

Johanne Jacobsen
Karoline Sporstøl Rasmussen

"Demensomsorgen sett med nye øyne": en kvalitativ studie om helsepersonells erfaring ved bruk av VR-briller til personer med demens

Antall ord: 7998

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Rigmor Einang Alnes
Mai 2020

Johanne Jacobsen
Karoline Sporstøl Rasmussen

"Demensomsorgen sett med nye øyne": en kvalitativ studie om helsepersonells erfaring ved bruk av VR-briller til personer med demens

Antall ord: 7998

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Rigmor Einang Alnes
Mai 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Ålesund



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Hensikt: Studien undersøker helsepersonells erfaringer med bruk av VR-briller til personer med demens.

Bakgrunn: Teknologien i verden endrer seg stadig og utvikler seg raskere enn noen gang. Grunnet økningen av eldre i samfunnet, er det en økning av personer med demens. VR-briller er et relativt nytt tilskudd i helseomsorgen, og kan trolig være et tilskudd for å variere aktivitetstilbudet til eldre som bor på institusjon.

Metode: Vi har benyttet kvalitativ metode med én-til-én-intervju og gruppeintervju, etterfulgt av tekstkondenseringsanalyse.

Resultat: Informantenes mening var at det er viktig å sette seg inn i forhistorien til beboerne for å ha best utbytte av VR-brillene. De erfarte at bruken av VR-briller er positivt for personer med moderat demens. Det kommer og frem at det kan være vanskelig å disponere tid til å bruke dem, og at det kunne vært lettere om rutiner ble utarbeidet.

Konklusjon: VR-briller til personer med demens gir en god her-og-nå-opplevelse, og kan sees på som et bra tilskudd i aktivitetstilbudet. Det er behov for å implementere tilbudet bedre for å utnytte potensialet og eventuell gevinst tilstrekkelig. Gode rutiner og opplæring rundt bruken er nødvendig for å oppnå dette.

Abstract

Objective: The aim of this study is to examine health personnel's experience with the use of VR headsets for people with dementia.

Background: The technology is improving constantly and more rapid than ever. An increase of elderly people in the community means an increase in people with dementia. The VR headset is a relatively new addition in health care and can potentially improve the activity program provided persons with dementia living in institution.

Method: This is a qualitative study using one-on-one-interview and group interview, followed by Systematic Text Condensation analysis.

Results: The informants opinionated the importance of familiarizing oneself with the background and interests of the care home residents to benefit sufficiently when using VR headsets. They experienced that the use of VR headsets is positive for people with moderate dementia. It was also disclosed that it can be difficult to allocate time to use it and having routines would make it more accessible.

Conclusion: VR headsets for persons with dementia gives a positive here-and-now-experience and is seen as a good addition to the activity program. To better implement the activity for full potential, good routines and training are necessary.

Forord

Å få muligheten til å skrive en empirisk bachelor er noe vi er utrolig takknemlige for. Det har vært en svært spennende og lærerik prosess, og skrivemedagene har vært preget av god stemning og engasjement. Å få fokusere på en bachelor mens korona herjer og verden står på pause har vært spesielt. Og ha dette forskningsprosjektet har fungert som et anker i den normale hverdagen som har hjulpet oss å beholde dagligdagse rutiner og gjøremål. Denne bacheloroppgaven har vært en veldig fin avslutning på tre år skolegang.

Vi vil dermed takke hovedveileder Rigmor Einang Alnes og biveileder Anne Dreyer for god oppfølging og støtte under bachelorskrivingen. Vi har fått mange gode råd og hyggelige møter med både veiledere og medstudenter, og er takknemlige for alle som har vært der i prosessen.

Vi ønsker og å takke informanter og korrekturlesere for å stille opp å gjøre denne bachelorstudien vellykket.

Ålesund, mai 2020

Johanne Jacobsen og Karoline Sporstøl Rasmussen

Innhold

1	Innledning	11
1.1	Begrunnelse for valg av tema	11
1.1.1	Problemstilling	11
1.2	Avgrensninger og avklaringer	12
2	Teori	13
2.1	Personer med demens	13
2.2	Velferdsteknologi	13
2.3	Sykepleiers juridiske og etiske ansvar.....	14
2.4	Å få leve hele livet	15
2.4.1	Aktivitet i institusjon	15
2.5	Personsentrert omsorg	16
2.6	Tidligere forskning	17
3	Metodebeskrivelse	18
3.1	Metodisk tilnærming	18
3.2	Utvalg	18
3.3	Forberedelse og gjennomføring av intervju	19
3.4	Forskningsetikk og konfidensialitet	19
3.5	Dataanalyse	19
4	Resultat	22
4.1	Behovet for rutiner.....	22
4.2	Nytten av individuell tilpasning	23
4.3	Den gode opplevelsen.....	24
5	Diskusjon	26
5.1	Metodediskusjon	26
5.2	Resultatdiskusjon.....	26
5.2.1	Demensomsorgen sett med nye øyne	26
5.2.2	Her-og-nå-opplevelsen	27
5.2.3	Individuell tilpasning	28
5.2.4	Implementering av rutiner for å sikre et godt aktivitetstilbud	29
6	Konklusjon	31
6.1	Anbefaling til videre forskning.....	31
	Referanser	32
	Vedlegg	35

1 Innledning

Den teknologiske utviklingen i verden går i økende tempo og parallelt må helseomsorgen utvikle seg. Innen velferdsteknologi prøves stadig nye prosjekter ut, også i Norge. Virtual Reality (VR) er en teknologi der detaljerte modeller lages i et 360 graders bilde som gir opplevelser hvor sansene stimuleres. Med VR-briller dannes en naturtro illusjon, slik at brukeren kan leve seg inn i det som skjer (Dvergsdal & Aabakken, 2019). VR er i dagens samfunn mye brukt i videospillsammenheng, men man kan og få videoer av landskap og natur, konserter, kulturarrangement etc. Teknologien i verden utvikler seg raskt og hele tiden, og helsetjenesten har stor gevinst av å utnytte dette.

Å bruke VR-briller til personer med demens er et nytt tilskudd i helseomsorgen. Tanken er at dette skal føre til økt livskvalitet (D'Cunha et al., 2019). Det finnes ingen kurativ behandling av demens. Symptomer på demens kan være økende hukommelsessvikt, angst, depresjon og personlighetsforandringer (Hummelvoll, 2016, s. 380-381). Det finnes lite forskning rundt bruken av VR til pasienter med demens, mens det derimot er gjort studier på effekten mot blant annet angst og stress.

Brukerundersøkelser tilsier at eldre i for liten grad får varierte og tilpassede aktiviteter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Å ha flere aktiviteter å tilby antas derfor å være positivt for god livskvalitet og en variert hverdag. Gode rutiner og kontinuitet rundt disse kan også gjøre arbeidsdagen til sykepleier lettere og dermed bedre helsehjelpen man gir.

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Gjennom samarbeid med Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Møre og Romsdal har vi fått mulighet til å komme i kontakt med miljøer som har prøvd ut VR-briller til personer med demens. To virksomheter i Ålesund kommune har deltatt i dette prosjektet. Siden det er lite erfaring med optimal bruk av VR-teknologi i pasientsammenheng, er det trolig lite kompetanse om dette i kommunehelsetjenesten per dags dato.

1.1.1 Problemstilling

Utgangspunktet for studien var å undersøke hvordan dette tilbudet fungerer til denne pasientgruppen. Vi har konkretisert dette i en todelt problemstilling:

- 1) *Hva er helsepersonellens praktiske erfaringer ved bruk VR-briller til pasienter?*
- 2) *Hvordan opplever helsepersonell at pasienter med demens responderer på bruk av VR-briller?*

1.2 Avgrensninger og avklaringer

I studien er det ikke intervjuet pasienter eller pårørende, og resultatet er begrunnet av helsepersonells oppfatning og observasjon av pasientenes utbytte.

2 Teori

I dette kapitlet vi begrunne det teoretiske grunnlaget for videre drøfting av problemstillingen i studien. Tidligere forskning og teori rundt temaene vil også bli presentert.

