

**MASTEROPPGAVE**  
**Master i yrkespedagogikk**  
**Mai 2020**

**Å forstå personer med demens gjennom VR-briller**



Signe Baksaas Gjelstad

**OSLOMET**

**OsloMet – storbyuniversitetet**

Fakultet for lærerutdanning og internasjonale studier

Institutt for yrkesfaglærerutdanning

## Forord

I denne masteroppgaven har vi fått anledning til å jobbe med et tema vi begge brenner for; personsentrert omsorg for personer med demens. Gjennom vår organisasjon Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse (Aldring og helse) fikk tilgang på en film som gjennom Virtual Reality (VR) kunne gi helsefagarbeidere en opplevelse av hvordan det er å ha demens. VR-briller var et nytt og spennende verktøy både for oss og for deltagerne i prosjektet. Vi har undersøkt om VR-briller kan fremme forståelsen av å ta pasientens perspektiv, og har gjennomført et eksperiment på to sykehjem for personer med demens. Det har vært en veldig interessant og engasjerende reise, både i planleggingsfasen, i gjennomføringen av eksperimentet og med skriveprosessen til slutt.

Vi er to masterstudenter i yrkespedagogikk ved OsloMet -storbyuniversitetet, som har arbeidet sammen om denne oppgaven. Samarbeidet har fungert utmerket, og vi opplever at det har ført til at oppgaven er bedre enn den ville vært om vi skulle skrevet den individuelt. Gjennom drøftinger og refleksjoner sammen har vi kommet atskillig lenger enn vi ville klart alene.

Vi retter en stor takk til vår veileder Trine Deichman-Sørensen som har inspirert oss med stadig nye artikler og bøker, satt seg godt inn i grunnlagsmaterialet for veiledningene og løftet oss videre på hvert møte. Vi vil også takke medstudentene i læringsgruppa; Anne Marte, Stine, Frode og Nils Petter, for mange gode innspill og tilbakemeldinger – og hyggelig samvær!

I tillegg vil vi takke vår arbeidsgiver i Aldring og helse som ga oss tilgang på VR-briller og film, og har lagt til rette for at vi kunne ta utdanningen. Våre dyktige kollegaer i fagskolen skal også ha en stor takk for engasjement og forståelse i denne perioden. En spesiell takk til Kim for god hjelp med Excel.

Til slutt vil vi rette en stor takk til våre tålmodige kjære, som til tross for mange ensomme kvelder og helger det siste året har oppmuntret og støttet oss.

Tønsberg mai 2020

Signe Baksaas Gjelstad og Janne Johannessen

## Sammendrag

Personsentrert omsorg er en sosialpsykologisk omsorgsfilosofi som er anbefalt innført på ulike arenaer for demensomsorg, for eksempel sykehjem, dagsenter og hjemmesykepleie. I denne filosofien er det å ta personens perspektiv et viktig og sentralt element, og det er kanskje den største utfordringen for de som arbeider i demensomsorgen.

Som lærere i høyere yrkesfaglig utdanning innen helsefag, og med tilknytningen til Nasjonal kompetansetjeneste for Aldring og helse, har vi behov for kunnskap om hvordan forståelsen for å ta pasientens perspektiv kan økes slik at det fremmer personsentrert omsorg. I denne masteroppgaven undersøker vi om Virtual Reality (VR)-briller kan være et egnet verktøy.

VR-briller ble anvendt for å vise en film som er utviklet med tanke på å gi en opplevelse av hvordan det er å leve med demens. Det er lagt til grunn et sosiokulturelt syn på læring der VR-briller og film er medierende artefakter, og utvikling av kunnskap foregår i samspill med andre og i en tilhørende kontekst.

I denne masteroppgaven er det gjort en metodetriangulering gjennom en kvantitativ tilnærming med et eksperimentelt design og en kvalitativ forskningsmetode med intervju. Et utvalg på 36 helsearbeidere fra to sykehjem for personer med demens så filmen gjennom VR-brillene. De besvarte et spørreskjema før og rett etter intervensjonen, og spørreskjemaet etter intervensjonen ga også rom for svar et åpent spørsmål. I tillegg ble åtte av de inkluderte deltagerne intervjuet fire uker etter intervensjonen.

Resultatene viser at VR-brillene er et virkningsfullt redskap først og fremst for å vekke følelser hos deltagerne, og det viste seg at følelsene ble opprettholdt over tid. Det oppsto en bevisstgjøring der kunnskap ble reaktivert og tatt i bruk. Forskning viser at følelsesaktivering og bevisstgjøring ser ut til å være virkningsfullt for læring og utvikling av praksis. Gjennom intervjuene fikk vi innsikt i at deltagerne hadde behov for å drøfte opplevelsen med VR-brillene i praksisfellesskapet. Å sette VR-brillene inn i en kontekst av undervisning og refleksjonsmøter forankret i personsentrert omsorg kan være et godt utgangspunkt for læring, og for å utvikle opplevelsen for bruk i praksis.

## Abstract

### **Understanding persons living with dementia through VR-glasses**

Person-centred care is a social–psychological care philosophy recommended for all dementia care settings: nursing homes, the person’s home and day-care centres. In all such settings, taking the perspective of the person living with dementia, although essential to providing person-centred care, may be one of the greatest challenges for the care staff.

In Norway, teachers of higher vocational education in the health sciences and in affiliation with the National Competence Service for Ageing and Health require knowledge about how to better understand the patient’s perspective and thereby promote person-centred care. To that purpose, this thesis examines whether virtual reality (VR) glasses, used to immerse viewers in filmed experiences of living with dementia, may be a useful tool to increase such understanding. Drawing from a socio-cultural view on learning, the VR glasses and films served as mediating artefacts for the development of knowledge by way of interacting with others and with the associated context.

For this thesis, research involving a triangulation of methods was conducted following both a quantitative approach guided by an experimental design and a qualitative approach with interviews. A selection of 36 carers from two nursing homes for people with dementia watched the film with the VR glasses. They responded to a questionnaire both before and immediately after the intervention open questioning was encouraged.

Eight of the participants were also interviewed four weeks after the intervention.

The results revealed that the VR glasses were an effective tool for arousing the carers’ emotions, and interviewees added that those emotions persisted a month later. Once their awareness had been raised, they reactivated and put their knowledge into practice, which suggests that emotional activation and awareness seem to be effective means of learning and developing practice. Beyond that, the questionnaire results offered the insight that participants needed to discuss the experience afforded by the VR glasses with their community of practice. Altogether, introducing VR glasses into a context of teaching and reflection geared towards person-centred care can be a fruitful starting point for learning and developing experiences about new ways of practice.

## Innhold

Forord.....	1
Sammendrag .....	2
Abstract .....	3
Figurliste .....	6
1.0 Innledning.....	7
1.1 Bakgrunn og relevans .....	8
1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål.....	10
1.3 Oppgavens oppbygning og struktur og begrepsforklaringer .....	10
1.4 Begrepsforklaringer .....	12
2.0 Feltbeskrivelse .....	13
2.1 Helsefagarbeider .....	13
2.2 Demensomsorg .....	14
2.3 Fagskoleutdanning .....	16
2.4 Aktuell forskning.....	17
3.0 Teoretiske perspektiver.....	19
3.1 Virtual reality .....	19
3.2 Personsentrert omsorg.....	21
3.3 Empati.....	23
3.4 Helsefagarbeidernes yrkeskunnskap og handlingsrom.....	27
3.5 Læringsteoretiske perspektiver.....	31
3.5.1 Sosiokulturelt læringsperspektiv.....	31
3.5.2 Situert læring.....	32
3.5.3 Medierende artefakt .....	32
3.5.4 Språket som redskap, refleksjon og breakdown .....	33
3.5.5 Praksisfelleskap .....	34
3.5.6 Profesjonsfaglig digital kompetent lærer .....	35
3.6 Læringens drivkraft og følelsenes betydning .....	37
3.6.1 Følelsenes betydning.....	37
3.6.2 Virtual reality for empatisk forståelse og læring.....	37
3.6.3 Læringens tre dimensjoner .....	38
3.6.4 Erfaringslæring .....	40
3.6.5 Transformativ læring .....	40
4.0 Metode .....	42
4.1 Valg av metode.....	42

4.2 Utvalg, deltagere og rammer .....	43
4.3 Forberedende arbeid.....	45
4.3.1 Utvikling av spørreskjema .....	46
4.3.2 Utvikling av intervjuguide.....	52
4.4 Innsamling av data.....	53
4.4.1 Spørreskjema.....	53
4.4.2 Intervjuer .....	54
4.5 Transkribering.....	54
4.6 Analyse .....	55
4.6.1 Del 1: Analyse av spørreskjemaene.....	55
4.6.2 Del 2: Intervjuene .....	57
4.7 Validitet og reliabilitet.....	61
4.8 Etske betraktninger .....	62
5.0 Funn og resultater .....	65
5.1 Resultater og funn umiddelbart etter bruk av VR -briller .....	65
5.1.1 Resultater fra de sammenlignbare dataene i spørreskjemaene .....	65
5.1.2 Funn fra det åpne spørsmålet etter bruk av VR-brillene .....	80
5.2 Funn fra intervjuene, fire uker etter intervensjonen .....	82
5.2.1 Opplevelser og påvirkning av eksperimentet fire uker etter bruk av VR -briller .....	83
5.2.2 Vurdering av praksissituasjoner .....	87
5.3 Oppsummering av funn og resultater .....	93
6.0 Drøfting.....	94
6.1 Hva kjennetegner helsefagarbeidernes opplevelse av å ta perspektivet til personer med demens før og etter bruk av VR-briller?.....	94
6.1.1 Fra affektiv opplevelse og bevisstgjøring til profesjonell empati.....	94
6.1.2 Oppsummering og svar på forskningsspørsmål 1 .....	98
6.2 På hvilken måte virker opplevelsen av VR-brillene inn på helsefagarbeidernes handlingsrom og praksis?.....	99
6.2.1. Handlingsrom og bruk av skjønn .....	99
6.2.2. Praksisfellesskapets betydning.....	103
6.2.3 Oppsummering og svar på forskningsspørsmål 2 .....	105
6.3 Hvordan kan virtual reality som medierende artefakt fremme helsefagarbeidernes forståelse for å ta perspektivet til personer med demens?.....	106
6.3.1 VR teknologien som medierende artefakt .....	106
6.3.2 VR-briller som medierende artefakt i læring.....	108
6.3.3 Oppsummering og svar på problemstilling .....	111
6.4 Refleksjon over metode .....	111

7.0 Konklusjon .....	117
Referanseliste.....	119
Vedlegg.....	124
Vedlegg 1. Informasjonsbrev.....	124
Vedlegg 2. Spørreskjema .....	127
Vedlegg 3. Intervjuguide .....	130
Vedlegg 4. Meldeskjema for behandling av personopplysninger (NSD).....	131

## Figurliste

Figur 1. Illustrasjonsbilde. Foto: Signe B. Gjelstad .....	20
Figur 2. Profesjonsfaglig digital kompetent lærer. Modell TPACK etter Mishra & Koehler (Mishra, 2006, s. 1024). .....	36
Figur 3. Læringens tre dimensjoner (Illeris 2015, s. 41). .....	39
Figur 4. Antall deltagere i eksperimentet.....	44
Figur 5. Carkhuffs skala for empatinivå (Carkhuff, 1968). .....	48
Figur 6. VIPS-rammeverket (Brooker 2013 s. 9). .....	48
Figur 7. P-indikatorer i VIPS-rammeverket (Brooker 2013, s. 105-111). .....	49
Figur 8. Casebeskrivelsene i spørreskjemaet, basert på P-indikatoren i VIPS-rammeverket og tilpasset nivåene i Carkhuffs skala for empati. ....	52
Figur 9. Oversikt over kodetemaer utarbeidet av intervjuer 1 og intervjuer 2 og felles, fra intervjuene del 1. ....	58
Figur 10. Analysekategoriene med beskrivelser fra intervjuene, del 1. ....	59
Figur 11. Oversikt over kodetemaer med beskrivelser, fra det åpne spørsmålet i posttest og intervjuene, del 2. ....	60
Figur 12. Analysekategoriene med beskrivelser, fra det åpne spørsmålet i posttest og intervjuene, del 2. ....	60
Figur 13. Scoringer før og etter VR-briller. Samlet for alle casene.....	66
Figur 14. Gjennomsnittsverdier og standardavvik for hver enkelt case før og etter bruk av VR-brillene. ....	67
Figur 15. Gjennomsnittsscoringer for alle casene før og etter VR-briller. ....	68
Figur 16. Scoringer Case nr. 1 før og etter VR-briller. ....	69
Figur 17. Case nr. 4. Scoringer før og etter VR-briller. ....	70
Figur 18. Case nr. 5. Scoringer før og etter VR-briller .....	71
Figur 19. Case nr. 15. Scoringer før og etter VR-briller. ....	73
Figur 20. Gjennomsnittsscoringer for case nr. 1-15, før og etter VR-briller. ....	74
Figur 21. Case nr. 2. Scoringer før og etter VR-briller. ....	75
Figur 22. Case nr. 6. Scoringer før og etter VR-briller. ....	76
Figur 23. Case nr. 14. Scoringer før og etter VR-briller. ....	77
Figur 24. Standardavvik før og etter VR-briller, case nr. 1-15. ....	78
Figur 25. Gjennomsnittscore før og etter VR-briller, sykehjem A og B. ....	79
Figur 26. Læringsbane: «Fra VR-briller til personsentrert omsorg i praksis». Inspirert av figuren «Pathway for change» (Slater et.al. 2017, side 38). ....	109

## 1.0 Innledning

Innen demensomsorgen er virtual reality (VR) så smått tatt i bruk for å gi personer med demens gode opplevelser gjennom naturfilmer, filmer fra gamle kjente trakter, feriesteder og lignende. Vi var nysgjerrig på om VR-briller kunne brukes på flere områder innen fagfeltet. Gjennom vår organisasjon Aldring og helse, fikk vi tilgang på en film som gjennom bruk av VR-briller skulle gi et inntrykk av hvordan det oppleves å ha demens. Vi synes det ville være interessant å se på hvordan den påvirket helsepersonell som jobber med personer med demens.

De fleste som har hatt et familiemedlem på sykehjem har kjent på at det kan være vanskelig når fremmede skal ta over omsorgen. Man vil så gjerne at pleierne skal vite hvem vårt familiemedlem er og behandle ham deretter. Kjennskap til den enkelte pasient og individuelt tilrettelagt omsorg er viktige prinsipper i personsentrert omsorg. Personsentrert omsorg er en ønsket omsorgsfilosofi og evnen til å ta pasientens perspektiv er sentralt i denne filosofien. Med dette som utgangspunkt fikk ansatte i sykehjem bruke VR-brillene for å se om opplevelsen kunne fremme forståelsen for å ta pasientenes perspektiv.

Personsentrert omsorg er en anbefalt omsorgsfilosofi i Nasjonal faglig retningslinje om demens (Helsedirektoratet, 2019). Forskere som har arbeidet med personsentrert omsorg sier at det å ta pasientens perspektiv er særlig utfordrende (Dietrichson, 2014, s. 282). Nye virkemidler som kan fremme dette er derfor velkomne, og det er viktig å undersøke effekten av disse gjennom forskning. VR-briller er et relativt nytt artefakt og følgelig er det heller ikke mye forskning som er gjennomført, men vi er kjent med at det stadig utvikles nye filmer og program over hele verden som retter seg både mot helsepersonell og pårørende, med det for øye å forstå personer som har fått demens bedre.

Med et teknologisk artefakt som utgangspunkt valgte vi et eksperimentelt design med spørreskjema før og etter at deltagerne fikk se filmen med VR-brillene for å besvare vår problemstilling. Spørreskjemaene inneholdt caser som omhandlet velkjente situasjoner med personer med demens som bor i sykehjem. Alle casene avsluttes med at pleier iverksetter et tiltak. Siden empati er en viktig egenskap i det å ta en annens perspektiv, ble det utarbeidet caser som illustrerer ulike grad av empati og med utgangspunkt i indikatorer for pasientens perspektiv i personsentrert omsorg. Hensikten var å identifisere eventuelle endringer i deltagerens empatiske forståelse for å ta pasientens perspektiv før og etter de hadde brukt VR-brillene. I tillegg til den kvantitative tilnærmingen ble det gjort en kvalitativ tilnærming



gjennom å intervjuer åtte av deltagerne fire uker etter intervensjonen. Det ble gjort i håp om å få mer innsikt i opplevelsen med VR-brillene, om deltagernes praksis var påvirket av dette og om det å ta pasientens perspektiv preget dem i beslutninger og tiltak som ble iverksatt.

## 1.1 Bakgrunn og relevans

I Norge er det anslått til å være rundt 80 000 personer med demens. Hvert år vil omkring 10 000 nye få diagnosen. I 2050 antas det at 160 000 nordmenn har demens (Aldring og helse, 2020). I Folkehelse rapporten 2018 vises det til at det er en positiv utvikling ved at færre eldre får demens, men like fullt forventes det altså en kraftig økning i nye tilfeller med demens i de kommende årene fordi antall eldre øker betydelig (Folkehelseinstituttet, 2019). Demens er en tilstand som følge av ulike organiske sykdommer som rammer hjernen. Sykdommene utvikler seg over tid, og fører til endringer på områder som hukommelse, språk og væremåte. Demens påvirker evnen til å fungere i dagliglivet, og personer med demens får et økende behov for helsetjenester (Aldring og helse, 2020). I møte med personer med demens trenger helsepersonell sammensatt kunnskap fra mange fagområder; om hjerneorganiske forandringer, fysiske og psykisk uhelse som påvirker personen, personens opplevelse av sykdommen og hvordan den påvirker hverdagen til personen og de som står han nær. Ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste som yter tjenester til personer med demens må ha oppdatert kunnskapsbasert praksis. Det vil si at deres praksis er basert på forskning, erfaring og pasientens behov. Kompetanseløft 2020 beskriver nettopp en strategi for å øke kompetansen til ansatte i sektoren gjennom å styrke forskning, innovasjon og kunnskapsbasert praksis (Helsedirektoratet, 2018).

I Nasjonal faglig retningslinje for demens slås det fast at virksomheter skal etablere rutiner for personsentrert omsorg og at det skal være kompetanseutvikling og opplæring for alt helse- og omsorgspersonell om personsentrert omsorg. Dette er begrunnet i lovverk og kvalitetsforskrift (Helsedirektoratet, 2019).

Vi jobber i en fagskole med utdanningstilbud innen demensomsorg og alderspsykiatri, og studentene er helsefagarbeidere eller aktivitører som jobber med pasienter i målgruppen. I henhold til fagskolens studieplan foregår det systematisk arbeid med personsentrert omsorg gjennom hele studiet. Gjennom studentenes utdanningsløp ser vi at behandlingsfilosofien forankres, men at det er utfordrende for studentene å ta pasientens perspektiv, som er et sentralt kjennetegn i filosofien. Mange strever med å flytte fokus fra oppgaver som skal

gjøres, til hvordan pasientene har det og hva de har behov for. I en artikkel deler forskeren Janne Røsvik erfaringen med at det er utfordrende for helsepersonell å ta pasientens perspektiv (Dietrichson, 2014, s. 282). Det er behov for verktøy som kan bidra til å utvikle denne evnen hos pleiepersonalet, og vi er derfor blitt svært interessert i å finne flere metoder som kan fremme læring om det å ta perspektivet til den andre, og i tillegg få mer kunnskap om denne type læring (Dietrichson, 2014, s. 282). Siden vår fagskole er et nettbasert studietilbud har vi fokus på og er interessert i bruk av digital teknologi. VR- teknologi er relativt ny teknologi og anvendes i økende grad innen mange områder. I utdanning gir VR-teknologien mange muligheter og eksempelvis benyttes den for å trene på ferdigheter og for å visualisere situasjoner. Når kjente, store aktører som Facebook, Google, Apple og Microsoft satser på VR-teknologien og vil utvikle den ytterligere, er det et tegn på at denne teknologien vil være viktig i tiden som kommer (Elmqaddem, 2019, s. 236-237). Som første instans i Norge, via vår arbeidsplass Aldring og helse, fikk vi tilgang til en tredimensjonal film som skal sees i VR -briller. Jeg-personen i filmen er en eldre mann som har demens i tidlig/moderat fase og bor i eget hjem. Ved å følge mannen i hverdagslige sysler og se verden gjennom hans øyne skal det gi brukeren en opplevelse av å være en annen person, og å gi en følelse av hvordan det kan være å leve med demens. Opplegget er utviklet, produsert og prøvd ut i Nederland. Bruk av en slik undervisningsmetode vil kunne henvende seg til brukerens engasjement, følelser og empati. Forskning i USA om bruk av VR viste at helsepersonell fikk en sterk opplevelse av hvordan personen med demens opplevde sin situasjon, og at denne opplevelsen førte til bedre kvalitet på tjenestene også flere måneder etter at de brukte VR-brillene (Donahue, Moon and VanCleve, 2014, s. 31 - 36).

Vi ble nysgjerrige på om VR kan være et verktøy som kan fremme forståelsen av å ta perspektivet til personen med demens for helsepersonell i demensomsorgen og for studenter i vår fagskole. Vi legger til grunn et sosiokulturelt syn på læring, der VR-briller og film er medierende artefakter, og utvikling av kunnskap foregår i samspill med andre i arbeidsliv og utdanning.

## 1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Hvordan kan virtual reality som medierende artefakt fremme helsefagarbeidernes forståelse for å ta perspektivet til personer med demens?

1. Hva kjennetegner helsefagarbeidernes opplevelse av å ta perspektivet til personer med demens før og etter bruk av VR-briller?
2. På hvilken måte virker opplevelsen av VR-brillene inn på helsefagarbeidernes handlingsrom og praksis?

## 1.3 Oppgavens oppbygning og struktur og begrepsforklaringer

Del 1 omfatter innledning som består av bakgrunn og relevans for oppgaven, problemstilling og forskningsspørsmål og begrepsforklaringer. Del 2 tar for seg feltbeskrivelsen. Her beskrives demensomsorgen som er det fagfeltet vi forsker i, og helsefagarbeideren som representerer en stor del av utvalget i undersøkelsen og også er målgruppen i fagskolen. I tillegg ser vi på fagskolens plass i utdanningssystemet og hvordan vårt studietilbud er organisert. I feltbeskrivelsen presenterer vi også aktuell forskning.

I del 3 viser vi teoretiske perspektiver knyttet til vår problemstilling og forskningsspørsmål. I denne delen vil vi også gjøre rede for sentrale begreper som virtual reality og personsentrert omsorg. Vi forklarer derfor ikke disse begrepene i innledningsvis. Begrepet empati anses som en grunnleggende evne for å kunne ta pasientens perspektiv og det vil også bli belyst nærmere i del 3. I utvalget er det både sykepleiere, vernepleiere og helsefagarbeidere, men det er kun helsefagarbeidere som er valgt ut for intervjuene siden dette også er målgruppen i fagskolen. Helsefagarbeidernes yrkeskunnskap og deres handlingsrom er derfor et tema som det gjøres rede for i denne delen. Videre har vi med læringsteori som basis for vår forståelse for bruk av teknologi som medierende artefakt. Vi har en sosiokulturell tilnærming til dette og velger å fokusere særlig på situert læring og praksisfellesskapet som kontekst til VR som medierende artefakt. Del 3 avsluttes med en del om læringens drivkraft og følelsenes betydning som er knyttet til det affektive aspektet der VR- brillene har påvirkning.

