

Baardseth, Elin Svenskerud  
Rognstad, Anne Brandal

# Implementering av personsentrert omsorg

- en studie om helsepersonells erfaringer

Masteroppgave i SYG3900 Masteroppgave i klinisk sykepleie

Veileder: Øyvind Kirkevold

Mai 2023



Baardseth, Elin Svenskerud  
Rognstad, Anne Brandal

# **Implementering av personsentrert omsorg**

- en studie om helsepersonells erfaringer

Masteroppgave i SYG3900 Masteroppgave i klinisk sykepleie  
Veileder: Øyvind Kirkevold  
Mai 2023

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



Kunnskap for en bedre verden



## **Innholdsfortegnelse:**

SAMMENDRAG	3
SUMMARY	4
1.0 INTRODUKSJON OG BAKGRUNN	5
1.1 VALG AV TEMA	6
1.2 RELEVANS	7
1.2.1 PERSONSENTRERT OMSORG	8
1.2.2 IMPLEMENTERINGSFORSKNING	11
1.2.3 RE-AIM	12
1.3 TIDLIGERE FORSKNING	13
2.0 HENSIKT OG FORSKNINGSSPØRSMÅL	16
3.0 DESIGN OG METODER	17
3.1 DESIGN	17
3.2 METODER	17
3.2.1 UTVALG	18
3.2.2 DATAINNSAMLINGEN	19
3.2.3 DATAANALYSE	20
3.2.4 FORSKNINGSETISKE OVERVEIELSER	23
4.0 RESULTATER	25
4.1 UTFORDRINGER	25
4.1.1 Mangel på tid	25
4.1.2 Mangel på ledelse	27
4.1.3 Covid- 19 pandemien	28
4.2 OPPLÆRINGEN	28
4.2.1 Inneværende kunnskap	29
4.2.2 Gjennomføring av opplæring	29
4.2.3 Forventinger	30
4.3 VERKTØYENE	31
4.3.1 TID modellen	31
4.3.2 PORT modellen	32
5.0 DISKUSJON AV RESULTATER	33
5.1 UTFORDRINGER	33
5.1.1 Tidspress	33
5.1.2 Leders rolle	35
5.1.3 Covid-19 pandemien	37
5.2 OPPLÆRINGEN	38
5.2.1 Inneværende kunnskap	38
5.2.2 Opplæringsprosessen	39
5.2.3 Forventninger	41
5.3 VERKTØYENE	43
5.3.1 Erfaringer	43
5.3.2 TID modellen	44
5.3.3 PORT modellen	45

6.0 DISKUSJON AV METODE	46
6.1 FORSKERPROSESSEN	46
6.2 UTVALGET	49
6.3 OVERFØRBARHET	50
6.4 REFLEKSIVITET	50
7.0 KONKLUSJON	52
8.0 LITTERATURLISTE	53
Vedlegg	58
INTERVJUGUIDEN	58
SAMTYKKESKJEMA	60
NSD	62

## SAMMENDRAG

Det ble i 2020 satt i gang et forbedringsprosjekt i en middels stor bykommune i Norge. Hensikten med prosjektet var å implementere personsentrert omsorg (PSO) på sykehjemsavdelingene i kommunen. Pleiepersonalet skulle få opplæring i denne omsorgsfilosofien og de ble introdusert for ulike metoder; VIPS, TID og PORT som skulle gjøre arbeidet mer strukturert. To år senere skulle det gjøres en evaluering av implementeringsprosessen. Det er denne evalueringsprosessen som legger grunnlag for forskningen i denne masteroppgaven. Dette er en kvalitativ studie, hvor det ble gjennomført tre fokusgruppeintervjuer med totalt 17 deltakere. Vi ønsket å finne ut noe mer om helsepersonells erfaringer med implementeringsprosessen. Vi brukte en tematisk analysemetode for å analysere dataene. Intervjuene resulterte i ulike temaer og et hovedfunn var de mange utfordringene pleiepersonalet signaliserte med denne implementeringsprosessen. Opplæringsfasen var nevnt av flere pleiepersonell under intervjuene og var tydelig varierende gjennomført på de ulike avdelingene. De ulike verktøyene som ble implementert, er tatt i bruk i svært varierende grad på arbeidsplassene. Den største utfordringen for en vellykket implementering var blant annet at pleiepersonalet hadde hatt varierende mulighet til å delta i opplæringen.

Resultatene ble kategorisert under tre hovedtemaer

1. *Utfordringer - Mangel på tid og tilstedeværende leder var de største utfordringene.*
2. *Opplæring - Opplæringen har vært mangelfull.*
3. *Verktøyene - Varierende kunnskap og erfaring med TID- og PORT modellen.*

## SUMMARY

In 2020, an improvement project was initiated in a medium-sized Norwegian municipality. The purpose of the project was to implement person-centered care in the nursing home wards within the municipality. Nursing staff were to receive training in this care philosophy, and they were introduced to various methods VIPS, TIME and PORT aimed at making the work more structured. Two years later, an evaluation of the implementation process was to be carried out. This evaluation process lays the foundation for the research in this master's thesis. A qualitative study was employed, where three focus group interviews were conducted with a total of 17 participants. We wanted to find out more about the nursing staffs' experiences with the implementation process. A thematic analysis method was used to analyze the data. The interviews resulted in various themes and the primary finding was the many challenges the nursing staff experienced with this implementation process. Several nursing staff mentioned the training phase during their interviews, and we discovered that training was carried out in different ways in the various departments. Various tools that were implemented have been used to varying degrees in the workplaces. One of the biggest barriers for successful implementation was, among other things, differing levels of availability of the nursing staff to participate in the initial training.

The results were categorized under three main themes

1. Challenges - *Lack of time and leadership involvement were among the biggest challenges.*
2. Training - *Training has been inadequate.*
3. The tools - *Varying knowledge and experience with the TID and PORT models.*



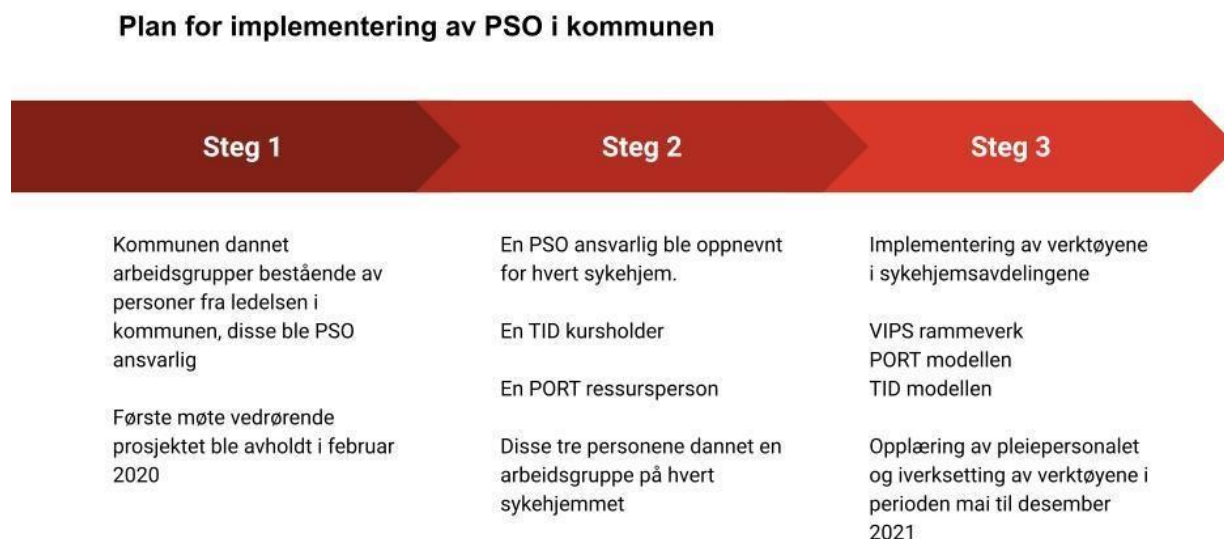
## **1.0 INTRODUKSJON OG BAKGRUNN**

Vi er to studenter som møttes høsten 2021 ved oppstart av Master i avansert klinisk sykepleie ved NTNU Gjøvik. Gjennom studiet kom vi i kontakt med en prosjektgruppe som allerede var i gang med dette prosjektet. Forskningen omhandlet *Implementering av personsentrert omsorg (PSO) på sykehjem*. Denne masteroppgaven er basert på evalueringen av denne implementeringsprosessen.

### PROSJEKTETS OPPRINNELSE

Helse- og omsorgstjenesten i en middels stor, norsk by-kommune ble omorganisert i 2019. Bakgrunnen for omorganiseringen i denne kommunen, omhandlet hvilke helsetjenester de tilbydde sine innbyggere. Dette utsagnet var beskrivende «hadde funnet en tjeneste med dårlige forutsetninger for en god og fremtidsrettet tjeneste». Som en del av omorganiseringen ble det bestemt at personsentrert omsorg skulle være et av hovedsatsningsområdene. Innbyggernes krav til kvalitet på helsetjenestene og perspektivet «Hva er viktig for deg» lå til grunn for satsingsområdet. Kommunen satte søkelys på sykehjem og det ble bestemt at personsentrert omsorg skulle implementeres i kommunens bokollektiv og institusjons-enheter, til sammen 15 enheter. Implementeringen skulle gjennomføres ved endring av drift og et tett samarbeid med pleiepersonalet i tjenesten. I den aktuelle kommunen fikk lederne en stor del av ansvaret for hvordan personsentrert omsorg skulle implementeres i den enkelte avdeling. Det var opprettet ressurspersoner som skulle delta på opplæringen for så å videreføre dette til de andre ansatte ved avdelingene. På grunn av korona-pandemien har store deler av opplæringen blitt gitt digitalt. Det ble gjennomført flere opplærings-sesjoner i 2020/2021. Noe av opplæringen ble gitt av eksterne forelesere, mens interne ansatte med godkjent kurs hadde ansvar for opplæring i bruk av TID. Det ble dannet arbeidsgrupper på hvert sykehjem bestående av 3-5 ressurspersoner, deriblant en leder. Denne gruppen skulle inneha og kunne opparbeide seg kunnskap om PSO, de skulle også representere bredden og dybden i organisasjonen. Arbeidsgruppen skulle ha en sentral rolle inn mot de enkelte ansvarsområder og sikre hele prosessen med kartlegging, implementering og evaluering av PSO. Arbeidsgruppen skulle bidra til å sikre involvering av ledelsen ved det enkelte sykehjem i samarbeid med leder for institusjonstjenesten (Dette er hentet fra NN kommune sin interne prosjektplan).

Figur 1, Her forsøker vi å illustrere kommunens plan for implementering av PSO.



## 1.1 VALG AV TEMA

Personsentrert omsorg (PSO) kan oppleves som et nytt begrep for enkelte. Selv om mange sier de «jobber personsentrert» i hverdagen, kan det være nyttig å få satt PSO i system. Fagerström (2019) skriver i boken *Avansert klinisk sykepleie* at «respekt for personen, rett til selvbestemmelse, respekt og forståelse for personens verdier, opplevelser og tolkning av sin sykdom er kjerneverdier i personsentrert omsorg». Mangelfullt eller feil fokus for omsorg kan ifølge samme forfatter skape følelse av omsorgssvikt, og viser til at utvikling av avansert klinisk sykepleier vil øke tilgang til omsorg og behandling og kan derfor «bli et middel for å redusere unødig lidelse» (Fagerström, 2019, s 80).

Personsentrert omsorg er en omsorgsfilosofi og ikke en metode (Mjørud & Røsvik, 2022). Røsvik (2016) skriver at begrepet personsentrert omsorg er forståelig i betydningen av å sette personen i fokus, men samtidig kan det være vanskelig å konkretisere hva som ligger i betydningen av begrepet (Røsvik, 2016, s. 8). Underveis i prosjektet har vi lært at det kan være ulik forståelse for

hva PSO innebærer og litteratur viser at det kan være ulike metoder og tilnærminger for å innføre PSO (Brooker, 2004; Edvardsson et al., 2008).

Nasjonalt senter for Aldring og helse definerer personsentrert omsorg slik:

*Personsentrert omsorg er en omsorgsfilosofi som handler om å ta hensyn til hvordan en person opplever sin situasjon og verden rundt seg. Omsorgen skal tilrettelegges slik at personens perspektiv på situasjonen blir ivaretatt. Hvordan en person opplever en situasjon er preget av personlighet, livshistorie, fysisk helse, demenssymptomer og sosialt miljø. (Aldring og Helse, 2022)*

I vår hverdag som utøvende sykepleiere opplever vi stadig endringer og utvikling i tjenesten. Norske kommuner og norsk helsevesen er hele tiden i utvikling. Det innføres stadig forbedringsprosjekter uten at det like jevnlig evalueres og vurderes hva som fungerer eller har blitt bedre eller dårligere. Vi ser det svært relevant å undersøke sykepleiernes erfaringer, praksis og arbeidshverdag, og hva som hemmer og fremmer endring og utvikling til det beste for pasienter og personalet.

## **1.2 RELEVANS**

I dagens moderne helse- og omsorgstjenester er sykepleie preget av relasjonsbygging, fokus på samarbeid og helhetstenkning rundt pasienters behov. Kommuner vektlegger måloppnåelse, effektivitet, dokumenterte effekter og budsjettbalanse (Rokstad, 2021, s 30-32). I 2007 innførte Den norske regjering, som et av de første land i verden, en demensplan. Under planens motto «Den gode dagen» er gode aktivitetstilbud, økt kunnskap og kompetanse i omsorgstjenestene og utbygging av tilrettelagte omsorgsboliger og sykehjem satt på dagsordenen. Innledningsvis i demensplanen for 2015 nevner Sylvia Brustad «at god demensomsorg er sannsynligvis god omsorg for alle pasienter» (Regjeringen, 2015). Dette ble et godt fundament og bidro til at implementering av personsentrert omsorg ble et svært aktuelt tema for oss som jobber med mange ulike pasientgrupper i kommunehelsetjenesten. Gode og tilrettelagte tjenester til pasient og pårørende er første delmål i planen. Medbestemmelse og delaktighet for å kunne leve gode og

meningsfulle liv med fysiske, sosiale og kulturelle aktiviteter tilpasset den enkeltes ønsker, behov og interesser påpekes også (Regjeringen, 2015). Alt dette er gjenkjennbart fra filosofien om personsentrert omsorg.

## 1.2.1 PERSONSENTRETT OMSORG

Personsentrert omsorg (PSO) er et begrep som har blitt tatt i bruk i helse- og omsorgstjenesten de siste tiårene. Det oppleves at det er ulike oppfatninger av begrepet i helsetjenesten, dette er også formulert hos Brooker (Brooker, 2004). Enkelte kan ha en oppfatning om at det har samme betydning som individualisert omsorg. Innen demensomsorg er det ofte knyttet til tiltakspakker, livshistoriearbeid eller sansestimulering. Ifølge Mjørud og Røsvik (2021) kan begrepet personsentrert omsorg forveksles med «individuell omsorg» (Mjørud & Røsvik, 2021, s 12). I hovedsak handler denne filosofien om å skape en kultur på arbeidsplassen som tilrettelegger for og fremmer god omsorg for den enkelte pasient. Helsepersonell har et ønske om å komme nærmere pasienten ved å se på blant annet deres verdier, etiske normer og eksistensielle dilemmaer (Rokstad, 2021, s 30-32).

Personsentrert omsorg er en omsorgsfilosofi og et verdigrunnlag. Tom Kitwood har skrevet en bok, «*En revurdering af demens - personen kommer i første række*», som er utgitt i 1999 og tittelen på boka er svært dekkende i forhold til innholdet i filosofien (Kitwood, 1999). Kitwood skrev om «personhood» som omhandler personens verdi og at kommunikasjonen mellom pleier og pasient skal oppleves som ekte (Mjørud & Røsvik, 2021, s 14 og s. 128). Rokstad (2020) har oversatt «personhood» til det norske ordet personverd. Begrepet innbefatter den status vi gir hverandre som mennesker og det inkluderer respekt, tillit og gjenkjennelse (Rokstad & Smebye, 2020, s 52). Kitwood utviklet en metode som han kalte for «Dementia Care Mapping» (DCM). DCM er en konkret og effektiv, men samtidig en omfattende og ressurskrevende metode for å gi PSO. Etter hvert har Dawn Brooker videreutviklet filosofien til mer konkrete og brukervennlige arbeidsmetoder i form av VIPS rammeverk (Brooker, 2004).

