

Fakultetet for Helse og sosialvitenskap

Anders Moe Sæter

## Masteroppgave

# Opplevelser ved implementering av VIPS praksismodell

Experiences when implementing VIPS practice model

MAKS 19

2021

## Forord og takk

Jeg startet sykepleierutdanning i 2014, og gikk ut som ferdig sykepleier i 2017. Jeg var heldig og fikk meg en jobb på kortidsavdelingen i kommunen hvor min samboer hadde vokst opp. Etter to år begynte pleie- og omsorgsleder, assisterende pleie- og omsorgsleder og jeg å diskutere mulighetene for en videreutdanning.

Lederne i helsesektoren i kommunen hadde et ønske om kompetanseheving i kommunen, noe også jeg selv hadde et stort ønske om. Vi mente at Høgskolen i Innlandet sin avansert klinisk sykepleie i kommunal helsetjeneste var perfekt for å møte fremtidens behov for kvalifisert helsepersonell i kommunene. Siden jeg hadde gitt signal om at dette var noe jeg kunne være interessert i, valgte vi å søke. Det ble sendt søknad til helsedirektoratet om støtte til utdanning, noe som ble innvilget og samtidig ble støtte fra kommunen godkjent i kommunestyret. På grunn av anonymiteten i oppgaven nevner jeg ikke hvilken kommune dette gjelder, og jeg unngår å bruke navnene på de aktuelle aktørene i kommunene. Uansett så vil jeg rette en spesiell takk til mine ledere i kommunen, dette gjelder min avdelingssykepleier som har vært en stor støtte under hele utdanningen og assisterende pleie- og omsorgsleder som har hatt stor tro på meg, og vært en avgjørende støttespiller under utdanningen og hjulpet med alt det praktiske. Ønsker også å rette en stor takk til pleie- og omsorgsleder som har vært en viktig støttespiller. Takk også til kommunestyret som innvilget mitt ønske om videreutdanning.

Jeg ønsker også å takke mine medstudenter, Kristian Wiik og Hanne Kristin Slåsletten for en fantastisk studieperiode. Selv om perioden har vært preget av mye nettbasert undervisning på grunn av koronapandemien, har det vært fryktelig fint å ha dere som støttespillere i hele utdanningsforløpet.

Heldig var jeg, da jeg fikk Trude Haugland som veileder. Tusen hjertelig takk for uvurderlig god veiledning gjennom en krevende mastertid. Du har betydd utrolig mye.

Takk til mine venner Vegard Frydenlund og Ida Rønning for at jeg fikk bo hos dere når jeg var i Elverum. Dere er unike. Takk til min gode venn Simen Engdal for språkvask av oppgaven.

Takk til min mor, Randi Moe Sæter og far, Lorentz Sæter som har hjulpet til med det praktiske under studietiden. Ønsker også å rette en takk til mine svigerforeldre Kjersti Bolme og Alf Erik Bolme som har tatt så godt vare på mine barn når det har vært behov for det.

Til slutt må jeg rette den aller største takken til min fantastiske samboer Gro Anita Bolme og mine skjønnne barn Erika og Kaja. Vi visste at dette kom til å bli krevende, og at det ble mye reising og tid borte fra dere. Gro Anita du har vært min klippe gjennom hele studietiden. Nå gleder jeg meg til å tilbringe mye mer tid sammen med dere.

Anders Moe Sæter

16.04.21

## Abstrakt

**Tittel:** Opplevelser ved implementering av VIPS praksismodell

**Problemstilling:** Hvilke suksessfaktorer og barrierer opplever helsefagarbeidere og sykepleiere ved innføring av VIPS-praksismodell?

**Bakgrunn:** Med en økende forekomst av demens har vi nødt til å se på alternative måter å møte fremtiden på. Personsentrert omsorg nevnes som en mulig måte, og VIPS praksismodell er en modell for implementering av personsentrert omsorg. Det ble etter utviklingen av VPM utført en del forskning på effekt, og implementeringsproblematikk. Ut fra denne forskningen ble det gjort endringer på modellen, og etter dette er det ikke utført ytterligere forskning. Det anses derfor som relevant å utføre en studie som fokuserer på suksessfaktorer og barrierer ved implementering av VPM etter at disse justeringene ble gjort.

**Hensikt:** Formålet med denne masterstudien var å se på hvilke suksessfaktorer og barrierer sykepleiere og helsefagarbeidere opplever ved implementering av VPM. Forskningen som har blitt gjort på VPM er utført i en tidsperiode mellom 2011 og 2014, og denne forskningen har blitt brukt til å videreutvikle modellen til den den er i dag.

**Metode:** Kvalitativ studie med deskriptivt design med elementer av fortolkning i seg. Innsamling av data ved hjelp av to fokusgruppeintervju. Kvalitativ innholdsanalyse ble brukt som analysemetode.

**Resultat:** Resultatene ble skilt i suksessfaktorer og barrierer. Det ble funnet to suksessfaktorer som var: diskusjoner og refleksjoner i fagmøtet, og rolleidentitet. Så ble det funnet fire barrierer som var: Utilstrekkelig bemanning, manglende evaluering av tiltak, skjev ansvarsfordeling og inntak av personer.

**Nøkkelord:** VIPS praksismodell, personsentrert omsorg, demens, avansert klinisk sykepleier

**Forkortelser:** VPM = VIPS praksismodell, AKS = Avansert klinisk sykepleier

## Abstract (English)

**Title:** Experiences when implementing VIPS practice model

**Thesis question:** Which facilitators and barriers do auxiliary nurses and registered nurses experience in relation to implementation of the VIPS practice model?

**Background:** With a rising occurrence of dementia, it is necessary to look to alternative methods of care in the future. Person-centered care is mentioned as a possible method, and the VIPS practice model (VPM) is a model which implements person-centered care.

After the development of VPM, there was conducted research on effect and implementation issues. On background of this research, there was made adjustments to the model. After this adjustments were made however, there have been no further research on the matter. It is therefore seen as relevant to conduct a study which focuses on facilitators and barriers with implementation of VPM after these adjustments have been made

**Aim:** The aim of this master's thesis was to investigate which facilitators and barriers healthworkers experienced with implementation of VPM. The research done on VPM was conducted in a time frame between 2011 and 2014. This research has been used to develop the model to what it is today.

**Method:** Qualitative study with descriptive design with elements of interpretation. Data was collected with the use of two focus group interviews. Qualitative content analysis was used as method of analysis.

**Result:** Results were divided by facilitators and barriers. Two facilitators were found: Discussion and reflection in the professional meeting, and role identity. While four barrierers were found: insufficient staffing, the lack of evaluation of measures, skewed division of responsibility and intake of persons.

---

## Innholdsfortegnelse

<b>1. INTRODUKSJON .....</b>	<b>9</b>
1.1 PROBLEMSTILLING .....	10
1.2 FORSKNINGSSPØRSMÅL .....	10
1.3 HENSIKT .....	10
<b>2. BAKGRUNN MED TEORETISK RAMMEVERK .....</b>	<b>11</b>
2.1 PERSONER MED DEMENS .....	11
2.2 PERSONSENTRERT OMSORG TIL PERSONER MED DEMENS .....	14
2.2.1 <i>Personsentrert omsorgsfilosofi</i> .....	14
2.2.2 <i>Forskning på personsentrert omsorg</i> .....	17
2.2.3 <i>VIPS praksismodell (VPM)</i> .....	19
2.2.4 <i>Forskning på VPM</i> .....	24
2.2.5 <i>Avansert klinisk sykepleiers personsentrerte funksjon</i> .....	26
<b>3. METODE .....</b>	<b>28</b>
3.1 PROBLEMSTILLING OG FORSKNINGSSPØRSMÅL .....	28
3.1.1 <i>Problemstilling</i> .....	28
3.1.2 <i>Forskningsspørsmål</i> .....	28
3.2 HENSIKT .....	28
3.3 DESIGN .....	28
3.4 POPULASJON OG UTVALG .....	29
3.5 DATASAMLING .....	30
3.6 FORSKERROLLE .....	30
3.7 ANALYSE AV DATAMATERIALET .....	32
3.8 ETISKE OVERVEIELSER .....	33
<b>4. RESULTAT .....</b>	<b>35</b>
4.1 SUKSESSFaktorER .....	35
4.1.1 <i>Diskusjoner og refleksjoner i fagmøtet</i> .....	35
4.1.2 <i>Rolleidentitet</i> .....	36
4.2 BARRIERER .....	36
4.2.1 <i>Utilstrekkelig bemanning</i> .....	36
4.2.2 <i>Manglende evaluering av tiltak</i> .....	37
4.2.3 <i>Inntak av personer</i> .....	37

---

4.2.4	<i>Skjev ansvarsfordeling</i> .....	37
<b>5.</b>	<b>DISKUSJON</b> .....	<b>39</b>
5.1	SUKSESSFAKTORER.....	39
5.2	BARRIERER .....	42
5.3	DISKUSJON AV STUDIENS BEGRENSENGER, STUDIENS VALIDITET OG RELIABILITET .....	46
5.3.1	<i>Validitet</i> .....	46
5.3.2	<i>Reliabilitet</i> .....	48
5.3.3	<i>Implikasjoner for praksis</i> .....	50
5.3.4	<i>Forslag til videre forskning</i> .....	50
<b>6.</b>	<b>KONKLUSJON</b> .....	<b>51</b>
	<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>52</b>
<b>7.</b>	<b>VEDLEGG</b> .....	<b>58</b>
7.1	GODKJENNING NSD .....	58
7.2	INTERVJUGUIDE.....	62
7.3	INFORMASJONSSKRIV .....	64
7.4	SAMTYKKERKLÆRING.....	67

Akkurat i dag

Trenger jeg at du holder hånda mi

Sånn som du ville holdt

En spurv som du plukker opp fra snøen

Som du tror du ser litt liv i

For er du sånn jeg håper

Så steller du pent med meg

Helt til jeg er trygg nok til å

Plutselig fly min vei

Eller bygge reir i håret ditt

- Trygve Skaug



---

# 1. Introduksjon

Eldre personer med demens opplever utilstrekkelig omsorg i norske sykehjem (Malmedal et al., 2014), og demensutvikling på verdensbasis og i Norge øker kraftig. Helse- og omsorgstjenestene har nødt til å se etter andre måter å møte fremtidens demensutfordringer på, og personsentrert omsorg nevnes som en mulig løsning verden over (Abdelhadi & Drach-Zahavy, 2012).

Personsentrert omsorg oppleves som tidkrevende og vanskelig å gjennomføre uten en klar strategi eller plan (Kloos et al., 2020; Oppert et al., 2018). VIPS praksismodell (VPM), en modell for implementering av personsentrert omsorg i norske sykehjem, har vist god effekt på nevropsykiatriske symptomer hos personer med demens (Rokstad et al., 2013). Modellen krever lite organisatoriske endringer, og er lite ressurskrevende (Røsvik et al., 2011). Oppert et al. (2018) sine resultater viser at helsepersonell ofte misforstår begrepet, og tror at de utfører personsentrert omsorg, og samtidig mangler kunnskap. Blant hovedfokusene til en avansert klinisk sykepleier (AKS) finner en coaching, veiledning og undervisning (Fagerström, 2019b). Det kunne derfor vært nyttig å ha en AKS i staben i omsorgstjenestene i kommunene. En AKS kunne bidratt med både veiledning og undervisning i hva personsentrert omsorg er og hvordan dette kan utøves.

Ut fra hva vi kjenner til har det vært en utvikling i klinisk praksis. I januar 2012 trådte samhandlingsreformen i kraft (St. meld. nr. 47 (2008-2009)). Samhandlingsreformen innebærer at ansvar og arbeidsoppgaver blir flyttet fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten (St. meld. nr. 47 (2008-2009)). Haukelien et al. (2015) presiserer at samhandlingsreformen har ført til en større arbeidsbelastning for kommunale helse- og omsorgstjenester og at det er et økt behov for kompetanse ute i kommunene. Enkelte kommuner har begynt å se dette behovet, og har utvidet staben med blant annet avanserte kliniske sykepleiere. Andre kommuner har prøvd ulike modeller for implementering av personsentrert omsorg.

VPM ble utviklet i 2011 og det ble gjort forskning på hvilke suksessfaktorer og barrierer en kunne oppleve ved implementering av modellen (Røsvik et al., 2011). Røsvik et al. (2011) gjennomførte en kvalitativ evaluerende studie, med en ni ukers pilotstudie i to sykehjem, og evaluerte i fire fokusgrupper. En svakhet med denne studien er at det ikke er oppnevnt hvor mange informanter som var med, kun at det ble gjennomført fire fokusgrupper fordelt på to

sykehjem. Dette innebærer at studien omhandler erfaringer og opplevelser kun fra to sykehjem, med ukjent antall informanter. En annen svakhet med studien er at avdelingssykepleierne var med under fokusgruppene, noe som kan ha hatt betydning for resultatene. Selv angir Røsvik et al. (2011) at forskernes tilsyn i pilotstudien kan ha undergravd studien på grunn av forskernes fordommer og informantenes motvillighet til å kritisere. Røsvik et al. (2014) presenterer i sin substudie resultater som tar utgangspunkt i datamateriell som ble samlet inn i en randomisert kontrollert studie gjennomført av Rokstad et al. (2013). Disse dataene viser til faktorer som hemmer og fremmer implementering, men tar ikke utgangspunkt i helsearbeidernes opplevelser og erfaringer. Funnene i disse studiene (Rokstad et al., 2013; Røsvik et al., 2011) har ført til videreutvikling av modellen, blant annet ved å endre på opplæringsprogram for brukere av VPM. Ut fra hva jeg kjenner til finnes det lite eller ingen forskning på VPM etter at modellen ble videreutviklet i ca 2011-2014. Det vil derfor være relevant å utføre en studie som fokuserer på suksessfaktorer og barrierer ved innføring av VPM. Hva skal til for å få modellen til å bli en del av det daglige i en norsk sykehjemsavdeling etter de nye justeringene som ble gjort på modellen og hva er det som oppleves som en suksessfaktor ved implementering?

## 1.1 Problemstilling

Hvilke suksessfaktorer og barrierer opplever helsefagarbeidere og sykepleiere ved innføring av VIPS-praksismodell?

## 1.2 Forskningsspørsmål

Hvilke opplevelser har helsearbeidere med å implementere personsentrert omsorg til personer med demens i kommunal helsetjeneste?

## 1.3 Hensikt

Formålet med denne masterstudien var å se på hvilke barrierer og suksessfaktorer sykepleiere og helsefagarbeidere opplever ved implementering av VPM. Forskningen som har blitt gjort på VPM er utført i tidsperioden mellom 2011 og 2014, og denne forskningen har blitt brukt til å videreutvikle modellen til den den er i dag.

---

## 2. Bakgrunn med teoretisk rammeverk

### 2.1 Personer med demens

Det er grovt regnet 80 000 – 100 000 mennesker med demens i Norge, 97-98 % av disse er over 65 år (Folkehelseinstituttet, 2014). Grunnet økende folketall og høyere gjennomsnittsalder vil antall personer med demens øke kraftig i de kommende år. Dersom aldersspesifikk forekomst ikke forandrer seg, vil økningen i forventet levealder i Norge medføre at antallet personer med demens mer en dobles fra 2015 til 2050 (Folkehelseinstituttet, 2014). Folkehelseinstituttet (2014) skriver at om lag 80 prosent av de som har langtids plass i sykehjem har demens. Disse personene har det som kalles for aldersdemens.

Engedal & Haugen (2009) beskriver aldersdemens som:

En ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til sviktende evner til å klare dagliglivets aktiviteter. Endret atferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg over tid (s.20).

Aldersdemens omhandler som oftest Alzheimer sykdom, demens med Lewylegemer og vaskulært betinget demens (Engedal & Haugen, 2009). Personer med demens har en tilstand som er kronisk, og sykdommen forverrer seg over tid. Engedal og Haugen (2009) skriver om utviklingen ved Alzheimer sykdom og viser til bergerskalaen. I løpet av de første årene kan disse personene klare seg uten hjelp, og vil etter hvert ha behov for hjemmebaserte tjenester og eventuelt dagsenter. Etter en 10-12 års periode vil som regel disse personene være avhengig av døgnkontinuerlig omsorg, og de havner på ulike avdelinger i norske sykehjem (Engedal & Haugen, 2009; Rokstad, 2014).

Personer med demens opplever det som skjer svært ulikt, men de aller fleste beskriver det som en stor påkjenning. De opplever både angst og usikkerhet, og er redde for hvordan sykdomsutviklingen vil bli. Usikkerheten og redselen reduserer i sin tur selvtilliten og selvbildet (Rokstad, 2014). Bryden (2005) skriver om hvordan det oppleves å ha en demensdiagnose, og forteller om hvor mye krefter hun brukte på å opprettholde

funksjonsnivået sitt, og at til og med små dagligdagse ting opplevdes som en evig kamp. Hun uttrykker behov for støtte, trygghet og verdighet. Bryden (2005) ønsket å bli forstått og akseptert som den hun var med sin sykdom, ikke hvem hun hadde vært før hun fikk sykdommen. Personer med demens klamrer seg til den de har vært, og prøver å holde livet gående slik som det var før, men de er avhengige av praktisk og emosjonell støtte for å takle situasjonen (Bjørkløf et al., 2019).