2.1 Personer med demens

Antallet personer med demens i landet vårt øker, nettopp fordi antallet eldre øker. I 2050 antas det at 160 000 nordmenn vil ha demens (Aldring og helse, u. å.-b). Demens blir gradert som mild, moderat og alvorlig (Aldring og helse, u. å.-d). Engedal og Haugan (2004, s. 20) beskriver demens hos eldre 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». Dette kan gi vansker i å klare seg selv i dagliglivet. Tilstanden er kronisk og progredierende (Engedal & Haugan, 2004, s. 20). Tilskudd av stoffer som øker acetylkolineffekten i hjernen har vist seg å dempe uro, hukommelsessvikt og atferdsforstyrrelser (Bertelsen, 2012, s. 326-327). Demenspasienter kan ha psykiske forstyrrelser i form av angst/depresjon, aggressivitet og personlighetsforandring. Det å vekse mellom å ha innsikt og å ikke ha innsikt i sin egen sykdomstilstand kan være emosjonelt belastende (Hummelvoll, 2016, s. 380-381).

Noen pasienter opptrer urolig og «vandrer», mens andre opptrer apatiske og initiativløse (Wyller, 2019, s. 508-509). Apati forekommer spesielt ved alvorlig demens, mens isolasjonstendens og passivitet forekommer i alle stadier. Dette kan komme av depresjon eller at pasienten har glemt sine tidligere interesser og ferdigheter, og kan dermed føre til initiativløshet. Ved å få delta på tilrettelagte og mindre krevende aktiviteter kan personer med demens fremstå som mer våkne og aktive (Berentsen, 2010, s. 360-361).

2.2 Velferdsteknologi

Velferdsteknologi blir beskrevet av Helsedirektoratet (2012) som teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, samt at det skal styrke brukerens evne til å klare seg mer selvstendig i hverdagen på tross av somatisk eller psykisk sykdom. Lovverket tar for seg rettighetene til brukere av kommunale helsetjenester, der det blant annet blir nevnt at helse- og omsorgstjenestene skal sikre kvalitet og et likeverdig tilbud. Helse- og omsorgstjenestene skal og sørge for trygghet og gode levevilkår for vanskeligstilte (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, s. § 1-1). Velferdsteknologi kan bidra til å sikre det Helse- og omsorgstjenesteloven beskriver, da velferdsteknologiske løsninger kan bidra til økt trygghet i hverdagen og et bedre tjenestetilbud til brukere (Helsedirektoratet, 2019).

For å bruke velferdsteknologi optimalt i kommunehelsetjenesten må ansatte ha kompetanse i form av både kunnskap om teknologien og hvordan kunne anvende den på en god måte. Det må settes av tilstrekkelig tid til opplæring av kollegaer, brukere og pårørende. Velværeteknologi er en kategori innen velferdsteknologi som legger til rette for individuell opplevelse av glede, velvære og livskvalitet. Et eksempel på en slik løsning er selskapsroboten PARO, som bidro med å hindre uro blant en pasient med demens ved å avgi rolige lyder når den blir klappet. PARO bidro til at denne pasienten ikke lenger hadde behov for ettermiddagsmedisiner mot uro (Aldring og helse, u. å.-e).



Bilde 1 Eldre mann med VR-briller (Illustrasjonsfoto fra 123rf.com, gjengitt med tillatelse)

2.3 Sykepleiers juridiske og etiske ansvar

ICNs etiske regler og menneskerettighetene danner grunnlag for yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Grunnlaget for sykepleie blir beskrevet i retningslinjene (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 7) som «respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet» og at «sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettigheten, og være kunnskapsbasert».

Helsepersonelloven (1999, § 1) har som formål å bidra til kvalitet og pasientsikkerhet, og gjelder alle virksomheter som yter helsehjelp. Dette lovverket beskriver at helsepersonell skal utføre arbeid etter faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra personellens kvalifikasjoner (Helsepersonelloven, 1999, § 4).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) gjelder for alle i Norge. Her er det blant annet lovfestet at pasient eller bruker har rett til å medvirke i helsehjelpen han mottar.

Medvirkningens form tar utgangspunkt i brukerens egne ressurser og evner, og nærmeste pårørende har rett til å medvirke sammen med brukeren der hvor samtykkekompetansen er bortfalt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1).

2.4 Å få leve hele livet

I stortingsmeldingen "Leve hele livet" (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018) blir det beskrevet at mange eldre lever gode dager, og at de skal fortsette å ha en god hverdag når de blir hjelpetrengende og har behov for et omsorgstilbud. Stortingsmeldingen beretter blant annet at eldre bør ha tilbud om minst en times aktivitet hver dag, basert på interesser og hva de selv ønsker. Disse aktivitetene skal gi gode øyeblikk og opplevelser, og stimulere sanser og minner. Utfordringer som blir beskrevet i meldingen er inaktivitet og aktivitetstilbud som ikke er tilpasset den enkelte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Det finnes ikke kurativ behandling mot demens, men miljøbehandling med stimulering av sanser bidrar til å gi eldre med demens bedre dager når sykdommen utvikler seg (Aldring og helse, u. å.-a)

2.4.1 Aktivitet i institusjon

Når man flytter inn i en institusjon, blir mange av de daglige oppgavene overtatt av andre. Det er personale som rydder og lager mat, og tilrettelegger for behovene til brukerne. Tildeling av fast sykehjemsplass krever at pasienten har et stort behov for hjelp, og pasienter med demensdiagnoser vil oftest bli langtidspasienter (Hauge, 2016, s. 116).

Når man blir en langtidspasient og skal tilbringe siste del av livet i institusjon, er det viktig at helsepersonell tilrettelegger for et godt og verdig liv. Aktiviteter som går igjen hos mange omsorgssenter er diverse håndarbeid, bingo, sang, rusleturer og lignende. Der er utfordrende å finne aktiviteter som er tilpasset alle som bor på samme avdeling. Dette er fordi de har ulike interesser og ønsker, ulik grad av skrøpeligheit og institusjonen er ikke bemannet slik at alle kan gjøre forskjellige og individuelt tilpassede aktiviteter. Det har kommet frem i senere tid at enkelte beboere følte at aktivitetene som ble igangsatt ble som et tvangstilbud som de ikke hadde lyst å delta i. Mange steder er det mangel på tid og ressurser for at helsepersonell skal kunne finne på forskjellige aktiviteter som passer alle (Hauge, 2010, s. 228).

For en person med demens kan det være overveldende å flytte inn på institusjon når alle deres vanlige rutiner og omgivelser blir borte. Reminisensarbeid kan være gunstig i slike tilfeller. Reminisensarbeid gir eldre en mulighet til å se tilbake på eget liv og gjenleve minner, og dette skaper trygghet (Eide & Eide, 2013, s. 393). VR er et verktøy som kan brukes til å huske tilbake til steder og situasjoner.

En viktig del av behandling av demens er aktivitet, og det å ta i bruk miljø og omgivelser er nyttig. Når personer med demens får et større omsorgsbehov, vil behandlingen gå ut på å bidra til en god hverdag. Aktiviteter som stimulerer sanser er god miljøbehandling, og kan bidra til økt livskvalitet (Aldring og helse, u. å.-a). Fysisk aktivitet er viktig for å redusere videre funksjonsnedsetting hos personer som har utviklet demens, og ved å kombinere fysisk aktivitet med sosiale og mentale aktiviteter stimuleres evnen til å organisere og huske (Helbostad, Taraldsen & Saltvedt, 2015, s. 266-268).

2.5 Personsentrert omsorg

Demensplanen 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 7-8) er utviklet i samarbeid med personer med demens og deres pårørende, og har som mål å skape brukerens og pasientens helse- og omsorgstjeneste. Planen har brukermedvirkning i fokus, og sier at personer med demens skal selv være med på avgjørelser som omhandler dem. Demensplanen 2020 påpeker viktigheten av å ivareta trygghet, mestring og egne ressurser hos personer med demens, noe som oppnås ved å ta utgangspunkt i den individuelle ønsker, interesser og vaner. Dette skal danne rammene for den enkeltes tjenestetilbud, og er dermed en del av den personsentrerte omsorgen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 18).

Dawn Brooker (2013, s. 11) gir en oppsummering av Tom Kitwoods teori om personsentrert omsorg. Kitwood utviklet på 1990-tallet omsorgsfilosofien om *personsentret omsorg for personer med demens*. Fundamentet i denne filosofien er viktigheten av å bevare personverdet, innta perspektivet til personen med demens og å beskrive en ny pleiekultur. Når Kitwood presiserer viktigheten av å innta perspektivet til de med demens, er det fordi han vil presisere at handlingene til de som utøver helsehjelp skal være til det beste for vedkommende. Han beskriver fem grunnleggende behovene som en forutsetning for å kunne innta dette perspektivet. Disse behovene er *tilknytning, identitet, inklusjon, beskjeftigelse og trøst*, og sammen utgjør disse det grunnleggende psykologiske behovet *kjærlighet*. Kitwood mente dermed at en tilnærming til disse behovene gjorde det mulig å ivareta den personlige identiteten til de med demens (Kitwood, 1999, s. 90-91) Personsentrert omsorg går ut på å styrke disse fem behovene.