I metoddelen, del 4, beskrives og begrunnes valg av metode, utvalg, deltagere og rammene vi gjør undersøkelsen i. Videre blir det forklart hvordan spørreskjemaene og intervjuguiden ble utviklet, og hvordan dataene ble samlet inn. I metoddelen blir det gjort rede for analysen

av datamaterialet fra spørreskjemaene og fra intervjuene. Vi har også valgt å beskrive undersøkelsens reliabilitet og validitet i denne delen. Avslutningsvis i metoddelen er det tatt inn etiske refleksjoner der det blant annet inngår refleksjoner omkring vår rolle som forskere i eget fagfelt.

I del 5 presenteres funn fra spørreskjemaene og fra intervjuene. Her presenteres gjennomsnittsscore, standardavvik og interessante funn fra enkeltcase som underbygger deltagerens forståelse av å ta pasientens perspektiv før og etter bruk av VR- briller, og funn fra intervjuene om VR- brillene har hatt betydning for deltagerens handlingsrom og praksis.

I del 6 drøftes funnene i lys av teori og her besvares problemstillingen og forskningsspørsmålene. I tillegg reflekteres det over forskningsdesignet.

Del 7 er konklusjonen, der trådene trekkes sammen, vi vurderer resultatet og hva det kan bety for planlegging av undervisning i fagskolen, og foreslår et opplegg for bruk av VR -briller i undervisning og refleksjon.

Vi er to masterstudenter som skriver denne oppgaven sammen. Vi jobber sammen i det daglige, og kjenner hverandre godt gjennom mange års samarbeid. Vi har ulike personlige egenskaper og ulike interesser og verdier på det private plan, men har en gjensidig respekt og tillit til hverandre som gjør at vi kan utnytte hverandres sterke sider i denne oppgaven.

Vi har brukt Microsoft Teams slik at vi skriver i det samme dokumentet, og har brukt chatfunksjonen ved siden av. Vi samsnakker på jobb, og i tillegg har det vært hyppige og lange telefonsamtaler, særlig i de siste ukene av arbeidet da koronapandemien satte en stopper for de fysiske møtene. Vi har begge jobbet med alle delene av denne masteroppgaven. Noen ganger kan det ha handlet om å endre et ord eller to, og andre ganger om å flytte noe eller fylle på med mer kunnskap. Gjennom dette kjenner vi begge to et eierskap til hele oppgaven, faktisk så gjennomgående at vi ikke er i stand til å identifisere hvem som har formulert den enkelte setning. Det å skrive sammen har vært en ren glede for oss. Det å ha en annen med samme grad av interesse for oppgaven å drøfte med, motivere hverandre i mørke stunder og glede seg med i gode tider har vært flott. Vi har jobbet tett i to år uten uoverensstemmelser, og har et tettere bånd enn før vi startet. Vi tror og mener at summen av vårt arbeid er bedre enn vi ville prestert i en individuell oppgave, vårt læringsutbytte er i alle fall klart større enn om vi skulle skrevet masteroppgaven alene.

## 1.4 Begrepsforklaringer

I denne delen forklares noen sentrale begreper i oppgaven. I teoridelen blir personsentrert omsorg og virtual reality grundig gjort rede for, og tas derfor ikke med her.

«Å ta personens perspektiv» er et uttrykk som anvendes i personsentrert omsorg, og handler om det å forsøke å se verden med pasientens øyne. I omsorgsfilosofien personsentrert omsorg vektlegges å gjøre seg kjent med pasientens subjektive opplevelse og referanseramme for å forstå hvordan pasienten opplever sin situasjon. På grunn av sin kognitive svikt har pasienten selv vansker med å formulere sitt behov og forståelse av en situasjon, derfor er det hjelperens oppgave å sette seg inn i pasientens sted. Det er nødvendig at pleieren har en empatisk tilnærming til personens perspektiv for å skape et terapeutisk potensial (Brooker, 2013, s.48)

Medierende artefakter er et sentralt begrep i den sosiokulturelle forståelsen av læring (Vygotsky, 1978). Artefakter er ressurser og redskaper som finnes tilgjengelig i vår kultur, som vi støtter oss til i våre aktiviteter, også i læring. Språket er det mest sentrale medierende artefaktet, men også teknologiske funksjonaliteter.

Mediering uttrykker den forbindelsen som er mellom artefaktene og den lærende, som også er et samspill mellom det kollektive og historien (Witteck & Bratholm, 2012, s.43). Mediering eller formidling brukes i forbindelse med å hjelpe noen i en læreprosess (Dysthe, 2001, s. 46).

I oppgaven brukes deltager som betegnelse på både personene som svarer på spørreskjemaene og på intervjupersonene. Vi bruker pasient og person om hverandre, og begge benevnes som hankjønn.

Vi bruker benevnelsene «helsearbeider» og «pleier» der vi omtaler flere yrkesgrupper innenfor helse- og omsorgstjenesten.

Ordet «praksis» brukes om yrkesutøvelsen i fagfeltet.

VR-brillene er digital teknologi som gir en følelse av å være i en annen, virtuell virkelighet og er artefaktet vi bruker for å vise filmen om hvordan det oppleves å ha demens. I oppgaven bruker vi ofte begrepet VR-briller om både brillen og filmen.

## 2.0 Feltbeskrivelse

I feltbeskrivelsen blir sentrale områder i vårt prosjekt beskrevet. Feltet vi gjør undersøkelsen i er sykehjem for personer med demens og målgruppen er helsefagarbeidere. Her beskrives helsefagarbeidere som yrkesgruppe, og demensomsorg som fagfeltet vi beveger oss i. Fagskolen er vår arbeidsarena og der vi vil anvende kunnskapen vi får gjennom forskningen.

### 2.1 Helsefagarbeider

Helsefagarbeidere er autorisert helsepersonell i tråd med helsepersonelloven § 48. De har yrkeskompetanse som kreves for å jobbe i kommunale helse- og omsorgstjenester, som sykehjem, hjemmebaserte tjenester og dagaktivitetstilbud, eller i sykehus. De er sammen med annet helsepersonell som sykepleiere og vernepleier etterspurt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og framskrivningen viser at det kommer til å bli mangel på disse yrkesgruppene (Kommunal – og moderniseringsdepartementet, 2019, s. 128-132). Under gitte forutsetninger viser framskrivningene for arbeidsmarkedet for helsepersonell frem mot 2035, at det vil bli en stor mangel på helsefagarbeidere i årene framover. Det er beregnet å være en underdekning på opp mot 18 000 årsverk i 2035 (Statistisk sentralbyrå, 2019).

En helsefagarbeider er som annet helsepersonell utdannet til å utføre arbeid «*i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp*» og i samsvar med sine «*kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig*» (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Kvalifikasjoner er et uttrykk for en utdanningsstandard knyttet til nivå og type utdanning. «*Kvalifikasjon er et formelt læringsutbytte på et visst nivå, som er godkjent av en instans og som kan dokumenteres*» (Nasjonal kompetansepolitisk Strategi, 2017-2021, s. 26). Fagbrev som helsefagarbeider dokumenterer kvalifikasjoner for utøvelse av omsorg, grunnleggende sykepleie og miljøarbeid til pasienter og brukere i hele livsløpet, og kompetanse til å gi tjenester av forebyggende, behandlende og lindrende art. Kompetansemålene i lærerplanen beskriver deres yrkesfunksjon strukturert etter områdene *Helsefremmende arbeid, Kommunikasjon og samhandling og Yrkesutøvelse* (Læreplan for Helsearbeiderfaget Vg3/bedrift, 2017).

Helsefagarbeidere utdannes i yrkesfaglig program i videregående skole. Bestått fagbrev gir den yrkeskompetansen som kreves for å jobbe som helsefagarbeider. Det er behov for både teoretisk og praktisk kunnskap og ferdigheter for at en helsefagarbeider skal kunne utføre

arbeidet sitt som en profesjonell yrkesutøver. Utdanningen foregår som et samarbeid med skole og arbeidsliv, og de følger opplæringsmodellen med to år i skole og to år i bedrift. Det finnes også alternative veier til fagbrev, hvor allsidig og tilstrekkelig erfaring i faget, og teoriprøve er kvalifikasjonsgrunnlaget. Uansett vei til fagbrev er det yrkeskompetanse i tråd med kompetansemålene i læreplanen til Vg3 helsearbeiderfaget som ligger til grunn.

## 2.2 Demensomsorg

Feltet som vi benevner som demensomsorg defineres her som tilbudet der personer med demens mottar helse- og omsorgstjenester, og som innholdet i tjenesten som ytes. I tråd med Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 er kommunen pålagt å tilby et bredt spekter av nødvendige helse- og omsorgstjenester, men organisering og navn på de ulike tjenestene vil variere fra kommune til kommune. De fleste kommuner gir tilbud som utredningsteam, hjemmetjenester, dagaktivitetstilbud og heldøgns omsorg i sykehjem og/eller omsorgsbolig. I store kommuner er tilbudet ofte enda mer differensiert og kan omfatte demenscafé, dagtilbud på gård og aktivitets- og avlastningstilbud på kveld og i helger. Institusjonstilbud til personer med demens kan være organisert i egne sykehjem for personer med demens eller i egne demensavdelinger i ordinære sykehjem, men personer med demens kan også bo i somatiske sykehjemsavdelinger. I 2007 la Norge, som det første land i verden, frem en egen plan for tjenestetilbudet til personer som er rammet av demens, Demensplan 2015 «Den gode dagen». Planen kom på bakgrunn av kunnskap om at det i årene fremover ville bli mange som er rammet av sykdommen. Ett av fire satsningsområder var økt kunnskap og kompetanse. Regjeringen fulgte opp med ny Demensplan 2020 «Demensvennlig samfunn» og i løpet av 2020 kommer ny Demensplan 2025. I Demensplan 2020 har brukernes og pårørendes egne behov særlig blitt etterspurt og lyttet til, og planen innledes med «Vi er enkeltmennesker på tross av sykdommen». Under overskriftene «mister tilhørighet», «tryggheten blir borte», «manglende mestringsfølelse» og «medvirkning i eget liv» har selvbestemmelse, involvering og deltagelse blitt definert inn som strategiområder i planen. Forskning, kunnskap og kompetanse vil fortsatt være med som satsningsområder.

Helsefagarbeidere og sykepleiere er de to største yrkesgruppene som arbeider i demensomsorgen, og i tillegg til kunnskap om demens, kommunikasjon og tilrettelegging både fysisk og psykososialt, er det behov for at personalet kan gi emosjonell støtte og bidra til at personens gjenværende ressurser blir tatt i bruk. Personalet må også ha kunnskap om

miljøbehandling, som er den behandlingsformen som er foretrukket der pasienten har atferdsutfordringer (Helsedirektoratet, 2017). Kunnskap om omsorgsfilosofien personsentrert omsorg er av stor betydning. Filosofien har blitt sett på som en av de mest lovende psykososiale tilnærmingene i demensomsorgen (Røsvik, 2014), og i de siste 10-15 årene har det vært nasjonal oppmerksomhet rundt personsentrert omsorg. I 2017 kom en faglig nasjonal retningslinje for demens, som legger personsentrert omsorg til grunn og gir en sterk anbefaling for denne omsorgsfilosofien begrunnet i lov om helsetjenester i kommunene og i forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i kommunene (Helsedirektoratet, 2019).

Personsentrert omsorg presenteres i teoridelen, 3.2. Personalet må i stor grad kunne vurdere og bruke skjønn i samhandlingssituasjoner og tilrettelegge slik at pasientens kognitive svikt ikke blir utfordret, men at pasienten opplever mestring og trygghet. Utfordrende situasjoner oppstår ofte fordi pasienten ikke forstår situasjonen eller fordi det stilles for store krav til kognisjon i samhandlingen (Tretteteig 2016, s. 273-275). Kompetansetiltak som bidrar til økte kommunikasjonsferdigheter og forbedrede tilnæringsmåter i møte med utfordrende atferd hos personer med demens er særlig aktuelle, også for å unngå bruk av tvang og makt. På nasjonalt, regionalt og lokalt plan etterspørres og utvikles kompetansetiltak for å møte utfordringene i demensomsorgen. I den nasjonale kompetansetjenesten Aldring og helse<sup>1</sup> er demens ett av fagområdene, og kompetansespredning er en av kjerneaktivitetene. På oppdrag fra Helsedirektoratet har Aldring og helse siden 2007 ledet et opplæringsopplegg som heter Demensomsorgens ABC; et tverrfaglig opplegg som består av studiehefter og refleksjonssamlinger. 99% av landets kommuner har gjennomført og/eller er i gang med denne type kompetansetiltak. Det er et behov for å styrke kunnskapen om eldres helse i helse- og sosialutdanningene. I 2016 gjorde Aldring og helse en undersøkelse om temaet «aldring og helse» var synlig og tematisert ved helse- og sosialfaglige bachelorutdanninger over hele landet. 54 helse- og sosialfaglige studiesteder ble undersøkt og det var kun 8 studiesteder som hadde gitt dette temaet en tydelig plass i sine studieplaner (Krohne, 2016). Det finnes flere videre- og etterutdanningstilbud med varierende omfang innen demensomsorg ved universiteter og høyskoler. Dette er tilbud primært for sykepleiere og vernepleiere. Helsefagarbeidere, som representerer den aller største yrkesgruppen i kommunale

---

<sup>1</sup> <https://www.aldringoghelse.no/om-oss/> Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse (Aldring og helse) jobber for å øke kvaliteten på helse- og omsorgstilbudet til eldre i Norge.



helsetjenester, har tilbud om høyere yrkesfaglig utdanning (fagskoleutdanning) i demensomsorg.

### 2.3 Fagskoleutdanning

Vi arbeider i Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse som fikk NOKUT-akkreditering for fagskoleutdanning i demensomsorg og alderspsykiatri i 2008. Hvert år tas det opp 40-50 studenter som er i arbeid innenfor tjenester som gir tilbud til personer med demens og/eller eldre personer som har psykiske sykdommer. Opptakskriteriene er fagbrev som helsefagarbeider eller aktivtør. Vår skole er nettbasert med to årlige fellessamlinger. Som lærer i et nettbasert studietilbud betyr det at vi i tillegg til faglig, pedagogisk og didaktisk kompetanse, også må ha kompetanse på å anvende teknologi i undervisningen.

Fagskoleutdanning, som fra og med 2018 benevnes som høyere yrkesfaglig utdanning, ligger på nivå over videregående opplæring og gir kompetanse som «skal anvendes direkte i arbeidslivet uten ytterligere opplæringstiltak» (Lov om høyere yrkesfaglig utdanning §4, 2018). Utdanningstilbudets relevans i forhold til yrkeslivet er et sentralt kjennetegn ved dette skoleslaget (NOU 2014:14 s 29-35). I Fagskolen Aldring og helse er praksisgjennomføringen sentral gjennom hele utdanningsløpet, og hele siste halvdel av utdanningen heter miljøbehandling i praksis. De fleste studiekrav gjennomføres på arbeidsplassen som praksisoppgaver, der studenten kartlegger og/eller gjennomfører miljøbehandling med pasienter som de jobber med til daglig. Oppgavene er utformet i tråd med nasjonal faglig retningslinje for demens (Helsedirektoratet, 2019), som beskriver god praksis i demensomsorgen basert på behandlingsfilosofien personsentrert omsorg.

Ifølge studentevalueringer er studentenes motivasjon for å ta høyere yrkesfaglig hovedsakelig knyttet til det å bli mer kompetente i sitt arbeid. Det samsvarer med resultatene som forsker Håkon Høst presenterer fra intervjuene med helsefagarbeidere og hjelpepleiere som tar fagskole i NIFU-rapport 25:2017 med tittelen «Eget behov for faglig fordypning» (ref.). Her konkluderes det med at den enkelte fagarbeider har behov for å lære mer, bli tryggere, yte bedre og oppnå en større grad av jobbtilfredshet og at det bidrar til økt kompetanse i pleie- og omsorgstjenestene i kommunene (NIFU 2017:25, side 9).

Spørsmål knyttet til hvordan fremme læring og utvikle kompetanser og ferdigheter har stor interesse innenfor utdanning og flere andre områder. I NOU 2019:12: «Lærekraftig utvikling -

Livslang læring for omstilling og konkurransevne» og i den pågående reformen «Lære hele livet» (Kunnskapsdepartementet, 2019) er det søkelys på tiltak som skal unngå at arbeidstagere ikke «går ut på dato» og kan omstille seg i forhold til nye utfordringer og ny teknologi, men også tiltak som skal videreutvikle kompetansen er inkludert. Oppdatering av Kompetanseløft 2020 (Helsedirektoratet, 2018) beskriver strategi som skal bidra til en faglig sterk kommunal helse- og omsorgstjeneste, gjennom å øke kompetanse til ansatte i sektoren, der målet er å styrke forskning, innovasjon og kunnskapsbasert praksis.

Utdanningskvalitet og digitaliseringen har fått stadig større prioritet i høyere utdanning. I Stortingsmelding 9 (2016-2017) «Fagfolk for fremtiden- Fagskoleutdanning» (Kunnskapsdepartementet, 2017) og Stortingsmelding 16 (2017) «Kultur for kvalitet i høyere utdanning» (Kunnskapsdepartementet, 2017) er teknologi sentralt. Likedan har teknologi vært de mest fremtredende søkekriterier ved søknad om utviklingsmidler for fagskoler hos Direktoratet for internasjonalisering og kvalitet i høyere utdanning (Diku). I Universitet- og høyskolesektoren har den digitale tilstanden vært undersøkt med jevne mellomrom siden 2008. I rapporten Digital tilstand 2018 (Diku, 2019) diskuteres utviklingen og det konkluderer blant annet med at det er et uutnyttet potensial knyttet til pedagogisk bruk av digital teknologi, til variasjon, studentaktivitet og fleksibilitet. Mangel på kompetanse hos fagansatte blir tatt fram som en årsak, og det er særlig kompetanse knyttet til vurderinger av hvordan pedagogiske og faglige utfordringer kan løses med teknologi og hvordan teknologi skaper nye pedagogiske muligheter.

#### 2.4 Aktuell forskning

Nettsøk viser at virtual reality (VR) brukes i mange områder innen helsefeltet. Det kan handle om trening for pasienter; f.eks. trene på sosiale ferdigheter for mennesker med autisme, trene gange for pasienter med Parkinsons sykdom, balansetrening for hjerneslagpasienter. Det er også mye brukt som en treningsmetode for helsepersonell: f.eks. trene operasjonsteknikker, trene på akutte situasjoner, og trene på vanskelige samtaler (Pedroli, Serino, Cipresso, Pallavicini and Riva, 2015)

Det er gjort søk i databaser som Oria, PubMed, Norart og brukt søkeord som virtual reality, body ownership illusion, empathyrelated learning, embodying dementia through VR, empathy and dementia, simulering.

Det har vært særlig fokus på om VR er brukt for å ta en annen persons perspektiv. Spesielt i USA og England finner vi forskning på bruk av VR for å forstå en annen persons situasjon, f.eks. for pårørende til mennesker som har synsfeltutfall, halvsidig lammelse og psykiatrisk sykdom.

Da søket ble spesifisert til «virtual reality, dementia, empathy» fant vi forskning gjort i USA, Irland og Nederland. Forskningen fra Nederland er knyttet til filmen vi har tilgang til, men i det forskningsmaterialet er det primært pårørende som er forskningsobjekter (Wijma, Marjolein, Prins, Pot, & Willemse, 2017) (Jutten, 2019). I USA er det utviklet et simuleringsopplegg der utgangspunktet var å påvirke pleieres forståelse for pasientene (Donahue, Moon and VanCleve, 2014, s. 29). Tilsvarende undersøkelse er gjort i Irland, hvor undervisning og refleksjon knyttet til bruken av VR er i søkelyset (Slater, Hasson, Gillian, 2017). I denne studien er det også utført litteraturgjennomgang om bruk av virtual reality i demensomsorgen som viser at det er en begrenset mengde forskning og utprøving av VR så langt, men det finnes faktisk tre forskningsprosjekter som anvender VR. I tillegg til Nederland og Irlands studier finnes en studie i Australia der man gjennom et kvasiekseptimentelt design fant at deltagerne økte sin empati og var mer årvåkne for pasientens følelser og tanker etter at de hadde brukt VR-brillene i kombinasjon med undervisning og refleksjon (Slater et al 2017, s. 19). I England er det utviklet et dataprogram med VR-briller der deltagerne også skal utføre oppgaver i en virtuell leilighet. Programmet er prøvd ut av sykepleierstudenter i starten av sin utdanning med liten kjennskap og erfaring med personer med demens. (Adefila, Graham, Clouder, Bluteau og Ball Steven, 2016).

Innenfor helsefaglig fagskoleutdanning finner vi ingen forskning om bruk av VR, og vi finner heller ikke norske undersøkelser omkring bruk av VR for å forstå en annens situasjon.

I en artikkel fra 2013 skriver Detlev Leutner at følelser og motivasjon har i liten grad vært gjenstand for forskning innen opplæring og bruk av multimedia. Han viser til teorien Cognitiv-Affektiv Theory of learning with Media (CATLM) av Moreno (2006) (Leutner, 2017). Dette gjøres videre rede for i 3.6.2 Virtual reality for empatisk forståelse.

I en nyere artikkel av Hew med flere forfatter (2019) er det gjort en gjennomgang av 503 artikler i tre internasjonale forskningstidsskrifter som beskriver prosjekter der det er brukt VR i undervisningssammenheng. Disse viser til at det er fåtall av prosjektene som har tatt med pedagogisk teori, eller har utviklet ny teori om VR som pedagogisk metode. (Hew, Lan, Jia & Ting, 2019).

## 3.0 Teoretiske perspektiver

I dette kapitlet presenteres teori som vi har lagt til grunn for forskningsprosjektet.

Teoridelen innledes med temaet virtual reality. Som beskrevet tidligere er det lite pedagogisk teori om bruk av VR som læringsverktøy, men her er det valgt å gjøre rede for virtual reality som fenomen og hvilke bruksområder teknologien har. Med VR- brillene som læringsverktøy har dette prosjektet et pedagogisk tema, og det var derfor aktuelt å gjøre rede for vår forståelse av læring med et særlig fokus på bruk av teknologi i undervisningen.

Bruk av VR-teknologi er betegnet som et sterkt medium som påvirker vår empati. Derfor forklares begrepet empati. Også fordi empati er grunnleggende for utøvelsen av personsentrert omsorg når det handler om å ta en annen persons perspektiv.

Personsentrert omsorg er en sentral drivkraft for hele prosjektet, og filosofien utdypes i denne delen av oppgaven. Utøvelsen av personsentrert omsorg kommer til uttrykk når helsearbeiderne bruker sitt handlingsrom og faglig skjønn. Teori som er aktuell for handlingsrom og yrkeskunnskap inngår i denne delen.

Læringsteoretiske perspektiver belyses i læringsteorier om følelsenes betydning for læring og læring i et sosiokulturelt perspektiv.

### 3.1 Virtual reality

Virtual reality er kjennetegnet ved at det er et datasimulert miljø som oppleves ekte og virkelig for brukerne, at man kan få mange opplevelser utover det visuelle, og at man kan også interagere med miljøet rundt. Halvorsen (2018) viser til Begus, Novak og Mihejl (2014) som definerer Virtual reality slik:

Virtual reality is composed of an interactive computer simulation, which senses the user's state and operation and replaces or augments sensory feedback information to one or more senses in a way that the user gets a sense of being immersed in the simulation (virtual environment). We can thus identify four basic elements of virtual reality: the virtual environment, virtual presence, sensory feedback (as a response the user's actions) and interactivity. (Halvorsen, 2018, s. 25).