Den aktuelle kommunen hvor PSO ble implementert, ønsket å gi pleiepersonalet opplæring i tre ulike verktøy, og de valgte ut VIPS rammeverk, Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved Demens (TID) og The Person-centred Observation and Reflection Tool (PORT). Kommunen har i sin prosjektplan fått en god oversikt over sine sykehjemsavdelinger og kartlagt ledergruppen. De beskriver planer for opplæringen og hvordan implementeringen skal foregå via ledere, for så å bli tatt i bruk i avdelingene. De hadde gode tidsplaner og beskrivelser for gjennomføringen av prosjektet i sin prosjektplan (Dette er hentet fra NN kommune sin interne prosjektplan).

VIPS rammeverk er et ide-grunnlag og et verktøy for å utøve personsentrert omsorg. Personsentrert omsorg har som mål at pasienten skal få hjelp på den måten som passer best for pasienten. Dette betyr at helsepersonell skal legge til rette for at pasienten skal trives. For at omsorgen skal kalles personsentrert, må følgende fire elementer være til stede.

*V – for verdier*

*I – for individuelt tilrettelagte tjenester*

*P – for perspektivet til personen med demens*

*S – for det sosiale miljøet*

Under hver av bokstavene kommer det ulike oppfølgingsspørsmål som vil gi svar på hvordan pasienten oppfatter sin situasjon. Ved hjelp av dette verktøyet skal helsepersonell kunne vurdere om det tilrettelegges godt nok rundt pasienten og om det er noe som bør forbedres. Det handler om en forbedringsprosess (Brooker, 2004). Det er laget flere tilpassede verktøy ut fra VIPS rammeverk som er mer brukervennlige for å benytte det i praksis. Janne Røsvik har konkretisert og videreutviklet VIPS-rammeverket og kalt verktøyet hun har utviklet for VIPS-praksismodell (Røsvik et al., 2011). Dette har hun gjort i samarbeid med Dawn Brooker. VIPS praksismodell er en modell som skal bidra til å analysere en bestemt pasient - pleier-situasjon (Røsvik, 2016, s. 10).

I denne aktuelle studien skulle avdelingsledere og arbeidsgruppene ved hvert sykehjem få opplæring i VIPS rammeverk. Arbeidsgruppen skulle være en støtte for avdelingslederne i bruken

av VIPS rammeverket for å skape oppmerksomhet om personsentrert omsorg blant personalet (Dette er hentet fra NN kommune sin interne prosjektplan).

TID er et manualbasert verktøy. Denne modellen brukes for å utrede, tolke og sette inn tiltak ved atferdsmessige og psykologiske symptomer hos pasientene. TID bygger på prinsipper fra kognitiv atferdsterapi og personsentrert omsorg. Når pleiepersonalet arbeider etter denne modellen går de gjennom tre faser; utredning, refleksjonsmøte og tiltak /evaluering (Hoel et al., 2022; Myhre et al., 2018).

TID-modellen var et kjent verktøy i kommunen. Kommunen har tidligere vært med i en studie om utvikling og utprøving av TID-modellen for å behandle agitasjon hos personer med demens på sykehjem. De valgte etter det å videreføre opplæring og implementering av modellen i alle langtidsavdelinger. Implementering av TID har som mål å gi ledere og ansatte et verktøy for å sikre PSO ved utarbeidelse av tiltaksplaner, sikre PSO gjennom systematisk utredning, refleksjon og behandling av personer med utfordrende symptomer og atferd og gi økt kunnskap gjennom tverrfaglig og strukturert refleksjon over egen praksis. Refleksjonen vil skape ny kunnskap som deles, både om pasienten, symptomene og konteksten (Dette er hentet fra NN kommune sin interne prosjektplan).

PORT er et observasjonsverktøy basert på Dementia Care Mapping (DCM), men PORT er en sterkt forenklet versjon. Dette verktøyet skal stimulere de ansatte til å reflektere over egen evne til observasjon og praksis. Målet med modellen er å utvikle personalets forståelse og ferdigheter gjennom tilbakemelding og veiledning. En PORT observasjon skal sette fokus på «Hva er de viktigste områdene personalet kan forbedre for å bidra til bedre livskvalitet for de mennesker de yter helse- og omsorgstjenester til gjennom en empatisk tilnærming?» Ved en PORT observasjon og påfølgende refleksjon over funnene får observatør innsikt i pasientens humør og velvære, stemningsleie, om pasienten trives, er sosial og engasjert og om kan da få en ide om hva som kan bidra til økt livskvalitet til pasienten.

I denne studien skulle avdelingsledere, arbeidsgruppen og alle ansatte med primærkontaktansvar ha opplæring i og bruke PORT metoden. Planen var at primærkontaktene ved avdelingene skulle

gjennomføre jevnligge PORT kartlegginger på sine pasienter. I tillegg skulle primærkontaktene bruke PORT sine observasjonspunkter som grunnlag i sin daglige observasjon/samhandling med pasienten (Dette er hentet fra NN kommune sin interne prosjektplan).

## 1.2.2 IMPLEMENTERINGSFORSKNING

Implementeringsforskning innen helse handler om vitenskapelige studier av metoder for å fremme og forbedre kvaliteten på tjenestene som utøves til pasientene. Det finnes ulike definisjoner på implementering, Flottorp og Aakhus har brukt denne definisjonen i sin artikkel:

*Implementation research is the scientific study of methods to promote the systematic uptake of clinical research findings and other evidence-based practices into routine practice, and hence to improve the quality (effectiveness, reliability, safety, appropriateness, equity, efficiency) of health care. It includes the study of influences on healthcare professional and organizational behavior). (Flottorp & Aakhus, 2013)*

I samme artikkel fremviser de fem ulike trinn i bruken av innovasjon som en prosess som brer seg over tid

1. Kunnskap
2. Overtalelse
3. Beslutning
4. Implementering
5. Bekreftelse

Implementering er et av trinnene. Når det settes i gang en implementeringsprosess i en organisasjon, kan det være hensiktsmessig å skreddersy denne prosessen så godt det lar seg gjøre for at dette skal bli vellykket. Det har blitt en økt interesse for forbedring og implementeringsforskning de senere årene. Dette er svært relevant med tanke på helsefag og forfatterne konkluderer med at målet er «å redusere gapet mellom forskning og praksis, ved å utvikle og evaluere tiltak som kan sikre at behandlingen som pasientene mottar er basert på oppdatert forskning» (Flottorp & Aakhus, 2013). De sier også noe om at det er en nødvendighet å øke kompetansen innenfor implementering og kvalitetsforbedring i helsetjenestene, samt i

forskningsmetoder for å evaluere denne virksomheten. Her er det viktig å skape et partnerskap mellom helsepersonell, ledere i helsetjenesten, andre beslutningstakere og implementering av forskere. Dersom dette skjer mener forfatterne at implementeringsforskningen kan gi viktige bidrag til kunnskapsbaserte helse- og omsorgstjenester (Flottorp & Aakhus, 2013). Røsvik (2016) påpeker viktigheten av at leder er synlig og at leder kartlegger sin avdeling. For at en implementeringsprosess skal gjennomføres må lederen ha en oversikt over de ansattes ressurser, holdninger og eventuelt behovet for økt kompetanse. Leder må derfor jobbe kontinuerlig for å ha den fulle oversikten. Leder vil være en nøkkelperson i en implementeringsprosess (Røsvik, 2016, s 34).

### 1.2.3 RE-AIM

En måte å evaluere en implementering på er å bruke en ofte brukt metode *RE-AIM*. RE-AIM står for

- Reach - rekkevidde: dvs. kjennetegn og andel av mulige deltakere i prosjektet som faktisk har deltatt,
- Effectiveness - effekt av prosjektet på personal-nivå,
- Adoption - andel institusjoner som faktisk har tatt i bruk PSO, og i hvor stor grad,
- Implementation - i hvor stor grad modellene/verktøyene for innføring av PSO er tatt i bruk i henhold til modellbeskrivelsene,
- Maintenance- fortsatt bruk av modellene/verktøyene utover implementeringsfasen (Glasgow & Estrabrooks, 2018).

Det er svært viktig å evaluere en prosess for å kunne lære til senere og i andre prosesser. Hva som gikk bra og hva som kunne vært gjort annerledes. Dette vil gi stor lærdom ved senere implementeringsprosesser, og vil kunne bidra til å øke innsatsen i aktuelle prosjekter hvor en har avdekket svakheter (Glasgow & Estrabrooks, 2018).



### 1.3 TIDLIGERE FORSKNING

Forskningsmiljøer har studert personsentrert omsorg og ulike varianter og metoder innunder dette. Edvardsson (2008) sammenfattet datidens kunnskap om PSO i sin artikkel. Det poengteres også her hvor viktig det er å ta vare på «personhood» oversatt til personverd, til personer som får Alzheimers sykdom. Det er viktig at omsorgen som gis skaper en opplevelse av trygghet, tilhørighet, forståelse og respekt, samtidig som det bidrar til å opprettholde sosial kontakt og en følelse av å ha en betydning. Samfunnet og pleiepersonalets syn på personverd til mennesker med Alzheimer har ifølge Edvardsson stor betydning for hvordan omsorgen blir gitt til disse pasientene (Edvardsson et al., 2008). Li og Porock (2014) har også foretatt en litteratursammenfatning om personsentrert omsorg. De skriver innledningsvis at personsentrert omsorg vurderes som en gullstandard for omsorg i sykehjem. De undrer seg over hva som ligger til grunn for denne benevnelsen ettersom det den gang var lite forskning på temaet. De ville sammenfatte studier og se på effekt av personsentrert omsorg i langtidsavdelinger og samtidig identifisere hva det burde forskes videre på. Depresjonstester, kognitive tester og vurdering av ernæring, falltendens og søvnkvalitet var benyttet som observasjoner for å forsøke å måle livskvalitet og dermed effekt av personsentrert omsorg (Li & Porock, 2014).

Dementia Care Mapping (DCM) er en metode Tom Kitwood har utviklet for å veilede personalet fram til å bli mer personsentrert i eldreomsorgen. Griffiths (2019) har benyttet DCM som utgangspunkt i sine studier angående implementering av personsentrert omsorg. Hva som hemmer og fremmer implementeringen var temaet for en artikkel fra 2019 (Griffiths et al., 2019). Undersøkelser i forkant av denne studien viste at omsorgen var mindre personsentrert enn forventet, også i enheter hvor det var ansvarlig personell til stede. Størrelsen på enhetene, personalets motivasjon, engasjement og motivasjon til endring hadde betydning for i hvor stor grad omsorgen var personsentrert. De som var ansvarlige for personsentrert omsorg ble påpekt som årsak til at implementeringen ikke var fullstendig. Det konkluderes med at lav bruk av personsentrert omsorg kan skyldes mangler i flere ledd, men at forståelse for konseptet og realistiske forventninger er grunnleggende for en vellykket implementering. I Griffiths studie fra 2021, er egnethet til å lede, evnen til å omsette kunnskap til praksis, samt å opprettholde

kunnskapen/arbeidsmetoden i enheten blant hovedtemaene. Avdelingens kultur og fremtidsplaner, ressurspersonenes rolle og stabilitet i enhetene har betydning.

Ressursbegrensninger og mangel på støtte fra ledelsen kan også være barrierer for å opprettholde personsentrert omsorg i enhetene, ifølge denne studien (Griffiths et al., 2021). Ledelsens betydning ved implementering av personsentrert omsorg er tema også i studien til Rokstad (2015). De konkluderer med at om ledere har tydelige visjoner, har evne til å inkludere og styrke hele personalet og samtidig er en aktiv rollemodell, kan dette bidra til vellykkede implementeringsprosesser (Rokstad et al., 2015). Quasdorf (2019) har også gjort studier om ledelse og PSO. I denne studien har hun hentet informasjon fra en større studie hvor 28 intervjudeltakere fra 6 sykehjem fortalte om sine erfaringer fra implementering av DCM på sine arbeidsplasser. De fant at type lederstil i form av prestasjoner, visjoner og involvering kan være avgjørende for hvor vellykket en implementeringsprosess kan være (Quasdorf & Bartholomeyczik, 2019).

Chenoweth (2019) har gjennomført flere studier om personsentrert omsorg i demensomsorgen, og flere av hennes studier omhandler organiseringen og ledelsens innflytelse på omsorgen. I 2019 ble det gjort en systematisk litteraturgjennomgang. De fant at på avdelinger hvor personsentrert omsorg er godt innarbeidet og samtidig har støtte fra ledelsesnivå, bidrar dette til økt livskvalitet og velvære for pasientene. Samtidig observeres en reduksjon av de nevropsykiatriske symptomene (som uro, angst, depresjon og utagering) hos personer med demens. Det konkluderes i sammenfatningen at ettersom demens er en progressiv, inkurabel sykdom, er økt livskvalitet og velvære av stor betydning for menneskene det gjelder (Chenoweth et al., 2019).

Rokstad (2013) har sammenlignet effekten av ulike metoder innen PSO. I denne RCT-studien ble 15 sykehjemsavdelinger fordelt på tre grupper. Dementia Care Mapping (DCM) og VIPS praksismodell ble implementert i henhold til randomisering til de to omsorgs-metodene. I sykehjemsavdelingene som utgjorde kontrollgruppen, ble ingen nye tiltak igangsatt. Forskerne fant at personsentrert omsorg kan redusere og forhindre agitasjon og nevropsykiatriske symptomer samtidig som de fant økt livskvalitet blant pasientene, men det konkluderes med at dette må undersøkes nærmere (Rokstad et al., 2013). Røsvik og Mjørud har også forsket på VIPS praksismodellen som beskrevet i deres artikler, «You can tell it works» og «We must have a new

VIPS Meeting soon». Det de finner ut er at dersom implementeringen er vellykket, vil dette kunne resultere i god bruk av PSO (Mjørud & Røsvik, 2022; Røsvik & Mjørud, 2021).

De første som tok i bruk TID modellen var Rana kommune i Nordland. TID modellen ble utviklet og testet av Lichtwarck og medarbeidere i sykehjem i Rana kommune i 2007/2008 (Lichtwarck, 2019). Modellen har vist god effekt ved ulike atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens og bedring av livskvalitet for beboere i sykehjem. Modellen har også blitt brukt på andre komplekse utfordringer innen pleie- og omsorg (Lichtwarck et al., 2017; Myhre et al., 2018; Lichtwarck et al., 2019c).

Myhre (2018) og Lichtwarck (2019b) har i disse studiene sett på sykehjem-ansattes erfaringer med implementering av TID-modellen. Studiene viste at denne modellen hjalp personalet å jobbe mer systematisk og reflektert og dette forbedret læringen på jobb samtidig som det hjalp de ansatte å forstå og mestre pasientenes nevropsykiatriske symptomer (Lichtwarck et al., 2019b; Myhre et al., 2018).

Surr (2019) har foretatt en prosessevaluering av en implementeringsprosess. De fant ut at på de få sykehjemmene som fikk personsentrert omsorg til å fungere, var en positiv kultur og moral en forutsetning for implementeringen av personsentrert omsorg. Det konkluderes med at man bør vurdere selve opplæringen i personsentrert omsorg og vurdere hvert enkelt sykehjem før man starter en implementeringsprosess. (Surr et al., 2019). Kindblom (2021) har fulgt implementering av personsentrert omsorg på flere avdelinger over en toårsperiode. De konkluderer i denne studien at omorganiseringen skjer i trinn gjennom personalets utvikling, refleksjoner, forandringer og endringer (Kindblom et al., 2021).

Gjennom søk i litteratur, kunnskaper fra forskning beskrevet ovenfor og implementeringsprosjektets formulering, har vi i samarbeid med forskergruppen utarbeidet følgende hensikt og forskerspørsmål for vår studie.