«VIPS praksismodell» er en modell som skal hjelpe til å implementere personsentret omsorg i helseomsorgen. Denne modellen er utviklet av Janne Røsvik og legger vekt på perspektivet til de med demens, for å sikre brukermedvirkning. Hovedpoenget her er å samle pleiere og behandlere som jobber med personer med demens i et fagmøte, diskutere den enkeltes individuelle behov og analysere det sannsynlige perspektivet til personen med demens (Aldring og helse, u. å.-f). Bokstavene i VIPS er representative for elementer i personsentrert omsorg, og er det som også er beskrevet tidligere av Brooker:

- «V – alle mennesker har samme verdi, uavhengig av alder og kognitiv funksjon
- I – omsorgen er individuelt tilrettelagt
- P – å ta perspektivet til personen med demens, se verden slik personen med demens ser den
- S – et støttende sosialt miljø» (Aldring og helse, u. å.-f)

For sykepleiere og de som arbeider i helseomsorgen vil dette gå ut på at en kjenner den enkelte pasienten, og kan tilrettelegge etter dens individuelle behov. Det vil være viktig å bli kjent med pasientens livshistorie og lytte til det de forteller for å bryte gjennom barrieren om at de «er en diagnose». Ved brukermedvirkning kan man tilpasse aktiviteter til den enkelte, for å opprettholde selvstendighet så lenge som mulig (Uviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester, 2017).

2.6 Tidligere forskning

Det ble gjort søk i databasene CINAHL og MedLine for orientering rundt tidligere forskning som har relevans for denne studien. Søkeordene «virtual reality» AND «dementia» er kombinasjonen som ble brukt i litteratursøket. Vi har også utført håndsøk via Google Scholar. Vi fant få studier utført rundt det å bruke VR for å stimulere sansene til personer med demens, og også lite publisert med fokus på sykepleieperspektiv.

En studie utført av Flynn et al. (2003) omhandler om det er praktisk mulig å bruke VR til personer med demens. Deltagerne ble vist en virtuell utendørs park. De konkluderer med at deltagerne følte at de til en viss grad opplevde parken som naturlig og realistisk, at de følte de hadde kontroll over mediet og at de ikke opplevde symptomer på psykisk endringer eller «cyber kvalme». Cyber kvalme oppstår når kroppen er i ro og synsfeltet i stor bevegelse, og gir symptomer på reisesyke som kvalme og uvelhetsfølelse (NHI.no, 2018). Dermed konkluderer studien med at VR kan brukes av personer med demens (Flynn et al., 2003).

To studier vi fant tar for seg om VR kan påvirke velvære og livskvalitet. Den ene studien er publisert i *The Gerontologist* (Moyle, Jones, Dwan & Petrovich, 2018) og undersøker påvirkningen VR har på engasjement, apati og humør blant personer med demens. Den tar for seg personalets og pårørendes perspektiv og erfaring. I denne studien har informantene blitt introdusert for en virtuell skog. Kort beskrevet mente både informantene, pårørende og personalet at VR-skogen hadde positiv effekt. Studien konkluderer videre med at VR kan ha potensialet til å forbedre livskvalitet blant personer med demens. D'Cunha et al. (2019) tar for seg VR-briller som blir brukt som et teknologisk hjelpemiddel for å fremme trivselen til personer med demens og kognitiv svikt. VR har potensialet til å gi personer med demens mental stimulering og forbedret livskvalitet, ved å bruke reminisens. De undersøker hvorvidt VR kan brukes for å tilby morsomme og rolige aktiviteter som fremmer livskvalitet og letter på sosialt samspill. Deltakerne som benyttet seg av VR satt igjen med bedre livskvalitet sammenlignet med de som ikke brukte VR.

3 Metodebeskrivelse

I dette kapitlet vil vi beskrive forskningsmetoden som er anvendt i denne studien. Datasamlingen er innhentet ved kvalitative intervjuer, og vi vil dermed også redegjøre fremgangsmåte for rekrutering og utvalg, intervjuguide og analyseprosessen med systematisk tekstkondensering.

3.1 Metodisk tilnærming

Forskningsmetoden som er anvendt er en kvalitativ metode. Kvalitative forskningsintervjuer egner seg til når en ønsker å studere intervjuobjektens meninger, holdninger og erfaringer. Dette gir utfyllende informasjon rundt tema (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 71). Grunnet vanskeligheter med å samle hele utvalget til et gruppeintervju, har vi både anvendt én-til-én-intervju og gruppesamtale. Én-til-én-intervju er gunstig for å få et detaljert innsyn i informants meninger og erfaringer, uten påvirkninger fra eventuelle andre. Gruppeintervju gir kunnskap om hva som er sentralt og viktig. Da får man et bredere innsyn i informantens synspunkter og erfaringer, fremfor detaljert informasjon fra den enkelte (Christoffersen et al., 2015, s. 72-73)

3.2 Utvalg

Informantene i utvalget ble rekruttert av en ansatt i kommunen som igjen var oppnevnt av vår kommunale kontaktperson. Vi visste på forhånd at det var få som hadde opplæring og kompetanse innen bruk av VR til pasienter med demens. Informantene var helsepersonell med pasientkontakt ved de to aktuelle institusjonene. For å få tilstrekkelig antall informanter kunne utvalget ikke begrenses til kun sykepleiere. Bruk av VR til pasienter er aktuelt for alle profesjoner som jobber med pasientkontakt i kommunehelsetjenesten, og er ikke begrenset til sykepleierrollen. Kontaktpersonen ga oss informasjon om at en sykepleier hadde deltatt på en nasjonal demenskonferanse, der følgende hadde fått opplæring i bruk av VR til pasienter med demens. Det ble intervjuet tre helsepersonell, hvorav to har fast stilling. Av disse var det en sykepleier, en hjelpepleier og en pleiemedarbeider under utdanning i helse. Gjennomsnittsalderen på deltakerne var 34 år. Alle informanter var kvinner.

Tabell 1.0: Oversikt over utvalg

Kandidat nr.	Ansiennitet i institusjonen
1	9 år
2	20 år
3	3 år

3.3 Forberedelse og gjennomføring av intervju

Intervjuene ble gjennomført januar 2020. Det ble utarbeidet et informasjonsskriv og samtykkeerklæring (vedlegg 1) som ansvarlig for rekruttering videreformidlet til informanter. Samtykkeerklæring med signatur ble returnert ved møte på intervjudagen.

Vi utarbeidet på forhånd en semistrukturert intervjuguide (vedlegg 2). En semistrukturert intervjuguide ble sett på som gunstig i de kvalitative intervjuene vi ville gjennomføre, for å få mer reflektert informasjon (Christoffersen et al., 2015, s. 74). Intervjuguiden er knyttet opp mot problemstillingen for å få svar på personalets opplevelse av brukernes utbytte, om de følte seg kvalifiserte og hadde tid i arbeidsdagen, samt avdelingens formål med bruken av VR-briller. Vi avsluttet intervjuguiden med et åpent spørsmål, for å legge til rette for usagte meninger. Vi tilbød å dele ut intervjuguiden på forhånd, og alle informanter takket ja til dette. Intervjuene ble holdt i de aktuelle avdelingene, i adskilte rom. Å holde intervju på informantens hjemmebane kan virke tryggende, og dermed bedre kvaliteten på intervjuet (Christoffersen et al., 2015, s. 84). Under intervjuene valgte vi at én skulle stille spørsmålene fra intervjuguiden og den andre skulle notere ned eventuelle tillegsspørsmål som vi ønsket ta med til neste intervju. De samme rollene ble beholdt i begge intervjuer. Lydopptaker ble benyttet under intervjuene. Opptakene ble senere transkribert av oss selv. Én-til-en-intervjuet var på 17 minutt og gruppeintervjuet var på 23 minutt, og sammenlagt fikk vi 19 sider med anonymisert transkribert data.

3.4 Forskningsetikk og konfidensialitet

Søknad til Norsk senter for forskningsdata (NSD) om behandling av persondata ble godkjent 05.01.2020 (referansekode 549496).