Figur 1. Illustrasjonsbilde. Foto: Signe B. Gjelstad

For å oppleve tilstedeværelse i filmen brukes VR-briller. Det er et apparat som dekker hele synsfeltet og gir tredimensjonalitet og dybdesyn. Filmen eller den datasimulerte virkeligheten omslutter deltageren. Det er mulig å snu på hodet, kikke opp eller ned for å oppdage nye detaljer. Ved å bruke høretelefoner blir den virtuelle verden enda mer omsluttende og opplevelsen av å være i en annen virkelighet styrkes ytterligere (Urke, 2018, s. 17).

VR-teknologi er relativt nytt, den skjøt fart i starten på 2010 tallet, og er i rask utvikling (Urke, 2018, s. 25). I Norge er det først og fremst industri, byggebransje, helse og utdanning som anvender teknologien, men den er i utbredelse.

Innen helse er VR-teknologi anvendbar på flere fagområder. Kirurger bruker teknologien for å perfektionere operasjonsteknikker og trene på inngrep før man skal utføre det. Innen psykiatrien kan VR-briller brukes i eksponeringsterapi som handler om å utsette mennesker som har en spesifikk angsttilstand for nettopp det de er redde for. Det å håndtere en slik tilstand av angst gir mestring, og viser seg å ha en meget god effekt. VR-teknologi brukes også i behandling av post-traumatisk stresslidelse for soldater. Her kan scener de har opplevd på slagmarken gjenskapes. De gjenskapes ikke bare visuelt, men i de mest avanserte modellene er det også mulig å koble til både lukt og bevegelse. Det innebærer at den tidligere soldaten kan kjenne diesellukten eller lukten av brann, og oppleve rystningene i bakkene etter bombenedslag (Urke, 2018, s. 43-52). På Rikshospitalet har VR-teknologi blitt brukt for pasienter som må oppholde seg på isolat over tid. Her kan VR-teknologien gi naturopplevelser og hverdagsopplevelser, og på samme måte har denne teknologien også blitt tatt i bruk for å gi personer med demens gode øyeblikk, kanskje et gjensyn med gamle trakter eller en tur i naturen (Urke, 2018, s. 92-98).

I trening og utdanning er VR-teknologi viktig, særlig med tanke på å kunne øve for å mestre ulike situasjoner. Gjennom bruk av denne teknologien kan man øve på situasjoner man ikke ellers får anledning til å trene på, som f.eks. flygere som her får øve på ekstreme situasjoner som de ellers kanskje aldri får oppleve – langt mindre trent på. De motoriske ferdighetene

som trenges kan utmerket godt oppøves gjennom VR- teknologi, også i det antall omganger som må til for at handlingene automatiseres (Urke, 2018, s. 84-90). «Der bøker gir kunnskap, gir VR erfaring.» (Urke, 2018, s. 90).

Et annet aspekt ved VR-teknologien er å skape forståelse for et annet menneske fordi vi kan «se» virkeligheten slik andre opplever den. Den vil være et sterkt medium som må brukes med omhu, og Urke kaller VR en «empatimaskin» (2018, s. 133).

Simulering vil være særlig godt egnet overfor voksne, fordi den gir mulighet for å utvikle forståelse basert på en erfaringsbakgrunn (Slater et al, 2017, s. 17). Filmen i VR-brillene som ble benyttet i vår forskning er utviklet i Nederland i 2017, og den er anvendt i Nederland i et forskningsprosjekt som inkluderte 72 pårørende. Et sentralt inklusjonskriterium for å delta var nettopp at man hadde erfaring som pårørende til personer med demens. Forskningen viser at bruk av VR kan være en støtte for pårørende, og det konkluderes med at filmen gir en opplevelse og en innsikt i det å ha demens. Studien anbefaler at VR også blir introdusert for helsearbeidere og/eller frivillige som har erfaring i samhandling med personer som har demens (Wijma, Veerbeek, Prins, Pot, Willemsse, 2017, s. 7-8).

Som nevnt under aktuell forskning er bruk av teknologi, som virtual reality i læringsøyemed beskrevet i flere studier. Men det kritiseres at det er manglende teoretisk grunnlag i studiene. I gjennomgangen av et stort antall artikler fra internasjonale forskningstidsskrifter om bruk av VR i undervisningssammenheng vises det til at kun 35% av artiklene hadde et solid teoretisk fundament (Hew et. al., 2019). Dette underbygger den generelle oppfatning om at området er underteoretisert hva gjelder pedagogikk. Særlig pekes det på at det er mangel på utvikling av ny teori i studiene som er gjort (Hew et al, 2019, s. 956-971)

### 3.2 Personsentrert omsorg

Den engelske sosialpsykologen Tom Kitwood savnet et teoretisk fundament i demensomsorgen og utviklet omsorgsfilosofien Personsentrert omsorg til demensomsorgen på 1990- tallet i England. Kitwood var opptatt av å løfte frem personen som har fått en demenssykdom som en fullverdig person med følelser og rettigheter som alle andre mennesker. Kitwood kaller dette for «personhood», som på norsk er forsøkt oversatt til «personverd» - et begrep som er sentralt i personsentrert omsorg. Dette teoretiske grunnlaget for demensomsorg ble kjent i Norge på 2000- tallet, og har siden fått stor nasjonal

oppmerksomhet, og anbefales nå i Nasjonal faglig retningslinje for demens (Helsedirektoratet, 2019) (Tretteteig & Røsvik, 2016, s. 227-228).

Demensomsorgen ivaretar personer med demens. Demens er et syndrom som oppstår som følge av hjerneskade eller hjerneorganiske sykdommer, den mest kjente er Alzheimers sykdom. Demenstilstanden er kronisk og progressiv. Foreløpig er det ingen kur mot sykdommene som fører til demens, men det finnes antidemensmidler som kan stagnere tilstanden noe. Demens er kanskje først og fremst kjennetegnet ved redusert hukommelse, men andre kognitive funksjoner er også påvirket som oppmerksomhet, evne til læring, orientering, evne til resonnering, evne til planlegging og språk. Atferden påvirkes også, og kan ytre seg som utagerende atferd eller passiv og apatisk atferd (Engedal & Haugen, 2016, s. 29). I Norge anslår man at det er ca. 80 000 mennesker som har demens og i norske sykehjem har de aller fleste pasientene en demensdiagnose, i overkant av 80 % (Folkehelseinstituttet, 2020).

Personer med demens trenger et trygt, stabilt og forutsigbart miljø der de får bruke sine gjenværende ressurser. Personer med demens i sykehjem har en alvorlig demenstilstand, og de har et større behov for emosjonell støtte og for å få hjelp til å anvende sine gjenværende ressurser. Personalet må ha kunnskap om demens, kommunikasjon og tilrettelegging både fysisk og psykososialt. Utdrende situasjoner oppstår ofte fordi pasienten ikke forstår situasjonen eller fordi det stilles for store krav til kognisjon i samhandlingen (Tretteteig, 2016, kap. 15, s. 273 – 275). Personalet må ha kunnskap om miljøbehandling som er den behandlingsformen som er foretrukket der pasienten har atferdsutfordringer (Helsedirektoratet, 2019). Personalet må i stor grad vurdere og bruke skjønn i samhandlingssituasjoner og tilrettelegge slik at pasientens kognitive svikt ikke blir utfordret, men at pasienten opplever mestring og trygghet.

Verdigrunnlaget slik Tom Kitwood presenterte det, bygger på personhood, den utvidete demensmodell, grunnleggende psykologiske behov, positive personwork og malignant social psychology. Hjørnesteinen i personsentrert omsorg er personhood, på norsk «personverd», og det er den status som gis til et menneske av andre i sosiale relasjoner. Det innebærer anerkjennelse, respekt og tillit. Kitwood bygde på Carl Rogers psykoterapeutiske tilnærminger når han la vekt på autentisk kontakt og kommunikasjon (Røsvik, 2014, s. 11).

I denne omsorgsfilosofien forstås demens som et samspill mellom pasientens personlighet, livshistorie, fysiske helse, nevrologiske og psykologiske helse og endelig det sosiale og

psykologiske forhold som preger miljøet pasienten deltar i. De grunnleggende behov som inkluderer trøst, identitet, inklusjon, tilknytning og beskjeftigelse gjelder for alle, men som personer med demens må ha hjelp til å få dekket. Helsepersonell må derfor kjenne til disse behovene og ta hensyn til disse i møte med pasienten (Rokstad, 2014, s. 49-79)

Omsorgsfilosofien ble utviklet videre av Dawn Brooker etter Kitwoods død, til et rammeverk for implementering i praksis. Rammeverket heter VIPS og oppsummeres slik: Verdier, Individuelt tilpasset tilnærming, Perspektivet til personen med demens og det Sosiale miljøet. Å ta perspektivet til personen med demens er et kjennetegn ved utøvelsen av personsentrert omsorg og er en grunnpilar i VIPS-rammeverket (Brooker, 2013, s. 48). VIPS-rammeverket er blant annet prøvd ut som en praksismodell i en større randomisert studie i Norge i 2013 (Røsvik, 2014). Innføring av VIPS-praksismodell i et sykehjem eller i hjemmebaserte tjenester innebærer opplæring i personsentrert omsorg til en hel personalgruppe etter et fastlagt opplegg, og at det tilrettelegges for å gjennomføre faste fagmøter etter en spesiell struktur (Røsvik, Mjørud, Rokstad, Munch & Røen, 2016, s. 10). I fagmøtene tas det utgangspunkt i pasientsituasjoner og tiltakene kommer ut ifra drøftinger og samspill med kollegaer basert på forståelsen man har av pasientens opplevelse av situasjonen. Tiltakene blir også evaluert. Modellen er beskrevet og tatt i bruk i stadig flere sykehjem og i hjemmebaserte tjenester over hele landet. Pr. mars 2020 har 2273 personer fått opplæring i VIPS-praksismodell og 517 helsearbeidere har blitt sertifisert som kursholdere. Rekrutteringen til to-dagers basiskurs der alle ansatte og ledere på samme enhet eller avdeling deltar, er økende (Aldring og helse, 2020).

### 3.3 Empati

Når en pleier skal forsøke å sette seg i pasientens sted handler det mye om å ha evne til empati. Begrepet empati veksles ofte med sympati. Forskjellen mellom disse er at om man viser sympati gjør man en kontinuerlig sammenligning mellom den andres følelser og sine egne, og føler med den andre ut ifra sine egne opplevelser. Oppmerksomheten er altså rettet mot seg selv. Ved å vise empati oppfatter og forstår man den andre gjennom å kjenne på tilsvarende følelser som den andre uttrykker, man lever seg inn i den andres situasjon, men uten å dele følelsene. Oppmerksomheten er rettet mot den andre personen (Nerdrum, 2011, s. 63).



I det daglige livet anvendes begrepet empati i relasjoner der man sanser og oppfatter den andre og utvikler en sosial interaksjon. Her bruker vi både kognitive og affektive evner for å oppfatte og forstå. Noe kan vi kontrollere, men andre prosesser er mer automatiske. (Nerdrum, 2011, s. 57).

Den affektive tilnærmingen til empatibegrepet tar utgangspunkt i følelsene som aktiveres. Den tyske psykologen Theodore Lipps utforsket begrepet empati, og han mente følelsen som ble uttrykt av én person førte til at den samme følelsen ble aktivert hos en annen person i interaksjon. Det er nok denne oppfatningen som er den allmennrådende også i dag. I et utviklingsperspektiv kan affektiv empati handle om en overlevelsesstrategi ved at man beskytter sine barn, f.eks. kan en fugl spille at den er skadet og sårbar et stykke unna redet med fugleunger i, dersom en fare er overhengende. Vi påvirkes av følelsesuttrykk vi ser og imiterer lett disse. Allerede som nyfødt er vi opptatt av ansiktsuttrykkene til den voksne og etterligner ansiktsbevegelsene (Nerdrum, 2011, s. 57-60). Den biologiske forskningen i nyere tid har sett på sammenhengen mellom aktivitet i speilnevronene i hjernen og empati. Disse nevronene befinner seg i nærheten av det motoriske området i hjernen. Billeddiagnostikk viste at når to personer satt overfor hverandre, og den ene gjorde en bevegelse, aktiverte begge personenes speilnevroner seg på samme måte, selv om det kun var den ene personen som gjorde bevegelsen. Akkurat det samme skjedde når den ene personen uttrykte en følelse - da beveget også speilnevronene seg på samme måte. Når vi ikke kjenner på følelsen selv, «oversetter» vi følelsen til vår egen, altså hvordan vi ville følt det som vi hadde opplevde det samme. Dette er med på å forklare hvorfor vi i møte med et annet menneske også berøres følelsesmessig. Studier av barn viser at empati er en grunnleggende kommunikasjonsform og understøtter at man gjennom affektiv empati får en dypere forståelse enn man får gjennom logiske resonnementer. (Nerdrum, 2011, s. 58-61)

Likevel er det ingen tvil om at man også bruker kognitive evner for å forstå et annet menneskes situasjon. I møte med den andre vil man vurdere situasjonen, også gjøre en sammenligning med andre tilsvarende situasjoner. Også denne formen for empati regner å ha et biologisk opphav og at den utvikles i sosial interaksjon. Kognitiv empati fremmer høyere grad forståelse av den andres situasjon enn den affektive empatien, fordi man i det affektive drar slutningene ut ifra egne erfaringer og kunnskaper. Forskjellen mellom affektiv og kognitiv empati handler altså mye om en aktiv og en passiv tilnærming; affektiv empati er en passiv, mottagende situasjon, mens den kognitive er aktivt og kontrollert. Selv om affektiv empati er mer ukontrollerbart er det et hovedprinsipp i begrepet empati at man skiller på egne

følelser og følelsene til personene man står overfor. Man kan kjenne på følelsene som om de var ens egne, men følelsene deles ikke der og da. Speilnevronene klarer å gi et signal om at følelsene ligner, men ikke er like. Dersom det er en svikt i speilnevronene betyr det vansker med å skille på egne og andres følelser, med den følge at man identifiserer seg fullt og helt med det mennesket man møter (Nerdrum, 2011, s. 63-64).

Profesjonell empati brukes i behandling og diagnostikk av pasienter, og Nerdrum (2011) beskriver denne type empati som noe annet enn dagliglivets empati. Utfordringen er at det er finnes lite litteratur om det å lære empati for yrkesutøvere. Det kan henge sammen med at empati er noe vi anvender i dagliglivet og at man derfor tenker at dette er integrert i oss. Som profesjonell hjelper er det imidlertid viktig at man blir bevisst flere sider ved empatien, for eksempel forskjellen mellom sympati og empati, og begrepene affektiv og kognitiv empati. Det vil det være viktig for pleieren som skal utøve profesjonell hjelp til pasienter å ha et bevisst forhold til dette (Nerdrum, 2011, s. 64-66).

Forskjellen fra dagliglivets empati vil først og fremst handle om at kognitiv empati vil dominere fordi man ikke kan la seg påvirke følelsesmessig på samme måte som man gjør i dagliglivet når man er i en profesjonell behandler - klientforhold. Når man f.eks. er sammen med en person som har demens som er sint og fortvilet, skal man ikke respondere ukontrollert. Man må i stedet forsøke å forstå situasjonen med bakgrunn i kunnskap om sykdommen og erfaringer fra andre situasjoner. En annen viktig forskjell er også at det i profesjonell empati ikke er en likeverdige, gjensidig empatisk forbindelse. Det er i utgangspunktet hjelperen som skal forstå pasienten og ikke motsatt. I dagliglivet ville vi forventet at den personen vi sto overfor også ville forsøkt å forstå oss. En tredje forskjell er at empati brukes i dagliglivet til å knytte bånd mellom mennesker, til å utvikle relasjoner. Profesjonell empati har åpenbart ikke dette som et mål. En profesjonell relasjon skal utvikles under helt andre betingelser enn i dagliglivet. Mange mekanismer i dagliglivets empati er automatiske og overlærte forhold. Dette understreker behovet for en bevisstgjøring og læring av begrepet empati for profesjonelle yrkesutøvere (Nerdrum, 2011, s. 66-67).

Nerdrum beskriver en empatisk profesjonell hjelper slik:

«En profesjonell empatisk hjelper er en som prøver å forstå og tåle krevende og vanskelige følelser hos klienten, ivareta balansen i forhold til hvem som skal hjelpes, holde fokus på klientens opplevelsesverden, være seg bevisst på sin egen empatiprosess og formidle sin empatiske forståelse» (Nerdrum, 2011, s. 68).

Empatibegrepet er et grunnleggende begrep innen sykepleie, og er tradisjonelt forstått som evne til å forstå pasienten, evne til å sette seg i pasientens sted. Den empatiske sykepleieren anvender empati i etableringen av en relasjon med en pasient. Empatien er betydningsfull for at pasienten skal kjenne seg ivaretatt. Empatien gis stor betydning i relasjonen også for å ivareta pasientens verdighet, og som kvalitetsstempel i vurderingene (Thoresen, 2013). Ifølge Thoresen (Thoresen, 2013) er begrepet sjeldent definert, og hun mener at det er et diffust begrep for mange sykepleiere.

Spørsmålet om og hvordan empati kan utvikles og læres blir aktuelt, særlig for helse- og sosialarbeidere som må ha evne til empati i møte med pasienter og klienter. Nerdrum (2011) refererer til en undersøkelse der et omfattende treningsprogram viser en bevegelse mot en mer bevisst og høyere grad av empatisk kommunikasjon, og han beskriver bevegelsen i tre trinn:

1. Hjelperen korrigerer og prøver å forandre pasientens opplevelse.
2. Hjelperen bearbeider pasientopplevelser gjennom sympati, trøst, overtalelse og råd
3. Hjelperen uttrykker interesse for pasientens perspektiv.

For å komme til trinn 3 måtte var essensen at man ikke måtte prøve forandre eller korrigere pasientens opplevelse, men la den stå som den var (Nerdrum, 2011, s. 68-78).

Robert Carkhuff, en britisk forsker, utviklet en skala for å vurdere utvikling av empati. I Carkhuff skala måles empatien til hjelperen ved at observatører vurderer hjelperens kommunikasjon og reaksjon i samhandling med en hjelpesøkende. Carkhuff skala er mye brukt i forskningssammenheng og er anerkjent av flere grunner, blant annet fordi bruk av observatører reduserer den subjektive påvirkningen og fordi den bygger på den anerkjente psykologen Carl Rogers beskrivelser av empati (Nerdrum, 2000, s. 2).

Carkhuff beskriver fem nivåer av empati, der nivå 1 er svært lav eller ingen empatisk forståelse og nivå 5 er høyt nivå av empatisk evne. Nerdrum anvendte også skalaen i en undersøkelse der han trente studenter i empatisk kommunikasjon (Nerdrum, 2000).

Carkhuffs skala er validert og anerkjent i forskning (Nerdrum, 2000, s. 20). Vi har lagt til grunn Carkhuffs nivådeling ved utforming av casene som presenteres i sin helhet i metodekapittelet.

### 3.4 Helsefagarbeidernes yrkeskunnskap og handlingsrom

En helsefagarbeider skal kunne løse oppgaver og mestre utfordringer i konkrete situasjoner i møte med pasienter og pårørende. Det inkluderer praktisk og teoretisk kunnskap og ferdigheter. Det teoretiske fundamentet i utdanningen har vært basert på en inndeling i skolefag som sykepleie, psykologi og sykdomslære, uten sammenheng mellom fagene. I den store utdanningsreformen Kunnskapsløftet, som trådte i kraft høsten 2006 ble helsearbeiderfaget endret fra å være basert på skolefag til å bli funksjonsbasert.

Kompetansemålene i lærerplanen for Helsearbeiderfaget beskrives som den yrkesfunksjonen som en ferdig helsefagarbeider skal beherske (Læreplan for Helsearbeiderfaget Vg3/bedrift, 2017). Den faglige teoretiske kunnskapen som inngår i yrkesfagopplæring vil dermed være gitt av de sentrale yrkesfunksjonene og teorien må tilpasses de ulike oppgavene (Inglar, 2015, s.103). Selv om inndelingen av skolefagene er borte og teorien ikke lenger er det strukturerende elementet i undervisningen, så vil fagteorien for helsearbeiderfaget fortsatt være et utvalg fra ulike fagområder.

Yrkesretting mot yrkesfunksjoner og -oppgaver er et sentralt yrkespedagogisk prinsipp (Inglar, 2015, s.103). Å sammenstille og anvende teori som er relevant for ulike funksjoner og oppgaver er sentralt, ikke minst med henblikk på livet utenfor skolen. I utøvelsen av yrke skjer det nemlig en praktisk syntese ved at delene i det teoretiske grunnlaget blir satt sammen slik at det gir mening i praksis (Grimen, 2008, s.74). Som eksempel vil man ikke sjelden kunne oppleve at personer med demens plutselig endrer atferd. Personen kan endre seg fra å være rolig og tilfreds til å bli motorisk urolig og sint. Da må helsefagarbeideren bruke kunnskap fra humanbiologi, psykologi og psykiatri for å vite at demens fører til at man ikke lenger kan sette ord på og identifisere ubehag og derved få en atferdsreaksjon når han har en urinveisinfeksjon, smertetilstand eller lignende. I tillegg må man vite hvilke undersøkelser som er viktige å utføre og kunne tolke resultatene av disse, og man må også kunne samhandle med pasienten som er i en forvirringssituasjon. Utdanningen er rettet mot at studentene ikke bare skal forstå, de skal også utøve et yrke på bakgrunn av det teoretiske grunnlaget innenfor juridiske og moralske rammer, og på toppen av det hele er det ofte strid og ulike perspektiver på hvordan teorien skal forstås og utøves. Alt dette til sammen gjør det tydelig at navigasjonen i utøvelsen av yrket kan være utfordrende og at det er vesentlig at utdanningene også strukturerer og systematiserer undervisningen yrkesrettet. Det vil også si at god undervisning og opplæring er avhengig av samarbeid mellom skole og arbeidsliv. Praktisk

kunnskap kan sees på som anvendt teori, men man kan også se på det omvendt – at praksis legger grunnlaget for utvikling av teori (Grimen, 2008, s. 75).

Praktisk kunnskap omtales ofte som taus kunnskap fordi det ofte er vanskelig å artikulere det man gjør verbalt. Kunnskapen «eies» ofte av yrkesutøveren og er også knyttet til situasjonen handlingen utøves i. Den tause kunnskapen sitter i kroppen som gjør en handling, og man kan derfor si at praktisk kunnskap er kroppslig. Hvorfor er det slik at vi vet mer enn vi kan uttrykke? (Grimen, 2008, s. 79-82) viser til Michael Polany som beskriver flere årsaker; normer og regler som begrenser hva yrkesutøveren kan si, og kunnskap som er så innarbeidet at yrkesutøveren ikke er bevisst på at det er kunnskap for å nevne noen. Gilbert Ryle omtaler praktisk kunnskap som «knowing how» og «knowing that», altså å vite at og å vite hvordan som han mener henger uløselig sammen, en handling som er overlagt og bevisst.