Mjørud et al. (2017) skriver om hvordan det er å leve på norske sykehjem med demens, beskrevet av personer med demens. Disse personene beskriver det å være på sykehjem som greit, men at de må ta ting som de er. Personene i denne studien innser at de har et behov for å være der, og aksepterer det på et vis, selv om de heller ville vært hjemme. De føler seg gamle og ubrukelige og beskriver et stort savn og at alt de hadde er borte.

I «Handlingsplan for eldreomsorgen – trygghet, respekt» blir personer med demens trukket frem. I handlingsplanen (St. meld. nr. 50 (1996-1997)) står det blant annet:

Ettersom sykdommen utvikler seg, vil demente få behov for heldøgns pleie og omsorg. De vil ha redusert evne til å se konsekvenser av egne beslutninger, de har redusert evne til å gi samtykke til behandling og vil i mindre grad kunne styre hver- dagen i sitt eget hjem. Dette taler for at pleien og omsorgen for personer med alvorlig demens bør foregå i lovregulerte boliger fortrinnsvis i form av bo- kollektiv eller skjermede enheter i sykehjem (s.27).

Etter at denne handlingsplanen kom har det blitt etablert skjermede enheter i så å si alle norske kommuner, i 2005 var andelen sykehjemsplasser tilrettelagt som skjermet enhet 20,7 %. Denne studien omhandler demente personer på skjermet avdeling, og disse faller ofte under kategorien aldersdemens.

I kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene står det at forskriften skal «bidra til å sikre personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel» (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, s. 1). Personsentrerte tilnæringer til personer med demens er for tiden i fokus, og dette vektlegges i mange nasjonale retningslinjer for arbeid med personer med demens (St. meld. nr. 15 (2017-2018); St. meld. nr. 50 (1996-1997)). Det er ønskelig at norske sykehjem skal fokusere på personsentrerte tilnæringer til personer med demens, og det er håp om at dette er en måte å møte fremtidens utfordringer på. Personsentrert omsorg

---

kan bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester får ivaretatt sine grunnleggende behov, med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel. Imidlertid er det i følge Malmedal et al. (2009) høy forekomst av utilstrekkelig omsorg i norske sykehjem. Dette omhandler hendelser og handlinger fra livet på sykehjemmene, for eksempel å true beboere med straff, ignorere beboere, holde de tilbake med makt etc. Kirkevold og Engedal (2006) skriver i sin artikkel at beboere på norske sykehjem blir forsømt med tanke på aktiviteter og turer ute. I en annen studie beskriver de at utilstrekkelig omsorg i norske sykehjem ofte skjer i sammenheng med beboeres aggresjon og utagering, og at utilstrekkelig omsorg øker betraktelig når personene på sykehjemmene utagerer eller er aggressive (Malmedal et al., 2014).

Aggresjon og utagering er noen av symptomene demente personer kan få, og er ofte kategorisert under nevropsykiatriske symptomer. I tillegg til aggresjon og utagering sier Bergh og Selbæk (2012) at symptomer relatert til psykose, affektive symptomer som angst og depresjon, og apati går under nevropsykiatriske symptomer. Det er høy forekomst av nevropsykiatriske symptomer hos personer med demens, og da særlig i sykehjem (Bergh & Selbæk, 2012; Røen et al., 2017). De mest vanligste nevropsykiatriske symptomene er apati, irritabilitet, aggresjon, utagering, angst og depresjon (Bergh & Selbæk, 2012). Selbæk et al. (2008) kommer også frem til at det er høy forekomst av nevropsykiatriske symptomer hos personer med demens i norske sykehjem, og at disse får ulike medikamenter for disse symptomene, som antidepressiva og antipsykotika. I løpet av en ett års periode med observasjon, var det ingen effekt å vise til mellom brukere og ikke-brukere av antipsykotika og antidepressiva med tanke på nevropsykiatriske symptomer som psykose, aggresjon og depresjon (Selbæk et al., 2008).

I forskningen til Røen et al. (2017) var det kun 55,9 % av alle demente som hadde en demensdiagnose på papiret. De diskuterte seg frem til at dette kan forklares med at å sette en demensdiagnose på personer med demens i sykehjem ble nedprioritert fordi det ikke finnes en kurativ behandling, og at selve diagnosen ikke ville gjøre noe for pasienten. Denne konklusjonen kan derimot bestrides, da mange intervensjoner med tanke på forebygging av funksjonell tilbakegang og forbedring av livskvalitet for personer med demens kan bli gjennomført om personen er diagnostisert (Røen et al., 2017). Røen et al. (2017) sin studie viser at det er mange som lever med udiagnostisert demens, og at det finnes mange flere der ute som ikke har diagnosen, og kanskje dermed ikke får den omsorgen de har behov for.

Personer med demens og nevropsykiatriske symptomer kan oppleve å få utilstrekkelig omsorg og bli forsømt (Malmedal et al., 2014; Malmedal et al., 2009), og de kan få medikamenter som gir liten eller ingen effekt (Selbæk et al., 2008). Det er en bekymring rundt hvordan dette skal håndteres de kommende årene, med en massiv økning av eldre personer med demens.

## 2.2 Personsentrert omsorg til personer med demens

### 2.2.1 Personsentrert omsorgsfilosofi

Personsentrert omsorg er en sosialpsykologisk omsorgsfilosofi og ble introdusert tidlig på 90-tallet (Kitwood, 1997). I en litteraturoppsummering hvor det ble brukt 15 ulike definisjoner på personsentrert som grunnlag for å utarbeide en sammensatt definisjon, ble resultatet denne definisjonen (American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care, 2016);

Personsentrert omsorg forstås med at individets verdier og ønsker skal styre alle aspekter av deres omsorgstilbud, og med det støtte deres realistiske helse- og livsmål. Personsentrert omsorg oppnås gjennom en dynamisk relasjon mellom individer, andre som er viktig for dem, og alle relevante tjenesteytere. Dette samarbeidet tar utgangspunkt i at beslutningsprosesser skal bygge på individets ønsker (s.16).

Definisjonen tar utgangspunkt i at personsentrert omsorg skal fokusere på personens verdier og ønsker, og at dette skal styre alle aspekter ved omsorgstilbudene. Omsorgen som ytes skal legge til rette for at individets helse- og livsmål vektlegges. Personsentrert omsorg kan bare oppnås gjennom en relasjon mellom individet og dens tjenesteyter gjennom dynamiske prosesser (American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care, 2016). Denne studien tar utgangspunkt i Kitwoods (1999) sin omsorgsfilosofi, da den omhandler personsentrert omsorg spesifikt til personer med demens. Kitwood (1997) ville at synet på demens skulle endres fra at det kun ble sett på en sykdom hvor tap av hjernebark var årsaken, til at det skulle tas høyde for flere dimensjoner når det gjelder hvordan en person med demens opplever å ha demens (Brooker, 2013). Kitwood (1997) beskriver hvordan en persons individuelle nevrologiske svikt, individuelle helseprofil, individuelle livshistorie og individuelle personlighet er tett forbundet med hverandre og uttrykkes i personens sosialpsykologi (Brooker, 2013).

---

Hjørnesteinen i filosofien til Kitwood (1997) er konseptet av «personverd». Kitwood (1997) så på det gamle filosofiske spørsmålet «Hva vil det si å bli kalt en person?». Han skrev at en person ikke skal ses på som et enkeltmenneske, men at en person er en representant for menneskeheten og at dersom du er en person har du personverd. Han definerte personverd som den status eller verdi som tildeles et menneske av andre i mellommenneskelige forhold og sosiale relasjoner, og som innebærer gjenkjennelse, respekt og tillit. Personverd er ikke nødvendigvis et individs eiendom, men heller noe som er gitt eller garantert ved tilstedeværelse av andre (Kitwood, 1997). Ved å være en person er du avhengig av at andre anerkjenner din status som menneske i en gjensidig relasjon. Som person er vi ikke alene, vi lever i samhandling med andre der vår verdi som menneske blir bekreftet (Kitwood, 1997).

Personverd kan svekkes og styrkes, og ondartete handlinger innenfor sosialpsykologi beskrives som en av hovedårsakene til at personverd svekkes hos personer med demens (Brooker, 2013). Kitwood (1997) beskriver at ondartet sosialpsykologi skjer «når mennesket blir truet, utsatt for høyt tempo, neglisjert, barnliggjort, gitt kallenavn, nedvurdert, anklaget, manipulert, underkjent, umyndiggjort, tvunget, avbrutt, objektivisert, stigmatisert, ignorert, bortvist eller latterliggjort» (Brooker, 2013, s. 13). I følge Brooker (2013) er dette gjenkjennbart for de fleste som jobber i demensomsorgen, at dette er handlinger de fleste innenfor demensomsorg har gjort, og at det er vanskelig å forklare hvorfor det skjer. Handlingene skjer nok som regel ubevisst, og årsaken kan være at samfunnets verdier ovenfor personer med demens er preget av nedvurdering, fordi personen har en kognitiv svekkelse. Personen med demens opplever derfor å bli diskriminert og gjerne ignorert. Slike handlinger kan føre til svekkelse av personverdet og livskvaliteten til vedkommende (Brooker, 2013).

For at personverd skal ivaretas og styrkes er det avgjørende å kunne se ting fra perspektivet til personen med demens. Ved å gjøre dette kan en i større grad sørge for at handlingene våre er til det beste for personen med demens. For å kunne se ting fra perspektivet til personen med demens er det nødvendig å ha en forståelse av de grunnleggende psykologiske behovene. De psykologiske behovene er: trøst, tilknytning, inklusjon, beskjeftigelse og identitet. Disse beskrives som likeverdige behov, og at de tilsammen utgjør behovet for kjærlighet (Brooker, 2013).

Figur 1: Grunnleggende psykologiske behov



**Trøst** omhandler ømhet, nærvær, og lindring av smerte og sorg. Kitwood sier at dette handler om å gi vedkommende styrke og varme i en situasjon hvor personen er nær å bryte sammen. For demente personer er dette viktig, fordi du forholder deg til en person som sitter med følelser i form av tap av ulike funksjoner som personen har hatt før (Kitwood, 1999).

**Tilknytning** er et behov for å kjenne at du er knyttet til noen, at du hører til. Tilknytning kan beskrives som et sikkerhetsnett. Har du et sikkerhetsnett under deg når du faller, sørger dette for en myk landing (Kitwood, 1999). Eide og Eide (2007) beskriver tilknytning som at personen «er sterkt disponert for å søke nærhet og kontakt med denne personen, særlig når han eller hun trenger støtte, hjelp eller beskyttelse» (s.143).

**Inklusjon** er avgjørende for oss mennesker å være med i ett felleskap. Dette omhandler å bli inkludert i en gruppe eller en samling. Blir du ekskludert fra en gruppe eller ignorert, kan dette ta fra deg troen du har på deg selv. En person med demens er særlig utsatt for å bli ekskludert, da personen har redusert evne til å ta kontakt med andre (Kitwood, 1999).

**Beskjeftigelse** er å være involvert i livet sitt på en måte som er viktig for personen, at personen får brukt evnene og kreftene sine (Kitwood, 1999).

**Identitet** er å kjenne seg selv, det betyr å vite hvem du er. Både når det gjelder fakta om deg selv, og følelsen av hvem du er. For å kunne vite hvem du er må du kunne koble sammen fortid og nåtid. Når du får demens er dette ofte vanskelig, du kan ha glemt store deler av livshistorien din, og det kan hende at du ikke husker hvor du er (Kitwood, 1999).



---

**Kjærlighet** - de fem grunnleggende psykologiske behovene for demente personer utgjør behovet for kjærlighet, som du kan se i figuren presentert over. Kitwood mente at behovene til demente ikke bygger på hierarkier, men at det er snakk om ett altomfattende behov, og det er behovet for kjærlighet. Det står videre at personer med demens viser en utilslørt og nesten barnslig lengsel etter kjærlighet (1999, s. 89).

Gjennom å legge vekt på disse grunnleggende psykologiske behovene i pleien og omsorgen til demente personer, kan en ta vare på den personlige identiteten til personen med demens. Hvilken effekt dette har, og hvorfor personsentrert omsorg kan benyttes i pleie og omsorg til personer med demens presenteres i kapitlet under.

## **2.2.2 Forskning på personsentrert omsorg**

Personsentrert omsorg blir omtalt og anbefalt fra politikere og helseadministrasjoner som en sentral komponent av kvalitetsomsorg (Abdelhadi & Drach-Zahavy, 2012). Personsentrert omsorg er i mange land et nasjonalt verdigrunnlag for demensomsorgen (Rokstad, 2014). Dette vises også i norske stortingsmeldinger og rapporter. I «kvalitetsreformen for eldre, leve hele livet», beskrives et ønske om et økt fokus på personsentrerte tilnærminger til personer med demens, da denne tilnærmingen oppleves mangelfull i dag (St. meld. nr. 15 (2017-2018)).

Det finnes mye forskning på personsentrert omsorg, og denne forskningen bygger opp under bruken av denne tilnærmingen. Kim & Park (2017) sin metastudie hadde til hensikt å undersøke effektiviteten av personsentrert omsorg for personer med demens og konkluderte med at personsentrert omsorg har signifikant effekt på livskvalitet og redusert nevropsykiatriske symptomer for personer med demens. Resultatene fra studien viser også at personsentrert omsorg har effekt på uro hos demente personer, og gjennom å øke livskvalitet til personene hadde det automatisk effekt på depresjon (Kim & Park, 2017). Studien til Sloane et al. (2004) viser at en personsentrert tilnærming til demente personer kan bidra til mindre forekomst av agitasjon og uttrykk for ubehag i forbindelse med dusjing og bading. Fossey et al. (2006) presenterte personsentrert omsorg til demente personer som et alternativ til medikamenter for agitasjon og urolig atferd. De kommer frem til at personer med demens som står på medikamenter for agitasjon og urolig atferd kan i mange tilfeller slutte med disse medikamentene om de får god personsentrert omsorg.

Personsentrert omsorg viser seg å ha effekt på personene som får denne omsorgen, men hvordan påvirker bruken av personsentrert omsorg personellet som utfører dette? Barbosa et

al. (2015) sin systematiske review viser at helsepersonell som jobber med personsentrert omsorg opplever mye mindre stress og utbrenthet, og er generelt mer fornøyde i jobben sin. I likhet med Brownie & Nancarrow (2013) viser resultatene fra en norsk studie at avdelinger som bruker personsentrert omsorg er svært fornøyde med jobben sin (Røen et al., 2018). I en annen systematisk review som hadde som hensikt å undersøke innholdet, fokuset og effektiviteten av personsentrerte intervensjoner som hadde som mål å øke helsearbeideres bevissthet om personsentrert omsorg kommer det frem at helsepersonell som jobber med personsentrert omsorg forbedrer sin verbale og non-verbale kommunikasjon, de blir bedre på å snakke med demente personer samt informere de om omsorgen og tjenestene som ytes. Studien viser en reduksjon av ondartete handlinger innenfor sosialpsykologi, og de ansatte blir bedre på kommunikasjon som fokuserer på individets følelser og handlingene deres vektlegger individets styrker og hva de kan gjøre for dem selv (Blake et al., 2020).

Det er også gjort forskning på barrierer og suksessfaktorer for implementering av personsentrert omsorg. Oppert et al. (2018) sin kvalitative studie som hadde til hensikt å beskrive suksessfaktorer og barrierer for gjennomføring av personsentrert omsorg beskriver at tid til gjennomføring var den største barrieren for gjennomføring av personsentrert omsorg. Personellet er for oppgaveorientert og føler at all tid går bort til å utføre daglige oppgaver, og at det derfor er for lite tid til å fokusere på psykososiale behov. Hvordan personen med demens oppfører seg nevnes også som en barriere. Oppert et al. (2018) beskriver at det er enklere å hjelpe beboere som ikke er sinte og irritert. Siden personer med demens trenger tettere oppfølging på grunn av deres sykdom, så har ikke helsearbeiderne tid til å imøtekomme deres behov. Kloos et al. (2020) sin eksplorative mixed method studie hadde som hensikt å undersøke suksessfaktorer og barrierer som helsearbeidere opplevde ved intervensjoner for personsentrert omsorg. Resultatene viser også her at tid er en av de største barrierene. De legger også til at mangel på en klar implementeringsplan og ustabil kontekst var utfordrende. Personellet manglet også kunnskap og mente at de hadde fokus på personsentrert omsorg, men sannheten var at de hadde misforstått begrepet og i all hovedsak hadde fokus på fysisk pleie og omsorg.

