

Yasen Stoyanov

Faktorer som fremmer og hemmer utøvelsen av personsentrert omsorg for mennesker med demens

Bacheloroppgave i vernepleie

Veileder: Elisabeth Bania

Mai 2022

Yasen Stoyanov

Faktorer som fremmer og hemmer utøvelsen av personsentrert omsorg for mennesker med demens

Bacheloroppgave i vernepleie
Veileder: Elisabeth Bania
Mai 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for psykisk helse

Sammendrag

Tittel: Faktorer som fremmer og hemmer utøvelsen av personsentrert omsorg for mennesker med demens

Personsentrert omsorg er en gullstandard i demensomsorgen i dag, som bygger på Tom Kitwoods omsorgsfilosofi som setter *personen* i sentrum.

Opgavens hensikt er å belyse faktorer som fremmer og hemmer personsentrert omsorg og på denne måten øke kunnskap og interesse for temaet. Fokuset er i utgangspunktet ansattes opplevelser av hva som fremmer og hemmer dem i utøvelsen av personsentrert omsorg i hverdagen. Metoden benyttet i oppgaven er en litteraturstudie som bruker fem forskningsartikler som belyser ansattes erfaringer med personsentrert omsorg.

Resultater av de studerte forskningsartiklene viser det er ulike faktorer som virker inn på personsentrert omsorg. Disse faktorene som oftest henger sammen og er i en gjensidig påvirkning. En kombinasjon av vekselvirkninger viser at implementeringsprosessen er svært kompleks. I tillegg krever en slik prosess kontinuerlig arbeid og bevissthet for å opprettholde personsentrert omsorg som en helse- og sosialfaglig praksis.

Det humanistiske grunnlaget i helse- og omsorgstjenestene, pålegger oss til å bevare personverd og fremme helse for personer med demens. Når man ser på forskning som viser i hvor stor grad det i dag utøves personsentrert omsorg, viser det at det er et stykke igjen til målet.

Vernepleiere har en særkompetanse om mennesker med demens og andre funksjonsnedsettelse, noe som gjør oss til nødvendige fagpersoner i et system i endring.

Funn i litteraturstudien viser at implementering av personsentrert omsorg er svært kompleks oppgave som avhenger av alle ledd i systemet. Vi som vernepleiere kan starte med oss selv på vårt nivå, og være vårt ansvar bevisst. Ikke minst makten til å påvirke omgivelsene, i mer eller mindre grad.

Summary

Title: Factors that promote and inhibit the practice of person-centred care for people with dementia

Person-centered care is a gold standard in dementia care today, which is based on Tom Kitwood's care philosophy that puts the *person* at the center.

The purpose of the thesis is to shed light on factors that promote and inhibit person-centered care and increase knowledge and interest in the topic. The study focuses primarily on employees' experiences of what promotes and inhibits them in the practice of person-centred care in everyday life. The method used in the thesis is a literature study that uses five peer-reviewed articles that shed light on employees' experiences of person-centred care.

Results of the studied articles show that there are various factors that affect person-centred care. These factors are most often related and are in a mutual influence. A combination of interactions shows that the implementation process is complex. In addition, such a process requires continuous work and awareness to treat person-centred care as a health and social work practice.

The humanistic basis in the health care services, puts us at task to preserve personal dignity and promote health for people with dementia. When you look at research that shows the extent to which person-centred care is practiced today, it shows that there is still some way to go.

Nurses have the needed competence about people with dementia and other disabilities, which makes us necessary professionals in a changing system.

Findings in the literature study show that the implementation of person-centered care is a complex task that depends on all parts of the system. We as health professionals can start with ourselves at an individual level and be aware of our responsibilities. Not least having the power to influence the work environment, to a greater or lesser degree.

Innhold

1. Innledning	1
1.1 Begrunnelse for valg av tema	1
1.2 Begrepsavklaring	2
1.3 Avgrensning	2
2. Teoretiske og juridiske rammer	3
2.1 Hva er demens?.....	3
2.2 Personsentrert omsorg (PSO)	4
2.3 PSO i Norge i dag.....	5
2.4 Hva er vernepleierens rolle i arbeidet med demens?.....	6
3. Metode.....	7
3.1 Litteraturstudie.....	7
3.2 Litteraturstudie steg 1: <i>Fremgangsmåte og innledende søk</i>	8
3.3 Litteraturstudie steg 2: <i>Systematisk litteratursøk</i>	8
3.4 Litteraturstudie steg 3: <i>Manuell gjennomgang og begrunnelse for valg av artikler</i>	11
3.5 Litteraturmatriser	12
3.6 Analyse	19
4. Resultater.....	21
4.1 Tid og bemanning	21
4.2 Lederansvar	22
5. Diskusjon	22
5.1 Vekselvirkninger ved innføring av PSO.....	23
5.2 Leder og medmenneske.....	24
5.3 Økonomiske forhold og implementering av PSO	25
5.4 Når helsepersonell blir instrumenter	26

5.5 Metodediskusjon	26
6. Oppsummering og konklusjon	28
7. Litteraturliste	30

1. Innledning

Biomedisinsk perspektiv har tradisjonelt vært den dominerende praksisen i helsesektoren. Biomedisinsk tilnærming fokuserer på diagnose og helbredelse, som setter mennesket i en offerrolle (Kassah & Kassah, 2009, s. 22-23; Skarstad, 2019, s. 26). Carl Rogers (1951) ble en viktig forløper til utviklingen av *klient-sentrert* praksis, som i motsetning til biomedisinsk tilnærming bygger på omsorg og respekt for *klient* i en terapeutisk relasjon. Rogers bidrag førte til et paradigmeskifte i forståelsen og utøvelsen av helse- og omsorgstjenester, også i Norge.

På 70- og 80-tallet vokste det frem psykososiale tilnærminger som ytterligere kritiserte den biomedisinske modellen. Georg Engel (1977) så behovet for å utvide datidens oppfatninger om sykdom og så på sykdom mer helhetlig, som en kombinasjon av biologiske, psykologiske og sosiale faktorer.

Med boka *The person comes first* (1997) videreutviklet Tom Kitwood Rogers' modeller, og lanserte begrepet *personhood* som betegnelse på den verdi et menneske utvises gjennom *personsentrert omsorg* (PSO). Kitwood fremhever at personen, uavhengig av relasjonen til tjenesteyter, har makt over sitt eget liv.

I dag er personsentrert omsorg den foretrukne tilnærmingen i Norge, men likevel viser studier at det er kun 40% av norske kommuner som jobber med systematisk opplæring, og innføring av metoder for personsentrert omsorg (Helsedirektoratet, 2019).

Vernepleiere har særkompetanse på brukerperspektiv, og derfor særskilt ansvar for å ivareta en personsentrert omsorg. Vernepleiere er nødvendige fagpersoner i et system i endring fra en tradisjonell til en personsentrert praksis. Som nevnt omfatter personsentrert tilnærming alle, både på individ- og systemnivå (Johansen, 2020).

På bakgrunn av dette, er problemstillingen for oppgaven: *Faktorer som fremmer og hemmer utøvelsen av personsentrert omsorg for mennesker med demens.*

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Temaet «personsentrert omsorg» vekket interesse i min praksisperiode som tredjeårsstudent på en skjermet avdeling for mennesker med demens, der ansattes arbeidsmetoder bygde på personsentrert omsorg.

Personsentrert omsorg betyr mye, både for demenslidende mennesker og tjenesteytere. Ikke bare fordi den reduserer utfordrende atferd, nevropsykiatriske symptomer og legemiddelbruk, men også fordi personsentrert omsorg er en omsorgsfilosofi hvor

personen og personens opplevelser står i sentrum. Mjørud et al (2017) viser at mennesker med demens kan kommunisere sine følelser. De vet hva som er meningsfylt for dem og har sine preferanser. Livet på et sykehjem er kjedelig, og det er ofte mangel på meningsfulle aktiviteter. Beboere må ofte akseptere og forsones seg med ressursrammene (Mjørud, et al., 2017).

Å jobbe med personer med demens er krevende og det er et stort behov for økt kompetanse og evne for etisk refleksjon. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 77). Vernepleiere er aktuelle og nødvendige fagpersoner i et system i endring fra en tradisjonell til en personsentrert praksis.

1.2 Begrepsavklaring

ADL - activities in daily life (aktiviteter i dagliglivet)

Barrierer - brukes som synonym med faktorer som hemmer PSO

DCM - Dementia Care Mapping

Demenslidende - er brukt som synonym med personer med demens og demensrammede

Demensomsorg - tjenester for personer med demens som har behov for langvarig heldøgns helse- og sosiale bistand

Fasilitatorer - brukes som synonym med faktorer som fremmer PSO

Implementering - brukes som synonym med innføring, iverksetting og realisering

PSO - personsentrert omsorg

VPM - VIPS praksismodell

Helsepersonell - brukes som synonym med personal, ansatte og personell

1.3 Avgrensning

Personsentrert demensomsorg er et svært omfattende og mangfoldig tema. Det finnes mange metoder og modeller som belyser personsentrert omsorg og demens. I denne oppgaven velger jeg noen av de viktigste, med et forsøk på å belyse faktorer som påvirker utøvelsen av personsentrert omsorg for demenslidende.

Demens betegner i diagnosemanualen ICD-10 et syndrom der seks kriterier skal være oppfylt for diagnostisering (Helsedirektoratet, 2017). Jeg velger likevel kun å redegjøre for demens overordnet som en *folkehelsesykdom*. Videre redegjør jeg for personsentrert

omsorg, Kitwoods omsorgsfilosofi, *Dementia Care Mapping* (DCM) og *VIPS praksismodell* (VPM). I tillegg belyser jeg rapporter, anbefalinger, temahefter, politiske føringer og lovverk. Disse elementene danner grunnlaget for oppgavens teoretiske og juridiske rammer (Thidemann, 2019. s. 64-65). Oppgaven belyser faktorer knyttet til PSO ut fra et ansattperspektiv. Målet for oppgaven er å øke både min og leserens kompetanse og engasjement for temaet.

2. Teoretiske og juridiske rammer

2.1 Hva er demens?

Demens er et paraplybegrep som omfatter ulike organiske sykdommer i hjernen. Det viktigste kjennetegnet ved demens er en kronisk og progredierende kognitiv svikt, som innebærer hukommelsessvikt, atferdsendringer, psykiske vansker og funksjonsfall over tid. En demensdiagnose defineres ut fra ICD-10 kodeverket hvor seks kriterier må være oppfylt. Om lag 60% av demensrammede har Alzheimers sykdom, 15-20% vaskulær demens, 15-20% demens med lewylegemer, 5% frontotemporal demens (Helsedirektoratet, 2017).

Det er estimert om lag 101 000 personer som lever med demens i Norge. Det forventes en fordobling innen 2050 (Gjøra, et al., 2020, s. 27). Demens innebærer i mange tilfeller adferdsmessige og psykologiske symptomer (Engedal og Haugen, 2018, s. 246). I løpet av sykdomsforløpet, vil personer med demens som oftest oppleve angst, agitasjon, depresjon, psykose og en rekke andre nevropsykiatriske symptomer. Medikamentell behandling av disse symptomene gir symptomlindrende virkning, men har en begrenset effekt. Bruk av psykofarmaka som antipsykotika og benzodiazepiner, kan ofte ha plagsomme bivirkninger. Dette kan føre til økt falltendens og forverring av kognitiv svikt (Engedal & Haugen, 2018, s. 249). Det finnes per i dag ingen kurativ behandling for demens.