Helsefagarbeideren møter pasienten ansikt til ansikt og må ofte ta raske beslutninger uten mulig til å drøfte dette med andre. Her må helsefagarbeideren oppfatte situasjonen, agere kunnskapsbasert og erfaringsbasert og bruke sin relasjonskompetanse for å få til samhandling med pasienten. Basisen for dette møtet er kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Idet fagfeltet er i stadig utvikling, må også helsefagarbeideren oppdatere sin kunnskap og dette fordrer også en kompetanse på hvordan man gjør dette. Erfaringene som gjøres i praksissituasjonene er et godt utgangspunkt for læring og mange arbeidsplasser har tilrettelagt for refleksjon og kunnskapsdeling i fagmøter.

Det er ingen tvil om at en svært viktig oppgave for helsefagarbeideren er å gi omsorg, og den enkelte helsearbeider må ha kunnskap om og en bevissthet rundt begrepet. Empati som er beskrevet i 3.3 er en evne som ligger til grunn for å gi omsorg. Omsorg foregår mellom personer og i konkrete situasjoner. En omsorgstenkning har relasjonelle og situerte perspektiver, og handler om konkrete situasjoner der helsearbeidere er i samspill med pasienter og pårørende. Den relasjonelle dimensjonen forutsetter to parter, der den ene betegnes som lidende og den andre som lar seg berøre av lidelsen og blir «vekket til handling» (Martinsen, 2000, s. 27). Martinsen beskriver de relasjonelle trekkene av omsorg som emosjonelle og det handler om å involvere seg og være engasjert i den andre. Det situerte perspektivet innebærer at appellen til omsorg springer ut av pasientsituasjoner.

Pasientsituasjoner forstås som en prosess som veksler mellom å sanse og forstå, og beskrives slik: «I den personorienterte profesjonalitet trenger vi både den langsomme, konkrete erfaringskunnskapen og den hurtige abstrakt-allmenne klassifisering kunnskapen med sine se-teknikker». Øyet beskrives som et verktøy i «sansingens tjeneste», der den «andres

innesperringe sprenges og får rom om seg» (Martinsen, 2000, s. 41). Sansingen beskrives som en del av omsorgsutøvelsen, som en «fundamental åpenhet mot verden ...» (Martinsen, 2000, s. 21). Det dreier seg om å stille seg åpen for inntrykk og våge la seg berøre av det man ser, «for så å spørre etter fagkunnskapen der en kan se mennesket og pasienten i en og samme person» (Martinsen, 2000 s. 41). Sansningens åpenhet er «fryktelig» dersom den ikke forenes med forståelse, og forståelsen får man gjennom utforskning, registreringer og kartlegginger av pasientens situasjon. Sansning sammen med forståelse kaller Martinsen for «deltagende oppmerksomhet» (Martinsen, 2000, side 21).

Martinsen er opptatt av den personorienterte profesjonalitet og Austgard (2010) forstår dette som pleieren som person med hennes iboende kunnskap og erfaring. Hun beskriver dette som personorientert skjønn. Et viktig kjennetegn ved en profesjon er å kunne anvende skjønn. Ved å vurdere en situasjon og bruke sin kunnskap og erfaring styrker profesjonen sitt grunnlag og virkeområde. Hvis alle arbeidsoppgaver var fastlagt, var det i prinsipp ikke nødvendig med en utdanning for å gjennomføre dem. I demensomsorg er det svært ofte behov for å bruke skjønn fordi menneskene er ulike og skal møtes på ulike måter. Personer med demens er sårbare, de opplever forvirring og frykt og har stort behov for trygghet. Etter hvert som sykdommen utvikler seg er det vanskeligere og vanskeligere å kommunisere og mange reagerer med utfordrende atferd. Flere personer med demens har skrevet og fortalt om dette i intervjuer, dagbøker og biografier. Christine Bryden har selv demens og hun peker også på hvor stor betydning menneskene rundt har. Hun sier at for å oppleve verdighet og føle seg nyttig og anerkjent avhenger det av hvordan menneskene rundt agerer (Bryden, 2005 s. 127). Det betyr at pleieratferd er viktig og denne dannes med bakgrunn i kunnskap, erfaring og kultur. Personer med demens skal møtes på forskjellig måte fordi de har ulike behov og dagsformen deres varierer også. En natt med lite søvn kan medføre akutt forvirring med påfølgende utagering. Dette utfordrer pleiepersonalet evne til å vurdere hver enkelt situasjon og bruke sin dømmekraft når de skal samhandle med pasienten (Rokstad, 2014 s.11).

Med ordet «skjønn» forstår vi gjerne «vurdering». Vi bruker skjønn i en situasjon der vi ikke har et fastlagt handlingsmønster, der vi må ta i bruk vår faglighet og vår erfaring for å finne en løsning. Harald Grimen og Anders Molander peker på at dette gir en autonomi for yrkesutøveren idet hun har en valgfrihet og noen muligheter til å vurdere handling – selvfølgelig innenfor grensene av lovverk og anbefalt praksis. De viser videre til Dworkins metafor der skjønn blir illustrert som hullet i en smultring: Skjønn blir et begrep som er relativt sammenholdt med de rammene som man til enhver tid må ta hensyn til (Grimen,

Molander 2008 s 179-182). Man bør også være oppmerksom på at bruk av skjønn kan bety at yrkesutøveren handler vilkårlig og at dette kan medføre en opplevelse av uforutsigbarhet for tjenestemottakeren som kan oppleve ulike tiltak alt ettersom hvilken pleier som utøver tjenestene. Grimen (2009, s.1) peker også på faren ved at bruk av handlingsrommet kan lede til overtramp ved at helsearbeideren gjør en tilnærming til tjenestemottakeren som er illegitim og unødvendig. Bruk av handlingsrommet kan true prinsippet om lik behandling og rettferdighet, tjenestemottakerens private sfære og det forventede tilbudet. Skjønnen kan forstås som epistemisk når det er ikke er klart hvilket handlingsalternativ som er rett, men at det er nødvendig med en resonneringsprosess for å komme frem til en god handling. Mens en strukturell forståelse av handlingsrommet betegner den friheten helsearbeideren har til å handle innen visse rammer – man velger mellom anbefalte handlingsalternativer (Grimen, 2009 s. 3)

Å anvende skjønn handler om å resonnerer seg frem til hva som er det beste alternativet i en situasjon. I mange tilfeller har vi en norm, en regel eller en praksis vi kan henvise til og eventuelt tilpasse, men i samvær med personer med demens kommer pleierne ofte opp i situasjoner der det ikke er en norm å følge, men kanskje bare noen normative holdepunkter. Forskrifter, lovverk og retningslinjer som pleierne må forholde seg til, må også fortolkes og forstås. Situasjonens omstendigheter må tas med i resonnementet og være en del av beslutningsgrunnlaget (Austgard, 2010). For eksempel opplever man ikke sjeldent i sykehjem at en pasient går til utgangsdøra og gjør tegn til å ville gå ut. Normen er først å undersøke hva pasienten vil, men når man kjenner pasienten kan det være omstendigheter som gjør at man heller velger å tilby en kopp kaffe som avledning, eller sette på musikk som pasienten liker.

Når man skal anvende skjønn i en praksissituasjon er det flere tankesystemer som kan aktiveres. Kahneman (2013) beskriver to systemer for måten vi tenker på i en situasjon; System 1 er de automatiske handlingene, det vi handler instinktivt og raskt. System 2 aktiveres når vi reflekterer og vurderer en situasjon (Kahneman, 2013, s. 26-27). Kahneman viser til den kjente filmen om to lag som spiller basketball, og en person som ser filmen blir bedt om å telle antall pasninger for det ene laget. Oppmerksomheten og konsentrasjonen om å telle pasninger medfører at seeren ikke oppdager at det underveis i filmen kommer en person i gorilladrakt spaserende ut i bildet. Det oppfattes som helt uforståelig at gorillaen ikke ble oppdaget i første visning når seeren etterpå blir gjort oppmerksom på det, og får se filmen på nytt. Dette eksempelet viser hvordan hjernen kan aktivere et system – i dette tilfellet System 1 og at System 2 her ligger i dvale. System 1 er det systemet som hele tiden er parat, men

System 2 hentes frem tidvis når det oppstår vanskeligheter som krever mer bearbeiding av problemet og mobiliseres også om man er i ferd med å gjøre noe man er usikker på. Et annet kjennetegn ved System 1 er at det umiddelbart kjenner igjen situasjoner og aktiverer automatiske handlinger. For å vurdere situasjonene og i vårt tilfelle bruke skjønn, må System 2 aktivt i bruk. Dersom aktivering av System 1 er den foretrukne i møte med de fleste situasjoner, vil handlingene være styrt av forhastede slutninger og intuitive reaksjoner. Den som mottar og gjør seg bruk av tilbakemeldinger etter at det er blitt gjennomført mange av de samme handlingene vil kunne ha utviklet en ekspert-intuisjon og ha tilgang til gode vurderinger i System 1. Det kan medføre en manglende erkjennelse av den faglige ekspertisens begrensninger og være nærliggende med en overdreven selvtilit til egen ekspertise, ifølge Kahneman. Situasjoner som krever bruk av skjønn, medfører at System 2 trer inn med vurderinger av omstendighetene og rammebetingelsene (Kahneman, 2013, s. 90-109). Når det skal brukes skjønn i situasjonen med personen med demens som ville ut av sykehjemmet, vil man i tankene hente frem ulike handlingsalternativer fra utdanning, kurs og erfaring. Dette blir sett i sammenheng med den aktuelle personens situasjon og rammene man har til rådighet.

### 3.5 Læringsteoretiske perspektiver

Utgangspunkt for denne masteroppgave er læring i et sosiokulturelt perspektiv. Problemstillingen bærer preg av det siden vi tenker på VR-brillene som et mulig medierende artefakt. I denne delen presenteres sentrale begreper i læringsteorien i lys av undersøkelsen. Her rettes også søkelyset på læreren som bruker av teknologiske virkemidler i undervisning.

#### 3.5.1 Sosiokulturelt læringsperspektiv

Et sosiokulturelt perspektiv på læring bygger på et konstruktivistisk kunnskapssyn. Vi har hentet vår forståelse av læring fra litteratur som faller inn under retningen «sosiokulturell læring» (Dysthe, 2001, Säljö, 2013, Wenger, 1998). Säljö viderefører Vygotskys tenkning ved å sette fokus på at læringsprosessene igangsettes i relasjoner mennesker imellom, og foregår i en historisk og kulturell sammenheng (Säljö, 2013, s. 69). Det sentrale er at kunnskap konstrueres gjennom samhandling og i en kontekst, ikke primært gjennom individuelle prosesser. Samspillet mennesker imellom er viktig i læringsprosessen, og språket utgjør et sentralt element. Læring forstås som en grunnleggende sosial prosess. (Dysthe, 2001, s. 33).



### 3.5.2 Situert læring

Som tidligere nevnt foregår utvikling og læring i et sosiokulturelt perspektiv innenfor rammen av sosiale praksiser, og i indirekte og direkte samspill med andre (Säljö, 2013, s.107). Å forstå læring som situert er noe mer enn å tenke seg at læring foregår i praktiske situasjoner. De ulike sosiale sammenhengene vi deltar i vil «oppdra» oss til å håndtere de mange ulike komplekse situasjonene som skal håndteres i utdanning og arbeid. Vi lærer oss å tenke ut fra at vi handler i ulike sosiale kontekster. Det er på en måte situasjonene som lærer fra seg. Det uttrykkes gjerne som at handlingene er situert i sosiale kontekster. Det handler om at tenkning, kommunikasjon og fysiske handlinger foregår avhengig av kontekster. Å forstå koplingen mellom sammenhenger og individuelle handlinger er derfor sentralt (Säljö, 2013, s.133-134). Innenfor denne forståelsesrammen vil samspill med andre, teknologiske redskaper og representasjonssystemer, som språk eller virtual reality, inngå i det interaktive systemet som den lærende er en integrert del av.

Et situert perspektiv på læring får konsekvenser for hvor og hvordan det skal utvikles kunnskap og ferdigheter. I praksisstudier vil det være et spesielt fokus at på at læringskontekst er autentisk, og at læringsaktivitetene fremmer det målet som er viktig for livet utenfor skolen (Dysthe, 2001, s.44). Bruk av VR-briller med formål å være en annen person, få del i den andres tanker og oppleve reaksjonene fra omgivelsene omkring vil ha autentisitet som en innebygd ide. Å ha på seg VR-briller og identifisere seg med en person som fungerer hjemme i sine vante omgivelser er muligens det nærmeste man kan komme en virkelig situasjon og pasientens arena. Hvorvidt innholdet i filmen er autentisk, gjenkjennbart og oppleves som viktig for deltagerens arbeid og virkelighet, vil også være et vesentlig kjennetegn på om VR-brillene ivaretar det situerte. Det autentiske er viktig, men også hvordan opplevelser etter å ha brukt artefaktet blir sett sammen med flere konkrete erfaringer fra praksis og tilkoblet teoretiske kunnskaper. Det er derfor viktig med muligheter for refleksjon, som kan fremme at teori hentes inn og assosieres med situasjoner i yrkesutøvelsen (Inglar, 2015, s.108).

### 3.5.3 Medierende artefakt

Begrepet *mediering* er sentralt begrep i den sosiokulturelle forståelsen av læring. Det er kanskje det begrepet som skiller seg mest fra andre læringsteoretiske perspektiver. Begrepet ble innført av Vygotsky (1978) og innebærer at vår tenkning og forestillingsverdener kommer fra vår kultur og fra dens intellektuelle og fysiske redskaper (Dysthe, 2001, s. 83). Den sosiokulturelle læringsteorien er opptatt av et komplisert samspill mellom redskaper og den

lærende. Redskaper eller artefakter som tas i bruk i undervisningen vil være støtte i læreprosessen, til bruk for å forstå omverdenen og handle i den (Vygotsky, 1978, s. 54). Mediert læring kombinerer personer og redskaper som hjelpemidler i læringsprosessene. Samspillet og erfaringer med mennesker, språk og fysiske ressurser som er til rådighet, og tas i bruk, vil danne rammen for læring. Teknologiske funksjonaliteter er eksempler på medierende artefakter som er laget for å løse problemer, gi informasjon etc. (Säljö, 2001, s. 31).

Artefakter eller redskaper kan forstås som produkter med menneskelig tenkning og innsikt innebygd. De er dermed ikke å forstå som bare døde objekter, men det er ting som vi samspiller med når vi handler eller tenker. Säljö eksemplifiserer dette samspillet, ved å vise til hvordan en kikkert med infrarødt lys lar oss se det som vi ikke kan se med blotte øyet om natten, et mikroskop som forstørrer og gjør mikroorganismer visuelt sansbare, og hvordan vanlige briller gjør det mulig å lese en tekst (Säljö, 2001, s. 83). På samme måte vil VR-brillene gi tilgang til en annen verden, hvor egne tanker og forestillinger kommer i kontakt med omverdenen via artefaktet. VR-brillene og intensjonen til de som har laget filmen vil påvirke de som bruker brillene, og den som bruker artefaktet vil tolke opplevelse i lys av kulturen, kunnskapen og erfaringsbakgrunnen (Säljö, 2001, s. 82-84)

#### 3.5.4 Språket som redskap, refleksjon og breakdown

Dialog og samspill mellom mennesker, der språk og kommunikasjon er sentralt, utgjør viktige elementer i menneskers læringsprosesser. Språket er særlig sentralt i læringsprosessen, og betegnes som menneskets aller viktigste medierende redskap, som et «kraftfullt redskap i samspill med omverdenen» (Säljö, 2001, s. 84-85). Roger Säljö skriver slik om språkets betydning for mediering, interaksjon og lagring av erfaringer, på både kollektivt og individuelt nivå: «Det gir oss mulighet til å dele erfaringer med andre mennesker» og «språket er dermed et svært praktisk redskap i menneskelige prosjekter, og det hjelper oss til å gjøre både direkte og indirekte erfaringer» (Säljö, 2001, s. 238). I et sosiokulturelt perspektiv vil menneskene ønske å dele nye erfaringer og tanker for å skape mening og for å bidra til en felles ramme for praksis (Wenger, 2012, s. 140-148). Vygotsky var opptatt av hvordan individenes semiotiske formidling farges av holdninger og verdier, som igjen påvirker hvordan budskapet blir oppfattet i praksisfelleskapet (Säljö, 2001, s. 88). En annen interessant side ved språket er hvordan språklige uttrykk medierer verden for oss. Det å ha tilgang på språklige kategorier som gjør at en kan delta i et sosialt samspill vil også være med å forme måten å tenke på. Eksempelvis vil det å kunne « snakke » fag og bruke faglige begreper

sammen med kollegaer i arbeidsfellesskapet ha betydning for faglig utvikling for den enkelte. Ved følelsesmessige opplevelser vil også den språklig fremstilling være den mest vanlige måten å for mediering, selv om fortelling av opplevelser ikke vil være fullstendig (Säljö, 2001, s. 89).

I utdanningene vil det være lærernes ansvar å introdusere redskaper og undervisningsopplegg som bidrar til læring gjennom dialog og samspill. Språket som redskap vil ha særlig betydning i dialogene og samspillene. Psykologen Donald A. Schön beskriver refleksjon som læringsprosesser som foregår løpende i handlingene og refleksjon over handling. Refleksjon over handling vil foregå kortere eller lengre tid etter at handlingen er skjedd. Det vil være å hente fram erfaringer og opplevelser som har skjedd. En refleksjon som skjer i ettertid, kan være relatert til en opplevelse eller en hendelse. En tidsforskyvning fra det skjedde til refleksjonen foregår kan gi mulighet og tid til å tenke etter og sette ord på det man opplevde. Det skjer gjerne i et samspill med de som var i situasjonen eller andre. Det vil ikke nødvendigvis handle om at det var noe nytt som skjedde, men det vil fungere som en ettertenksomhet på noe som har skjedd og som har et element av «kognitiv dissonans» (Illeris, 2015, s. 89). En refleksjon i handling eller en løpende refleksjon skjer gjerne når det er noe eller noen i situasjonen som har trigget til en refleksjon. Noen som utfordret, opprøret eller skapte frustrasjon og irritasjon.

I et forskningsprosjekt som omhandlet utvikling av digital kompetanse i forhold til profesjonell utvikling av lærere ble det prøvd ut en ny didaktikkmodell (Krumsvik, Westrheim, Sunde, Langørgen 2012, s.107). Et sentralt spørsmål var knyttet til hvordan læringsprosessene kunne lede til økt refleksjon. Den digitale didaktikkmodellen spilte en rolle som trigger, men også innspill fra studenter, kollegaer og videoopptak trigget refleksjonen. I prosjektet brukes begrepet «breakdown» som trigger for refleksjon (Krumsvik et al, 2012, s. 109). Begrepet er fra Pelle Ehn og han beskriver breakdown som forstyrrelser eller «mulighetsøyeblikk» (moment of contingency). Breakdown innebærer at vi stopper opp og reflekterer. Det kan bety at det er et problem som må løses, eller det kan handle om «å bli oppmerksom på noe nytt», som kan sammenlignes med «critical incidents», der spesielle hendelser fører til en heving av refleksjonsintensiteten (Krumsvik et al, 2012, s. 110). Det vil være noe som ofte oppstår i et spenningsfelt mellom den tause kunnskapen og det eksplisitte.

### 3.5.5 Praksisfellesskap

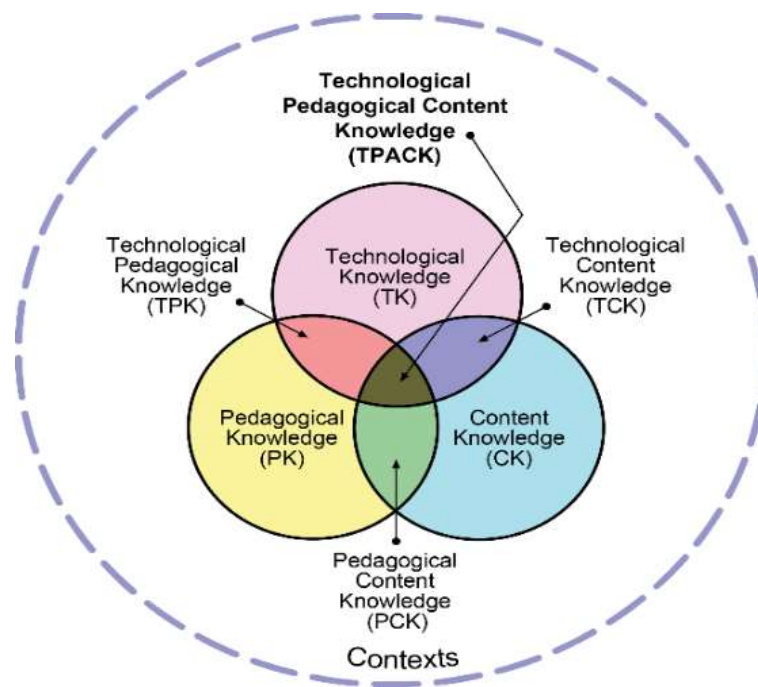
I et sosiokulturelt perspektiv på utvikling og læring er det fokus på at læringsprosesser igangsettes i relasjoner mellom mennesker. Mennesker lærer gjennom å delta i diskurser og

ulike praksisfelleskap, og læringen er grunnleggende sosial fordi interaksjon med andre i læringsmiljøet er avgjørende for hva en lærer og hvordan en lærer. Det er gjennom deltagelse i ulike diskurssamfunn at man omgjør ideer, teorier og begreper til sine egne, i et forsøk på å skape mening (Dysthe, 2001, s. 48). Læring som deltagelse i praksisfelleskap beskrives i boka «Situated learning» som Lave og Wenger ga ut i 1991. Vygotsky beskriver læring som et sosialt fenomen, noe som foregår overalt og alltid. Lave og Wenger skriver at det skjer primært gjennom deltagelse i praksisfelleskap, der det viktigste er å handle, ikke snakke om det. Språket fungerer mer som et redskap for å delta og handle, og ikke som et redskap for å reflektere over det en har gjort. Wengers «praksisfellesskap» er ikke det samme som en gruppe, team eller et nettverk. Praksisfellesskapet er kjennetegnet ved at medlemmene har et gjensidig engasjement, at det er en felles virksomhet og et felles repertoar (Wenger, 2004 s 90). Et gjensidig engasjement skapes på grunn av involvering i de samme oppgaver og handlingsrepertoar, for eksempel utføres ting på bakgrunn av rutiner og felles måter ting skal gjøres på. Å være engasjert i en felles oppgave, interagere med hverandre og ha et felles språk vil i denne forståelsen av praksisfelleskap være et godt utgangspunkt for læring. Å delta aktivt og bidra inn i praksisfellesskapet vil ha betydning for læringen. Ett annet av kjennetegnene ved praksisfellesskapene er at medlemmene i fellesskapet har et felles repertoar og en felles virksomhet. Det betyr at de har en felles forståelse av hvordan arbeidet skal utføres, og de har utviklet et felles språk og en felles historie som gir referansepunkter (Wenger, 2004, s 90). Når ett av medlemmene i et praksisfelleskap tilegner seg ny kunnskap vil det ikke alltid være like lett å formidle dette til de andre medlemmene i praksisfellesskapet. Gjennomslagskraften vil henge sammen med medlemmets posisjon i praksisfellesskapet. Dersom flere eller alle medlemmene i et praksisfelleskap tilegner seg ny kunnskap er det en stor mulighet for at denne kan omformes til en ny praksishistorie – en ny viten – og derigjennom en endret praksis. Et lærende praksisfellesskap har engasjement og fantasi som sammen fører til en reflekterende praksis (Wenger, 2004, s. 245).

