheter.
- Identitet – å vite hvem man er, både kognitivt og følelsesmessig. Å kunne presentere historien om seg selv til andre er essensielt for opplevelsen av mening og sammenheng i livet (Kitwood, 1997, s. 80 - 85).

For å kunne drive med personsentrert omsorg er det av stor betydning at forståelsen for disse behovene blir anerkjent av personalet, og at det utvikles og vedlikeholdes en kultur preget av positivt personarbeid. Dette fordrer at det utvikles, etableres og vedlikeholdes et støttende sosialt miljø, da det er i disse rammene helsearbeidere kan være de viktigste

premissleverandørene (Tretteteig & Røsvik, 2016, s. 237). Personsentrert omsorg vil dermed i stor grad handle om å støtte opp under de grunnleggende psykologiske behovene. Det innebærer å legge til rette for at personen med demens opplever seg inkludert, og omgitt av varme og omtanke. Videre at vedkommende får hjelp til å opprettholde sin identitet gjennom at omsorgspersonene har kjennskap til, og kan være med på å opprettholde viktige identitetsbærende markører. Det er viktig at personen med demens får tilgang på meningsfulle og tilrettelagte aktiviteter for å dekke behovet for beskjeftigelse, og at han eller hun får muligheten til å opprettholde eller knytte nye meningsfulle relasjoner (Brooker, 2007, s. 14 - 19).

Når man leser Antonovskys teori om salutogenese, og opplevelse av egen helse kan man se at dette samsvarer i stor grad med Kitwoods utvidede demensmodell. Den terapeutiske tilnærmingen til Kitwood bygger i stor grad på å møte de grunnleggende behovene han identifiserte som allmenne. Dette møtet må tilpasses den enkelte personen med demens, og de utfordringene nettopp han eller hun møter. Banalt sagt handler dette om at vi alle er forskjellige, og at nettopp det å identifisere hva som er viktig for den det gjelder, skaper et kraftfullt terapeutisk rom. Slik jeg ser det har denne tankegangen et sterkt slektskap med Antonovskys fokus på opplevelse av sammenheng. Demens utfordrer denne sterkt, da det ligger i sykdommens natur at mestringsstrategiene svekkes. Kitwood poengterer at demens kan oppleves svært forskjellig, og at opplevelsen i stor grad vil henge sammen med hvordan omgivelsene møter personen og hvilke ressurser han eller hun i utgangspunktet besitter (Kitwood, 1997). Omgivelser som kan bidra til å opprettholde personens identitet, historie, følelse av samhørighet og å være inkludert i et sosialt fellesskap vil kunne lindre og styrke. Videre må omgivelsene bidra med meningsfulle aktiviteter som kan styrke opplevelsen av sammenheng, og de mestringsressursene personen i utgangspunktet har. Denne tilnærmingen har et sterkt slektskap til en salutogen tilnærming. Med dette mener jeg at man vektlegger å tilføre omsorgsmiljøet kvaliteter som fremmer helse. Langeland refererer til matematiske begrep for å illustrere forskjellen på en patogen og salutogen tilnærming. Dersom man lar seg styre av en patogen tilnærming er man opptatt av å subtrahere, altså trekke fra det som er sykt eller sykdomsfremkallende. En salutogen tilnærming innebærer at man legger til, det kan være elementer fra personens tidligere historie, eller positive miljøfaktorer som har til hensikt å fremme helse, trivsel og velvære. Mens man i et patogen perspektiv snevrer inn, vil man i et salutogent perspektiv utvide (Langeland, 2014, s. 16 - 17)

Kitwood har beskrevet hvordan positivt personarbeid kan tilrettelegges, og hva som kjennetegner en positiv omsorgskultur. Han gjør også rede for det motsatte, nemlig hvordan personverdet kan bli skadelidende i en omsorgskultur preget av en såkalt ondartet sosialpsykologi.

Videre gjør jeg kort rede for hva som kjennetegner den såkalte ondartete sosialpsykologien, og hva som er karakteristisk for positivt personarbeid.

Personverdet blir en svært sårbar faktor i et omsorgsklima preget av ondartet sosialpsykologi. En kultur preget av dette er ikke nødvendigvis et resultat av målrettede, onde handlinger, men snarere at de som jobber i en slik kultur har blitt sosialisert inn i den (Kitwood, 1997, s. 45 - 49). Det som preger omsorgskulturen i et slikt miljø er at personen med demens ikke blir møtt på sine behov for å være trygg, inkludert, beskjefteget og å bli bekreftet på sin identitet og tilhørighet. Dette kan skje gjennom at pasienten blir objektivisert, ved bruk av kallenavn eller latterliggjøring. Personen kan også oppleve at tempoet i omgivelsene er for høyt, og at stimuli ikke er tilpasset hans eller hennes behov. Å avfeie personens følelser eller opplevelser som irrelevante eller feil kan også være eksempel på en ondartet sosialpsykologi. Likeledes at alt ansvaret for pasientens reaksjonsmønster blir tillagt vedkommende. Dette kan eksemplifiseres ved at motstand eller sinne blir tolket som noe som oppstår spontant hos vedkommende, uten vilje til å se på sammenhengen det oppstår i. Å bruke humor pasienten ikke har forutsetning for å forstå, å latterliggjøre vedkommende eller å avvise personen kan også utgjøre en del av en omsorgskultur som virker negativ for personen med demens (Tretteteig & Røsvik, 2016, s. 234 - 235). En omsorgskultur preget av ondartet sosialpsykologi utgjør en trussel for den enkeltes personverd, da dette opprettholdes i møtet med omgivelsene. Ofte vil en slik kultur kunne oppstå som et resultat av mangelfull kunnskap, og begrensede handlingsalternativ hos personalet. Kitwood fremhever betydningen av faglig skolering og veiledning for å endre omsorgskulturen i en positiv retning (Kitwood, 1997, s. 109 - 113).

En omsorgskultur preget av det motsatte, nemlig positivt personarbeid, vil kunne gi store muligheter for velvære, lindring og trygghet for personen med demens. Like viktig er at et miljø preget av dette vil kunne romme vekst og utvikling blant de ansatte. En kultur preget av positivt personarbeid preges av fellesskap og samhandling, ofte over hverdagslige og enkle aktiviteter. Målet med en kultur preget av positivt personarbeid er å legge til rette for å at personen med demens skal få dekket de fem grunnleggende behovene som er beskrevet



(Kitwood, 1997). En omsorgskultur preget av positivt personarbeid er kjennetegnet av varme. Konkret betyr dette å vise omtanke, kjærlighet og å gi trøst. Det betyr også at tempo og stimuli er tilpasset personene med demens, og at avdelingens rutiner ikke overstyrer pasientenes behov. Positivt personarbeid omfatter også et miljø som er inviterende og inkluderende, og som fremmer muligheter og samarbeid. Miljøet skal gi tilpasset støtte til den enkelte, og legge til rette for samarbeid, og gi mulighet til å kunne få prøve sine ferdigheter i trygge rammer. Videre fremheves anerkjennelse og aksept som svært viktig, og at man vektlegger å alltid ønske velkommen og invitere personene inn i fellesskapet. Dette fremmer tilhørighet og trygghet. Totalt sett vil en slik kultur også fremme myndiggjøring, slik at den enkelte kan få så stor innflytelse over eget liv – og situasjon som mulig (Tretteteig & Røsvik, 2016, s. 236 - 238). Myndiggjøringsperspektivet er også en viktig parallell til teorien om salutogenese. På samme måte som OAS kan styrkes, og føre til myndiggjøring og innflytelse, kan et positivt personarbeid også fremme myndiggjøring.

Kort oppsummert kan man si at også for demens kan OAS ha mye å si for hvordan personen lever med sykdommen. Imidlertid vil personen ha behov for hjelp til å ivareta og styrke OAS. Denne hjelpen handler i stor grad om å gi tilrettelagte og individuelt tilpassede tjenester, i en god og robust omsorgskultur.

### 3.3 VIPS praksismodell

Dawn Brooker videreutviklet begrepet personsentrert omsorg til en systematisk metode, og utviklet det som heter VIPS rammeverket. I Norge er rammeverket videreutviklet og operasjonalisert til VIPS praksismodell. Jeg har tidligere beskrevet hva VIPS står for, og vil i dette avsnittet bestrebe meg på å gi en kort innføring i hva det vil si å gjennomføre personsentrert omsorg etter VIPS praksismodell.

VIPS består av fire elementer, som alle må være til stede for å kunne si at man jobber personsentrert. Brooker formulerte seks kontrollspørsmål til hvert element, som til sammen utgjør indikatorer for personsentrert omsorg.

Videre setter jeg opp de fire elementene, med sine indikatorer i tabells form:

<b>VERDIER (V)</b>	<b>INDIVIDUELL OMSORG (I)</b>	<b>PERSPEKTIVET TIL PERSONEN MED DEMENS (P)</b>	<b>STØTTENDE MILJØ (S)</b>
<b>V1 – Visjon:</b> Har arbeidsplassen en visjon med klar erklæring om personsentrert omsorg?	<b>I1 – Plan for hver person:</b> Kjenner vi personens styrke og sårbarhet? Har hver person sin plan som forteller om personens ressurser og behov for hjelp?	<b>P1 – Kommunikasjon:</b> Blir personen spurt om hva hun ønsker og hva hun mener?	<b>S1 – Fellesskap:</b> Trekker vi personen med demens med i samtaler slik at hun har fellesskap med de andre og med oss? Passer vi på at vi ikke snakker over hodet på personen?
<b>V2 – Personalledelse:</b> Er det etablert systemer på arbeidsplassen som sikrer at vi føler oss verdsatt av arbeidsgiver?	<b>I2 – Evaluering:</b> Er planen til personen oppdatert?	<b>P2 – Empati og risikovurdering:</b> Viser vi evne til å sette oss inn i personens hverdag? Tar vi hensyn til dette?	<b>S2 – respekt:</b> Blir personen behandlet med respekt? Passer vi på at vi ikke overhører personen eller stempler henne som «dum» eller «vanskelig»?
<b>V3 – Ledelsens forpliktelse og motto:</b> Gir ledelsen oss ansvar og frihet på en slik måte at vi kan gjøre det som er best for personen med demens?	<b>I3 – Personlige eiendeler:</b> Får personen bruke sine egne klær og eiendeler i hverdagen?	<b>P3 – Fysisk miljø:</b> Er de fysiske rammebetingelsene tilrettelagt slik at personen med demens kjenner seg trygg?	<b>S3 – Varme:</b> Opplever personen varme og omfavnelse? Ser det ut som om hun har det bra, eller ser det ut som om hun er utrygg uten at noen trøster henne?
<b>V4 – Utvikling av praksis:</b> Får vi muligheter til faglig utvikling og veiledning i personsentrert omsorg?	<b>I4 – Individuelle hensyn:</b> Vet vi hva personen liker og misliker, og har vi rutiner som sikrer at dette blir tatt hensyn til?	<b>P4 – Fysisk helse:</b> Har vi nok kunnskap om personens fysiske helse, smerter, syn, hørsel?	<b>S4 – Validering:</b> Tar vi personens frykt på alvor, eller blir hun overlatt til seg selv over lengre tid med tydelige tegn på at hun er redd?
<b>V5 – Miljøet:</b> Hvor godt tilrettelegger arbeidsplassen et fysisk og sosialt miljø som støtter personen med demens?	<b>I5 – Livshistorie:</b> Kjenner vi livshistorien og hendelser som har vært viktig for personen? Bruker vi denne kunnskapen i hverdagen?	<b>P5 – Utfordrende atferd som kommunikasjon:</b> Blir «utfordrende atferd» analysert for å finne ut hva som kan ligge bak?	<b>S5 – Tilrettelegging:</b> Hjelper vi personen til å delta i egenomsorg og aktiviteter? Passer vi på at vi ikke behandler personen følelsesløst, som en ting?
<b>V6 – Kvalitetssikring:</b> Finnes rutiner som sikrer kontinuerlig kvalitetsutvikling og ivaretar de behov og interesser personen med demens har?	<b>I6 – Aktiviteter:</b> Er det aktiviteter på sykehjemmet som passer til personens interesser og evner, og deltar personen i dem?	<b>P6 – Å være talsmann:</b> Hvordan ivaretar vi rettighetene til en person som gjør de andre på avdelingen utrygge?	<b>S6 – Å delta i livet utenfor:</b> Er personen med på noe som skjer utenfor sykehjemmet? Kommer det folk fra det lokale miljøet på regelmessig besøk?

(Røsvik, 2016 s. 380-381)

Som vist utgjør VIPS praksismodell fire sentrale elementer, som hver har 6 indikatorer knyttet til seg. For å bruke dette i praksishverdagen vil det som kalles fagmøtet stå sentralt. I VIPS – manualen anbefales det at fagmøtet legges inn som rutine, og at tid avsettes på turnus.

Manualen sier videre at fagmøtet bør ha en ukentlig frekvens, og at det må settes av 45 minutter – 1 time (Røsvik & Mjørud, 2011, s. 54). Fagmøtet følger en fast struktur, med faste roller. Før fagmøtet blir problemstillingen forberedt. Dette er et ansvar møteleder og primærkontakt har i lag. Primærkontakten har et særlig ansvar for å fremme personen med demens sitt perspektiv, og å forsøke å sette seg inn i hvordan han eller hun opplever det som er vanskelig. Primærkontakten får da en slags rolle som «advokat», og har ansvar for å forberede møtet ved å innhente informasjon. Dette kan bety å snakke med pasienten, snakke med pårørende for å få vite mer om synspunkt, vaner og så videre. Problemstillingen blir lagt fram på fagmøtet, der flest mulige av personalet er tilstede. Det er en stor fordel om nattevakter også er med. Primærkontaktens ansvar når problemstillingen legges fram er å snakke ut fra hvordan hun tror pasienten opplever den. Når problemstillingen er lagt fram skal alle gi uttrykk for hvordan de opplever situasjonen. Det kan hende at noen i personalet opplever den som mer dramatisk, eller at noen ikke har opplevd noen problemer knyttet til den. Det er viktig å få fram alle de ulike erfaringene og måtene personalet har møtt utfordringen på. Når dette er gjort går hver enkelt gjennom de 24 indikatorene, og velger ut hvilke indikatorer de synes er viktig i gjeldende situasjon. De skal ikke velge flere enn to. Dette betyr at fokus snevres inn, og man blir nødt til å prioritere. Ut fra valgene som er gjort blir personalgruppen enig om hvilke indikatorer de i fellesskap vil satse på. Personalgruppen drøfter da, med utgangspunkt i sine ulike erfaringer, hvilke miljøtiltak som skal prøves ut. Miljøtiltakene skal forankres i det de vet ut fra situasjonen (helsetilstand, mulige udekkede behov, livshistorie/erfaringer, demenssymptomer) og drøftingene som er gjort. I og med at indikatorene tvinger fram en innsnevring vil VIPS praksismodell være med på å sikre at man prøver ut et tiltak om gangen. På møtet bestemmes det hvor lenge man skal prøve ut tiltaket, hvem som har ansvar for å skrive det ned, og om det er spesielle observasjoner eller kartlegginger som skal gjøres. På slutten av møtet er det igjen primærkontakten som har ansvar for å formulere hva hun tror pasienten vil mene om tiltaket personale har kommet fram til. Et viktig element er at tiltaket skal være hva man tror gagnar pasienten best, ikke hva som er mest bekvemt eller lettvinnt for personalet. Evalueringsdato og nytt møte fastsettes.

Det er viktig at evalueringen blir fulgt opp, slik at man sikrer at lite hensiktsmessige tiltak avsluttes. Videre er det like viktig at gode tiltak blir bestemt videreført. Fordelen med en slik møtestruktur er at hele personalgruppen blir gjort kjent med bakgrunnen for tiltaket, og muligens blir mer lojale da de har vært delaktig i prosessen med å utforme det. En annen

fordel er at man sikrer systematikk i utprøving av nye tiltak. Det er kjent at man kan bli for ivrig når en situasjon oppleves vanskelig, slik at man trår til med mange tiltak på en gang. Det vil da bli vanskelig å vite hva som egentlig er hensiktsmessig å gjennomføre. Brukt systematisk og med forståelse for redskapet kan VIPS praksismodell være et godt redskap for å dele kunnskap, bygge kompetanse og sikre personsentrert omsorg, med felles fokus (Røsvik, 2016, s. 382).