Demens forekommer hyppigst hos eldre over 65 år. Selbæk et al (2007) anslår at over 80% av alle som bor på norske sykehjem har demens. Høy alder er en stor risikofaktor for å få demens, men personer under 65 år er også rammet. (Snoek & Engedal, 2019, s. 225).

Tidlig utredning og diagnose er svært viktig for at pasienten kan få riktig behandling og planlegge fremtiden, samt utelukke andre sykdomsårsaker. Kartlegging og utredning bør gjøres av tverrfaglig team, slik at det kan utarbeides en optimal omsorgsplan med fokus

på pasientens ressurser. Det vil være nødvendig å informere pårørende, hva en demensdiagnose innebærer og hvilken hjelp de kan få (Snoek & Engedal, 2019, s. 239).

2.2 Personsentrert omsorg (PSO)

Personsentrert omsorg (PSO) har i de siste årene vært en omsorgsstandard i demensomsorgen. Det er i dag en bred enighet om at personsentrert omsorg er den foretrukne tilnærmingen i behandlingen for personer med demens. PSO er en omsorgsfilosofi, fremfor en metode. En rekke studier viser at intervensjoner som bygger på personsentrert omsorg har et potensial til å redusere agitasjon, nevropsykiatriske symptomer og øke livskvalitet (Fazio, et al., 2018; Fossey et al., 2014; Ballard, et al., 2018). I tillegg vises det at implementering av PSO intervensjoner ha en klar sammenheng med jobbtilfredshet hos helsepersonell (Røen, et al., 2018).

Begrepet *personsentrert omsorg* ble utviklet av den britiske sosialpsykologen Tom Kitwood. I boka *Dementia reconsidered - the person comes first* (1997) utfordret Kitwood den dominerende biomedisinske forståelsen av demens, som i denne tiden fokuserte hovedsakelig på demens som et hjerneorganisk avvik. Et biomedisinsk perspektiv stempler mennesket med kognitiv svikt som et håpløst offer (Kassah & Kassah, 2009, s. 23-24). Den kognitive svikten som utvikles i løpet av sykdomsforløpet, kan gjøre personer med demens spesielt utsatte for å oppleve både tap av funksjon og tap av personverd (Engedal & Haugen, 2018, s. 301).

Kitwood (1997) hevdet at det er personen som skal behandles og ikke sykdommen. Kitwood forkastet ikke betydningen av det en demensdiagnose innebærer, men snarere forsøkte å vise at det dreier seg om personen og personens opplevelse i et bredere perspektiv. Personens opplevelse av det Kitwood (1997) kalte *personhood*, innebærer anerkjennelse og respekt for personens identitet. Et menneske er et sosialt vesen og menneskets identitet kan opprettholdes gjennom sosiale relasjoner (Kitwood, 1997). Kitwood var mer opptatt av faktorer som fremmer helse og øker livskvalitet, fremfor barrierer som skyldes sykdommen. Kitwoods humanistiske syn på mennesker med demens førte til endring i holdninger hos helse- og omsorgspersonell (McCormack et al., 2012).

For å bevare opplevelsen av *personhood*, må ifølge Kitwood (1997) grunnleggende psykologiske behov være dekket. Kitwood identifiserer fem grunnleggende psykologiske behov - trøst, tilknytning, inkludering, beskjefthet og identitet. For at PSO skal lykkes, må ifølge Kitwood disse behovene støttes opp, av helse- og omsorgspersonell. Mennesker med demens kan ha vansker med å uttrykke seg. Atferdsendring, spesielt det

som kalles utfordrende atferd kan sees som et tegn på udekte behov (Engedal & Haugen, 2018, s. 262).

For å kvalitetssikre PSO, utviklet Tom Kitwood *Dementia care mapping (DCM)*. DCM er et kartleggingsverktøy som bidrar til bedre omsorgskvalitet for personer med demens. DCM anvendes med en systematisk observasjon av demensrammedes deltakelse og trivsel (Engedal & Haugen, 2018, s. 305, 308). Som nevnt kan personer med demens ha vansker med å uttrykke seg, og DCM er et nyttig verktøy for å tolke atferd.

Den britiske psykologen Dawn Brooker, videreutviklet PSO og utarbeidet en systematisk modell. Brooker kalte modellen VIPS, der de fire bokstavene står for *V - verdsetting av personer med demens, I - Individuell tilnærming, P - personens perspektiv, S - støttende sosialt miljø* (Engedal & Haugen, 2018, s. 302). VIPS-modell (VPM) virker som et rammeverk som tydeliggjør den praktiske utøvelsen av PSO. De fire elementene kan brukes som en sjekklister som kvalitetssikrer en god faglig praksis. VPM bygger på tre viktige elementer av Kitwoods teori: strukturert teamarbeid, undervisning og veiledning, samt støttende ledelse (Engedal & Haugen, 2018, s. 308).

Røsvik et al. (2014) viser at effekten av VPM er avhengig av nærheten mellom leder og personalgruppe. Effekt av VPM på nevropsykiatriske symptomer hos pasienter avhenger av størrelsen på avdelingen og tilstrekkelig bemanning (Røsvik, et al., 2014, s. 335–346).

I tillegg til *DCM* og *VPM* kan *Marte Meo* og *Strukturert miljøbehandling* nevnes som metoder i demensomsorgen. *Marte Meo* bygger på Maria Aarts' elementer i funksjonsstøttende kommunikasjon, mens *Strukturert miljøbehandling* er en metode som bygger på Gundersons miljøterapeutiske prinsipper (Røsvik, et al., 2016, s. 10). Utøvelsen av PSO krever individuelt tilpassede tjenester og et støttende sosialt miljø, der personen står i sentrum (Snoek & Engedal, 2019, s. 243).

Psykososiale intervensjoner krever endring av atferd og holdninger (Engedal & Haugen, 2018, s. 309). Samfunnet og helsefagene er i endring, noe som Befring (2019) påpeker at innebærer etiske og juridiske utfordringer. Befring (2019) understreker at forsvarlighets, autonomi- og omsorgsprinsippene må ligge til grunn i utøvelse av helsetjenestene (Befring, 2019, s. 45-46, 55).

2.3 PSO i Norge i dag

Regjeringen har i de siste årene hatt økt fokus på mer helhetlige helse- og omsorgstjenester. Meld. St. 15 vurderer følgende som viktige satsningsområder: økt

kompetanse, tverrfaglig samarbeid og ledelse (Meld. St. 15, (2017-2018), s. 58). Regjeringen satser i *Demensplan 2025* på personsentrert omsorg som et grunnleggende prinsipp i tjenestene for personer med demens. I dag er det kun 40% av norske kommuner som jobber systematisk for opplæring og innføring av metoder for personsentrert omsorg. Det nevnes at det er en generell mangel på helsepersonell med relevant kompetanse, noe som er en utfordring i kontekst av den demografiske utviklingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 30).

Helsepolitiske føringer har satt søkelyset på viktigheten av en mer brukerorientert praksis som krever en omstilling og nytenkning. Det er behov for nye arbeidsformer og tiltak og nye holdninger. En slik kvalitetsforbedring er også et lederansvar (Meld. St. 10 (2012-2013), s. 8).

Regjeringen har flere langsiktige strategier for demensomsorg bl.a. økt kunnskap om demensvennlige omsorgsplasser. Det viser seg at mindre enheter er bedre egnet for personer med demens. Det kan bidra til sosial interaksjon, autonomi, ivaretagelse av individuelle behov og privatliv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 21, 30, 70, 81, 93). Meld. St. 38 påpeker at prinsippene for ressursprioritering bygger på verdigrunnet i helse- og omsorgstjenesten. Pasientene skal få likeverdig tilbud ut fra det ukrenkelige menneskeverd. Gode kvalitetstjenester, faglig forsvarlighet, menneskeverd og solidaritet med de svakeste står sentralt. Det legges vekt på menneskets helhetlige behov (Meld. St. 38 (2020-2021), s. 7, 16-17). Rapporten *Prioriteringer i Helsesektoren* (2012) viser at tildeling av ressurser mellom pasientgrupper og valg av tiltak kan være problematisk og kan gi forskjell i budsjetttrammene mellom ulike kommuner. (Helsedirektoratet, 2012, s. 28-29, 67).

2.4 Hva er vernepleierens rolle i arbeidet med demens?

Rundt 10% av Fellesorganisasjonens vernepleiermedlemmer jobber med personer med demens i Norge (Tokovska & Lie, 2019, s. 74). Det praktiske vernepleiefaglige arbeidet i primær- eller spesialisthelsetjenesten, omfatter flere dimensjoner på individ- og systemnivå. Som helsepersonell er vernepleiere underlagt forsvarlighetskravet i helsepersonelloven (1999, §4-1), som er en *rettslig standard* som tilsier at helse- og omsorgstjenester som bruker får, skal ytes faglig forsvarlig. Dette innebærer blant annet at helsehjelpen skal være basert på oppdatert fagkompetanse, et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud, et verdig tjenestetilbud der personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 4-1).

Vernepleiere har en bred kompetanse i helse- og omsorgssektoren, og en særkompetanse om funksjonsnedsettelse i et livsløpsperspektiv. Mye av arbeidet består av brukermedvirkning, samhandling og relasjon (Tokovska & Lie, 2019, s. 76, 77, 81). Brask et al. (2017) vektlegger at vernepleiere kan være en viktig støttespiller i en *partnerrolle* og en *ansvarsrolle*. (Brask, et al., 2017, s. 66-67, 79, 115). På denne måten kan vernepleiere være en ambassadør for personer med demens. Vernepleiere skal i henhold til *Vernepleierforskriften* anvende sin kompetanse og kjerne roller på både *individ-* og *systemnivå* (2019, §4d). Ethvert tjenestested er underlagt helsepersonelloven (1999) §16 som plikter tjenestested å være organisert" slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter". Som helsepersonell er vi forpliktet å melde om avvik.

Fellesorganisasjonen begrunner PSO også etisk i *Yrkesetisk grunnlagsdokument* der det heter at vernepleiere "skal ta utgangspunkt i brukernes/ klientenes egne verdier, kunnskap og ressurser" (FO, 2019, s. 2).

Personsentrert tilnærming omfatter alle, både på individ- og systemnivå (Johansen, 2020). Helsepolitiske føringer understreker viktigheten av brukerperspektiv (Meld. St. 38 (2021), s. 108). I kraft av utdanningen, er vernepleiere pålagt å være pådriver for utøvelse av PSO i demensomsorgen.

3. Metode

3.1 Litteraturstudie

Valg av metode i bacheloroppgaven er forhåndsbestemt ut fra formelle krav. Metoden benyttet i oppgaven bygger på *litteraturstudie-trinnene* fremstilt i Thidemann (2019, s. 78-79). Disse har fungert som en sjekklister.