Suksessfaktorer som blir nevnt i forskningssammenheng er i all hovedsak teamarbeid (Kloos et al., 2020; Oppert et al., 2018). Det at de ansatte er sammen om noe, og gjør det sammen oppleves som positivt. Personellet trenger støtte og trygghet på arbeidsmetode er også vektlagt.

---

Det finnes utallige tilnæringer til personsentrert omsorg for demente personer, men siden denne studien er norsk er det forenelig å velge en modell som er laget i Norge. Det ble i 2015 laget et utviklingsprogram for miljøbehandling, som beskriver de både VIPS praksismodell og dementia care mapping som måter å implementere personsentrert omsorg på (Rokstad, 2012). VIPS praksismodell er en modell som er utviklet av «Aldring og helse» som bruker Kitwoods (1997) omsorgsfilosofi. Denne modellen er spesielt utviklet for implementering av personsentrert omsorg i norske sykehjem og det vil derfor være relevant å se nærmere på denne modellen.

### 2.2.3 VIPS praksismodell (VPM)

Dawn Brooker var en av Tom Kitwoods nærmeste samarbeidspartnere, og de samarbeidet tett med å utvikle omsorgsteorien personsentrert omsorg. Hun publiserte artikkelen «What is person-centered care in dementia» i 2004 (Brooker, 2004), hvor VIPS rammeverk ble presentert for første gang. VIPS rammeverk ble laget for å klargjøre hva personsentrert omsorg innebærer. Det har lenge vært kjent at sykepleiere og helsefagarbeidere mangler kunnskap og utdanning om personsentrert omsorg og misforstår begrepet (Oppert et al., 2018). Brooker brukte Kitwoods omsorgsfilosofi (1997), men prøvde å forklare denne ved å lage et rammeverk som alle kunne forstå (Brooker, 2004, 2013; Røsvik et al., 2011). I følge Røsvik & Mjørud (2019) består personsentrert omsorg av fire hovedelementer:

- Verdien våre slår fast at personer med demenssykdom og helse- og omsorgspersonell har lik verdi og stor verdi.
- Individuell tilrettelagt omsorg fordi alle er unike og ulike.
- Forstår verden ut fra Perspektivet til personen med demens
- Et Sosialt miljø der personen med demens opplever å være inkludert og trives (s.56).

De fire hovedelementene er innholdet i VIPS. Hvert element i rammeverket har indikatorer, som er formulert som spørsmål, som både sykepleiere og helsefagarbeidere skal bruke i sin refleksjon rundt personsentrert omsorg til personen med demens (Brooker, 2007).

Røsvik og Mjørud (2019) presenterer VIPS rammeverk slik:

## VIPS RAMMEVERK

### INDIVIDUELL OMSORG

Omsorg som er tilrettelagt ut fra at alle mennesker har sin spesielle historie og personlighet, fysiske og psykiske helsetilstand, sosiale og økonomiske ressurser.

[I-indikatorer – Har vi individuell omsorg?](#)

**I1 PLAN FOR HVER PERSON:** Kjenner alle personens styrke og sårbarhet?

**I2 Å GJENKJENNE OG RESPONDERE PÅ ENDRING** Er planen oppdatert? Oppdager vi endringer og tilpasser vi rutiner for å møte disse endringene?

**I3 PERSONLIGE EIENDELER:** Får personen bruke sine egne klær og eiendeler i hverdagen?

**I4 INDIVIDUELLE HENSYN:** Vet vi hva personen liker og misliker og har vi rutiner som sikrer at dette blir tatt hensyn til?

**I5 LIVSHISTORIE:** Kjenner vi personens livshistorie og hendelser som har vært viktige? Bruker vi denne kunnskapen i hverdagen?

**I6 AKTIVITETER:** Er personen med på aktiviteter på sykehjemmet som passer interessene og evnene hennes?

### PERSPEKTIVET TIL PERSONEN MED DEMENS

Se verden fra perspektivet til personen med demens og bruke empati.

[P-indikatorer - Tar vi hensyn til hennes opplevelse av verden?](#)

**P1 KOMMUNIKASJON:** Blir personen spurt om hva hun ønsker og mener?

**P2 EMPATI OG RISIKOVURDERING:** Viser vi evne til å sette oss inn i personens opplevelse? Tar vi hensyn til det?

**P3 FYSISK MILJØ:** Er de fysiske omgivelsene tilrettelagt slik at personen kjenner seg trygg?

**P4 FYSISK HELSE:** Har vi nok kunnskap om personens fysiske helse, smerter, syn og hørsel?

**P5 UTFORDRENDE ATFERD SOM KOMMUNIKASJON:** Blir «utfordrende adferd» analysert for å finne hva som kan ligge bak?

**P6 Å VÆRE TALSMANN:** Hvordan ivaretar vi rettighetene til personen om hun gjør de andre på avdelingen utrygge?

### **ET STØTTENDE MILJØ**

Fellesskap er viktig i alle menneskers liv.

[S-indikatorer – Har vi et støttende sosialt miljø for personer med demens?](#)

**S1 FELLESSKAP:** Trekker vi personen med i samtaler slik at hun har fellesskap med de andre og med oss? Passer vi på at vi ikke snakker over hodet på henne?

**S2 RESPEKT:** Blir personen behandlet med respekt? Passer vi på at vi ikke overhører henne eller stempler henne som «dum» eller «vanskelig»?

**S3 VARME:** Opplever personen varme og omfavnelse? Ser det ut som hun har det bra eller ser det ut som om hun er utrygg uten at noen trøster henne?

**S4 VALIDERING:** Tar vi personens frykt på alvor eller blir hun overlatt til seg selv over lengre tid med tydelig tegn på at hun er redd?

**S5 TILRETTELEGGING:** Hjelper vi personen til å delta i egenomsorg og aktiviteter? Passer vi på at vi ikke behandler henne følelsesløst, som en ting?

**S6 Å DELTA I LIVET UTENFOR:** Er personen med på noe som skjer utenfor sykehjemmet? Kommer det folk fra det lokale miljøet på regelmessig besøk?

### **VERDIER**

Verdsetter personer med demens og oss som har omsorgen for dem. Er opptatt av de rettigheter og krav personen med demens har, og passer på at ingen blir behandlet dårlig fordi de glemmer og har problemer med å tenke.

[V-indikatorer – lever vi etter verdiene?](#)

**V1 VISJON:** Har arbeidsplassen en visjon med klar erklæring om personsentrert omsorg?

**V2 PERSONELLEDELSE:** Er det etablert systemer på arbeidsplassen som sikrer at vi føler oss verdsatt av arbeidsgiver?

**V3 LEDELSENS FORPLIKTELSE OG MOTTO:** Gir ledelsen oss ansvar og frihet på en slik måte at vi kan gjøre det som er best for personen?

**V4 UTVIKLING AV PRAKSIS:** Får vi muligheter til faglig utvikling og veiledning i personsentrert omsorg?

**V5 MILJØET:** Hvor godt tilrettelegger arbeidsplassen et fysisk og sosialt miljø som støtter personen med demens?

**V6 KVALITETSSIKRING:** Finnes det rutiner som sikrer kontinuerlig kvalitetsutvikling og ivaretar de behovene og interessene personen med demens har (s.56-58)?

De fire hovedelementene og indikatorene kan bli brukt som veiledende prinsipper for sykepleiere og helsefagarbeidere for å reflektere rundt deres samhandling med personer med demens. I Rokstads (2012) rapport *Bedre hverdag for personer med demens* skriver Mjørud om deres utprøving av VIPS – rammeverk for personsentrert omsorg. Denne utprøvingen ble ansett som en eksplorativ hypotese generende pilotstudie uten bruk av kontrollgrupper, og erfaringer fra refleksjonsgruppene i studien viste at VIPS rammeverk som grunnlag for å åpne refleksjoner, ble oppfattet som for lite konkret og dermed ble det ikke nyttig i praksis. De begynte derfor et arbeid med å utvikle VIPS praksismodell.

VIPS praksismodell (VPM) er en modell for å implementere Kitwoods (1997) personsentrerte omsorg for demente personer, som anvender Brookers VIPS rammeverk. VPM ble laget på bakgrunn av VIPS rammeverk, men er videreutviklet og tilpasset norske sykehjem. VPM kan brukes på institusjon og hjemmebaserte tjenester, og det er utviklet manualer for begge disse. Siden denne studien omhandler demente personer på skjermet avdeling vil det være naturlig å bruke manualen for institusjon (Røsvik & Mjørud, 2019) når VPM presenteres. VPM omhandler hele personalgruppen, slik at personsentrert omsorg blir en del av de daglige rutinene. For å bruke modellen må personalgruppen gjennom et to dagers kurs hvor det skal kurses om personsentrert omsorg, vips rammeverk, og VPM. Avdelingen skal etter endt kurs ha ukentlige fagmøter. Fagmøtet er et samlingspunkt hvor pleiere som har indirekte og direkte kontakt med demente personer i en gitt avdeling deltar. Dette er en arena for de ansatte til å drøfte situasjoner som oppleves utfordrende for pasienten, og sammen diskutere eventuelle tiltak som kan gjøre situasjonene mindre utfordrende. Røsvik & Mjørud (2019) beskriver fagmøtet som en viktig arena for kunnskapsdeling og å oppnå faglig kvalitet på arbeidet. Fagmøtet har en fast struktur der alle har faste roller. Det skal være minst en ressursperson (RP) på hver avdeling. Dette skal være en representant for den største gruppa arbeidstakere på avdelingen, og dette er da gjerne en helsefagarbeider. RP skal ifølge Røsvik & Mjørud (2019):

- Sette opp program for møtet sammen med avdelingssykepleier
- Sette seg inn i situasjonen som skal drøftes, sammen med avdelingssykepleier
- Innlede og lede fagmøtet
- Følge trinnene i møtestrukturen

- 
- Lede avsporinger tilbake til den konkrete situasjonen
  - Henvende seg til primærkontakten, stille spørsmål så primærkontaktens rolle i fagmøtet er tydelig
  - Holde tiden: Si hvor langt en kommer underveis, oppsummere og konkludere (s.60).

RP har en viktig rolle i fagmøtet, og det er viktig at denne personen har inngående kunnskaper om VPM. RP kan henvende seg til kursholdere for eventuelle spørsmål. RP deltar også på møter sammen med de andre som er RP og avdelingsledere på andre avdelinger på sykehjemmet. Her kan de utveksle erfaringer fra fagmøtene og lære av hverandre (Røsvik & Mjørud, 2019).

En annen viktig rolle er primærkontakten. I VPM er det avgjørende at alle beboere på avdelingen tildeles en primærkontakt. Dette skal være den personen som skal kjenne personen med demens best, og det innebærer også kunnskap om personens personlighet, verdier og vaner. Røsvik og Mjørud (2019) påpeker at det er viktig at personen med demens og primærkontakten bør komme godt overens og at de trives sammen, det bør etterstrebnes at dette vektlegges når det skal velges primærkontakt. Primærkontakten skal være stemmen til den demente personen i fagmøtet.

Fagmøtet er navet i VPM, og det er avgjørende at møtene har en fast struktur for at modellen skal fungere.

Strukturen for fagmøtet ser i følge Røsvik & Mjørud (2019) slik ut:

1. RP innleder og leder møtet
2. Primærkontakten redegjør for situasjonen som skal drøftes, ut fra perspektivet til personen med demens
3. De andre i personellgruppa forteller hvordan de har opplevd situasjonen
4. Vurdering av situasjonen i lys av indikatorene i VIPS rammeverk
5. Drøfting av tiltak
6. Primærkontakt redegjør: Hvorfor er dette viktig for personen med demens? Hvorfor gjør vi dette?
7. RP oppsummerer beslutninger, tidsramme for tiltak og evaluering
8. Dokumentasjon (s.59).

Gjennom å ha faste roller og følge en møtestruktur i fagmøte skal bearbeiding av utfordrende situasjoner bli enklere. Ved å presentere situasjonen ut fra pasientens perspektiv, vil det bli naturlig å finne tiltak rettet mot personen med demens, og vedkommendes behov og ønsker, ikke hva som gjør ting enklere for personellet.

#### **2.2.4 Forskning på VPM**

I all hovedsak er forskningen som er gjort på VPM utført i norsk sammenheng, siden dette er en norsk modell. Artikler som er skrevet om VPM dukker likevel opp i reviewer som omhandler personsentrert omsorg. Artikkelen til Rokstad et al. (2013), er en randomisert kontrollert studie der VPM ble brukt i implementering av personsentrert omsorg. Studien hadde til hensikt å undersøke om VPM var mer effektivt i å redusere utagering og andre nevropsykiatriske symptomer, enn kontrollgruppen som kun skulle undervises om demens. Resultatet viste reduksjon av nevropsykiatriske symptomer og depresjon hos pasienter med demens i gruppen som brukte VPM sammenlignet med kontrollgruppen som ikke brukte VPM.

Røsvik et al. (2013) skriver om den teoretiske bakgrunnen og utviklingen av begrepene personsentrert omsorg, VIPS rammeverk og VPM. Artikkelen fokuserer på barrierer i forbindelse med implementering av VPM. Funnene tilsier at det er vanskelig å se ting fra personen med demens sitt perspektiv. Det konkluderes med at det er et større behov for engasjerte ledere som kan legge til rette for implementering av VPM, samt legge til rette for veiledning og undervisning.

Artikkelen til Røsvik et al. (2011) er en pilotstudie og utprøving av VPM. Her trekkes mangelfullt kunnskapsgrunnlag om personsentrert omsorg både fra personell og ledelse frem som en barriere - det er vanskelig å bruke kunnskap en ikke har. Fagmøtet ses på som en god arena for å tilegne seg ny kunnskap, både gjennom diskusjon og at personell blir motivert til å tilegne seg ny kunnskap gjennom lett tilgjengelige kilder som for eksempel VIPS-manualen for institusjoner. Artikkelen viser at VPM krever få organisatoriske endringer og at modellen er lite ressurskrevende. Siste funn var at modellen fører til at personsentrert omsorg blir en del av den daglige omsorgen i sykehjemsavdelingen.

Rosvik et al. (2014) sin artikkel viste at VPM hadde spesielt god effekt i små avdelinger. Det var viktig at avdelingens størrelse var i samsvar med avdelingslederens evne til å fullføre oppgavene beskrevet i VPM (Rosvik et al., 2014).



---

VPM er en forholdsvis ny modell, og det er per i dag utført lite forskning på denne modellen. Kort oppsummert indikerer den forskningen som er tilgjengelig at VPM har en positiv effekt på nevropsykiatriske symptomer hos personer med demens, i tillegg til livskvalitet og reduksjon av depresjon (Rokstad et al., 2013). Videre er det vist til implementeringsproblematikk og hvordan implementering kan løses enklere (Rosvik et al., 2014; Røsvik et al., 2013; Røsvik et al., 2011). Røsvik beskriver i sin doktoravhandling at videre forskning på VPM «bør fokusere på hvordan personalet kan få økt kunnskap om nevropsykiatriske symptomer, mer innsikt i hvordan verden kan oppleve fra perspektivet til en person med demens, og hvordan personsentrert omsorg best kan innføres på ulike arenaer for demensomsorg» (Røsvik, 2013, s. 16). Rosvik et al. (2014) stiller spørsmålet om organisatoriske faktorer i en sykehjemsavdeling kan ha større påvirkning på implementering av VPM enn institusjonens faktorer. Videre skriver Rosvik et al. (2014) at siden det å verdsette personellet på en sykehjemsavdeling og ta hensyn til deres behov og behovene til beboerne er ett av hovedelementene i personsentrert omsorg, kan denne hypotesen brukes i implementering av personsentrert omsorg generelt. De anbefaler videre at denne hypotesen er aktuell for videre forskning.

Dette kan forstås som at det er implementeringsfaktorer de ønsker å undersøke mer. Hvilke faktorer har noe å si? Kan faktorer internt i en avdeling være av større betydning enn faktorer utenfor en avdeling?

Funnene i disse artiklene ble brukt i videreutvikling av modellen, og i artikkelen Røsvik et al. (2011) har de valgt å bruke et undervisningsprogram på tre timer for de som skulle bruke modellen, samt ekspertgrupper på modellen tvers av avdelingene på sykehjemmene som skulle diskutere utfordringer med bruk av den (Røsvik et al., 2011). Etter at denne artikkelen ble publisert har de gjort flere tilpassinger for å optimalisere VPM:

- Tre timers undervisningsprogram ble erstattet med et kursholderkurs der kursholder får to dagers undervisning. Disse skal så holde et to dagers basiskurs for de som har roller og funksjoner i VPM. Resten av personellet får tre timer med innføring i personsentrert omsorg og VPM (det er anbefalt at resten av personellgruppen også er med på basiskurs, og at de som ikke får deltatt kan få tre timer med innføring).
- Økt tilsyn, veiledning og støtte til personell med roller i VPM fra kursholder.
- Ekspertgruppen fjernes.