### 3. 4 Forskning på personsentrert omsorg, VIPS praksismodell og implementering

I Nasjonal faglig retningslinje om demens (Helsedirektoratet, 2017) gis det en sterk anbefaling om at de helse- og omsorgstjenestene som ytes til personer med demens skal være personsentrerte, både på organisatorisk nivå og individuelt nivå. Dette innebærer at det ikke er noen betenkeligheter knyttet til tilnærmingen, og at man mener at det er god grunn til å tro at alle informerte pasienter ville ha ønsket dette. Fordelen med en personsentrert omsorg vil veie klart opp for ulempene. En sterk anbefaling skal bygge på evidens av høy kvalitet, men man kan i noen tilfeller gi sterk anbefaling selv om evidens ikke er av høy kvalitet. Dette vil da bygge på kliniske erfaringer. For anbefalingen om personsentrert tilnærming påpekes det at forskningen som eksisterer om dette ikke er av høy kvalitet, men basert på samlede erfaringer, nasjonalt og internasjonalt, gis det likevel en sterk anbefaling. Nasjonal faglig retningslinje (2017) konkluderer med at: «Personsentrert omsorg og behandling er et overordnet verdigrunnlag og en indikator for god omsorg i praksis som særlig bør gjelde for personer med demens og deres pårørende. Personsentrert omsorg gjelder for alle anbefalingene gitt i denne retningslinjen». Retningslinjen begrunner også sin anbefaling med at personsentrert omsorg og behandling også er implementert i andre lands nasjonale, faglige retningslinjer og at disse er av høy standard.

UpToDate (2018) fastslår at det i økende grad finnes evidens for at en personsentrert tilnærming har positiv effekt for personer med demens og utfordrende atferd. De refererer til flere randomiserte, kontrollerte studier og litteraturstudier som påviser en positiv endring når utfordrende atferd blir møtt med en personsentrert tilnærming, ofte i kombinasjon med skoling av personalet. Denne opplæringen kan være kommunikasjonstrening, konfliktdepende tilnærming, økt innsikt i – og forståelse for symptomenes betydning. (Livingstone, et al., 2014, Cohen-Mansfield, Thein, Marx, Dakheel-Ali & Freedman, 2012, Ayalon, Gum, Feliciano & Areàn, 2006). Trenden har sin begrensning i at det i liten grad blir

påvist effekt på lang sikt, men at positiv endring kan påvises over et kortere tidsrom. Det kan skyldes at studiene har en svakhet ved at det ikke blir gjort en oppfølging i etterkant. UpToDate fastslår altså at betydningen av en personsentrert omsorg er stor i møte med personen med demens. Videre at denne tilnærmingen flytter fokus fra en oppgavestyrte fagutøvelse, til en mer relasjonell og individstyrt tilnærming som igjen viser seg å ha betydning for å lindre og behandle APSD.

Trenden som blir påvist i UpToDate kan også gjenspeiles i nyere norsk forskning. Rokstad (2013) ser i sin avhandling på om implementering av personsentrert omsorg kan redusere og behandle APSD. Videre tester hun hvorvidt VIPS praksismodell og Dementia Care Mapping (DCM, et kartleggingsredskap for å måle grad av personsentrert omsorg i praksis) er mer effektiv for å implementere personsentrert omsorg enn en generell opplæring i demens. Hun fokuserer også på lederens betydning i implementering av personsentrert omsorg. Studien omfatter også evaluering av et kartleggingsredskap (Person-centred Care Assessment Tool), men dette vil jeg ikke komme inn på da det ikke er relevant i denne sammenhengen. Rokstads hovedstudie ble utført på sykehjem i Oslo. Den bestod av to intervensjonsgrupper, der en fikk opplæring i DCM og den andre opplæring i VIPS praksismodell. Det ble etablert en felles kontrollgruppe for begge intervensjonsgruppene. Baseline ble foretatt før gruppene ble randomisert, og oppfølging ble gjort 10 måneder senere, da intervensjonen ble avsluttet. Studien kunne ikke påvise signifikant endring på agitasjon målt med BARS (Brief Agitation Rating Scale) eller endring i bruk av psykofarmaka for noen av gruppene. Derimot ble det målt signifikante forskjeller når det kom til livskvalitet og depresjon. DCM skåret en bedring hva livskvalitet angår sammenlignet med kontrollgruppen, mens VIPS praksismodell skåret bedring i depresjon sammenlignet med kontrollgruppen. Både DCM og VIPS praksismodell kom bedre ut enn kontrollgruppen hva agitasjon og psykose angår målt med NPI-Q (Neuropsychiatric Inventory Questionnaire). Studien påpeker også at ledelse er en svært viktig faktor når personsentrert omsorg skal implementeres. Den finner en klar sammenheng mellom grad av personsentrert omsorg og ledelsens involvering. Ledere på alle nivå må være gode rollemodeller og representere en tydelig visjon. Visjonen må oppleves som en del av praksis. Studien finner også sammenheng mellom ledelse, jobbtilfredshet hos ansatte, lavere samvittighetsstress og grad av personsentrert omsorg. Studien konkluderer med at både VIPS praksismodell og DCM kan være gode redskap for implementering av personsentrert omsorg, men at dette fordrer en kontinuerlig og støttende opplæring og veiledning underveis. Den

konkluderer videre med at lederrollen er svært viktig i dette arbeidet, spesielt for å myndiggjøre og støtte personalet. Rokstad finner også at det er sammenheng mellom grad av personsentrert omsorg og grad av tilfredshet hos ansatte, høye skåringer på dette korrelerte også med lavere grad av samvittighetsstress hos ansatte. Det er videre en sammenheng mellom høyere alder hos ansatte og høy grad av personsentrert omsorg. Studien finner også at personsentrert omsorg har påviselig effekt på opplevd livskvalitet for personen med demens, noe som ikke er funnet tidligere.

Røsvik (2014) tar for seg personsentrert omsorg og ser på utvikling og evaluering av VIPS praksismodell i sin avhandling. Dette er en intervensjonstudie hvis målområder var å utvikle VIPS rammeverk til en praktisk modell for bruk i sykehjem og undersøke om modellen kunne ha effekt på APSD. Videre ville hun undersøke, dersom VIPS praksismodell viser seg å ha effekt, hvilke organisatoriske faktorer som kan ha sammenheng med effekten. Studien ble gjennomført med en innledende pilotstuide i kvalitativt design. Hensikten med denne var å teste ut VIPS praksismodell, og justere denne. Deretter ble en randomisert kontrollert studie gjennomført ved 15 sykehjem i Oslo. Også her ble det etablert en felles kontrollgruppe, og to intervensjonsgrupper. Den ene kontrollgruppen fikk DCM som intervensjon, og den andre VIPS praksismodell. Alle tre gruppene fikk foredrag om demens på DVD. Når det kommer til effekt på APSD, var det ingen forskjeller mellom gruppen målt med BARS. Derimot kunne man se et lignende resultat som Rokstad kom fram til i sin studie. Det ble målt en signifikant forbedring i symptomer på APSD målt med NPI-Q. Videre viste studien en signifikant mindre forverring i livskvalitet ved DCM, og en signifikant reduksjon i symptomer på depresjon ved bruk av VIPS praksismodell. Røsvik fant også at av organisatoriske forhold var det størrelse på enhet som hadde størst innflytelse på effekten av VIPS praksismodell. Hun konkluderer på bakgrunn av sine funn at VIPS praksismodell kan redusere APSD, og at den er best egnet i små enheter/avdelinger med egen leder.

For øvrig finnes det også forskning som ser på endring av praksis og implementering av ny praksis med bakgrunn i andre fagutviklingsprogram. Rapporten «Kompetanseløft på arbeidsplassen» ser på kommunenes erfaring med innføring av ABC modellen (Fossli, Sandvik Døble & Kirkvold, 2011). Denne modellen er en gruppebasert kompetanseheving som foregår på arbeidsplassen. Målet med modellen er å sette i gang utvikling som bidrar til kompetanseheving, knyttet til demens som tema. Evalueringsrapporten ser blant annet på

implementering av ny kunnskap. Også her fremheves ledelse som tema for å lykkes med implementering. Rapporten sier at for å nyttiggjøre seg potensialet som ligger i økt kompetanse medfører dette endrede krav til ledelse. Det må gjøres organisatoriske tilpasninger for å kunne følge opp personalet på en annen måte, og for å imøtekomme endrede krav til faglig standard. Rapporten påpeker også en ny utfordring til økt kompetanse. Dette handler om at organisatoriske forhold ofte er vanskelig å påvirke, og at økt kompetanse fører med seg at ansatte stiller andre krav enn før, fordi de har mer kunnskap om hvordan det ideelt sett skal være. Dette kan i verste fall føre med seg at ansatte opplever omkringliggende forhold som verre enn før, fordi de ikke kan oppfylle egne faglige krav og forventninger.

Bowers (2010) har en gjennomgang av flere studier som viser en sammenheng mellom grad av utfordrende atferd, ansattes kompetanse – eventuell kompetanseøkning og grad av ansattes stress knyttet til utfordrende atferd. Hun påpeker at det er en klar sammenheng mellom utfordrende atferd og ansattes belastning, og at begge deler kan reduseres ved endret kompetanse. Bowers sier at ansatte kan ha en svært høy motivasjon for å omsette ny kunnskap i praksis, men at dette kan bli vanskeliggjort av ytre omstendigheter. Dette kan være grad av tilrettelegging og støtte for å omsette ny kunnskap. Videre hvorvidt kompetanseendringen følges av systematisk oppfølging i form av veiledning eller nettverkssamlinger. Hun påpeker også ledelse som en svært viktig faktor for å få implementert ny kunnskap over tid.

I en litteraturstudie som tar for seg betydningen av systematisk kompetanseheving innenfor demensomsorg finner artikkelforfatterne at det er begrenset med forskning på dette, og at det er behov for mer forskning innenfor temaet (Elliott, Scott, Stirling, Martin & Robinson, 2012). Dette er for så vidt i tråd med det som kommer fram i Nasjonal faglig retningslinje om demens. Likevel er det tendenser innenfor nyere forskning som påpeker at det er tydelige tegn på at personsentrert omsorg og bruk av VIPS praksismodell har en positiv innvirkning når det gjelder å imøtekomme personer med demens og utfordrende atferd sine behov. Dette vil jeg komme nærmere inn på når jeg ser på egne funn i lys av denne forskningen.

## 4 Design og metode

I dette kapitlet redegjør jeg for hva som ligger i begrepet evaluering. Deretter beskrives litteratursøket, samt valg av forskningsdesign og metode for å gjennomføre evalueringen. Videre følger en beskrivelse av hvordan spørreskjema ble utviklet, samt variabler, pilotundersøkelse og gjennomføring. Jeg reflekterer avslutningsvis over hva svarprosenten på undersøkelsen har å si for hvordan jeg kan bruke resultatene i analyse og drøfting.

### 4.1 Evaluering, litteratursøk, forskningsdesign og valg av metode

I det følgende beskrives hva som karakteriserer evaluering. Jeg gjør rede for litteratursøket som ble gjennomført. Til slutt forklarer jeg hvorfor dette forskningsdesignet ble valgt, og redegjør for metoden.

#### 4.1.1 Evaluering

Begrepet evaluering er mangfoldig, og rommer mange ulike metoder og tilnærminger. Sverdrup (2002) gjør rede for hvordan evaluering både kan være en teoretisk, forskningsbasert aktivitet og at det også kan være en mer praktisk rettet aktivitet. Evaluering har uansett som hensikt å se på hvordan et tiltak, en aktivitet eller et program har virket. Tradisjonelt ble evaluering sett i et kost – nytteperspektiv, der man ville se på hvorvidt effekten av en innsats eller et tiltak stod i forhold til utbytte av den. Evalueringsbegrepet har hatt en sterk faglig utvikling, og det er i dag vanlig å se på evaluering som et mer mangetydig begrep, som kan ta opp i seg mange ulike fagområder. Man har erkjent at det i en kompleks verden ikke alltid er lett å se hva som innvirker på utbytte av et tiltak. En lineær måling er vanskelig. Når det gjelder «Kompetansepakke utfordrende atferd» blir dette tydelig. Programmet har pågått i en årrekke. I løpet av denne tiden vil organisasjonen ha vært gjennom mange endringer som kan ha betydning for programmet, uten at disse endringene i utgangspunktet har sammenheng med «Kompetansepakke utfordrende atferd». Dette kan være at aktørene endrer seg underveis. Deltakerne i programmet endrer seg, nye kommer inn og andre forsvinner. Videre har det vært gjennomført omorganiseringer, som blant annet har endret på ledelsesstrukturen i kommunen. Samtidig med «Kompetansepakke utfordrende atferd» gjennomføres det andre fagutviklingsprogram. Eksempel på dette er Demensomsorgens ABC, sertifisering til livsgledehem, musikkbasert miljøbehandling, endringer i fagsystemer og så videre. I et slikt perspektiv er det naturlig å tenke at de forskjellige elementene og satsingsområdene vil virke inn på hverandre, og gjøre en



evalueringsspross mindre håndgripelig og mer kompleks. Den målbare effekten kan være vanskelig å definere og få tak i, og man er derfor nødt til å se på andre begrep som kan være dekkende for en evaluering.

I nyere forskning om evaluering ser man et skifte fra nettopp den kost – nytte baserte tenkningen som omfatter evaluering av mål og virkemiddel, til i større grad å omfatte et mer prosess - og brukerorientert perspektiv (Sverdrup, 2014). «Kompetansepakke utfordrende atferd» har ingen målbar før – situasjon å måle opp mot. Det foreligger ingen base – line med målbare og konkrete variabler. Denne undersøkelsen vil derfor fokusere på hva deltakelse i «Kompetansepakke utfordrende atferd» har betydd for de som har vært med. Dette operasjonaliseres til læringsutbytte, grad av opplevd implementering i arbeidshverdagen og grad av bruk. Videre fokuserer den på hva som oppleves som hemmende og fremmende faktorer for å gjennomføre en personsentrert omsorg. På bakgrunn av disse premissene kan man si at dette er en målevaluering, med fokus på ansattes opplevelser knyttet til programmet. Undersøkelsen ble gjennomført i tidsrommet 22. februar til 12. mars 2018.

#### 4.1.2 Strategi for litteratursøk

I denne undersøkelsen er det naturlig å søke til opphavet for begrepet personsentrert omsorg, slik dette er redegjort for i kapittel 2. «Kompetansepakke utfordrende atferd» anvender dette som både teoretisk og praktisk tilnærming. Å se demens og personsentrert omsorg i lys av teorien om salutogenese er interessant, fordi det er slektskap mellom disse teoriene, og de representerer det samme paradigmeskiftet i medisinsk forskning. Det var derfor naturlig å søke til primærkilder omkring disse begrepene. Jeg har derfor benyttet meg av Kitwoods og Antonovskys egne publikasjoner som et utgangspunkt. Det videre litteratursøket handlet om å finne forskning om erfaringer med personsentrert omsorg. Innledningsvis ble snøballmetoden benyttet, der enkelte ord ble hentet ut fra problemstillingen og brukt for å snevre inn søket. Jeg har søkt i offisielle kilder som Helse og omsorgsdepartementet, Regjeringen, Lovdata og Helsedirektoratet. I utgangspunktet har jeg tatt fatt i ordene i problemstillingen, for senere å kunne lete opp synonymmer. Deretter kan jeg se på ulike sammenstillinger, og søke på disse. Jeg har søkt på de uthevede ordene som er satt inn i skjema. Følgende databaser er brukt: SveMed+, PubMed, Helsebiblioteket, UptoDate, Idunn og Cinahl.

Kompetanseheving Implementering	demens	Utfordrende atferd	APSD	Endring i praksis	Personsentrert omsorg
Capacity building	dementia	Challenging behaviour	npi	Change in practice	Person centred care
training			BPSD/APSD		
education			Behavioural and Psychological Symptoms in Dementia		
implementation					

Tilsammen gav disse søkene relevante treff, som er brukt i denne studien. Det er ikke gjennomført et systematisk litteratursøk, men søkeordene har bidratt til å snevre inn søket. Kombinasjonen av søkeordene førte i stor grad til de samme temaområdene og kildene, noe som jeg velger å tolke dithen at jeg har truffet godt med søket.

#### 4.1.3 Spørreundersøkelse/tverrsnittsundersøkelse

I følge Ressurssenter for demens er det 400 personer som har gjennomført del 1 av «Kompetansepakke utfordrende atferd», fordelt på 26 helse – og velferdssenter og helsehus. Dette betyr at det finnes mange forskjellige erfaringer, gjort på svært forskjellige arenaer. Den minste enheten har 18 pasienter, den største 96. For å fange opp flest mulig ulike erfaringer valgte jeg å gjennomføre en spørreundersøkelse med kvantitativt design.