### 3.5.6 Profesjonsfaglig digital kompetent lærer

Når teknologi skal tas i bruk i læringsøyemed forutsetter det at det er gjort didaktiske vurderinger. Det må blant annet gjøres vurderinger omkring læringsutbytte, hvilke teknologiske kunnskaper kreves og hva slags utstyr har man til rådighet. Det finnes flere modeller, rammeverk og litteratur som forsøker å definere og beskrive hva det vil si å være en profesjonsfaglig digital kompetent lærer og en av de mest kjente modellene som beskriver lærerens kompetanse er Mishra og Koehler sin TPACK-modell fra 2006 (Mishra, Koehler

2006, s. 1024). Akronymet TPACK står for «Technological, Pedagogical and Content Knowledge». Modellen legger vekt på at det er i overlappingen og i samspillet mellom det teknologiske, pedagogiske og lærerens faglige kunnskap at læringen foregår, men like viktig er konteksten som omslutter disse tre dimensjonene og som også vil påvirke den læringsaktiviteten det blir lagt til rette for. I det sosiokulturelle perspektivet er disse praktiske og kulturelle sammenhenger der vi er i direkte eller indirekte samspill med hverandre (Säljö, 2001, s. 107).



Figur 2. Profesjonsfaglig digital kompetent lærer. Modell TPACK etter Mishra & Koehler (Mishra, 2006, s. 1024).

Det modellen viser, i korte trekk, er at det er i overlappingene og i samspillet mellom den teknologiske, pedagogiske og faglige kunnskapen en lærer.

For å illustrere vårt læringssyn med samspill som basis har vi tegnet inn en stiplet sirkel rundt de tre dimensjonene som viser til at konteksten for læringen også vil være med å påvirke den læringsaktiviteten som blir lagt til rette for. Det kan være forkunnskap og funksjonaliteten til det digitale verktøyet, ikke minst samhandling med andre i konteksten.

### 3.6 Læringens drivkraft og følelsenes betydning

I denne delen fokuseres det spesielt på følelsenes betydning som utgangspunkt for læring gjennom flere perspektiver; psykologisk, teknologisk og læringsteoretisk.

#### 3.6.1 Følelsenes betydning

Psykologene James og Lange utviklet en teori om følelser som blant annet handler om at en følelsesmessig reaksjon alltid påvirkes av kognitive faktorer. Hvordan vi tolker og forstår det vi opplever vil alltid prege reaksjonen vår. Den kognitive påvirkningen kalles ofte en kognitiv representasjon som refererer til tidligere opplevelser og erfaringer (Håkonsen, 2014, s. 86). Vi har to systemer for følelsesmessig reaksjon, et automatisk og et bevisst. Det automatiske, ubevisste systemet er kunnskap vi har med oss uten at vi er klar over det, f.eks. at vi reagerer på en høy, uventet lyd. Det bevisste følelsessystemet er knyttet til erfaring og kunnskap vi har opparbeidet oss. Følelsene som oppstår i det bevisste følelsessystemet, vil i større grad kunne kontrolleres (Håkonsen, 2014, s. 83-84). Følelsene har stor makt over våre handlinger og vi får hjelp av følelsene i situasjoner der vi ikke kan bruke intellektet, situasjoner der vi må ta vanskelig valg raskt (Goldman, 2012, s.102). Dette kan sees i sammenheng med Kahnemans teori om system 1 og system 2, men Kahneman beskriver hvordan vi reagerer i de to systemene, hvordan vi tenker og tar beslutninger (Kahneman, 2013, s.19). Når følelser aktiveres i nye situasjoner der handlingene ikke er automatisk, kan følelsene få kraft over det kognitive og føre til en emosjonell stemning som gjør endret praksis mulig. En emosjonell aktivering beskrives til og med som nødvendig for å rokke ved en etablert praksis, fordi den kognitive oppfattelsen av det nye settes opp mot det eksisterende, og fordi den nye erkjennelsen løfter frem aspekter som tidligere ikke var løftet opp i sammenhengen. For at en endring av praksis skal skje er det avhengig av den sosiale integrasjonen. Individet trenger en sosial aksept av opplevelsen og tankesettet for å kunne gå videre med sin emosjonelle opplevelse og omsette denne til praktisk handling. Dersom følelsene ikke får utløp gjennom å fortelle om dem i praksisfellesskapet er det en sjanse for at følelsene nøytraliseres (Holzkamp-Osterkamp, 2012, s 111-113).

#### 3.6.2 Virtual reality for empatisk forståelse og læring

Når virtual reality lages for å skape forståelse for en annen person blir det et sterkt og mektig artefakt. Brukerne «blir» enn annen person så lenge de bruker brillene og filmen er laget slik

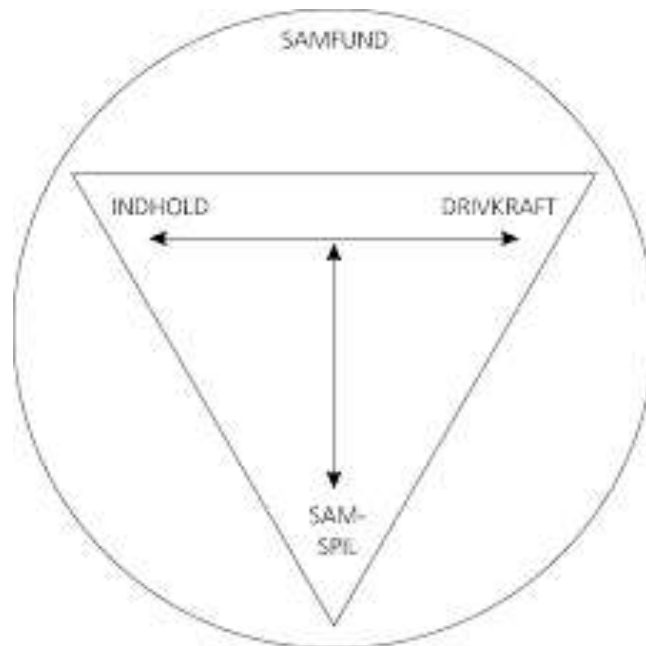
at følelser blir aktivert. Urke (Urke, 2018, s. 103) viser til Immersive journalism som handler om å lage opplevelser i virtual reality som skaper empati. Nonny de la Pena som etablerte begrepet immersive journalism var særlig opptatt av å bruke virtual reality for å etablere forståelse for politiske hendelser gjennom bruk av VR ved for eksempel å skildre fangenes opplevelser i Guantanamo (Urke, 2018, s.103)

Flere studier viser at det ikke bare er kognitive og sosiokulturelle perspektiver som er viktige for læring, de affektive opplevelsene har også betydning (Plass og Kaplan, 2016). Utviklere av digitale medier har blitt oppmerksomme på dette og bruker denne kunnskapen siden digitale medier egner seg godt for å fremkalle følelser. Plass og Kaplan (2016, s.134) viser til emosjonsforskning som viser at det affektive og det kognitive i mennesket er tett knyttet sammen i en dynamisk interaksjon. Faktisk viser forskning at følelser er svært betydningsfulle for å åpne nye perspektiver, øke forståelse og lære. I 2005 ble en læringsmodell for multimedialæring utvidet fra en ren kognitiv teori for læring til også å omfatte affektive aspekter. Denne modellen benevnes CATML, conitive –affective – theory – for multimedia – learning (Leutner, 2013, s.174). Teorien bygger på ideen om at motiverende og følelsesmessige opplevelser medierer engasjement for kognitiv læring. Leutner (2013) viser til undersøkelser med funn som tyder på at forkunnskapene til den lærende er av betydning for den affektive påvirkningen av multimedia. Dersom den lærende har lite forkunnskaper kan det se ut som om han ikke klarer å nyttiggjøre seg påvirkningen på samme måte som en som har mer forkunnskap. Dersom kunnskapen er på plass er det tegn som tyder på at en affektiv påvirkning fra multimedia kan mediere læring. Utprøvingen og forsøkene har imidlertid ikke målt konkret læringsubytte av spesifikke emosjoner eller følelser, men viser til at det er en generell positiv effekt for læring etter affektiv påvirkning. Det kan se ut til at bruk av multimedia medierer læring målt i kognitive resultater hos forsøkspersonene, men det konkluderes med at videre forskning basert på CATLM bør måles i forhold til konkrete følelsesmessige trekk og at det bør vise medieringen fra det følelsesmessige opplevelsen via det kognitive til det konkrete læringsutbytte. (Leutner, 2013, s.175).

### 3.6.3 Læringens tre dimensjoner

I den konstruktivistiske læringsteorien, som er den mest sentrale læringsforståelsen fra Piaget-tradisjonen er læring en aktiv prosess i det den som lærer mottar informasjon, tolker den og knytter den sammen med det man vet fra før, og reorganiserer for å forstå det nye sammenlignet med tidligere kunnskap. Selv om Piaget i liten grad har vært opptatt av

følelsesmessige forhold, har han skrevet om det affektive og kognitive som to aspekter ved læringen. Det kognitive og det affektive fungerer begge på samme dynamiske måte og de er gjensidig avhengige (Illeris, 2012, s.103). Dette kan forstås ut ifra modellen til Illeris som viser forholdet mellom det innholdsmessige og det drivkraftsmessige.



Figur 3. Læringens tre dimensjoner (Illeris 2015, s. 41).

En forståelse av læring som en individuell tilegnelse og som en biologisk prosess i hjernen uavhengig av kontekst og samspill med omgivelser, fremstår som motsatsen til læringsforståelsen i det sosialkulturelle perspektivet, men i sin modell om læringens tre dimensjoner kan vi se at læringsteoretiker Knud Illeris viser sammenhenger mellom den individuelle læringstilegnelsen, samspillet med noe eller noen, og påvirkning fra omgivelsene og samfunnet (Illeris, 2015, s. 41). Modellen går utenfor de klassiske skillene mellom læringsteoriene og klarer dermed å knytte det fornufts- og innholdsmessige sammen med det individuelle følelsesmessige og relasjonelle. Inne i trekanten foregår den individuelle tilegnelsen langs den horisontale linjen og her inkluderes både læringsinnhold og motivasjon, som til sammen er en av dimensjonene.

Innholdet omfatter det som skal læres; kunnskaper, ferdigheter eller holdninger, mens drivkraftdimensjonen er følelser, motivasjon eller vilje som gir den mentale energien som skal til for at læring skjer. Læringen vil alltid foregå i et samspill med noe eller noen, og det er den andre dimensjonen og den vertikale linjen. Samfunnet rundt er den tredje dimensjonen, som er



de ytre impulser og påvirkninger. I individet foregår det en tilegnelse av lærestoffet som er avhengig av de impulser og påvirkninger som gis fra omgivelsene.

#### 3.6.4 Erfaringslæring

Erfaringslæring forstås som et helhetlig begrep som tar opp i seg alle tre læringsdimensjonene i modellen. Den innholdsmessige siden må ha betydning for den lærende, og betydningen skaper motivasjon og følelsesmessig engasjement for læringen. Endelig har samspillsdimensjonen den effekt at læringen går utover en selv. På denne måten vil læringen ha betydning også for det samfunnet en er en del av, for eksempel pasienter og kollegaer på en sykehjemsavdeling. I følge Dewey skal erfaring som læring kjennetegnes av to ytterligere kriterier; kontinuitet og samspill. Kontinuiteten viser til en prosess hvor erfaringen ikke står alene, men henger sammen med andre tidligere og mulige senere erfaringer. Når det gjelder samspillet må den lærende inngå som subjekt i situasjonen og være engasjert. Erfaringen skal være i en sosial sammenheng og påvirkningene fra omgivelsene der samspillet foregår skal være av en slik karakter at de er relevante eller «eksemplariske» (Illeris, 2012, s.150).

#### 3.6.5 Transformativ læring

For voksne med skole og yrkeserfaring i bagasjen vil nye opplevelser i stor grad bli tilpasset deres eksisterende mentale skjema eller etablerte forståelsesgrunnlag. Det vil som regel foregå som en assimileringssprosess ved at ny kunnskap blir tilpasset den lærendes eksisterende skjema. Dersom det kommer til ny kunnskap vil den kunne utfordre og revidere den etablerte forståelsen og føre til endrede handlinger, som referer til en transformativ læringsprosess (Illeris, 2012 s. 66). Transformasjonen vil kunne ha en sterk affektiv dimensjon, siden det nye kan virke truende og skremmende sammenlignet med det allerede etablerte og det kan vedrøre identiteten og selvforståelsen til den som lærer (Illeris, 2012, s.69). Begrepet «transformativ læring» ble skapt av sosiologen Jack Mezirow som jobbet med voksenutdanning og var inspirert av Freire og Habermas. Mezirow løfter frem refleksjon som viktig i voksnes læring. Han støtter seg til Boud, Keogh og Walkers definisjon av refleksjon: «en felles betegnelse for de intellektuelle og følelsesmessige aktiviteter som individet betjener seg av for å utforske deres opplevelser med henblikk på nye forståelser og vurderinger» (Mezirow, 2012, s. 160) Ifølge denne definisjonen anvendes både kognitive og affektive funksjoner i refleksjon.

Reflekterende handlinger er basert på en kritisk vurdering av praksis, med grunnlag i tidligere læring. Det kreves at man stopper opp og tenker igjennom hva man gjorde feil, eventuelt hva man gjorde bra. Dette sikrer utvikling og man unngår handlinger som er automatiske (Mezirow, 2012, s.161) Stephen Brookfield samarbeidet med Mezirow, men har en litt annen tilnærming. Han poengterer at kritisk refleksjon er nødvendig for å transformere læring, men samtidig er det viktig å påpeke at kritisk refleksjon ikke alltid fører til endring i meningsskjemaene og derav endret praksis. Brookfield sier at kritisk refleksjon skiller seg fra vanlig refleksjon ved følgende punkter:

- at de antagelsene som er utfordrende blir identifisert
- at betydningen av sammenhengene utfordres
- at antagelsene og sammenhengene fører til en refleksiv skepsis

Brookfield var spesielt opptatt av å få til kritisk refleksjon i voksenundervisning gjennom å problematisere egne og andres antagelser og begrunnelser (Illeris, 2015 s. 87).

Voksne mennesker har med seg kunnskaper og erfaringer fra utdanninger, arbeid og levd liv. Illeris (2012) forklarer erfaringer som en «*direkte, personlig erkendelse af, og det er noget helt andet end det indirekte forhold der er tale om når man har lært noget i skolen, læst det i en bog eller set det i fjernsynet.*» Det er derfor av stor betydning å ta utgangspunkt i de voksnes erfaringsbaserte og kunnskapsbaserte kompetanse i undervisning. Når voksne skal lære er det av stor betydning at de forstår meningen bak det de lærer og at de ser at det meningsfullt og anvendbart (Illeris, 2012, s. 575). Evne til kritisk refleksjon er en av flere kognitive ferdigheter som først er mulig som voksen når hjernen er fullt utviklet.

## 4.0 Metode

Det å være to masterstudenter som gjennomfører en studie og skriver en masteroppgave sammen, var gjennomtenkt og grundig vurdert på forhånd. I løpet av masterutdanningen har vi produsert tre oppgaver før arbeidet med masteroppgaven startet, og vi har skrevet to av disse sammen så det var et godt grunnlag for beslutningen om også å skrive masteroppgaven i tospann. Utgangspunktet for ønsket om å skrive masteroppgave sammen var at vi hadde meget gode erfaringer fra tidligere samarbeid, vi utfyller hverandre godt og liker godt å ha en annen å drøfte faglige spørsmål med. I hele prosessen fra planlegging av undersøkelsen, gjennomføring, analyse av datamaterialet og drøftingen har vi hatt tett samarbeid, fysisk og etter hvert via digitale plattformer og telefon da koronapandemien førte til at fysisk kontakt ikke var mulig. Vi har begge jobbet i alle deler av den skriftlige oppgaven slik at vi har et felles eierskap til innholdet. Det var nødvendig for oss begge. Når en har startet et kapittel har den andre endret, flyttet på noe eller reformulert og på den måten har vi begge satt vårt preg på masteroppgaven som en helhet.

### 4.1 Valg av metode

Siden vi ønsket å få svar på hvordan bruk av VR- brillene kunne virke inn på helsearbeidernes forståelse av å ta pasientens perspektiv, var det nærliggende å velge et eksperimentelt design. Vi valgte en kvantitativ tilnærming i gjennomføringen og utarbeidet et spørreskjema til deltagerne som de skulle besvare før og etter at de hadde brukt VR- brillene, pre- og posttest. På den måten kunne vi inkludere flere deltagere, og vi ville få en formening om det var forskjell i deltageres vurderinger før og etter intervensjonen. Utprøvingen av VR-brillene var den eksperimentelle faktoren i prosjektet og deltagerens casevurderinger før og etter utprøvingen var sammenligningsgrunnlaget. Å gjøre sammenligning med en kontrollgruppe som ikke skulle bruke VR-brillene på intervensjonstidspunktet var også planlagt, men dette falt vekk allerede ved pretesten, fordi flere av deltagerne meldte avbud på kort varsel. Det var praktisk umulig å få på plass nye deltagere på så kort tid og eksperimentet fortsatte videre uten kontrollgruppe. På grunn av frafallet ble flere helsearbeidere invitert til å være med i eksperimentet, ut ifra kunnskapen om at et høyere antall deltagere ville gi høyere ytre validitet (Ringdal, 2018, side 136). Eksperimentet ble gjennomført på arbeidsplassen til deltagerne, som fikk avsatt tid til å delta i undersøkelsen i sin vanlige arbeidsdag.

For å få tilgang til materiale som vi kunne trenge dypere ned i enn svarene fra spørreskjemaene, valgte vi å også gjøre en kvalitativ tilnærming. Gjennom analyse av et åpent spørsmål i spørreskjemaet om deltagerens opplevelse av å bruke VR- brillene, og intervju med noen av deltagerne ville vi få en mulighet til å utvide vår forståelse av hvordan deltagerne setter seg inn i pasientens situasjon. Det åpne spørsmålet ble besvart rett etter at deltagerne hadde brukt VR-brillene, med den hensikt å få kunnskap om den umiddelbare opplevelsen. Vi gjennomførte intervjuene noen uker etter utprøvingen av VR- briller for å høre mer om betydningen av opplevelsen for deltagerne og deres praksis. I intervjuet ønsket vi også å vite mer om hvordan pasientens perspektiv er inkludert ved valg av tiltak i samhandling.

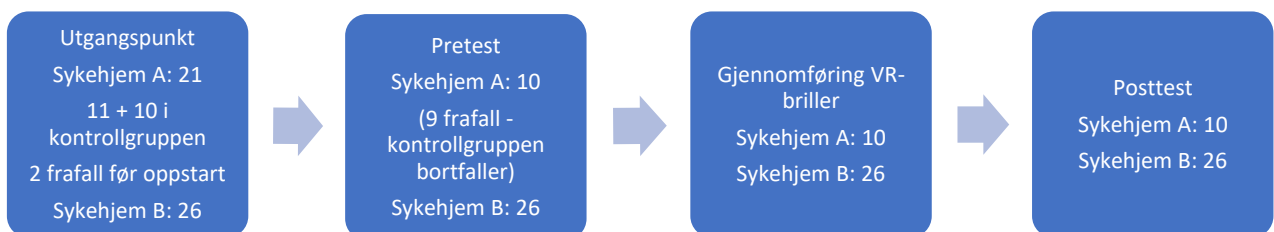
Målet med å velge dette forskningsdesignet var å frembringe ny kunnskap om å ta i bruk VR-briller som medierende artefakt for å ta pasientens perspektiv. Ved å benytte metodetriangulering ville vi få en bredde og en dybde som vi tenkte var viktig for å kunne svare på spørsmålet om VR-brillene fremmer evnen til å ta pasientens perspektiv. Siktemålet var å få frem både de kvantitative og de kvalitative sidene ved det fenomenet vi utforsket (Halvorsen, 2008, side 150).

#### 4.2 Utvalg, deltagere og rammer

Deltagerne i vårt eksperiment ble rekruttert fra to sykehjem for personer med demens (sykehjem A og B). Sykehjemmene var plassert i hver sin kommune og de var på omtrent samme størrelse, med cirka 90 pasienter og 10 avdelinger hver. Siden alle deltagerne jobbet i avdelinger for personer med demens var det forventet at handlingene og utsagnene som de skulle vurdere i spørreundersøkelsen var gjenkjennelige. Alle som ble inkludert hadde helsefaglig utdanning som helsefagarbeider, sykepleiere eller vernepleiere. Ifølge Halvorsen (2008, side 156) vil størrelsen på utvalget være avhengig av hvor like forutsetninger det er i gruppen som skal undersøkes, og vi hadde estimert et utvalg på minimum 20 deltagere, fordelt på henholdsvis eksperimentgruppe og kontrollgruppe. Med hjelp fra ledere og fagsykepleier ble det rekruttert 21 deltagere fra sykehjem A. Disse ble orientert om at halvparten ville bli trukket ut til å være i kontrollgruppe og at utprøvingen av VR-brillene ville komme på et litt senere tidspunkt. Utvalget til henholdsvis kontrollgruppen og eksperimentgruppen ble gjort ved trekning. I et ekte eksperiment er randomisering eller tilfeldig fordeling av deltagerne på eksperimentgruppe og kontrollgruppe det fremste

kjennetegnet (Ringdal, 2018, side 132). Vi gjorde en tilfeldig fordeling av deltagerne på de to gruppene, men hadde ikke kontrollert for andre variabler.

Allerede før de første spørreskjemaene (pretest) ble distribuert meldte to personer fra at de måtte trekke seg, og i forbindelse med pretesten ble det frafall av 9 informanter. Vi måtte innse at det ble for få deltagere til å gå videre med både kontrollgruppe og eksperimentgruppe. Prosjektets eksperimentelle design ble revidert til et eksperiment med målepunkter før og etter en intervensjon, uten kontrollgruppe. Med 10 deltagere til eksperimentet fra sykehjem A ble utvalget mindre enn det vi hadde lagt opp til og det ble derfor behov for å rekruttere flere deltagere. For å sikre tilstrekkelig med deltagere ble ny rekruttering gjort fra et annet sykehjem, sykehjem B. De fikk samme informasjon om prosjektet som deltagerne ved sykehjem A, men informasjon om kontrollgruppen utgikk. I sykehjem B ble alle deltagerne invitert til å prøve VR-briller for å få størst mulig datamateriale. I sykehjem B var det stor interesse for å delta og alle 26 som meldte seg ble lagt til eksperimentgruppen, som fra før talte 10 deltagere. Prosjektet hadde nå til sammen 36 deltagere.



Figur 4. Antall deltagere i eksperimentet

Variabler som kjønn, stilling og arbeidsområde ble registrert for alle deltagerne, mens andre variabler som for eksempel arbeidserfaring, videreutdanning og tidligere erfaring med bruk av VR-briller ble ikke registrert. Vi hadde en overrepresentasjon av kvinner og dette gjenspeiler virkeligheten i sykehjemmene. Det var 21 helsefagarbeidere, og 15 sykepleiere og vernepleiere. Slik vi kjenner utdanningene til helsefagarbeidere og til de bachelorutdannede er det liten forskjell i grunnutdanningene når det gjelder temaet demens. Så kan det være noen som har en videreutdanning, men dette har vi altså ikke kartlagt. Vi har mange ukjente variabler kan dette påvirke den indre validiteten, samtidig er dette en sammensetning som gjenspeiler virkeligheten (Ringdal, 2018 s 137-138).