- Det er anbefalt at kursholder og/eller avdelingsleder er tilstede på de første fagmøtene for å hjelpe dem i gang, og at de som har roller og funksjoner får veiledning (Røsvik et al., 2011).

Forskningen som har blitt utført på VPM ble utført før disse endringene ble iverksatt, og vi vet derfor lite om hvilke barrierer og suksessfaktorer som oppleves ved implementering av modellen i dag. Hva har disse endringene gjort? Er det fortsatt de samme utfordringene når det gjelder implementering, eller har disse endringene ført til noen nye barrierer eller suksessfaktorer? Siden disse spørsmålene står ubesvart anses det derfor relevant å utføre denne masterstudien.

### **2.2.5 Avansert klinisk sykepleiers personsentrerte funksjon**

En avansert klinisk sykepleier (AKS) er «en autorisert sykepleier som har tilegnet seg kunnskaper på ekspertnivå, ferdigheter i kompleks beslutningstaking, samt klinisk kompetanse til en utvidet funksjon som utformes av konteksten og/eller autorisasjonskrav i det aktuelle land» (Fagerström, 2019a, s. 20).

Dette er altså en sykepleier med kunnskaper på ekspertnivå, og hvilke kunnskaper en slik sykepleier besitter varierer fra land til land, og institusjon til institusjon. I 2019 ble det laget en rapport i forbindelse med utviklingen av en nasjonal faglig retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie. Denne nevner ikke personsentrert omsorg spesifikt, men et av læringsutbyttene som er beskrevet er «kan bruke relevante metoder for involvering i beslutninger om pasientens egen helse og sykdom, vise forståelse for kompleksiteten i brukermedvirkning og kunne bidra til økt brukermedvirkning i tjenestene» (Helsedirektoratet, 2019b). Denne rapporten legger også opp til at studentene skal kunne ha valgfrie emner i semester fem, som da for eksempel kan være personsentrert omsorg. Før denne rapporten kom, var det noe ulikt utdanningsforløp fra institusjon til institusjon, og noen av fagene kunne variere. Høgskolen i Innlandet sin masterutdanning i avansert klinisk sykepleie har siden oppstart hatt personsentrert omsorg som et eget fag, og har lagt vekt på dette som en viktig del av utdanningen.

I studien til *The American Geriatrics Society Experts Panel on Person-centered care* (2016) skriver de om elementer som må være på plass for å realisere bruk av personsentrert omsorg. Her nevnes blant annet utdanning og trening for de som yter personsentrert omsorg, og når det passer seg, undervisning til personen og de som er av viktighet for personen. De påpeker

---

viktigheten av at alt av helsepersonell får opplæring i prinsippene om personsentrert omsorg og hvordan dette kan brukes. I samme artikkel påpeker de viktigheten av et miljø og en organisatorisk kultur som gir rom for opplæring av personsentrert omsorg til ansatte (American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care, 2016). Dette stemmer overens med forskning som viser at begrepet personsentrert omsorg misforstås, og at det blir brukt synonymt med individuell tilpasset omsorg, som kun er en del av personsentrert omsorg. Det kommer også frem at det er mangel på kunnskap og at personell savner opplæring eller undervisning (Oppert et al., 2018).

En AKS skal ha kompetanse på direkte klinisk praksis, veiledning og rådgivning av pasienter, pårørende og kollegaer, bidra til evidensbasert praksis, ledelse, samhandling og etisk beslutningskompetanse (Fagerström, 2019b; Henni et al., 2018). De skal også kunne se hele mennesket, situasjonen de står i og kompleksiteten i det, og ikke bare fokusere på sykdom og symptomer (Henni et al., 2018). En AKS skal ha personsentrerte kjerneverdier, som innebærer å ha respekt for personen, vedkommendes rett til selvbestemmelse, gjensidig respekt og forståelse (Fagerström, 2019c). Fagerström (2019b) beskriver coaching og veiledning som en viktig del av AKS sin kompetanse, noe som også stemmer overens med læringsutbyttene i rapporten til helsedirektoratet. Coaching betyr instruksjon og veiledning, men skal også ses i sammenheng med det å samarbeide, støtte, veilede og utvikle. AKS sin coaching defineres som «en kompleks og dynamisk mellommenneskelig prosess som er preget av samarbeid og et helhetlig perspektiv» (Fagerström, 2019b, s. 101). Dette innebærer coaching av pasienter, pårørende og kollegaer.

Det er ønskelig med større kompetanse ut i kommunene, og AKS anses som en del av løsningen. Helsedirektoratet gir blant annet ut lønnstilskudd for utdanning i avansert klinisk sykepleie, som kommuner kan søke om (Helsedirektoratet, 2019a). Om en AKS har avansert kompetanse innenfor personsentrert omsorg, kan disse være av stor betydning for kommunene rundt omkring i Norge.

## **3. Metode**

I dette kapitlet skal beskrivelser av fremgangsmåter for besvarelser av problemstillingen belyses, hvordan innhenting av data har foregått, hvilke data som er innhentet og analysen av disse. Valg av forskningsmetode avhenger av hva en er ute etter å finne (Kvale & Brinkmann, 2015).

### **3.1 Problemstilling og forskningsspørsmål**

#### **3.1.1 Problemstilling**

Hvilke suksessfaktorer og barrierer opplever helsefagarbeidere og sykepleiere ved innføring av VIPS-praksismodell?

#### **3.1.2 Forskningsspørsmål**

Hvilke opplevelser har helsearbeidere med å implementere personsentrert omsorg til personer med demens i kommunal helsetjeneste?

### **3.2 Hensikt**

Formålet med denne masterstudien var å se på hvilke suksessfaktorer og barrierer sykepleiere og helsefagarbeidere opplever ved implementering av VPM. Forskningen som har blitt gjort på VPM er utført i tidsperioden mellom 2011 og 2014, og denne forskningen har blitt brukt til å videreutvikle modellen til den den er i dag.

### **3.3 Design**

Forskningsdesign kan ses på som en overordnet plan for studien. Forskningsdesignet skal definere type studie som skal gjennomføres, og med det hvilke nøkkelkomponenter som inngår (Denscombe, 2010). Siden studien skal omhandle sykepleieres og helsefagarbeideres opplevelser, erfaringer og meninger, er en kvalitativ studie valgt (Malterud, 2012), da kvalitative studier bygger i hovedsak på teorier om menneskelig erfaring og fortolkning (Kvale & Brinkmann, 2015). Den kvalitative studien har et deskriptivt design med elementer av fortolkning i seg, som er en beskrivende undersøkelse hvor metoden er fokusgruppeintervjuer.

---

Målet med å bruke deskriptivt design er å få økt innsikt og forståelse (Kvale & Brinkmann, 2015).

### 3.4 Populasjon og utvalg

Informanter ble rekruttert fra egen jobbkommune som begrunnes med at jeg som masterstudent hadde et ønske om å utføre en studie som skulle komme min arbeidsplass til gode. Helsefagarbeidere og sykepleiere er inklusjonskriterier i denne studien, da begge profesjonene er viktige aktører i VPM. Begge profesjonene anses som likeverdige i bruk av modellen, og det vil derfor være viktig å få vite mer om opplevelsene til begge profesjonene. Siden studien omhandler VPM er det et inklusjonskriterie at informantene har gjennomført kurs i bruken av VPM. De skal også ha brukt modellen aktivt i minst tre måneder. Gjennom studien er det fokus på personsentrert omsorg til personer med demens, og det er derfor ønskelig at informantene jobber på en skjermet sykehjemsavdeling med demente personer.

Pleie- og omsorgsleder fikk en forespørsel om studien kunne gjennomføres i en aktuell kommune. Det ble deretter etablert kontakt med avdelingsleder for skjermet avdeling og lederne godkjente prosjektet skriftlig via mail. Informasjonsskriv (vedlegg 7.3) og informert samtykke (vedlegg 7.4) ble sendt til avdelingsleder som videresendte dette til aktuelle informanter. Avdelingsleder ble bedt om å dele informantene inn i to grupper, med sammensetninger som avdelingsleder mente var nødvendig for opprettelse av god diskusjon i fokusgruppeintervjuene. Det var planlagt å ha seks til åtte informanter i hver fokusgruppe. Ressurspersonene har ansvar for gjennomføring av fagmøtene sammen med avdelingleder. Ressurspersonene leder møtene, og er samtidig med på å velge ut hvilke situasjoner som skal tas opp på fagmøtet. De har derfor en sentral rolle i den daglige bruken av VPM, og det var derfor et ønske at ressurspersonene for VPM på avdelingen skulle delta på fokusgruppeintervjuene. Dette kan anses som et strategisk utvalg, siden informasjonssterke deltakere som best mulig kan belyse problemstillingen blir etterspurt (Malterud, 2012). Larsen (2017) beskriver viktigheten av at utvalget må sørge for at den kvalitative studien har en overføringsverdi. Utvalget i denne studien vil føre til at den kvalitative studien har en overføringsverdi, da det finnes mange skjermede sykehjemsavdelinger i Norge som bruker VPM som kan ha bruk for funnene, og funnene kan være relevant for nyetablering av VPM på norske sykehjem.

## 3.5 Datasamling

Da problemstillingen legger opp til å utforske på et fenomen som omhandler felles erfaringer og synspunkter i et miljø der mange mennesker samhandler anses fokusgruppeintervju dermed som en egnet metode (Malterud, 2012). Malterud (2012) beskriver fokusgruppeintervju som en rasjonell metode for innhenting av kvalitative data, og at en kan fremskaffe data gjennom gruppedynamiske prosesser som fører til deling av erfaringer og opplevelser.

Fokusgruppeintervjuene ble holdt på en egnet møteplass som var nøytral for alle partene som et ledd for å sørge for anonymitet i forbindelse med deltagelse på studien. Det ble gjennomført to fokusgrupper med tre forskjellige deltakere på hvert av intervjuene. Koronapandemien har ført til at flere av de som deltok på VPM-kurs, og i utgangspunktet var aktuell for fokusgruppeintervju, ikke var tilgjengelig. Dette begrunnes med at ansatte ble flyttet til andre avdelinger, da pleiepersonell måtte holde seg hjemme ved lette forkjølelsessymptomer. Dette førte til at flere av de aktuelle informantene ikke hadde fått brukt modellen i praksis, og dermed ble de utelatt fra intervjuprosessen. Det ble lagt til rette for at begge ressurspersonene fikk deltatt, og disse ble fordelt slik at en fikk innspill fra disse på begge fokusgruppene. På det første intervjuet ble det med en sekretær med erfaring med tanke på fokusgruppeintervju og avansert klinisk sykepleie. Sekretæren observerte intervjuet og kom med innspill når det måtte passe. Dette ble gjort for at en uerfaren intervjuer skulle ha noen å støtte seg på. Nettskjemadiktafon fra universitetet i Oslo ble brukt for å ta lydopptak av intervjuene.

I intervjuene ble det utarbeidet en intervjuguide (vedlegg 7.2). Intervjuguiden er utarbeidet i tett samarbeid med veileder og medstudenter i seminarer. Intervjuguiden baserer seg på eksiterende teori og empiri. Hensikten med en intervjuguide er å ha noe å lene seg på under intervjuene og at spørsmålene skal kunne gi svar på spørsmålet som stilles i problemstillingen. Intervjuguidens spørsmål tar utgangspunkt i erfaringer og opplevelser både før, i og etter implementering. Hva var det som opplevdes som positivt, og hva var utfordrende?

## 3.6 Forskerrolle

Forforståelse kan forstås som forskerens egne erfaringer som bringes inn i et forskningsprosjekt, bevisst og/eller ubevisst. I følge Malterud (2017) innebærer dette faglig perspektiv, teoretisk referanseramme, erfaringer, holdninger og verdier. Dette kan ha

---

betydning for hvordan forskningsprosessen, planleggingsfasen, innsamling av data og tolkning av dataene utføres.

Valg av tematikk ble tilfeldig valgt i slutten av første skoleår. Jeg var med på kursholderkurs i VPM, og hadde samtidig personsentrert omsorg som fag. Dette var begreper og metoder i helse- og omsorgstjenestene som jeg var forholdsvis ukjent med, noe som skapte økt interesse. Jeg hadde en forståelse om at min arbeidsplass ikke jobbet på denne måten, i hvert fall ikke systematisk, og derfor kom ideen om å gjennomføre et prosjekt hvor jeg kunne prøve å implementere dette på min arbeidsplass, og skrive masteroppgave om det. For meg har det hele tiden vært viktig at masteroppgaven min skal komme min arbeidsplass til nytte, siden de har lagt til rette for at jeg har kunnet tatt denne utdanningen. Det som ble noe utfordrende i starten var å skille mellom forskning og fagutvikling, men med god hjelp av veileder ble jeg tidlig peilet inn på riktig sti. Som masterstudent var jeg bevisst på min rolle i intervjuene. Jeg visste ikke om VPM hadde noen effekt, men var interessert i å se om dette kunne være en måte å implementere personsentrert omsorg på i denne aktuelle kommunen. Dette gjorde det enklere for meg å ha forskerrollen i intervjuene. Jeg har også bevisst holdt avstand i gjennomføringen av bruken av modellen i avdelingen for å kunne opprettholde forskerrollen i større grad.

Avdelingen som er informanter i prosjektet jobber i samme kommune som meg, men vi har ikke hatt direkte tilknytning til hverandre gjennom jobb, selv om har jeg kjennskap til avdelingen og personellet fra før. Det vil derfor være relevant å skrive om forskning på egen arbeidsplass.

Å forske på egen arbeidsplass reiser flere etiske utfordringer, blant annet frivillighet. Frivillighet må vektlegges i rekrutteringen da det kan oppleves som vanskelig å si nei til å delta i forskningsprosjektet da en av informantene har et profesjonelt forhold til forsker fra før. Rekrutteringen er derfor gjort etter NSD sine anbefalinger om rekruttering av personer fra egen arbeidsplass. Rekrutteringen er beskrevet nærmere i kapitlet om populasjon og utvalg (NSD, 2021).

I informasjonsskrivet opplyses det om at forskningen på ingen måte ville ha innvirkning på relasjonen mellom meg som forsker og informantene, og at det å trekke seg på ingen måte ville ha innvirkning (NSD, 2021).

Rollen som forsker og ansatt på arbeidsplassen må skilles, og også tydeliggjøres i intervjusammenheng. Det var jeg selv som hadde basiskurs i VPM for informantene, men jeg

har tatt en tydelig avstand når det gjelder gjennomføring av implementeringen for å sørge for at det ikke blir oppfattet som en dobbeltrolle, men bare som forsker når intervjuene skulle startes (NSD, 2021).

Taushetsplikt er vektlagt, både fra min side og fra informantene sin side (NSD, 2021).

### 3.7 Analyse av datamaterialet

Intervjuet ble transkribert umiddelbart etter gjennomføring for så å analysere dataene. Bourdieu et al. (1999) skriver at transkripsjon betyr «således å skrive, i betydningen omskrive. I likhet med overgangen fra skriftspråk til talespråk, som finner sted i teater, innfører overgangen fra talespråk til skriftspråk i forbindelse med forandringen i mediet unøyaktigheter som uten tvil er forutsetningen for sann nøyaktighet» (s.622). Ved å gjennomføre en analyse av kvalitative data, stiller en seg spørsmål om selve materialet, leser og organiserer dataene. Funnene vil på denne måten fremstilles på en systematisk, forståelig og relevant måte (Malterud, 2011). Jeg valgte å bruke kvalitativ innholdsanalyse av Graneheim og Lundman (2004) for å analysere de transkriberte intervjuene, og hadde en induktiv tilnærming til dataene fordi jeg ville tilnærme meg materialet uten å ha for mange ideer å teste. Kvalitativ innholdsanalyse kan forstås som en tolkningsprosess som fokuserer på likheter og ulikheter på de forskjellige delene av teksten (Graneheim & Lundman, 2004). Ved å bruke en kvalitativ innholdsanalyse av de transkriberte dataene styrkes muligheten for å skjerpe fokus på problemstillingen, og jeg fikk gjennom å lese teksten ord for ord ny innsikt, samt holdt jeg meg nær teksten (Graneheim & Lundman, 2004).

Kvalitativ innholdsanalyse består av at intervjueteksten leses gjennom flere ganger for å finne meningsbærende enheter som skal utgjøre grunnlaget for analysen. Graneheim og Lundman (2004) ser på meningsbærende enheter som ord, setninger eller avsnitt som inneholder aspekter relatert til hverandre gjennom deres innhold og kontekst. De meningsbærende enhetene ble så kondensert. Her er hensikten å forkorte tekst, men likevel beholde innholdet. De kondenserte meningsbærende enhetene ble så kodet. «The label of meaning unit» ses på som en kode. Ved å kode de meningsbærende enhetene kan en se på dataene på en annen måte. Koden kan være diskrete objekter, hendelser eller andre fenomener, og skal forstås i en relasjon til konteksten. Kodene skal så kategoriseres, og dette ses på som kjernefunksjonen i kvalitativ innholdsanalyse. En kategori består av en gruppe med innhold som deler fellestrekk, og



kategoriene skal kunne svare på spørsmålet «hva?». Kategoriene skal utgjøre det manifesterte innholdet i teksten (Graneheim & Lundeman, 2004).