## **2.0 HENSIKT OG FORSKNINGSSPØRSMÅL**

Hensikten med denne studien er å undersøke

*Hvilke erfaringer har pleiepersonalet med implementering av personsentrert omsorg på sin arbeidsplass?*

For å belyse dette har vi formulert tre forskningsspørsmål:

- Hvordan har pleiepersonalet erfart at opplæringen har vært?
- Hvilke verktøy har pleiepersonalet tilgjengelig og hvordan fikk de disse til å fungere på sin arbeidsplass?
- Hvilke tanker har pleiepersonalet om hva som er årsaken til at implementeringen fungerer eller ikke fungerer?

## **3.0 DESIGN OG METODER**

### **3.1 DESIGN**

Dette er en kvalitativ studie som gir beskrivende data av pleiepersonalets erfaringer med en implementeringsprosess. For å innhente data ble det gjort fokusgruppeintervju.

Fokusgruppeintervju er en metode for å fange ulike oppfatninger, perspektiver og meninger fra de ansatte. Dette ville gi grunnlag for å besvare forskerspørsmålet (Tjora, 2017, s. 137).

### **3.2 METODER**

Denne oppgaven er en del av et større forskerprosjekt rundt implementering, bruk og evaluering av personsentrert omsorg i en middels stor norsk by-kommune. Det ble gjennomført en kvalitativ studie og en kvantitativ studie for å evaluere prosjektet. Denne masteroppgaven handler om en del av den kvalitative evalueringen. En annen del av forskergruppen skal evaluere lederne og ressurspersonenes erfaringer.

Malterud (2011) hevder at utvalget til kvalitativ forskning skal settes sammen slik at innholdet i funnene blir rikt og variert og kan skape overførbarhet (Malterud, 2011, s. 56). Med bakgrunn i teori om kvalitativ metode ble det besluttet at fokusgruppeintervjuer blant personale i den aktuelle kommunen ville være den mest egnede metoden for datainnsamling for å kunne svare på vårt forskerspørsmål: «Hvilke erfaringer har personalet med implementering av personsentrert omsorg på sin arbeidsplass?».

Fokusgruppeintervju er ifølge Malterud (2011) en egnet metode til å «å hente frem erfaringer, synspunkter og holdninger i miljøer der mange samhandler» (Malterud, 2011, 133). Dette passer for evaluering av implementeringsprosessen. Fokusgruppe-intervjuene ble derfor utført blant pleiepersonalet i den aktuelle kommunen hvor implementering av personsentrert omsorg ble utført.

### 3.2.1 UTVALG

Utvalget til fokusgruppene i denne studien besto av pleiepersonell fra sykehjem som har vært involvert i implementeringen i den aktuelle kommunen i større eller mindre grad. I planlegging av fokusgruppe-intervjuene hadde vi en klar formening om at ledere og pleiepersonale ikke skulle være i samme gruppe. Dette med bakgrunn i at den enkelte leder har hatt stort ansvar for informasjon, opplæring og gjennomføring av dette prosjektet. Type avdeling kan også medføre store forskjeller på hvordan den enkelte avdeling har hatt mulighet til å få implementeringsprosessen til å fungere. Opplevelsen av å lykkes med implementeringen kan derfor variere.

Med tanke på gruppesammensetning, var vi i tvil om vi skulle skille mellom sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter. Etter drøfting kom vi fram til at vi ønsket å kalle denne gruppen pleiepersonell og at vi ikke skulle skille på faggruppene. Yrkestittel og utdanning var derfor ikke tema i løpet av intervjuene. Dette støttes av Malterud (2011) som nevner at fokusgrupper bør settes sammen «så homogent som mulig» for å hindre at samtalen «blir preget av konkurranse eller motsetninger» (Malterud, 2011, s. 133).

Ledere i hver sykehjemsavdeling hadde ansvar for at avdelingene var representert på fokusgruppene. Det var frivillig å delta i intervjuene. Deltagerne i fokusgruppeintervjuene, en mann og resten kvinner, til sammen 17 pleiepersonell, var fordelt i gruppene. Totalt ble det utført tre fokusgruppeintervjuer blant pleiepersonalet. To av fokusgruppene hadde seks deltagere, en gruppe besto av fem deltagere. Noen av pleiepersonalet hadde kjennskap til hverandre, men hovedinntrykket var at de kom fra ulike avdelinger og institusjoner samt at de hadde hatt lite kontakt med hverandre tidligere.

### 3.2.2 DATAINNSAMLINGEN

En intervju-guide ble utformet i forkant av intervjuene (se vedlegg 1). Intervju-guiden bidrar til at alle gruppene får de samme spørsmål, den fungerer som et manuskript som hjelper å strukturere

intervjuet i større eller mindre grad (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 143). Intervju-guiden til disse fokusgruppene ble utarbeidet i samarbeid med to erfarne forskere fra forskergruppen. Med bakgrunn i forskningslitteratur om personsentrert omsorg, innsyn i opplæringsmaterialet som pleiepersonalet har fått og vår kunnskap om intervjuer fra kvalitativ metode, begynte arbeidet med å formulere spørsmål til intervjuguiden. Vi formulerte åpne spørsmål til intervjuguiden med utgangspunkt i vårt forskerspørsmål og våre spørsmål ble flettet sammen med forskergruppens spørsmål slik at dette ble en helhetlig intervjuguide som kunne gi grunnlag for å kunne besvare forskningsspørsmålet. Vi formulerte et førsteutkast og sendte vårt innspill til forskergruppen i midten av mars 2022. Noen av spørsmålene i intervjuguiden ble omformulert, noen utgikk og noen ble lagt til i en vurdering mellom deltagere i forskergruppen.

Siden dette er en del av en større studie, ble det gjennomført flere intervjuer. Totalt i den kvalitative studien ble det utført fem fokusgruppeintervjuer. Det var tre intervjuer med pleiepersonalet, ett med ressurspersoner og ett intervju med ledere. Vår del av evalueringsprosessen omhandlet pleiepersonalet, så vårt fokus var på de tre fokusgruppeintervjuene med pleiepersonell. Det var viktig for forskergruppen at ansatte og ledere ikke ble blandet i intervjuene. Dette med antagelse om å få mest oppriktige og nøyaktige svar fra de ulike partene om de intervjues hver for seg. Resultatene fra intervjuene av ledere og ressurspersoner omtales i andre publiseringer.

Fokusgruppe-intervjuene ble gjennomført i juni 2022. Vi oppholdt oss i et stort lyst rom, hvor vi hadde satt sammen flere bord og alle fikk plass rundt bordet. Alle kunne se hverandre og ha øyekontakt. To forskere fra forskergruppen førte intervjuene, hvorav en var hovedintervjuer. Det ble gitt en kort introduksjon om prosjektet og gitt informasjon om deltakernes rettigheter før intervjuene startet. Se samtykkeskjema, vedlegg 2. I etterkant ble gruppens svar og tilbakemeldinger oppsummert, og informantene fikk anledning til å stille spørsmål. En slik måte å ivareta intervju-deltakerne på støttes av Kvale og Brinkmann (2015, s.160-161). Vi deltok som observatører. Hvert intervju varte i ca. 45 minutter. En av observatørene noterte de første ordene til hvert enkelt pleiepersonell i løpet av hele intervjuet, dette for å skape oversikt til transkriberingen. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd. Det ble gjort opptak på to lydopptakere under fokusgruppeintervjuene, dette for å ha en sikkerhetskopi i tilfelle noe skulle oppstå.

Vi startet arbeidet med transkripsjonene i september 2022. Vi jobbet aktivt med teksten. Under transkripsjon ble dialekter og ulike språkvarianter gjort om til bokmål og informasjon som kunne identifisere intervjuobjektene og arbeidssted ble anonymisert. Lyden på opptakene var av varierende kvalitet. Utfordringen omhandlet hvor intervjuobjektene satt i forhold til mikrofon og hva slags stemmeleie / stemmebruk den enkelte pleiepersonell hadde. Det ble forsøkt å høre hele setninger kontra et og et ord, dette for å få helhet. Vi gikk gjennom lydfil og transkripsjon flere ganger, både hver for oss og sammen, for å få med alt. Vi opplevde at transkripsjonsarbeid var en krevende prosess, og at konsentrasjonen måtte være skjerpet, derfor valgte vi å gjennomføre økter på to og to timer. Etter at teksten var ferdig skrevet, lyttet vi igjen på lydopptaket for å være sikre på at transkripsjonen var så nøyaktig som mulig. Vi var ferdige med denne jobben i midten av oktober. Etter endt transkribering ble teksten printet ut for videre bearbeiding. De tre intervjuene på ca. 45-50 minutter resulterte i 31 sider med transkribert tekst.

### **3.2.3 DATAANALYSE**

Det finnes ulike metoder for å bearbeide transkribert tekst, og analysemetoden ligger til grunn under utarbeidelse av intervjuguiden og under intervjuene. I denne evalueringsstudien ble aktuelle analysemetoder diskutert i forskergruppen i mars 2022. Med bakgrunn i teori, tidligere erfaring og etter nøye overveielser ble tematisk analyse valgt som den mest aktuelle analysemetoden i samme fase som forskerspørsmål og intervjuguide ble utarbeidet. Tematisk analyse er en aktuell metode når man vil belyse menneskers syn, meninger, kunnskap og erfaringer (Caulfield, 2019). Videre finner vi hos Braun og Clarke (2021) at tematisk analyse er en metode for å oppdage, analysere og tolke mønstre i datamaterialet (Braun & Clarke, 2021, s. 4). Dette betyr å finne grunnlag for koder i tekstens meningsinnhold, og deretter kategorisere koder for så å ende opp med ulike temaer. Dette vil ifølge forfatterne skape en oversikt over hvor ofte de ulike kodene og temaene nevnes i en tekst.



Som beskrevet i 3.2.2 Datainnsamlingen, har vi lyttet til lydfilene og lest korrektur på transkripsjonene før transkripsjonene ble gjennomlest på nytt for å få tilstrekkelig oversikt på teksten. Så startet en analyse av teksten.

I desember jobbet vi hver for oss og fant grunnlag for koder. Vi jobbet grundig med teksten med forskningsspørsmålet liggende nær oss som en stadig påminnelse om hvilke sitater som var vesentlig for å svare på vårt forskerspørsmål. Den ene metoden som ble brukt var å fargekode alle utsagn i transkripsjonen og til slutt samle de utsagnene med samme farge. Det ble etter hvert gitt ulike koder. Den andre metoden var å ha transkripsjonen utskrevet på papir hvor koder ble notert i margin, og viktige utsagn ble markert med tusj. Fokus var hele tiden å få tak i hva hvert enkelt pleiepersonell egentlig mente med utsagnet sitt.

I begynnelsen av januar møttes vi og sammenlignet kodene som vi hver for oss hadde kommet frem til. Vi lagde en tabell med fire kolonner, se tabell 1. Vi fylte inn direkte sitater fra transkripsjonen i kolonne nr 4, disse sitatene ga grunnlag for kode/kondensert tekst, i kolonne nr 3. Hvert grunnlag for kode (i kolonne nr 3) fikk en kode i kolonne 2. Disse kodene ble senere utviklet til tema i kolonne 1. Vi fikk sju ulike koder og sammenfattet disse til tre ulike temaer. Deretter lagde vi en ny tabell, hvor vi sorterte alle grunnlag for koder og koder under de tre temaene. I analysearbeidet fra transkribering til rapporten ble ferdigskrevet, benyttet vi Braun og Clarkes 6 trinns analyse og «Our 15-point checklist for good reflexive TA-version 2022» (Braun & Clarke, 2006; Braun & Clarke, 2021, s. 269).

Utsnittet fra tabellen nedenfor illustrerer hvordan analyse gangen har vært fra sitater, til en mer kondensert tekst, som igjen leder til koder og som ender i tre hovedtema.

Vi opplevde det hensiktsmessig å bruke en slik tabell for å holde oversikt og jobbe strukturert med transkripsjonene. På neste side vises et utsnitt for å illustrere.

Tabell 1, Eksempel fra analysearbeidet

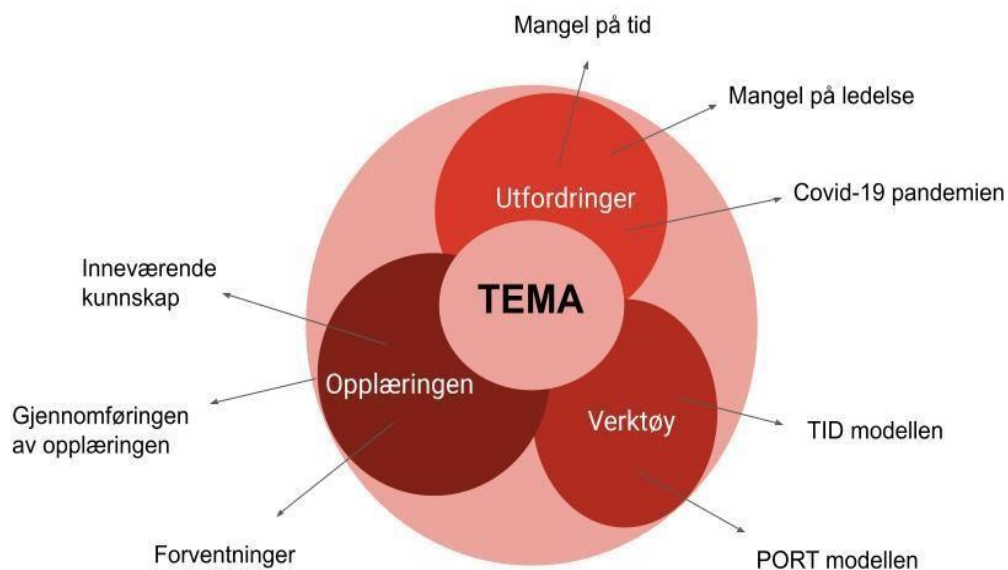
<b>TEMA</b> <b>Helsepersonells</b> <b>erfaringer</b>	<b>Koder</b>	<b>Grunnlag for</b> <b>koder</b> <b>Kondensering</b>	<b>Sitater fra transkripsjon</b>
<b>Utfordringer</b>	Korona	<p>Tiden før og etter Corona</p> <p>Corona, smittevern og smittevernrutiner har tatt fokus fra prosjektet.</p> <p>Leder har mange arbeidsoppgaver</p> <p>Pandemi har tatt fokus fra PSO-prosjektet</p>	<p>«Min erfaring er akkurat som hun sa, det er vi var veldig aktive med livsglede, en prosjekt før, det var lagt i systemet, og vi var veldig flinke med det. Men så kom corona-perioden, og det var litt stillere med det.»</p> <p>«Det har vel vært litt annet fokus, med korona og sånne smitterom og smittevernrutiner og det har på en måte, hva skal en si da. Ikke vært prioritert»</p> <p>«Jeg tror at for lederen min da, så gjør hun så godt hun kan da, men det har vært mye annet, det har vært så mye med corona og det har vært mye ja, hun har vært overbelasta ja, lederne våre, de får noe over seg hele tiden som de skal lære oss i da.»</p> <p>«Ustabil tid» «Ikke vært fokus» «Pandemi-preget» «Det har jo vært prat på lenge. Altså, vi har jo hørt om personsentrert omsorg, men, ja, det har vært liksom ikke vært plass til å få det inn »</p>

Utfordringer har tre ulike koder.

Opplæring har tre ulike koder.

Verktøy har en kode.

Figur 2, Her forsøker vi å illustrere studiens temaer og koder.



I arbeidet med å sammenfatte resultater fra analysen, ble funnene sortert under hvert av de tre enkelte temaene. Underveis i skriveprosessen har vi tatt frem transkripsjonene for å sikre at vi fikk med alt som bidrar til å svare på forsker-spørsmålene. I arbeidet med diskusjonsdelen diskuteres funnene opp mot annen forskningslitteratur.

### 3.2.4 FORSKNINGSETISKE OVERVEIELSER

Intervju med pleiepersonalet medførte krav om godkjennings-søknad til NSD (Norsk senter for forskningsdata). Søknaden, inkludert prosjektplan, forslag til samtykkeskjema og intervjuguide ble derfor sendt NSD i begynnelsen av april 2022. Vi fikk tilbakemeldinger fra NSD og gjorde justering av søknaden. Denne studien fikk referansenummer 383372 og vurderingen fra NSD ligger vedlagt.