For å kunne utføre en empirisk studie er det strenge krav til informert samtykke. Deltagerne skal være godt kjent med formålet til prosjektet, og skal ha muligheten til å trekke seg uten å måtte oppgi noe forklaring. Deltager skal og være informert om hvordan persondata håndteres. Informasjonsskrivet og samtykkeerklæringen til prosjektet er utarbeidet slik at det gir all nødvendig informasjon om prosjektet, samt hvordan personvern og anonymitet til deltager blir ivaretatt (Malterud, 2018, s. 214-215)

Alt papirmateriale og digital data blir lagret utilgjengelig for utenforstående, og transkriberingen er anonymisert (Malterud, 2018, s. 215)

3.5 Dataanalyse

For å analysere data i dette prosjektet benytter vi systematisk tekstkondensering. Dette er en metode for tverrgående analyse av kvalitativ data, hvor man først gjør en dekontekstualisering og til sist en rekontekstualisering for å presentere den nye forståelsen man får ved å analysere dataen. Dette gjorde vi ved å dele inn analyseprosessen i fire.

1. «Helhetsinntrykk – fra villnis til foreløpige temaer
2. Meningsbærende enheter – fra foreløpige temaer til koder og sortering
3. Kondensering – fra kode til abstrahert meningsinnhold
4. Syntese – fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater» (Malterud, 2018, s. 99-108)

I første trinn dannet vi oss et helhetsinntrykk. Vi leste begge gjennom transkripsjonen individuelt, og deretter sammen. Dermed dannet vi oss egne tanker om teksten, for så å reflektere sammen og dele meningene vi hadde gjort oss opp. Ved dette dannet vi oss et mer helhetlig inntrykk av teksten (Malterud, 2018, s. 99-100). Vi så at teksten handlet om blant annet «opplæring», «relevante filmer», «gode opplevelser», «demens», «tidsbruk og retningslinjer». Dette er det vi satt som foreløpige tema. Disse temaene dannet grunnlaget for kodene som senere blir brukt i analyseprosessen.

Tabell 1.0: Trinn 1 Foreløpige temaer

Opplæring	Relevante filmer	Gode opplevelser	Demens	Tidsbruk og retningslinjer
-----------	------------------	------------------	--------	----------------------------

Etter dette var vi forberedt til trinn to, og hadde gjort oss opp en mening om hva som var de meningsbærende enhetene i transkripsjon i forhold til problemstillingen vår. Her sorterte vi det materialet som vi ville bruke videre, og la resten av transkripsjonen til side. Vi hadde hele tiden problemstillingen i bakhodet, for å skille mellom irrelevant og relevant materiale (Malterud, 2018, s. 101). Å være to forskere i en analyseprosess er gunstig for å gi et mer nyansert bilde (Malterud, 2018, s. 100). Vi startet med å skrive ut transkripsjonen, og markere delene med farger som passet til temaene vi hadde tenkt på. Deretter opprettet vi et nytt dokument, og lagde en tabell for de kommende trinnene i analysen. Vi startet med de meningsbærende enhetene i første kolonne, og sorterte disse ut ifra de foreløpige temaene. Deretter startet vi å kode de meningsbærende enhetene. Kodearbeidet skal bidra til å indentifisere de meningsbærende enhetene i teksten (Malterud, 2018, s. 101). Vi brukte de foreløpige temaene som inspirasjon for dannelse av kodene.

Vi så at noen av de foreløpige temaene kunne passe sammen under samme kode, og dermed ble temaene «demens» og «relevante filmer» satt sammen til koden «individuell tilpasning». «Tidsbruk og retningslinjer» og «opplæring» ble satt sammen til organisering. «Gode opplevelser» ble uendret.

Tabell 1.1: Trinn 2 Kodegrupper

Individuell tilpasning	Gode opplevelser	Organisering
------------------------	------------------	--------------

For å spesifisere de meningsbærende enhetene og kodene ytterligere, dannet vi subgrupper. Dette er grupper som beskriver hvilke aspekter i kodegruppene vi kan si noe om ut i fra dataen vi har samlet (Malterud, 2018, s. 106).

Tabell 1.2: Trinn 3 Kodegrupper og subgrupper

Kodegruppe	Individuell tilpasning	Gode opplevelser	Organisering
Subgrupper	1. Valg av miljø 2. Valg av film 3. Grad av demens	1. Reminisens 2. Aktivitet 3. Stimuli	1. Tidsbruk 2. Opplæring 3. Retningslinjer

Trinn tre tar utgangspunkt i kodene, og her abstraherte vi meningsinnholdet i disse kodene. Dette kalles kondensering, og beskrives av Malterud (2018, s. 105) at man

reduserer empiriske data til et dekontekstualisert utvalg av sorterte meningsbærende enheter. Vi dannet kondensater som i jeg-form for å representere intervjudeltagerne, og dette er det som også kalles kunstige sitater. I kondensatene beholdt vi en del uttrykk fra deltagerne, for å sørge for at vi representerer dem godt i studien. Kondensatene ble systematisk produsert ut i fra subgruppene innenfor hver kodegruppe (Malterud, 2018, s. 107).

I trinn fire sammenfattet vi en analytisk tekst for subgruppene og kodegruppene, hvor vi brukte kondensatene for å få frem meningen til informantene og være lojal i forhold til deres stemmer. Vi dannet her gullsitat for å konkretisere funnene våre, og for å formidle materialet til leseren. Vi har brukt tredjepersonform for å fremheve vår rolle som gjenforteller (Malterud, 2018, s. 108-109). Til sist dannet vi overskrifter til hver kode, som skal bidra til å presentere resultatene som tilhører disse. Overskriftene skal si noe om funnene vi har gjort, og ikke om hva som er undersøkt (Malterud, 2018, s. 110).

Tabell 1.4: Trinn 4 Kodegrupper, overskrifter og subgrupper

Kodegrupper	Overskrifter	Subgrupper
Organisering	Behovet for rutiner	Opplæring Tidsbruk Retningslinjer og rutiner
Individuell tilpasning	Nytten av individuell tilpasning	Grad av demens Valg av miljø Valg av film
Gode opplevelser	Den gode opplevelsen	Reminisens Aktivitet Stimuli

4 Resultat

Funnene er delt inn i tre hovedkategorier, og vi vil gjøre rede for disse samt de tilhørende subgruppene. Kodegrupper er organisering, individuell tilpasning og gode opplevelser.

4.1 Behovet for rutiner

Opplæring

VR-briller i helseomsorgen er veldig nytt, og informantene har fått benytte disse i et tidsbegrenset prosjekt. Informantene var fordelt ut på to kommunale virksomheter, et bokollektiv og en demensavdeling, hvor de delte på VR-utstyret. Alle informantene fortalte at VR-briller brukt i helseomsorgen var helt nytt for dem, mens en sa hun hadde noe tidligere erfaring med VR-briller brukt i forbindelse med underholdning.

«Jeg var veldig spent og nysgjerrig på det, for jeg har jo vært borti VR-briller gjennom spill. Jeg tenkte at dette kan jo bli spennende, eller så kan det bli helt tragisk.»

Informantene har alle fått en praktisk innføring i bruken av VR-briller, men sa at det ikke var alle ansatte på avdelingene som hadde fått opplæring. En informant hadde lært om VR-brillene på en demenskonferanse, og sa hun hadde lært det videre til de som viste interesse for å bruke VR-brillene til på jobb. En annen informant forklarte at det var begrenset med tid til opplæring siden de måtte dele utstyret på to virksomheter.

Tidsbruk

Informantene sa at de ikke hadde noe system på når de tilbød VR-brillene, men at de tok det når det passet. En informant fortalte at det ikke ble tilbudt ofte nok, men at de tok VR-brillene i bruk når de kom på det. Videre sa informantene at de måtte ta hensyn til når beboerne var mottakelige, og at det dermed både må passe for helsepersonellens og beboernes tidsplan. På bokollektivet fortalte informantene at de ikke hadde noe rutine på når det ble tilbudt, men at det ofte passet på ettermiddagene. Samtlige fortalte at noen dager hadde de tid, og andre dager ikke. De sa og at det alltid var en ansatt tilstede sammen med beboeren som brukte VR-brillene.

«Vi har egentlig tid til å bruke VR-brillene, men det blir på en måte litt glemt når det ikke ligger foran oss. Av og til trumfer andre rutiner over VR-brillene, og det er synd.»

Retningslinjer og rutiner

En informant fortalte at VR-brillene kunne bli glemt i en travel hverdag, og at det var behov for retningslinjer og rutiner. Ved dette ville det være lettere å inkorporere VR-brillene i hverdagens allerede fastsatte rutiner.

«Jeg tenker at vi skulle hatt plan på når vi skal tilby VR-brillene, som for eksempel at man skal sette seg ned med en beboer på onsdager.»