Eksempel på analyse:

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet	Kode	Kategori
Masse gode samtaler, og kommer frem til så masse smart sammen på møtene ... fordi vi treffes og diskuterer flere ... istedenfor å sitte selv å vurdere, er dette et problem nå? Så nå diskuterer vi det heller før tiltaket blir opprettet.	Møtene gir rom for diskusjon som kan bidra til omforente løsninger.	Diskusjonene kan bidra til personalets omforente løsninger for personer med demens.	Diskusjoner og refleksjoner i fagmøtet.

### 3.8 Etske overveielser

Forskning skal forholde seg til etiske prinsipper og juridiske retningslinjer (Malterud, 2017). Dette kontrolleres gjennom en søknadsprosess til ulike instanser. Min studie er ikke søknadspliktig til regional etisk komite, men søknad til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) var nødvendig. Søknad til NSD ble sendt desember 2020. Informasjonsskriv, intervjuguide og samtykkeerklæring ble laget etter retningslinjer fra NSD og dette ble vedlagt søknaden. Søknaden (ref.nr 199566) ble godkjent i månedsskifte des.-jan og ligger ved som vedlegg nr 7.2.

Informanter ble rekrutert via avdelingslederen på avdelingen, som innebærer at jeg som forsker ikke hadde kontakt med informantene før intervjuene startet. All informasjon gikk fra meg til informantene via avdelingslederen. Informasjonsskriv (vedlegg 7.3) ble utlevert, og de som takket ja til å delta fikk tilsendt samtykkeerklæring (vedlegg 7.4) som de måtte signere. Informasjonsskriv sendes ut for å sørge for at potensielle informanter får tilstrekkelig med informasjon før de skal signere på samtykkeerklæring. I informasjonsskrivet vektlegges frivillighet og informantenes mulighet til å trekke seg når de måtte ønske det, uten at dette på noen måte ville ha konsekvenser for dem. Det er også informert om muligheten til innsyn i det de selv har sagt i intervju.

Gjennom å bruke Universitetet i Oslo sin krypterte innsamlingsmetode av data, Nettskjema, sørger en for at datamateriell er utilgjengelig for andre enn student og veileder. Datamaterialet ble gjennom transkripsjon anonymisert via koder, og ingen av sitatene skal være gjenkjennelig. Denne fremgangsmåten stemmer overens med retningslinjene for innsamling og datahåndtering, fra høgskolen i Innlandet. Studien er estimert å være ferdig juni 2021 hvorpå all data vil bli slettet.

Gjennom hele prosessen har anonymisering vært i fokus, da jeg som kjent forsker på kollegaer. Valg av nøytralt intervjulokale var også en del av dette. Informasjon om yrkesgruppe og alder på deltakerne er også skjult for å sørge for anonymitet, da avdelingen med informanter er liten og har få ansatte. Det samme gjelder hvilken kommune det er snakk om, samt kjønn.

---

## 4. Resultat

I dette kapittelet presenteres resultatene av analysen under overskriftene suksessfaktorer og barrierer. To kategorier viser suksessfaktorer og fire barrierer ved implementering av VPM. Disse er: diskusjoner og refleksjoner i fagmøtet, rolleidentitet, utilstrekkelig bemanning, manglende evaluering av tiltak, inntak av pasienter, skjev ansvarsfordeling. Resultatene deles inn i suksessfaktorer og barrierer for å sørge for struktur.

Ved å bruke sitater i presentasjon av resultater kan tematikken utdypes. Sitatene til deltagerne som presenteres kan være eksempler på beskrivelser som er gjeldende for deltakerne som helhet og kan utdype enkeltforklaringer som kan nyansere helheten (Malterud, 2017).

### 4.1 Suksessfaktorer

#### 4.1.1 Diskusjoner og refleksjoner i fagmøtet

Informantene som ble intervjuet hadde mye på hjertet når det kom til fagmøtet og anså dette som en møtearena for faglige diskusjoner. Disse diskusjonene brukes i hovedsak for å vurdere hvilke tiltak som kan iverksettes for personer med demens i den situasjonen de er i per i dag: «Masse gode samtaler, og kommer frem til så masse smart sammen på møtene ... fordi vi treffes flere og diskuterer flere, istedenfor å sitte selv å vurdere ... Nå diskuterer vi det heller før det blir opprettet». Erfaringene tilsier at disse diskusjonene kan føre til gode tiltak som øker bevissthet rundt personenes preferanser i opprettelse av dem.

Disse diskusjonene kan føre til omforente løsninger for personer med demens, fordi løsningene er funnet gjennom drøfting og refleksjon i fellesskap. Gjennom felles diskusjoner og refleksjoner i fagmøtet erfarer de at hele avdelingen dras mot en felles retning. Ved at alle får komme med sine innspill og tanker føler de tilhørighet til VPM, og gjennom denne tilhørigheten skapes lojalitet og legitimitet til tiltakene som opprettes. Informantene opplevde at hele personellgruppen tok fagmøtene og utfallene av fagmøtene seriøst, og at det som ble bestemt der var noe alle skulle forholde seg til: «... at en sammen bestemmer noe, som hele avdelingen er lojal til. Det har kanskje vært enklere etter vi begynte med dette. At en tidligere gikk å følte på at når en bestemte noe, så var ikke alle enige, så ble det ikke gjort...».

Strukturen i fagmøtene setter også krav til dokumentasjon i etterkant og informantene synes at dette endrer fokuset på dokumentasjon. Det som blir bestemt på fagmøtene dokumenteres og dette gjør det enklere for de som ikke har vært med på møtene å følge tråden. Informantene sier også at dette på en måte tvinger dem til å sette seg inn i det som er dokumentert, noe som oppleves positivt.

### **4.1.2 Rolleidentitet**

Informantene kommer fra en avdeling hvor de fra før er vant med å bruke primærrollefunksjoner, men de opplever at denne rollen har endret seg etter innføring av VPM. Rollen har blitt mer tydelig for de, og dette gjør det givende å ha en slik rolle. Ved at rollen har blitt mer tydelig og de har blitt gitt mer ansvar opplever de en økt trygghet i yrkesutførelsen sin. Når en av informantene fikk et spørsmål om økt yrkesidentitet og økt selvtillit svarte vedkommende «Ja, jeg synes det gjør det ... når jeg har møte om min pasient så er det artig å komme frem til noe, og skrive det inn i pleieplanen og kjenne på det ansvaret som jeg har for det da. For da skal jeg evaluere det igjen og ... så jeg synes det har styrket oss, også i rollen som primær». De er trygge på at alle primærkontakter har oversikt over sin pasient, og at de blir godt oppfulgt over tid. Dette frigir automatisk tid til hver enkelt for å kunne yte god omsorg og pleie til sin primærpasient.

## **4.2 Barrierer**

### **4.2.1 Utilstrekkelig bemanning**

I fagmøtet skal det være en primærkontakt, en ressursperson, en pleier og avdelingssykepleier på hvert møte. I avdelingen til informantene har de en grunnbemanning på tre personer både på dagtid og kveld. Dette oppleves som tilstrekkelig for å kunne drive det daglige arbeidet på avdelingen, men når det kommer til fagmøtet oppstår det ulike hindre: «det har vært litt utfordrende før møtene, å finne tid til primær, avdelingsleder og ressursperson ... det blir liksom så mange som måtte gå fra for å delta på disse møtene». De angir at det er vanskelig å sørge for at aktuelle møtedeltagere er tilgjengelige til samme tid. Det er utfordrende at ressurspersonen skal være på jobb samme tid som den primærkontakten som skal ta opp aktuell problematikk på møtene. Om det legges opp til at ressurspersonen, avdelingssykepleien, primærkontakten og en ekstra pleier skal delta på ett fagmøte er det ingen igjen til å være på avdelingen når de har dette møte.

---

## 4.2.2 Manglende evaluering av tiltak

Evaluering av tiltakene som iverksettes gjennom fagmøtene er en viktig del, dette skal løses med at det er evaluering enten 10-15 minutter før eller etter et fagmøte (hvor et nytt «problem» skal drøftes) startes. Dette oppleves som enda en organisatorisk utfordring for avdelingen, da enda flere aktører må være med på disse møtene. Da skal du i tillegg til ressurspersonen, avdelingssykepleien, primærkontakten og en ekstra pleier, ha med primærkontakten som skal være med på evaluering av tiltak. Dette blir enda en ekstra person som må inn i møte, når de allerede er for få. En av informantene sa at grunnen for at det var vanskelig å få gjennomført var «fordi da hadde vi måtte invitere den primærkontakten igjen, og da blir det så mange ... så det ble kjempevanskelig. Så jeg, på de problemene jeg hadde opprettet på mine pasienter, der har jeg selv evaluert ...»

Evaluering av tiltak har derfor blitt gjennomført av hver enkelt primærkontakt, og de angir at de savner å drøfte dette i fellesskap. Ved at det er organisatoriske utfordringer og at ansvaret blir satt på hver enkelt, blir ofte evalueringer kun tatt opp muntlig på rapporter, men ikke dokumentert tilstrekkelig ifølge informantene.

## 4.2.3 Inntak av personer

Organisatoriske barrierer i en avdeling er nevnt som utfordringer, men informantene nevner også en utfordring som går på institusjonsnivå. Inntak av personer til kommunale helsetjenester nevnes som en barriere. Når og hvor skal personene med demens få institusjonsplass? De opplever at personer med demens, som har behov for skjerming, ikke nødvendigvis får plass på deres avdeling innen rimelig tid. De har kun syv plasser, og disse er fylt opp til enhver tid. En informant sier «på skjermet avdeling skal vi jo aktivisere de og slik ... vi har jo ikke plass til slike ... vi har ikke nok rom, vi har bare et visst antall ... og de plassene er fylt opp av pleiepasienter egentlig». Personene med demens tildeles derfor korttidsopphold i påvente av plass på skjermet avdeling. Disse blir gjerne liggende der over en lengre periode, og er allerede svært pleietrengende når de først får plass hos dem.

## 4.2.4 Skjev ansvarsfordeling

Ansvarsfordelingen i modellen er godt formulert, med at primærkontaktene skal komme med utfordringer de opplever til ressurspersonen. Ressurspersonen skal ta med utfordringene som kommer videre til avdelingssykepleier hvor de sammen skal sette opp møter og bestemme hva

som skal tas opp. Ressurspersonen er den som skal lede fagmøtene. Informantene erfarer at det blir et stort ansvar på ressurspersonen. De sier at ressurspersonen må «mase» på personellet for at de skal komme med utfordringer som kan diskuteres på fagmøtene. De forteller også at primærkontakter som ikke er så trygg med dokumentasjon delegerer dette bort til ressurspersonen. Informant sier «... tror det er mye jobb på ressurspersonen ... maser litt på folk for å få problemer ... ofte hun som skriver inn også ser jeg, for det er mange som ikke har lyst til det». Ansvar for ressurspersonen sitter med kan derfor bidra til negative holdninger blant personellet. Manglende kontinuitet i ledelse er også nevnt som en barriere. De forteller om at koronapandemien har hatt betydning for tiden til avdelingssykepleier, og at det har vært bytte av avdelingssykepleier i implementeringsprosessen. Dette har ført til at det har vært uklart hvem det er som «drar lasset». De erfarer at dette har ført til en viss form for uro og usikkerhet i ansvaret for gjennomføringen. Informantene sier at de kunne tenke seg at noe av ansvaret for gjennomføring har vært lagt over på avdelingssykepleier, da vedkommende sitter med hele turnusen og at det kanskje hadde vært letter for avdelingssykepleieren å finne tidspunkt som kunne passet for alle.

---

## 5. Diskusjon

Denne masteroppgavens hensikt var å kartlegge opplevelsene til helsepersonell ved implementering av VPM. Denne studien hadde hovedfunn som besto av to suksessfaktorer: diskusjoner og refleksjoner i fagmøtet, samt rolleidentitet, og fire barrierer: utilstrekkelig bemanning, evaluering av tiltak, skjev ansvarsfordeling og inntak av personer. I diskusjonsdelen vil relevant forskning på VPM, personsentrert omsorg, øvrig teori og øvrig forskning inkluderes.

### 5.1 Suksessfaktorer

I likhet med studien til Røsvik et al. (2011) gir personellet i denne studien uttrykk for at diskusjonene og refleksjonene i fagmøtet gir omforente løsninger som de er lojale til. Røsvik et al. (2011) sin studie hadde til hensikt å utføre en evaluering av en modell som skulle bruke VIPS rammeverk og viste at bestemmelser som ble gjort i fagmøtet ble respektert og hadde legitimitet. I denne studien opplever informantene at forklaringen på opplevd legitimitet og lojalitet kan være at de sitter sammen og diskuterer, og finner løsninger sammen. Informantene opplever at alle får delta, og komme med innspill i fagmøtene. De opplever at dette fører til et større engasjement, økt tilhørighet til VPM som igjen bidrar til lojalitet ovenfor tiltakene som diskuteres og iverksettes i forbindelse med fagmøtene. Røsvik et al. (2011) viser midlertidig til funn hvor de fokuserer i større grad på at ved å ha fagmøter så er de nødvendige autoritetene på plass for å kunne ta bestemmelser rundt endringer i en avdeling, og at det på denne måten blir legitimitet til tiltakene som blir iverksatt. Et annet funn Røsvik et al. (2011) viser til er at strukturen i fagmøtet gjorde det enkelt å lære å bruke modellen, og dette gjorde at det som skulle skje var forutsigbart og med det enklere å komme til enighet, dette var også en av hovedfunnene til at legitimiteten til avgjørelsene ble styrket. Funnene om fagmøtet i denne studien kan også være like funnene i forskningen til Oppert et al. (2018) og Kloos et al. (2020) som vektlegger viktigheten av teamarbeid for implementering av personsentrert omsorg. Fagmøtet er noe alle skal delta på, og i denne studien føler alle en tilhørighet til det som blir gjort gjennom å bruke fagmøtet, noe som kan ses på som teamarbeid. Både denne studien og studien til Røsvik et al. (2011) har et kvalitativt design, og selv om studien til Røsvik et al. (2011) har som hensikt å studere bruken av modellen er intervjuguidene ganske like, og tar utgangspunkt i hva helsepersonell følte fungerte og ikke når de skulle implementere VPM, finner en ikke en god forklaring på hvorfor funnene er ulike.

Refleksjonene og diskusjonene i fagmøtet bidrar til at informantene i studien opplever en bevissthet rundt personen med demens, og dens preferanser, noe som ifølge Røvik et al. (2013) kan være vanskelig. Det oppleves som vanskelig å se ting fra perspektivet til personen med demens. Informantene i denne studien gir uttrykk for at strukturen på fagmøtet tvinger dem til å se ting fra personen med demens sitt ståsted, og at spesielt delen av fagmøtet hvor de skal tenke over om tiltaket som de har blitt enige om er noe personen med demens selv hadde satt pris på. Informantene beskriver at det er vanskelig å se ting fra perspektivet til personen med demens hele tiden, men at de har god hjelp fra ressurspersonen som peiler de på riktig spor om det skulle være nødvendig. Det å se situasjonene fra perspektivet til personene med demens anses som en kjernefunksjon i VPM og er en viktig del av personsentrert omsorg (Røsvik & Mjørud, 2019). Når en ser situasjonen fra personen med demens sitt perspektiv kan vi sørge for at handlingene våre er til det beste for personen med demens (Brooker, 2013). Gjennom å hele tiden være bevisst på hva personen med demens opplever, erfarer og tenker kan en legge til rette for at personen med demens skal få en så god hverdag som mulig på en skjermet sykehjemsavdeling. Informantene i denne studien gir uttrykk for at de er blitt mer bevisst på hvordan personen med demens opplever ting. Informantene har opplevd å stoppe opp i stellesituasjoner, fordi de har observert en reaksjon fra personen med demens, deretter tenkt seg om hvordan dette oppleves for vedkommende og justert det de skulle gjøre ut fra det. Dette kan være et viktig ledd for å unngå bruk av ondartet sosialpsykologi som kan for eksempel være når personen med demens blir truet, barnliggjort eller tvunget (Brooker, 2013). Brooker (2013) angir at ondartet sosialpsykologi er noe som bryter ned personen med demens sitt personverd, og at bruk av ondartet sosialpsykologi er godt kjent for alle som jobber i helse- og omsorgstjenestene, gjennom at pleiepersonell enten har gjort det selv eller observert andre gjøre det.