Spørreundersøkelsen ble sendt til de som har deltatt på «Kompetansepakke utfordrende atferd» for å kartlegge hvilke erfaringer ansatte har etter å ha deltatt på kurs om utfordrende atferd og demens, hvor mye de bruker det de har lært i praksishverdagen og hva de opplever som fremmende og hemmende faktorer for personsentrert omsorg. Målet med spørreundersøkelsen er å gjøre en evaluering av «Kompetansepakke utfordrende atferd». Programmet har pågått over seks år, og det blir derfor vanskelig å fange opp en før- etter situasjon, da det ikke foreligger data om situasjonen før «Kompetansepakke utfordrende atferd» ble igangsatt. Likevel mener jeg det er mulig å analysere hvorvidt innholdet i kurspakken blir brukt i den praktiske hverdagen. Det ble derfor gjennomført en

tverrsnittsundersøkelse blant deltakerne i «Kompetansepakke utfordrende atferd». En tverrsnittsundersøkelse er deskriptiv, der man kan påpeke sammenhenger mellom variabler, men ikke årsaker (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2015, s. 74). Tverrsnittsundersøkelser karakteriseres ved at de gir et øyeblikksbilde av en situasjon, i dette prosjektet vil man få data om situasjonen på akkurat det tidspunktet undersøkelsen ble gjennomført. Metoden ble valgt da det ble ansett som hensiktsmessig for å fange opp erfaringer deltakerne har gjort seg pr. i dag. Videre ble det vurdert at dette også kunne være en nyttig metode for å fange opp en bredere variasjon av erfaringer da man ønsket å nå deltakerne, uavhengig av hvor engasjert de var i programmet. Hvilke erfaringer de ansatte har med «Kompetansepakke utfordrende atferd» og grad av implementering av denne kan kartlegges på flere måter. Problemstillingen kan operasjonaliseres til ulike variabler som sier noe om i hvilket omfang ny kunnskap tas i bruk, og fange opp mulige sammenhenger mellom rammebetingelser som størrelse, ledelse m.m.

## 4.2 Beskrivelse av den kvantitative studien

Denne delen av kapitlet vil beskrive utviklingen – og gjennomføringen av spørreundersøkelsen.

### 4.2.1 Spørreskjema

For å gjennomføre denne spørreundersøkelsen har jeg utviklet et eget spørreskjema basert på problemstillingen. En fordel med spørreundersøkelsen jeg skal gjennomføre er at jeg ikke spør om personsensitive opplysninger eller har spørsmål som vil oppfattes som intime eller potensielt krenkende. Jeg har i all hovedsak fakta variabler. Dette er variabler som omhandler konkrete opplysninger om hvor mye, hvor ofte, i hvor stor grad og så videre. Fakta variabler oppfattes som nøytrale, og berører i liten grad følelser og holdninger. De berører ikke sensitive tema. Ringdal (2006, s. 270) beskriver fakta variabler som lite diffuse, og lettere å innhente opplysninger om. Det spørres om demografisk informasjon i begrenset omfang, og atferd. Videre vil noen spørsmål også omfatte konkret kunnskap. Dette kan anses som en styrke ved undersøkelsen, da slike spørsmål er lettere å svare på enn de som kommer inn på svært private og sensitive tema.

Spørreskjemaet ble innledet med å etterspørre demografisk bakgrunnsinformasjon, som alder, utdanning, ansiennitet og størrelse på arbeidssted. Alle disse variablene var forhåndsdefinerte, slik at respondenten krysset av det som passet. Videre ble det spurt om respondenten hadde deltatt på kurs om VIPS praksismodell, hvorvidt vedkommende deltok på nettverkssamlinger

og om hvor lenge siden det var at vedkommende hadde deltatt på kurs om utfordrende atferd. Dette var ja/nei spørsmål, og det siste spørsmålet var definert i kategorier. Den neste delen av spørreundersøkelsen bestod av tre temaområder: Læringsutbytte, implementering av kunnskap i praksis og grad av bruk. Her ble spørsmålene formulert med lukkede svaralternativ gradert i Likertskala fra 1-5, hvor 1 var dårligst og 5 best. En skala fra 1-5 ble valgt da dette ville gi en større mulighet for å gradere enn om man valgte en lavere skala, og kunne på denne måten gi mulighet for en større variasjon i svarene. En skala med høyere tall ble ikke ansett som hensiktsmessig i denne sammenhengen. Den siste delen av spørreskjemaet handlet om fremmede og hemmende faktorer for personsentrert omsorg, hvor respondentene ble bedt om å angi hvilke tre faktorer de anså som viktigst. Faktorene var forhåndsdefinert, og de ble ikke bedt om å gradere dem.

Hvert spørsmål i problemstillingen ble på denne måten operasjonalisert til målbare enheter, og skjemaet består av lukkede svaralternativ. Undersøkelsen var lett å svare på, og tok ikke lang tid. Dette for å sikre at svarresponsen ikke blir lavere på grunn av en undersøkelse som tar lang tid å svare på, og der respondenten må bruke tid på å formulere seg. Det vil også gjøre etterarbeidet enklere når svarene er gitt i på forhånd fastsatte kategorier (Bjørndal & Hofoss, 2004).

#### 4.2.2 Variabler i spørreskjema

Deltakerne har helsefaglig bakgrunn, fordelt på helsefagarbeidere/hjelpepleiere og høgskoleutdanning, hovedsakelig syke- og vernepleiere. Jeg fant det interessant å spørre om alder, utdanningsnivå, ansiennitet og eventuelt videreutdanning, da det kan tenkes å være faktorer som kan spille inn på hvordan deltakerne tar «Kompetansepakke utfordrende atferd» i bruk. I undersøkelsen delte jeg opp utdanningsnivå i videregående- og høgskole.

Utdanningskategorien utgjorde således sykepleier, vernepleier, hjelpepleier, helsefagarbeider og annet. De aller fleste har utdanning på disse nivåene. Jeg ønsket å ha med kategorien videreutdanning for å fange opp utdanning på et høyere nivå. I denne sammenhengen var det ikke interessant å dele opp i bachelor og masternivå, da det er få, om ingen med masterutdanning som arbeider på utøvende nivå på sykehjem. Dessverre falt kategorien videreutdanning ut da spørreskjemaet ble lagt inn i Questback. Jeg valgte bort kjønn som faktor, da det unntaksvis er mannlige deltakere i kompetansepakken. Det ville derfor bli en utfordring å ivareta anonymitet dersom kjønn ble tatt med. Videre ønsket jeg informasjon om størrelse på arbeidssted, hvorvidt deltakerne har vært med på del 2 av «Kompetansepakke

utfordrende atferd» (VIPS kurs), hvorvidt de deltar på nettverkssamlinger og hvor lenge siden det er siden de deltok på kurs. Dette utgjør variabler på nominalt nivå. De er av beskrivende karakter, for eksempel utdanning, alder, størrelse på arbeidssted o.l. Variabler på nominalt nivå vil være gjensidig utelukkende, og kan ikke rangeres (Bjørndal & Hofoss, 2004, s. 32). Disse variablene er interessante da de i analyser kan fortelle noe om sammenhengen mellom for eksempel utdanning og hvor mye man bruker det man har lært.

For å kunne operasjonalisere læringsutbytte, implementering av kunnskap i praksis, grad av bruk i praksis og til slutt fremmende og hemmende faktorer for personsentrert omsorg må man over på ordinale nivå. Dette er variabler som operasjonaliseres i målbare kategorier, slik at det er mulig å gjennomføre en analyse. Jeg må gjøre fenomenene jeg ønsker å undersøke konkrete og målbare (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2015, s. 253). Dette betyr at jeg ordner variablene jeg skal se nærmere på i målbare kategorier, som er gjensidig utelukkende. Hver variabel blir gitt en tallverdi, slik at jeg får anledning til å systematisere informasjonen jeg innhenter. Dette kan gjøres ved å formulere spørsmålet slik at respondenten graderer svaret sitt på en skala med gjensidig utelukkende verdier, eller at spørsmålet formuleres slik at svaret gir en tallverdi (Bjørndal & Hofoss, 2004, s. 32). Eksempel på et slikt spørsmål er:

### Læringsutbytte av kurs om utfordrende atferd:

Når du tenker tilbake på kurs om utfordrende atferd og demens, i hvor stor grad synes du at du har fått kunnskap om følgende tema gjennom å delta på kurs? Svar på en skala der 1 betyr svært liten grad og 5 betyr svært stor grad:

Tema:	1	2	3	4	5
Demens					
Utfordrende atferd og demens, årsaker					
Utfordrende atferd og demens, kartlegging og kartleggingsredskap					
Utfordrende atferd og demens, tiltak og løsninger					
Lov om pasient og brukerrettigheter, kap. 4A					
Saksbehandling etter Lov om pasient og brukerrettigheter, kap. 4A					
Rutiner om utfordrende atferd og demens i Kvaliteket					
Rollen som ressursperson på egen arbeidsplass					
Dokumentasjon av utfordrende atferd i Gerica					

#### 4.2.3 Pilotundersøkelse

Det ble gjennomført en pilotundersøkelse, som noen tilfeldig utvalgte respondenter svarte på. Et første utkast ble sendt til sju ansatte som jeg selv hadde møtt på nettverkssamlinger, fem av dem svarte. I etterkant ble de intervjuet for å avdekke uklarheter i svaralternativ, og eventuelle andre problem knyttet til gjennomføringen. Basert på denne piloten ble det endelige skjemaet utarbeidet.

Pilotundersøkelsen viste seg å være svært nyttig for å avdekke uklarheter i spørreskjemaet, samt å fange opp spørsmål og tema jeg ikke hadde tenkt på. For eksempel avdekket jeg språklige uklarheter som handlet om størrelse på arbeidssted og hvorvidt undersøkelsen handlet om nåværende eller tidligere arbeidssted (der man jobbet da man deltok på kurs). Videre kom temaet om medikamentell behandling og fokus på dette som hinder for personsentrert omsorg opp. Et annet viktig aspekt med pilotundersøkelsen var at jeg også fikk avdekket potensielle problem med utvalget og utvalgskriteriene. Da deltakerne på

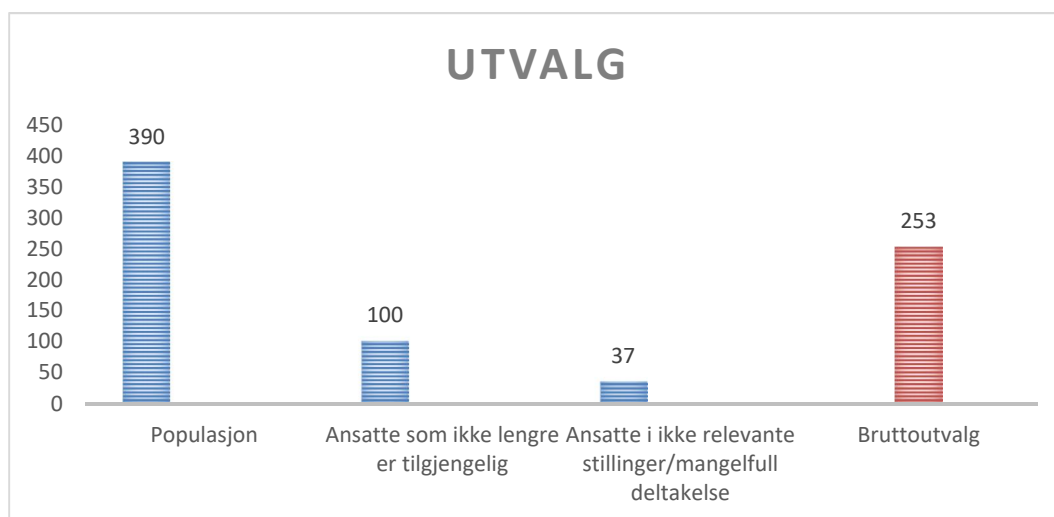
nettverkssamling, som alle er definerte ressurspersoner, ble spurt om å bidra til pilotundersøkelsen viste det seg at mange av de som deltok på nettverkssamlinger ikke hadde deltatt på kursene som utgjør grunnlaget for «Kompetansepakke utfordrende atferd». Dette ble viktig å være klar på når undersøkelsen skulle sendes ut. Jeg ønsket ikke å endre på at det er deltakere på del 1 av kurset som skulle inkluderes i utvalget, og at deltakerlisten jeg fikk fra Ressurscenter for demens skulle omfatte disse. Dette drøftet jeg med Ressurscenter for demens, og de har heldigvis adskilte deltakerlister for kurs og nettverkssamlinger. Å gjennomføre pilotundersøkelsen for å kvalitetssikre spørreskjema har vist seg svært viktig for å få et godt instrument. Spørreskjema ble endret i tråd med innspillene og vil dermed sikre at jeg får svar på problemstillingen. Dette er svært viktig da jeg kun har denne ene muligheten til å få besvart mine spørsmål. I et forskningsdesign som dette kan jeg ikke gå tilbake til respondentene for å avdekke uklarheter eller utdype tema som kan dukke opp underveis. Spørreundersøkelsen er godt tilpasset målgruppen, som består av både fagarbeidere og høgskoleutdannet personell. Videre er den ikke for omfattende, og det vil ikke ta mer enn maks ti minutter å svare på den. Pilotundersøkelsen viste seg å være en svært spennende og avklarende prosess. Spørreskjema er vedlagt (vedlegg 1).

#### 4.2.4 Utvalg

Inklusjonskriteriene for å delta i undersøkelsen er å ha vært med på minimum del 1 av «Kompetansepakke utfordrende atferd», dette innebærer at de har vært med på grunnkurset om utfordrende atferd. Jeg anså det som mulig og gjennomførbart å nå alle som har deltatt på «Kompetansepakke utfordrende atferd», da Ressurscenter for demens hadde deltakerlister for alle som har deltatt, og gav tillatelse til at jeg kontaktet dem. På denne måten kunne jeg finne et bredt sett av erfaringer.

Populasjonen for undersøkelsen var 400 personer, ifølge deltakerlister ført gjennom de seks årene kompetansepakken har vært gjennomført. Deltakerlistene var ført årlig, for hver institusjon som har deltatt. Ressurscenter for demens var behjelpelig med å gå gjennom listene i lag med meg, slik at jeg fikk en foreløpig oversikt over de som helt sikkert hadde sluttet. Videre ble det foretatt en sammenligning mellom deltakerlistene og lister over ansatte på hver institusjon. Listene over hvem som jobber på hver enhet ligger på kommunens hjemmeside, slik at dette er offentlig tilgjengelig for alle. På denne måten var det mulig å fram hvem som fremdeles arbeidet ved institusjonen de jobbet ved da de deltok på kurs. På bakgrunn av denne

oversikten ble det gjennomført en fintelling og sammenligning mellom deltakerlistene. Gjennom seks år skjer det mye i en stor kommune, enheter var lagt ned og slått sammen, og det viste seg at noen deltakere var ført på flere lister, da enheten de jobbet ved tidligere ikke lengre eksisterte. Denne gjennomgangen gav en populasjon for undersøkelsen på 390 personer. Neste trinn i prosessen var å lete opp de som ikke lengre var registrert som ansatt ved enheten de arbeidet ved da de gikk på kurs. Det ble gjort ved å legge inn navnesøk på kommunens hjemmeside, dette er også offentlig tilgjengelig informasjon. Søket viste at det var umulig å finne 100 kursdeltakere. Dette kan skyldes at de jobber i en annen kommune, har gått av med pensjon og så videre. Disse 100 ble trukket fra populasjonen. Søket viste videre at 36 personer hadde skiftet til en jobb jeg ikke anså som relevant for undersøkelsen, det kunne være saksbehandlerstillinger, barnehage, smittevern og lignende. Disse ble også trukket ut. 1 person ble trukket ut på grunn av for dårlig oppmøte på kurs, vedkommende hadde kun deltatt 3,5 timer. De personene som i første omgang ikke ble funnet ved den opprinnelige enheten de arbeidet på da de gikk på kurs, men som viste seg og arbeide ved andre helse og velferdssenter eller helsehus er innlemmet i det som til slutt ble bruttoutvalget på 253 personer, fordelt på 26 helse - og velferdssentre/helsehus. Figur 1 viser hvordan utvalget til slutt så ut. De som faktisk svarte vil utgjøre nettoutvalget.



Figur 1. Beskrivelse av utvalg

En styrke ved utvalget er at alle de man vet har gått på kurs, og som fremdeles arbeider på helse og velferdssentre er representert. Ved å ha gjort en nøye gjennomgang av utvalget, og tatt ut de som ikke finnes i kommunens system, har man prøvd å legge til rette for at bortfallet blir minst mulig. Det er således gjort en grundig sannsynlighetsutvelgelse, slik at



bruttoutvalget skal være både representativt og tilgjengelig. En svakhet ved utvalget er at det ikke angir utdanning, alder, ansiennitet og lignende. Dette er ikke naturlig å oppgi på deltakerlister, men det hadde vært en fordel og hatt tilgang på disse opplysningene da de hadde kunnet gitt viktig informasjon i en bortfallsanalyse. Dette kommer jeg tilbake til senere. Målsettingen var å få en svarprosent på 60%, da dette er godt innenfor det som regnes som en god svarrespons (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2015, s. 245).

Da undersøkelsen ble avsluttet viste det seg at svarprosenten var lav, 42 personer (16,6%) fordelt på 19 institusjoner hadde svart. Blant de personene som hadde svart var det fem som aktivt takket nei til å delta. Dette betyr at  $N = 37$  i denne undersøkelsen, og at svarprosenten utgjør 14,62%.