Informantene ble spurt om de trodde VR-briller kunne erstatte nåværende aktiviteter, og samtlige svarte nei på dette. De fortalte at de ønsket at VR-briller skulle bli tilbudt på lik linje med andre aktiviteter som bingo og tur. Med rutiner ville dette få en tydeligere struktur og dermed bli flettet inn sammen med de andre tilbudene.

«Jeg og mine kollegaer ser viktigheten av den fysiske aktiviteten med trim, bingo og lignende. Noen beboere har vanskeligheter for å delta på aktiviteter eller gå ut. Vi vil bruke VR-brillene etter behov og når det trengs. Det skal være et tillegg, ikke en erstatning.»

Det var variabelt hvor mye informantene journalførte etter at de hadde brukt VR-brillene med en beboer, grunnet mangel på retningslinjer og rutiner. Den ene informanten fortalte at de journalførte reaksjonene til beboerne, for å følge med på hvem som var kandidater og som hadde glede av å bruke VR-brillene. Det ble også sett på som viktig å journalføre for å sørge for at eventuelle beboere med negativ respons ikke ble tilbudt brillene eller en spesifikk film igjen.

4.2 Nyten av individuell tilpasning

Grad av demens

Demensavdeling består hovedsakelig av personer med moderat til alvorlig demens, og bokollektiv består av personer med mild til moderat demens. Informant fra demensavdelingen har brukt VR-brillene på to beboere med alvorlig demens og rundt fem med moderat demens. Informanten herfra fortalte at de ikke så det hensiktsmessig å bruke VR-briller på de med alvorlig demens, fordi de enten tok av seg brillene eller ikke hadde en merkbar respons. VR-brillene ble prøvd på to forskjellige dager med forskjellig tidspunkt på de beboerne med alvorlig demens.

«Vi så ikke at de med alvorlig demens hadde noe spesiell glede av å bruke VR-briller. Jeg er positiv til VR-briller i helseomsorgen, men kanskje til de med litt mildere demens en på denne avdelingen.»

På bokollektivet hadde de brukt VR-brillene på alle beboerne. Informantene sa at det var enkelte som kan bruke de, mens andre ville ikke på seg brillene en gang. Den ene informanten fortalte at hun hadde opplevd at beboerne kunne bli mer fokuserte når de brukte VR-brillene, fordi de fokuserte på filmen, og ikke ble distraheret av alt som skjedde rundt dem. De fortalte og at de måtte ta hensyn til beboernes tilstand med tanke på uro, og at en dag kunne de lett benytte VR-brillene, mens andre dager gikk det ikke. Informanten som jobbet med personer med mild til moderat demens, sa hun forventet at det var de med mild demens som skulle ha mest utbytte av tilbudet, men så at det var de med moderat demens som fikk mest glede av VR-brillene.

«Vi trodde i forkant at det var de med mild demens skulle ha best utbytte, da de kan reflektere mer. Det var denne gruppen de ble mest forvirrende for. De med moderat demens tok det for det det var, og nøyt det. De levde seg inn i det.»

Valg av miljø

Informantene fortalte at de hadde brukt VR-brillene både i fellesarealet og på beboernes egne rom. På demensavdelingen ønsket de å få brukt VR-brillene på beboerens rom, da de så at det kunne skape uro blant andre beboere i fellesarealet, samt at det var

forstyrrende for den som skulle bruke VR-brillene. Eksempelvis fortalte informanten om en beboer som brukte VR-briller i fellesarealet. Han satt og pratet om en katt han så og klappet den, og dette kunne skape uro blant andre som ikke så katten. På bokollektivet brukte de VR-brillene både i fellesareal og på beboernes egne rom. Når de satt i fellesarealet hadde de noen ganger involvert flere beboere, og byttet på hvem som fikk se i VR-brillene. Informantene sa at hvis de satt på egne rom, var det lettere å skape en god samtale rundt filmen, noe de så på som positivt.

Valg av film

I prosjektpakken fikk virksomhetene velge ut 20 filmer fra en samling av 50. Informantene fortalte at de gjorde et grundig forarbeid når de valgte ut filmer, for å finne de som passet beboernes livshistorie og interesser. Samtlige sa at det å velge en film som passet til den individuelle beboeren var hensiktsmessig for å kunne danne gode øyeblikk og en trygg opplevelse. Filmer de nevnte som passet beboerne var for eksempel av gammeldagse kjøkken, hager, gårder med dyr og båtthavner.

«Forhistorien til pasienten er viktig. Det er viktig å sette på filmer som gir beboerne glede, samtidig som at det er viktig å ikke sette på noe som kan trigge dårlige minner.»

Informantene sa de valgte film ut ifra beboernes tidligere interesser, tidligere arbeidsliv og situasjoner som passet oppveksten deres. De fortalte at det var viktig å kunne en del om bakgrunnen til beboerne.

4.3 Den gode opplevelsen

Informantene var alle spente på om det kom til å bli et vellykket prosjekt, og om personer med demens kunne ha glede av VR-briller eller om det skapte mest uro. Samtlige informanter stilte seg positive etter å ha prøvd ut VR-brillene, men var enige at det ikke nødvendigvis var for alle.

«Det har gått over all forventning. Jeg synes VR-briller er helt topp!»

Informantene var alle tydelige på at valg av film var viktig, slik at beboerne fikk en god opplevelse og kanskje noe som minnte dem om tiden da de var yngre. Flere av beboerne hadde vist glede ved å se på filmer som de kunne relatere til. En informant fortalte oss om en beboer som hadde fått sett en film fra hvor han vokste opp, og at han i etterkant fortalte personellet om gamledager fordi han kom på sporet av gamle minner. Informantene hadde ikke opplevd uro etter bruken av brillene, men de var bevisste på å ikke overstimulere beboerne for å hindre eventuell uro. De fortalte at de fikk positiv respons, og at beboerne som var kandidater hos dem kan sitte smilende når de var ferdig med filmen.

«Jeg tok med en beboer inn på rommet for å bruke VR-brillene. Han satt og vinket til folk han så, og var helt «med».»

Informantene kunne følge med på filmen på et display samtidig som beboerne brukte VR-brillene, og dermed hadde de muligheten til å snakke sammen om det som foregikk på filmen. På bokollektivet hadde VR-brillene blitt brukt både som en gruppeaktivitet i fellesareal og alene med personell på rommet. Informanten fortalte at når de var i en gruppe så småpratet de sammen om filmen, og når de var alene kunne man reflektere mer sammen i etterkant. Det var variabelt hvor lenge beboerne husket noe, og alle

informantene var enige om at det var mest en her-og-nå-opplevelse, og at det var under selve bruken av VR-brillene det var mest positivt.

5 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

Som bachelorstudie er det begrensninger på tidsperiode, antall informanter og oppgavens omfang, noe som vil påvirke studiens funn. Vi ønsket opprinnelig å intervju sykepleiere, men det viste seg å ikke være mulig å få møtt nok sykepleiere med erfaring og kompetanse innen bruk VR-briller til personer med demens. Vi måtte derfor velge informanter med forskjellig utdanningsbakgrunn, men som alle jobber med pasientkontakt. I etterkant har vi sett på dette som positivt, da alle informantene hadde ulik utdanning og vi følte dermed at vi fikk et bredere spekter med data. Det var én sykepleier som deltok i intervjuet, og dermed fikk vi også sykepleierperspektivet med i denne studien. Vi ønsket opprinnelig å ha ett gruppeintervju med 3-4 personer, men grunnet vanskeligheter med å samle alle ble det omgjort til ett én-til-én-intervju og ett gruppeintervju bestående av to informanter.

Siden informantene kommer fra to virksomheter, er deres oppfatninger av hvordan de eldre reagerer på VR-brillene begrenset til deres beboere. Vi kan derfor ikke fastslå at resultatene fra denne studien kan overføres til alle personer med demens.

For å få en mer omfattende forståelse om nytten personer med demens har av å bruke VR-briller kunne metoden inkludert observasjon av VR-seanser og intervju av beboerne i etterkant av denne seansen. Grunnet et begrenset antall informanter med erfaring og kompetanse innen bruk av VR-briller til personer med demens, var det naturlig å velge et kvalitativt studiedesign selv om en kvantitativ studie ville kunne gi andre og verdifulle data (Christoffersen et al., 2015, s. 179).

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Demensomsorgen sett med nye øyne

Helsepersonellet vi intervjuet erfarte VR-brillene som et positivt tilskudd i tilbudet til beboerne. Det ble presisert at dette skal være et tilskudd, fordi VR-briller ikke må bli sett på noe som kan erstatte nåværende aktiviteter som eldre beboere tilbys på institusjon.