Informantene påpeker viktigheten av tanken på at det skal arrangeres fagmøte. Gjennom å tenke på at det skal arrangeres et fagmøte så blir de mer bevisst på å se etter utfordringer som de ønsker å ta opp på disse møtene. De har erfart at utfordringer som de før hadde sett på som «små» er viktig å diskutere og at å finne tiltak på disse «små» utfordringene kan ha stor effekt på hvordan personen med demens har det. Rokstad et al. (2013) sin randomiserte kontrollerte studie hadde som hensikt å undersøke om dementia care mapping eller VPM kunne være mer effektivt enn undervisning om demens for å redusere agitasjon og andre nevropsykiatriske symptomer. Resultatene viste at VPM hadde effekt på nevropsykiatriske symptomer hos personer med demens (Rokstad et al., 2013). Ved å ta tak i alle utfordringer, selv om de



---

oppleves som små, og gjøre det en kan for at personen med demens skal få det så bra som mulig på en norsk sykehjemsavdeling, vil nok personen med demens få en bedre hverdag. Resultatene fra denne studien sammen med andre studier på VPM (Rokstad et al., 2013; Rosvik et al., 2014; Røsvik, 2013; Røsvik et al., 2013; Røsvik et al., 2011) kan bidra til at en kan unngå at norske sykehjem yter utilstrekkelig omsorg som Malmedal (2014) beskriver som vanlig i norske sykehjem, gjennom å bruke personsentrert omsorg. Det som virker å være den største suksessfaktoren for implementeringen er fagmøtet, og diskusjonene og refleksjonene som medfølger.

Strukturen i fagmøtet legger også opp til at det skal dokumenteres i etterkant av hvert møte, og i denne studien opplever informantene at dette kan øke fokus på dokumentasjon. Informantene mener at de på en måte blir tvunget til å dokumentere i større grad, for tiltakene som blir bestemt i fagmøtet krever god dokumentasjon slik at tiltakene er mulige å evaluere. Ved å gjøre det på denne måten opplever informantene at det er enklere å se om hvilken effekt tiltakene har, og at det på denne måten gjør at alle de andre ansatte er inne på dokumentasjonssystemet for å lese oftere for å sette seg inn i de ulike situasjonene, noe de mener selv de er for dårlige på fra før, og informasjon oftest deles gjennom muntlig rapport. Johnsen et al. (2014) beskriver i sin artikkel at dokumentasjon i norske sykehjem fortsatt er mangelfull, det vil derfor anses som et viktig ledd at sykehjemsavdelinger øker fokuset på dokumentasjon i norske sykehjem. Røsvik et al. (2011) skriver at primærsykepleierens ansvar for gjennomføring av dokumentasjon gjorde informantene i deres studie mer reflektert og at de ble mer klar over effekten av tiltakene.

Den andre kategorien innenfor suksessfaktorer var rolleidentitet. Rolleidentitet beskrives ikke som en suksessfaktor i annen forskning, men i studiene til Røsvik et al. (2013; 2011) påpeker de viktigheten av rollen til avdelingssykepleier. I disse studiene kommer de frem til at avdelingssykepleierens deltagelse i prosessen er avgjørende for en vellykket implementering. De mener at avdelingssykepleierens autoritet er avgjørende for å skape legitimitet til modellen. I avdelinger hvor de hadde forsøkt å gjennomføre møter uten avdelingssykepleieren ble ansvarsfordelingen uklar, og de følte at de manglet riktig autoritet til å iverksette ulike tiltak. Rolleidentitet i denne studien fokuserer heller på de positive sidene ved å bli tildelt roller som for eksempel primærkontakt eller ressursperson. Avdelingen hvor informantene jobber på var kjent med primærkontaktrolle fra før, men de erfarte at det ble en endring i rollebeskrivelsen etter innføring av VPM. De beskrev at primærkontaktrollen de hadde før innføring, var mer formell og gikk i hovedsak ut på eventuell kontakt med pårørende, og at de følte på et stort

ansvar ovenfor alle personene med demens på avdelingen selv om de hadde primærkontaktrollen. Etter innføring ble det tydeligere for dem at de skulle være talspersonen for personen med demens som de var primærkontakt til. De følte at alle tok det ansvaret som medfulgte med strak arm, og at det på denne måten ble enklere å prioritere sin primær, da alle de andre også gjorde dette. De opplevde at det var deres ansvar å følge opp deres primær, og at de på denne måten ble mer inkludert i avgjørelser knyttet til helse- og omsorgstilbud som skulle ytes til vedkommende. Ved at de ble mer inkludert og fikk delta i bestemmelsesprosesser rundt personen med demens fikk de økt selvtillit, yrkesstolthet og ikke minst tilhørighet til VPM. Det følte bedre å gå hjem fra jobb, med tanken om at de hadde gjort noe bra for deres primær. Disse funnene har likhetstrekk med forskning som er gjort på personell som har utført personsentrert omsorg før også. Barbosa et al. (2015) og Røen et al. (2018) skriver om at helsepersonell som utfører personsentrert omsorg generelt er mer fornøyde med jobben sin.

## 5.2 Barrierer

Den første kategorien innenfor barrierer som ble funnet var utilstrekkelig bemanning. Resultatene fra denne studien viste at informantene opplever at de er godt bemannet til å utføre det daglige på avdelingen, men ikke til å gjennomføre VPM. Informantene opplever at gjennomføringsevnen av fagmøtene påvirkes av avdelingens størrelse. Avdelingen hvor informantene jobber er en skjermet avdeling med syv personer med demens med en grunnbemanning på tre ansatte både på dag og kveld. Om en skal kunne følge oppsettet til VPM skal en ressursperson, en pleier, en primær og avdelingsleder delta. Dette oppfattes som et minimum, og at det er åpent for at flere deltakere kan delta. Det sier seg selv at ikke alle tre som er på dagvakt kan dra på et fagmøte, og overlate alle personene med demens for seg selv. Dette resultatet, som er funnet i denne studien, beskrives ikke som en barriere i annen forskning. Rosvik et al. (2014) sine resultater viser at informantene har erfart at avdelinger med mindre antall senger har større effekt på nevropsykiatriske symptomer enn de større, men påpeker også viktigheten av at det er større bemanning enn minimumsnivå, altså at det finnes tid til å gjennomføre dette, men det er ikke det som oppleves som utfordrende for informantene i denne studien. Resultatene i Rosvik et al. (2014) sin studie rapporterer at avdelingslederen fungerer bedre i sin rollebeskrivelse i VPM desto mindre senger det er på avdelingene. Informantene erfarer at de har brukt mye tid og ressurser på å få de nødvendige personene tilgjengelige, og er avhengig av hjelp fra andre avdelinger om de skal kunne få gjennomført

---

fagmøtene. De angir også et savn av en strategi for gjennomføring når de har en slik grunnbemanning. I motsetningen til denne studien, viser resultatene fra Oppert et al. (2018) og Kloos et al. (2020) at tid til personsentrert omsorg er den største barrieren, noe som ikke kommer frem i denne studien. Informantene i denne studien beskriver at de har god tid til å gjennomføre bruken av modellen, noe som kan være et bekræftende utsagn med tanke på det som kommer frem i Røsvik et al. (2011) sin artikkel, at VPM er lite ressurskrevende. Problemet for avdelingen der informantene jobber er at det krever en del organisatoriske endringer, om de skal kunne være fire involverte på hvert fagmøte. Evaluering av tiltak oppleves også som en barriere og kan ses i sammenheng med funnene om utilstrekkelig bemanning. Evaluering av tiltak skal skje før eller etter et fagmøte, noe som innebærer behov for enda flere deltakere i fagmøtet. Nå må også primærkontakten som skal være med å evaluere også delta på det neste fagmøtet, og vi har kommet opp i et antall av minimum fem ansatte på disse møtene. Med tanke på diskusjonen over sier det seg selv at dette da er utfordrende i enda større grad. Evaluering av tiltakene som er iverksatt etter fagmøter i VPM er avgjørende for å finne ut om tiltakene har effekt eller ikke. Et eksempel på hva som kan drøftes på et fagmøte kan være at en person med demens kan slå rundt seg og bruke stygge ord i stell, personen har kanskje også mistet språket og dette gjør at det blir vanskelig for denne personen å forstå hva som skal skje, hun virker engstelig og redd.

En av pleierne har observert at personen var mindre engstelig og urolig om vedkommende får våkne av seg selv. Pleierne som deltar på fagmøtet blir derfor enige om å opprette et tiltak som går ut på at personen med demens skal få våkne av seg selv, uavhengig av hvor sent det blir. Dette tiltaket skal gjennomføres i tre uker, og evalueres da. Siden informantene i denne studien ikke har evaluert, kan situasjonen oppfattes ulikt ut fra hvem som har vært på arbeid. Tiltaket kunne hatt effekt syv av 10 dager, og kanskje vise seg som ett godt tiltak, men siden dette ikke er skrevet ned i dokumentasjonssystemet er de ikke sikre på hva som er riktig. Studier viser at ufullstendig dokumentasjon og unøyaktig dokumentasjon kan være til fare for personer som mottar helse- og omsorgstilbud, og at uriktige intervensjoner iverksettes ovenfor personene (Cheevakasemsook et al., 2006; Ehrenberg & Ehnfors, 2001). I denne studien oppgir informantene at de savner å evaluere tiltakene i fellesskap, og de mener at dokumentasjonen i forbindelse med evaluering av tiltak kunne blitt bedre om de hadde fått mulighet til å gjøre dette sammen.

Skjev ansvarsfordeling kan en etter egne erfaring oppleve når det gjelder det meste, det skal i praksis være godt gjort å implementere en modell for personsentrert omsorg uten at noen får

flere arbeidsoppgaver enn andre. Det som en må diskutere er om arbeidsbelastningen for enkelte roller i VPM kan bli for stor, i forhold til andre, og om oppgavene kunne vært fordelt annerledes. I denne studien kommer det frem at alle synes det blir et stort ansvar på ressurspersonen. De erfarer at det blir mye forarbeid før fagmøtene med å sørge for at de riktige personene får deltatt, og mye etterarbeid med tanke på dokumentasjon. Manglende kontinuitet på ledelsen for denne avdelingen kan være et svar på hvorfor det har blitt akkurat slik som dette, og i tillegg opplever informantene at det har vært en stor økning i arbeidsbelastning for avdelingssykepleierne etter koronapandemien inntraff Norge. Andre studier bekrefter viktigheten av avdelingssykepleierens deltakelse, ved å si at ledernes engasjement er avgjørende for en vellykket implementering av VPM (Røsvik et al., 2013). Siden avdelingssykepleier i dette tilfellet ble byttet ut midt i implementeringsprosessen og at arbeidsbelastningen ble økt grunnet koronapandemien kan en drøfte om dette er overførbart til andre avdelinger. Haukelien et al. (2015) konkluderer med at samhandlingsreformen innebærer en massiv ansvarsoverføring fra helseforetakene til kommunene, og med det økt arbeidsbelastning og ansvar for alle ledere i kommunal sektor. Dette kan jo være et eksempel på at tiden til en avdelingssykepleier ikke nødvendigvis strekker til uavhengig av koronapandemi eller ikke i en hektisk hverdag. Avdelingssykepleiere kan også bli syke eller må ut i fødselspermisjon, og dette gjelder alle sykehjemsavdelinger i Norge og en bør derfor se på hva en kan gjøre i disse situasjonene. Informantene i studien angir at begge avdelingssykepleierne de hadde i implementeringsprosessen var engasjerte og gjorde det de kunne for å legge til rette for avdelingen, men at de hadde et ønske om at avdelingssykepleieren som hadde turnusen tilgjengelig kunne være med i organisering og planleggingen av møtegjennomføring. Dette beskrives også i VIPS-manualen som et ansvar avdelingssykepleier har (Røsvik & Mjørud, 2019). Det som kunne vært en mulighet er om ressurspersonen hadde hatt tilgang til turnus, eventuelt samarbeidet med noen på avdelingen som er med i turnusarbeid, for å finne dager som kan passe for møtene. I studiene som er gjort på VPM før blir behov for kunnskap og kompetanse innenfor personsentrert omsorg og VPM trukket frem som en viktig barriere (Røsvik et al., 2013; Røsvik et al., 2011) og kan ses i sammenheng med skjev ansvarsfordeling i denne studien. Informantene angir at flere av de ansatte virker usikre og derfor delegerer bort oppgaver til ressurspersonen, som for eksempel dokumentasjon. Oppert et al. (2018) beskriver også at ansatte mangler kunnskap om personsentrert omsorg, og at de savner mer opplæring eller undervisning. Som beskrevet i bakgrunnen for studien, har de som har utviklet modellen gjort justeringer med tanke på dette. De har blant annet laget et kursholderkurs, så skal kursholderne holde grunnkurs i bruk av

---

modellen til de aktuelle avdelingene. Informantene i denne studien har vært gjennom denne prosessen, men det angis at de fortsatt er noe usikre. Hvordan kan en legge til rette for økt kompetanse- og kunnskapsutvikling etter kursene? Undervisning, utdanning og trening i personsentrert omsorg er avgjørende for å kunne bruke personsentrert omsorg på en måte som er forenelig med filosofien (American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care, 2016). En AKS, skal ha kompetanse på veiledning og undervisning av både kollegaer og personer med demens. AKSen skal kunne se hele mennesket, situasjonen de står i og kompleksiteten i det, og ikke bare fokusere på sykdom og symptomer (Henni et al., 2018). Dette beskriver også Kitwood (1997) som en avgjørende faktor for å kunne drive med personsentrert omsorg. Kitwood (1997) mente at personen med demens sin individuelle nevrologiske svikt, individuelle helseprofil, individuelle livshistorie og individuelle personlighet er tett forbundet med hverandre og at helsepersonell må se helheten når de jobber med personer med demens. Dette inngår i AKS sine personsentrerte kjerneverdier. Vi har da en AKS med personsentrerte kjerneverdier, kunnskap og kompetanse om og i personsentrert omsorg som også skal ha kompetanse på coaching og veiledning. Det har vært en økt satsing på utdanning av AKS i Norge, og at disse skal kunne være med å gi et kompetanseløft ute i norske kommuner (Helsedirektoratet, 2019b). Med tanke på hvilken kunnskap og kompetanse en AKS besitter, så kunne kanskje denne personen vært en rollemodell for implementering av personsentrert omsorg i norske kommuner og bidratt med undervisning, coaching og veiledning i personsentrert omsorg til alle kommunale ansatte som hadde hatt behov for det. En AKS kunne også vært en del av implementeringsprosessen av VPM og bidratt med kunnskap og kompetanse underveis som kan være nyttig for en videreutvikling og trygghet i utførelsen av personsentrert omsorg.

Den eneste barrieren som går på institusjonsnivå i denne studien var inntak av personer til helse- og omsorgstjenestene. Informantene i studien opplever at personer med demens får tildelt langtidsplass på sykehjem for sent, og at personene med demens er særdeles pleietrengende når de først får sykehjemsplassen. Dette reduseres pleiernes mulighet til å drive med aktiviteter sammen med personene med demens. Informantene oppgir at personene med demens rett og slett er for slitne, og vil heller være i fred. Gjevjon & Romøren (2010) skriver at mulighetene for å få permanent opphold i sykehjem kan ha blitt mindre i takt med myndighetenes satsing på pleie og omsorg utenfor institusjon. Sykehjemsplasser legges ned, og arbeidsbelastningen overflyttes fra institusjon til hjemmebasert omsorg, enten i eget hjem eller i omsorgsboliger. Folkehelseinstituttet (2014) angir at forekomsten av demens vil bli

tilnærmet doblet fra 2015 til 2050 noe som kan by på utfordringer. Engedal & Haugen (2009) skriver at personer med demens kan klare seg på egenhånd de første årene med sykdommen, men at de etter en periode på 10 til 15 år er avhengige av døgnkontinuerlig omsorg.

Vi vil med det få en dobling av personer med demens, som etter en periode har behov for døgnkontinuerlig omsorg. Satsningsområdet ligger i hovedsak på døgnbemannede omsorgsboliger, som skal betjenes av hjemmebaserte tjenester (Gjevjon & Romøren, 2010). Dette er et ledd som mangler i helse- og omsorgstjenestene til informantene, noe som kan forklare en slags form for opphopning av personer med demens og at informantene opplever at de får tildelt sykehjemsplass for sent. Det kan være at flere av personene med langtidsplass ikke har behov for skjerming, og at disse kunne vært plassert i en døgnbemannet omsorgsbolig. Siden mye av helse- og omsorgstjenestene skal ytes enten i hjemmet eller i omsorgsboliger, og du vil kunne møte mange personer med demens der bør en kanskje se på hvordan personsentrert omsorg og VPM kan ytes der. Røsvik & Mjørud (2019) har laget en VIPS-manual som er tilpasset for tjenester i hjemmet. I midlertidig finnes det per i dag, som jeg vet, ingen forskning på hvilken effekt VPM har i hjemmebaserte tjenester og hvilke suksessfaktorer og barrierer en kan oppleve ved implementering av VPM for hjemmebaserte tjenester.