#### 4.2.5 Gjennomføring

Prosjektet er meldt til, og godkjent av Norsk senter for forskningsdata, NSD før oppstart (vedlegg 2). Grad av sensitivitet ble vurdert som svært lav. Retningslinjer for hvordan anonymitet og frivillig informert samtykke håndteres er fulgt. Undersøkelsen ble sendt ut digitalt til deltakerne i lag med informasjon om prosjektet (se vedlegg 3).

Spørreundersøkelsen ble innledet ved at respondenten samtykket til å delta, eventuelt avsto. For at undersøkelsen skulle være så fersk og aktuell som mulig, og for å hindre at den ble oversvømt av annen epost valgte jeg å ha kort svarfrist, en uke. Purring ble sendt til de som ikke hadde svart på slutten av denne perioden. Jeg brukte Questback som instrument for dette. Det er Trondheim kommunes enhet for kvalitet og kontroll som bistod meg med den tekniske gjennomføringen. Jeg fikk benytte meg av arbeidsgivers lisens for Questback, og en konsulent ved enheten hjalp meg med utsending av undersøkelsen. For å markedsføre prosjektet og oppmuntre til deltakelse har jeg fått legge det fram på nettverkssamling, slik at respondentene kanskje får et mer personlig forhold til det, enn om de bare får en epost. Videre har jeg informert samtlige enhetsledere om prosjektet og bedt dem om å oppfordre de ansatte til å delta på undersøkelsen. I løpet av den tiden undersøkelsen lå ute kunne jeg følge med på hvor mange som svarte. Det viste seg at svarprosenten var lav. Det ble derfor sendt ut en ekstra purring, samt at svarfristen ble utvidet. I tillegg ble det sendt enda en henvendelse til enhetslederne for å be dem om å anmode sine ansatte til å svare. Etter dette ble spørreundersøkelsen holdt åpen i ytterligere fire dager. I neste avsnitt vil svarrespons og hvilke begrensninger en lav svarprosent medfører drøftes mer inngående.

#### 4.2.6 Refleksjon omkring metodevalg og svarprosent

Hensikten med å velge tverrsnittundersøkelse som metode var å kunne fange opp mange ulike erfaringer knyttet til det å delta på «Kompetansepakke utfordrende atferd». Ved å velge denne metoden, og ved å sende undersøkelsen til samtlige tilgjengelige deltakere på kurs pr dags dato, var det mitt håp at svarene skulle bli mangfoldige og gjenspeile de reelle erfaringene deltakerne har. For at svarene skal kunne generaliseres bør svarprosenten være 60% eller mer (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2015, s. 244 -245).

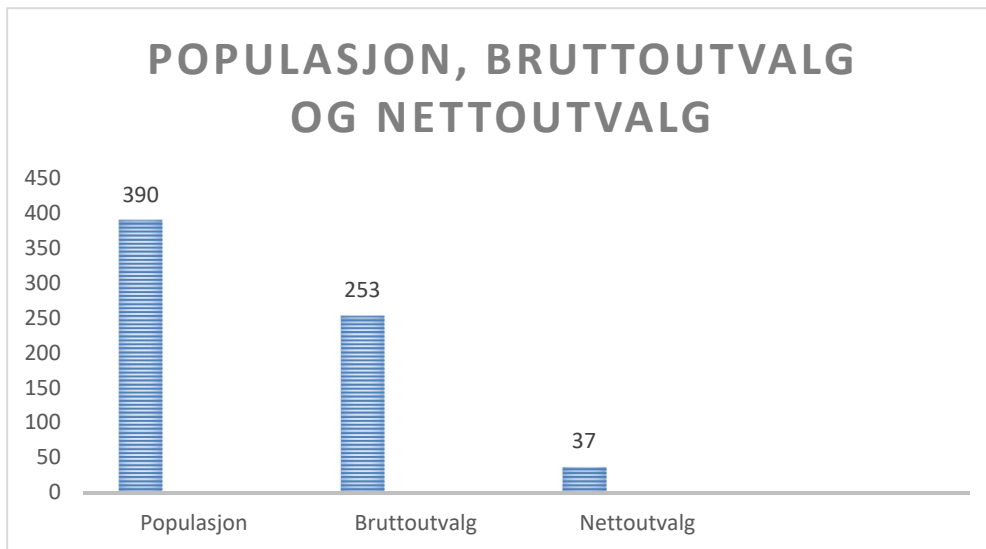
Ringdal (2006 s. 277 – 278) gjengir en modell for deltakelse i undersøkelser, og det er flere faktorer som vil kunne spille inn. Det første elementet handler om å opprette kontakt med informanten. Spørreundersøkelsen ble formidlet via epost, og det er lett å tro at man da har etablert kontakt med alle respondentene. Imidlertid er det et kjent fenomen på min arbeidsplass at dette ikke alltid er tilfelle. Det er et ukjent antall ansatte som svært sjelden leser epost, og som heller ikke svarer. Videre er det grunn til å tro at et betydelig antall ansatte ikke leser epost fra jobb hjemmefra når de har fri, ferie eller er sykemeldt. Årsakene til dette er ikke fullt ut kjent, men av egen erfaring gjennom årene ser jeg at datavegring er et fenomen man bør ta på alvor. Om det oppnås kontakt med informanten er det flere element som spiller inn for hvorvidt vedkommende velger å svare. Respondentens sympati for prosjektet, om vedkommende opplever å ha tid til å svare eller ha interesse for temaet vil spille inn. Videre kan også rent personlige egenskaper spille inn, som for eksempel om respondenten er en hjelpsom og/eller pliktoppfyllende person.

Imidlertid påpeker Johannessen, Tufte og Christoffersen (2015, s. 245) en tendens som viser at deltakelsen i surveyundersøkelser er fallende, og det er svært sjelden at man opplever en høy svarprosent. Dette kan gi utfordringer når resultatene skal analyseres. Ringdal (2015, s. 274 - 277) gjør rede for sannsynlighet for frafall, og trekker fram flere årsaker til at respondenter lar være å svare på undersøkelser. Han påpeker at det er nettopp epostbaserte undersøkelser som risikerer lavest svarprosent. Dette har flere årsaker. Som tidligere nevnt handler det om å nå respondentene, og å etablere kontakt. Dette er vanskeligere å få til i en epostbasert undersøkelse. Det kan tenkes at det rett og slett er mangelen på personlig kontakt som gir færre svar, eller at eposten leses og respondenten tenker at hun skal svare senere, for så å glemme det hele. En annen årsak kan være at jobbhverdagen er travel, slik at ansatte ikke

har, eller tar seg tid til å svare. En utfordring kan da være at eposten forsvinner i mengden av epost.

I dette prosjektet ble svarprosenten svært lav, 14,63% (N=37). Dette gir betydelige utfordringer når resultatene skal analyseres. En bortfallsanalyse kan fortelle hvorvidt de som har svart faktisk er representative for utvalget. Dette krever imidlertid at man har sentrale variabler knyttet til utvalget tilgjengelig, fordi man da kan sammenligne fordelingen i populasjonen og nettoutvalget (Johannessen, Tuft & Christoffersen, 2015, s. 246). Som tidligere nevnt er ikke disse variablene tilgjengelig i populasjonen. Det blir derfor svært vanskelig å kunne gjennomføre en bortfallanalyse som vil kunne gi svar på dette. Da det finnes få opplysninger om variabler i populasjonen blir også vanskelig å kunne si noe om bortfallet er tilfeldig eller systematisk. Et tilfeldig bortfall betyr at de som har svart fremdeles vil utgjøre et representativt utvalg, da ingen grupper vil ha større eller mindre frafall. Et systematisk frafall betyr at en gruppe gjennomgående har større frafall enn en annen (Johannessen, Tuft & Christoffersen, 2015, s. 247 - 248).

Som en konsekvens av manglende informasjon om bakgrunnsvariabler til de som har mottatt undersøkelsen blir det derfor svært vanskelig å gjennomføre en bortfallsanalyse og å si noe om hvorvidt det er et tilfeldig eller systematisk frafall. Jeg sitter igjen med et lite nettoutvalg, og har derfor et dårlig grunnlag for å kunne generalisere funnene analysen viser. Imidlertid er respondenter fra 19 av 26 institusjoner representert i undersøkelsen, dette utgjør 73,08 %. Fordelingen mellom små og store helse – og velferdssenter/helsehus er jevn. Dette kan bety at til tross for at et lavt antall respondenter har svart, kan man ikke se bort fra at lærings – og brukssynet knyttet til «Kompetansepakke utfordrende atferd» er godt representert. Figur 2 visualiserer utvalget slik det er i undersøkelsen.



*Figur 2. Beskrivelse av forholdet mellom populasjon, bruttoutvalg og nettoutvalg*

Med dette som forbehold, at man ikke vet hvorvidt nettoutvalget er representativt, og at svarprosenten ikke muliggjør generalisering og konklusjoner, vil jeg likevel gjennomføre de analysene som var planlagt for undersøkelsen.

## 5 Analyse

I dette kapitlet vil jeg gå gjennom funnene i undersøkelsen. Kapitlet er bygd opp slik at jeg går gjennom hvert hovedpunkt i undersøkelsen, og avslutter med å knytte svarene som kommer fram til spørsmålene i problemstillingen. Analysen er deskriptiv, og jeg vil vektlegge sammenhenger mellom ulike element i undersøkelsen. Drøfting av funnene vil finne sted i kapitel 6.

### 5.1 Bakgrunnsvariabler

Innledningsvis ble det spurt om alder, utdanning, ansiennitet, størrelse på arbeidsplass. Alder var delt opp i 26 -35 år, 36 – 45 år, 46 – 55 år og over 55 år. Her var det henholdsvis 8, 11, 11 og 7 i hver kategori. Da tallene skulle brukes i statistisk analyse ble de to nederste og de to øverste kategoriene slått sammen. Dette fordi det ellers ikke ville blitt statistisk signifikante forskjeller. I analysene som følger er derfor alder fordelt slik: 26-45 år (19) og 46 år og eldre (18).

Utdanning ble fordelt som følger: Helsefagarbeider (4), hjelpepleier (8), sykepleier (17), vernepleier (7) og annet (1). I analysen ble disse kategoriene slått sammen i utdanning på videregående nivå (13) og høyskole (24). Kategorien annet ble innlemmet i videregående nivå, da utdanningen ikke var på høyskole/universitetsnivå. Sammenslåingen skyldes også her at forskjellene ikke ville bli statistisk signifikant da tallverdiene i hver kategori i utgangspunktet var for lave. Ansiennitet fordelte seg slik: Under 5 år (3), 6 – 10 år (4), 11 – 15 år (9) og 16 år eller mer (21). Kategoriene ble slått sammen i ansiennitet opp til 15 år (16) og ansiennitet 16 år eller mer (21), av samme grunn som over. Størrelse på arbeidsplass fordelte seg slik: Under 25 pasienter (10), 25 – 40 pasienter (8), 41 -60 pasienter (6) og mer enn 60 pasienter (13). I analysen ble disse omfordelt i to kategorier: Opptil 40 pasienter (18), og 41 pasienter eller mer (19).

Det ble også spurt om hvorvidt deltakerne hadde deltatt i del 2 av «Kompetansepakke utfordrende atferd» i opplæring om VIPS praksismodell. Her svarte 74,9% ja (29), og 21,6% (8) nei på dette. Deltakelse på nettverkssamlinger ble også belyst. 75,7% (28) svarte ja på dette, og 24,3% (9) svarte nei på om de deltok på nettverkssamling. På spørsmål om hvor lenge det var siden de hadde deltatt på kurs svarte 21 personer at det var mellom 1 -5 år, 10 personer at det var mindre enn et år og 6 personer at det var mer enn fem år.

Bakgrunnsvariablene ble brukt i statistisk analyse for å se om det var forskjeller på læringsutbytte, implementering og grad av bruk i praksis når ble satt i sammenheng med alder, utdanning, ansiennitet og størrelse på enhet. Analysene viste at dette var faktorer som ikke ser ut til å spille inn på erfaringen knyttet til «Kompetansepakke utfordrende atferd».

Som tabell 1 viser er forskjellene på læringsutbytte, implementering og grad av bruk i praksis marginale. De kan ikke leses som noe mer enn en tilfeldighet. Begge gruppene skårer høyt på læringsutbytte og implementering, mens grad av bruk i praksis kommer ut lavt. Det kan se ut som om høgskolegruppen kommer noe høyere ut her, men forskjellen er så liten at den ikke er signifikant. Gruppe 1 er utdanning på videregående nivå, mens gruppe 2 er utdanning på høgskolenivå. Jeg har valgt å synliggjøre resultatet med prosent, men fordi materialet er lite og ikke skal brytes ned velger jeg å la prosenten stå i parentes i tabellene som følger.

*Tabell 1. Læringsutbytte, implementering og bruk i praksis, sett i lys av utdanningsnivå.*

*N=37 (Prosent)*

	Utdanning	N (%)	Svar (gjennomsnittsverdi)	Std. Deviation	Std. Error mean
Læringsutbytte	Gr.1, v.g.skole	10 (27,03)	3,9111	,67240	,21263
	Gr. 2, høgskole	20 (54,05)	3,7611	,60887	,13615
	Ikke svart	7 (18,92)			
Implementering	Gr.1, v.g.skole	13 (35,14)	3,5096	,69309	,19223
	Gr. 2, høgskole	20 (54,05)	3,5750	,56980	,12741
	Ikke svart	4 (10,81)			
Bruk i praksis	Gr.1, v.g.skole	13 (35,14)	2,1462	,87332	,24222
	Gr. 2, høgskole	23 (62,16)	2,4435	,76623	,15977
	Ikke svart	1 (2,7)			

Tabell 2 viser at også når det gjelder ansiennitet er det små forskjeller på læringsutbytte, implementering og grad av bruk i praksis. Gruppe 1 er de som har ansiennitet opp til 15 år, mens gruppe 2 er de som har 16 år eller mer. Av tabellen kan man se at begge gruppene skårer høyt på læringsutbytte og grad av implementering, mens de skårer relativt lavt på grad av bruk.

*Tabell 2. Læringsutbytte, implementering og bruk i praksis, sett i lys av ansiennitet. N=37 (Prosent)*

	Ansiennitet	N (%)	Svar (gjennomsnittsverdi)	Std. Deviation	Std. Error Mean
Læringsutbytte	Gr.1, til 15 år	14 (37,84)	3,8366	,58283	,14136
	Gr. 2, 16 år +	16 (43,25)	3,7778	,69537	,19286
	Ikke svart	7 (18,92)			
Implementering	Gr.1, til 15 år	14 (37,84)	3,5625	,68007	,17002
	Gr. 2, 16 år +	19 (51,35)	3,5368	,56035	,13591
	Ikke svart	4 (10,81)			
Bruk i praksis	Gr.1, til 15 år	15 (40,54)	2,1778	,79673	,18779
	Gr. 2, 16 år +	21 (56,76)	2,4944	,80839	,19054
	Ikke svart	1 (2,7)			

Tabell 3 gjenspeiler sammenhengen mellom størrelse på arbeidssted, altså antall pasienter på enheten, og grad av læringsutbytte, implementering og grad av bruk i praksis. Gruppe 1 er enheter med plass til inntil 40 pasienter, mens gruppe 2 er enheter med plass til 41 pasienter eller mer. Også her er forskjellene marginale.

*Tabell 3. Læringsutbytte, implementering og bruk i praksis, sett i lys av størrelse på arbeidssted. N=37 (Prosent)*

	Størrelse på arbeidssted	N (%)	Svar (gjennomsnittsverdi)	Std. Deviation	Std. Error Mean
Læringsutbytte	Gr. 1 opptil 40	17 (45,95)	3,8366	,58283	,14136
	Gr. 2 41 og mer	13 (35,14)	3,7778	,69537	,19286
	Ikke svart	7 (18,92)			
Implementering	Gr. 1 opptil 40	16 (43,24)	3,5625	,68007	,17002
	Gr. 2 41 og mer	17 (45,95)	3,5368	,56035	,13591
	Ikke svart	4 (10,81)			
Bruk i praksis	Gr. 1 opptil 40	18 (48,65)	2,1778	,79673	,18779
	Gr. 2 41 og mer	18 (48,65)	2,4944	,80839	,19054
	Ikke svart	1 (2,70)			

Det er interessant at de ulike bakgrunnsvariablene kan se ut til å ha lite å si for læringsutbytte, implementering og grad av bruk i praksis. Det som imidlertid utpeker seg er at mens

læringsutbytte og implementering skårer relativt høyt, uavhengig av hvilken variabel man ser på, skårer grad av bruk i praksis lavt.