Kunnskapsgrunnlaget i denne oppgaven er hentet fram gjennom systematisk søk, og teorier relevant for tema og problemstilling. Formålet er å belyse oppgavens problemstilling, gjennom en systematisk innsamling av, og gjennomgang av de fagfellevurderte forskningsartiklene. De fem utvalgte artiklene har blitt lest, vurdert kritisk, analysert og sammenfattet opp mot oppgavens problemstilling (Thidemann, 2019, s. 75, 77-79). I det følgende har jeg valgt å dele arbeidet i litteraturstudien i 3 trinn.

3.2 Litteraturstudie steg 1: Fremgangsmåte og innledende søk

Første steg i søkeprosessen begynte med samtaler med praksisveileder. I praksisperioden ble jeg kjent med metoder og tiltak som bygger på personsentrert omsorg. Jeg ble anbefalt av veileder å lese om *Dementia Care Mapping* og *VIPS praksis modell*. Innledende søk begynte med disse. Det ble også gjort en gjennomgang av utvalgt pensumlitteratur. Boka *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling* av Engedal og Haugen (2018), samt *Psykatri for helse- og sosialfagutdanningene* av Snoek & Engedal (2019) var i arbeidets første fase hovedkilder og et utgangspunkt for søkeprosessen. Engedal & Haugen (2018) har et eget kapittel om personsentrert omsorg og gjennomgang av referanselisten i denne ga a) gode søkeord og ordkombinasjoner, og b) aktuelle, og relevante forskningsartikler, som ble brukt som et videre innledende søk i databasene Oria, og Google Scholar (Thidemann, 2019, s. 81).

Jeg søkte litteratur på engelsk for å få en oversikt av omfanget av internasjonal forskning. Forskning på tvers av kulturer kan gi en bredere forståelse og kan danne viktig kunnskap i forskningsfeltet. Et enkelt søk av ordkombinasjonen «person-centred care dementia» ga over 1296 treff på Pubmed. Et slikt søk på Oria ga enda flere treff. Dette er noe som viste at søket burde avgrensnes og ulike søkekriterier burde tas i bruk. Det ble også gjort manuelle søk av artikler som henviser til andre artikler i sine referanselister. Den forberedende startfasen dannet en god oversikt over litteraturomfang og ga videre valgmuligheter for avgrensning av litteratursøket, noe som dannet fundamentet for et mer systematisk søk.

3.3 Litteraturstudie steg 2: Systematisk litteratursøk

Thidemann (2019) skriver at et «systematisk litteratursøk er planlagt, begrunnet, dokumentert og etterprøvbart» (Thidemann, 2019, s. 82). Ulike verktøy (IMRaD, sjekklister og PICO) ble benyttet for å sikre kvaliteten av litteratursøket underveis. Det systematiske søket bygger på ulike trinn presentert av Thidemann (2019, s. 82-90) og er dermed et rammeverk for dette arbeidet.

For å gjøre søket så presist som mulig, ble det benyttet PICO-skjema. PICO (Population/ Intervention/ Comparison/ Outcome) er et verktøy som kan tas i bruk både i startfasen i et litteratursøk og ved senere anledning for å evaluere et søk eller valg av artikler. Et eksempel på fremgangsmåten som er gjort tidlig i arbeidsprosessen vises i tabellen under.

Tabell 1. PICO-skjema.

P Population/patient/ problem Hvem?	I Intervention Hva?	C Comparison Alternativer	O Outcomes Resultater
Dementia patients	Implementing person-centered care	x	Facilitating factors and barriers

Kolonnen "Comparison" i tabellen, er tom siden intensjonen er ikke til å sammenligne "personsentrert omsorg" med en annen type omsorg. Tabellen gir en god oversikt av de ulike elementene fremstilt som ordkombinasjoner. Dette gir et grunnlag for en søkestrategi (Thidemann, 2019, s. 84).

Helsebiblioteket er en ressursbank med bl.a verktøy til litteraturstudier, som sjekklister, databaser og andre kunnskapsressurser. Kunnskapspyramiden er et annet nyttig verktøy som kan hjelpe med å kvalitetssikre et litteratursøk (Thidemann, 2019, s. 85).

To ulike databaser ble valgt for det systematiske litteratursøket - Web of Science og PubMed. Artikkene som ble valgt ut, fantes i begge databasene. Ved alle søk ga Web of science flere treff enn PubMed. Web of Science ble prioritert fordi den er mer brukervennlig, gir en god oversikt, har gode avgrensingsmuligheter, full informasjon om tidsskriftartikkelen og Impact factor av tidsskriftet som har publisert en artikkel.

De utvalgte *inkludjonskriteriene* var: Document type - Article; sorted by: enten relevance eller highest citations. Ved å sortere treff etter «flest siterte», fant jeg sentrale og pålitelige artikler som er vel kjent i forskningsområdet, mens treff sortert etter «relevans» og «dato (nyest først)», ga treff av nyere dato, dvs mer oppdatert forskning. Som *ekskludjonskriterie valgte jeg*: Publication years 2017-2022. Søkeord med «and» ble også benyttet for å få treff på artikler som handler om 2 søkeord. Se søkelogg (*tabell 2*) for detaljer.

I søkeloggen kan det se ut som, at i enkelte søk som gir mange treff, er det blitt lest kun noen få abstract og enda færre artikler. Grunnen til det er at enten: a) at jeg som nevnt valgte gå etter flest siterte, pålitelige og relevante artikler; b) at mange av artiklenes overskrift hadde fokus på en annen pasientgruppe eller et tiltak; eller c) at overskriften i artiklene er utenfor mitt kompetanseområde.

Søkematriksen (*tabell 2*) på neste side, viser et systematisert litteratursøk (ikke innledende søk), etter dato, søkeord, avgrensninger/database, antall treff, leste abstract, leste artikler og artikler inkludert:

Tabell 2. Søkelogg

Søkedato	Søknr.	Søkeord og kombinasjoner	Avgrensninger Database	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
20.04.22	1	VIPS framework person-centred care	Web of Science Publication years 2017-2022, article, exclude review articles, sorted by: relevance	3	3	2	2 - (Røsvik & Mjørud, 2021); (Oppert, et al., 2018)
21.04.22	2	TIME – Targeted interdisciplinary model for evaluation and treatment of neuropsychiatric symptoms	Web of Science Publication years 2017-2022, article, exclude review articles, sorted by relevance	3	3	3	0
29.04.22	3	Non-pharmacological treatment options dementia	Web of Science Publication years 2017-2022, article, exclude review articles, sorted by citations: highest first	16	4	1	0
29.04.22	4	Impact of person-centred care in nursing homes	Web of Science Publication years 2017-2022, article, exclude review articles, sorted by citations: highest first	87	23	8	0
02.05.22	5	Care workers experiences of person-centered care	Web of Science Publication years 2017-2022, article, exclude review articles, sorted by citations: highest first	23	9	6	1 - (Kadri, et al., 2018)
03.05.22	6	Healthcare providers facilitators to person-centered care	Web of Science Publication years 2017-2022, article, exclude review, articles, sorted by relevance	15	4	2	1 - (Moore, et al., 2016)
08.05.22	7	Barriers and facilitators to person-centered interventions in nursing home	PubMed Publication years 2017-2022, classical article, sorted by most recent	13	5	3	1 - (Kloos, et al., 2020)

3.4 Litteraturstudie steg 3: Manuell gjennomgang og begrunnelse for valg av artikler

Søk nr. 1 ga 3 treff på Web of Science. *We must have a new VIPS meeting soon! Barriers and facilitators for implementing the VIPS practice model in primary health care* (Røsvik & Mjørud 2021) var en artikkel der forfatteren Janne Røsvik allerede var kjent. Det var interessant å oppdage, at samme ordkombinasjon brukt på PubMed ikke viste frem samme artikkel som et mulig treff ved samme søk. Dette var noe som pekte på viktigheten av å presisere søket, samt fordelene med å bruke ulike databaser. Selve artikkelen finnes i databasen, men fremgangsmåten for å finne den, krevde omformulering av søkeord som f.eks. "VIPS practice model" uten ordet "framework". *Knowledge, facilitators and barriers to the practice of person-centred care in aged care workers: a qualitative study* (Oppert, et al., 2018) viste seg å være en uventet artikkel som biprodukt av søket, som er av høy relevans til problemstillingen.

I søk nr. 2 på *Web of Science* fant jeg en artikkel som jeg allerede i innledende søk hadde funnet i *Google Scholar*. Denne studien om TIME (Lichtwarck, et al., 2018) ble senere vurdert mindre relevant, både med tanke på oppgavens problemstilling og begrensede rammer. Søk nr. 3 var en orientering i et allerede etablert felt - "*non-pharmacological treatment options dementia*". Dette var et forsøk på å dobbeltsjekke om eventuelle andre ikke-medikamentelle tilnærminger var aktuelle i forskningen i dag. Etter en vurdering, ble denne retningen valgt bort. Søk nr. 4 "*impact of person-centred care in nursing homes*" var rettet ut mot innvirkningen en personsentrert omsorg har på et omsorgshjem. Jeg leste gjennom noen av de artiklens abstract søket ga treff til. Det dukket opp noen artikler som jeg hadde sett ved tidligere søk. De beskrev de positive innvirkningene personsentrert omsorg har for mennesker med demens, noe som er godt dokumentert. Dette bekreftet min intensjon til å gå etter faktorer som fremmer og hemmer utøvelsen av personsentrert omsorg. Det ble ikke valgt ut noen artikler ved dette søket.

I søk nr. 5 sorterte jeg mine treff etter flest siterte. Dette var et forsøk på å finne studier med godt dokumenterte opplevelser helsepersonell har, med utøvelsen av personsentrert omsorg. Jeg har utelatt ordet *demens*, for å se et bredere perspektiv. Likevel, endte jeg opp med at en artikkel som også handlet om demensomsorg. *Care workers, the unacknowledged persons in person-centred care: A secondary qualitative analysis of UK care home staff interviews*, (Kadri, et al., 2018) utforsker ansattes egne opplevelser av å være ansatt i et personsentrert omsorgssystem, noe jeg mente var relevant for min problemstilling. Søk nr. 6 gikk videre på hvordan helsepersonell kan være fasilitatorer for personsentrert omsorg. Søkekombinasjon "*Healthcare providers*

facilitators to person-centered care” ga 15 treff og den mest siterte artikkelen handlet om personsentrert omsorg i ulike kontekster i helsesektoren. Studien forsøker å identifisere barrierer og fasilitatorer som virker på utøvelsen av PSO ved å intervju forskere ved universitetet i Gøteborg som har forsket selv på PSO (Moore, et al., 2016). Det interessante her er at det ble brukt som inklusjonskriterie artikler fra de siste fem år. Artikkelen på Web of Science daterte *first published* 2017, mens nettsiden jeg ble henvist til viste til 2016 som publiseringsdato.

Den siste studien inkludert i denne oppgaven kom ved systematisk søk nr. 7. Artikkelen til Kloos et al. (2020) forsker på hva ansatte opplever som barrierer og fasilitatorer knyttet til PSO-intervensjon. Denne studien kan gi svært nyttig data, siden den kombinerer kvalitativ og kvantitativ metode.

I PubMed søkte jeg med søkeordene «Barriers and facilitators to person-centered interventions in nursing home» og valgte etter Publication years 2017-2022, classical article, «sorted by most recent».