## 5.3 Diskusjon av studiens begrensinger, studiens validitet og reliabilitet

I dette kapitlet belyses valg som har blitt tatt i studiens prosesser, og på hvilken måte disse valgene kan ha påvirket studien positivt eller negativt.

### 5.3.1 Validitet

Validering er å stille spørsmål om kunnskapens gyldighet. Kvale og Brinkmann (2015) beskriver validering som en del av hele forskningsprosessen, og at den ikke hører til en spesiell undersøkelsesfase. Validering består av syv faser, tematisering, planlegging, intervjuing, transkribering, analysing, validering, rapportering og sier at dette er validitetsaspektet gjennom en hel intervjuundersøkelse. I denne studien har jeg brukt tid til refleksjon i alle ledd av forskningsprosessen og hele tiden stilt spørsmål ved valgene jeg selv har valgt.

---

Jeg valgte å utføre studien i min egen jobbkommune. Valget om å utføre studien i egen arbeidskommune ble begrunnet med at det var ønskelig å gjøre en studie som skulle komme min jobbkommune til nytte. Dette valget er naturligvis med på å redusere validiteten i studien, men jeg har gjennom hele prosessen vært bevisst på å skille rollene som ansatt i kommunen og masterstudent. Jeg har gått gjennom litteratur som omhandler forskning på kollegaer og forskning i egen kommune, og satt meg inn i NSD sine råd med tanke på dette. Ved at jeg gjennom hele prosessen har vært bevisst på valget jeg har gjort, og hvilke «farer» dette innebærer, føler jeg at jeg har vært på tå hev, og beholdt forskerrollen i den grad det er mulig. For å være på den sikre siden valgte jeg å ta med en AKS som ikke hadde tilknytning til den aktuelle kommunen under det første intervjuet for å sørge for at jeg klarte å skille rollene mine. Avdelingen som informantene kommer fra er en annen avdeling enn den jeg jobber til på vanlig, og jeg hadde ingen kjennskap til deres måte å jobbe på før intervjuene skulle gjennomføres. Kjennskapen til informantene var gjennom at vi jobber på samme hus, og at vi har møttes før. Valget med å forske i egen jobbkommune ble enda mer aktuelt når koronapandemien kom, da både reising innenlands og rekruttering av informanter ble utfordrende.

I utgangspunktet var det ønskelig med seks til åtte informanter under fokusgruppeintervjuene. Dette skulle vise seg å bli vanskelig, også på grunn av koronapandemien. Koronapandemien har satt strenge krav til at vi skal holde oss hjemme om vi har lette symptomer, og dette har ført til organisatoriske utfordringer for den aktuelle kommunen. Flere av de ansatte som hadde vært på kurs i VPM og skulle bruke dette, har blitt flyttet til andre avdelinger for å få sykehjemmet til å gå rundt. I tillegg ble det frafall på intervjudagene grunnet sykdom. Jeg erkjenner at få deltakere kan være begrensende (Malterud, 2017). På grunn av dette ble det utført to fokusgruppeintervjuer med tre deltakere på hver. Jeg spurte derfor avdelingsleder om det var mulig å dele informantene inn i to grupper, med sammensetninger som avdelingsleder mente var nødvendig for opprettelse av god diskusjon i fokusgruppeintervjuene. Dette kan anses som et strategisk utvalg, siden informasjonssterke deltakere som best mulig kan belyse problemstillingen, blir etterspurt (Malterud, 2012). På denne måten sørget jeg for at begge intervjuene skulle få så godt innhold som mulig.

Det å ha informanter i forskjellige kommuner hadde gjort at studien hadde hatt større grad av validitet. Siden studien skulle omhandle implementering av VPM, hadde det vært nødvendig å dra til en annen kommune og overholde kurs der også, noe som hadde gjort omfanget på oppgaven mye større, men også vanskelig på grunn av koronapandemien. Kurset krever fysisk

oppmøte. Selv om informantene jobber på samme avdeling, har de hatt ulike roller i implementeringen av VPM, som for eksempel ressursperson, primærkontakt og pleier. Dette ga mulighet for en bredere forståelse av hvordan implementering av VPM oppleves.

Analysen av datamaterialet ble gjort i tett samarbeid med veileder, og vi unnlot å se etter det latente innholdet analysen. Ved å se etter det manifeste, er rommet for tolkning av materialet mindre.

Det er lite forskning utført på VPM, og ingen forskning etter videreutvikling av modellen. Funnene i denne studien har elementer som er funnet i internasjonale studier om personsentrert omsorg og nasjonale studier på VPM, noe som bekrefter validitet i dette studiet.

### **5.3.2 Reliabilitet**

Studiens reliabilitet handler om forskningsresultatenes konsistens og troverdighet (Kvale & Brinkmann, 2015). Denne studiens problemstilling legger opp til å studere helsearbeideres opplevelser og erfaring noe som samsvarer godt med valget av kvalitativ metode. Kvalitativ metode egner seg godt ved utforskning av meninger og opplevelser (Malterud, 2011). Når det gjelder valg av datainnsamlingsmetode, så ble fokusgrupper valgt. Valg av datainnsamlingsmetode samsvarer med metodens hensikt da denne metoden legger opp til utvikling av kunnskap preget av mangfold og nyanser, og at en kan fremskaffe data gjennom gruppedynamiske prosesser som fører til deling av erfaringer og opplevelser (Malterud, 2012). Studiens reliabilitet sier noe om at resultatene i studien kan reproduseres av andre forskere i en tilsvarende kontekst, på et annet tidspunkt og gi samme svar (Kvale & Brinkmann, 2015). Bearbeiding av intervjuguiden var en viktig del med tanke på studiens reliabilitet. Denne ble diskutert under mange seminarer og veiledninger med veileder og medstudenter. Intervjuguiden ble mange ganger endret på, slik at en var helt sikker på at spørsmålene i intervjuguiden var i samsvar med studiens hensikt og at svarene svarte på det som var ønskelig.

Inklusjonskriterier er viktig med tanke på troverdigheten. Inklusjonskriteriene tok utgangspunkt i at både sykepleiere og helsefagarbeidere kunne delta, dette var viktig fordi begge profesjonene er med å bruke VPM i praksis. Det var også viktig at alle informantene hadde gjennomgått kurs i VPM, og at de hadde brukt denne aktivt i tre måneder. På denne måten sikret jeg meg informanter som hadde kunnskap om VPM og erfaring i implementering. Før intervjuprosessen satte jeg meg inn i hvordan et kvalitativt forskningsintervju skulle utføres gjennom å lese relevant litteratur (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2012, 2017).



---

I selve intervjuene var jeg derfor oppmerksom på hvordan min verbale og nonverbale respons på informantenes utsagn kunne påvirke svarene. Planen var å la informantene snakke mest mulig, og at jeg som moderator skulle stille så åpne spørsmål som mulig. Ved flere anledninger gjentok jeg det som ble fortalt i korte trekk slik at vi skulle unngå uklårheter. Informantene ble gjort klar over min forståelse og på denne måten følte jeg at rollene i intervjuene var klare. Informantene var klare over at jeg ikke var ute etter spesifikke svar, og at jeg ikke hadde et ønske om at modellen skulle fungerer eller ikke, men at jeg heller var ute etter deres opplevelser ved implementering av VPM. Derfor tror jeg at min kjennskap til informantene kan ha bidratt til at det ble en naturlig kontekst, og at samtalen gikk naturlig og likeverdig, og at det på denne måten bidro til gode data. En må selv om undre seg om min rolle som kollega kan ha hatt betydning for svarene i negativ retning også. Min personlige motivasjon for å gjennomføre studien kan ha vært av betydning, ubevisst, og også avdelingens motivasjon gjennom deltakelse kan ha vært påvirket gjennom kjennskap til meg. Gjennom rekrutteringsprosessen ble dette vektlagt da jeg som student kun hadde kontakt med avdelingssykepleier, og at det var hun som hadde ansvar for selve rekrutteringen. Avdelingssykepleier ble bevisst utelatt intervjuprosessen fordi dette kunne påvirke svarene til informantene, da avdelingssykepleier kanskje hadde et ønske om at modellen skulle ha en viss effekt. Dette ble gjort selv om avdelingssykepleierens syn på implementeringen hadde vært relevant.

Når det gjelder om studien kan reproduseres av andre forskere i en tilsvarende kontekst, på et annet tidspunkt og gi samme svar må dette drøftes. Med tanke på at jeg var ute etter det manifeste i analysen, utgjør det en større sannsynlighet for at andre kan få de samme dataene. Da rom for tolkning av datamaterialet ikke inngår. Når det gjelder hvilke faktorer som kan hemme dette må koronapandemien nevnes. Denne kan ha hatt innvirkning på avdelingssykepleierens mulighet til å delta på implementeringen. Samtidig hadde jeg nok hatt flere informanter, også i andre kommuner om pandemien ikke kom. For å komme frem til de samme dataene er det nok avgjørende at det anskaffes informanter som er forenelig med kommunens størrelse. Blant resultatene ser en jo at bemanning på avdelingen er av betydning. Hadde denne studien vært utført på en større avdeling, i en større kommune, så hadde kanskje tid heller vært en utfordring kontra bemanning i en liten avdeling.

Gjennom seminarer og veiledning med medstudenter og veiledere har jeg mottatt konstruktiv kritikk, som har vært til stor hjelp med tanke på validiteten og reliabiliteten på oppgaven, og da spesielt med tanke på forskjellene mellom fagutvikling og forskning.

### 5.3.3 Implikasjoner for praksis

Denne studien, sammen med andre studier utført på VPM (Rosvik et al., 2014; Røsvik et al., 2013; Røsvik et al., 2011) viser at modellen kan bidra til implementering av personsentrert omsorg i norske sykehjem. Det er i midlertidig noen barrierer som en må ta hensyn til. Overførbarheten i denne studien kan være noe redusert på grunn av studiens omfang, da denne studien kun er utført på en sykehjemsavdeling. I tillegg er avdelingens størrelse av betydning for overførbarheten og noen av funnene i denne studien er ikke overførbare til store skjermede avdelinger da disse i utgangspunktet har et større bemanningsgrunnlag. Selv om studien er utført på en liten avdeling, med få pasienter, vil funnene om «refleksjoner og diskusjoner i fagmøtet» og «rolleidentitet» være overførbart. Dette kan begrunnes med at faktorer som avdelingens størrelse og avdelingssykepleierens deltakelse i prosessen kan være av minimal betydning. Funnene om barrieren «inntak av personer» kan være overførbart til små kommuner som ikke har brukt betydelig med ressurser på døgnbemannede omsorgsboliger, da det kun er denne faktoren som er drøftet i oppgaven. Funnene i denne studien har noen likheter med andre studier, noe som styrker overførbarheten. Studien kan derfor være av nytte til sykehjemsavdelinger som leter etter måter å implementere personsentrert omsorg på, og vurderer å benytte seg av VPM.

### 5.3.4 Forslag til videre forskning

I denne studien finner en mulige suksessfaktorer og barrierer ved implementering av VPM på en skjermet sykehjemsavdeling. Denne studien tar utgangspunkt i hvordan helsearbeidere opplever og erfarer implementeringen av VPM, så vi vet fortsatt lite om avdelingssykepleierens opplevelser og erfaring med implementering av VPM. Hvilke barrierer og suksessfaktorer erfarer avdelingssykepleieren, er det forskjell på hvordan de opplever implementering enn de de ansatte på gulvet?

Flere studier viser hvordan personsentrert omsorg påvirker personellet som jobber med det (Barbosa et al., 2015; Blake et al., 2020; Brownie & Nancarrow, 2013; Røen et al., 2018). I denne studien kan det være tegn på at VPM gir økt yrkes stolthet og selvtillit, men siden denne studien og ingen andre har fokuset på hvordan VPM påvirker de som yter modellen kan dette være en hypotese for videre forskning.

---

## 6. Konklusjon

Denne kvalitative studien viser suksessfaktorer og barrierer som kan være fremtredende ved implementering av VPM. Suksessfaktorene i denne studien er diskusjoner og refleksjoner i fagmøtet og rolleidentitet. Diskusjoner og refleksjoner i fagmøtet kan føre til en økt tilhørighet til VPM, økt lojalitet til tiltak, økt fokus på dokumentasjon og økt bevissthet for personen med demens sine preferanser. Rolleidentitet viser fordelene ved å bli tildelt de ulike rollene i VPM. Dette kan ha ført til at informantene har fått bedre selvtillit og yrkesstolthet. Informantene føler seg trygge på at hver person med demens på avdelingen får den omsorgen de har krav på.

Barrierene var utilstrekkelig bemanning, manglende evaluering av tiltak, skjev ansvarfordeling og inntak av personer. Utilstrekkelig bemanning tar utgangspunkt i for lav grunnbemanning til å kunne få gjennomført VPM, ikke på grunn av tid, men på grunn av for lite ansatte på jobb som kan dra fra avdelingen å delta på fagmøtet. Studien viser at fokuset på evaluering av tiltak kan bli prioritert bort, dette forklares også med for lav grunnbemanning. Skjev ansvarsfordeling munner ut i informantenes opplevelser om at det blir for stort ansvar på ressurspersonen, og at det blir for mange arbeidsoppgaver på vedkommende. Dette kan forklares med manglende kunnskap og trygghet i bruk av modellen, og her drøftes mulighetene for om en AKS kunne bidratt til å sikre ytterligere kunnskap og kompetanse ute i kommunene med tanke på utførelse av personsentrert omsorg. Barrieren inntak av personer relateres i denne studien til kommunens sykehjemsplasser sammenlignet med mulighetene for personer med demens å bo i døgnbemannede omsorgsboliger.

Denne studien kan gi en indikasjon på hvordan det er å implementere VPM på en sykehjemsavdeling i Norge, og kan gi andre sykehjemsavdelinger noen hint om hvilke suksessfaktorer og barrierer som kan oppstå ved implementering.

## Litteraturliste

- Abdelhadi, N. & Drach-Zahavy, A. (2012). Promoting patient care: work engagement as a mediator between ward service climate and patient-centred care. *Journal of advanced nursing*, 68(6), 1276-1287.
- American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care. (2016). Person-centered care: A definition and essential elements. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(1), 15-18.
- Barbosa, A., Sousa, L., Nolan, M. & Figueiredo, D. (2015). Effects of person-centered care approaches to dementia care on staff: a systematic review. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®*, 30(8), 713-722.
- Bergh, S. & Selbæk, G. (2012). The prevalence and the course of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia. *Norsk Epidemiologi*, 22(2).
- Bjørkløf, G. H., Helvik, A.-S., Ibsen, T. L., Telenius, E. W., Grov, E. K. & Eriksen, S. (2019). Balancing the struggle to live with dementia: a systematic meta-synthesis of coping. *BMC geriatrics*, 19(1), 1-24.
- Blake, D., Berry, K. & Brown, L. J. (2020). A systematic review of the impact of person-centred care interventions on the behaviour of staff working in dementia care. *Journal of advanced nursing*, 76(2), 426-444.
- Bourdieu, P. & Ferguson, P. P. (1999). *The Weight of the World : social suffering in contemporary society*. Polity Press.
- Brooker, D. (2004). What is person-centred care in dementia? *Reviews in clinical gerontology*, 13(3), 215-222.
- Brooker, D. (2007). *Person-centred dementia care : making services better*. Jessica Kingsley.
- Brooker, D. (2013). *Personsentrert demensomsorg : veien til bedre tjenester*. Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse Forl. Aldring og helse.
- Brownie, S. & Nancarrow, S. (2013). Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review. *Clinical interventions in aging*, 8, 1.
- Bryden, C. (2005). *Dancing with Dementia: My Story of Living Positively with Dementia*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Cheevakasemsook, A., Chapman, Y., Francis, K. & Davies, C. (2006). The study of nursing documentation complexities. *International journal of nursing practice*, 12(6), 366-374.