Det var frivillig for deltakerne å være med i intervjuene. Deltakerne ble informert om studien og hensikten før intervjuene startet, og de måtte gi et skriftlig samtykke før deltakelsen. Deltakerne kunne trekke seg når som helst før intervjuet var i gang. Siden det ble tatt lydopptak av fokusgruppeintervjuet, måtte deltakerne samtykke til det også. Det ble informert om at deltakerne ville bli anonymisert, og det ikke ville være mulig å person-identifisere den enkelte i etterkant av intervjuene. Lydopptak og samtykkeskjema vil bli slettet og makulert når studien er avsluttet.

Lydfilene ble lagret på en sikker server ved Sykehuset Innlandet. Lydfilene ble deretter overført til en minnepinne kryptert med dataprogrammet 7-zip (Pavlov, 2022). Vi fikk overlevert denne minnepennen i august. Minnepennen ble formatert etter at intervjuene var transkriberte.

## **4.0 RESULTATER**

Denne evalueringsprosessen synliggjør noen av pleiepersonalets erfaringer fra prosessen hvor personsentrert omsorg ble implementert på deres arbeidsplass i kommunen. Funnene er delt inn i tre hovedtemaer: utfordringer, opplæringen og verktøyene. Det er sju ulike koder fordelt tydelig under de tre temaene. Funnene underbygges med sitater fra transkripsjonen.

### **4.1 UTFORDRINGER**

#### ***Mangel på tid og tilstedeværende leder var de største utfordringene***

I analysearbeidet fant vi flere utsagn hvor de ansatte satte ord på ulike årsaker til at personsentrert omsorg ikke var implementert i avdelingen. Mangel på tid, for lite personell, uforutsigbare dager, økonomi og en travel leder var momenter som kom frem under intervjuene.

##### **4.1.1 Mangel på tid**

Mangel på tid er et gjentakende utsagn i alle fokusgruppene, og intervjudeltagerne nikker gjenkjennende og sympatiserende når travle arbeidsdager og problematiske prioriteringer beskrives. Pleiepersonalet bemerker gjentatte ganger gjennom alle intervjuene at de kjenner på tidspress, og de har et innstendig ønske om å lage gode dager for pasientene de har ansvar for. Men å stresse fra stell til stell og stadig måtte prioritere, resulterer i at pleiepersonalet føler de ikke strekker til i jobben de gjør. Det er ikke nok «hender» til å gjennomføre alt som skal gjøres i løpet av en dag, og tilstrekkelig med tid er en stadig mangel. De opplever å måtte avvise pasienter som trenger dem og det er sjeldent mulig å gi det lille ekstra som samtaler eller en kaffekopp utenom andre oppgaver som stell og mat.

De kjenner på dilemmaet når de introduseres for nye prosjekter som skal tas i bruk i en travel hverdag. De kjenner at det kan være spennende og givende å lære noe nytt, og de forstår at de bør øke sin kompetanse og håper kanskje å få ny giv, men de har erfart fra tidligere at det blir enda mer å gjøre på den tiden de allerede synes er knapp.

*«Det første man tenker på er at vi ikke har tid, jeg skal være så ærlig å si det. Også skjønner vi jo at det er positivt det som er rundt det, men... det går på det at vi ikke har tid. Og at man ikke får bearbeidet det. Så da kommer ikke vi noe videre med det heller.»*  
(Pleiepersonell)

Pleiepersonalet opplever også at økonomi er grunnlag for mange prioriteringer, for eksempel at det ikke leies inn ved sykdom, «det skal spares over hele fjøla» (Pleiepersonell). De opplever at kun det mest nødvendige skal prioriteres og dette resulterer i en stadig opplevelse av stress på jobb. Det signaliseres at det går utover pasientene igjen og igjen. Grunnbemanningen føles knapp, selv uten sykefravær. Det er et gjentagende tema at de stadig opplever at pasientene har større behov enn det de klarer å dekke.

Pleiepersonalet uttrykker behov for mer personale og mer tid til prosjektet. De beskriver en hverdag hvor tiden ikke strekker til og at de ikke har tid til å sette seg inn i prosjektet. Videre signaliserer pleiepersonalet at tid og anledning til å delta i møter og opplæring generelt er vanskelig i en pleieavdeling hvor det er små marginer før det kan utvikle seg uro og kaos. De savner en mulighet til å opprettholde kontinuitet og struktur i hverdagen for å kunne gjøre en god jobb. Stabilt personale oppleves hensiktsmessig for pleiepersonalet. Pleiepersonalet opplever at dette prosjektet ikke har vært tydelig og konkret nok, og kjenner at det da er vanskelig å holde motivasjonen oppe.

Pleiepersonalet har erfart at ekstra hjelp i avdelingen i form av kjøkkenassistent, praksiselever fra skole, frokostvert og lignende er gode og nyttige hjelpetiltak for å frigjøre tid slik at pleiepersonalet kan jobbe mer med prosjekter som for eksempel opplæring i nye arbeidsmetoder.

#### 4.1.2 Mangel på ledelse

Pleiepersonalet som er intervjuet i denne studien kom fra ulike pleie-avdelinger med ulike pleiebehov og forskjellige ledere. Informasjon og kunnskap om personsentrert omsorg var varierende blant deltakerne, men svært mange signaliserte at lederen av ulike årsaker ikke hadde evnet å spre dette ut til avdelingene slik de hadde forventet. De etterlyser en leder som tydelig

bærer ansvar, tar opp temaet i det daglige, og hjelper med å sette PSO-dagsplanen. Hjelp med å bruke det de har lært og bli bevisst på å ta PSO i bruk. Pleiepersonalet mener også at leder må være engasjert i prosjektet selv for å kunne engasjere andre. Det signaliseres at én person må ta hovedansvar for å skape tid og plass til nye prosjekter, og at leder må hjelpe til med dette.

*«Det er noe med å engasjere alle, og den eneste måten det kan gjøres på er å ha fokus på det i avdelingen og snakke rundt det og ja, lederne må engasjere oss da, og det tenker jeg at det ikke hjelper å bare sende ut et skriv, for det leser vi og så legger vi det i en hylle og så fortsetter vi slik som før.» (Pleiepersonell)*

Det kommer frem at de har jobbet med lignende prosjekter tidligere, og enkelte av intervjudeltakerne beklager at de ikke har kommet så langt i dette aktuelle prosjektet. Dette virker å skyldes både leders tid og engasjement til rådighet. Dette har medført at Personsentrert omsorg (PSO) ikke har blitt en del av systemet deres. De ser at PSO er en del av deres jobb, ettersom kommunen har besluttet at dette skal implementeres, men de ser at de ikke har lykket enda. «Livsglede», et tidligere prosjekt, blir gjentatte ganger sammenlignet med dette prosjektet. De opplever at Livsglede var mer satt i system, men hva som virkelig ble gjort for å få det i system, kom ikke frem i intervjuene. Pleiepersonalet ønsker seg bedre system slik at det kan planlegges å jobbe personsentrert slik noen har forstått at det skal gjøres, mens andre av pleiepersonalet føler de har jobbet personsentrert i mange år.

Det kom frem i intervjuene at pleiepersonell forventer en engasjert ledelse. De savner veiledning og de opplever at enkelte ledere ikke har vært tilstrekkelig til stede, mens andre forstår at leder har vært overbelastet og har gjort som best de kan. Det forventes at noen må ta ansvar og få mer informasjon om PSO ut til pleiepersonalet, og de forventer at flest mulig, også vikarer, må få tilgang til kunnskap og informasjon om PSO for at prosjektet skal fungere i hverdagen. De signaliserer at det er leder som bestemmer hvem som skal få opplæring. De opplever at det er spennende med ny kunnskap, men er samtidig opptatt av at det ikke skal gå på bekostning av pasientene.

Enkelte informanter innrømmer at det ikke har blitt implementert noe som helst på deres arbeidsplass, derfor er det ingen forskjell på hverdagen før og etter implementeringen. Det nevnes at hvis man skal få dette til å fungere, så må alle på avdelingen, inkludert leder, bli enig om å

satse på det. De ser at det er så omfattende at alle må bevisstgjøres, holde fokus og få aksept til å bruke tid på det for å få PSO inn i hverdagen.

### 4.1.3 Covid 19-pandemien

Dette prosjektet startet opp i 2020 og pleiepersonalet vender stadig tilbake til corona-pandemien som en vesentlig årsak til at hverdagen har blitt annerledes og prosjektet ikke har forløpt som planlagt. De kommer jevnlig tilbake til pandemien hvor arbeidsdagen med rutiner og planer ble endret på, og det ble mye fokus på nye og strengere rutiner rundt hygiene og smittevern. De vet at hele samfunnet ble preget av pandemien, samtidig som de beklager, at de mistet fokus på implementering av PSO i sin arbeidshverdag.

*«det har vel vært litt annet fokus, med korona og sånne smitterom og smittevernrutiner og det har på en måte, hva skal en si da. ikke vært prioritert» (Pleiepersonell)*

Pandemien satte preg på disse avdelingene som alle andre deler av samfunnet i den tiden det sto på, og det er klart at de omprioriteringene gjorde utslag også for dette prosjektet. Corona har krevd mye tid og ressurser og pleiepersonalet ser det har medført mye ekstra for ledergruppa også, og de vet at lederne ikke bare har hatt implementering av PSO å tenke på. De nevner stadig på et tidligere prosjekt, Livsglede, og det virker som de jobbet systematisk og godt med Livsglede-prosjektet, men de har ikke klart å hente det opp igjen etter pandemien. De innser at de må prioritere PSO om de skal få det til å fungere, men de har ikke klart å finne fokus og mobilisere engasjement til å hente opp igjen det lille de hadde hatt av struktur rundt PSO etter at hverdagen ble normalisert.

## 4.2 OPPLÆRINGEN

### *Opplæringen har vært mangelfull.*

Under intervjuene og i transkripsjonene ble den store variasjonen rundt hva den enkelte pleiepersonell hadde av erfaring om personsentrert omsorg tydelig. Det fremkommer også litt uklart hva den enkelte av pleiepersonalet legger i begrepet PSO.



### 4.2.1 Inneværende kunnskap

Pleiepersonalet har ulike erfaringer med PSO på sin arbeidsplass. Enkelte sier det ikke har vært noe opplæring og de har nesten ikke hørt om PSO, mens andre forteller om kunnskap om PSO fra ulike utdanninger de har tatt. Det har vært litt ny informasjon fra møtene knyttet til prosjektet. Andre snakker om at personsentrert omsorg alltid har vært et sentralt tema i deres arbeidshverdag.

*«jeg føler det er sånn jeg har jobbet med helt siden jeg begynte å jobbe i helsevesenet egentlig. at man kanskje kaller det noe annet, andre skjemaer, andre metoder. men føler dette her er veldig kjent.» (Pleiepersonell)*

### 4.2.2 Gjennomføring av opplæring

Uavhengig av dette prosjektet, ble det stadig dilemmaet om hvem som faktisk hadde anledning til å delta på ulike møter, kurs og opplæring et tilbakevendende tema gjennom intervjuene. Turnusarbeid, stillingsprosent, hvor mange som kunne gå fra avdelingen og vikar-innleie hvis noen skulle på kurs var blant begrunnelsene for at det var lite kontinuitet i møter og kursvirksomhet.

Selve opplæringsprosessen oppleves tilfeldig med tanke på digital undervisning og hvem og hvor mange som fikk delta på det som var tilgjengelig opplæring. Enkelte av pleiepersonalet hadde deltatt i to opplæringsmøter og ett evalueringsmøte. Noen husker de har sett en informasjonsfilm, mens andre ikke hadde deltatt på noe opplæring. Flere av pleiepersonalet snakker om at alle bør få delta i opplæringen. Pleiepersonalet husker tilbake til en tidligere anledning da mange fikk gå fra avdelingen og delta på samme kurs. Da fikk de samme opplæring, og de følte på en optimisme for at de skulle sette i gang med ny kunnskap.

*«- nei, nei, nei. det har ikke vært noe opplæring. Jeg tenker at et slikt fora burde være for flest mulig, slik at flest mulig hadde fått muligheten til å få informasjon om det, så kunne alle fått den samme informasjonen. istedenfor at det blir endret på den informasjonsprosessen da. slik at alle fikk hørt hva som gjaldt.» (Pleiepersonell)*

Pleiepersonalet opplever at det er vanskelig å bli ansvarlig eller få ansvar som et mellomledd i prosjektets formidling. De signaliserer tydelig at de synes det er vanskelig å undervise eller motivere u-engasjerte kollegaer. De ser også at det må bli satt av tid til opplæring og de må få muligheten til å prøve og feile med de nye arbeidsmetodene.

Kontinuitet i form av stabilt personale vurderes som vesentlig for å kunne evaluere og vurdere tiltak rundt pasienten. Pleiepersonalet ønsker seg opplæring noen timer fordelt utover flere dager, da de har god erfaring med det gjennom tidligere igangsatte prosjekter. De ønsker seg egne refleksjons- og veiledningsmøter og foreslår å ha en perm, hvor de lett kan få informasjon om hver enkelt pasient. De innser at mangel på tid til opplæring er en avgjørende faktor.

### 4.2.3 Forventninger

Pleiepersonalet ønsker mer kunnskap om PSO for å kunne starte å jobbe på denne måten. De opplever at det de har fått av informasjon om PSO har kommet fra leder, men at leder kun har informert om prosjektet og ikke lært dem opp. Enkelte er usikre på om de i det hele tatt har hørt om prosjektet, mens andre mener at de jobber personsentrert hele tiden. De forsøker å ha fokus på PSO, men de opplever at det ikke er satt i gang. Enkelte påpeker viktigheten med å få med alle på opplæringen også vikarer. Mange av informantene uttrykker at det har vært lite eller ingen opplæring internt. Følgende sitater er beskrivende for denne koden:

*«selvfølgelig så hadde det vært på steds vi hvis vi hadde fått mere info. men vi er jo ganske grønne på det»* (Pleiepersonell)

og

*«Det hjelper ikke om bare to stykker fra en avdeling er med på dette her, for to stykk kan ikke redde en hel avdeling»* (Pleiepersonell)

Pleiepersonalet ser at de trenger mer kunnskap for å få det til i praksis. En i fokusgruppen trodde de skulle på opplæring i PSO når de kom til intervjuet som omhandlet evalueringen.

## 4.3 VERKTØYENE

### *Variierende kunnskap og erfaring med TID- og PORT modellen.*

Pleiepersonalet bruker ordet «personsentrert omsorg» i mange sammenhenger, men de konkretiserer ikke hva det betyr før de får direkte spørsmål rundt TID og PORT modellen. VIPS rammeverk og VIPS praksismodell er begreper pleiepersonalet ikke nevner eller bruker i intervjuene.

#### 4.3.1 TID modellen

Pleiepersonalet har ulik kjennskap til TID modellen, enkelte har brukt den, men det er foreløpig ikke satt i system. Det er veldig ulik bakgrunn i forhold til kunnskap og erfaring om TIDmodellen. Enkelte har ikke hatt opplæring i TID modellen, andre forteller om "små drypp" fra leder og noen kjenner godt til denne modellen og har hatt gode erfaringer med å benytte den i praksis. Det er veldig varierende opplæring, men de som har kjennskap til modellen ser nytten av det.

*«jeg tenker at det er veldig godt for hele personalgruppen og kunne komme sammen og bare få luftet seg littegrann, fordi det er jo krevende situasjoner og som gjør at man har de TID møtene» (Pleiepersonell)*

De forteller at de har brukt det på krevende pasienter, mens andre avdelinger så vidt har begynt med TID -møter rundt mindre krevende pasienter, bare for å bli kjent med konseptet. De ser fordeler med denne metoden ettersom de i fellesskap kommer frem til og jobber mot felles mål. De opplever at TID -modellen bidrar til å holde fokus og de opplever bedre resultat ved å bruke denne modellen. TID møtene oppleves som nyttig ettersom de blir godt kjent med hver enkelt pasient og dens ønsker og behov.

Det å snakke om TID gir forslag til felles løsning eller handlingsplan. På TID møtene opplever de nytte av å komme sammen og debriefe og kunne løfte frem krevende situasjoner og bli enige om felles tiltak slik at alle gjør det likt. De opplever at kartlegging, observasjon og oppretting av

planer gir god personsentrert omsorg. På enkelte avdelinger har de et mål om å ha TID-møte for alle langtidspasienter.