Det ble også sett på om deltakelse på nettverkssamling kunne ha noe å si for opplevd læringsutbytte, implementering og grad av bruk. Kunne deltakelse i faglig nettverk ha sammenheng med dette? Ingen signifikante forskjeller mellom deltakelse på nettverkssamling eller ikke ble funnet. Det var ikke forskjell mellom de som deltok på nettverkssamlinger og de som ikke gjorde det. Ut fra analysen kan man likevel se en tendens til at deltakelse på nettverkssamling øker grad av bruk noe, men denne forskjellen er ikke statistisk signifikant, og kan tolkes som en tilfeldighet.

## 5.2 Læringsutbytte av kurs om utfordrende atferd

Læringsutbytte av kurs om utfordrende atferd ble operasjonalisert til å omhandle følgende tema:

- Demens
- Utfordrende atferd og demens, årsaker
- Utfordrende atferd og demens, kartlegging og kartleggingsredskap
- Utfordrende atferd og demens, tiltak og løsninger
- Lov om pasient og brukerrettigheter, kap. 4A
- Saksbehandling etter Lov om pasient og brukerrettigheter, kap. 4A
- Rutiner om utfordrende atferd og demens i Kvaliteket
- Rollen som ressursperson på egen arbeidsplass
- Dokumentasjon av utfordrende atferd i Gerica

Respondentene ble bedt om å svare på i hvor stor grad de hadde fått kunnskap om de ulike områdene, på en skala fra 1 – 5, der 1 betød i svært liten grad og 5 betød svært stor grad. De temaene som kom best ut på læringsutbytte var demens, Lov om pasient og brukerrettigheter og dokumentasjon av utfordrende atferd i Gerica. Disse tre temaene fikk en gjennomsnittlig skår på 4. Forskjellen til neste tema er liten. Tabell 4 viser gjennomsnittlig skår for hvert tema. Tabellen viser kun de som har svart på spørsmålene. Det samme gjelder tabell 5, 6 og 7.



Tabell 4. Læringsutbytte. N=37 (Prosent)

Tema	N (%)	Skår (gjennomsnittsverdi)	Std. Deviation	Median
Demens	35 (94,59)	4	,939	4
Lov om pasient og brukerrettigheter	35 (94,59)	4	,853	4
Dokumentasjon om utfordrende atferd i Gerica	36 (97,3)	4	,793	4
Utfordrende atferd og demens, årsaker	37 (100)	3,97	,726	4
Utfordrende atferd og demens, tiltak og løsninger	35 (94,59)	3,91	,853	4
Utfordrende atferd og demens, kartlegging og kartleggingsredskap	37 (100)	3,86	,887	4
Rollen som ressursperson på egen arbeidsplass	37 (100)	3,65	,889	4
Saksbehandling etter lov om pasient og brukerrettigheter	37 (100)	3,57	1,015	3
Rutiner om utfordrende atferd i Kvaliteket	36 (97,3)	3,28	1,059	3

Median samsvarer i svært stor grad med gjennomsnittsverdiene. På bakgrunn av den høye skåren på samtlige tema læringsutbytte er operasjonalisert som, kan man vurdere det slik at respondentene opplever kurset som nyttig og verdifullt når det kommer til å erverve seg ny kunnskap.

### 5.3 Implementering av kunnskap i praksis

Neste tema i spørreundersøkelsen omhandlet implementering av ny kunnskap i praksis, og respondentene ble bedt om å svare på hvordan de opplevde dette. Skalaen som ble brukt var identisk, og de svarte på i hvor stor grad de opplevde at det de hadde lært på kurs ble gjenspeilet i praksis og har blitt en naturlig del av arbeidet på egen arbeidsplass. Spørsmålet ble operasjonalisert til å omhandle følgende:

- Utfordrende atferd og demens, årsaker
- Utfordrende atferd og demens, kartlegging og kartleggingsredskap
- Utfordrende atferd og demens, tiltak og løsninger
- Kunnskap om Lov om pasient og brukerrettigheter, kap. 4A
- Saksbehandling etter Lov om pasient og brukerrettigheter, kap. 4A
- Rutiner om utfordrende atferd og demens i Kvaliteket
- Rollen som ressursperson på egen arbeidsplass
- Dokumentasjon av utfordrende atferd i Gerica

Også her var det gjennomgående svar som bekreftet at respondentene opplevde at det de lærte på kurs ble opplevd som en naturlig del av praksis. Temaet som fikk høyest skår var dokumentasjon av utfordrende atferd i Gerica, men også her er forskjellen mellom temaene små. Tabell 5 gjengir resultatene som omhandler grad av implementering.

*Tabell 5. Implementering. N=37 (Prosent)*

Tema	N (%)	Skår (gjennomsnittsverdi)	Std. Deviation	Median
Dokumentasjon av utfordrende atferd i Gerica	34 (91,89)	3,76	,890	4
Kunnskap om lov om pasient og brukerrettigheter, kap 4A	34 (91,89)	3,68	,878	4
Utfordrende atferd og demens, årsaker	34 (91,89)	3,62	,853	4
Utfordrende atferd og demens, kartlegging og kartleggingsredskap	34 (91,89)	3,59	,892	4
Utfordrende atferd og demens, tiltak og løsninger	34 (91,89)	3,59	,892	4
Saksbehandling etter lov om pasient og brukerrettigheter, kap. 4A	34 (91,89)	3,32	,945	3
Rutiner om utfordrende atferd og demens i Kvaliteket	33 (89,19)	3,30	,951	3
Rollen som ressursperson på egen enhet	34 (91,89)	3,26	,931	3

Også her samsvarer median med gjennomsnittsverdiene. Som man kan se skårer respondentene implementering i praksis noe lavere enn læringsutbytte. Likevel kommer også dette området ut med en jevnt høy skår for alle tema. Det er derfor naturlig å tolke svarene respondentene har gitt dithen at de opplever at ny kunnskap gjenspeiles i praksis.

#### 5.4 Grad av bruk i praksis

Dette området ble også operasjonalisert til ulike tema. Her ble det tatt utgangspunkt i de enkelte redskapene respondentene får opplæring i, eller kjennskap til på kurs om utfordrende atferd. Også her ble de bedt om å gradere svarene sine, i skalaen fra 1 – 5 betød 1 svært sjelden og 5 betød svært ofte. De ble spurt om hvor ofte de brukte eller gjennomførte følgende:

- Du som ressursperson for utfordrende atferd
- Møter etter VIPS praksismodell
- Livshistoriekartlegging
- Cornell skala for depresjon ved demens
- Døgnregistreringsskjema

- Quality of life in late stage dementia (qualid)
- Mobid 2 – smerteskala
- Confusion assessment method (CAM)
- Neuropsychiatric Inventory NPI
- OBS demens

Variasjonen viste seg å være mye større mellom de ulike temaene her enn i de to foregående områdene. Her skilte livshistoriekartlegging og døgnregistrering seg ut med en høy skår. Å bli brukt som ressursperson på egen arbeidsplass kom på tredje plass, men med en skår i det nedre området. Tabell 6 illustrerer hva som kom fram i denne delen av undersøkelsen.

Tema	N (%)	Skår (gjennomsnittsverdi)	Std. Deviation	Median
Livshistoriekartlegging	37 (100)	3,65	1,418	4
Døgnregistreringsskjema	37 (100)	3,57	1,281	4
Du som ressursperson for utfordrende atferd	37 (100)	2,92	1,010	3
Mobid 2 - smerteskala	37 (100)	2,16	1,236	2
Møter etter VIPS praksismodell	37 (100)	2,08	1,278	2
Cornell skala for depresjon ved demens	37 (100)	2,05	1,201	2
Quality of life in late stage dementia (qualid)	37 (100)	1,81	1,151	1
OBS demens	37 (100)	1,73	,962	1
Confusion assessment method (CAM)	36 (97,3)	1,69	1,009	1
Neuropsychiatric Inventory NPI	37 (100)	1,62	,982	1

Median samsvarte også her. Det er verdt å merke seg at det er de mest spesifikke kartleggingsredskapene som blir brukt minst. Med spesifikk mener jeg at det er de er rettet mot diagnose eller en eksplisitt problematikk, som for eksempel depresjon, smerte eller delirium. Det er også interessant å se at rollen som ressursperson for utfordrende atferd skårer såpass lavt, all den tid dette temaet skårer høyt på både læringsutbytte og implementering. Samlet sett kan det se ut som om respondentene skårer høyt på læringsutbytte og implementering, men lavt på grad av bruk. Denne mangelen på konsistens mellom de tre områdene vil bli gjenstand for neste punkt i analysearbeidet.

## 5.5 Statistisk analyse av sammenheng mellom læringsutbytte, implementering og grad av bruk i praksis

På bakgrunn av overnevnte ble det gjennomført en analyse mellom de tre områdene. Det viser seg da at det er høy grad av korrelasjon mellom læringsutbytte og implementering. Grad av bruk i praksis korrelerer ikke med læringsutbytte, videre er det korrelasjon mellom grad av bruk i praksis og implementering i svakere grad. Man skulle tro at de tre områdene ville følge hverandre, slik at høy grad av læringsutbytte og høy grad av implementering ville følges av høy grad av bruk i praksis. Dette viser seg altså ikke å være tilfelle i denne undersøkelsen.

Som tabell 7 viser korrelerer læringsutbytte med implementering, men ikke med bruk i praksis. Når implementering blir sett i sammenheng med læringsutbytte viser dette korrelasjon, og her kommer det også fram at implementering og grad av bruk i praksis korrelerer, men i svakere grad. Grad av bruk i praksis korrelerer ikke med læringsutbytte, men i noen grad med implementering. Hva som er høy grad av korrelasjon finnes det ikke fasitsvar på. Johannessen, Tufte & Christoffersen (2015, s. 304) sier at dette er avhengig av hva som undersøkes, og hvor sterk korrelasjon man forventer. I følge en tommelfingerregel de gjengir viser korrelasjonen jeg har funnet å være av moderat grad, men likevel signifikant.

*Tabell 7. Sammenheng mellom læringsutbytte, implementering og bruk i praksis. N=37 (Prosent)*

		Læringsutbytte	Implementering	Bruk i praksis
Læringsutbytte	Pearson Correlation	1	,689**	,136
	Sig. 2 (2-tailed)		,000	,481
	N (%)	30 (81,08)	26 (70,27)	29 (78,38)
Implementering	Pearson Correlation	,689**	1	,422*
	Sig. 2 (2-tailed)	,000		,016
	N (%)	26 (70,27)	33 (89,19)	32 (86,49)
Bruk i praksis	Pearson Correlation	,136	,422*	1
	Sig. 2 (2-tailed)	,481	,016	
	N (%)	29 (78,38)	32 (86,49)	36 (97,3)

\*\* Correlation is significant at the 0,01 level(2-tailed)

\*Correlation is significant at the 0,05 level(2-tailed)

Denne analysen tar utgangspunkt i gjennomsnittsverdien for hvert område jeg undersøkte. Jeg har ikke spurt om de eksakt samme temaene innenfor hvert område, og det ble derfor foretatt en analyse av et enkelt tema, som er det samme i hvert område. Dette temaet er rollen som

ressursperson på egen enhet. Analysen av dette temaet fikk i stor grad samme resultat som da gjennomsnittsverdien for områdene ble analysert, bortsett fra at det her heller ikke finnes korrelasjon mellom grad av bruk i praksis og implementering. Dette kan tyde på at tendensen som kommer til syne, at det ikke er korrelasjon mellom læringsutbytte og grad av bruk i praksis, ikke bare er et resultat av temaene det etterspørres erfaringer fra ikke er helt like mellom de tre områdene. Hva dette kan skyldes kommer jeg tilbake til i kapittel 6.

## 5.6 Fremmende og hemmende faktorer for personsentrert omsorg

Innenfor dette området ble respondenten spurt om å angi hva de opplevde som fremmende og hemmende faktorer for personsentrert omsorg. De ble bedt om å krysse av de tre viktigste faktorene på en forhåndsdefinert liste. Fremmende faktorer for personsentrert omsorg var definert som følger, antall svar står i kumulativ orden bak hver faktor. I tabell 8 og 9 er N = det totale antall svar som ble skåret på faktorene.

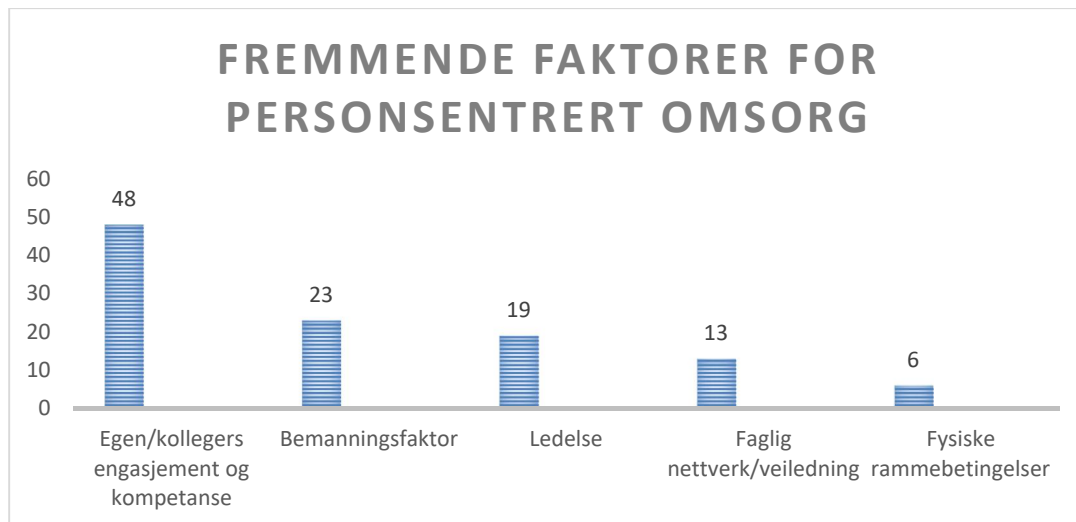
*Tabell 8. Fremmende faktorer for personsentrert omsorg. N= 109 svar. (Prosent)*

<b>Fremmende faktor for personsentrert omsorg</b>	<b>Antall (%)</b>
Bemanningsfaktor – ha tid nok til den enkelte pasient	23 (21,10)
Økt kompetanse på arbeidsstedet	15 (13,76)
Eget faglig engasjement/motivasjon	13 (11,93)
Faglig engasjement hos kolleger	11 (10,09)
Egen kompetanse	9 (8,26)
Å delta på nettverkssamlinger	8 (7,34)
Avsatt tid til møter og faglig arbeid	7 (6,42)
Engasjement hos ledelsen	7 (6,42)
Fysiske rammebetingelser	6 (5,50)
Tilrettelegging for strukturerte møter	3 (2,75)
Oppmuntring fra leder til å delta på nettverkssamlinger	2 (1,83)

Slik det umiddelbart ser ut er det bemanningsfaktor som peker seg ut som den enkeltfaktoren som respondentene anser som viktigst. Imidlertid kan hver faktor sorteres inn under litt større temaområder, som kan være med på å gi et tydeligere bilde av tendensen. Som ledd i analysen av materialet ble svarene organisert i fem hovedfaktorer. Tilrettelegging for strukturerte møter, avsatt tid til faglig arbeid, engasjement hos ledelsen og oppmuntring fra ledelsen til å gå på nettverkssamlinger kommer inn under temaet ledelse. Tilgang på veiledning ved behov og å delta på nettverkssamlinger får overskriften faglig nettverk/veiledning. Eget faglig

engasjement/motivasjon, egen kompetanse, faglig engasjement hos kolleger, økt kompetanse på arbeidsstedet hører hjemme under egen/kollegers engasjement og kompetanse.