Gjennom bruk av sjekklister (Helsebiblioteket, 2020), gjennomførte jeg kritisk vurdering av alle artikler (Thidemann, 2019, s. 91), og fikk bekreftelse på at artiklene både holdt nødvendig vitenskapelig standard, og var av relevans for oppgavens problemstilling. Det finnes ulike sjekklister for ulike design. I dette tilfellet er fire av de fem utvalgte artiklene, kvalitative studier, mens artikkel nr. 5 bruker både kvalitativ og kvantitativ metode. Disse er fremstilt i litteraturmatriser i *tabell 3* under.

3.5 Litteraturmatriser

I følgende litteraturmatriser (*tabell 3-7*) fremvises deskriptivt hensikt, metode, utvalg, resultater, kvalitet, etikk og metodiske styrker og svakheter for hver av de fem utvalgte artiklene. I tillegg vurderes artiklenes relevans for oppgavens problemstilling. Enkelte artikler har et forskningsdesign som er litt uoversiktlig. Dette gjør det krevende å presentere de i kort tekst i litteraturmatrisene. Det er benyttet skriftstørrelse 9 og enkel linje- og avsnittsavstand i teksten.

Tabell 3. Artikkel 1

Full referanse	Rosvik, J., Mjorud, M. (2021). 'We must have a new VIPS meeting soon!' <i>Barriers and facilitators for implementing the VIPS practice model in primary health care</i> . Dementia (London), 14713012211007409. https://doi.org/10.1177/14713012211007409
Hensikt	Undersøke ledernes opplevelser i Helse- og omsorgstjenesten for å identifisere faktorer som fremmer og hemmer implementering og bruk av VIPS praksismodell (VPM) i Hjemmesykepleien og sykehjem.
Metode	Kvalitativ innholdsanalyse av individuelle intervju med personell i lederstillinger
Utvalg	Land: Norge. 17 deltakere/informanter med en ansvars- eller lederrolle som representerte 10 ulike arbeidsplasser. Inklusjonskriterier: arbeidsplassen må ha implementert VPM og at deltakerne må ha deltatt på alle avtalte møter i en periode av minst 12 måneder.
Resultater	Analysen identifiserer tre <i>hovedkategorier</i> som beskriver implementeringsprosessen: 1) faktorer som påvirker beslutninger som tas på kommunalt nivå for implementering av personsentrert omsorg <i>to underkategorier:</i> a) ledelsens "ethos" og "rationale" og b) "champions outside and inside the organisation" 2) betingelser/krav for iverksetting på enhetsnivå <i>tre underkategorier:</i> a) lederengasjement, b) stabilitet blant personalgruppen og c) personopplæring (tidskrevende). 3) faktorer som er med på å understøtte de nye rutine <i>fire underkategorier:</i> a) den bestemte sykepleieren, b) ledere som etablerer struktur, c) mestring og positive resultater og d) veiledning av personalet Resultatene på de tre områdene viser en gjensidig påvirkning. Resultat på et område påvirket resultat på et annet område. Dette er noe som bekreftes av deltakerne/informantene som beskriver de samme faktorene som avgjørende for implementering av VPM.
Kvalitet	Svakheter: Kun enheter som hadde tatt i bruk VPM ble inkludert. Enheter som ikke klarte å implementere VPM ble ikke inkludert i studien. Erfaringer av disse, kunne ha bidratt til nyttig informasjon om barrierer som hindrer implementering av VPM. Styrker: Ledere fra alle de fire helseregionene og fra større og mindre kommuner ble inkludert, samt administrative ledere på kommunalt nivå ble intervjuet.
Etikk	Studien ble godkjent av Norwegian Center for Research Data (NSD) og alle respondenter har signert og samtykket til å delta i studien.
Relevans	En studie som utforsker faktorer som virker på implementering av VPM i norske sykehjem ut fra et lederperspektiv. Forskerne skriver at studiens resultater kan benyttes som en veileder for implementering og bruk av VPM, siden informantene har hatt suksess i deres praksis på enheter der de er ansatte som ledere.

Tabell 4. Artikkel 2.

Full referanse	Oppert, M. L., O'Keeffe, V. J., & Duong, D. (2018). <i>Knowledge, facilitators and barriers to the practice of person-centred care in Aged Care Workers: A qualitative study</i> . Geriatric Nursing. Volume 39, Issue 6, November 2018, Pages 683-688. Retrieved May 12, 2022, from https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197457218302143
Hensikt	Å belyse mindre synlige kategorier og temaer i innsamlet data med formål å identifisere, utforske og analysere temaer relatert til konseptet personsentrert omsorg, med vekt på barrierer og fasilitatorer, ut fra omsorgsarbeideres forståelse
Metode	Kvalitativ innholdsanalyse av individuelle semistrukturerte intervjuer med helse- og omsorgsarbeidere i eldreomsorgen
Utvalg	Land: Australia. 17 deltakere/informanter (7 kvinner og 5 menn) med en gjennomsnittsalder på 45,6 år, som yter tjenester til beboere med både og uten kognitiv svikt på 2 forskjellige omsorgsboliger for eldre. Alle deltakere var sertifiserte til å utøve omsorgstjenester, hvor 8 av deltakerne hadde videre helsefaglige kvalifikasjoner der noen av dem var ikke utstedt i Australia. 4 deltakere jobbet deltid på omsorgssenteret, 5 hadde engelsk som andrespråk. Deltakernes erfaring innen helse, var 6,3 år i gjennomsnitt. Omsorgsarbeidere som hadde minimumskravet av 3 måneders erfaring i avdelingen fikk rett til å delta i studien.
Resultater	Analysen avdekker at omsorgsarbeidere på de to avdelingene har en rimelig, men ufullstendig forståelse av personsentrert omsorg. Utilstrekkelig tid og beboernes demensatferd fungerte som barrierer for omsorgsarbeideres tilbud om personsentrert omsorg. Teamarbeid ble funnet å lette personsentrert omsorg ved å øke instrumentelle og relasjonsressurser.
Kvalitet	Svakheter: Gitt mangfoldet til deltakerne, kan resultatene være generaliserbare til organisasjonen som yter omsorgstjenester. Resultatene bør interpreteres med forsiktighet. Økologisk validitet kan anvendes kun til eldreomsorgen. Styrker: Utvalg størrelsen i studien er tilstrekkelig. Anvendelsen av innholdsanalyse ved bruk av VIPS-rammeverket er ny, men fremtidige studier kan replikere med bredere studier for å øke nøyaktigheten av funnene. Fordelene med å bruke tematisk analyse inkluderer evnen til å fremheve likheter og forskjeller innenfor datasettet, og tillate sosial og psykologisk tolkning av data. Sitater fra deltakere er blitt brukt for å fremheve betydningen som tilskrives bestemte temaer, og dermed tillate deres autentiske opplevelse skal uttrykkes ordrett.
Etikk	Studien ble godkjent av Universitetets Human Research Ethics Committee og av deltakernes organisasjon. Alle respondenter har signert og samtykket til å delta i studien.
Relevans	Undersøker omsorgsarbeideres forståelse av personsentrert omsorg og barrierer og fasiliteringsfaktorer ift problemstillingen.

Tabell 5. Artikkel 3.

Full referanse	Kadri, A., Rapaport, P., Livingston, G., Cooper, C., Robertson, S. & Higgs, P. (2018). <i>Care workers, the unacknowledged persons in person-centred care: A secondary qualitative analysis of UK care home staff interviews</i> . PLoS ONE 13(7): e0200031. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200031
Hensikt	Studien tar sikte på å utforske hvordan ansattes opplevelse av "personhood" som utøver personsentrert omsorg til personer med demens kan forstås ved å fokusere på ansattes egne erfaringer.
Metode	Sekundær kvalitativ analyse av intervjuer
Utvalg	Land: Storbritannia. 25 deltakere - helse- og omsorgspersonell utført i 2014-2015. Omsorgshjem og ansatte ble utvalgt for maksimal variasjon for å inkludere en blanding av omsorgsboligers størrelser, typer og lokasjoner (by og landlige områder); og individuelle ansattes bakgrunn (kjønn, alder, etnisitet, nasjonalitet), roller og erfaringsnivåer. Ansatte fra 6 omsorgsboliger ble intervjuet. Lydopptak av intervjuene ble lagret og transkribert ordrett.
Resultater	Sekundæranalysen gjennomført i 3 trinn. Forskerne trekker frem 2 hovedtema knyttet til ansattes opplevelse av "personhood": <ol style="list-style-type: none"> 1. Helse- og omsorgspersonell ikke akseptert som likeverdig: <ul style="list-style-type: none"> - ble ikke ansett for å være utsatt for vold - behov for pusterom fra følelsesmessig belastning og støtte udekket - ansatte sett på som hjelpemiddel - mangel på respekt for identitet 2. Generell mangel på anerkjennelse av det moralske omsorgsarbeidet de ansatte utøver; arbeidet med komplekse relasjoner, som en del av personsentrert omsorg, er redusert til rutinemessige oppgaver. <ul style="list-style-type: none"> - personalet er fanget i en konflikt mellom personsentrert omsorg og et oppgaveorientert system - manglende opplevelse av kontroll og verdi - ledelse og personal to motstridende krav og press
Kvalitet	Svakheter: Intervjuene fokuserte ikke eksplisitt på temaer om personalets "personhood", og det er sannsynlig at noen ansatte ville være mindre spontane når de kommer med sine synspunkter på slike spørsmål. En større utvalgsstørrelse ville vært mer opplysende. En større utvalgsstørrelse kunne også ha bidratt til å skille ut noen av problemstillingene rundt forskjeller i profesjonelle og ikke-profesjonelle roller og individuelle kulturer, i et klart mer komplekst bilde. Styrker: Denne studien analyserer på nytt et konsept som så ut til å være tilstede, men som ikke ble spesifikt adressert i den primære analysen, noe som fører til generering av ny kunnskap og større nytteverdi av det originale datasettet. Slike tilnærminger kan ha spesiell nytte for å adressere et sensitivt forskningsområde, som ellers kanskje ikke har vært undersøkt. Det er åpenbart betydelig kompleksitet i problemstillingene som tas opp og dermed et tilsvarende behov for en mer direkte forskning, både innenfor denne gruppen og innenfor bredere settinger for å bedre forstå personligheten til omsorgspersonell.
Etikk	Studien ble godkjent av National Research Ethics Service (NRES) committee London—Queen's Square gave ethical approval for the study; reference number 14/ L0/ 0697.
Relevans	Studien belyser ansattes egne opplevelser av å være person i et personsentrert omsorgssystem. Studien gir nyttig informasjon om hvordan ansattes personverd er ivaretatt

Tabell 6. Artikkel 4.