Alle deltagerne som hadde deltatt i eksperimentet ble bedt om å krysse av for om de kunne bli kontaktet for å delta i en oppfølging av prosjektet. Det var 21 som hadde krysset for at de kunne stille til intervju, om det var ønskelig. I tillegg til dette ble deltagerne valgt ut til intervju på bakgrunn av at de representerte både sykehjem A og B, samt var utdannet helsefagarbeidere. Det var ønskelig først og fremst å intervju de helsearbeiderne som hadde den yrkesfaglige utdanningen, da det er målgruppen i fagskolen hvor det også er aktuelt å finne flere læremåter som kan fremme det å ta personenes perspektiv. Det ble gjennomført intervju med åtte helsefagarbeidere, to fra sykehjem A og seks fra sykehjem B. Det ble vurdert at de åtte intervjupersonene ville gi oss varierte og interessante perspektiver.

### 4.3 Forberedende arbeid

Før dataene skulle samles inn hadde vi et møte med ledergruppen på hvert av sykehjemmene. Det ble gitt muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet. Møtet hadde dialogform og noen mindre justeringer ble gjort i informasjonsbrevet som ble distribuert for å rekruttere deltagerne til prosjektet. Informasjonsbrevet innledet med en kort beskrivelse om at hensikten med prosjektet var å finne ut av om VR-briller kunne være et middel for å fremme evnen til å ta pasientens perspektiv. Videre var det informasjon om hva de måtte gjøre som deltagere i prosjektet, og at deltagelse var frivillig og kunne avsluttes når som helst (vedlegg nr.1). Invitasjonen og informasjonen ble videreformidlet til alle helsefagarbeidere og sykepleiere på epost eller pr brev. På sykehjem B ble invitasjonen også delt på sykehjemmets egen Facebook gruppe.

Det ble skrevet i brevet at de som var interessert i å delta skulle kontakte prosjektlederne via e-post, men det viste seg imidlertid at lederne hadde bedt om at de ansatte skulle melde sin interesse til dem. Bestemmelser om tid og sted for gjennomføring ble gjort i samarbeid med sykehjemmets ledelse. På sykehjem A samarbeidet vi også med en koordinator.

Avtaler med de åtte deltagere som var valgt ut til intervju skjedde direkte via epost og tekstmelding, uavhengig av ledere eller koordinator. I eposten stod det at hensikten med intervjuet var å få høre deres refleksjoner om det å ta pasientens perspektiv, men også at vi ville høre mer om deres opplevelse av å bruke VR-briller.

### 4.3.1 Utvikling av spørreskjema

I den første delen av prosjektet ønsket vi å samle inn data samlet før og etter bruk av VR-brillene (pre- og posttest). I planleggingen av datainnsamlingen ble det vurdert å ta i bruk det validerte skjemaet Person-centred Practice Inventory – Staff (PCPI-S) som i 2018 var blitt oversatt fra engelsk til norsk og tilpasset norske forhold. Dette instrumentet var utviklet med tanke på å måle personsentrert omsorg i helse- og omsorgstjenesten og hadde blitt prøvd ut en gang tidligere på 258 norske helsearbeidere (Bing-Jonsson, Slater, McCormack, Fagerström, 2018). Skjemaet viste seg å være for omfattende for vår testing før og etter bruk av VR-brillene. Vi skulle måle personsentrert omsorg, men bare koblet til kun en av de fem indikatorene i VIPS -rammeverket. Bruk av dette skjemaet ville derfor påvirket validiteten negativt, fordi vi da ville ha etterspurt og målt langt mer enn det som undersøkelsen hadde til hensikt å undersøke, og PCPI-S ble derfor valgt bort. Vi valgte i stedet å utforme et spørreskjema med casebeskrivelser der deltagerne skulle vurdere dagligdagse situasjoner som skjer i sykehjem for personer med demens. Ved å bruke vurderingsspørsmål ville vi få data som kunne si oss noe om deltagerne oppfattet de valgte reaksjonene i situasjonene som gode eller dårlige (Jacobsen, 2013, s.243). Dersom VR-brillene fremmet deltagerens forståelse av det å sette seg i pasientens sted forventet vi å se en endring i scoringene fra første til andre målepunkt.

Likert-skala egner seg godt for å måle nyanser og holdningsspørsmål, og det ble brukt fem rangerte svaralternativer fra «dårlig reaksjon» til «meget god reaksjon» i positiv retning og med et nøytralt trinn i midten «vanskelig å vurdere». Det ble brukt likelydende faste svaralternativer på alle spørsmålene for å kunne se etter likheter og variasjoner (Johannessen, Tufte, Christoffersen, 2010, s. 259). For å gi deltagerne mulighet til å nyansere vurderingene sine ble det valgt fem svaralternativer. Selv om en skala med fem alternativer regnes som en grov skala, vil en enda mer inndelt skala med mange verdier resultere i at de som skal score mister oversikten (Grønmo, 2004 s 205-206). Fem alternativer vil allikevel være et minimum av det som er anbefalt (Johannessen et al, 2016, s. 273).

Ved å bruke en skala som er stigende og synkende vil vi også kunne svare på om det er noen bevegelse i positiv eller negativ retning etter at deltagerne har fått bruke VR- briller.

Det ble brukt et elektronisk spørreskjema som ble utformet på Questback.

Vi samarbeidet med to tidligere studenter ved vår fagskole, samt med to fagfeller som vurderte casene ut ifra om de var gjenkjennelige og forståelige. Alle ga tilbakemelding på at

de godt kunne kjenne seg igjen i historiene fra egen praksis. Det kom tilbakemeldinger om at noen av casene var så innholdsmettet at det ble vanskelig å gi en vurdering umiddelbart. For bedre å sikre at scoringene skulle bli satt på bakgrunn av det som står i casene, ble omfanget og innholdet i dem redusert.

Situasjonene var hentet fra vår egen praksis og inspirert av faglitteratur med beskrevne praksiseksempler (Brooker, 2013, Rokstad, 2014). Deltagerne i prosjektet skulle vurdere reaksjonen eller utsagnet fra pleierne i casen. Handlingene var differensiert etter Carkhuff skala som angir nivåer av empati (Carkhuff, 1968). Det betyr at handlingene eller reaksjonene representerte ulike grader av empati, fra lavt empatisk nivå til høyt empatisk nivå.

Graderingen eller nivået ble utformet i henhold til beskrivelsene i Carkhuffs skala for empati. Skalaen er et anbefalt verktøy som er tidligere brukt og anbefalt for forskning som omhandler empati og empatisk forståelse (Nerdrum, 2000, s. 20). Å velge en skala som er validert, Carkhuffs skala for empati, var viktig for å vite at vi differensierte empati i de ulike casene på en forskningsmessig anerkjent måte. Nivåene i skalaen er oversatt fra engelsk i samarbeid med professor Per Nerdrum. Nerdrum er psykologspesialist og har gjort et doktorgradsarbeid på å lage programmer for å utvikle empati hos sosialarbeidere basert på Carkhuff skala; «Training of empathic communication for helping professionals» (Nerdrum, 2000). I dette treningsprogrammet var minimumsnivået for empatisk kommunikasjon satt til nivå 3, det vil si at verdiene under 3 ble betegnet som lav empati. Dette er beskrevet av Carkhuff og det er viktig å poengtere at der det scores under 3 kan hjelperen ha gode intensjoner, men hans oppmerksomhet er ikke primært rettet mot pasientens ønsker eller behov (Nerdrum, 2000, s.19). Carkhuffs skala beskriver nivåene av empati på denne måten:

- |        |  |
|--------|--|
| Nivå 1 | Hjelperen gjør alt bortsett fra å gi uttrykk for at han lytter, forstår eller er følsom for selv de mest tydelige/ åpenbare følelsene hos hjelpemottakeren, på en måte som tydelig nedvurderer det hjelpemottakeren kommuniserer   |
| Nivå 2 | Hjelperen kan uttrykke noe bevissthet for åpenbare, overflatiske følelser hos hjelpemottakeren, men hans kommunikasjon tar bort noe av følelsene og fordreier nivået av mening. Oppsummert har hjelperen tendens til å respondere på annet enn hva hjelpemottakeren uttrykker eller antyder. |



Nivå 3	Hjelperen responderer på en måte som verken trekker fra eller legger til det hjelpemottakeren uttrykker. Han responderer ikke på nøyaktig hva personen virkelig føler under de overflatiske følelsene, men han uttrykker vilje og åpenhet for å gjøre det. Nivå 3 utgjør minimumsnivået for å muliggjøre mellommenneskelig fungering
Nivå 4	Hjelperens respons legger dypere følelser og mening til det hjelpemottakeren uttrykker
Nivå 5	Hjelperen responderer med full bevissthet på hvem den andre personen er med en helhetlig og nøyaktig empatisk forståelse av individets dypeste følelser

Figur 5. Carkhuffs skala for empatinivå (Carkhuff, 1968).

Casene ble utformet som handlinger med differensiert empatinivå, i henhold til Carkhuffs skala. Noen situasjoner var utformet slik at handlingene indikerte høy grad av empati og andre representerte det motsatte.

Situasjonene eller casebeskrivelsene som alle avslutter med en handling eller reaksjon hadde noe ulik karakter, men det var lagt vekt på at de innholdsmessig kunne gjenkjennes som mer eller mindre personsentrert omsorg. VIPS-rammeverket som er et anerkjent og gyldig rammeverk for personsentrert omsorg (Brooker 2013) ble lagt til grunn ved utformingen av casene:

V	Et verdigrunnlag som anerkjenner menneskets absolutte verdi uavhengig av alder eller kognitiv funksjon
I	En individuell tilnærming som vektlegger det unike hos hvert enkelt menneske
P	Evnen til å forstå verden, sett fra personens perspektiv
S	Etablering av et støttende sosialt miljø som dekker personens sosiale behov

Figur 6. VIPS-rammeverket (Brooker 2013 s. 9).

Av elementene i VIPS rammeverket var det «evnen til å forstå verden, sett fra pasientensperspektiv» (P) som var særlig aktuelt. I rammeverket er det utformet seks hjelpespørsmål eller indikator, som er ment å kunne hjelpe til å vurdere om praksis er i tråd med personsentrert omsorg. Vi brukte hjelpespørsmålene som kriterier for valg av innhold og handlinger i casene. De seks indikatorene for hovedelement P i VIPS vises i listen under:

P1	Kommunikasjon med brukerne. Blir brukerne spurt daglig om hva de foretrekker, om de samtykker og om hvilke synspunkter de har?
P2	Empati og risikovurdering. Viser de ansatte evne til å sette seg inn i situasjonen til personen de har omsorg for, og til å ta beslutninger ut ifra hans eller hennes ståsted?
P3	Fysisk miljø. Reguleres det fysiske miljøet (f.eks. støy, temperatur) daglig, slik at personene med demens føler seg trygg?
P4	Fysisk helse: Ivaretas de fysiske behovene til personer med demens (f.eks. smerteutredning, problemer med syn og hørsel)?
P5	Utfordrende atferd som kommunikasjon. Analyseres utfordrende atferd for å finne bakenforliggende årsaker?
P6	Talsperson. Hvordan ivaretas rettighetene til en person med demens som har en atferd som går ut over sikkerheten og trivselen til andre?

Figur 7. P-indikatorer i VIPS-rammeverket (Brooker 2013, s. 105-111).

De 15 casene i tabellen under er blitt utviklet av oss på bakgrunn av egne erfaringer og kunnskap, men også i forhold til indikatorer fra VIPS-rammeverket. Reaksjonene og pleieratferden avslutningsvis i casene er tilpasset ulike nivåer i Carkhuffs skala. Tabellen viser casebeskrivelsene og tilhørighet til de ulike P-indikatorene fra VIPS-rammeverket og til empatinivå i Carkhuffs empatiskala:

Nr	P - indikatorer	Carkhuff Nivå	Casebeskrivelser
1	P5 Utfordrende atferd som kommunikasjon	1-2	Du og din kollega er opptatt med å rydde opp etter middagen da du plutselig hører bråk fra gangen. Det er Olav som river og røsker i utgangsdøra. Denne er stengt fordi det er fattet vedtak om tilbakeholdelse for en annen pasient. Du velger å gå rolig bort til Olav og si: «Kom her, Olav – så skal du få kaffe!»
2	P5 Utfordrende atferd som kommunikasjon	4-5	Unni endrer plutselig atferd. Hun roper mye, og vil ikke være alene – hun klynger seg til pleierne som er i nærheten av henne. Kollegaen din ivrer for at hun bør flytte til forsterket skjermet enhet, men du sier til din leder: «Vi må finne mer ut av dette. Kanskje er det er noe som plager henne?»
3	P2 Empati og risikovurdering	4-5	Kjell trenger hjelp til stell, men da du kommer til han en dag ser han lei ut og sier: «Jeg vil ikke at du skal komme – du er så hardhendt! De andre er flinkere!». Du sier: «Jeg opplever at du er opprørt i dag! La oss prate litt før stellet så jeg kan få vite litt mer om hvordan jeg også kan gjøre det godt for deg»
4	P3 Fysisk miljø	3	Stuen er bitteliten og fungerer dårlig som samlingsplass. Det er vanskelig å få etablert ro i stuen, og noen av kollegaene dine kommer med forslag om å utvide stuen ved å legge til naborommet, som nå brukes til pauserom for personalet. Det ordinære pauserommet ligger i nabobygningen. Saken drøftes på et personalmøte, og du sier «Størrelsen på stua har ingen vesentlig betydning for om vi klarer å skape ro hos pasientene!»
5	P3 Fysisk miljø	1-2	Ingrid får besøk av sin datter hver dag. De sitter alltid i fellesmiljøet og prater og synger med de andre pasientene. Du får et inntrykk av at noen av medpasientene synes det blir for mye kontakt, du tolker deres kroppsspråk slik. Du ber datter til Ingrid være på rommet sammen med moren, men hun blir rasende på deg. Du velger å vise til reglementet som faktisk oppfordrer pårørende til å bruke pasientrommene ved besøk.
6	P4 Fysisk helse	3	Randi er din primærpasient, hun har fått hjelp av deg i morgenstellet. Nå sitter hun på kjøkkenet i påvente av at du skal komme for å hjelpe henne med frokosten. En av dine kollegaer stopper opp og sier «God morgen, Randi», hvorpå Randi hvisker at hun må på toalettet. Du holder på å lage til frokost og får beskjed

			av din kollega om at Randi må på toalettet. Du går bort til Randi med det samme og sier: «Føler du deg urolig? Jeg er sikker på at du kan vente med å gå på toalettet til etter frokost.»
7	P5 Utfordrende atferd som kommunikasjon	4-5	Karoline er en tidligere alkoholiker som er godt kjent i lokalmiljøet. På sykehjemmet følger dette henne, og medpasienter og pårørende reagerer på å bo sammen med henne som de har holdt god avstand til tidligere. Hun banner mye og høyt, og alle som er i nærheten får noen gloser slengt etter seg. På personalmøtet ønsker de fleste at hun skal være mer på rommet sitt, men du ivrer for at Karoline skal finne seg til rette i fellesmiljøet. «Kan vi ikke prøve å sitte med henne og se om det gjør henne trygg», sier du.
8	P6 Talsperson	4-5	Harry er en naturens mann som er glad i å være ute. Han elsker snømåking. Han er fysisk sprek, og han har direkte tilgang til sansehagen fra stuen på enheten der han bor. Det er en snørik vinter og Harry er stadig ute og måker snø i hagen. Han måker med mye kraft i spadetakene og han har vanskelig for å skille på snø og busker. Noen av buskene har nå blitt mer frisert enn ønskelig. Hvorvidt Harry skal nektes å måke snø i hagen er nå blitt et diskusjonstema. Ditt innlegg i diskusjonen er at «Harry må få måke snø i hagen, vi får heller plante nye busker til våren»
9	P4 Fysisk helse	3	Geir falt og brakk lårhalsen. Han ble raskt operert og er nå tilbake på sykehjemmet. Før fallet var Geir mye i aktivitet. Han hadde fast oppgave med å sope gulvet, rake/sope ute eller måke snø, og når kona kom dro de som regel ut på en lang gåtur. Dere er opptatt av at han skal rehabiliteres tilbake til sitt funksjonsnivå før fallet, men trene kommer ikke på tale for Geir – han blir nesten sint. Du sier: «Det kan være litt tungt å komme i gang med å trene, men nå starter vi».
10	P4 Fysisk helse	3	Rita røyker mye. Hun kan ikke lenger ha sin egen lighter fordi hun ikke husker reglene for røyking, og tenner opp sigarettene overalt og til alle tidspunkter. Det har blitt enighet om at personalet skal tenne røyken for henne, og det respekterer og forstår hun. Rita er preget av mange års røyking, hun har kols og hoster mye. I dag er det svært mye å gjøre i avdelingen og samtidig er Rita ekstra røyksugen, hun kommer ustanselig og ber om fyr på røyken. Du sier til Rita: «Det blir nok en del venting på deg i dag!»

11	P1 Kommunikasjon med brukerne	1-2	Daniel har hatt et alkoholproblem i mange år. Etter at Daniel fikk demens og kom på sykehjem har han ikke spurt mye etter alkohol, og sakte, men sikkert går han nå opp i vekt og får mer energi. En kveld har han funnet et pent stettglass, og han kommer nå til deg og ber om å få litt vin. Du svarer: «Legen har sagt at du ikke får drikke alkohol!»
12	P2 Empati og risikovurdering	1-2	Turid er vanligvis veldig glad, synger og traller mye – men etter at Edith og Kari begynte å kommentere høyt alt Turid gjorde, har hun blitt stille og hun ser lei seg ut. Du går bort til Kari og Edith og sier: «Dere må forlate stua hvis dere skal kommentere alt Turid sier og gjør!»
13	P1 Kommunikasjon med brukerne	4-5	Anders har dårlig språk. Han er også en stille og rolig person, ikke særlig sosial. Han sitter mye på rommet sitt og ser ut av vinduet. Du tenker at Anders kanskje er deprimert. Du går inn til han og sier: «Hvordan har du det, Anders? Du sitter mye og ser ut av vinduet»
14	P6 Talsperson	1-2	Laila bor i avdelingen du jobber i. Laila er en stille og forsiktig dame som trives best alene på rommet sitt. Så en dag kommer eldstedatteren, Stine, på besøk. Stine tar med seg mor ut en tur og blir borte noen timer. De kommer hjem til middag. Laila ser sliten ut, hun prater lite og hun spiser også mindre enn hun pleier. Etter middagen går datteren og Laila inn på hennes rom, og kommer snart ut igjen, nå har de på seg yttertøy. «Jeg tar med mor til byen en tur», sier Stine. Du svarer: «Greit! Ha en fin tur!»
15	P6 Talsperson	3	Tore kan plutselig kle av seg for å onanere – hvor som helst. Ofte begynner han å kle av seg i fellesstua. Du respekterer Tores behov og legger til rette for at han kan være på rommet sitt for det meste.

Figur 8. Casebeskrivelsene i spørreskjemaet, basert på P-indikatoren i VIPS-rammeverket og tilpasset nivåene i Carkhuffs skala for empati.

#### 4.3.2 Utvikling av intervjuguide

I planlegging av intervjuguiden hadde vi søkelys på å få utdypende informasjon om deltagerens forståelse av å ta pasientens perspektiv. Vi ønsket å starte med en case som tidligere hadde blitt vurdert i spørreskjemaet og som gjennomgående ble besvart annerledes enn vi hadde forventet. Det skapte nysgjerrighet hos oss. I spørreskjemaet hadde deltagerne gitt sin vurdering på den reaksjonen som var beskrevet på slutten av casen, men i intervjuet

ville vi gi deltagerne mulighet til selv å velge seg sin reaksjon på den aktuelle situasjonen. Denne casen skulle være utgangspunkt for samtalen, der vi ønsket å få vite mer om begrunnelsene for den handlingen de valgte. Vi ønsket også å bli mer kjent med deres vurderinger i møte med utfordrende situasjoner i praksis. Det var viktig for oss å vite mer om deltagerens tanker om å ta pasientens perspektiv og om de hadde innspill om hvordan man kan fremme forståelsen for dette. Avslutningsvis håpet vi å få mer kunnskap om deltagerens opplevelse av å bruke VR-brillene og om dette hadde virket inn på deres praksis. Det første intervjuet planla vi som et prøveintervju for å få innspill til eventuelle justeringer i de kommende intervjuene. Når intervjuformen er uformell, vil utvikling av innhold og form kunne endres i prosessen og vi var forberedt på å være fleksible og følge informantene i deres refleksjoner (Grønmo, 2004, s. 169) (Intervjuguide vedlegg 3).

## 4.4 Innsamling av data

### 4.4.1 Spørreskjema

Spørreskjemaet ble sendt til prosjektets deltagere en uke før eksperimentet. Vi brukte Questback og sendte skjemaet til mailadressene vi fikk fra ledelsen ved sykehjemmet. Lederne hadde sagt at de ville legge til rette for at deltagerne skulle besvare spørreundersøkelsene i prosjektet i arbeidstiden.

For å sikre høy svarprosent fulgte vi med på innkomne svar via rapportene i Questback, og det ble sendt påminnelser via epost, SMS og muntlig til de som ikke hadde svart til oppsatt tidspunkt. Det var lagt inn automatiske påminnelser til deltagerne fra Questback.

Vi var begge til stede i utprøvingen av VR-brillene og minnet deltagerne om å svare på posttesten så raskt som mulig, helst i løpet av den samme dagen. Siden vi hadde et såpass lite og håndterlig utvalg ga det oss en mulighet til å følge opp tett, samtidig var utvalget såpass lite at vi hadde ingen å miste. På tross av tett oppfølging opplevde vi manglende respons fra flere deltagere av årsaker som sykdom, ferie og endret arbeidssted i sykehjem A. Dette skjedde stort sett ved oppstarten av prosjektet. I sykehjem B var det ingen frafall.

Ledelsen ved begge sykehjemmene hadde gitt grønt lys for at deltagerne skulle kunne få svare på spørreskjemaene, prøve brillene og delta i intervjuet i arbeidstiden. Noen av deltagerne hadde svart på skjemaet hjemmefra, og det kan skyldes at de ikke fikk anledning til å gjøre det i arbeidstiden, at de ønsket å gjøre det hjemmefra, hadde turnusfri etc. Det var også noen

som hadde besvart mens de var på jobb, som beklaget at det hadde blitt en del forstyrrelser og stress rundt dem da de besvarte skjemaet.

Vi hadde satt opp aktuelle dager som vi skulle komme til sykehjemmene for utprøving av brillene. På det ene sykehjemmet hadde avdelingslederne laget en oversikt med eksakte tider for hver enkelt deltager, mens på det andre stilte deltagerne opp tilfeldig innenfor det tidsrommet vi var til stede.