Bemanningsfaktor og fysiske rammebetingelser står fortsatt som egne tema. Når denne sorteringen er gjort får man fram følgende bilde:



Figur 3. Fremmede faktorer personsentrert omsorg

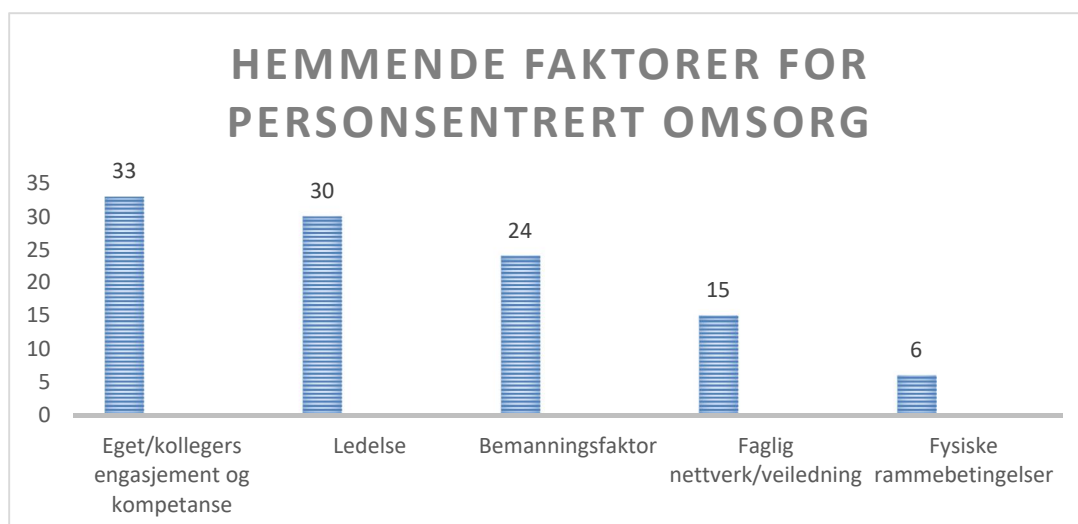
Det er egen/kollegers engasjement og kompetanse som kommer ut som den klart viktigste faktoren for å fremme personsentrert omsorg. Bemanningsfaktor skårer fremdeles høyt, også etter at kategoriene er gjort større, mens ledelse kommer på tredje plass. Jeg vil komme nærmere inn på dette i kapittel 6, men ønsker å påpeke allerede nå at det jeg har funnet i tidligere forskning trekker fram ledelse og faglig nettverk/ veiledning som de viktigste faktorene for å lykkes med personsentrert omsorg. Å øke kompetanse blir ansett som viktig, men jeg funnet lite forskning som trekker fram de ansattes opplevelse av egen og kollegers engasjement og kompetanse som forutsetning for å fremme personsentrert omsorg. Jeg finner det svært interessant at det er de ansattes egne erfaringer som fremhever kompetanse og engasjement som en viktig faktor.

Når det gjelder hemmende faktorer for personsentrert omsorg ble respondentene spurt om å krysse av på de tre viktigste faktorer, på en forhåndsdefinert liste. Faktorene var i stor grad de samme som for fremmede faktorer, men med negativt fortegn – altså mangel på. Resultatene kommer fram i følgende tabell:

Tabell 9. Hemmende faktorer for personsentrert omsorg. N= 108 svar (Prosent)

Fremmende faktor for personsentrert omsorg	Antall (%)
Bemanningsfaktor – ha tid nok til den enkelte pasient	24 (22,22)
Mangel på avsatt tid til møter og faglig arbeid	16 (14,81)
Liten kompetanse på arbeidsstedet	11 (10,19)
For sterkt fokus rettet mot medikamentell behandling	10 (9,26)
Liten tilrettelegging for strukturerte møter	8 (7,41)
Mangel på forståelse eller interesse for temaet hos kolleger	8 (7,41)
Lite engasjement hos ledelsen	6 (5,56)
Mangel på faglig nettverk	6 (5,56)
Fysiske rammebetingelser	6 (5,56)
For sen tilgang på veiledning	5 (4,63)
Mangel på veiledning ved behov	4 (3,70)
Mangel på egen motivasjon/interesse for å arbeide med utfordrende atferd	4 (3,70)

Også når det gjelder hemmende faktorer for personsentrert omsorg er det bemanningsfaktoren som fremstår som den viktigste enkeltfaktoren. Likeledes er det vanskelig å få øye på et mønster her før det blir gjennomført en sortering av faktorene til større temaområder. De samme temaområdene som ble brukt for fremmende faktorer for personsentrert omsorg ble ansett som hensiktsmessig å bruke også her. Liten tilrettelegging for strukturerte møter, mangel på avsatt tid til møter og faglig arbeid og lite engasjement hos ledelsen ble samlet i temaet kalt ledelse. Mangel på veiledning, for sen tilgang på veiledning ved behov og mangel på faglig nettverk kom inn under temaet faglig nettverk/veiledning. Bemanningsfaktor og fysiske rammebetingelser står som egne tema, mens mangel på egen motivasjon/interesse for å arbeide med utfordrende atferd, mangel på forståelse eller interesse for temaet hos kolleger og liten kompetanse på arbeidsstedet ble innlemmet i temaet egen/kollegers engasjement og kompetanse. Den faktoren som skilte seg ut fra fremmende faktorer for personsentrert omsorg – for stort fokus på medikamentell behandling – ble valgt innlemmet i sistnevnte tema. Dette fordi et slikt fokus kan tolkes som et utslag av redusert handlingsrom, og altså en begrensning i kompetanse. Da denne tematiseringen av faktorene var gjennomført fikk man fram følgende oversikt, illustrert i figuren nedenfor:



Figur 4 Hemmende faktorer for personsentrert omsorg

Som figuren viser er det også her eget/kollegers engasjement og kompetanse som kommer ut med høyest sum, men her er det kun en marginal forskjell til temaet ledelse. Dette temaet skårer mye høyere som hemmende faktor enn det gjør som fremmende faktor. Det er også interessant at bemanningsfaktor kommer ut som en omtrent like hemmende som fremmende faktor, det samme gjør fysiske rammebetingelser. Mangel på faglig nettverk/veiledning skårer marginalt høyere som hemmende faktor, enn tilgang på det samme gjør som fremmende faktor. Jeg finner det spesielt interessant at faglig engasjement og kompetanse kommer opp som både den viktigste fremmende og hemmende faktoren for personsentrert omsorg. Videre er det interessant at ledelse skårer relativt lavt som fremmende faktor, men høyt som hemmende faktor for personsentrert omsorg. Mulige årsaksforhold kommer jeg tilbake til i neste kapittel.

## 5.7 Oppsummering

Til tross for at resultatene fra undersøkelsen må ses på med et visst forbehold på grunn av lav svarprosent viser den interessante tendenser. I problemstillingen min ønsker jeg å se på i hvilken grad de ansatte anvender det de har lært på kurs om utfordrende atferd og demens. Dette besvares hovedsakelig gjennom området «Grad av bruk i praksis». Tendensen viser at det er stor variasjon i hvor ofte de faglige redskapene deltakerne får opplæring i brukes. Livshistoriekartlegging og døgnregistreringsskjema blir hyppig brukt, mens rollen som ressursperson for utfordrende atferd skårer i den nedre delen. De øvrige kartleggings- og registreringsskjema brukes sjelden. Det er spesielt interessant å se at møter etter VIPS praksismodell skårer svært lavt, all den tid nesten 75% av respondentene har vært på eget kurs



om bruk av VIPS praksismodell. Ut fra dette kan man tenke at ansatte anvender det de har lært i liten grad, med et par unntak. Hvorfor nettopp disse to skiller seg ut vil jeg komme tilbake til i drøftingen. Det er også interessant å se at ansatte i stor grad opplever at det de har lært på kurs er en naturlig del av arbeidshverdagen, og at de skårer jevnt høyt på grad av implementering, og at dette gjelder alle områder. Dette kan bety at undersøkelsen muligens ikke fanger opp at det er deler av det som læres på kurs som omsettes i praksis, og at elementer fra kurs om demens og utfordrende atferd blir en del av omsorgsfilosofien, uten at det jobbes systematisk med temaet.

Jeg etterspør også i hvor stor grad de ansatte i demensomsorgen opplever læringsutbytte og implementering av ny kunnskap i arbeidshverdagen. Respondentene gir jevnt over svært høy skår på læringsutbytte. Innenfor samtlige områder kan det se ut som om ny og utvidet kunnskap er en viktig verdi, og at kunnskapen har et bredt nedslagsfelt. Når det gjelder implementering ser det ut som om deltakerne i stor grad opplever at de får anvendt denne nye kunnskapen i praksis. Ny kunnskap kan således se ut til å være en viktig fordel som får stor betydning for de ansatte som deltar på kurs. Dette kan muligens bekreftes av at eget/kollegers faglige engasjement og motivasjon skårer høyt som både fremmende og hemmende faktor for personsentrert omsorg. Faglig engasjement henger sammen med kunnskap, og tilgang på kunnskap. Når det kommer til ulikheter knyttet til bakgrunnsvariabler finner man lite av dette i undersøkelsen. Det er ikke signifikante forskjeller knyttet til alder, ansiennitet, utdanning eller størrelse på institusjonen. Dette kan bety at «Kompetansepakke utfordrende atferd» treffer godt innenfor målgruppen.

Problemstillingen trekker også fram hvilke forhold de ansatte opplever som fremmende og hemmende for personsentrert omsorg. Ikke overraskende skårer bemanningsfaktor høyt både som fremmende og hemmende faktor. Overraskelsen i svarene her er i hvor stor grad deltakerne knytter sitt eget og kollegers faglige engasjement og motivasjon til hvorvidt man fremmer eller hemmer personsentrert omsorg. Årsaken til dette vil bli gjenstand for drøfting i neste kapittel, det vil også de øvrige faktorene bli.

## 6 Drøfting

Dette kapitlet tar for seg de enkelte funn fra undersøkelsen, og ser de i lys av forskning og litteratur. Kapitlet tar også for seg metodiske styrker og svakheter fortløpende, og løfter fram nye spørsmål undersøkelsen åpner for.

### 6.1 Svarprosent, bakgrunnsvariabler og betydning av disse

Det er klart at undersøkelsen lave svarprosent setter begrensinger med tanke på hvordan svarene kan tolkes. Det er vanskelig å generalisere funnene, og overføringsverdien er begrenset. Når dette er sagt er det likevel mulig å se tendenser i materialet, og det er disse tendensene som vil være gjenstand for videre drøfting. At svarprosenten er så lav som 14,62% er i seg selv et faktum som åpner for videre spørsmål. Hva kunne man gjort for å øke denne, og hva kan årsaken være til at den er så lav? Det som er klart er at informanter fra 19 av 26 institusjoner er representert i undersøkelsen. Dette utgjør 73,08%. Det er omtrent like mange store som små institusjoner som deltar. Det er som tidligere nevnt sannsynlig at institusjonenes lærings – og brukssyn er representert i undersøkelsen. De som har svart har relativt høy alder og ansiennitet, og fordelingen mellom høgskoleutdannet personell og utdanning på videregående nivå er nokså jevn. Det er ikke mulig å vite om respondentene er representative for utvalget, da bakgrunnsvariabler som alder, ansiennitet og utdanning er ukjent i populasjonen.

For å legge til rette for at svarprosenten skulle bli så bra som mulig ble undersøkelsen gjort kjent på nettverkssamling. Ledere ble kontaktet for å forankre undersøkelsen på ledernivå, perioden undersøkelsen var aktiv ble utvidet med en uke, og det ble sendt ut en ekstra purring. I ettertid kan man tenke seg at man kunne delt ut undersøkelsen fysisk på hver nettverkssamling, og samlet den inn umiddelbart. Dette kunne muligens økt svarprosenten. Imidlertid ville et viktig poeng bli borte, og det var å nå de som ikke deltok på nettverkssamling også. At de som kanskje ikke opplevde at de hadde lykket med å implementere «Kompetansepakke utfordrende atferd» skulle få en mulighet til å svare på spørsmålene var essensielt for å få et mangfoldig inntrykk av situasjonen. Når man ser på de som faktisk har svart på undersøkelsen er det 75,7 % som deltar på nettverkssamlinger, mens 24,3 % ikke gjør det. Hvorvidt dette er representativt for utvalget vites ikke. Det var ikke mulig å finne noen signifikant forskjell mellom læringsutbytte, implementering og grad av

bruk mellom de to gruppene. Det er mulig at dette bildet ville blitt tydeligere dersom svarprosenten var høyere.

Respondentene i undersøkelsen har relativt høy alder og lang erfaring. Læringsutbytte fra kurs om utfordrende atferd ble rapportert som høyt også for de som hadde lang ansiennitet. Det var ingen forskjell mellom grad av utdanning og læringsutbytte. Dette kan bety at kursets innhold har truffet målgruppen godt. Det kan være naturlig å tenke seg at om de hadde opplevd at kurset i stor grad dekket ting de kunne mye om, ville de ha skåret lavere på læringsutbytte.

At respondentene i undersøkelsen er erfarne og godt voksne, og rapporterer om stor grad av læringsutbytte og implementering kan ses i lys av Rokstad (2013) sin forskning, som jeg tidligere har gjort rede for i kapittel 3.4. Hun finner at høy alder hos ansatte korrelerer positivt med høy grad av personsentrert omsorg. Rokstad går ikke inn i eventuelle årsaker til dette. Det kan tenkes at den fleksibiliteten og omstillingsevnen det krever å arbeide personsentrert styrkes av ansattes erfaringer. Man tør å handle mer intuitivt, og om nødvendig bryte med institusjonens rutiner. Kravet til fleksibilitet og romslighet hos ansatte blir også fremhevet som en svært viktig faktor for god omsorg hos Thorvik, Hellevik og Hauge (2014, s. 241). De fremhever nettopp at god omsorg kjennetegnes av «en kombinasjon av kunnskap, fleksibilitet og beredskap, der pasientens behov hadde forrang, samt en kollegial raushet der man hjalp hverandre i vanskelige situasjoner» Det er mulig at denne tryggheten gjenspeiles i deltakernes lange erfaring og relativt høye alder, som igjen gir et større handlingsrepertoar.

## 6.2 Læringsutbytte, implementering og grad av bruk

Deltakerne rapporterer at de erverver seg ny kunnskap på kurs om utfordrende atferd. De tar med seg denne nye kunnskapen inn i praksis, og opplever denne som en naturlig del av arbeidshverdagen. Grad av implementering skårer jevnt over relativt høyt. Det er interessant at grad av læringsutbytte og implementering følger hverandre. Det kan tenkes at det er naturlig å forvente at de også rapporterer høy grad av bruk, men dette er ikke tilfelle. Dette kan skyldes en metodisk svakhet. I undersøkelsen etterspørres det erfaringer innenfor nesten identiske tema når det gjelder læringsutbytte og implementering, mens nye tema bringes på banen når det gjelder grad av bruk. Dette var nødvendig for å operasjonalisere de enkelte områdene slik at de kunne besvares i en gradert skala. I analysen er det gjort et forsøk på å undersøke om denne endringen i tema kan være årsaken til forskjellen. Det er et tema som går

igjen i alle de tre områdene. Det er i hvor stor grad man opplever læringsutbytte, implementering og bruk når det gjelder rollen som ressursperson på egen enhet. Imidlertid finner man det samme mønsteret når det gjelder rollen som ressursperson på egen enhet. Deltakerne rapporterer at de har høyt læringsutbytte, og at de opplever rollen som ressursperson på egen enhet som en naturlig del av arbeidshverdagen. Når det kommer til i hvor stor grad de blir brukt som ressursperson er svaret at de sjelden blir brukt. Dette er med på å bekrefte den generelle tendensen i undersøkelsen.

Hvorfor deltakerne opplever å bli lite brukt som ressursperson for utfordrende atferd gir denne undersøkelsen ikke svar på. Kan det tenkes at det generelt er lite utfordrende atferd ute på hver enhet? Er det vanskelig å hevde seg med en ny rolle i kollegagruppen? Er rollen som ressursperson i liten grad etterspurt og gitt rom fra ledelsens side? Det er lite sannsynlig at mangel på utfordrende atferd skal være årsaken til lite bruk av ressurspersonen. Som tidligere vist vil om lag 70 % av alle sykehjemspasienter utvise en eller annen form for utfordrende atferd i løpet av sitt opphold på sykehjemmet (Selbæk, 2008). Utfordrende atferd/APSD er et hyppig forekommende fenomen på sykehjem. En mulig konsekvens av at ansatte har deltatt på kurs om utfordrende atferd, og får oppfølging på nettverkssamling, er at de tar i bruk sin nye kompetanse. De blir i stand til å møte den utfordrende atferden før problemet blir stort og u håndterlig. Kan det være slik at kompetanseøkningen gjenspeiles i personalgruppen, slik at ressurspersonens rolle blir mindre nødvendig? Forskning i denne sammenhengen påpeker nettopp at å styrke ansattes kompetanse når det gjelder kommunikasjon, konflikthåndtering og innsikt i symptombildet til personen med demens er med på å minske forekomsten av utfordrende atferd, samt minske stress og ubehag hos både pasienter og ansatte (Livingstone, et al., 2014, Cohen-Mansfield, et al., 2012, Ayalon, Gum, Feliciano & Areàn, 2006, Bowers, 2010).

Et element som gjentar seg når det gjelder å implementere og å bruke personsentrert omsorg over tid, er at ledelsen spiller en viktig rolle (Bowers, 2010, Callahan, et al., 2011, Elliott, Scott, Stirling, Martin & Robinson, 2012, Rokstad, 2013, Røsvik, 2014, Thorvik, Helleberg & Hauge, 2014). Dette kan også være et poeng når det kommer til hvorfor ressurspersonen ikke brukes hyppigere. Det kan være krevende å hevde seg i en ny rolle på arbeidsplassen, og her vil støtte og tilrettelegging fra ledelsen være essensielt. Dette stadfestes også i gjeldene forskning. Her blir det trukket fram at støtte og tilrettelegging fra ledelsen, samt at ledelsen er

aktivt til stede og målbærer visjoner og målsettinger for personsentrert omsorg er nødvendig for å lykkes. Det er påvist sammenheng mellom ledelsens nærvær og grad av personsentrert omsorg. Samme undersøkelse bekrefter også at personsentrert omsorg lykkes i større grad dersom ansatte myndiggjøres gjennom kontinuerlig støtte og veiledning. Dette øker tilfredsheten hos ansatte og minsker samvittighetsstress (Rokstad, 2013). Denne tendensen bekreftes også hos Bowers (2010). Dersom ressurspersonen ikke opplever å få tilstrekkelig støtte kan dette være en forklaring på hvorfor det rapporteres at ressurspersonen sjelden blir brukt.