Full referanse	Moore, L., Britten, N., Lydahl, D., Naldemirci, Ö., Elam, M., & Wolf, A. (2016). <i>Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different healthcare contexts. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 31(4)</i> , 662–673. https://doi.org/10.1111/scs.12376
Hensikt	Å utforske barrierer og muligheter for iverksetting av intervensjoner basert på personsentrert omsorg (PSO), som definert av GPCC-modellen (Gothenburg model of person-centered care), i ulike helse- og omsorgs settinger.
Metode	Kvalitativ studie med 18 semistrukturerte intervjuer i 2013-2014.
Utvalg	Land: Sverige og Storbritannia. Kvalitative intervjuer ble utført med et målrettet utvalg av 18 forskere. Et internasjonalt team ved Gøteborg Sverige og Exeter Storbritannia valgte ut 7 ut av 40 prosjekter. De utvalgte prosjektene representerte tjenesteyting i et bredt spekter innen helsesektoren som kunne sette søkelyset på mulige barrierer og fasilitatorer i ulike stadier av implementering. 3 forskere intervjuet 18 deltakere som hadde engelsk som andrespråk. En semistrukturert intervjuguide ble utviklet av forskerteamet for å generere utvidede og reflekterende svar på definisjonen av PSO og hvordan PSO ble operasjonalisert. Intervjuene ble tematisk analysert, ved å ta i bruk noen grunnleggende trekk ved grounded theory, ved å bruke en tolkende tilnærming for å prioritere deltakernes beretninger, perspektiver og erfaringer med PSO.
Resultater	Analysen identifiserer tre hovedtemaer som avdekker barrierer for implementering av personsentrert omsorg: <ol style="list-style-type: none"> 1. tradisjonell praksis og strukturer - biomedisinsk tankegang, fysiske begrensninger, tidsmangel 2. skeptiske og stereotype holdninger fra fagfolk - pasienter er oversett 3. faktorer knyttet til utvikling av personsentrerte intervensjoner - pasientgruppe, intervensjonsdesign, setting og dokumentasjon Faktorer som fasiliterer personsentrert omsorg: <ol style="list-style-type: none"> 1. organisasjon og ledelse - ledere som rollemodeller og tverrfaglig samarbeid 2. PCC opplæring og utdanning - kommunikasjon 3. fagpersoner med positive holdninger og tilnærminger - fagpersoner med genuin engasjement og interesse, villig til å validere, dokumentere og erkjenne personen. Likeverdig relasjon.
Kvalitet	Svakheter: Prosjektene som er studert er på forskjellige stadier av utvikling og implementering, og noen intervjuobjekter kunne relatere til tidligere erfaringer og abstrakte eller hypotetiske situasjoner. I tillegg ble pasienter ikke intervjuet for denne forskningsstudien. Studien konsentrerer ikke på demens Styrker: Mangfoldet av de ulike helse- og omsorgs kontekster i studien gir et bredt spekter av erfaringer og tilnærminger knyttet til utviklingen av PCC under gransking.
Etikk	Alle deltakerne har gitt sitt informerte samtykke og ble tildelt et nummer for å sikre anonymitet. Studien har fulgt de etiske retningslinjene vedtatt av the Swedish Research Council
Relevans	Studiens fokusområde er ikke demens, men likevel utforsker et bredt spekter av faktorer som har innvirkning på personsentrert omsorg i et bredere setting. Funnene i denne studien kan fungere som veiledning for tjenesteytere som utøver personsentrert omsorg i ulike kontekst.

Tabell 7. Artikkel 5.

Full referanse	Kloos, N., Drossaert, C. H. C., Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., & Westerhof, G. J. (2020). <i>Exploring facilitators and barriers to using a person centered care intervention in a nursing home setting</i> . <i>Geriatric Nursing</i> , 41(6), 730–739. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.04.018
Hensikt	Å innhente kunnskap om opplevde fasilitatorer og barrierer i bruk av PCC-intervensjon. Studien utforsker data, rapportert av helse- og omsorgspersonell for bruk av PCC-intervensjon rettet mot: (1) <i>assessment av well-being</i> , (2) <i>Planning Support of well-being</i> og (3) <i>Daily Support of well-being</i> .
Metode	Denne studien er en metodetriangulering som kombinerer: a) Kvalitative semistrukturerte intervjuer og b) Kvantitativ spørreundersøkelse Avhengige variabler: Intensjon om å bruke intervensjonen, og faktisk implementering ble inkludert som avhengige variabler. Uavhengige variabler for intensjon og gjennomføring: Tilgjengelighet av kritiske determinanter som kan påvirke intensjonen om å bruke og implementere intervensjonen ble målt basert på Measurement Instrument for Determinants of Innovations (MIDI). Ytterligere variabler: De er også uavhengige variabler Demografisk informasjon og arbeidsrelatert informasjon ble samlet inn ved baseline. Kvantitativ data - spørreundersøkelse - analysert med IBM SPSS 24. Kvalitativ data - Intervju data analysert med Atlas.ti 8.0.
Utvalg	Land: Nederland. Helsepersonell innenfor 17 sykehjem i én nederlandsk omsorgsorganisasjon, fikk en obligatorisk opplæring i “ <i>assessing and supporting resident well-being</i> ”. De tre komponentene i intervensjonen ble introdusert i en opplæring bestående av fire to-timers interaktive ansikt-til-ansikt-møter i grupper på ca. 14 deltakere. Semistrukturert intervju: med 11 helsepersonell, 2-11 uker etter gjennomført obligatorisk opplæring i “ <i>assessing and supporting resident well-being</i> ”. Deltakerne hadde en gjennomsnittsalder på 42.5 år og en gjennomsnitts arbeidserfaring som sykepleiere fra sykehjem på 13.3 år. Intervjuene ble gjennomført på telefon og hadde en varighet mellom 15 og 29 minutter. Lyddoptak ble lagret og transkribert ordrett. Spørreundersøkelse: ble gjennomført 3 uker etter gjennomført obligatorisk opplæring. Baseline spørreskjema ble utfylt av 132 (31%) helsepersonell og dekket potensielle determinanter om intensjonen om å bruke intervensjonen. Deltakerne hadde en gjennomsnittsalder på 47,5 år med en gjennomsnitts arbeidserfaring på 19 på 19,6 år fra sykehjem. 122 identifiserte seg som kvinner. Ved baseline estimerte deltakerne at de brukte en stor prosentandel av arbeidstiden på lykke og engasjement, og på de grunnleggende psykologiske behovene. 63 deltakere (15 % of baseline utvalg) tre måneder senere for å måle den faktiske gjennomføringen av intervensjonen.
Resultater	Intensjon om å bruke intervensjonen vs faktisk implementering. Intervjustudie - 6 deltakere diskuterte spesifikt sin intensjon om å bruke intervensjonen. 2 av dem hadde intensjon til å bruke intervensjonen, 2 gjorde det ikke, og 2 var usikre. Alle deltakere diskuterte selve gjennomføringen av intervensjonen, hvorav kun 3 oppga at de hadde brukt fortsatt intervensjonen etter at opplæringen ble avsluttet. Spørreundersøkelse studie - Ved baseline var det bare rundt en tredjedel av deltakerne i undersøkelsen som hadde intensjon om å implementere “ <i>Assessment of well-being and Planning Support of well-being</i> ”, mens et flertall av deltakerne hadde intensjon om å bruke “ <i>Daily Support of well-being</i> ”-intervensjon (annen

	<p>intervensjon). Ved oppfølging hadde de fleste helsepersonell ikke brukt "Assessment of well-being or Planning Support of well-being" sin daglige omsorgspraksis med beboere. Imidlertid brukte de fleste helsepersonell "Daily Support of well-being" med minst halvparten av beboerne i deres daglig omsorgspraksis. Intensjonen om å bruke intervensjonen var relatert til implementering kun for "Daily Support of well-being".</p> <p>Fasilitatorer vs Barrierer ved bruk av intervensjonen</p> <p>Viktige determinanter -</p> <p>Kompatibilitet - mer enn 60% opplever at den passer sammen med andre tilnærminger som promoterer "well-being"</p> <p>Effektivitet - enighet om at intervensjonen oppleves som effektiv</p> <p>Brukervennlighet - oppleves lett å bruke, noen opplever vansker med å rapportere i pasientjournal og digital for "assessing well-being" foretrekkes.</p> <p>Kompatibilitet oppleves som en fasilitator.</p> <p>Intervjuene viser tegn på viktigheten av å ta avgjørelser og jobbe i team.</p> <p>Mer enn 60% opplevde "støtte fra kolleger" som en fasilitator, mens "knowledge" som både en brukerrelatert barriere og fasilitator.</p> <p>Intervjuene avdekket tre viktige temaer angående determinanter knyttet til organisasjonen: <i>tid, planlegging og opplæring</i>.</p> <p>Mer enn 40 % av undersøkelses deltakerne rapporterte at det ikke var nok <i>tid</i> tilgjengelig, og svarte negativt i forhold til <i>tilstrekkelig bemanning</i> og å ha en klar <i>gjennomføringsplan</i>. Videre skisserte deltakerne at de ikke kjente til en <i>koordinator</i> som var ansvarlig for gjennomføringen av intervensjonen i deres sykehjem. Til slutt indikerte over 60 % av deltakerne at organisasjonen var midt i en organisatorisk omstrukturering. <i>Tid, gjennomføringsplan og ustabil kontekst</i> oppleves som barrierer for implementering av intervensjonen.</p>
Kvalitet	<p>Svakheter: Kombinasjon av ulike informasjonskilder har gitt et klart bilde av fasilitatorer og barrierer. De nøyaktige kriteriene kan imidlertid diskuteres. De moderate korrelasjonene og begrenset forklart varians indikerer vanskeligheter med å forutsi pleiepersonells intensjon og faktiske implementering. Det er ikke mulig å sammenligne disse resultatene da forskerne ikke kjenner til andre studier som undersøker dette i sykehjem sammenheng. Det er et begrenset antall intervjuer og denne undersøkelsen nådde ikke det anbefalte antallet deltakere som fremhever vanskeligheten med å rekruttere pleiepersonell til å delta i vitenskapelige studier. I tillegg ble det ikke samlet nok informasjon om manglende deltakelse eller frafall og resultatene bør derfor tolkes med forsiktighet.</p> <p>Styrker: Intervjuene kombinert med kvantitativ data, gir fortsatt verdifull data for PSO. Forskerne skriver at de inkluderte sykehjem i Nederland er avansert i arbeidet med å implementere PSO, noe som kan begrense generaliserbarheten.</p>
Etikk	<p>Studiene er utført i samsvar med Helsingforserklæringen og godkjent av den etiske komiteen til the Faculty of Behavioral, Management and Social Sciences at the University of Twente: no. 15016 and no. 17731.</p>
Relevans	<p>Denne studien gir nyttig informasjon om ansattes opplevelse av faktorer som fremmer og hemmer en PSO-intervensjon. Forskerne bruker både kvantitativ og kvalitativ metode, noe som ikke brukes ofte i forskningsfeltet og gjør den unik. Artikkelen er av høy relevans til oppgavens problemstilling.</p>

3.6 Analyse

Aveyards *tematiske analysemodell* er et nyttig redskap for analyse av vitenskapelige artikler. Modellen deler opp analyseprosessen i flere trinn, noe som gir en god oversikt i arbeidet (Thidemann, 2019, s. 96). Etter at artiklene har blitt lest grundig, ble oppmerksomheten flyttet til forskningsartiklenes resultatdel for å identifisere tema i hver artikkel. For å identifisere tema ut fra resultater i en artikkel, må en forsøke å beskrive deskriptivt de hovedfunnene forskningen presenterer. Dette kan gjøres praktisk ved å markere manuelt med markeringstusj i ulike farger tema som står sentrale i hver artikkel, og sette disse i en *tematabell* (Thidemann, 2019, s. 97). Videre brukes de samme fargene til å belyse hvordan hovedpoeng i en artikkel også tematiseres i andre artikler. På denne måten kan det oppdages informasjon som har felles trekk i resultater i de ulike artiklene.