Noen kan fortelle at de har hatt ekstern veiledning rundt TID-modellen. De som hadde deltatt på TID møte med eksterne veileder bekreftet nytteverdien i dette, samtidig som de fikk inntrykk av at å lede et TID-møte krevde mye kunnskap og erfaring for å få til et vellykket møte.

#### 4.3.2 PORT modellen

Det er lite kunnskap og erfaring rundt PORT modellen. Flertallet av pleiepersonalet har ikke hørt om dette. Enkelte sier det har blitt nevnt på et avdelingsmøte. Enkelte har en mening om at PORT modellen vil bevisstgjøre uvaner og det vil gi nye øyne på pasient -pleier situasjonen.

Pleiepersonalet ser at det er spennende med veiledning når man skal observere hverandre i ulike situasjoner, men det krever engasjerte ansatte og alle må være interessert.

*«Vi har blitt informert på avdelingsmøter om det, og at det er vel satt i gang litt.»*  
(Pleiepersonell)

og

*«Det virker veldig spennende med denne veiledningen, når man skal observere hverandre i ulike situasjoner, jeg tenker at der har man jo, det tror jeg vi har veldig stor nytte av da. Bare man på en måte får nok veiledning i det, og får satt av litt tid til det, det handler litt om det.»* (Pleiepersonell)

## **5.0 DISKUSJON AV RESULTATER**

Hovedmålsettingen med denne studien var å finne ut hva pleiepersonalet i den aktuelle kommunen hadde erfart i en prosess med implementering av personsentrert omsorg på sin arbeidsplass. Videre i diskusjonsdelen vil vi ta utgangspunkt i de tre hovedtemaene og deres koder og diskutere disse funnene mot annen forskning og med bakgrunn i RE-AIM rammeverk.

### **5.1. UTFORDRINGER**

#### ***Tidspress, leders rolle og covid-19 pandemien***

Vårt første tema omhandler ulike utfordringer kommunen sto overfor med tanke på implementeringen av PSO i sine sykehjemsavdelinger. I lyset av RE-AIM rammeverket vil vi diskutere «Reach» og «Implementation» i denne diskusjonsdelen. Reach vil si hvor godt de har nådd ut til pleiepersonalet. Hvor mange ansatte har fått opplæring? Hvor mange har deltatt i forhold til hvor mange som kunne deltatt? Implementation sier noe om årsaken til at det ikke fungerte. Hvilke hindringer møtte kommunen på? Hvordan har prosessen vært?

##### 5.1.1 Tidspress

Det er gjennomgående i alle intervjuene at pleiepersonalet opplever mangel på tid. Pleiepersonalet i vår studie opplevde det å ikke ha tid, og PSO var foreløpig lite brukt i de fleste avdelingene. De var litt bekymret for hvordan de skulle få tid til enda et prosjekt på bekostning av tid til pasientene. Det kom også frem at de ved tidligere prosjekter hadde fått informasjon om PSO og at enkelte var kjent med verktøyene TID og PORT. Vi opplevde at en del av pleiepersonalet var innforståtte med at det kom til å kreve en del tid til å “prøve og feile” med disse metodene for å bli trygge i observasjonene. Trygghet er viktig for at pleiepersonalet vil føle mestring. Vi fikk derfor inntrykk av at pleiepersonalet hadde godt grunnlag for sine bekymringer for at tiden ville bli en utfordring. Pleiepersonalet opplevde det vanskelig å se hvor de skulle hente denne tiden og hvordan dette skulle organiseres i hverdagen.

Dementia Care Mapping har vært hovedtema i mange forskningsartikler om personsentrert omsorg. I studien til Griffiths (2021) ble det poengtert at begrensede ressurser i form av tid, personale og støtte for å gjennomføre DCM kartleggingen var en felles bekymring for mange av ressurspersonene i studien. Ressurspersonene innså etter hvert at det var et komplekst prosjekt de var rekruttert til og de erfarte at det var vanskelig å holde prosjektet i gang med de forutsetningene som var lagt til grunn (Griffiths et al., 2021). Tid til disposisjon og andre prioriterte arbeidsoppgaver var blant årsakene til at DCM kartlegginger ikke ble fullstendig gjennomført også i den andre inkluderte studien fra Griffiths (2019). Også Surr (2019) finner flere årsaker til at PSO ikke fungerer som planlagt, og at DCM er kompleks, omfattende og tidkrevende er noen av årsakene til at resultatet ble dårligere enn ønsket i studien (Surr et al., 2019).

Pleiepersonalet i vår studie kunne virke litt oppgitte over at ledelsen kom med “enda” et nytt prosjekt, når de sto i en situasjon hvor de følte at endene ikke møttes med tanke på tid og ressursbruk. Vi opplevde at pleiepersonalet ikke var negative til selve prosjektet med at de synes det ble vanskelig da de allerede hadde en travel nok arbeidshverdag.

Tid til rådighet er også nevnt i annen litteratur, som hos Lichtwarck (2019) hvor de ansatte signaliserte vansker med å tilrettelegge og finne tid til PSO-kartleggingen i sin arbeidshverdag hvis ikke leder hjalp til med å sette det på dagsplan (Lichtwarck et al., 2019). Det er tydelig at tid er et sentralt tema i flere studier hvor implementering av nye arbeidsmetoder er fokus. Tid er nært knyttet til ledelse ettersom leder må være den som setter dette på dagsordenen og gir de ansatte tid og mulighet til å sette seg inn i nye arbeidsverktøy. (Surr et al., 2019; Lichtwarck et al., 2019).

Li og Porock (2014) har i sin review bemerket at helsepersonell som kan gi god personsentrert omsorg må ha profesjonell kompetanse, gode mellommenneskelige ferdigheter og de må kunne vise sin tro og sine verdier. Videre skriver forfatterne at pleiepersonalets egenskaper og evner sammen med et miljø der pasientene kan oppleve en variasjon av aktiviteter, oppleve respekt for sin tro og verdier, engasjement, sympati, samarbeide om beslutninger og en kultur for helhetlig omsorg vil antagelig føre til at pasientene er fornøyde med sin situasjon. Pasienten vil føle seg vel og være fornøyd med omsorgskulturen i avdelingen (Li & Porock, 2014). En slik form for

helhetlig omsorg er tid- og ressurskrevende. For de ansatte i vår studie var det en gjennomgående frustrasjon over å ikke strekke til med alt de forsto at brukerne hadde behov for av samtaler, utflukter, tilstedeværelse, eller bare litt tid til de små samtaleene over en kaffekopp. De signaliserte med sine utsagn en faglig kompetanse, gode verdier og et ønske om å gjøre en god jobb, men utsagn som «Det er ikke særlig godt å være på jobb da», var et synspunkt som beskrev en hektisk arbeidshverdag.

Tid til disposisjon for å kunne utføre personsentrert omsorg slik det er lagt opp til i den aktuelle kommunen, med opplæring av pleiepersonalet i en ny omsorgsfilosofi og samtidig ta i bruk to nye arbeidsverktøy virker omfattende med de ressursene de hadde hatt til rådighet. I forskningsartikler vi har arbeidet ut fra, er det ikke nøyaktig samme arbeidsmetode som er benyttet, men å finne tid og rom til å starte med noe nytt, virker å være et dilemma i mange av enhetene som har vært delaktig i lignende prosjekter.

### 5.1.2 Leders rolle

Selve implementeringen oppleves for pleiepersonalet som en omorganiseringsprosess hvor kommunen bare hadde bestemt at PSO skulle være et satsingsområde. Ledelsen hadde en sentral rolle i dette prosjektet. Det ble et overordnet prosjekt som kom «ovenfra og ned». Vi får ikke inntrykk av at pleiepersonalet som deltar i intervjuene har vært med eller fått muligheten til å kunne påvirke denne prosessen. I planen til kommunen beskrives ressurspersoner og arbeidsgrupper som skulle etableres ved hvert sykehjem. Ingen av pleiepersonalet i intervjuene nevner disse ressursene.

I studien til Røsvik og Mjørud (2021) viser de til ledere som har god erfaring med å ha tatt med de ansatte i vurderingen for hvordan de skulle ta fatt på implementering av nye arbeidsmetoder. De skriver videre at implementering av nye arbeidsmetoder i helsevesenet er komplekst fordi det er en prosess som skal fungere i organisasjonen og det avhenger av hver enkelt ansatts innsats (Røsvik & Mjørud, 2021). Innsats handler også om hvilken motivasjon den enkelte har med tanke på en implementeringsprosess. Siden vi kun intervjuet pleiepersonalet i vår studie, fikk vi kun deres vinkling på saken. Flere av pleiepersonalet ga uttrykk for mangel på engasjerende ledelse.

Vi opplevde at pleiepersonalet hadde større forventninger til ledelsen, enn hva lederne evnet å gjennomføre i praksis.

I dette prosjektet var det ledelsen som skulle være pådriver og være den som sto for gjennomføringen av implementeringen. Det lå et stort ansvar på lederne på hver avdeling i kommunen. Gjennom intervjuene kom det fram at pleiepersonalet hadde en opplevelse av at leder hadde i utgangspunktet for mange oppgaver og at blant annet corona-pandemien tok mye av tiden til lederne. Pleiepersonalet så leders utfordringer i form av prioriteringer og de så at implementeringen av PSO ikke ble gitt nok fokus. Dette ble en stor utfordring og ulempe i implementeringsprosessen. Røsvik (2016) beskriver at lederne er nøkkelpersoner ved implementering av PSO. Hun sier noe om viktigheten i at leder er synlig i arbeidshverdagen til de ansatte. Det ble også understreket viktigheten med at leder kjenner sine ansatte godt, slik at leder har en oversikt over avdelingens ressurser, holdninger og behovet for økt kompetanse. Vi opplever at Røsvik setter ord på sentrale lederoppgaver som det er hensiktsmessig å ha kunnskap om i en implementeringsprosess (Røsvik, 2016, s. 34). Siden vi kun intervjuet pleiepersonalet, har vi lite kunnskap om lederes erfaringer og ståsted i avdelingene. Men pleiepersonalet ga et inntrykk av at leder har mye å gjøre, så det kan være tilfelle at de ikke har så god oversikt over avdelingen som det kunne vært ønskelig når en implementering skal gjennomføres. Quasdorf og Bartholomeyczik (2019) har i sin studie sett på lederstilens betydning ved implementering av DCM i sykehjem i Tyskland. Studien viste at når lederen ikke evner å knytte avdelingens visjoner til klinisk arbeid, og ikke engasjerer, tar ledelse og hjelper pleiepersonalet å prioritere, er det fare for at implementeringen mislykkes. Videre nevnes at type ledelse må vurderes opp mot hva som kreves og forventes i hvert enkelt implementeringsprosjekt (Quasdorf & Bartholomeyczik, 2019).

Støtte og engasjement fra ledelsen er et tema som går igjen i flere forskningsartikler når det kommer til implementering av nye metoder i en avdeling. Røsvik og Mjørud (2021) skriver at implementering og utvikling av et prosjekt avhenger av at ansatte er forberedt, at de opplever støtte fra ledelsen og tilstrekkelig tid til å komme i gang med prosjektet er forutsetninger for en vellykket implementeringsprosess. Videre at mangel på ledelse og motstand for endring faktorer som hindrer implementeringen (Røsvik & Mjørud, 2021). Det samme er funnet i studien til Griffiths (2021).



I denne studien var det bestemt at lederne skulle ha en sentral rolle i implementeringsprosessen. Var de klare og motiverte for oppgaven? Hadde lederne tid til å sette seg inn i prosjektet? Var organisasjonen klar for en stor endring? Dette er sentrale spørsmål som vi opplever satte preg på hele implementeringsprosessen. Siden vi får inntrykk av at dette prosjektet kom litt «bus» på alle, både pleiepersonalet, ledelsen og hele organisasjonen. Ledelsen hadde det overordnede ansvaret, men det ble vanskelig å ha dette ansvaret da de ikke klarte å videreformidle kunnskap og opplæring videre til pleiepersonalet som skal gjennomføre PSO i praktisk arbeid. Som vist i tidligere forskning har ledelsen en så stor rolle i en implementeringsprosess, at ledelsen bør styrkes kraftig før en igangsetter en så stor og omfattende prosess.

### 5.1.3 Covid-19 pandemien

En hovedårsak til at implementering av PSO-prosjektet har blitt nedprioritert i kommunen, handler om at dette prosjektet ble satt i gang samme år som Covid 19-pandemien inntraff. Dette satte selvfølgelig et preg på gjennomføringen av prosjektet og resulterte i at implementering av PSO ikke fikk det hovedfokuset som kommunen hadde ønsket. Pleiepersonalet fortalte ved flere anledninger om et tidligere prosjekt som de opplevde hadde fungert og det hadde blitt gjennomført i sin helhet. Det at implementeringen ikke fungerer som forventet har vært et tema hos Røsvik og Mjørud (2021). De viser til en sykehjemsavdeling som hadde startet med VIPSpraksismodell. I denne avdelingen hadde to ansatte vært på kurs, men de fikk ikke VIPS-møtene til å fungere som ønsket i avdelingen. Enhetslederen valgte da å omprioritere ressurser ved å gå tilbake til starten i implementeringsprosjektet. Denne gangen ble en stor andel av de ansatte sendt på opplæringskurs. Dette medførte at avdelingen fikk VIPS til å fungere på en mer vellykket måte (Røsvik & Mjørud, 2021).

Vi tror kommunen er i stand til å gjennomføre et slikt prosjekt, men at pandemien og alt det medførte av endringer i samfunnet har satt en stor stopper for gjennomføringsevnen for implementeringen. Det kan tenkes at pleiepersonalet hadde hatt helt andre erfaringer og dermed gitt helt andre svar dersom pandemien ikke sto på for fullt i prosjektperioden. Så vi kan med sikkerhet si at corona har vært en ulempe og et hinder i denne implementeringsprosessen.

Nå i etterkant av corona-pandemien, hvor fokuset er mer tilbake til det normale, hadde det vært interessant om organisasjonen startet hele prosjektet på nytt, med blanke ark, for å se om implementeringsprosessen kunne blitt gjennomført på en mer hensiktsmessig måte. I dag kunne opplæringen skjedd fysisk og alt fokuset rundt hygiene og smittevern har normalisert seg. Pleiepersonalet hadde hatt et mer overskudd til å konsentrere seg om prosjektet og de kunne sammen med lederne fått en motivasjon som ville kunne gi andre resultater.

## **5.2 OPPLÆRINGEN**

### ***Inneværende kunnskap, opplæringsprosessen og forventninger***

Vårt andre tema handler om opplæringen av pleiepersonalet ved sykehjemsavdelingene i kommunen. I lyset av RE-AIM rammeverket vil vi diskutere «Reach» og «Implementation» i denne diskusjonsdelen. Hovedtyngden vil ligge på Reach som sier noe om hvordan de har nådd ut til de ansatte.

#### **5.2.1 Inneværende kunnskap**

Pleiepersonalet i denne studien har ulike erfaringer med implementering rundt opplæringen av PSO på sin arbeidsplass. Enkelte forteller om litt ny informasjon fra møtene knyttet til prosjektet, mens andre hevder de har jobbet personsentrert hele tiden, uavhengig av dette prosjektet de har vært en del av. Det oppleves at pleiepersonalet har vansker med å skille mellom dette prosjektet og hva som faktisk omhandler PSO. Det kan virke som om de blander PSO med «generelt fokus på pasienten» eller bruker-medvirkning og ikke har kjennskap til PSO sin filosofi. Enkelte sier det ikke har vært noe opplæring og at de nesten ikke har hørt om det. Selve opplæringsprosessen oppleves tilfeldig med tanke på digital undervisning og hvem som får delta og hvem som faktisk har anledning til å delta på møtene. I studien til Griffiths (2021) forteller ressurspersonene om forventning og entusiasme over å få delta i opplæring av DCM og alt det innebar av kunnskap om demensomsorgen. Men de innså etter hvert at implementering av DCM var et omfattende prosjekt og det var vanskelig å overføre kunnskapen og engasjementet til kollegaer (Griffiths et al., 2021).