Tendensen som gjelder rollen som ressursperson gjentar seg på de fleste områder innenfor grad av bruk. Deltakerne har høy grad av læringsutbytte og implementering, men rapporterer lav grad av bruk. Dette henger ikke sammen, da det er naturlig å forvente at høy grad av læringsutbytte og implementering ville følges av høy grad av bruk. Det er vanskelig å forstå hvordan deltakerne opplever at det de har lært på kurs er en naturlig del av praksishverdagen samtidig som de rapporterer lav grad av bruk når det kommer til de praktiske redskapene de får opplæring i. En mulig årsak til at de opplever kunnskapen som en naturlig del av praksis er at deltakerne har innlemmet elementer av kursprogrammet i sin arbeidshverdag, men at de ikke jobber systematisk med det. Dette kan bety at de i praksis jobber mer relasjonelt og mindre oppgavestyrte. Det kan også være at de vektlegger den individuelle tilnærmingen i større grad enn før de gikk på kurs. Derfor opplever de at kunnskapen om betydningen av dette er implementert. En naturlig konsekvens av dette vil være at denne endringen i bevisstheten omkring utfordrende atferd vil bety at kursinnholdet blir omsatt til en mer eller mindre taus kunnskap. Kunnskapen gjør at man tenker og handler på en annen måte enn før. Denne endringen i forståelse gjør at man møter pasienten på en annen måte enn tidligere. Dersom dette er tilfelle vil også dette være en bekreftelse på forskning som viser at endring i kompetanse endrer handlemåter og handlingsrom (Bowers, 2010, Callahan, et al., 2011, Elliott, Scott, Stirling, Martin & Robinson, 2012, Rokstad, 2013, Røsvik, 2014, Thorvik, Helleberg & Hauge, 2014). Imidlertid er dette noe det er vanskelig å finne sikre svar på i denne undersøkelsen.

Det er interessant å se på de to elementene som skiller seg ut i grad av bruk. Det er to redskap som skårer høyt på grad av bruk, nemlig livshistoriekartlegging og døgnregistreringsskjema. Hvorfor er det nettopp disse to som blir brukt mye? Når det gjelder livshistoriekartlegging er

dette et redskap for å få kjennskap til personen med demens sin bakgrunn, viktige livhendelser og interesser (Tretteteig, Tangen & Storjord, 2016, s. 333). Dette redskapet er lagt inn som rutine i kommunens fagsystem, og er en integrert del av Geric (fagdokumentasjonssystemet). Livshistoriekartleggingen blir presentert for alle nye pasienter ved innkomst, og det er primærkontaktens ansvar å få innhentet opplysningene. Dette er et krav som primærkontakten skal mestre og gjennomføre. Det er dette redskapet som skårer høyt på grad av bruk. At et redskap som blir definert som rutine skårer høyt bekrefter langt på vei i hvor stor grad ledelse er en faktor av betydning. At et sentralt element i personsentrert omsorg blir løftet fram av ledelsen som så essensielt at det blir en del av rutinemessig dokumentasjon, viser at i alle fall deler av den personsentrerte omsorgens mål og visjoner gjenspeiles i hele organisasjonen, og omsettes i handling.

Det andre redskapet som skårer relativt høyt på grad av bruk er døgnregistreringsskjema. Det ser ut som om dette er et redskap respondentene kjenner godt til, og bruker.

Døgnregistreringsskjema er et enkelt kartleggingsredskap, som kan måle omfanget av ulike atferdstyper. De ansatte bestemmer selv hvilke atferdskategorier de skal registrere – og over hvor lang tid. Ideelt sett kan det brukes til å måle en baseline før tiltak settes i gang, og deretter kan man bruke det til å dokumentere hvorvidt atferdsmønsteret endrer seg etter at tiltak er iverksatt (Tretteteig, 2016). Det denne undersøkelsen ikke sier noe om er kvaliteten på denne typen registrering. Videre forskning omkring bruken av dette redskapet, der man ser på hvordan det brukes, og eventuelt på hvordan bruken av det kan kvalitetssikres kan være hensiktsmessig.

Det er imidlertid et tankekors at det enkleste og minst spesifikke kartleggingsredskapet er det som brukes mest. Hva kan det fortelle at de mer eksplisitte kartleggingsredskapene og testene (Cornell skala for depresjon ved demens, NPI, Qualid, CAM, Mobid -2) ikke blir brukt? Dette er internasjonalt anerkjente og godt utprøvde redskap, som også er tilpasset norske forhold.

De er egnet til å avdekke kompliserte og farlige tilstander for personer med demens, som smerte, depresjon og delirium. Videre kan de dokumentere den andre siden av skalaen, nemlig livskvalitet – som er et viktig mål for demensomsorg. De er egnet for 1. linjetjenesten, og ikke spesielt tidkrevende og kompliserte å bruke. Selv om utvalget i denne undersøkelsen er begrenset, er dette forholdet mellom bruk av de ulike redskapene verdt å se videre på. Det er et misforhold mellom grad av implementering og grad av bruk som bør utdypes.

Undersøkelsen viser altså en tendens der ansatte rapporterer om stort læringsutbytte, og en kunnskap de tar med seg inn i sin hverdag. Likevel rapporteres det, med to unntak, at redskapene tas i bruk i svært liten grad. Dette funnet bekreftes også ved at nesten 75% av deltakerne har deltatt på kurs i VIPS praksismodell. Til tross for høy deltakelse her er det fagmøter etter VIPS praksismodell som skårer blant de laveste når det kommer til grad av bruk. Hvilke barrierer er det kursdeltakerne møter når de skal omsette nyervervet kunnskap i praksis? Callahan, et al. (2011 s. 7) påpeker at endring i helsetjenesten vil avhenge av mange faktorer. Blant annet finansiering, pasient – ansatte relasjoner, kulturelle hindringer, og på et overordnet nivå – i hvor stor grad en organisasjon aksepterer eller motsetter seg endring. Også her trekkes betydningen av ledelse og felles mål og visjoner fram som en svært viktig faktor. Ledelsen må involvere seg aktivt i endring, og gi støtte i endringsprosessen. Videre må det legges til rette for å få nok tid og rom til å gjennomføre endring. Callahan et. al påpeker også at det er viktig at sentrale personer i personalgruppen målbærer visjonene i praksis. Det er essensielt at organisasjonen er forberedt på at endring og nye måter å jobbe på kan medføre stress og ubehag.

En mulig forklaring på misforholdet mellom grad av læringsutbytte, implementering og grad av bruk kan være at forståelsen omkring hva personsentrert omsorg krever av tid til møter og planlegging i liten grad er tilstede. Visjon og felles mål er mangelfull i organisasjonen. Dersom det ikke blir tatt høyde for at man trenger tid til fagmøter etter VIPS praksismodell, eller tid til å gjennomføre kartlegging og observasjon, kan det være at visjonen om personsentrert omsorg ikke blir fulgt opp i tilstrekkelig grad i hele organisasjonen. En annen forklaring kan være at å gjennomføre fagmøter etter VIPS praksismodell er for ressurskrevende, og at man derfor velger det bort. Når ansatte opplever at ny kunnskap er en naturlig del av hverdagen kan det tenkes at dette skyldes tilpasningsdyktighet. Man bruker det man kan innenfor de rammene man har, og gjør det beste ut av det. Dersom dette er tilfelle er det grunn til å stille spørsmål omkring ressursene som blir brukt til opplæring i VIPS praksismodell. Ansatte får opplæring over to hele dager, i et redskap de i liten grad bruker. Kunne disse ressursene blitt brukt på en annen måte? Dette er et ubesvart spørsmål i denne undersøkelsen.

### 6.3 Fremmende og hemmende faktorer for personsentrert omsorg

Den faktoren som skiller seg klart ut både som fremmende og hemmende faktor for personsentrert omsorg er eget og kollegers faglige engasjement og motivasjon. Det er en stor overvekt som svarer at dette er en av de viktigste faktorene som fremmer personsentrert omsorg, og det er den enkeltfaktoren som flest trekker fram. Det er også mange som påpeker mangel på eget og kollegers faglige engasjement og motivasjon som hemmende faktor for personsentrert omsorg. Dette er et spennende funn, da jeg ikke har funnet dette som enn fremtredende faktor i forskning og litteratur. Hva som øker motivasjon og engasjement kan likevel ses i sammenheng med betydningen av ledelse. At ansatte opplever å bli myndiggjort, og får ansvar og rom for å arbeide med faglige utfordringer vil med stor grad av sannsynlighet øke motivasjon og faglig engasjement. Dette bekreftes i forskningen, som påpeker sammenhengen mellom ledelsens engasjement og grad av personsentrert omsorg (Bowers, 2010, Callahan, et al., 2011, Røsvik et. al., 2016, Rokstad, 2013, Røsvik, 2014).

Betydningen av støtte fra ledelsen og myndiggjøring av ansatte gjenspeiles muligens her? Når ansatte opplever dette, opplever de kanskje at eget engasjement og motivasjon får stor betydning? Når man ser dette funnet i sammenheng med at mangel på støtte og tilrettelegging fra ledelsen er en nesten like viktig hemmende faktor som mangel på egen og kollegers motivasjon kan dette være en sannsynlig forklaring. Kan det være at faglig engasjement og motivasjon oppleves som betydningsfulle når ledelse fungerer optimalt opp mot hva som kreves for å gjennomføre personsentrert omsorg? I en slik situasjon blir ledelsen «usynlig», fordi den legger til rette for at ansatte skal få de riktige rammene for å gjennomføre personsentrert omsorg. Ansatte opplever å få leve ut sitt faglige potensiale som igjen øker motivasjon og engasjement. En mulig forklaring er at ledelsens tilrettelegging og engasjement blir tydelig når det ikke er tilstede, og at dette igjen setter sitt preg på ansattes mangel på engasjement og motivasjon.

At bemanningsfaktor skårer like høyt som fremmende og hemmende faktor er også interessant. Når er bemanningen god nok? Hva er det som gjør at den oppleves som en fremmende faktor, og når er den hemmende? Her kan det tenkes at enhetens fleksibilitet når det gjelder å imøtekomme vanskelige situasjoner vil spille inn. Dersom enheten har kompetanse til å møte uforutsette utfordringer, og fleksibilitet til å endre måten og drifte på i



takt med vekslende behov vil opplevelsen av hva som er nok bemanning muligens oppleves svært varierende.

Betydningen av fagnettverk og veiledning, i kombinasjon med støtte fra ledelsen er noe som bekreftes som betydningsfullt i forskning og litteratur. Dette vises også i denne undersøkelsen. Tilgang på faglig nettverk og veiledning er av betydning, likeledes fremheves mangel på dette som en hemmende faktor for personsentrert omsorg. Likevel er det nettverk og veiledning av langt mindre betydning enn eget og kollegers faglige engasjement og motivasjon, ledelse og bemanningsfaktor. Tendensen i denne undersøkelsen åpner for videre forskning på hvordan dette faglige nettverket kan utnyttes optimalt. Dette er spesielt interessant å gå nærmere inn på nettopp fordi motivasjon og faglig engasjement blir vektlagt så sterkt av respondentene. Å se på utnyttelsen av faglig nettverk knyttet til engasjement og motivasjon synes å være en naturlig oppfølging av dette prosjektet.

### 6.3 Avslutning

Jeg innledet dette prosjektet med en nysgjerrighet knyttet til «Kompetansepakke utfordrende atferd», der jeg blant annet lurte på hvordan lærdommen ble brukt i praksis. Videre var min nysgjerrighet knyttet til hvilket læringsutbytte deltakerne satt igjen med, og hvordan de opplevde at de fikk utnyttet dette i arbeidshverdagen. Jeg ville også vite mer om hva de ansatte opplevde som fremmede og hemmende faktorer for personsentrert omsorg. Respondentene i denne undersøkelsen rapporterer gjennomgående at de har stort læringsutbytte, og at de opplever å dra nytte av denne kunnskapen i praksis. Det som overrasket meg i analysen var at dette ikke ble gjenspeilet da grad av bruk i praksis ble undersøkt. Med to unntak rapporteres det at de i liten grad bruker de redskapene de har lært om på kurs i egen arbeidshverdag. Når det gjelder fremmede og hemmende faktorer for personsentrert omsorg utpeker ansattes faglige kompetanse og engasjement som den klart viktigste faktoren her. Dette er et spennende funn, da det i forskning og litteratur ser ut til å ha vært mest fokus på faglig nettverk, veiledning og ledelse. Dette er faktorer som også i denne undersøkelsen framstår som viktige, og mine funn samsvarer med det som har kommet fram i tidligere forskning. Gjennom arbeidet med dette prosjektet har jeg fått svar på min problemstilling. Selv om datagrunnlaget ble mindre enn ønskelig grunnet lav svarprosent, må vi ikke glemme at representanter fra 73,08 % av institusjonene som deltar på «Kompetansepakke utfordrende atferd» er representert i undersøkelsen. Dette kan styrke

betydningen av funnene jeg har gjort, da man kan anta at et bredt lærings – og brukssyn er representert her.

Callahan, et al. (2011) viser til en undersøkelse som viser at det tar gjennomsnittlig 17 år før 14 % av ny, klinisk kunnskap blir omsatt i praksis. Det er mulig at dette fenomenet gjenspeiles i denne undersøkelsen. Man vet hva man bør gjøre, men henfaller til det man har pleid å gjøre. Dette prosjektet åpner for nye og spennende spørsmål å undersøke videre. Misforholdet mellom grad av læringsutbytte, implementering og bruk er verdt å forske videre på. Hvordan kan man sikre at gode redskap, med beviselig positivt utkomme for pasienter og brukere blir brukt? Hvordan kan man sikre at kurs og opplæring faktisk blir omsatt i praksis? Det er også interessant å se på forholdet mellom de ansattes opplevelse av faglig engasjement og kompetanse som fremmede faktor for personsentrert omsorg, og faktorer som ledelse, faglig nettverk og veiledning. Like interessant er det å se på dette som hemmende faktorer, spesielt at ledelse skårer høyt som hemmende faktor for personsentrert omsorg. Hvordan skal man sikre at det faglige engasjementet får blomstre, og at kompetansen blir brukt?

Til syvende og sist handler også det denne studien belyser om hvordan man skal sikre at brukerne får gode tjenester, og at ressursbruk står i forhold til utkomme. Det brukes midler på kompetanseheving og en rekke faglige utviklingsprogram. Spørsmålene denne studien åpner for er hvordan man skal sikre treffsikker kompetanseheving, som også befester seg i praksisfeltet over tid. Videre er det et stort og åpent spørsmål omkring hvordan man måler dette. Jeg mener at undersøkelsen bekrefter og tydeliggjør hvor viktig det er å evaluere igangsatte fagutviklingsprogram. Dette kan det være interessant å forske videre på.

## 7 Etiske vurderinger

Dette prosjektet er knyttet til min egen arbeidsplass, Trondheim kommune. Jeg har selv deltatt på kurs om utfordrende atferd og VIPS praksismodell, og bidratt som foreleser. Min nærhet til «Kompetansepakke utfordrende atferd» kan ha betydning for hvordan jeg har nærmet meg tematikken, det kan også min arbeidshverdag ha. Imidlertid er ikke dette et oppdrag jeg er bedt om å ta, jeg har spurt om å få lov. Jeg har derfor vært fristilt og hatt få bindinger til arbeidsgiver når det gjelder hva de har ønsket og forventet av dette. Jeg opplevde Ressurssenter for demens som åpne og nysgjerrige med tanke på hva jeg kan finne gjennom hele prosessen. Prosjektet kan være noe farget av min egen arbeidshverdag. Det kan gjøre at jeg har gått inn i prosjektet med en bestemt forforståelse med tanke på hva man har fått ut av «Kompetansepakke utfordrende atferd». Samtidig har jeg vært bevisst på disse forholdene i hele gjennomføringen. Jeg mener at funnene jeg har gjort gjenspeiler at jeg har klart å ivareta en åpen holdning til prosjektet.

Når det gjelder problemstillingen og spørsmålene respondentene har svart på anser jeg dem som lite sensitive og personlige. De er faktabasert, og forholder seg i liten grad til personlige overbevisninger og holdninger, de er heller ikke sensitive. Prosjektet er godkjent av NSD. Informasjonen som samles inn ble behandlet konfidensielt i tråd med NSD sine retningslinjer. Den ble bare brukt til dette prosjektet. Ingen informasjon skal kunne tilbakeføres til enkeltpersoner, eller til gjenkjennelige enheter i kommunen.