#### 4.4.2 Intervjuer

I forberedelsen til intervjuene gikk vi grundig gjennom intervjuguiden sammen. For å skape en tryggest mulig atmosfære i intervjusituasjonen valgte vi å gjennomføre intervjuene som en en-til-en samtale og de åtte intervjuene ble derfor fordelt oss imellom. Av samme årsak valgte vi å intervju deltagerne på deres arbeidssted, og det ble tilrettelagt for at intervjuene kunne gjennomføres i deres arbeidstid. Siden vi ikke skulle være sammen i intervjuene planla vi den innledende informasjonen godt slik at den skulle bli omtrent lik. Vi hadde også bestemt at intervjuene skulle ha en narrativ form gjennom å la deltagerne fortelle historier som underbygger deres opplevelser (Kvale, 2010, s.165)

Det første intervjuet vi gjennomførte anså vi som et prøveintervju. I dette intervjuet opplevde vi å få mange innspill på det vi ønsket svar på, og vi gjorde derfor ingen endringer i intervjuguiden. Deltagerne fortalte historier om situasjoner som de hadde vurdert i praksis. Vi kom godt igjennom intervjuguidens punkter og brukte ca 40 minutter pr intervju. I begge sykehjemmene fikk vi sitte på et avskjermet og rolig sted. Under ett intervju ble vi avbrutt av en ansatt som skulle hente noe, ellers var det gode rammer for intervjuene.

#### 4.5 Transkribering

Vi gjorde lydopptak av intervjuene med en opptaker. Flere av informantene reagerte med ubehag på dette innledningsvis, men de ga sin tillatelse til å bruke lydopptaker og så ut til å glemme opptakeren raskt. Lydopptaket var viktig for å få flere muligheter til å gjennomgå det som ble sagt, sikre at vi fikk med intervjupersonens mening, men også for å få med stemning og følelsesuttrykk, ettertenksomhet og engasjement. Bruk av lydopptaker ga oss mulighet til å gi intervjupersonene vår fulle oppmerksomhet i selve intervjusituasjonen (Kvale, 2010 s. 187) (Thagaard, 2018 s. 111-112).

Det ble benyttet en digital opptaker i transkriberingen og denne koblet vi til en fotpedal slik at vi lett kunne justere hastigheten og spole tilbake i intervjuet. Vi transkriberte de intervjuene vi selv hadde foretatt. Dette valgte vi både fordi vi ville sikre at uttrykkene vi hadde opplevd kom frem i det skriftlige materialet, men også for å bli kjent med vår egen rolle som intervjuer.

Transkriberingen var en viktig prosess, idet dialogene ble nedskrevet som vårt datamateriale for videre analyse. Vi valgte å gjengi intervjuene tilnærmet ordrett, markerte pauser i samtalen og følelsesuttrykk som latter. En intervjuperson snakket en annen dialekt enn majoriteten, og i transkriberingen ble denne gjengitt og ikke forsøkt oversatt.

Vi har lyttet til hverandres og egne intervjuer flere ganger for å få et felles inntrykk av det som kom frem i intervjuene.

## 4.6 Analyse

Analysedelen presenteres i to deler. I del 1 har vi valgt å presentere analysen av dataene fra spørreskjemaet, fra de 15 casene. Del 2 omhandler analysen av det transkriberte materialet fra intervjuene. Svarene på det åpne spørsmålet i posttesten, om hvordan deltagerne opplevde bruken av VR-brillene, blir analysert i del 2 sammen med den delen av intervjuet som dreide seg om opplevelsen av å bruke VR- brillene slik deltagerne opplevde det fire uker etterpå.

### 4.6.1 Del 1: Analyse av spørreskjemaene

Scoringene av casene på Questback før og etter VR-brillene var grunnlaget for en kvantitativ analyse. Datamaterialet er scoringer av 15 case i to omganger, av 36 deltagere. Datamaterialet er hentet fra Questback og organisert i Excel i en matrise med én rad for hver deltager (enhet) og en kolonne for hver case (variabel). I forbindelse med utformingen og klargjøringen av spørreskjema i Questback hadde det blitt angitt tallkoder svarende til hvert svaralternativ, og disse ble kodet som tallverdier i matrisen. Scoringene fra det unike spørreskjemaet til den enkelte deltager ble kodet i én rad i datamatriksen. Datamatriksen fungerte sånn sett som en forenkling og oversiktlig framstilling av det kvantitative materialet (Grønmo, 2004, s.291).

Til koding og analysearbeid ble det brukt dataprogrammet Excel. På grunn av begrenset datamengde ble bruk av automatiske dataprogrammer, som for eksempel SPSS valgt bort. Regne- og sorteringsfunksjoner i Excel var også et godt hjelpemiddel for å kvalitetssikre den



manuelle kodingen. Det ble gjort summeringer og sorteringer i matrisen med tanke for å sjekke ut om alle verdier var blitt korrekt plassert.

Casene som deltagerne hadde vurdert i to omganger utgjorde 30 variabler i matrisen, henholdsvis 15 variabler før og 15 etter intervensjonen. Svaralternativene som var brukt i undersøkelsen hadde blitt kodet med tallverdiene en til fem under klargjøringen på Questback. På bakgrunn av det hentet vi rådata med tallverdier fra 36 enheter (deltagere) x 15 + 15 variabler (case, pre- og post).

#### *4.6.1.1 Kategoriene*

Det ble brukt rangordnede svaralternativer eller kategorier i spørreskjemaet, og de var rangordnet fra en til fem. Dette ble valgt fordi et rangordnet svaralternativ ville kunne gi oss flere muligheter til å beskrive fordelingen av svarene enn om vi hadde valgt kategoriske svaralternativer som ja og nei (Jacobsen, 2013, s.311).

Siden den midterste kategorien «Vanskelig å vurdere» representerte en annen svartype enn de rangerte kunne denne ikke ha tallverdi, slik rådataene hadde blitt kodet. De rangerte svaralternativene ble dermed redusert til fire, der «Meget god reaksjon» og «Ganske god reaksjon» ble kodet med tallverdiene 4 og 3 og «Ganske dårlig reaksjon» og «Dårlig reaksjon» med tallverdiene 2 og 1. En slik omkoding ble viktig for å kunne bruke svaralternativene etter rang og dermed kunne sammenligne svarene (Johannessen et al, 2010, s.255, Jacobsen, 2013, s.305). Svaralternativet «Vanskelig å vurdere» ble lagt til som et femte svaralternativ, men på siden av rangeringen. Under behandlingen av analyse materialet ble de to høyeste verdiene (3 og 4) og de to laveste verdiene (1 og 2) slått sammen til kategoriene «høy score» og «lav score». Vurderingen var basert på at vi ikke skulle vurdere eksakt grad av empatinivå hos deltagerne, men se om det er endring i empatinivået etter bruk av VR- briller. En polarisert skala ville gi oss bedre sammenlignbare data. Det at informantene hadde hatt flere alternativer til rådighet, var ikke til hinder for å bruke færre måleverdier i analysearbeidet (Grønmo, 2004, s. 294-295).

Siden ni av casene var beskrevet som negative ladete handlinger og det ble brukt den samme stigende skalaen på samtlige variabler, måtte disse ni bli kodet om. Det var en forutsetning for det videre analysearbeidet og sammenligningene.

For å kunne gjøre sammenligninger ble det regnet ut gjennomsnittlige scoringer for kategoriene «høy score», «lav score» og «ikke vurdert» for hver enkelt case, før og etter bruk av VR-brillene. Siden gjennomsnitt er et relativt ustabil mål ville vi også bruke standardavvik som statistisk mål. Ekstreme variasjoner hos enkelte deltagere vil kunne ha påvirket gjennomsnittsmålingen og ved å bruke standardavvik som mål kunne vi se hvor stort det typiske avviket fra gjennomsnittet var.

Vi startet analysearbeidet med en frekvensanalyse der vi så på hvor stor del av alle scoringene som samsvarte med henholdsvis «høy score» (3 og 4) og med «lav score» (1 og 2).

Frekvensen for kategorien «ikke vurdert» var også med i frekvensanalysen. Alle variablene ble sett under ett, med inndeling av scoringer før og etter brillene. Dette var mulig fordi alle variablene eller casene i undersøkelsen omhandler det samme fenomenet og hadde samme måleverdi.

I tillegg til frekvensanalyse for alle scoringene samlet før og etter bruk av VR-briller, fant vi det interessant å se på den typiske scoren for hver enkelt case og om det skulle være noen likheter og variasjoner casene imellom.

#### 4.6.2 Del 2: Intervjuene

Det ble utført åtte intervjuer som ble transkribert, og tekstene var utgangspunkt for analyse. Hensikten med kodingen og kategoriseringen var å gjøre datamaterialet mer tilgjengelig og forståelig og sikre at vi fikk svar på våre forskningsspørsmål og problemstilling. Vi hadde en tolkende tilnærming til tekstene fra intervjuene, det vil si at vi var ute etter å finne meningen bak utsagnene (Johannessen et al, 2010, s.166). For å få et inntrykk av innholdet leste vi igjennom de transkriberte intervjuene flere ganger og lyttet også til lydopptakene igjen, hver for oss. Som vanlig ved kvalitative studier, fikk vi behov for å forenkle og sammenfatte innholdet og startet med kodingen (Grønmo, 2004, s. 266). I første omgang valgte vi å kode intervjuene åpent hver for oss, det vil si at vi laget nøkkelord til deler av intervjuet uten å se til teorigrunnlaget. Dette gjorde vi ved å sette opp nøkkelord til intervjupersonenes svar. Selv om vi ikke aktivt trakk inn teori i denne fasen er teorigrunnlaget for prosjektet med i vår bevissthet. I denne prosessen noterte vi nøkkelbegreper i utsagnene for å finne meningsinnholdet, og dette definerte vi som våre kodetemaer. Vi gjennomgikk kodene i fellesskap og erfarte at vi hadde mange felles kodetemaer. Kode 1 og kode 2 er betegnelser på hver våre kodetemaresultater.

I den første delen av intervjuet som handlet om hvordan helsearbeiderne vurderer og agerer i utfordrende situasjoner hadde vi følgende kodetemaer:

Kodetema 1	Kodetema 2	Felles kodetema
Samarbeid med kollegaer	Diskusjoner, møter	Diskusjoner mellom kollegaer
Tidsfaktor, gjør likt for alle	Vanlige tiltak	Generelle tiltak
Undersøker hva pasienten ønsker gjennom samtale	Tilpassede strategier, inviterer til samtale	Kommunikasjon med pasienten
Lever seg inn i pasientens situasjon	Sympati, deler pasientens opplevelse	Innlevelse
Kjennskap til livshistorien, opptatt av å få kontakt med pasienten	Forstå pasienten gjennom kjennskap	Relasjon og kjennskap til pasienten

Figur 9. Oversikt over kodetemaer utarbeidet av intervjuer 1 og intervjuer 2 og felles, fra intervjuene del 1.

I utviklingen av kategoriene synes vi å se at det var særlig to retninger som utpekte seg: ulike tilnæringsmetoder til pasienten, og praksisfelleskapets betydning gjennom å søke støtte og råd hos kollegaer. Kategoriene i figur 10 er utviklet i fellesskap og danner grunnlaget for analysen av intervjuets første del.

Kategori	Beskrivelse
Automatiske handlinger	Det benyttes tiltak som erfarings- og kunnskapsmessig er gode og anbefalte
Relasjonell tilnærming	Tiltakene handler om å opprette kontakt med pasienten; henvende seg til han, få øyekontakt. Det er viktig å kjenne til pasientens livshistorie som et grunnlag for å foreslå adekvate tiltak

Dialogisk tilnærming	Det er viktig å snakke med pasienten – verbalt eller nonverbalt for å undersøke hva han ønsker
Kollegastøtte	Fellesskapet er viktig, og situasjonene drøftes med kollegaene.

Figur 10. Analysekategoriene med beskrivelser fra intervjuene, del 1.

Vi utarbeidet kategoriene «Automatiske handlinger» som dekker utsagn som «slik pleier vi å gjøre det», «disse tiltakene pleier å fungere». Kategorien «dialogisk tilnærming» omfatter utsagn om å spørre pasienten hva han vil, hvordan han har det osv. Kategorien «Relasjonell tilnærming» dekker de generelle tiltakene som iverksettes for å se om de fungerer basert på en relasjonell tilnærming. Vi ville også ha en kategori om praksisfellesskapet siden dette ble løftet frem i flere intervjuer og kalte denne kategorien kollegastøtte.

#### 4.6.2.1 Opplevelsen av VR-brillene

Både det åpne spørsmålet i spørreskjemaet og deler av materialet fra intervjuene omhandlet deltageres opplevelser etter bruk av VR-brillen. Svarene i det åpne spørsmålet ble gitt rett etter eller i løpet av den samme dagen som VR-brillene ble prøvd ut, mens det hadde gått noen uker fra utprøvingen av VR-brillene til intervjuene ble foretatt. Opplevelsen med VR-brillene slik deltagerne husket det i intervjuet fire uker etter eksperimentet, ble analysert sammen med de 36 besvarelsene fra det åpne spørsmålet i spørreskjemaet. Dette materialet ble lest og kodet av oss i felleskap. Vi leste svarene i de åpne spørsmålene for å finne ut mer om hvordan opplevelsen med VR-brillene hadde virket inn på deltageres følelser og tanker, om det hadde hatt betydning, og på hvilken måte. Fra intervjuene prøvde vi å få en utdyping av opplevelsen de hadde hatt, om det var en opplevelse som deltagerne fortsatt hadde med seg og om den hadde hatt betydning for praksis. Etter første bearbeiding av dette materialet utpekte det seg ulike erfaringer som ga følgende mønstre:

Kodetemaer	Beskrivelse
Følelser	Utsagn om at egne følelser ble aktivert, som tristhet, irritasjon og sorg
Aha-opplevelse	Utsagn om bevisstgjøring, gjenkjenning av hendelser og påminnelse om tidligere kunnskap
Ettertenksomhet	Utsagn om at opplevelsen og casene i spørreskjemaet ble vurdert og drøftet med andre
Nytt tenkesett	Utsagn om at deres praksis er påvirket av opplevelsen med VR- brillene

Figur 11. Oversikt over kodetemaer med beskrivelser, fra det åpne spørsmålet i posttest og intervjuene, del 2.

På bakgrunn av temaene vi hadde kodet kom vi frem til disse tre kategoriene:

1) Aktivering av egne følelser, 2) Bevisstgjøring og 3) Ny oppmerksomhet og refleksjon.

Kategoribetegnelsen «aktivering av følelser» viser til utsagn om at følelser ble vekket da de opplevde å være en person med demens. «Bevisstgjøring» viser til de beretningene som beskriver gjenkjenning av situasjoner fra filmen i VR- brillene og kobling til kunnskap og erkjennelse. I kategorien «Ny oppmerksomhet og refleksjon» inngikk utsagn om at hendelsen med VR- brillene ble drøftet og reflektert rundt i praksisfellesskapet, og fortellinger om at det hadde åpnet seg nytt tankesett og nye perspektiver som ble anvendt i møte med pasientene.

Katgeorier	Beskrivelse
Aktivering av egne følelser	Følelser som oppsto da deltagerne så filmen i VR -brillene
Bevisstgjøring	Påminnelse og aha- opplevelse som medfører at allerede ervervet kunnskap blir aktivert
Ny oppmerksomhet og refleksjon	Ettertenksomhet og fremoverrettet tenkning

Figur 12. Analysekategoriene med beskrivelser, fra det åpne spørsmålet i posttest og intervjuene, del 2.

## 4.7 Validitet og reliabilitet

Vi valgte å bruke metodetriangulering for å få best mulig grunnlag til å besvare problemstillingen. Det ble brukt en kvalitativ undersøkelse som oppfølging av en kvantitativ undersøkelse. Når ulike datainnsamlingsmetoder kombineres vil svakhetene ved den ene metoden kunne oppveies av den andre. Gjennom å følge opp resultatene fra spørreundersøkelsen med intervjuer fikk vi et sammenfallende resultat, og på den måten har metodetrianguleringen styrket validiteten i prosjektet (Halvorsen, 2008, s.149). Det skulle også vise seg at metodetrianguleringen ble viktig for validiteten da vi måtte gjennomføre eksperimentet uten kontrollgruppe. Betydningen av metodetrianguleringen er også beskrevet under metodiske refleksjoner i 6.4.

Datamaterialet som vi har lagt til grunn i prosjektet vil kun være en representasjon av virkeligheten, det er ikke selve virkeligheten. Et sentralt spørsmål er å belyse og besvare hvor gode og relevante dataene er som vi har lagt til grunn som representasjon for det fenomenet vi forsker på (Johannessen et al, 2010, s. 69). I den kvantitative delen av undersøkelsen ble det lagt stor vekt på hvordan og hva som ble valgt som variabler og kategorier for avkrysning i spørreskjemaet. På den måten har vi sikret at de dataene som er blitt samlet og som vi har lagt til grunn, måler det vi ønsker å belyse; hvorvidt deltagerne tar pasientenes perspektiv. Vi har også gjort nærmere rede for hvordan variablene og måleverdiene i spørreskjemaet er blitt utarbeidet i 4.3.1 og det er diskutert ytterligere i 6.4. Vi mener med dette å vise at begrepsvaliditeten og kvaliteten på data fra spørreundersøkelsen er god, selv om dette ikke vil være noe vi kan slå fast eller si noe absolutt om (Johannessen et al, 2010, s. 67). Det hjelper imidlertid lite å ha valide mål dersom ikke dataene blir registrert og behandlet på en systematisk måte. For å ivareta reliabiliteten og unngå tilfeldige registreringer og feilregistreringer, ble det brukt lett tilgjengelige programvarer som Questback og Excel. Som en måte å styrke reliabiliteten for den kvalitative delen av datainnsamlingen, har vi vært grundige i forberedelsene og gjennomføringene av intervjuene som er blitt redegjort for i 4.6.2. Presentasjonen av det transkriberte intervjumaterialet i analysedelen er på samme måte ment å ligge til grunn og vise våre vurderinger og hvorvidt intervjumaterialet er håndtert på en systematisk måte. I funndelen er det lagt vekt på å tydeliggjøre hva som er henholdsvis deltagerens utsagn og våre kommentarer og funn.

Forskernes kompetanse vil ha betydning for datakvaliteten. Vi var begge utrente intervjuere i forskningssammenheng, men legger til grunn at vår faglig kompetanse og erfaringer fra andre

typer intervjuer sammen med våre erfaringer fra ansatte- og studentsamtaler styrket kvalifikasjonene (Kvale, Brinkmann, 2015, s. 195).

Det at vi var to forskere som forberedte og samlet inn data tror vi har bidratt til flere perspektiver og kritiske spørsmål underveis. Deler av databearbeidingen og analyse med koding og kategorisering utførte vi imidlertid hver for oss før vi sammenstilte materialet, i den hensikt å få flere perspektiver og innfallsvinkler til tolkningene av utsagnene.

Vi opplevde at intervjuene ga oss mye for å forstå hvordan helsearbeiderne tenker og agerer i deres arbeidshverdag.

#### 4.8 Ethiske betraktninger

I et forskningsprosjekt vil det være etiske spørsmål av ulik karakter, og spørsmålene må handle om forskningen fører til det gode for de personene som er inkludert og omfattet av prosjektet. Dette prosjektet skal fremme god omsorg for personer med demens, så forskningens formål vil utvilsomt tjene til et gode for en sårbar pasientgruppe. De etiske spørsmålene vi har vurdert handler om hvordan deltagerne har blitt ivaretatt på en god måte og i tråd med forskningsetiske prinsipper. Siden vi opprinnelig hadde planlagt å ha med en kontrollgruppe som ikke skulle bruke VR-brillene i forbindelse med prosjektet, var vi opptatt av at disse også skulle få anledning til å prøve brillene. Det kom fram både i planleggingen, underveis og i vurderingen etterpå at utprøving av VR-brillene ble sett på som en «gulrot», et gode. En annen side av denne saken var prosjektets overordna mål med personen med demens i fokus. Dersom forskningen skulle vise at bruk av VR-brillene kunne gi et positivt bidrag i omsorgen for personer med demens, da måtte jo så mange som mulig få tilgang til brillene, for pasientenes skyld. Det ville vært uetisk å ikke tilby alle å prøve VR-brillene.

Et annet aktuelt etisk spørsmål er hvordan deltagerens personopplysninger som er brukt ved innsamlingen av spørreskjemaer og i forbindelse med intervjuer er behandlet. Prosjektet ble meldt inn til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) og anbefalt som et forskningsprosjekt. Vurderingen hos NSD er gjort i henhold til gjeldende forskningsetiske regler, slik de er presisert som normgivende for vitenskapelig redelighet (NESH, 2016). Det presiseres at forskningsarbeid skal være preget av en grunnleggende respekt for menneskeverdet, der ivaretagelse av og fokus på forskningsdeltagerens autonomi, integritet, frihet og medbestemmelse er sentralt (NESH, 2016, s.12).

Siden ledelsen på sykehjemmene hadde et klart ønske om at vi gjennomførte prosjektet på deres sykehjem, ble vi opptatt av at deltagerne ikke skulle føle seg presset eller forpliktet til å delta. Vi planla derfor at det var vi, og ikke lederne som skulle spørre om deltagelse hos de potensielle deltagerne, men på grunn av personvernregler for enkeltpersoner og virksomheter (GDPR) måtte lederen være med i den første rekrutteringsrunden, siden ikke lederne hentet inn den nødvendige tillatelsen til å gi oss tilgang til de ansattes e-postadresser eller telefonnummer.

I informasjonsskrivet om prosjektet beskrev vi at hensikten var å få kunnskap om bruk av VR-briller som en læringsmåte for bedre å ta perspektivet til personer med demens, og om hva det ville innebære for deltagerne å delta i prosjektet. Det ble også beskrevet hvor lenge de innsamlede dataene skulle bli oppbevart, og hva de skulle brukes til. Muligheten til å stille flere spørsmål og eventuelt behov for å trekke seg fra prosjektet ble påpekt i dette skrevet. Dette ble også gjentatt muntlig for de som deltok i intervjuene. Det ble lagt vekt på å gjøre innholdet tilgjengelig, presist og kortfattet, slik at forskningens formål var forståelig og hva dette ville kreve av de som meldte sin interesse. Informasjonsskrivet lå til grunn for det frie valget og for det skriftlig samtykket til deltagelse i prosjektet.

Siden helsefagarbeiderne som vi intervjuet hadde taushetsplikt ble intervjuguiden utformet slik at det skulle være mulig å uttale seg om temaene i intervjuguiden uten at det hindret taushetsplikten. Her ble det lagt opp til å uttale seg generelt om hendelser i avdelingen, men vi snakket sammen om å stoppe deltagerne dersom pasientnavn eller pasientkjennetegn skulle bli avslørt i intervjuet. Dette opplevde ingen av oss.

Et sentralt grunnprinsipp for etisk forsvarlig forskningspraksis er kravet til konfidensialitet for deltagerne. Personopplysninger ble aidentifisert og det ble brukt kodennummer på listene, i stedet for navn og epostadresser. Også dialektord og utsagn som kunne føre til at noen deltagere kunne identifiseres ble justert og byttet ut, uten at kravene til etterprøvbarhet ble nevneverdig redusert. Det å legge vekt på aidentifisering fikk også en påvirkning på selve presentasjonen av datamaterialet, idet innholdet fra datamaterialet ble beskrevet som mønstre og fenomener. Sitatene fungerer som eksempler uten fokus på enkeltpersoner og situasjoner. På den måten fikk spørsmålet om konfidensialiteten også betydning rent forskningsmessig (Thagaard, 2018 s. 24).