Tema som ble vurdert sentrale i forskningsartiklene, ble notert i *tabell 8 (Tema)* i ulike farger. Deretter ble valgt jeg hvilke tema jeg ville ha med til videre utforskning og diskusjon. Dette ble gjort ved å flytte utvalgte tema fra *tabell 8 (Tema)* til *tabell 9 (Utvalgte tema)*.

Tabell 8. Tema

Artikkel 1 (Røsvik & Mjørud, 2021)	Artikkel 2 (Oppert, et al., 2018)	Artikkel 3 (Kadri, et al., 2018)	Artikkel 4 (Moore, et al., 2016)	Artikkel 5 (Kloos, et al., 2020)
<p>Leders opplevelse av faktorer som kan både fremme og hemme implementering av VPM i norske sykehjem:</p> <ul style="list-style-type: none"> -visjon -ledere som rollemodeller -lederengasjement -stabilitet blant personalgruppen -personalopplæring (krever tid og ressurser) -den bestemte sykepleieren -viktigheten av ledere som etablerer struktur -mestring og positive resultater -veiledning av personalet 	<p>Ansattes opplevelse av barrierer:</p> <ul style="list-style-type: none"> -utilstrekkelig tid -beboeres utfordrende atferd sett som en barriere som PSO <p>Ansattes opplevelse av fasilitatorer:</p> <ul style="list-style-type: none"> -teamarbeid fasilerer PSO 	<p>Ansattes egen opplevelse av "personhood"</p> <ul style="list-style-type: none"> -ikke anerkjent. -sett på som et hjelpemiddel -behov for pusterom og støtte udekket -mangel på respekt for identitet og opplevelser -arbeidet er redusert til rutinemessige oppgaver. -personalet i en konflikt mellom personsentrert omsorg og et oppgaveorientert system -manglende opplevelse av kontroll og verdi; -ledelse og personal to motstridende krav og press 	<p>Barrierer:</p> <ul style="list-style-type: none"> -tradisjonell praksis og strukturer -biomedisinsk tankegang -fysiske begrensninger, -tidsmangel relatert til opplæring og relasjonsbygging -skeptiske og stereotype holdninger blant fagpersonell -pasienter er oversett <p>Fasilitatorer:</p> <ul style="list-style-type: none"> -ledere som rollemodeller -tverrfaglig samarbeid -PCC opplæring og utdanning i kommunikasjon -fagpersoner med positive holdninger og tilnærminger -fagpersoner med genuin engasjement og interesse 	<p>Ansattes opplevelse av barrierer:</p> <ul style="list-style-type: none"> -tidsmangel -utilstrekkelig bemanning -kunnskap eller kunnskapsmangel -implementeringsplan -ustabil kontekst <p>Ansattes opplevelse av fasilitatorer:</p> <ul style="list-style-type: none"> -kompatibilitet -kunnskap -støtte fra kolleger

Tabell 9 Utvalgte tema

Tema	Artikkel 1 (Røsvik & Mjørud, 2021)	Artikkel 2 (Oppert, et al., 2018)	Artikkel 3 (Kadri, et al., 2018)	Artikkel 4 (Moore, et al., 2016)	Artikkel 5 (Kloos, et al., 2020)
Tid og bemanning	+	+	+	+	+
Lederansvar	+			+	

4. Resultater

Alle forskningsartikler har benyttet kvalitativ metode. Kloos et al (2020) benytter *metodetriangulering* som kombinerer kvalitative semistrukturerte intervjuer kvantitativ spørreundersøkelse.

4.1 Tid og bemanning

Tid ble identifisert som et tema i alle artikler. Kadri et al (2018) nevner ikke eksplisitt tid som en barriere, men udekket behov for pusterom kan bli sett på som en form for mangel på støtte, tidsmangel, utilstrekkelig bemanning eller mangel på kompetanse. Hos Røsvik & Mjørud (2021) er tid og ressurser knyttet til opplæring og opprettholdelse i VPM-intervensjon.

Oppert et al (2018) viser at helsepersonell opplever beboeres utfordrende atferd som en barriere. Denne barrieren beskrives å forsterkes av mangel på tid. Helsepersonell oppgir at det er krevende å utføre mange rutineoppgaver, særlig ved ADL, som foregår innen en bestemt tidsramme, og samtidig utøve PSO. Moore et al (2016) skriver at deltakerne opplever opplæring i PSO-intervensjon som tidkrevende. PSO krever relasjonsbygging med kolleger og pasienter. Forskerne skriver at det er behov for å øke kommunikasjonsferdighetene til ansatte som møter personer med kommunikasjonsvansker, og eldre pasienter med et annet kulturelt bakgrunn. Høyt arbeidstempo er nevnt som utfordrende. Samtidig opplevde noen av deltakerne at PSO ble tidseffektivt i enkelte kontekster.

Kloos et al (2020) viser at over 40% av personalet oppgir tidsmangel som en barriere for PSO-intervensjon. Personalet opplever at de ikke har tilstrekkelig bemanning og at det er mangel på en klar implementeringsplan. 60% av deltakerne informerer at organisasjonen var i midten av en organisatorisk omstrukturering og oppgir at en ustabil kontekst gjør det vanskelig med opplæring. Videre opplever personalet at det mangler

en koordinator som kan ta ansvar for implementering og gjennomføring av intervensjonen.

4.2 Lederansvar

Røsvik & Mjørud (2021) nevner at ledere som rollemodeller fasiliterer implementering av PSO. Røsvik & Mjørud (2021) analyserte kvalitative intervjuer med ledere som var med i implementeringsprosessen av VPM. Det ble konkludert med at lederne i studien som deltok i VPM har lyktes i implementeringen av VPM og denne studien kan brukes som en veileder som gir nyttig informasjon om faktorer som påvirker PSO. Funnene peker på viktigheten av engasjerte ledere som rollemodeller. Ledernes visjon og evnen til å begrunne hvorfor ansatte bør bruke VPM, er et avgjørende element for implementering av VPM. Dette speiles i forskningen til Moore et al (2016) som identifiserer verdier og holdninger hos ledere og fagpersonell. De fleste av deltakerne oppgir at ledere og fagpersoner som behandler mennesker med respekt i en likeverdig relasjon er viktige rollemodeller. Evnen til å samarbeide på tvers av organisasjoner og et genuint engasjement og interesse for mennesker fasiliterer PSO.

Kadri et al (2018) viser at mangel på anerkjennelse og respekt for personalet, samt fravær av ledere som virkelig bryr seg, gjør det vanskelig for ansatte å utøve PSO. Studien gir nyttig informasjon om hvordan ansatte blir behandlet i et omsorgssystem. Noen av deltakerne har utenlandsk bakgrunn, og jobber som hjelpepleiere. De føler seg ikke sett og opplever et lavere «status» enn sykepleierne. De blir ofte delegert oppgaver preget av rutiner og blir brukt som en instrumentell ressurs.

Kloos et al (2020) viser at ansatte har generelle vansker med å implementere PSO. Ustabil kontekst, kunnskap, manglende koordinator og implementeringsplan kan sees som en mangel på lederengasjement og lederansvar. Samtidig har deltakerne oppgitt at organisasjonen befinner seg midt i en omstrukturering, noe som kan være en legitim årsak til det. Studien nevner viktigheten av å utforme en implementeringsplan, samt støtte fra kolleger oppleves som en fasilitator.

5. Diskusjon

Dette kapitlet tar for seg to utvalgte tema fra *kapittel 4. Resultater*, som drøftes opp mot faglitteratur fra *kapittel 2. Teoretiske og juridiske rammer*. Diskusjonen setter søkelyset på: *Faktorer som fremmer og hemmer utøvelsen av personsentrert omsorg for mennesker med demens*.

5.1 Vekselvirkninger ved innføring av PSO

Funn fra forrige kapittel har noe felles, der alle artikler peker på resultater som hemmer utøvelsen av PSO. Kadri et al. (2018) viser ikke til fasilitatorer for utøvelsen av PSO. Studien forsker på ansattes egne opplevelser som personer i en PSO. Studien viser et eksempel på PSO-implementering som har feilet.

Alle studier baserer seg på ansattes, forskeres eller lederes opplevelser av intervensjoner som bygger på PSO. Det er viktig å bemerke at de fem utvalgte forskningsartiklene, forsker på ansattes og ikke tjenestemottakers opplevelser med PSO. De ansatte i alle studier har ulike roller i helse- og omsorgstjenesten (ledere, tjenesteytere og forskere) og PSO er her altså sett fra et ansattperspektiv.

Røsvik & Mjørud (2021) viser at faktorer knyttet til innføring av VPM er i en gjensidig påvirkning. F.eks. viser denne studien at ledere som etablerer en god struktur og en stabilitet blant personalgruppen, er to faktorer som kan påvirke hverandre i en kumulativ prosess, noe som kan resultere i at PSO lykkes. En høyere grad av PSO er assosiert med økt jobbtilfredshet (Røen et al., 2018).

Kadri et al (2018) eksemplifiserer hvordan ansatte ikke blir verdsatt i et arbeidsmiljø. Studien viser et fravær av anerkjennelse og respekt for helsepersonell som forventes å jobbe ut fra et PSO-perspektiv. Ansatte blir behandlet som et hjelpemiddel. Ansattes behov for støtte og pusterom er udekket, noe som fra starten dømmer PSO til å feile. Når grunnprinsippet i PSO er fraværende, er det lite sannsynlig at helsepersonell kan bære på hele ansvaret for PSO. *PSO må omfatte alle!* (Johansen, 2020). Gamle stereotypiske holdninger speiles også i funn av Moore et al (2016), som viser at biomedisinsk tankegang har fortsatt en viss makt i omsorgspraksisen. Det informeres om tidsmangel relatert til opplæring og relasjonsbygging med kolleger og pasienter. Samtidig opplever deltakerne at positive holdninger hos leder og fagpersoner, og ledere som rollemodeller fremmer PSO.

Kloos, et al. (2020) eksemplifiserer et forsøk på å implementere PSO-intervensjon i midten av en organisatorisk omstrukturering. Informantene i studien oppgir at utilstrekkelig tid og bemanning er en hovedbarriere for å ta i bruk PSO-intervensjon. I tillegg er mangel på implementeringsplan og koordinator faktorer som hemmer utøvelsen av PSO. Studien nevner utfordringer rundt kunnskap, men det spesifiseres ikke hva deltakerne egentlig mener med det. Ved spørsmål om de kjenner til PSO i første fase i studien, svarte mer enn halvparten at de forsto hva PSO innebærer. Imidlertid viser resultatene ambivalente svar på at kunnskap oppleves som barriere for PSO. Forskerne påpeker i konklusjon at selv om at deltakerne kjenner til PSO generelt,

oppsummeres det at de ikke har en fullstendig forståelse av PSO. Deltakerne oppgir at støtte fra kolleger fremmer bruk av PSO-intervensjon, noe som kan tolkes som et spørsmål om tid og bemanning. Dette kan sees på ulike måter. På en side er deltakerne villige til å ta i bruk PSO-intervensjon. De svarer at de kjenner til PSO. Senere viser det seg at de oppgir tid, bemanning og mangel på koordinator som barrierer for implementering av PSO. Ustabil kontekst og omstrukturering i organisasjonen kan være et eksempel på hvorvidt PSO er et fokusområde, spesielt midt i en organisatorisk omstrukturering. Slike situasjoner kan oppstå på mange andre sykehjem som forsøker å implementere PSO og det bør tas i betraktning at det er flere faktorer som kan påvirke en slik prosess, særlig hva som blir prioritert i en omstrukturering.