Stortingsmeldingen «Mestring, muligheter og mening» beskriver sentrale og grunnleggende elementer i omsorgstilbudet, og redegjør at framtidens generasjoner vil kreve et mer mangfoldig tjenestetilbud. Dette er fordi den nåværende yngre generasjonen er vokst opp med større mengder teknologi i samfunnet, og dette må medbringes når de inntreffer de eldres rekker. «Mestring, muligheter og mening» legger vekt på kultur, aktivitet og trivsel som de grunnleggende elementene i omsorgstilbudet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). Typiske aktivitetstilbud i institusjoner for eldre er samlinger med sang eller bingo, sansehage med terapeutisk virkning (Kirkevold & Gonzales, 2012) og fysisk aktivitet i form av turer eller trim. En problemstilling vi ønsket å trekke frem for informantene var om de så for seg at VR-briller kunne erstatte noen av aktivitetstilbudene de hadde på sine avdelinger. Informantene ga alle uttrykk for at de ser på VR-briller som et tillegg, og ikke noe som er kommet for å kunne erstatte nåværende tilbud. Med dette mener de ikke at VR-briller ikke er et godt tilbud, men at de ønsker dem for å gjøre hverdagen til eldre mer innholdsrik og eventuelt likestille brillene med

andre aktiviteter. En sykepleier burde ha god kunnskap og informasjon om pasientens liv, for å kunne legge merke til om pasienten savner noe i hverdagen sin, og dermed bidra til å tilrettelegge for gode aktiviteter som kan være betydningsfulle for pasienten (Berentsen, 2010, s. 361).

Ved å se demensomsorgen med nye øyne kan man bruke VR-briller som innovativ løsning for å bedre aktivitetstilbudet til eldre i institusjon. Miljøbehandling gir personer med demens et bedre liv, og riktig bruk av VR-briller og tilhørende filmer kan være en del av den personsentrerte omsorgen som gis til denne pasientgruppen (Aldring og helse, u. å.-a). Utfordringer som er oppsummert i «Leve hele livet» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018) er inaktivitet og aktivitetstilbud som ikke er individuelt tilpasset den enkelte eldre bruker. De aktivitetene som blir tilbudt i dag, som for eksempel bingo og andakt, passer ikke nødvendigvis alle. Dette kan gå på både egne interesser men også begrensninger grunnet demenssykdommen som gjør det vanskelig å gå ut eller delta på sosiale aktiviteter. Videre i stortingsmeldingen «Leve hele livet» er det fokus på at aktivitet må bli mer individrettet, og at eksisterende tilbud ofte er standardisert. Resultatene i denne studien peker på at VR-briller er et godt supplement i aktivitetstilbudene til personer med demens for å kunne tilby dem en mer variert hverdag (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Å bruke VR-briller i miljøbehandling kan være et hjelpemiddel til å arbeide personsentret og bygge aktivitetene på interesser og opplevelser (Aldring og helse, u. å.-c). Sykepleier skal bidra til å ivareta pasienten ved å gi en helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2011), og personsentrert omsorg er viktig i behandlingen av demens.

5.2.2 Her-og-nå-opplevelsen

Helsepersonellet i vårt utvalg erfarer at VR-brillene stort sett er en her-og-nå-opplevelse. De ytrer at det er under selve bruken at det er mest positivt, men at det er muligheter for å prate og mimre sammen en liten stund etterpå. Av de beboerne som er kandidater for VR-brillene har de fått positiv respons, i form av kroppsspråk som viser at de har det godt eller at de minnes fine opplevelser fra før i tiden. Kroppsspråk viser usensurert hva en føler, og uttrykkes både i ansikt, blick, kropp, stemme, uro etc. (Eide & Eide, 2013, s. 202-203).

For å beskrive hvorfor her-og-nå-opplevelsen er viktig for personer med demens, er det nødvendig å gjøre et dypdykk i hvordan det er å leve med demens. I en doktoravhandling har Wogn-Henriksen (2012, s. 3) studert personers eget perspektiv på hvordan det er å ha demens, på bakgrunn av mangel på faglitteratur rundt dette perspektivet. Hun redegjør at opplevelsene til personene i studien har noen likhetstrekk, men at det stort sett er mangfoldig. Videre beskriver hun viktigheten av det hun kaller nå-øyeblikk for personer med demens. Fokus på slike nå-øyeblikk kan gi en følelse av at man er delaktig i et øyeblikk som gir en god opplevelse av samhold og nærvær. Viktigheten av disse kortvarige øyeblikkene er stor, og kan gi rom for nærhet og stimulering av sanser, samt redusere uro og negative følelser (Wogn-Henriksen, 2012, s. 317). Ved å bruke VR-brillene og reminisens kan man gi rom for en slik opplevelse, og er det er dette vi omtaler som her-og-nå-opplevelsen.

Når hukommelsen til personer med demens svekkes, kan og evnen til å planlegge reduseres og dermed også påvirke evnen til å holde en samtale (NHI.no, 2020). Reminisens kan brukes som et hjelpemiddel for å snakke om tidligere hendelser og betydningsfulle øyeblikk (Cooney et al., 2014). En informant fortalte at hun kunne oppleve at beboerne ble fokuserte når de fikk på VR-brillene. Et slikt fokus kan utnyttes,

ved at helsepersonell følger med på filmen på et display samtidig, og dermed danner grunnlag for videre samtale. Dette bidrar til å styrke det som Wogn-Henriksen (2012, s. 317) beskriver som nå-øyeblikk. Det å fortelle om opplevelser og historier fra gammelt av er identitets-styrkende (Wogn-Henriksen, 2012, s. 258). Å legge til rette for her-og-nå-opplevelsen for personer med demens er viktig for å gi god omsorg, da de ikke har like godt grunnlag til å leve på gamle minner. Dette ser man spesielt ved langtkommen demens, hvor gårsdagen kan være glemt og det er kun det herværende som betyr noe (Wogn-Henriksen, 2012, s. 285).

5.2.3 Individuell tilpasning

I vår studie beskriver resultatet at det var personer med moderat demens som hadde best utbytte av å bruke VR-briller, men det kan ikke utelukkes at personer med andre grader demens ikke er kandidater. Det vil derfor være et behov for kartlegging av den individuelle beboer for å sørge for at alle får muligheten til å delta i aktivitetstilbudet. Å benytte VIPS-modellen i slike tilfeller kan sørge for nettopp dette (Aldring og helse, u. å.-f). Beboerne og eventuelt deres pårørende har rett til å medvirke og delta i bestemmelsen om de vil bruke VR-brillene (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Individuelle personligheter hos personer med demens kan trolig påvirke hvor mye graden av demens spiller inn når vi snakker om hvem som er kandidater. Det at de med moderat demens i denne studien har vært gode kandidater til å bruke VR-briller, kan ikke utelukke at andre med mild eller alvorlig demens kan ha positivt utbytte av å bruke VR-briller. Det er også dette personsentrert omsorg handler om, at man skal møte den individuelle personen og se verden fra hans perspektiv, og dette blir også beskrevet i VIPS praksismodell (Aldring og helse, u. å.-f). Studien utført av Flynn et al. (2003) konkluderer med at personer med demens kan bruke VR-briller, men tar ikke standpunkt i hvilken demensgrad som er mest optimal. Det at vi har fått dette resultatet i vår studie kan dermed ha med de individuelle personlighetene til beboerne på denne avdelingen å gjøre.

Helsepersonellens erfaring er at det er viktig å ha fokus på hvilken film som blir vist for beboerne slik at det blir en god her-og-nå-opplevelse. Det blir trukket frem at det er viktig å velge en film som de kan ha glede av, og som baserer seg på for eksempel livshistorie, gamledager, tidligere arbeidsliv eller interesser. Ved å vise medier de kjenner seg igjen i, kan de minnes om hvem de er og hvem de har vært. Dette kan styrke selvfølelse, gi dagene mening og bedre humøret. Å arbeide med minner kalles reminisensarbeid, og kan gi bedre livskvalitet hos personer med demens (Berentsen, 2010, s. 376-377). De forteller og at det er viktig å være bevisst på å ikke velge en VR-film som kan være skremmende eller trigge vonde minner hos beboeren. Samtlige sier at det er viktig å kunne en del om bakgrunnen til beboeren, for å sørge for personsentrert omsorg. Å velge en film som passer den individuelle beboer er å arbeide personsentrert, og det å jobbe med interesser og vaner blir nevnt i Demensplanen 2020 som et viktig tiltak i omsorgen som gis til personer med demens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Informantene påpekte viktigheten av at beboerne ikke skal være overstimulert før de får på seg VR-brillene, og de var bevisste på å ikke videre overstimulere dem ved bruken. Dette kan forebygge eventuell uro. Overstimulering kan føre til stress og uønsket adferd, og kan bli fremprovosert av stimuli som farger, lyder, mennesker og forstyrrende adferd fra andre. Det kan også komme av skremmende opplevelser på film eller TV (Berglund & Kirkevold, 2011). For å hindre eventuell overstimulering både av andre i avdelingen og av beboeren som skal bruke brillene, har det ofte vært nyttig å bruke brillene på

beboerens eget rom. Dette er erfaringen til personellet som jobber med personer med moderat til alvorlig demens, og har ikke vært en nødvendighet blant de med mildere demens hvor de har kunnet bruke brillene i felleskap.