- 
- Denscombe, M. (2010). *Ground rules for social research : guidelines for good practice* (2nd ed. utg.). Open University Press.
- Ehrenberg, A. & Ehnfors, M. (2001). The accuracy of patient records in Swedish nursing homes: congruence of record content and nurses' and patients' descriptions. *Scandinavian journal of caring sciences*, 15(4), 303-310.
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner : samhandling, konfliktløsning, etikk*. Gyldendal akademisk.
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2009). *Demens : fakta og utfordringer : en lærebok* (5. utg.). Aldring og helse.
- Fagerström, L. (2019a). Hva er avansert klinisk sykepleie? I L. Fagerström (Red.), *Avansert klinisk sykepleie*. Gyldendal Akademisk.
- Fagerström, L. (2019b). Sentrale kompetanseområder i avansert klinisk sykepleie. I L. Fagerström (Red.), *Avansert klinisk sykepleie*. Gyldendal Akademisk.
- Fagerström, L. (2019c). Sykepleievitenskapelige perspektiver for avansert klinisk sykepleie. I L. Fagerström (Red.), *Avansert klinisk sykepleie*. Gyldendal Akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2014, 10.12.19). *Demens*. Folkehelseinstituttet. Hentet 13.01.2021 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- Fossey, J., Ballard, C., Juszczak, E., James, I., Alder, N., Jacoby, R. & Howard, R. (2006). Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial. *Bmj*, 332(7544), 756-761.
- Gjevjon, E. R. & Romøren, T. I. (2010). *Vedtak om sykehjemsplass–hvor høye er tersklene?* (Høgskolen i Gjøviks rapportserie, 2010 nr. 10). [https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/144272/elektronisk\\_versjon\\_rapport10\\_2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/144272/elektronisk_versjon_rapport10_2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112.
- Haukelien, H., Vike, H. & Vardheim, I. (2015). *Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse-og omsorgstjenestene: Sykepleieres erfaringer* (TF-rapport ; 362). <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2486637>
- Helsedirektoratet. (2019a, 24.08.2020). *Lønnstilskudd for utdanning i avansert klinisk sykepleie*. Helsedirektoratet. Hentet 13.01.2021 fra

<https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/lonnstilskudd-for-masterutdanning-i-avansert-klinisk-sykepleie>

- Helsedirektoratet. (2019b). *Masterutdanning i avansert klinisk almennsykepleie; Bakgrunnsdokument for Helsedirektoratets arbeid med masterutdanningen* (IS-2822). [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/masterutdanning-i-avansert-klinisk-allmennsykepleie-bakgrunnsdokument-for-helsedirektoratets-arbeid-med-masterutdanningen/IS-2822\\_Bakgrunnsdokument%20for%20Helsedirektoratets%20arbeid%20med%20masterutdanning%20i%20avansert%20klinisk%20allmennsykepleie.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/masterutdanning-i-avansert-klinisk-allmennsykepleie-bakgrunnsdokument-for-helsedirektoratets-arbeid-med-masterutdanningen/IS-2822_Bakgrunnsdokument%20for%20Helsedirektoratets%20arbeid%20med%20masterutdanning%20i%20avansert%20klinisk%20allmennsykepleie.pdf)
- Henni, S. H., Kirkevold, M., Antypas, K. & Foss, C. (2018). The role of advanced geriatric nurses in Norway: A descriptive exploratory study. *Int J Older People Nurs*, 13(3), e12188-n/a. <https://doi.org/10.1111/opn.12188>
- Johnsen, K. F., Ehrenberg, A. & Fossum, M. (2014). Dokumentasjon av sykepleie i sykehjem: En vurdering av innhold og kvalitet på sykepleiedokumentasjonen og vurdering av reliabiliteten til instrumentet N-Catch. *Nordic journal of nursing research*, 34(2), 27-32. <https://doi.org/10.1177/010740831403400206>
- Kim, S. K. & Park, M. (2017). Effectiveness of person-centered care on people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Clinical interventions in aging*, 12, 381.
- Kirkevold, Ø. & Engedal, K. (2006). The quality of care in Norwegian nursing homes. *Scandinavian journal of caring sciences*, 20(2), 177-183.
- Kitwood, T. (1999). *En revurdering af demens : personen kommer i første række*. Dafolo.
- Kitwood, T. M. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Open university press.
- Kloos, N., Drossaert, C. H., Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T. & Westerhof, G. J. (2020). Exploring facilitators and barriers to using a person centered care intervention in a nursing home setting. *Geriatric Nursing*, 41(6), 730-739.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (FOR-2003-06-27-792)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>

- 
- Larsen, A. K. (2017). *En enklere metode : veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode* (2. utg.). Fagbokforl.
- Malmedal, W., Hammervold, R. & Saveman, B.-I. (2014). The dark side of Norwegian nursing homes: factors influencing inadequate care. *The Journal of Adult Protection*, 16(3), 133.
- Malmedal, W., Ingebrigtsen, O. & Saveman, B. I. (2009). Inadequate care in Norwegian nursing homes—as reported by nursing staff. *Scandinavian journal of caring sciences*, 23(2), 231-242.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg.). Universitetsforl.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforl.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforl.
- Mjørud, M., Engedal, K., Røsvik, J. & Kirkevold, M. (2017). Living with dementia in a nursing home, as described by persons with dementia: a phenomenological hermeneutic study. *BMC health services research*, 17(1), 1-9.
- NSD. (2021). *Forske på egen arbeidsplass*, . NSD. Hentet 25.03 fra <https://www.nsd.no/personverntjenester/oppslagsverk-for-personvern-i-forskning/forske-pa-egen-arbeidsplass/>
- Oppert, M. L., O'Keeffe, V. J. & Duong, D. (2018). Knowledge, facilitators and barriers to the practice of person-centred care in aged care workers: a qualitative study. *Geriatric Nursing*, 39(6), 683-688.
- Rokstad, A. M. M. (2012). *Bedre hverdag for personer med demens* (ISBN 978-82-8061-188-8). Aldring og helse.
- Rokstad, A. M. M. (2014). *Se hvem jeg er! : personsentrert omsorg ved demens*. Universitetsforl.
- Rokstad, A. M. M., Røsvik, J., Kirkevold, Ø., Selbaek, G., Benth, J. S. & Engedal, K. (2013). The effect of person-centred dementia care to prevent agitation and other neuropsychiatric symptoms and enhance quality of life in nursing home patients: a 10-month randomized controlled trial. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 36(5-6), 340-353.
- Rosvik, J., Engedal, K. & Kirkevold, Ø. (2014). Factors to make the VIPS practice model more effective in the treatment of neuropsychiatric symptoms in nursing home

- residents with dementia. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 37(5-6), 335-346.
- Røen, I., Kirkevold, Ø., Testad, I., Selbæk, G., Engedal, K. & Bergh, S. (2018). Person-centered care in Norwegian nursing homes and its relation to organizational factors and staff characteristics: a cross-sectional survey. *International psychogeriatrics*, 30(9), 1279-1290.
- Røen, I., Selbæk, G., Kirkevold, Ø., Engedal, K., Testad, I. & Bergh, S. (2017). Resource Use and Disease Course in dementia-Nursing Home (REDIC-NH), a longitudinal cohort study; design and patient characteristics at admission to Norwegian nursing homes. *BMC health services research*, 17(1), 365.
- Røsvik, J. (2013). *Development, evaluation and the effects of the VIPS practice model for the person-centered care of patients with dementia: An intervention study in Norwegian nursing homes* [Doktoravhandling, Universitetet i Oslo].
- Røsvik, J., Brooker, D., Mjørud, M. & Kirkevold, Ø. (2013). What is person-centred care in dementia? Clinical reviews into practice: the development of the VIPS practice model. *Reviews in clinical gerontology*, 23(2), 155.
- Røsvik, J., Kirkevold, M., Engedal, K., Brooker, D. & Kirkevold, Ø. (2011). A model for using the VIPS framework for person-centred care for persons with dementia in nursing homes: a qualitative evaluative study. *International journal of older people nursing*, 6(3), 227-236.
- Røsvik, J. & Mjørud, M. (2019). *VIPS-manualen for institusjoner; Personsentrert omsorg for personer med demens*. Aldring og helse.
- Selbæk, G., Kirkevold, Ø. & Engedal, K. (2008). The course of psychiatric and behavioral symptoms and the use of psychotropic medication in patients with dementia in Norwegian nursing homes—a 12-month follow-up study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(7), 528-536.
- Sloane, P. D., Hoeffler, B., Mitchell, C. M., McKenzie, D. A., Barrick, A. L., Rader, J., Stewart, B. J., Talerico, K. A., Rasin, J. H. & Zink, R. C. (2004). Effect of person-centered showering and the towel bath on bathing-associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia: a randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(11), 1795-1804.
- St. meld. nr. 15 (2017-2018). *Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre*. H.-o. omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>



St. meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen - Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartement.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>

St. meld. nr. 50 (1996-1997). *Handlingsplan for eldreomsorgen; Trygghet - respekt - kvalitet*. Sosial- og helsedepartementet.

[https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-50\\_1996-97/id191307/](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-50_1996-97/id191307/)

## **7. Vedlegg**

### **7.1 Godkjenning NSD**

NSD sin vurdering

Skriv ut

#### **Prosjekttittel**

Erfaringer med bruk av VIPS praksismodell relatert til personsentrert omsorg

#### **Referansenummer**

199566

#### **Registrert**

14.12.2020 av Anders Moe Sæter - 126708@stud.inn.no

#### **Behandlingsansvarlig institusjon**

Høgskolen i Innlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse- og sykepleievitenskap

#### **Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**

Trude Haugland, trude.haugland@inn.no, tlf: 95861146

#### **Type prosjekt**

Studentprosjekt, masterstudium

#### **Kontaktinformasjon, student**

Anders Moe Sæter, anders.moe.saeter@hotmail.com, tlf: 45083249

---

**Prosjektperiode**

30.01.2021 - 10.06.2021

**Status**

16.12.2020 - Vurdert

**Vurdering (1)**

---

**16.12.2020 - Vurdert**

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 16.12.2020, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

**DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG** Det er obligatorisk for studenter å dele meldeskjemaet med prosjektansvarlig (veileder). Det gjøres ved å trykke på “Del prosjekt” i meldeskjemaet.

**MELD VESENTLIGE ENDRINGER** Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

**TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET** Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 10.06.2021.

**LOVLIG GRUNNLAG** Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

**PERSONVERNPRINSIPPER** NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

**DE REGISTRERTES RETTIGHETER** Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

**FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER** NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32). Nettskjema er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

## 7.2 Intervjuguide

<b>Intervjuguide</b>	
<b>Tema/spørsmål</b>	<b>Stikkord/hjelpespørsmål</b>
<p>Kan dere fortelle om hvilket forhold dere hadde til personsentert omsorg før dere ble introdusert for VIPS praksismodell?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvilke erfaringer hadde dere med personsentrert omsorg fra før?</li> <li>• Kan dere beskrive hva dere forstår med like verdier for omsorgspersonell og personer med demenssykdom?</li> <li>• Når dere skal møte og yte omsorg til personer med demens, skal dere fokusere på og ha personen med demens sitt perspektiv. Kan dere diskutere hva dere forstår med «personen med demens sitt perspektiv»?</li> <li>• Kan dere beskrive/fortelle hva dere legger i et sosialt miljø ut fra VIPS rammeverk?</li> <li>• Kan dere diskutere litt overordnet hva dere forstår med VIPS-praksismodell?</li>   <li>• Kan dere fortelle hvordan dere legger til rette for at personens verdier, individuell tilpasset omsorg, perspektivet til personen med demens og sosialt støttende miljø blir lagt vekt på når dere yter omsorg til personer med demens?</li> <li>• Kan dere fortelle litt om hvordan dere forholdt dere til personens verdier, individuell tilpasset omsorg, perspektivet til personen med demens og sosialt støttende miljø før dere var på kurs om VIPS-praksismodellen? Hva var forskjellene fra da til etter kurset?</li> </ul>
<p>Hvilke opplevelser sitter dere igjen med etter å ha brukt VIPS praksismodell 3-4 mnd?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvordan har VIPS – praksismodell påvirket din tilnærming til personer med demens? <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verdiene dine?</li> <li>- hvordan prioriterer du tiltak/oppgaver?</li> </ul> </li> <li>• Hva er nytt?</li> <li>• Kan dere fortelle om hva som oppleves som positivt for dere etter innføring av denne modellen?</li> <li>• Hvordan oppleves det å se ting fra perspektivet til personen med demens?</li>   <li>• Opplever dere at personalets bruk av ondartet sosialpsykologi har endret seg etter innføring av vips? (eksempel på ondartet sosialpsykologi: når mennesket blir truet,</li> </ul>

---

	<p>utsatt for høyt tempo, neglisjert, barnliggjort, gitt kallenavn, nedvurdert, anklaget, manipulert, underkjent, umyndiggjort, tvunget, avbrutt, objektivisert, stigmatisert, ignorert, bortvist eller latterliggjort), om så, på hvilken måte?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hvordan opplever dere å bruke et fagmøte som diskusjonsforum for pasientsituasjoner? Hva fungerer, hva fungerer ikke?</li></ul>
Kan dere snakke om hvilke utfordringer dere møtte på veien, hvordan opplevdes dette for dere?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hvilke erfaringer sitter dere igjen med med tanke på tidsbruk? Er det tilrettelagt for å få gjennomført, går det på bekostning av noe annet?</li><li>• Hva oppleves som vanskelig med bruk av modellen, er det noe som oppleves som klart?</li><li>• Hvilke endringer ville dere gjort for at modellen evt kunne fungert bedre for dere?</li><li>• Veiledning?</li></ul>

## 7.3 Informasjonsskriv

### **Vil du delta i forskningsprosjektet**

#### ***Erfaringer med bruk av VIPS praksismodell relatert til personsentrert omsorg***

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvilke erfaringer sykepleiere og helsefagarbeidere har med å bruke VIPS praksismodell relatert til personsentrert omsorg. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Som kort beskrevet over er dette et masterprosjekt hvor formålet er å undersøke hvilke erfaringer sykepleiere og helsefagarbeidere har med å bruke VIPS praksismodell relatert til personsentrert omsorg. Dette er et prosjekt hvor det er ønskelig at både sykepleiere og helsefagarbeidere inkluderes, da begge yrkesgruppene er viktig for å kunne bruke modellen i praksis. Ved de fleste sykehjemsavdelinger er det flere helsefagarbeidere enn sykepleiere, og de har derfor en sentral rolle for å kunne få gjennomført modellen.

Valgt problemstilling for masterprosjektet:

*Hvordan opplever sykepleiere og helsefagarbeidere at VIPS praksismodell bidrar til personsentrert omsorg?*

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Veileder på masterprosjektet er Trude Haugland, førsteamanuensis, fakultet for helse- og sosialvitenskap, høgsolen i Innlandet. Vedkommende kan kontaktes på [trudee.haugland@gmail.com](mailto:trudee.haugland@gmail.com).

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**



---

Den aktuelle kommunen er valgt, da denne kommunen hadde et ønske om å prøve VIPS praksismodell. Ansatte ved skjermet avdeling i denne kommunen har gjennomgått kurs for å kunne bruke modellen, og kommunen har to kursveiledere i VIPS praksismodell.

Alle ved skjermet avdeling i denne aktuelle kommunen, som har gjennomgått kurs i VIPS praksismodell vil få en forespørsel om å delta.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Du vil bli invitert til å delta på to fokusgruppeintervju med inntil 10 deltakere, ut fra hvor mange som ønsker å delta. Det vil bli tatt lydopptak av fokusgruppeintervjuene. Et fokusgruppeintervju innebærer at du sammen med dine kollegaer får åpne spørsmål om aktuell tematikk. Et slik intervju vil vare i ca 1 time. Spørsmålene som blir stilt vil f.eks omhandle hvordan du opplever å bruke VIPS praksismodell, hva var bra, hva var dårlig, hvordan påvirker bruken av modellen deg.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Det vil på ingen måte påvirke ditt forhold til arbeidsplass og arbeidsgiver.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Det er kun Anders Moe Sæter og veileder Trude Haugland som har tilgang på datamaterialet. Navnet ditt vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Denne fremgangsmåten gjør at du ikke kan bli gjenkjent av andre personer. Lydopptak vil bli utført ved hjelp av Nettskjema-diktafon med fortløpende kryptert opplasting. Høgskolen i Innlandet har tjenesteaftalen med Universitetet i Oslo om bruk og support av Nettskjema. Dine opplysninger blir oppbevart i en innelåst safe, slik at uvedkommende ikke har tilgang.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er juni 2021. Når prosjektet er avsluttet vil alt av datamateriell og skriftlig datamateriell

bli slettet og/eller makulert, dette innebærer lydopptak, navneliste og samtykkeskjema. Det vil ikke være mulig å gjenkjenne deg i masteroppgaven, eller i eventuell artikkel som vil kunne bli publisert på et senere tidspunkt.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Fakultet for helse- og sosialvitenskap ved Høgskolen i Innlandet, har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Trude Haugland ved Høgskolen i Innlandet, som kan kontaktes på epost: [trudee.hauland@gmail.com](mailto:trudee.hauland@gmail.com)
- Vårt personvernombud: Anne Sofie Lofthus, som kan kontaktes på epost: [anne.lofthus@inn.no](mailto:anne.lofthus@inn.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Trude Haugland

(Forsker/veileder)

Anders Moe Sæter

Masterstudent

---

## 7.4 Samtykkerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Erfaringer med bruk av VIPS praksismodell relatert til personsentrert omsorg», og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- å delta i fokusgruppeintervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)