5.2 Leder og medmenneske

Implementering av PSO er ikke en enkel oppgave. Det er mange elementer som må være på plass og samtidig må også ansatte tas hensyn til i det hele, noe som gjør en slik prosess komplisert og sammensatt. Engedal & Haugen (2018, s. 309) skriver at psykososiale intervensjoner krever endring av atferd og holdninger. Enheter som i høyere grad har lyktes med implementering av PSO-intervensjoner, kan peke på faktorer relatert til organisasjonsstrukturer, og fysisk miljø, noe som har en avgjørende betydning for PSO (Røen et al., 2018; Røsvik et al, 2014, s.341–342).

Balansen ved å ha tilstrekkelig bemanning, fysisk tilrettelagt miljø og antall ansatte en leder har ansvar for, kan være svært utfordrende å oppnå. Manualer og veiledere gir nyttig informasjon, men garanterer ikke nødvendigvis en slik balanse, noe som nevnes i *Demensplan 2025*, som viser til at kun 40% av norske kommuner har en systematisk tilnærming for innføring av PSO, noe som betyr at PSO ikke er en vanlig praksis ennå (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 30).

Personalopplæring krever tid og engasjerte ledere som rollemodeller som Røsvik & Mjørud (2021) påpeker. En lavere grad i oppnåelsen av disse, kan påvirke ansattes engasjement og innsats. Disse faktorene sees som et viktig utgangspunkt for innføring av PSO og et viktig grunnarbeid som bør prioriteres (Røsvik, et al., 2016, s. 11, 34). Det er et stort behov for økt kompetanse og det er et lederansvar for å ta i bruk metoder basert på PSO (Røsvik, 2016, s. 30).

Engasjement hos fagpersoner og ledelse har på denne måten et stort potensial til å skape rom for læring og et sunt arbeidsklima. Røsvik & Mjørud (2021) skriver om hvor viktig nærhet mellom ledelse og ansatte er. Lederen står med et stort ansvar til å etablere struktur, veilede og samtidig være et medmenneske.

Faglige myndigheter og helsepolitiske føringer pålegger ansvar til ledere for å bedre kvalitet og skape rom for åpenhet og trygg læring (Meld. St. 10, (2012-2013), s. 8-9; Meld. St. 15, (2017-2018), s. 62-63).

Å være leder innebærer ansvar, engasjement og etisk refleksjon, både på individ- og systemnivå. Det er viktig å jobbe systematisk og målstyrt, og samtidig må ledere være balansekunstnere for å unngå at målet helliger middelet. PSO er en flerdimensjonal omsorgsideologi. McCormack et al (2012) viser at personen kan fort bli tapt i mange ulike PSO-intervensjoner og tiltak. Instrumentaliseringen av modeller og tiltak kan føre til at PSO blir sett på som et endelig resultat eller et moderne konsept, men ikke en reell praksis. I dette tilfellet kan ulike tolkninger av PSO føre til motstridende mål og verdier som Kadri et al (2018) informerer om. Befring (2019) skriver at «samfunnet og helsefagene er i endring, noe som fører til etiske og juridiske problemstillinger». Å ta valg krever etisk refleksjon. Det grunnleggende prinsippet om likhet og likeverd «handler om rettferdighet og om forbudt mot diskriminering» (Befring, 2019, s. s. 45-46, 55).

Det er poengtert i *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere* (FO, 2019), at det mest grunnleggende i helse- og sosialfaglig arbeid er respekten for enkeltindividets verdier og et ønske om autonomi. Som Johansen (2020) påpeker at personsentrert omfatter alle, ikke bare tjenestemottakere.

5.3 Økonomiske forhold og implementering av PSO

Til tross for lederes engasjement og visjon for innføring av PSO-intervensjoner, må de økonomiske rammene i kommunene tas i betraktning. Tid og bemanning er viktige komponenter for implementering og opprettholdelse av PSO. Røsvik & Mjørud (2021) understreker at VPM krever tid og ressurser til opplæring og fagmøter. Dette innebærer at personell som blir fraværende på grunn av VPM, må erstattes av annet personell, noe som kan gå utover en budsjettamme.

Tid og bemanning er to omdiskuterte begreper som går hånd i hånd i helse- og omsorgssektoren. Moore et al (2016) viser til funn som understreker at opplæring og relasjonsbygging oppfattes som tidkrevende prosesser. Dette speiles i Oppert et al. (2018), som identifiserer også utilstrekkelig tid som en barriere.

I Meld. St. 38 (2020-2021) i Departementets vurdering står det at når «nye tiltak innføres i helse- og omsorgstjenesten innenfor en fastsatt ressursramme vil andre tiltak måtte vike» (Meld. St. 38, (2020-2021), s. 70). Dette kan bety at leder som har ansvar

for å sette opp tid for fagmøter, oppfølging og refleksjon, vil kunne gå på bekostning av andre oppgaver.

Ressurskrevende tiltak kan påvirke den økonomiske veksten i enkelte kommunes økonomiske rammer. Å ta i bruk nye tiltak som inngår alle kommunens innbyggere vil kreve "en skjønnsmessig vurdering av tiltaket" (Meld. St. 38, (2020-2021), s. 73). Det kan spekuleres om at innsparinger i enkelte kommuner, kan ha en direkte innvirkning på nedbemanning, men rapporten *Prioriteringer i helsesektoren* (2012), viser at tildeling av ressurser mellom pasientgrupper og valg av tiltak kan utgjøre en forskjell i økonomiske rammebetingelser mellom kommuner. Dette kan gi forskjeller både på organisasjonsstrukturer og tjenestekvalitet (Helsedirektoratet, 2012, s. 28-29, 67).

Moore, et al. (2016) viser at opplæring i nye PSO-intervensjoner i et etablert biomedisinsk arbeidsmiljø krever tid og ressurser. Stereotypiske holdninger blant fagpersoner hemmer utvikling av PSO-intervensjoner (Moore et al., 2016). Engedal & Haugen, (2018) påpeker at PSO-intervensjoner som VPM er psykososiale intervensjoner som innebærer at personell må endre holdninger og atferd.

5.4 Når helsepersonell blir instrumenter

PSO er assosiert med høyere grad av jobbtilfredshet blant ansatte (Røen et al., 2018). I motsatt retning kan manglende engasjement hos ledelse og anerkjennelse av helsepersonell, utarte i en uheldig retning hvor helsepersonell sees som instrumenter for utøvelse av rutinebaserte oppgaver (Kadri, et al., 2018). Helsepersonell som ikke anerkjennes som personer i et personsentrert omsorgssystem, kan vurderes å bryte med det humanistiske verdigrunnlaget om likeverd i helse- og omsorgssektoren.

Helsepersonell har en profesjonell rolle med ansvar og ulike funksjoner, som også trenger rom for utøvelse av faglig skjønn, og disse rollene inngås først og fremst av mennesker. Verdisett gjennomsyrrer alt vi gjør på tvers av organisasjonsstrukturer. En personsentrert omsorg må omfatte alle, helsepersonell inkludert (Johansen, 2020). Eksempelet hos Kadri et al. (2018), viser et totalt fravær av lederengasjement, anerkjennelse, støtte og respekt for helsepersonell, som altså er i strid med grunnprinsippet i PSO.

5.5 Metodediskusjon

I det følgende tar jeg for meg forskningsfunnenes svakheter og styrker, sett ut fra oppgavens problemstilling: *Faktorer som fremmer og hemmer utøvelsen av*

personsentrert omsorg for mennesker med demens. Jeg drøfter også svakheter og styrker ved min egen oppgave.

De fem vitenskapelige artiklene, ble systematisk valgt ut fra problemstillingen, og utforsker direkte eller indirekte opplevde barrierer for utøvelsen av PSO. Artiklene representerer nyere forskning, utgitt siste 5 år, utvalgt fra 5 ulike vestlige land, for å se og sammenligne erfaringer fra ulike kulturer. Alle artikler benytter kvalitative metoder for å utforske i dybde opplevelser og erfaringer med ulike PSO-intervensjoner.

Kloos et al. (2020) kombinerer kvalitativ og kvantitativ data. Forskningen foregår i Nederland og er midt i en organisatorisk omstrukturering, noe som kan sees som en svakhet. Samtidig gir den nyttig informasjon om barrierer om implementering av PSO-intervensjon i mindre optimale forhold. Artikkelen til Røsvik & Mjørud (2021) er den eneste norske artikkelen som ble benyttet i oppgaven, og kan sees som en «suksesshistorie». Røsvik & Mjørud (2021) sier at studien kan benyttes som veiledning for implementering av VPM. Artikkelen inkluderer ikke enheter som har klart å implementere VPM, noe som kan sees som en svakhet. En styrke er at det representerer data fra ulike helseregioner og kommuner i Norge.

Oppert et al. (2018) benytter tematisk innholdsanalyse som baserer seg på tolkning, noe forfatterne regner som en styrke. Kadri et al. (2018) fokuserer ikke på barrierer og fasilitatorer for PSO, men mer om opplevelsen av å være person i en PSO. Det kan være en styrke at oppgaven benytter seg av erfaringene i denne studien, for å belyse hovedelementet i PSO - *personverd*.

Alle forskningsartiklene behandlet i oppgaven fokuserer på leders, tjenesteutøverens eller forskeres vurdering av hva som fremmer og hemmer PSO. Samtidig vektlegger Kitwood (1997) at målet med PSO er tjenestemottakers opplevelse av *personverd*. En mulig feilkilde i studiene kan være bias i ansattes vurdering av egen innsats i PSO.

Resultatene angir et langt mer organisatorisk perspektiv enn problemstillingen var anlagt. Det kan i den sammenhengen vurderes som svakhet at oppgaven ikke redegjorde for organisasjon og ledelse. Oppgaven kunne utdype temaet *kunnskap* og *kompetanse*, samt *teamarbeid*. Det kunne vært relevant å drøfte *kompetanse* mot *lederansvar*, *tid* og *ressurser*.

Styrker i oppgaven er at de utvalgte artiklene har en geografisk spredning i ulike land og ulike kontekster. Moore et al. (2016) utforsker forskeres erfaringer i prosjekter for implementering av PSO i ulike helse- og omsorgskontekster men fokuserer ikke på demensomsorg. Dette kan sees både som en styrke og svakhet for oppgaven. Alle

artikler er fagfelleverderte og siterte av andre forskere i felten. Dette gir validitet til innhentet data i forskningsresultatene presentert i oppgaven.

Janne Røsvik og Marit Mjørud er kjente navn i norsk demensforskning som ofte refererer til hverandre. Oppgaven benytter seg av flere artikler av de nevnte forskerne i teorikapitlet i oppgaven. Dette kan potensielt være en bias og gi en vinkling i oppgaven.