Noen av pleiepersonalet som er intervjuet i denne studien har lært om PSO i sin grunnutdanning eller videreutdanning. Mange snakker om at de jobber personsentrert i den betydning at de har pasienten i fokus og ser den enkeltes ønsker og behov, men det viser seg å variere hva de har lært om PSO fra denne implementeringsprosessen. Enkelte av pleiepersonalet hadde vært med på noen møter i prosjektet, mens andre ikke hadde fått muligheten til å delta. Flere av pleiepersonalet sier noe om at de ikke kjenner til prosjektet. Dette kan tyde på at prosjektet ikke har nådd ut i så stor grad som ønskelig. I denne studien har vi ingen oversikt over hvor mange som har deltatt i noen form for opplæring. Vi vet heller ingenting om hvor mange som kunne deltatt på opplæring, men som av ulike årsaker som turnus, personellmangel eller liten interesse ikke har prioritert muligheten.

Pleiepersonalet kan plasseres på hele skalaen med tanke på hvilken kunnskap de har om PSO. Enkelte har aldri hørt om det, mens andre er skolert. Dette skaper et stort skille mellom innværende kunnskap. Det hadde vært ønskelig at kunnskapen om PSO var mer jevnt fordelt i pleie personalgruppa. For at pleiepersonalet ikke skal blande PSO med andre / tidligere prosjekter eller begreper, er det svært viktig at alle i pleiepersonalgruppen får tydelig informasjon om ulike begreper og filosofier, slik at de lettere kan skille mellom det ene eller det andre. Og at de kan holde fokuset og motivasjonen oppe.

### 5.2.2 Opplæringsprosessen

Rokstad (2015) har gjort en studie om implementering av personsentrert omsorg på tre ulike sykehjem i Norge. De fant at en vellykket implementeringsprosess krever ledere som er aktive rollemodeller med tydelige visjoner, som inkluderer og ansvarliggjør alle ansatte i prosessen. De fant også at det må være en sammenheng mellom leders mål og visjoner og de ansatte sin kompetanse til å gi den personsentrerte omsorgen (Rokstad et al., 2015). Pleiepersonalet i vår studie er lojale overfor sin arbeidsgiver og flere omtaler sine ledere som travle og arbeidsomme. De husker at prosjektet med implementering av personsentrert omsorg har blitt nevnt i ulike fora, men de opplever at lederne har for mange arbeidsoppgaver, slik at dette prosjektet har blitt glemt bort mellom mange andre prosjekter og arbeidsoppgaver som leder har ansvar for. Pleiepersonalet opplever at informasjonen har kommet fra leder, men at leder kun har informert om prosjektet på personalmøter og ikke lært dem opp. Enkelte i fokusgruppe-intervjuene er

usikre på om de i det hele tatt har hørt om prosjektet, mens andre mener at de jobber personsentrert hele tiden. De forsøker å ha fokus på PSO, men de opplever at PSO ikke er satt i gang. I studien til Røsvik og Mjørud (2021) derimot, er de ansattes meninger og innspill inkludert fra starten av implementeringsprosessen, og dette var blant årsakene til en vellykket implementering i denne studien (Røsvik & Mjørud, 2021). Griffiths (2019) hevder i sin studie at ansattes opplæring, forberedthet og villighet til å endre seg er blant forutsetningene for en vellykket implementering (Griffiths et al., 2019). Hos Kindblom (2020) har den vellykkede implementeringen av personsentrert omsorg blitt gjennomført i flere stadier. I denne studien ble det kartlagt hva de ansatte hadde av motivasjon, kunnskap og erfaring om PSO ved oppstart av prosjektet, og deretter startet implementeringen fra det nivået de ansatte var på. Etter hvert ble mer og mer av den omfattende måten å gi personsentrert omsorg på inkludert i hverdagen, og dette viste seg å bli en vellykket prosess ifølge forfatteren av denne studien (Kindblom et al., 2021).

Chenoweth (2019) viser i sin studie til forskning hvor den personsentrerte omsorgen er avhengig av at helsepersonell er godt opplært for å kunne gi en god personsentrert omsorg. Nødvendig opplæring, bemanning og materielle ressurser samt støtte fra ledelse er ifølge Chenoweth avgjørende for god personsentrert omsorg. Det kommer frem i denne studien at når en liten andel av pleiepersonalet har fått muligheten til å delta i opplæringen, er dette et hinder for implementeringen og det svekker pleiepersonalets mulighet til å ta i bruk PSO i sin praksis (Chenoweth et al., 2019).

Det er flere av pleiepersonalet som ikke har hørt om eller kjenner til PSO. Det tyder på at prosjektet ikke har nådd ut til avdelingen slik det var tenkt. Noen beskriver at det ikke har kommet i gang og at det kan være bemanningsutfordringer som har vært utfordrende.

Pleiepersonalet har et stort ønske om at flest mulig skal få muligheten til samme opplæring slik at informasjonen ikke endres underveis. Dette kommer også frem i annen forskningslitteratur. Hos Kindblom (2021) derimot var de ansatte med i planlegging når personsentrert omsorg skulle innføres på deres arbeidsplass. De begynte med små endringer og i løpet av en toårsperiode kunne de ta del i mer omfattende endringer (Kindblom et al., 2021). Dette er ikke en metode som har blitt brukt i vår studie, men vi ser tydelig at det kunne vært hensiktsmessig at pleiepersonalet

tok del i planleggingen og at de startet med små endringer, som til slutt ville føre til en mer omfattende endring over tid. I sammenheng med RE-AIM rammeverket ville dette vært en prosess under «Maintenance», som vil gi svar på om prosjektet holder over tid og se om de ansatte etter en tid fortsatt bruker de aktuelle verktøyene. Denne prosessen er ikke en del av denne studien.

For at en implementeringsprosess skal fungere er det nødvendig at alle ledd og alle ansatte i organisasjonen tar eierskap til prosjektet og skaper et engasjement som vil speile seg i hele prosessen. For å få en vellykket implementeringsprosess må fokuset være at alle er like viktig og alle må ta del og være med fra «a til å». Dette sier også tidligere forskning (Lichtwarck et al., 2019b). Slik det ble gjort i dette prosjektet var dette et overordnet satsingsområde og dette skulle føres nedover i systemet. Pleiepersonalet som skulle ta i bruk PSO, hadde ingen stemme inn i gjennomføringen av prosjektet. Dette taler imot tidligere forskning (Kindblom et al., 2021).

### 5.2.3 Forventninger

I studien til Lichtwarck (2019 b), har ansattes erfaring med TID -modellen vært grunnlag for studien. Her tydeliggjør de ansatte behovet for at flest mulig får delta når ny kunnskap og nye arbeidsmetoder skal implementeres i en avdeling. De ansatte signaliserte at alle hadde viktig innspill i kartleggingen uansett utdanning og det bidro til en lojalitet og engasjement overfor arbeidsmetoden når flest mulig var inkludert i opplæringen (Lichtwarck et al., 2019 b).

Pleiepersonalet i vår studie snakket flere ganger om et tidligere prosjekt hvor alle fikk gå fra avdelingen og alle fikk samme opplæring. Fellesskapet de opplevde ved å gå på kurs sammen ga dem optimisme og pågangsmot, så det med god opplæring ser de nytte av og har god erfaring med. Dette stemmer også med funn som Griffiths (2019) gjorde i sin studie om ansattes erfaring med implementering av Dementia Care Mapping (DCM) på avdelinger hvor de jobbet. I denne studien har håndplukkede ansatte fått opplæring i arbeidsmetoden, DCM. Det skrives innledningsvis i artikkelen at implementering må være godt innarbeidet i hverdagen for å fungere. De ansatte må kunne se fordeler og kjenne støtte, når de skal ta i bruk nye intervensjoner. Griffiths (2019) fant i sin studie tre hovedårsaker til en vellykket implementering, dette var forberedthet til å lede, evne til å sette kunnskap ut i praksis og evne til å fortsette å bruke det de har satt i gang. De ansatte i Griffiths studie kjente også på behovet for å være flest mulig med

samme opplæring, for å holde prosjektet i gang. Videre hadde de god erfaring med hjelp fra utenforstående til å gjøre veiledning/observasjoner og de innså hvor komplekst det var å leve opp til forventninger, holde prosjektet i gang og det var mer omfattende enn de hadde forestilt seg. Griffiths (2019) skriver at kulturen i avdelingen var avgjørende for et vellykket prosjekt og de fant at store avdelinger hadde bedre muligheter til å få det til, ettersom flere ansatte ga mulighet til å frikjøpe en ansatt til å jobbe med prosjektet. Griffiths konkluderte med at jo bedre implementeringen er planlagt, jo bedre forutsetninger har man for å få prosjektet til å fungere (Griffiths et al., 2019).

Pleiepersonalet i vår studie signaliserte behov for mer informasjon, og at alle får lik informasjon. Pleiepersonalet poengterer flere ganger viktigheten av at alle får delta i opplæringen, også vikarer, for dette har ikke alltid vært tilfelle. Mange av informantene uttrykte at det har vært lite eller ingen opplæring internt. Flere av informantene viser til en tidligere opplæring, og den gode opplevelsen når alle fikk gå fra arbeidet sitt og at alle fikk samme opplæring. “Da hadde vi pågangsmot, dette skulle vi få til” (Pleiepersonell).

Mjørud og Røsvik (2022) viser i sin artikkel til Kitwood som mener at strukturert lagarbeid, trening/opplæring og tilsyn samt støtte fra ledelse er viktige forutsetninger for personsentrert omsorg. De viser til forskning hvor god personsentrert omsorg forutsetter ledere som skaper en god og støttende kultur slik at ansatte tar ansvar og føler en balanse mellom krav og kontroll i sitt arbeid (Mjørud & Røsvik, 2022).

Når det skal implementeres et nytt prosjekt i en organisasjon er det svært viktig at alle, både ledere og ansatte, er forberedt og klare for å ta i bruk ny kunnskap. Tidligere forskning og pleiepersonalet i denne studien understreker viktigheten med at alle får den samme opplæringen og at alle får lik mulighet til å delta.

## 5.3 VERKTØYENE

### *Erfaringer, TID modellen og PORT modellen*

Vårt tredje og siste tema handler om pleiepersonalets erfaringer med bruken av verktøyene TID og PORT modellen. I lyset av RE-AIM rammeverket vil vi i denne delen ha hovedfokus på å diskutere «Adoption», som omhandler hvor stor grad avdelingene har tatt i bruk de ulike verktøyene. Klarer pleiepersonalet å bruke de nye verktøyene i hverdagen? Og har det blitt en del av måten de jobber på? Vi vil også nevne «Reach» og «Implementation».

#### 5.3.1 Erfaringer

I vår studie nevnte pleiepersonalet at de hadde ansvar for mange pasienter, og noen ganger fungerte dette greit, men om en pasient ble urolig, ble det enda mer uro og travelt for de andre på avdelingen. De beskrev at dette var situasjoner som var vanskelig å stå i og de opplevde at tid og ressurser var hovedutfordringen. De satte ord på ulempen med å ikke ha verktøy og hensiktsmessige metoder for å håndtere krevende situasjoner. I studien til Lichtwarck (2019b) hadde de ansatte erfart at bruk av kartleggingsverktøy hjalp dem å dele opp og se flere aspekter av pasientens behov. Dette resulterte i mer struktur og forutsigbarhet i hverdagen. De ansatte kunne ta i bruk verktøyene og slik erfarte de nytten av PSO (Lichtwarck et al., 2019b).

I dette prosjektet har kommunen besluttet å innføre VIPS rammeverket, TID- og PORT modellen som de aktuelle verktøyene som skal benyttes for å bidra til personsentrert omsorg. I intervjuene fant vi en stor variasjon i hva informantene i denne studien har av kunnskap og erfaring med bruk av disse verktøyene på sin arbeidsplass. VIPS rammeverk er ikke nevnt med et eneste ord blant pleiepersonalet. Det oppleves at TID er et verktøy som har blitt implementert ved tidligere prosjekter og at dette er et verktøy som pleiepersonalet har noe kunnskap om og ser nytten av å bruke. Kommunen har tidligere utdannet TID-instruktører og det oppleves som det er noe mer fokus på TID modellen kontra PORT modellen, men alle verktøyene er i bruk i liten grad.

Mjørud og Røsvik (2022) har sett på ledernes erfaringer med innføring av VIPS praksismodell i sin studie. De fant en endring i ansattes kompetanse og endringer i det kliniske arbeidet ved å

innføre VIPS praksismodell og de økte jobbtilfredsheten for de ansatte. De fant at bruk av denne arbeidsmetoden endret kulturen til fordel for både pasienter og ansatte. De erfarte at økt samarbeid og mer fokus på den enkeltes behov resulterte i mer nøyaktige pleieplaner, økt lojalitet overfor pleieplanene og færre klager fra pårørende (Mjørud & Røsvik, 2022). Dette er resultater som tilsier at det lønner seg å innføre PSO. I det lange løpet vil det være til nytte for pasient, pårørende og de ansatte - som igjen vil gi positiv utvikling i organisasjonen.

Siden denne kommunen tidligere var kjent med TID-modellen, kunne det vært lurt å fortsette å benytte denne modellen slik at pleiepersonalet kun hadde *en* modell å forholde seg til. Kanskje det ble for overveldende for pleiepersonalet å sette seg inn i for mye ny kunnskap med enda flere modeller.

### 5.3.2 TID modellen

Det er varierende hvor godt pleiepersonalet kjenner til TID-modellen, som består av de tre fasene utredning, refleksjonsmøter (TID-møter) og tiltak. Enkelte har hørt om modellen, lært om den i utdanning og noen få har brukt den. Enkelte tror de snart skal begynne med TID-modellen, men det er ikke satt i system. De forteller at de har brukt det på krevende pasienter. De som har forsøkt å benytte TID, ser fordeler med denne metoden, det at alle jobber etter felles mål, har mer fokus og de opplever bedre resultat ved å bruke denne modellen. TID møtene oppleves som nyttig, ved at de blir godt kjent med hver enkelt pasient. Noen har et mål om å ha TID-møte for alle langtidspasienter. Informantene opplever at å snakke om TID gir forslag til felles løsning eller handlingsplan. Enkelte kan fortelle at de har hatt ekstern veiledning (ikke i forbindelse med dette prosjektet) rundt TID-modellen, og at dette har vært svært nyttig. Dette stemmer med funn hos Myhre (2018) som i sin studie viser til informanter som tydelig ser fordelene av TID-møter. Dette med at pleiepersonell får tid til å snakke sammen, vurdere systematisk og deretter komme frem til en felles løsning rundt pasientsituasjoner oppleves nyttig, og det er lettere å opprettholde lojalitet til gruppens løsninger på denne måten (Myhre et al., 2018). Lichtwarck har flere studier med søkelys på TID-modellen, flere av dem med mål om å redusere nevropsykiatriske symptomer og agitasjon blant pasienter med demens. I Lichtwarck (2019b) kom det frem at pleiepersonell opplever at TID-modellen bidrar til økt kunnskap, mestring, struktur og refleksjon som igjen ga en opplevelse av trygghet og mestring (Lichtwarck et al., 2019b).



I denne studien har pleiepersonalet ulik bakgrunn, enkelte har ikke hatt opplæring i TID modellen, andre forteller om «smådrypp» fra leder og noen kjenner til denne modellen og har hatt gode erfaringer. Det er veldig varierende opplæring, men de få som har kjennskap til modellen, ser tydelig nytten av det. På TID møtene opplever de nytte av å komme sammen og debriefe. Samtidig løfte frem krevende situasjoner og bli enige om felles tiltak slik at alle håndtere lignende situasjoner på samme måte. Pleiepersonalet opplever at kartlegging, observasjon og oppretting av tiltaksplaner gir god personsentrert omsorg.

### 5.3.3. PORT modellen

Det er foreløpig svært få studier rundt innføring, erfaring og effekt av PORT-modellen. PORTmodellen, som var en av de implementerte arbeidsmetodene i vår studie, er en metode videreutviklet fra Dementia Care Mapping.. Griffiths (2021) har hatt fokus på DCM i flere av sine studier. I studien fra 2021 kommer det fram at implementering av DCM i sykehjemsavdelinger i England viste seg å være en krevende og omfattende prosess for ressurspersonene i de aktuelle avdelingene. Studien viste at tid og mulighet til å prioritere nye arbeidsmetoder spiller en vesentlig rolle og er en utfordring med tanke på implementering av et nytt arbeidsverktøy. I studien konkluderes med at bare noen få sykehjem behersket å ta i bruk DCM som planlagt. Det antydes at den komplekse DCM-metoden bør vurderes for å gjøre den mer brukervennlig for personalet (Griffiths et al., 2021).