## Referanser

- Antonovsky, A. (2014). *Helsens mysterium Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ayalon, L., Gum, A., Feliciano, L., & Areàn, P. (2006, 11 13). Effectiveness of nonpharmacological interventions for the management of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia: a systematic review. *Archives of internal medicine*, ss. 2182-2188.
- Bjørndal, A., & Hofoss, D. (2004). *Statistikk for helse og sosialfagene*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bowers, B. (2010). A trained and supported workforce. I M. Downs, & B. Bowers, *Excellence in Dementia Care* (ss. 414 - 437). Berkshire: Open University Press.
- Brooker, D. (2007). *Personsentrert demensomsorg - Veien til bedre tjenester*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Callahan, C. M., Boustani, M. A., Weiner, M., Beck, R. A., Livin, L. R., Kellams, J. J., . . . Hendrie, H. C. (2011, 01). Implementing dementia care models in primary care setting: The Aging Brain Care medical Home. *Aging & Mental Health*, ss. 5-12.
- Cohen-Mansfield, J. (2010). The language of behaviour. I M. Downs, & B. Bowers, *Excellence in Dementia Care - Research into Practice* (ss. 187 - 211). Berkshire: Open University Press.
- Cohen-Mansfield, J., Thein, K., Marx, M., Dakheel-Ali, M., & Freedman, L. (2012, 09). Efficacy of nonpharmacologic interventions for agitation in advanced dementia: a randomized, placebo-controlled trial. *The Journal of Clinical Psychiatry*, ss. 1255 - 1261.
- Elliott, K. -E., Scott, j. L., Stirling, C., Martin, A. J., & Robinson, A. (2012, 6 24). Building capacity and resilience in the dementia care workforce: A systematic review of interventions targeting worker and organizational outcomes. *International Psychogeriatrics*, ss. 882 - 894.
- Engedal, K., & Haugen, P. K. (2009). *Lærebok demens - fakta og utfordringer*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

- Fossli, K. R., Sandvik Døble, B., & Kirkvold, Ø. (2011). *Kompetanseløft på arbeidsplassen*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Gjøra, L. (2016). *Å favne bredt og treffe rett. En sammenfatning av satsningen under demensplan 2015*. 2016: Forlaget Aldring og helse.
- Helse og omsorgsdepartementet. (2017, 01. 07.). Lov om pasient og brukerrettigheter. Oslo, Norge.
- Helsedirektoratet. (2015, 12. 02.). Demensplan 2020 - Et mer demensvennlig samfunn. Oslo, Norge.
- Helsedirektoratet. (2017, 08. 17.). Nasjonal faglig retningslinje om demens. Oslo, Norge.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2015). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered - the person comes first*. Berkshire: Open University Press.
- Langeland, E. (2014). *Salutogenese og psykiske helseproblemer - en kunnskapsoppsummering*. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (Napha).
- Langeland, E. (2018, 3 16). Salutogenese - teori og praksis. Trondheim, Norge.
- Livingstone, G., Kelly, L., Lewis-Holmes, E., Bajo, G., Morris, S., Patel, N., Cooper, C. (2014, 12). Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: systematic review of randomised controlled trials. *British Journal of Psychiatry*, ss. 436 - 442.
- Ringdal, K. (2006). *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Rokstad, A. M. (2013). *Person-centred dementia care to prevent and treat neuropsychiatric symptoms an enhance quality of life i nursing home patients - the role of leadership an the use of dementia care mapping*. Oslo: Faculty of Medicine, University of Oslo.
- Røsvik, J. (2014). *Development, evaluation and the effects of the VIPS practice model for the person-centred care of patients with dementia. An intervention study in Norwegian nursing homes*. Oslo: Faculty of Medicine, University of Oslo.
- Røsvik, J. (2016). Fagutvikling og ledelse. I S. Tretteteig, *Demensboka Lærebok for helse- og omsorgspersonell* (ss. 377-391). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Røsvik, J., & Mjørud, M. (2011). *VIPS - manualen Personsentrert omsorg for personer med demens*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

- Røsvik, J., Mjørud, M., Rokstad, A. M., Munch, M., & Røen, I. (2016). *Implementering av personsentrert omsorg*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Selbæk, G. (2005, juni 2). Atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, ss. 1500-1502.
- Selbæk, G. (2008). *Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia in Norwegian nursing homes - prevalence, course and association with psychotropic drug use*. Oslo: Faculty of Medicine, University of Olo.
- Støback, A. M. (2015, 1). Atferd er uttrykk for personlige opplevelser - Om kompetansehevingsprogrammet "Forståelse og mestring av utfordrende atferd hos personer med demenssykdom". *Tidsskrift for omsorgsforskning*, ss. 72 - 80.
- Sverdrup, S. (2002). *Evaluering Faser, design og gjennomføring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sverdrup, S. (2014). *Evaluering Tilnærminger, modeller og eksempler*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thorvik, K. E., Helleberg, K., & Hauge, S. (2014). Beredt og fleksibel: God omsorg for urolige personer med demens. *Forskning*, ss. 236 - 242.
- Tretteteig, S. (2016). Utfordrende atferd. I S. T. (red), *Demensboka* (ss. 273 - 290). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Tretteteig, S., & Røsvik, j. (2016). Personsentrert omsorg. I S. Tretteteig, *Demensboka Lærebok for helse- og omsorgspersonell* (ss. 227 - 239). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Tretteteig, S., Tangen, G. G., & Storjord, M.-B. (2016). Miljøbehandling - ulike arbeidsformer og aktiviteter. I S. T. (red), *Demensboka* (ss. 325 - 365). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Trondheim kommune. (2011). Bakgrunnsnotat for Kompetansepakke utfordrende atferd. *Kompetansepakke utfordrende atferd*. Trondheim.
- Trondheim kommune. (2014). *Utfordrende atferd ved kognitiv svikt - Anbefalinger om tiltak som kan forebygge og dempe utfordrende atferd*. Trondheim: Trondheim kommune.
- UpToDate.com. (2018, 03 26). Hentet fra Management of neuropsychiatric symptoms of dementia: [www.uptodate.com/contents/management-of-neuropsychiatric-symptoms-of-dementia?search=dementia%20behavioral%20symptoms&anchor=H26&language=en-US&source=preview#H11](http://www.uptodate.com/contents/management-of-neuropsychiatric-symptoms-of-dementia?search=dementia%20behavioral%20symptoms&anchor=H26&language=en-US&source=preview#H11)

Walseth, L. T., & Malterud, K. (2004, 1 8). Salutogenese og empowerment i et allmenmedisinsk perspektiv. *Tidsskriftet Den norske legeforening*.

Wyller, T. B. (2015). *Geriatrici - En medisinsk lærebok*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

## Spørreundersøkelse «Kompetansepakke utfordrende atferd»

Det presiseres at alle spørsmål er knyttet til din nåværende arbeidsplass.

**Innledningsvis etterspørres det bakgrunnsinformasjon om deg og din arbeidsplass:**

### 1. Alder:

Under 25 år

26 – 35 år

36 – 45 år

46 – 55 år

Over 55 år

### 2. Utdanning:

Helsefagarbeider

Hjelpepleier

Sykepleier

Vernepleier

Annet

Hvis annet, hvilken utdanning?

**Videreutdanning:** Ja

Nei

Hvis ja, hvilken videreutdanning?

### 3. Ansiennitet:

Under 5 år:

6 – 10 år:

11 - 15 år:

16 år eller mer:

### 4. Hvor mange pasienter er det totalt sett på din arbeidsplass?

Under 25 pasienter

25 – 40 pasienter

41 – 60 pasienter

Mer enn 60 pasienter



**5. Har du i tillegg til å delta på kurs om utfordrende atferd også deltatt på kurs om VIPS praksismodell?**

Ja

Nei

**6. Deltar du på nettverkssamlinger?**

Ja

Nei

**7. Hvor lenge siden er det at du deltok på kurs om utfordrende atferd?**

Mindre enn 1 år

Mellom 1- 5 år

Mer enn 5 år

---

**8. Læringsutbytte av kurs om utfordrende atferd:**

Når du tenker tilbake på kurs om utfordrende atferd og demens, i hvor stor grad synes du at du har fått kunnskap om følgende tema gjennom å delta på kurs? Svar på en skala der 1 betyr svært liten grad og 5 betyr svært stor grad:

Tema:	1	2	3	4	5
Demens					
Utfordrende atferd og demens, årsaker					
Utfordrende atferd og demens, kartlegging og kartleggingsredskap					
Utfordrende atferd og demens, tiltak og løsninger					
Lov om pasient og brukerrettigheter, kap. 4A					
Saksbehandling etter Lov om pasient og brukerrettigheter, kap. 4A					
Rutiner om utfordrende atferd og demens i Kvaliteket					
Rollen som ressursperson på egen arbeidsplass					
Dokumentasjon av utfordrende atferd i Gerica					

### 9. Implementering av kunnskap i praksis:

Når du ser på din egen arbeidshverdag, i hvor stor grad synes du at det du har lært på kurs gjenspeiles i praksis og er blitt en naturlig del av arbeidet på din arbeidsplass? Svar på en skala der 1 betyr i svært liten grad og 5 betyr svært stor grad:

Tema:	1	2	3	4	5
Utfordrende atferd og demens, årsaker					
Utfordrende atferd og demens, kartlegging og kartleggingsredskap					
Utfordrende atferd og demens, tiltak og løsninger					
Kunnskap om Lov om pasient og brukerrettigheter kap. 4A					
Saksbehandling etter Lov om pasient og brukerrettigheter kap. 4A					
Rutiner for håndtering av utfordrende atferd i Kvaliteket					
Rollen som ressursperson på egen arbeidsplass					
Dokumentasjon om utfordrende atferd i Gerica					

### 10. Grad av bruk i praksis:

Når du ser på din egen arbeidshverdag, hvor ofte bruker/gjennomfører du følgende? Svar på en skala der 1 betyr svært sjelden og 5 betyr svært ofte:

Tema:	1	2	3	4	5
Du som ressursperson for utfordrende atferd					
Møter etter Vips praksismodell					
Livshistoriekartlegging					
Cornell skala for depresjon ved demens					
Døgnregistreringsskjema					
Quality of life in late stage dementia (qualid)					
Mobid 2 - smerteskala					
Confusion assessment method (CAM)					
Neuropsychiatric Inventory NPI – sykehjemsversjonen (versjon 2.0)					

OBS demens					
------------	--	--	--	--	--

### 11. Personsentrert omsorg

Sett i lys av hva du har lært på kurs om utfordrende atferd og personsentrert omsorg, hva opplever du som de tre viktigste faktorene for å lykkes med personsentrert omsorg? Svar ved å sette tre kryss?

Bemanningsfaktor - ha nok tid til den enkelte pasient	
Tilrettelegging for strukturerte møter	
Avsatt tid til møter og faglig arbeid	
Tilgang på veiledning ved behov	
Eget faglig engasjement/motivasjon	
Egen kompetanse	
Faglig engasjement hos kolleger	
Økt kompetanse på arbeidsstedet	
Engasjement hos ledelsen	
Å delta på nettverkssamlinger	
Oppmuntring fra leder til å delta på nettverkssamling	
Fysiske rammebetingelser, utforming av lokaler o.l.	

Hva opplever du som de tre mest hemmende faktorene når det gjelder å innføre ny kunnskap om personsentrert omsorg fra kurs om utfordrende atferd? Svar ved å sette tre kryss?

Bemanningsfaktor - ha nok tid til den enkelte pasient	
Liten tilrettelegging for strukturerte møter	
Mangel på avsatt tid til møter og faglig arbeid	
Mangel på veiledning ved behov	
For sen tilgang på veiledning	
Mangel på egen motivasjon/ interesse for å arbeide med utfordrende atferd	
Mangel på forståelse eller interesse for temaet hos kolleger	
Liten kompetanse på arbeidsstedet	
Lite engasjement hos ledelsen	
Mangel på faglig nettverk	
Fysiske rammebetingelser, utforming av lokaler o.l.	
For sterkt fokus rettet mot medikamentell behandling	



Sidsel Sverdrup  
Postboks 184 Vinderen  
0319 OSLO

Vår dato: 07.12.2017

Vår ref: 57331 / 3 / H IT

Deres dato:

Deres ref:

## Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 21.11.2017.

Meldingen gjelder prosjektet:

57331	Gir endret kompetanse endret praksis? En studie av hvilke erfaringer ansatte har etter å ha deltatt på et kompetansehevingsprogram i regi av arbeidsgiver.
Behandlingsansvarlig	VID vitenskapelig høgskole, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Sidsel Sverdrup
Student	Bodil Pedersen

## Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Personopplysningene som blir samlet inn er ikke sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav personvernulempe. Prosjektet har derfor fått en forenklet vurdering. Du kan gå i gang med prosjektet. Du har selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i dette brevet.

## Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet
- krav til informert samtykke

- at du ikke innhenter [sensitive opplysninger](#)
- veiledning i dette brevet
- VID vitenskapelig høyskole sine retningslinjer for datasikkerhet

## Veiledning

Krav til informert samtykke

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse.

Informasjon må minst omfatte:

- at VID vitenskapelig høyskole er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet
- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileder) sine kontaktopplysninger
- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til
- hvilke opplysninger som skal innhentes og hvordan opplysningene innhentes
- når prosjektet skal avsluttes og når personopplysningene skal anonymiseres/slettes

På nettsidene våre finner du mer informasjon og en veiledende mal for [informasjonsskriv](#).

Forskningsetiske retningslinjer

Sett deg inn i [forskningsetiske retningslinjer](#).

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringsskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt. Ved prosjektslutt 01.06.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Gjelder dette ditt prosjekt?

Dersom du skal bruke databehandler

Dersom du skal bruke databehandler (ekstern transkriberingsassistent/spørreskjemaleverandør) må du inngå en databehandleravtale med vedkommende. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se [Datatilsynets veileder](#).

H vis utvalget har taushetsplikt

Vi minner om at noen grupper (f.eks. opplærings- og helsepersonell/forvaltningsansatte) har [taushetsplikt](#). De kan derfor ikke gi deg identifiserende opplysninger om andre, med mindre de får samtykke fra den det gjelder.

Dersom du forsker på egen arbeidsplass

Vi minner om at når du [forsker på egen arbeidsplass](#) må du være bevisst din dobbeltrolle som både forsker og ansatt. Ved rekruttering er det spesielt viktig at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltakelse ivaretas.

Se våre nettsider eller ta kontakt med oss dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Hildur Thorarensen

Kontaktperson: Hildur Thorarensen tlf: 55 58 26 54 / [hildur.thorarensen@nsd.no](mailto:hildur.thorarensen@nsd.no)

## **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet**

*«Gir endret kompetanse endret praksis?»*

### **Bakgrunn og formål**

Til dere som har deltatt på kurs om utfordrende atferd i regi av Ressurssenter for demens. Jeg tar tverrfaglig masterutdanning i Helse og sosialfaglig arbeid med eldre ved VID vitenskapelige høyskole i Oslo. Mitt masterprosjekt handler om hvordan «Kompetansepakke utfordrende atferd» erfares av deltakerne. Jeg vil undersøke hvordan ansatte erfarer en slik systematisk tilnærming til temaet utfordrende atferd og demens, og hvordan deltakerne opplever den praktiske nytten av dette.

### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Jeg gjennomfører derfor en spørreundersøkelse, der jeg henvender meg til alle som har deltatt på Kompetansepakke utfordrende atferd. Spørreundersøkelsen tar ca. 15 minutter å besvare, og jeg håper at flest mulig tar seg tid til å svare på undersøkelsen. Spørsmålene vil handle om deres erfaringer med kurspakken, i hvor stor grad dere bruker det dere har lært på kurs og hva dere opplever som fremmende og hemmende faktorer for personsentrert omsorg. Alle svar behandles anonymt.

### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Alle data behandles anonymt, og vil destrueres når prosjektet er gjennomført. Ingen data kan tilbakeføres til deg. Det er kun undertegnede og konsulenten i Trondheim kommune som bidrar til gjennomføring av QuestBack undersøkelsen som har tilgang på data. Personopplysninger vil være passordbeskyttet, og navnelisten vil bli holdt adskilt fra resten av dataene. Ingen vil bli kjent igjen i masteroppgaven.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 01.06.2018. Ved prosjektslutt er alle data brukt i oppgaven fullstendig anonymisert, og bakgrunnsdata vil bli destruert.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn.

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med Bodil Pedersen på telefon 95481290. Veileder for prosjektet er Sidsel Sverdrup, professor dr. polit ved Vid vitenskapelige høgscole, telefon 22451822. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

## **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

Krysses av i QuestBack – undersøkelsen starter