5.2.4 Implementering av rutiner for å sikre et godt aktivitetstilbud

Resultatet vårt beskriver at det varierer om tiden i arbeidsdagen strekker til, og informantene våre fortalte at det var noen dager de har tid og andre dager ikke. For å sørge for kvalitet i helse- og omsorgstjenesten er tid en nødvendig komponent (Orvik, 2015, s. 90). I resultatet fremkom det at å sette av tid til VR-brillene må passe både pasientens tidsplan og avdelingens. Det ble og sagt at av og til blir andre rutiner prioritert fremfor å bruke VR-brillene. Ved en slik problemstilling vil det være naturlig å nevne begrepene *pasienttid*, *produksjonstid* og *profesjonstid*, og disse begrepene er beskrevet av Orvik (2015, s. 90). Pasienttid følger pasientens rytme og dagsform, og går ut på pasientens egen opplevelse av tid. Her arbeider man rundt behovene til pasienten, og i dette tilfellet kan det gå ut på å ta hensyn til uro eller andre aktivitetsønsker beboerne har. Produksjonstid går ut på tiden som brukes til å produsere en tjeneste, den tiden helsepersonellet bruker på å legge til rette for og sette seg ned med beboerne og bruke VR-brillene. Profesjonstid er den tiden helsepersonell har til disposisjon i løpet av arbeidsdagen, og hvordan man fordeler denne tiden. Her skal man fordele tid mellom pasientkontakt, dokumentasjon, pauser og andre viktige rutiner (Orvik, 2015, s. 90). Under profesjonstid skal det og disponeres tid til opplæring.

Det er ikke alle som har fått opplæring i VR-brillene i virksomhetene til informantene, og dette begrunner de med at det er de som har vist interesse som har fått opplæring, i tillegg til at det har var lite tid til å gi opplæring til alle siden virksomhetene delte på VR-brillene. Om bruken av VR-briller skal fast inn i hverdagen, er det nødvendig at det utarbeides gode rutiner og at alle ansatte har tilstrekkelig opplæring. Det er og en rammefaktor at personalet kan anvende velferdsteknologi, for at implementeringen av VR-briller skal fungere og gi beboerne en god opplevelse.

Den ene informanten fortalte at hun så for seg at en fast plan på når VR-brillene skulle brukes, kunne bidra til at de ble brukt oftere. Utfordringene som informanten nevnte var prioriteringer, men også at VR-brillene kunne bli glemt i en travel hverdag. Utforming av rutiner og retningslinjer kan gi kontinuitet i bruken av VR-brillene og dermed bedre kvaliteten i omsorgen og øke den potensielle gevinst av VR-briller til personer med demens. Studien utført av D'Cunha et al. (2019) har brukt VR-briller og reminisens i forskningen, og har funnet ut at de personene med demens som brukte VR-briller satt igjen med bedre livskvalitet en de som ikke gjorde det. Konklusjonen til Moyle et al. (2018) støtter også dette, men har ikke brukt reminisens aktivt i sin forskning. Ved implementering av retningslinjer og rutiner rundt bruken av VR-briller til personer med demens, kan det bli enklere å disponere profesjonstiden til denne aktiviteten.

I tillegg til at helsepersonell med pasientkontakt har et ansvar for å disponere tid og sørge for å gi god omsorg, har ledelsen et ansvar for å sørge for god implementering av VR-briller som aktivitetstilbud. Formålet med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2017, § 1) går ut på å bidra til faglig forsvarlig helse- og omsorgstjenester, pasient- og brukersikkerhet og kvalitetsforbedring. Videre i forskriften beskrives det at «den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette» (Forskrift om ledelse

og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2017, § 3). Forskriften gjør og rede for plikten ledelsen har til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2017), og dette er det som også beskrives som PUKK-sirkelen av Orvik (2015, s. 277). PUKK-sirkelen er et hjelpemiddel i forbedringsarbeid som skal integrere teori og praksis, og plan og handling. I praksis vil blir dette gjennomført i fire trinn, som er beskrevet slik:

- Planlegge: her kartlegger man problemstillinger som i denne studien kan være mangel på tid og kontinuitet i bruken av VR-briller og at ikke alle har opplæring. Deretter planlegger man ulike tiltak for disse problemstillingene
- Utføre: prøver ut de tiltakene som er igangsatt for å forbedre praksisen
- Kontrollere: her standardiserer man tiltakene og oppretter rutiner som skal bidra til at VR-brillene blir implementert som et aktivitetstilbud. Her har ledelsen og ansvar for å sørge for at rutinene blir fulgt av ansatte og gjennomført i henholdt til aktuelt lovverk.
- Korrigere: her analyserer man om man har fått ønsket forbedring (Orvik, 2015, s. 278)

6 Konklusjon

Bruk av virtual reality (VR)-briller til personer med demens er et nytt velferdsteknologisk hjelpemiddel. Vår studie viser at VR-briller oppleves av helsepersonell som et positivt tilskudd i aktivitetstilbudet til personer med moderat demens. Disse har vist positiv respons ved å smile eller å mimre om gode øyeblikk fra gamledager. VR-brillene har gitt grunnlag for å skape en god her-og-nå-opplevelse blant beboerne. En slik opplevelse er viktig for denne pasientgruppen på grunn av demenssymptomer som gjør det herværende til det meningsbærende i hverdagen. Denne opplevelsen danner også grunnlag for samtale mellom beboer og helsepersonell, og dette kan virke identitetsstyrkende. For å implementere VR-briller i aktivitetstilbudet er det behov for gode rutiner, at det avsettes tilstrekkelig tid og at personalet har nødvendig kompetanse. Et forarbeid om pasientens interesse og bakgrunn er viktig for reminisensarbeid og god personsentrert omsorg og synes å gi bedre utbytte av VR-brillene.

6.1 Anbefaling til videre forskning

Det er fortsatt få studier som er publisert på effekten av VR-briller på pasienter med demens. Det vil derfor være behov for ytterligere forskning innen dette området der en også undersøker utbytte på ulike grader av demens, på virkning av ulike typer film og ikke minst på langtidseffekten av VR-briller på demensutviklingen.