Pleiepersonalet i denne studien har lite kunnskap og erfaring rundt PORT modellen. Vi opplever at TID modellen er mer implementert i pleiepersonalets arbeidshverdag og at PORT modellen er svært lite kjent. Vi kan tro at PORT er en mer krevende prosess for pleiepersonalet og at dette innebærer at de ansatte må la seg observere og deretter gi direkte tilbakemelding til den enkelte kollega. Dette kan oppleves som en krevende situasjon og forutsetter at personalet er klare for den type veiledning / tilbakemelding.

## **6.0 DISKUSJON AV METODE**

I diskusjon av metode belyses noen av de valg som er blitt gjort i løpet av forskerprosessen. Her vil både fordeler og ulemper trekkes frem.

### **6.1 FORSKERPROSESSEN**

Dette prosjektet hadde gitte rammer og var allerede igangsatt da vi fikk bli med i forskergruppen rundt denne studien. Vi opplevde at vi fikk ta del i en ryddig prosess og at de beslutninger som var tatt var nøye gjennomtenkt. Det var flere beslutninger vi hadde liten påvirkningskraft på, som for eksempel metode og design.

Fokusgruppeintervju har som mål å få frem forskjellige synspunkter om planlagte emner som er fokus i gruppen. Det er ingen mål om å komme til enighet, men målet er å få frem ulike erfaringer og synspunkter i gruppen. Fokusgruppeintervjuer ledes av en moderator, men gruppens samspill og engasjement kan resultere i et noe uoversiktlig transkripsjonsmateriale (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 179-180). Fokusgruppeintervjuene i denne studien ble ledet av erfarne forskere, og samtalen og spørsmålene fungerte veldig godt i gjennomføringen av intervjuene. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) har moderator en avgjørende rolle i et fokusgruppeintervju. Moderators ferdigheter og håndverksmessige dyktighet, er avgjørende for kvaliteten på kunnskapen som kommer ut av intervjusituasjonen. Erfarne intervjuere som behersker sitt fag, får lettere tak i den kunnskapen som man ønsker å innhente (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 84-86). Forskerne i forskergruppen vår har førstehånds ferdigheter og kunnskap om temaet PSO. De har omfattende trening i intervjusituasjoner, det vil si at de er høyt kvalifiserte til å lede fokusgruppeintervjuer. Vi opplevde at selv med erfarne moderatorer ble det stor variasjon i samtalen under fokusgruppeintervjuet. Men intervjuguiden var et nyttig verktøy for å samle gruppen og få et strukturert resultat.

I en del studier testes intervjuguiden i et pilotintervju før selve intervjuene starter. Det ble ikke gjennomført et pilotintervju i denne studien, men vi stilte spørsmålene til hverandre og kjente på hvordan det opplevdes å få stilt de ulike spørsmålene. Vi opplevde det informativt at intervjuene

ble gjennomført med fysisk oppmøte. Det gjorde det mulig å observere deltakerne og stemningen i gruppa. Dette i form av blick, kroppsspråk og ansiktsuttrykk og det ga en bedre oversikt over alle informantene, og om alle fikk bidratt med sine meninger.

Vi opplevde at transkribering av datamaterialet var en krevende og omfattende prosess. Vi hadde heldigvis satt av god tid til dette. Det å transkribere eget materialet, gjenoppfrisket opplevelser og minner fra selve intervjuet som gjorde at vi kom nærmere teksten. Vi brukte mye tid på transkripsjonen i form av å lytte og skrive i flere omganger og dette mener vi har resultert i at transkripsjonene er pålitelige. Transkripsjons-arbeidet er utført uten forsøk på å få frem ulike stemninger, usikkerhet, tenkepauser og lignende i det skrevne materialet. Vi har skrevet eksakt hva den enkelte har sagt, og vurderer våre transkripsjoner som gyldige (Kvale & Brinkmann, 2015, s 211-213). Fordelen med å være to forskere som samarbeidet om transkripsjonen var at vi legger merke til forskjellige ting som gav oss et enda større bilde av helheten (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 207).

Tematisk analyse ble valgt etter en vurdering i forskergruppen. Denne typen analyse er ifølge Caulfield (2019) en metode for å analysere intervju, transkripsjoner og tekst for å få frem hvilke erfaringer, syn, kunnskap og meninger grupper har om et bestemt tema (Caulfield, 2019). Arbeidet med studien har bekreftet at dette ble et riktig valg av analysemetode. I tillegg er tematisk analyse en metode med mange tydelig avgrensede trinn i analyseprosessen, noe som hjelper mindre erfarne forskere å jobbe systematisk med teksten. Braun og Clarke har skrevet flere artikler om tematisk analyse og i artikkelen fra 2019 gjør de rede for sine erfaringer og de tilbakemeldinger de har fått på metoden de har beskrevet. De innser i denne artikkelen at de kunne vært nøyere med å beskrive selve analyseprosessen i sine utgivelser om tematisk analyse. Det kommer frem at flere forskere ikke har klart å gjøre analysemetoden riktig, noe som kan ha resultert i feil eller unøyaktige funn i forskningen (Braun & Clarke, 2019). Selv om Braun og Clarke er kritiske til egen analysemetode, opplevde vi at tematisk analyse var en riktig metode for denne studien. Dette med bakgrunn i at våre funn sammenfaller med resultat fra tidligere forskning og sier noe om at vår analyseprosess kan betraktes pålitelig og gyldig.

En svakhet med studien var at det noen ganger var vanskelig å skille de ulike temaene i resultatdelen. Det var flere sitater som kunne plasseres under flere koder og det ble derfor en vurdering om hvor vi skulle plassere dem. Vi flyttet sitater og koder frem og tilbake mellom tabellene i analysearbeidet. Dette er noe som Braun og Clarke beskriver i sin analyseprosess (Braun & Clarke, 2021, s 264).

Det ble tidlig i prosessen bestemt at vår del av studien skulle handle om de ansattes erfaring med implementeringsprosessen. I løpet av forskningsperioden endret vi benevnelsen fra “de ansatte” til “pleiepersonalet”. Vi ønsket å gi en bedre beskrivelse av hvem som deltar i studien og hvem vi intervjuet. Siden vi ikke skilte på yrkestittel, mener vi pleiepersonalet er et dekkende ord for de som arbeider nærmest pasienten.

Tidlig i oppgaven bruker vi denne kilden «*Dette er hentet fra NN kommune sin interne prosjektplan*». Vi har undersøkt flere ganger om denne prosjektplanen er et offentlig dokument eller ikke. Det finnes et kommunestyrevedtak som ligger til grunn for den interne prosjektplanen. Prosjektplanen er ikke unntatt offentligheten, men er heller ikke lagt ut som et offentlig dokument. Vi ser det vanskelig å unngå å bruke denne kilden, men av hensyn til kommunens anonymitet, har vi ikke lagt denne i kildelista. Vi har diskutert mye frem og tilbake, også i forskergruppen, hvordan vi skal fremlegge denne kilden i oppgaven, og opplever at dette ble den beste formuleringen.

## 6.2 UTVALGET

Pleiepersonalet som deltok i intervjuene, var håndplukket av ledere ved sine respektive avdelinger. Vi opplevde at det var en stor tilfeldighet hvem som faktisk møtte til intervju. Hvor frivillig opplevde egentlig pleiepersonale det var å delta når de ble sendt dit av leder? Og hva var

leders begrunnelse for å sende akkurat disse fra pleiepersonalet? Tilnærmet alle fikk kort varsel om å delta. Enkelte fikk beskjed samme dag som intervjuene ble gjennomført. Enkelte av pleiepersonalet var ikke klar over at dette var et intervju, de trodde de skulle være med i en samtale og en av dem trodde hun skulle på opplæring. Vi opplevde at deltakernes mangel på informasjon i forkant intervjuene satte preg på stemningen og svarene de ga i intervjuene. Det ga et bilde av hva de tenkte der og da. De snakket på impuls og hadde ikke fått tid til å tenke over temaet på forhånd. Siden pleiepersonalet kunne oppleve litt usikkerhet, fikk vi følelsen av at flere hang seg på utsagn som kom i gruppen. Vanskelig å si noe om denne «enigheten», om den var reell eller om det enkleste var å henge seg på andre. Ettersom alt ble anonymisert opplevde vi at pleiepersonalet snakket «rett fra levra», de ga oppriktige og ærlige svar. Intervjuobjektene utgjorde en homogen gruppe i form av lik arbeidsbakgrunn, dette kan også bidra til oppriktige svar. Det kom tydelig fram at når det bare var pleiepersonell til stede under intervjuene snakket de om erfaringer og opplevelser de følte på i hverdagen. Det er vanskelig å si, men dersom lederen hadde vært med i samme intervju tror vi ikke de samme svarene ville kommet fram.

Pleiepersonalet i denne studien kom fra ulike avdelinger og institusjoner. Vi opplevde at to og to var kollegaer eller kjente. Disse satte seg naturligvis ved siden av hverandre. Det oppsto en god dynamikk i gruppene. Kvale og Brinkmann (2015) snakker om gode intervjuobjekter og om en ønsket variasjon i intervjuobjektets evne til å forklare og utdype sine svar. Dette fordi den variasjonen vil speile resten av befolkningen (Kvale & Brinkmann, 2015, s 194-195). Som i andre sosiale settinger var det også i denne studien noen som snakket mer enn andre, men det var en raushet i å gi hverandre plass. Moderatorene fikk inkludert alle i dialogen og det ble en god flyt i samtalene.

### **6.3 OVERFØRBARHET**

I arbeidet med denne studien har vi funnet mye forskning om lignende temaer og opplever at funnene i denne studien stemmer overens med funn i annen forskning. Det viser seg å være vanskelig å implementere nye arbeidsmetoder dersom opplæringen er begrenset og ledelsen ikke er engasjert og delaktig. Vi har lært gjennom denne forskningen at en vellykket

implementeringsprosess må være nøye planlagt. Det å velge rett metode for implementering har stor betydning for gjennomførbarheten til prosjektet. Det å ha en viss oversikt over sine ansatte eller den gruppen som skal gjennomføre en implementeringsprosess er viktig. Vi ser at en stabil leder- og ansattgruppe vil føre til en lettere prosess. De som skal gjennom en implementeringsprosess, må vise interesse og engasjement som igjen vil gi god motivasjon til alle. Alle må få muligheten til samme opplæring og få førstehåndsinformasjon, dette har stor betydning for pleiepersonalet i denne studien og flere andre studier. Vi opplever at denne implementeringsprosessen kan være gjenkjennbar i andre kommuner. Vår oppfatning er at pleiepersonalet er tilnærmet likt om de jobber i en kommune i nord eller sør. Kommunene står overfor mange av de samme utfordringene og problemstillingene, så vi tror at det samme kunne skjedd om prosessen ble gjennomført i en annen norsk kommune. Derfor er det viktig at andre kommuner som planlegger å iverksette PSO, tar lærdom av denne studien.

## 6.4 REFLEKSIVITET

Våre egne erfaringer, holdninger og opplevelser, som forskere i denne sammenheng, vil uansett forme vårt syn og vår forståelse i en eller annen grad. Det å se inn i dette prosjektet med nye og åpne øyne har vært viktig for oss. Vi har derfor forsøkt å arbeide med denne studien med en bevissthet rundt egne erfaringer og antagelser, og forsøkt å lytte og analysere oss frem til hva intervju deltakerne virkelig sier og faktisk mener.

Med tanke på RE-AIM kunne det vært interessant å komme tilbake til kommunen etter ca 1-2 år og forske videre på hvordan avdelingene arbeidet med PSO. Siste ledd i RE-AIM - *Maintenance* - handler om å se om denne implementeringen har holdt over tid. Denne delen av rammeverket blir ofte utelatt i studier. Men dette kan ofte være den viktigste delen som gir et bilde av hele implementeringsprosessen. Siden denne delen uteblir i vår studie, kan det betraktes som en svakhet.

Gjennom denne masterutdanningen har skolen veiledet oss gjennom tre seminarer; prosjektplanseminar, analyseseminar og masteroppgaveseminar. Her har vi hatt framlegg av egen forskning og fått tilbakemelding på vårt arbeid fra medstudenter og veiledere. Vi har også fått

innsyn i medstudenters forskningsarbeid og vært opponenter på dette. Dette har gitt oss mange gode diskusjoner og vi opplever at dette har vært med på å sikre at vi har gjennomgått alle trinn i forskningsprosessen. Vi har hatt tett oppfølging av veileder og vi opplever at veileder har fulgt oss gjennom hele forskerprosessen. Forskergruppen vi tilhører har også vært med på å lede oss i riktig retning. Veileder har kommet med gode og konstruktive tilbakemeldinger. Dette har gitt oss god utvikling i rollen som forskere. Vi opplever derfor at oppgaven bærer preg av nøye overveielser og mange drøftinger som til slutt gav dette sluttresultatet.

## **7.0 KONKLUSJON**

Gjennom denne studien har vi erfart at prosjektet har støtt på ulike utfordringer som har resultert i at implementeringen av personsentrert omsorg i denne kommunen ikke har forløpt som planlagt og forventet.

Pleiepersonalet beskriver at tiden de har til rådighet, oppleves allerede som knapp. Når de da skal i gang med noe nytt, nye metoder og arbeidsverktøy, kan dette oppleves overveldende. Tidligere forskning peker også på samme dilemma, at avdelinger har utfordringer med å finne tid og rom til nye prosjekter. Ledelsen og avdelingslederne, som har en sentral rolle i dette prosjektet, har sviktet i opplæringsprosessen og implementeringen av personsentrert omsorg. Mye av årsaken til dette handler om corona-pandemien som hadde sitt inntog i starten av dette prosjektet.

Det var stor variasjon av kunnskap om personsentrert omsorg blant pleiepersonalet i kommunen. Noen hadde aldri hørt om det, mens noen hadde tatt kurs eller videreutdanning. Pleiepersonalet hadde en forventning om at alle skulle få samme opplæring og at alle skulle ha lik mulighet til å delta. Kommunen virket å ha en god plan for gjennomføringen av prosjektet, men det hele virker å bli satt på vent på grunn av andre viktigere oppgaver som tiltrådte (corona).

Med tanke på RE-AIM, er Reach meget sentralt - har de nådd ut til pleiepersonalet? Hvis du skal få gode resultater, må alle eller så mange som mulig få mulighet til å delta i opplæringen. Dette er ikke tilfelle i denne implementeringsprosessen. Dette handler selvfølgelig om ressursbruk, tid og økonomi for å kunne sende alle ansatte på kurs. Resultatene i studien viser at avdelingene ikke har tatt i bruk de valgte verktøyene slik det var forventet (Adoption). Hovedkonklusjonen er at denne implementeringsprosessen ikke har fungert som planlagt og personsentrert omsorg har foreløpig ikke blitt en del av pleiepersonalet sin arbeidshverdag (Implementation).

Vi opplever at dette har vært en lærerik prosess, og vi ser vi kan ta med oss erfaringer fra dette prosjektet og benytte erfaringene ved implementering av forskjellige prosjekter i vår sykepleiehverdag i fremtiden.



## **8.0 LITTERATURLISTE**

Aldring og Helse. (2022). *Personsentrert omsorg*. Aldring og Helse. Retrieved May 4, 2022, from <https://www.aldringoghelse.no/s/behandling-og-oppfolging/personsentrert-omsorg/>

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 77-101. <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1191/1478088706qp063oa?needAccess=true&role=button>

Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative research in sport, exercise and health*, Vol 11(4), 589-597. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>

Braun, V., & Clarke, V. (2021). *Thematic Analysis: A Practical Guide* (V. Braun, Ed.). SAGE.