Fire av de utvalgte artiklene er skrevet på engelsk. Undertegnede har ikke engelsk som morsmål og det kunne vært feil ved oversettelsen. Oppgaven legger ikke vekt på kjønn og kulturell bakgrunn og data knyttet til det, som kan ha blitt oversett. Fire av fem artikler er fra utlandet (Nederland, Australia, Storbritannia og Sverige). Det er likhetstrekk i helsevesenet i vestlige land, men det må tas hensyn til at det kan være en forskjeller i utformingen av helse- og omsorgstjenester i de ulike landene. Andre viktige studier kan ha blitt oversett.

Opgaven nevner et mangfold av faktorer og fenomener, og det bør tas forbehold om at mitt faglig ståsted som en vernepleier og mine livserfaringer som menneske, kan ha påvirket valg av teori.

6. Oppsummering og konklusjon

I denne oppgaven har jeg først redegjort for demens, PSO, relevante helsepolitiske føringer og vernepleierens rolle i demensomsorgen. I tråd med litteraturstudien, redegjort for i *kapittel 3. Metode*, har jeg gjennomført litteratursøk, og funnet fem fagfelleverderte forskningsartikler som belyser fasilitatorer og barrierer for PSO i demensomsorgen. Alle artikler utforsker direkte eller indirekte barrierer for utøvelsen av PSO.

Gjennom tematisk analyse valgte jeg tema *lederansvar* og *tid og bemanning* som jeg har diskutert i *kapittel 5. Diskusjon*. Gjennom diskusjon har jeg funnet at lederansvar innehar flere dimensjoner bl.a. engasjement, relasjons- og organisatorisk kompetanse, etisk refleksjon og personlige egenskaper. En leder må være en balansekunstner som har evnen til å reflektere og håndtere flere oppgaver, ofte samtidig. Ledere bør være varsom med overdreven bruk av systematiske metoder, slik at instrumentalistiske fallgruver kan være unngått. Forskning kan brukes som veiledning for implementering og opprettholdelse av PSO, men dette garanterer ikke en «suksess». Ledere kan både fremme og hemme PSO, og det er behov for økt kunnskap og oppmerksomhet rundt temaet.

Tid og bemanning er to omdiskuterte tema både i helse- og omsorgssektoren. Tid og bemanning er som oftest forbundet med økonomiske ressurser. Vernepleiere i demensomsorgen kan oppleve at de har et begrenset handlingsrom innen en bestemt budsjettamme. En leder møter ofte uforutsigbare situasjoner og etiske dilemmaer med begrensede valgmuligheter, noe som krever ansvarsbevissthet, etisk refleksjon og faglig skjønn.

Organisasjoner er bygget opp av forskjellige strukturer. Disse strukturene styres av ansatte, på ulike nivåer på enheter i en virksomhet. Ansatte er mennesker med ulikt faglig bakgrunn og personligheter, noe som gjør iverksetting av nye intervensjoner og drift av virksomhet generelt, en svært kompleks oppgave (Engedal & Haugen, 2018, s. 306-307).

PSO er ikke et tiltak, og bør ikke sees som et tiltak. PSO som tidligere nevnt er en gullstandard og en omsorgsfilosofi i demensomsorg som utøves av mennesker i ulike roller. Oppgaven viser at begge temaene viser seg å være svært komplekse fenomener og det er behov for videre forskning, særlig om vekselvirkninger sett i en sammenheng.

7. Litteraturliste

Ballard, C., Corbett, A., Orrell, M., Williams, G., Moniz-Cook, E., Romeo, R., Woods, B., Garrod, L., Testad, I., Woodward-Carlton, B., Wenborn, J., Knapp, M., & Fossey, J. (2018). *Impact of person-centred care training and person-centred activities on quality of life, agitation, and antipsychotic use in people with dementia living in nursing homes: A cluster-randomised controlled trial*. PLOS Medicine, 15(2).
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002500>

Befring, A.K. (2019). *Helse- og omsorgsrett - Juss og etikk*. Cappelen Damm Akademisk.

Brask, O. D., Østby, M. & Ødegård, A. (2017). Vernepleierens kjerneroller. En refleksjonsmodell. Fagbokforlaget

Demensplan (2020). Handlingsplan. Demensplan 2025. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2025/id2788070>

Engedal, K & Haugen, P. K. (2018). *Demens - sykdommer, diagnostikk og behandling*. Aldring og helse. Nasjonal kompetansetjeneste

Engel, G.L., *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. (1977) Science. 196(4286):129-36. doi: 10.1126/science.847460. PMID: 847460.

Fazio, S., Pace, D., Flinner, J., & Kallmyer, B. (2018). *The Fundamentals of Person-Centered Care for Individuals With Dementia*. In *The Gerontologist* (Vol. 58, Issue suppl_1, pp. S10–S19). Oxford University Press (OUP).
<https://doi.org/10.1093/geront/gnx122>

Fellesorganisasjonen. (2019). Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere). <https://www.fo.no/yrkesetikk/>

Vernepleierforskriften (2019). Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning. (FOR-2019-03-15-411). Lovdata
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-411>

Fossey, J., Masson, S., Stafford, J., Lawrence, V., Corbett, A., & Ballard, C. (2014). *The disconnect between evidence and practice: a systematic review of person-centred interventions and training manuals for care home staff working with people with dementia*. In *International Journal of Geriatric Psychiatry* (Vol. 29, Issue 8, pp. 797–807). Wiley. <https://doi.org/10.1002/gps.4072>

Gjøra, L., Kjellvik, G., Strand, B., H., Kvellø-Alme, M. & Selbæk, G. (2020). *Forekomst av demens i Norge*. Utgitt av Forlaget aldring og helse 2020

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>

Helsebiblioteket (2016). Sjekkliste for vurdering av kohortstudie. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>

Helsebiblioteket. (2016). Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>

Helsedirektoratet (2012). Prioriteringer i helsesektoren. *Verdigrunnlag, status og utfordringer*. Rapport 2012. Oslo. ISBN-nummer: 978-82-8081-248-3. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/prioriteringer-i-helsesektoren-verdigrunnlag-status-og-utfordringer/Prioriteringer%20i%20helsesektoren%20%E2%80%93%20verdigrunnlag%20stauts%20og%20utfordringer.pdf/_/attachment/inline/87bf0b8a-6a3d-4ce3-a250-c1adfea4aa75:679b2cfe8180bff98d764175046fd9bb4d90d637/Prioriteringer%20i%20helsesektoren%20%E2%80%93%20verdigrunnlag%20stauts%20og%20utfordringer.pdf

Helsedirektoratet (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for demens* [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 11. mai 2022, lest 26. mai 2022). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>

Helsedirektoratet (2019). *Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud til personer med demens* (2018) [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 24. mai 2019, lest 26. mai 2022). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nasjonal-kartlegging-av-tilbudet-til-personer-med-demens>

Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell*. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Johansen, H. (2020). *Personsentrert tilnærming må omfatte alle*. *Sykepleien* 2020;108(80196):e-80196. doi: 10.4220/Sykepleiens.2020.80196

Kadri, A., Rapaport, P., Livingston, G., Cooper, C., Robertson, S., & Higgs, P. (2018). *Care Workers, the unacknowledged person in person-centred care: A secondary qualitative analysis of UK Care Home Staff interviews*. PLOS ONE. Retrieved May 28, 2022, from <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200031>

Kassah, A.K. og kassah B.L. (2009) kap 1. Modeller og tilnærminger. I: *Funksjonshemming, sentrale ideer, modeller og debatter*. Fagbokforlaget. Bergen, s. 17-36.

Kitwood, T. (1997). *Dementia Reconsidered: The person comes first*. Open university press. Kloos, N., Drossaert, C. H. C., 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.
<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.04.018>

McCormack B, Roberts T, Meyer J, Morgan D, Boscart V. (2012) *Appreciating the 'person' in long-term care*. *Int J Older People Nurs.* (2012) Dec;7(4):284-94. doi: 10.1111/j.1748-3743.2012.00342.x. PMID: 23164250.

Meld. St. 10 (2012-2013). *God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/>

Meld. St. 15 (2017-2018). *Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>

Meld. St. 38 (2021). *Nytte, ressurs og alvorlighet. Prioritering i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-38-20202021/id2862026/?ch=16>

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*. In *BMC Health Services Research* (Vol. 17, Issue 1). Springer Science and Business Media LLC. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2053-2>

Moore, L., Britten, N., Lydahl, D., Naldemirci, Ö., Elam, M., & Wolf, A. (2016). *Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different healthcare contexts*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4), 662–673.
<https://doi.org/10.1111/scs.12376>

NOU 2019: 14 (2019). *Tvangsbegrensningsloven. Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten*. Avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 18. juni 2019

Oppert, M. L., O'Keeffe, V. J., & Duong, D. (2018, May 30). *Knowledge, facilitators and barriers to the practice of person-centred care in Aged Care Workers: A qualitative*

study. *Geriatric Nursing*. Retrieved May 28, 2022, from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197457218302143>

Rogers, C. (1951). *Client-centered therapy: its current practice, implications, and theory*. London: Constable.

Røen, I., Kirkevold, Ø., Testad, I., Selbæk, G., Engedal, K., & Bergh, S. (2017). *Person-centered care in Norwegian nursing homes and its relation to organizational factors and staff characteristics: a cross-sectional survey*. In *International Psychogeriatrics* (Vol. 30, Issue 9, pp. 1279–1290). Cambridge University Press (CUP). <https://doi.org/10.1017/s1041610217002708>

Skarstad, K. (2019). *Funksjonshemmedes menneskerettigheter. Fra prinsipper til praksis*. Universitetsforlaget. Oslo

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*. In *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* (Vol.37, Issues 5–6, pp. 335–346). S. Karger AG. <https://doi.org/10.1159/000357773>

Røsvik J, Mjørud M, Rokstad AM, Munch M & Røen (2016). I. *Implementering av personsentrert omsorg*. Forlaget Aldring og Helse. Tønsberg

Røsvik, J., & Mjørud, M. (2021). 'we must have a new vips meeting soon!' barriers and facilitators for implementing the vips practice model in primary health care. *Dementia*, 20(8), 2649–2667. <https://doi.org/10.1177/14713012211007409>

Selbæk, G., Kirkevold, Ø., & Engedal, K. (2007). *The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes*. In *International Journal of Geriatric Psychiatry* (Vol. 22, Issue 9, pp.843–849). Wiley. <https://doi.org/10.1002/gps.1749>

Snoek, J., E. & Engedal, K. (2019). *Psykisatri for helse- og sosialfagutdanningene*. (4. utg.) Cappelen Damm

Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. (2. utg.). Universitetsforlaget

Tokovska, M. & Lie, S. S. (2019). "Ikke glem hvem du er!" – Vernepleiere idemensomsorgen. (Red.) Grung. R.M. & Fellesorganisasjonen Seksjonsrådet for vernepleiere. (2019). *Vernepleieren : fremtidsrettet og ettertraktet*. (Red.). Fellesorganisasjonen (FO). Tilgjengelig fra <https://vernepleier.no/2019/11/vernepleieren-fremtidsrettet-og-ettertraktet/>