Referanser

- Aldring og helse. (u. å.-a). Behandling og oppfølging - gode omgivelser og trening som stimulerer. Hentet 13. april 2020 fra <https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling/>
- Aldring og helse. (u. å.-b). Fakta om demens. Hentet 30. april 2020 fra <https://www.aldringoghelse.no/demens/demenssykdommer/>
- Aldring og helse. (u. å.-c). Miljøbehandling. Hentet 11. mai 2020 fra <https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling/milj%C3%B8behandling/>
- Aldring og helse. (u. å.-d). Utvilting av demens. Hentet 05. mai 2020 fra https://www.aldringoghelse.no/e-l%C3%A6ring/palliasjon-og-demens_/modul-demens-og-palliasjon/utvikling-av-demens/#3
- Aldring og helse. (u. å.-e). Velferdsteknologi. Hentet 06. mai 2020 fra <https://www.aldringoghelse.no/boligguiden/velferdsteknologi/>
- Aldring og helse. (u. å.-f). VIPS praksismodell. Hentet 05. mai 2020 fra <https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling/personsentrert-omsorg/vips-praksismodell/>
- Berentsen, V. D. (2010). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (s. 350-382). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berglend, Å. & Kirkevold, M. (2011). Hvilke faktorer i de fysiske omgivelsene hemmer og fremmer funksjon, trivsel og velvære hos personer med demens? *Sykepleien forskning* 6(1), 14-25. <https://doi.org/10.4220/sykepleienn.2011.0045>
- Brooker, D. (2013). *Personsentrert demensomsorg-veien til bedre tjeneste*. Tønsberg: Aldring og helse.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tuft, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt Forlag.
- Cooney, A., Hunter, A., Mruphy, K., Casey, D., Devane, D., Smyth, S., ... O'Shea, E. (2014). 'Seeing me through my memories': a grounded theory study on using reminiscence with people with dementia living in long-term care. *Journal of Clinical Nursing*, 23(23-24). <https://doi.org/10.1111/jocn.12645>
- D'Cunha, N. M., Nguyen, D., Naumovski, N., McKune, A. J., Kellett, J., Georgousopoulou, E. N., ... Isbel, S. (2019). A Mini-Review of Virtual Reality-Based Interventions to Promote Well-Being for People Living with Dementia and Mild Cognitive Impairment. *Gerontology*, 65(4), 430-440. <https://doi.org/10.1159/000500040>
- Dvergsdal, H. & Aabakken, L. (2019). Virtuell virkelighet. I *Store Norske Leksikon*. Hentet fra https://snl.no/virtuell_virkelighet
- Eide, H. & Eide, T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner* (bd. 2). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2004). *Demens. Fakta og utfordringer* (4. utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Flynn, D., Schaik, P. v., Blackman, T., Femcott, C., Hobbs, B. & Calderon, C. (2003). Developing a Virtual Reality-Based Methodology for People with Dementia: A Feasibility Study. *CyberPsychology & Behavior*, 6(6), 591-611. <https://doi.org/10.1089/109493103322725379>
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. (2017). Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (FOR-2002-12-20-1731). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>
- Hauge, S. (2010). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Hauge, S. (2016). Å arbeide helsefremmende i møte med personar med demens IG. Haugan & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (s. 116-125). Oslo: Cappelen Damm.
- Helbostad, J. L., Taraldsen, K. & Saltvedt, I. (2015). Demens. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboka* (s. 266-274). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). *Mestring, muligheter og mening* (St.meld. nr. 25 (2005-2006)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-25-2005-2006-/id200879/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplanen 2020*. Oslo. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet - en kvalitetsreform for eldre* (Meld. St. 15 (2017-2018)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2012). *Velferdsteknologi. Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030*. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/implementering-av-velferdsteknologi-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene-2013-2030/Implementering%20av%20velferdsteknologi%20i%20de%20kommunale%20helse-og%20omsorgstjenestene%202013-2030.pdf/_attachment/inline/cf340308-0cb8-4a88-a6d7-4754ef126db9:6f3a196c2d353a9ef04c772f7cc0a2cb9d955087/Implementering%20av%20velferdsteknologi%20i%20de%20kommunale%20helse-og%20omsorgstjenestene%202013-2030.pdf
- Helsedirektoratet. (2019). Om Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Hentet 06. mai 2020 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/velferdsteknologi>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-2019-04-10-11). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hummelvoll, J. K. (2016). *Helt - ikke stykkevis og delt* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kirkevold, M. & Gonzales, M. T. (2012). Betydningen av sansehage og terapeutisk hagebruk for personer med demens. *Sykepleien forskning*, 1(7), 52-64. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0029>
- Kitwood, T. (1999). *En revurdering af demens-personen kommer i første række*. Fredrikshavn: Dafolo forlag.
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (bd. 4). Oslo: Universitetsforlaget.
- Moyle, W., Jones, C., Dwan, T. & Petrovich, T. (2018). Effectiveness of a Virtual Reality Forest on People With Dementia: A Mixed Methods Pilot Study. *The Gerontologist*, 58(3), 478-487. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw270>
- NHI.no. (2018, 31. oktober). Reisesyke. Hentet 20. april 2020 fra <https://nhi.no/livsstil/reise/reisesyke/>
- NHI.no. (2020). Demens - en kort oversikt. Hentet 13. mai 2020 fra <https://nhi.no/sykdommer/hjernenervesystem/ulike-sykdommer/demens-oversikt/>
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse* (bd. 2). Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-2019-12-20-104). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Uviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester. (2017, 10. mars 2020). Livsfortellinger og personsentrert omsorg på sykehjem. Hentet 05. mai 2020 fra https://www.utviklingssenter.no/prosjekter/behandling/livsfortellinger-og-personsentrert-omsorg-pa-sykehjem?fbclid=IwAR1fc4sj8uzmz7kI42m-9cHRqcIL7__sG6qV8EevWz9PnIF5uZRhj5d1iqo

- Wogn-Henriksen, K. (2012). *"Du må...skape deg et liv." En kvalitativ studie om å oppleve og leve med demens basert på intervjuer med en gruppe personer med tidlig debuterende Alzheimers sykdom* (Doktoravhandling). Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet Hentet fra <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/270860>
- Wyller, V. B. B. (2019). *Syk - mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi, klinisk medisin* (4. utg.). Oslo: Cappelen Damm.

Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv til deltagere om studiens hensikt

Vil du delta i forskningsprosjektet *Virtual Reality til pasienter med demens*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke sykepleiernes erfaringer med bruk av virtual reality (VR) til pasienter med demens. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Dette er en bachelorstudie utført av sykepleierstudenter ved NTNU. Vi vil undersøke sykepleiernes og annet aktuelt helsepersonells erfaring ved bruk av VR-briller hos personer med demens, og eventuelt også gevinsten dette kan ha for denne pasientgruppen. Pasientene som er aktuelle er de med en demensdiagnose.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

NTNU Ålesund, institutt for helsevitenskap
Rigmor Einang Alnes, 1. amanuensis, NTNU
rigmor.e.alnes@ntnu.no, +47 93 08 35 05

Johanne Jacobsen, sykepleierstudent, NTNU
johanjac@stud.ntnu.no, +47 45 24 83 88

Karoline Sporstøl Rasmussen, sykepleierstudent, NTNU
karolizr@stud.ntnu.no, +47 41 21 42 69

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du er valgt ut fordi det har blitt igangsatt et prosjekt med VR-briller på din avdeling. Avdelingsleder er den som har valgt deg, fordi du arbeider med pasientgruppen og har tatt i bruk VR. Aktuelle for intervju er sykepleiere og annet helsepersonell, og du er en av 2-3 som deltar.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du ønsker å delta i dette prosjektet, innebærer det et individuelt. Vi skal ikke ha dine personopplysninger, og intervjuet blir tatt opp med lydopptaker. Intervjuet vil ta ca 45 minutter.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

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 student Johanne og Karoline, samt veileder Rigmor Einang Alnes som har tilgang til lydfilene. Lydfilene blir oppbevart i database hos NTNU inntil de er blitt transkribert.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 01.06.20. Lydfilene blir slettet etter transkribering, senest ved prosjektslutt.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller 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 NTNU Ålesund 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:

- NTNU Ålesund ved Rigmor Einang Alnes, rigmor.e.alnes@ntnu.no, +47 93 08 35 05
- Vårt personvernombud: Thomas Helgesen
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Rigmor Einang Alnes
(Forsker/veileder)

Johanne Jacobsen
(student)

Karoline Rasmussen
(student)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Virtual Reality til pasienter med demens*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju med lydopptak

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 01.06.20.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: Intervjuguide

Intervjuguide – Bruk av VR til pasienter med demensdiagnose

Hvor gammel er du?

Når ble du utdannet?

Hvor lenge har du jobbet på denne institusjonen?

1. Intro

- Når startet dere opp med bruken av VR på pasientene?
- Hva var forventningene når dere startet opp med det?
- Hvor ofte tilbys pasientene det?
- Hvem opplever dere som kandidater til bruk av VR?
- Hvordan opplever dere pasientenes innstilling til å prøve VR?

2. Hva er formålet med bruken av VR-brille på denne avdelingen/boligen?

- Opplever dere noe direkte nytte av å bruke VR briller for pasientene?
- Får pasienten bruke VR på rommet eller i fellesareal?
- Er det alltid en ansatt tilstede når pasienter bruker VR-brillene?
- Journalfører dere i Visma etter bruk av VR? Hvis ja hva noter dere?
- Følger dere noen retningslinjer ved bruk av VR-brille?

3. Hvilke typer film/program er det dere viser og/eller tilbyr

- Er det tilpasset den enkelt bruker?
- Tar videoene utgangspunkt i noe kjent for pasienten?
- Brukere dere dette videre i samtale?

4. Hva er erfaringen deres ved bruken av VR-brillene?

- Har alle ansatte fått tilstrekkelig opplæring?
- Har dere tid i arbeidsdagen å tilby brukerne det?
- Føler dere det er hensiktsmessig med VR til de med demens?

5. Generelt:

- Hva synes du om VR briller til pasienter med demens?