Brooker, D. (2004). What is person-centered care in dementia? *Reviews in Clinical Gerontology*, 13, 215-222. DOI:10.1017/S095925980400108X

Caulfield, J. (2019, September 6). *How to Do Thematic Analysis | Step-by-Step Guide & Examples*. Scribbr. Retrieved Mars 26, 2023, from <https://www.scribbr.com/methodology/thematic-analysis/>

Chenoweth, L., Stein-Parbury, J., Lapkin, S., Wang, A., Liu, Z., & Williams, A. (2019, February 22). Effects of person-centered care at the organisational-level for people with dementia. A systematic review. *PLOS ONE*, 1-21. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212686>

Edvardsson, D., Winblad, B., & Sandman, P. (2008). Person-centered care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *Lancet Neural*, (7), 362-367. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18339351/>

Fagerström, L. M. (Ed.). (2019). *Avansert klinisk sykepleie*. Gyldendal.

Flottorp, S., & Aakhus, E. (2013). Implementeringsforskning: vitenskap for forbedring av praksis. *Norsk epidemiologi*, 23(2), 187-196. <https://doi.org/10.5324/nje.v23i2.1643> Glasgow, R. E., &

Estrabrooks, P. E. (2018). Pragmatic Applications of RE-AIM for Health Care Initiatives in Community and Clinical Settings. 15. [https://www.cdc.gov/pcd/issues/2018/17\\_0271.htm](https://www.cdc.gov/pcd/issues/2018/17_0271.htm)

Griffiths, A. A., Kelley, R., Garrod, L., Perfect, D., Robinson, O., Shoesmith, E., McDermid, J., Burnley, N., & Surr, C. A. (2019). Barriers and facilitators to implementing dementia care mapping in care homes: result from the DCM EPIC trial process evaluation. *BMC Geriatrics*, 216. <https://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-019-1045-y>

Griffiths, A. W., Robinson, O. C., Shoesmith, E., Kelley, R., & Surr, C. A. (2021). Staff experiences of implementing Dementia Care Mapping to improve the Quality of dementia care in care homes: a qualitative process evaluation. *BMC Health Services Research*, (21), 1-12. 10.1186/s12913-021-06152-6  
<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-021-06152-6>

Hoel, K.-A., Lichtwarck, B., Væringstad, A., Feiring, I. H., Rokstad, A. M. M., Selbæk, G., Benth, J. S., & Bergh, S. (2022, March 29). Targeted Interdisciplinary Model for Evaluation and Treatment of Neuropsychiatric Symptoms (TIME) in home care services: a cluster randomized feasibility trial. *BMC Health Services Research*.  
<https://web.s.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=37961cbe-25e6-43a5-b6747346ee68ca0d%40redis>

Kindblom, K., Edvardsson, D., Boström, A.-M., & Vikström, S. (2021). A learning process towards person-centered care: A second year follow-up of guideline implementation. *International Journal of Older People Nursing*, (16), 1-10. <https://doi.org/10.1111/opn.12373>

Kitwood, T. (1999). *En revurdering af demens: personen kommer i første række*. Munksgaard Danmark.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2.nd ed.). Gyldendal akademisk.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (T. M. Anderssen & J. Rygge, Trans.). Gyldendal akademisk.

Li, J., & Porock, D. (2014, April 4). Resident outcomes of person-centered care in long term care: A narrative review of international research. *International Journal of Nursing Studies*, (51), 1395-1415. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24815772/>

Lichtwarck, B. (2019). *The development and evaluation of TIME - Targeted Interdisciplinary Model for Treatment and Evaluation of Neuropsychiatric symptoms (Thesis)*. DOI: 10.13140/RG.2.2.20978.22727  
[https://www.researchgate.net/publication/350042473\\_The\\_development\\_and\\_evaluation\\_of\\_TIME\\_-\\_Targeted\\_Interdisciplinary\\_Model\\_for\\_Treatment\\_and\\_Evaluation\\_of\\_Neuropsychiatric\\_Symptoms\\_An\\_effectiveness-implementation\\_cluster\\_randomised\\_hybrid\\_trial\\_in\\_nu](https://www.researchgate.net/publication/350042473_The_development_and_evaluation_of_TIME_-_Targeted_Interdisciplinary_Model_for_Treatment_and_Evaluation_of_Neuropsychiatric_Symptoms_An_effectiveness-implementation_cluster_randomised_hybrid_trial_in_nu)

Lichtwarck, B., Myhre, J., Goyal, A. R., Rokstad, A. M. M., Selbæk, G., Kirkevold, Ø., & Bergh, S. (2019b). Experiences of nursing home staff using the targeted interdisciplinary model for evaluation and treatment of neuropsychiatric symptoms (TIME)-a qualitative study. *AGING & MENTAL HEALTH*, 23(8), 966-975. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1464116>

Lichtwarck, B., Myhre, J., Selbæk, G., Kirkevold, Ø., Rokstad, A. M. M., Benth, J. S., & Bergh, S. (2019c). TIME to reduce agitation in persons with dementia in nursing homes. A process evaluation of complex intervention. *BMC Health Services Research*, (19). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4168-0>

Lichtwarck, B., Selbæk, G., Kirkevold, Ø., Rokstad, A. M. M., Benth, J. S., Lindstrøm, J. C., & Bergh, S. (2017, Januar). Targeted Interdisciplinary Model for Evaluation and Treatment of Neuropsychiatric Symptoms: A Cluster Randomized Controlled Trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(1), 25-38.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S106474811730338X?via%3Dihub>

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3. ed.). Universitetsforlaget.

Mjørud, M., & Røsvik, J. (2021). *Demens og grunnleggende psykologiske behov: personsentrert omsorg* (1st ed.). Fagbokforlaget.

Mjørud, M., & Røsvik, J. (2022). You can tell it works-experiences from using the VIPS practice model in primary healthcare. *Dementia*, 21, 579-594.  
<https://doi.org/10.1177/14713012211053979>

Myhre, J., Lichtwark, B., & Bergh, S. (2018, mars 18). Delt forståelse og felles forpliktelse. *Tidsskriftet Aldring og Helse*, 1(2018). <https://www.aldringoghelse.no/delt-forstaelse-og-fellesforpliktelse/>

Pavlov, I. (2022). 7-Zip. Retrieved August, 2022, from <https://www.7-zip.org>

Quasdorf, T., & Bartholomeyczik, S. (2019, August 8). Influence of leadership on implementing Dementia Care Mapping: A multiple case study. *Dementia*, 18, 1976-1993.  
<https://www.doi.org/10.1177/1471301217734477>

Regjeringen. (2015, 12). *Demensplan 2015*. Regjeringen.no. Retrieved May 4, 2022, from [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/omsorgsplan\\_2015/demensplan2015.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/omsorgsplan_2015/demensplan2015.pdf)

Rokstad, A. M. M. (2021). *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens*. Universitetsforlaget.

Rokstad, A. M. M., Røsvik, J., Kirkevold, Ø., Selbæk, G., Benth, J. S., & Engedal, K. (2013, 9 10). The Effect of Person-Centered Dementia Care to Prevent Agitation and Other Neuropsychiatric Symptoms and Enhance Quality of Life in Nursing Home Patients: A 10-Month Randomized Controlled Trial. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*.  
<https://www.proquest.com/docview/1471792056?accountid=12870>

Rokstad, A. M. M., Smebye, K. L. (2020). *Personer med demens - møte og samhandling* (2nd ed.). Cappelen Damm.

Rokstad, A. M. M., Vatne, S., Engedal, K., & Selbæk, G. (2015). The role of leadership in the implementation of person-centered care using Dementia Care Mapping: a study in three nursing homes. *Journal of Nursing Management*, (23), 15-26. 10.1111/jonm.12072  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23678892/>

Røsvik, J. (2016). *Implementering av personsentrert omsorg: fire metoder som utfyller hverandre: VIPS praksismodell, Dementia care mapping, Marte Meo og Planverktøy i demensomsorgen*. Forlaget Aldring og helse. <https://butikk.aldringoghelse.no/file/digitalarkivnettbutikk/temahefte-implementering-vips-2016-web.pdf>

Røsvik, J., Kirkevold, M., Engevd, K., Brooker, D., & Kirkevold, Ø. (2011, Juni 24). A model for using the VIPS framework for person-centred care for persons with dementia in nursing homes: a qualitative evaluative study. *International Journal of Older People Nursing*, 227-367. 10.1111/j.1748-3743.2011.00290.x  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.17483743.2011.00290.x>

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, 26492667. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33870756/>

Surr, C. A., Griffiths, A. W., Kelley, R., Holloway, I., Walwyn, R. E.A., Martin, A., McDermid, J., Chenoweth, L., & J.Farrin, A. (2019). The implementation of Dementia Care Mapping in a Randomized Controlled Trial in Long-Term Care: Result of a Process Evaluation. *American Journal of Alzheimer's disease & Other Dementias*, 34, 390-398. 10.1177/1533317519845725 <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1533317519845725>

Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Gyldendal Akademiske.

# VEDLEGG

## 1

### INTERVJUGUIDEN

Målsetting med prosessevalueringen av innføringen av PSO i sykehjem – kvalitativ delstudie

Hovedmål:

Hovedmålet med prosjektet er å gjennomføre en prosessevaluering av innføringen av personsentrert omsorg (PSO) i sykehjem i en middels stor norsk bykommune. En prosessevaluering vil kunne gi svar på hvor godt innføringen har vært gjennomført, hvilke faktorer som fremmer eller hemmer innføringen, og vil også kunne bidra med mulige forklaringer på hvorfor innføringen kan ha bidratt til en eventuell økt grad av PSO i sykehjemmene.

Denne evalueringen skal være basert på RE-AIM rammeverket. RE-AIM står for «Reach» (rekkevidde: dvs. kjennetegn og andel av mulige deltakere i prosjektet som faktisk har deltatt), Effectiveness (effekt av prosjektet på personnivå), Adoption (andel institusjoner som faktisk har tatt i bruk PSO, og i hvor stor grad), Implementation (i hvor stor grad modellene/verktøyene for innføring av PSO er tatt i bruk i henhold til modellbeskrivelsene) og Maintenance (fortsatt bruk av modellene/verktøyene utover implementeringsfasen).

Delmål:

I den kvalitative delen av prosjektet vil ved analyse av fokusgruppeintervjuer utforske personalets, ressurspersoners og ledernes erfaringer med innføringen av PSO med vekt på REAIM dimensjonene Reach, Adoption og Implementation.

Fokusgruppene:

5 fokusgrupper med ca. 8 personer i hver gruppe

3 ansattgrupper (med ca. 2 deltakere fra hver avdeling fra hver av de 5 institusjonene så langt som det er mulig)

1 ledergruppe (alle institusjonene bør være representert med 1-2 deltakere)

1 ressurspersongruppe (såkalte «implementeringschampions»: TID-administratorer, PORTressurspersoner, ev. andre med særskilt ansvar for innføringen) **Intervjuguide:**

Erfaringer med implementering av personsentrert praksis

- Hvilke erfaringer har dere gjort dere gjennom denne prosessen?
- Hvordan har det påvirket deres arbeidshverdag?
- På hvilken måte er PSO blitt en del av hverdagen? Hva har hemmet eller fremmet denne prosessen?
- På hvilken måte har det eventuelt endret praksis? Beskriv hvordan du jobber annerledes?
- Hvordan har det påvirket din motivasjon i jobb/praksis/arbeidshverdag?

#### Vurderinger av implementeringsprosessen / bruk av verktøy og metoder for personsentrert omsorg

- Hvordan opplever dere implementeringsprosessen?
- Har det kommet nye eller oppfriskning av tidligere brukte verktøy/metoder og i så fall, i hvor stor grad bruker dere disse?
- Hvordan har innføringen av disse verktøyene/metodene vært?
- Hvilke faktorer har fremmet eller hemmet innføringen av disse verktøyene/metodene for personsentrert omsorg?
- Kan dere beskrive eventuelle sammenhenger mellom bruk av disse verktøyene/metodene og økt grad av personsentrert omsorg i sykehjemmene?

#### Noen oppfølgingsspørsmål om PORT og TID:

- Har dere brukt PORT og/eller TID i avdelingen – beskriv hvordan – hvordan har dere erfart opplæring og oppstart?
- Hvordan fungerte kartleggingsverktøyene i PORT og TID i praksis – utfylling av kartleggings- og oppsummeringsskjema – behov for å legge til egne notater?
- Hvordan kan kartleggingsverktøyene i PORT og TID forbedres?
- Hvilken nytte hadde dere av å bruke PORT og TID?
- o positive erfaringer o
- forbedringspotensialer
- o barrierer for innføring
- Kommer dere til å bruke PORT og/eller TID i fortsettelsen - hvordan?

## 2

### SAMTYKKESKJEMA

## **Implementering av personsentrert omsorg -en studie om helsepersonells erfaringer**

### **Formål**

NN kommune har i vinter hatt en prosess med å innføre personsentrert omsorg i sine institusjoner. Som ansatt på en av disse institusjonene har du vært en del av denne prosessen og er derfor invitert til å være med i gruppeintervjuer som en del av evalueringen ovennevnte prosess.

Hensikten med evalueringen er å finne ut hvilke erfaringer helsepersonell med implementering av personsentrert omsorg på din arbeidsplass har. Hvordan har opplæringen vært, hvilke verktøy har blitt tilgjengelig og hvordan har dere fått det til å fungere på deres arbeidsplass. Har dere tanker om hva som er årsak til at det fungerer eller ikke fungerer.

*Hvilke erfaringer har du som helsepersonell med implementering av personsentrert omsorg på din arbeidsplass.*

Temaer som vil bli tatt opp er:

\*Hvordan har opplæringen vært?

\*Hvilke verktøy har dere tilgjengelig og hvordan får de det til å fungere på sin arbeidsplass?

Opplever dere at dere jobber mer personsentrert nå enn tidligere og har dere tanker om hva som er årsak til at det fungerer eller ikke fungerer?

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

Ansvarlig for evalueringen er Forskningscenter for aldersrelatert funksjonssvikt og sykdom (AFS) ved Sykehuset Innlandet. To masterstudenter ved NTNU-Gjøvik vil være med på noen av gruppeintervjuene og skrive masteroppgave på resultatene.

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

Vi ønsker å få dine erfaringer med implementering av personsentrert omsorg på din arbeidsplass. Du får denne invitasjonen fordi din leder har plukket deg ut til å delta.

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



Deltagelse i denne studien vil si at du deltar i et fokusgruppeintervju / samtale / drøfting, sammen med 8-10 andre helsepersonell. Intervjuet vil ledes av to erfarne forskere, i tillegg vil to studenter være med som observatører. Det vil bli tatt lydopptak som transkriberes. Alt som kommer frem under intervjuet vil bli anonymisert ved hjelp av nummerering av deltagerne (1,2 3..). Det skal ikke være mulig å gjenkjenne deltakerne i transkriberingen.

### **Det er frivillig å delta**

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

### **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.

### **Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?**

Prosjektet vil etter planen avsluttes i juni 2023. Lydfilen vil bli lagret forsvarlig og slettet når studien er avsluttet. Skriftlig materiale vil bli makulert.

Resultatene av intervjuene vil bli presentert i en rapport til kommunen og i nevnte masteroppgave. Videre vil resultatene kunne bli brukt i publisering i vitenskapelige tidsskrifter.

## **SAMTYKKEERKLÆRING**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet Implementering av personsentrert omsorg en studie om helsepersonells erfaringer, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i fokusgruppeintervjuet

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

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

### 3

### NSD

#### Vurdering av behandling av personopplysninger

Skriv ut 07.06.2022

Referansenummer

383372

Vurderingstype

Standard

Dato

07.06.2022

Prosjekttittel

Implementering av personsentrert omsorg -en studie om helsepersonells erfaringer

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH) /  
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik

Felles behandlingsansvarlige institusjoner

- Sykehuset Innlandet v/Forskningscenter for aldersrelatert funksjonssvikt og sykdom

Prosjektansvarlig

Øyvind Kirkvold

Prosjektperiode

01.01.2022 - 20.06.2023

Kategorier personopplysninger

- Alminnelige

Lovlig grunnlag

- Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 20.06.2023.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

## OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

## VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

## TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger frem til 20.06.2023.

## LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

## PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen:

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

## DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Vi vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

## FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Sykehuset Innlandet er felles behandlingsansvarlig institusjon. Vi legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til felles behandlingsansvar, jf. personvernforordningen art. 26.

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring, videosamtale o.l.) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

## MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/meldeendringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

## OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson hos oss: Marita Helleland Lykke

til med prosjektet!