Å forske på et område som vi kjenner veldig godt og har stor interesse for, gir oss noen utfordringer med tanke på å være tilstrekkelig åpen i utforming av spørreskjemaer, i intervjuer, i analyse og diskusjon. Som forskere har vi et stort ansvar for hva slags kunnskap som kommer fram (Malterud, 2017, s. 31). Også hva vi velger å ta med oss videre fra



datamaterialet og tolkning knyttet til det, vil være preget av den forforståelsen vi har (Malterud, 2017, s. 44). Siden vi begge forsker på et fagfelt vi allerede er godt kjent med, som vi har stor interesse for og som har betydning for oss, er vår forforståelse av vesentlig betydning. Det handler om troverdighet i møte med fagfolkene i demensomsorgen og om evnen til å stille relevante spørsmål. Vi har begge lang erfaring fra demensomsorgen og vi har formeninger om fagfeltets kultur og praksis. Det faglige perspektivet og vår teoretiske referanseramme påvirker også våre beskrivelser. En våkenhet for vår egen forforståelse ble viktig når vi skulle beskrive datamaterialet, og det ble nødvendig for oss å poengtere og tydeliggjøre for oss selv at vi skulle ha en beskrivende tilnærming til kontra en tolkende. I tillegg til erfaring fra demensomsorgen, har vi også erfaring fra ledelse, kompetanseheving og utdanning av helsefagarbeidere innen fagfeltet. I møte med studentens praksisstudier på de respektive arbeidsplassene har vi en formening om at personsentrert omsorg forstås og utøves med ulik kvalitet. Vi har også en oppfatning av at lederne spiller en vesentlig rolle. Oppdagelse av egne forestillinger og oppfatninger åpnet for en refleksjon som resulterte i en åpenhet og en mer nysgjerrig tilnærming i intervjuene med helsefagarbeiderne. «En fordomsfri beskrivelse er en forutsetning for å gjøre en tolkning som skal lede fram til ny kunnskap» (Malterud, 2017 s. 48).

## 5.0 Funns og resultater

I denne delen presenteres funn og resultater fra datamaterialet strukturert etter den umiddelbare reaksjonen fra spørreskjemaene rett etter eksperimentet, og datamaterialet vi fikk fire uker etter intervensjonen.

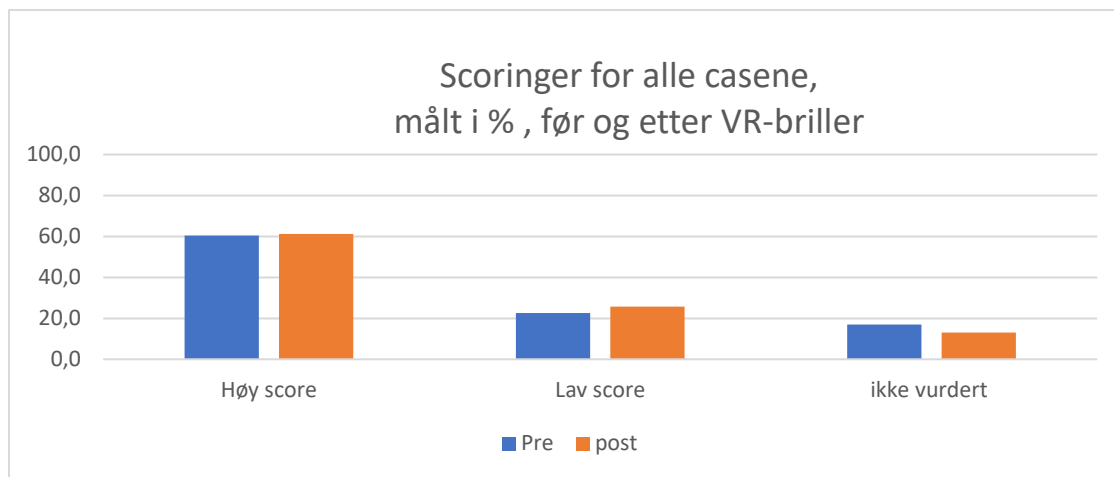
### 5.1 Resultater og funn umiddelbart etter bruk av VR -briller

Her vises resultatene fra spørreskjemaene før og etter eksperimentet med VR –brillene, og funn fra det åpne spørsmålet i posttesten som gir innsikt i den spontane og umiddelbare effekten av VR –brillene.

#### 5.1.1 Resultater fra de sammenlignbare dataene i spørreskjemaene

De sammenlignbare dataene fra spørreskjemaene viste at det ikke var noen nevneverdig endring i hvordan deltagerne vurderte handlingene og reaksjonene i casene fra før til etter bruk av VR-briller. Dataene ble samlet inn rett etter utprøvingen av brillene og kan derfor si noe om den umiddelbare virkningen. Interessante funn i enkelte case presenteres også i denne delen.

I diagrammet under vises gjennomsnittlig nivå på scoringene av alle casene samlet, inndelt etter kategoriene høy og lav score og ikke vurdert. Scoringene i kategorien høyt score er avkryssninger som viser til at deltagerne har valgt i samsvar med anbefalt praksis som er personsentrert omsorg. Scoringene i kategorien «lav score» viser det antall avkryssninger som ikke var basert på personsentrert omsorg. Siden casene var utformet både som positive og negative handlinger, vil høy score inkludere gjenkjenning av adekvate og ikke-adekvate handlinger.



Figur 13. Scoringer før og etter VR-briller. Samlet for alle casene.

60,4 % av scoringene før bruk av VR- briller svarte til høy score og viser en høy empatisk forståelse. Etter bruk av VR-brillene var det 61,2 % i samme kategori. De scoringene som var angitt og svarte til handlinger med lav empatisk forståelse utgjorde 22,6 % før bruk av VR-briller, mot 25,7 % etter. 17 % av scoringene var satt til «ikke vurdert» før eksperimentet mens 13,1 % av scoringene tilsvarende etter bruk av VR. Dette viste en svak positiv tendens i scoringene fra før etter utprøving av VR-briller.

For å undersøke om det var noen case som utpekte seg med uventede eller spesielle scoringer, ble det utarbeidet gjennomsnittsverdier og standardavvik for hver enkelt case før og etter bruk av VR-brillene.

	N	Gjennomsnittlig score, høyest verdi er 4	Standardavvik	Differanse pre/post innen en uke
Case 1-pretest	36	2,1	0,7	+0,1
Case 1-posttest	36	2,2	1,1	
Case 2-pretest	36	3,8	0,4	-0,1
Case 2-posttest	36	3,7	0,4	
Case 3-pretest	36	3,3	0,6	0
Case 3-posttest	36	3,3	0,6	
Case 4-pretest	36	2,4	1,0	-0,2
Case 4-posttest	36	2,2	0,9	
Case 5-pretest	36	1,7	0,6	+0,4
Case 5-posttest	36	2,1	0,8	
Case 6-pretest	36	3,4	0,7	+0,3
Case 6-posttest	36	3,7	0,5	
Case 7-pretest	36	3,3	0,7	+0,1
Case 7-posttest	36	3,4	0,6	
Case 8-pretest	36	3,5	0,6	0

Case 8-posttest	36	3,5	0,5	
Case 9-pretest	36	2,8	0,5	+0,1
Case 9-posttest	36	2,9	0,7	
Case 10-pretest	36	3,1	0,8	+0,1
Case 10-posttest	36	3,2	0,8	
Case 11-pretest	36	2,8	0,8	+0,3
Case 11 posttest	36	3,1	0,7	
Case 12-pretest	36	2,8	0,7	-0,1
Case 12-posttest	36	2,7	0,8	
Case 13-pretest	36	3,3	0,7	0
Case 13-posttest	36	3,3	0,7	
Case 14-pretest	36	3,5	0,5	+0,2
Case 14 posttest	36	3,7	0,5	
Case 15-pretest	36	3,3	0,8	0
Case 15-posttest	36	3,3	0,5	

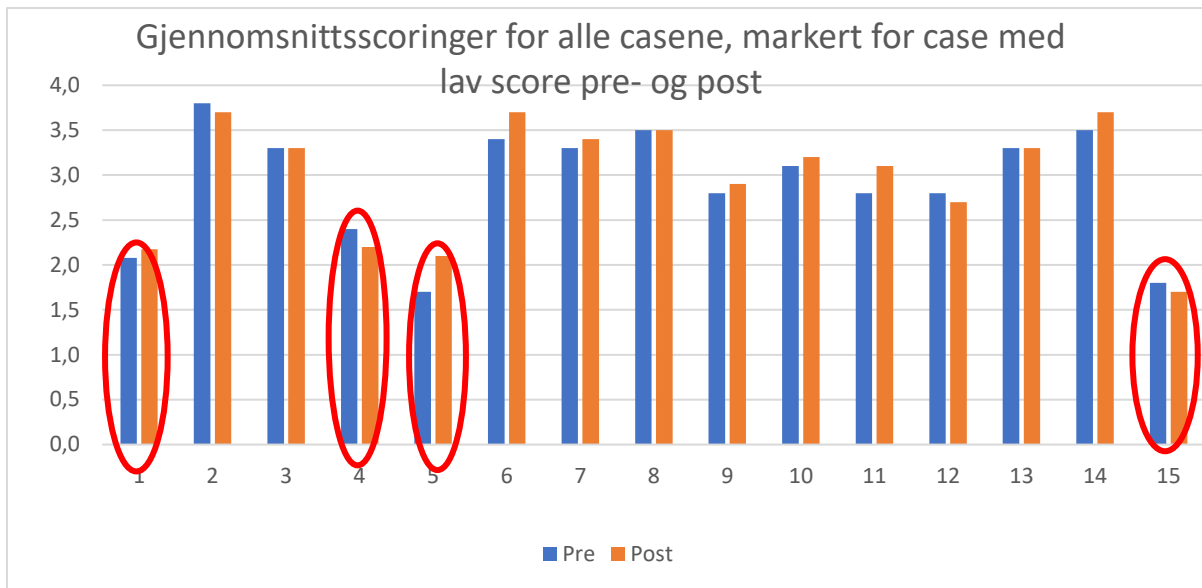
Figur 14. Gjennomsnittsverdier og standardavvik for hver enkelt case før og etter bruk av VR-brillene.

#### 5.1.1.1 Gjennomsnittlig score på casene før og etter VR- briller

Differansen mellom gjennomsnittsscore i pretest og posttest var null og tilnærmet null for 10 av de 15 casene. Den største variasjonen i scoringene fra før til etter bruk av VR-brillene fant vi i casene 5 og 6, som har en differanse på + 0,4. Det var altså svært små endringer, også for hver enkelt case fra pre- til posttest. Det var ingen case som skilte seg ut vesentlig når det gjaldt endring.

#### 5.1.1.2 Case med lav score på casene før og etter VR- briller

Ved sammenstilling av gjennomsnittlige scoringer før og etter bruk av VR -briller for hver enkelt case i et diagram, ble det tydelig at det er fire caser som hadde en lavere gjennomsnittsscore enn de andre. Enkelcase kan være interessante for å få mer kunnskap om informantenes vurderinger av praksissituasjoner med tanke på det å ta personenes perspektiv, og vi valgte derfor å studere casene som utpekte seg i tabellen (1,4,5,15) for å finne ut hva som kjennetegnet disse:

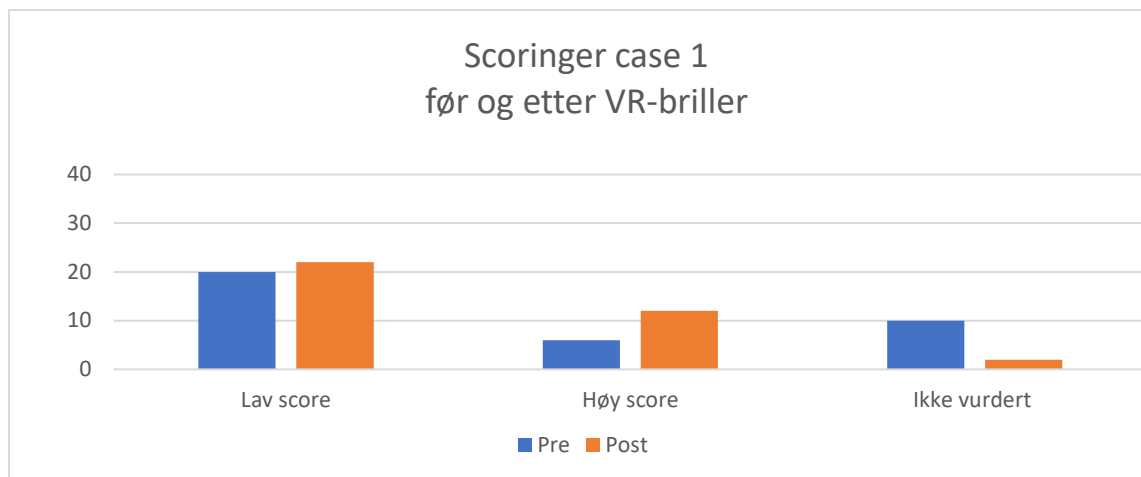


Figur 15. Gjennomsnittsscoringer for alle casene før og etter VR-briller.

### Case 1

Casebeskrivelse: *Du og din kollega er opptatt med å rydde opp etter middagen da du plutselig hører bråk fra gangen. Det er Olav som river og røsker i utgangsdøra. Denne er stengt fordi det er fattet vedtak om tilbakeholdelse for en annen pasient. Du velger å gå rolig bort til Olav og si: «Kom her, Olav – så skal du få kaffe!»*

Pleieren i denne casen velger å avlede Olavs oppmerksomhet med å tilby kaffe. Med utgangspunkt i personsentrert omsorg ville det vært naturlig å undersøke hva Olav vil ved å forsøke å ta hans perspektiv. Det som reflekterer det å ta perspektivet til den andre ville vært å stille seg spørsmål som: Leter han etter noe? Skal han på toalettet? Vil han gå en tur ut? Indikatoren i VIPS-rammeverket som denne casen bygger på er indikator P 5: *Utfordrende atferd som kommunikasjon*. Den inkluderer også hjelpespørsmålet: *Analyseres utfordrende atferd for å finne bakenforliggende årsaker?* (Brooker, 2013, s. 109). Tilnæringsmåten og spørsmålet som avslutter denne casen gjenspeiler lavt empatinivå.



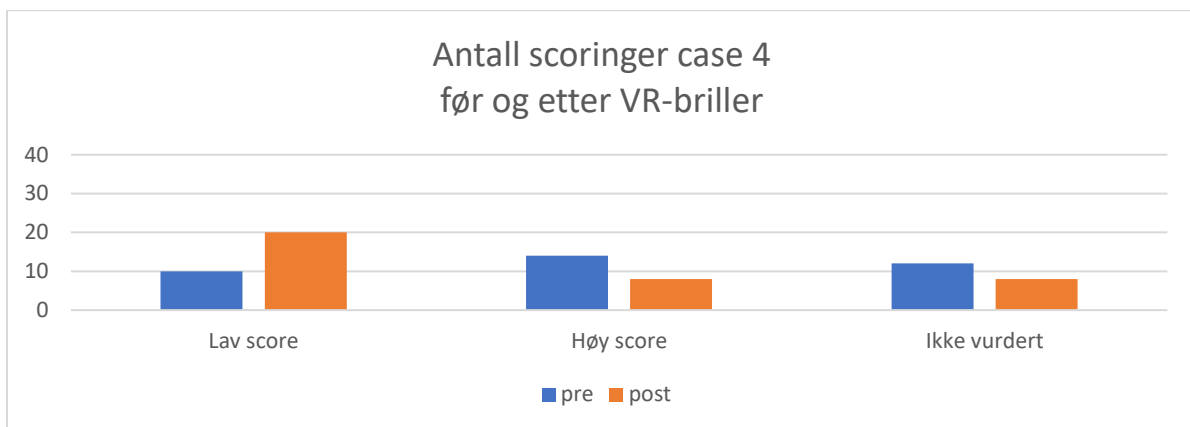
Figur 16. Scoringer Case nr. 1 før og etter VR-briller.

Scoringene for case 1 fremstilles i de tre kategoriene «lav score», «høy score» og «ikke vurdert», og resultatet viset at flertallet hadde lav score på denne casen. Det var 20 av 36 scoringer som slo fast at handlingsalternativet med å tilby Olav kaffe var en god reaksjon. Siden dette er en svært vanlig situasjon i sykehjem for personer med demens kan det forventes at tilnæringsmåter blir hyppig og grundig drøftet i praksis. I tråd med personsentrert omsorg var det forventet at det var innarbeidet og etablert en mer undersøkende praksis. Scoringene kan derfor tyde på at det er avledning som kommunikasjonsalternativ som ligger til grunn. Det er en kjent tilnæringsmåte og rådende kunnskap fra tidligere anbefalt praksis. Det er også interessant at antall scoringer for det anbefalte handlingsalternativet økte, det doblet seg faktisk som en umiddelbar reaksjon etter intervensjonen med VR-brillene. Etter bruk av brillene scoret dobbelt så mange i tråd med anbefalt praksis og høyt empativå. Denne casen er derfor spesiell fordi det skjer en tydelig positiv endring etter at deltagerne har brukt VR-brillene. Denne casen vil vi også komme tilbake til i beskrivelsen av funnene fra intervjuene som ble gjort noen uker etter.

#### Case 4

Casebeskrivelse: *Stuen er bitteliten og fungerer dårlig som samlingsplass. Det er vanskelig å få etablert ro i stuen, og noen av kollegaene dine kommer med forslag om å utvide stuen ved å legge til naborommet, som nå brukes til pauserom for personalet. Det ordinære pauserommet ligger i nabobygningen. Saken drøftes på et personalmøte, og du sier «Størrelsen på stua har ingen vesentlig betydning for om vi klarer å skape ro hos pasientene!»*

Denne casen er utarbeidet etter indikator P 3: *Fysisk miljø. Reguleres det fysiske miljøet (f. eks. støy, temperatur) daglig slik at personene med demens føler seg trygg?* (Brooker, 2013, s. 107). Den avsluttende replikken i denne casen viser til lavt nivå av empatisk forståelse, fordi pleieren argumenterer for å beholde pauserommet. I det ligger implisitt at pasientene kan ha det bra slik situasjonen er, selv om det åpenbart ville blitt bedre med to stuer slik at man hadde større mulighet for å tilrettelegge for den enkelte pasient.



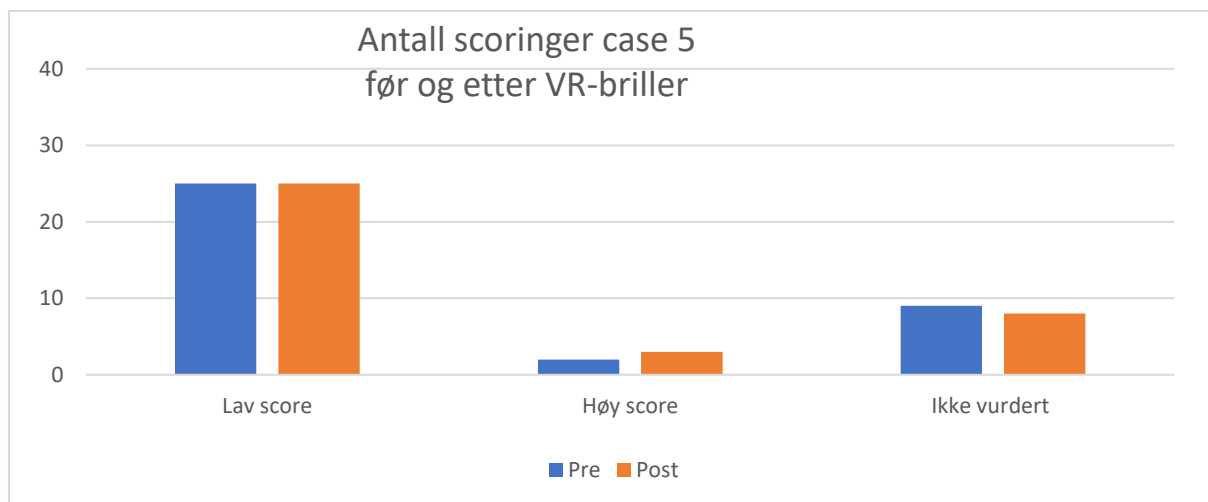
Figur 17. Case nr. 4. Scoringer før og etter VR-briller.

I case 4 skjedde det klare endringer i scoringene før og etter bruk av brillene, da antall scoringer for det alternativet som ikke var i tråd med å ta perspektivet til pasientene økte fra 10 til 20. Det ble doblet etter bruk av VR-brillene, samtidig som scoringer for det som var anbefalt praksis ble redusert tilsvarende. Ved å se på casen i lys av disse funnene kommer det frem tanker vedrørende formuleringen av casen, at den kan ha ledet i begge retninger. Casen innledes med en setning som indikerer at situasjonen ikke er bra: «Stuen er bitteliten og fungerer dårlig som samlingsplass» men selve handlingen, utsagnet til pleieren kan tolkes positivt: «Størrelsen på stua har ingen vesentlig betydning for om vi klarer å skape ro hos pasientene!» I personsentrert omsorg er pleierne en viktig del av pasientens psykososiale miljø, og derfor kan utsagnet til pleieren tolkes slik at det viktigste for pasienten er pleierne, ikke omgivelsene. Det er en kontrovers mellom disse utsagnene som kan ha forvirret, og dette kan være en mulig forklaring på endringen før og etter VR- brillene. Betydningen av valgte formuleringer og ord i casene vil vi komme tilbake til i drøftingen.

## Case 5

Casebeskrivelse: *Ingrid får besøk av sin datter hver dag. De sitter alltid i fellesmiljøet og prater og synger med de andre pasientene. Du får et inntrykk av at noen av medpasientene synes det blir for mye kontakt, du tolker deres kroppsspråk slik. Du ber datter til Ingrid være på rommet sammen med moren, men hun blir rasende på deg. Du velger å vise til reglementet som faktisk oppfordrer pårørende til å bruke pasientrommene ved besøk.*

Handlingen i denne casen viste til et lavt nivå av empatisk forståelse fordi man her velger å følge reglene uten å undersøke hva som ligger bak reaksjonen fra pårørende: Hvorfor blir datteren til Ingrid sint? Er det spesielle årsaker til at hun ikke vil være alene med sin mor? Det kan være en annen årsak som ikke kommer til syne og som bør undersøkes før man tar en beslutning. På bakgrunn av dette er handlingen i case 5 ikke i tråd med personsentrert omsorg. Casen er basert på indikator P 3: *Fysisk miljø. Reguleres det fysiske miljøet (f. eks. støy, temperatur) daglig slik at personene med demens føler seg trygg?* Men her kan også P1-indikator være aktuell: *Kommunikasjon med brukerne. Blir brukerne spurt daglig om hva de foretrekker, om de samtykker og om hvilke synspunkter de har?* (Brooker, 2013, s. 105, 107).



Figur 18. Case nr. 5. Scoringer før og etter VR-briller

I denne casen var det utpreget høy score for det alternativet som ikke representerte personsentrert omsorg. Case 5 handlet om retningslinjer for besøk i institusjon. Mange institusjoner vil ha retningslinjer for besøk av pårørende, og de handler gjerne om at besøk skal skje på pasientens rom. Begrunnelsen for dette er at de andre pasientene i fellesmiljøet kan bli urolige om det er for mange mennesker der. Det vil kunne bli for mye stimuli med mange mennesker i fellesmiljøet for personer som har demens, og særlig dersom de



besøkende ikke er kjente for pasientene. For å følge verdigrunnlaget til personsentrert omsorg vil det være ønskelig å undersøke årsaken til at pårørende så tydelig ønsker å gjennomføre besøket på en annen måte enn det som er vanlig praksis. I denne casen er det en mulighet for at scoringene settes fordi situasjonen er gjenkjennelig der hvor generelle retningslinjene for besøk er klare og godt forankret.

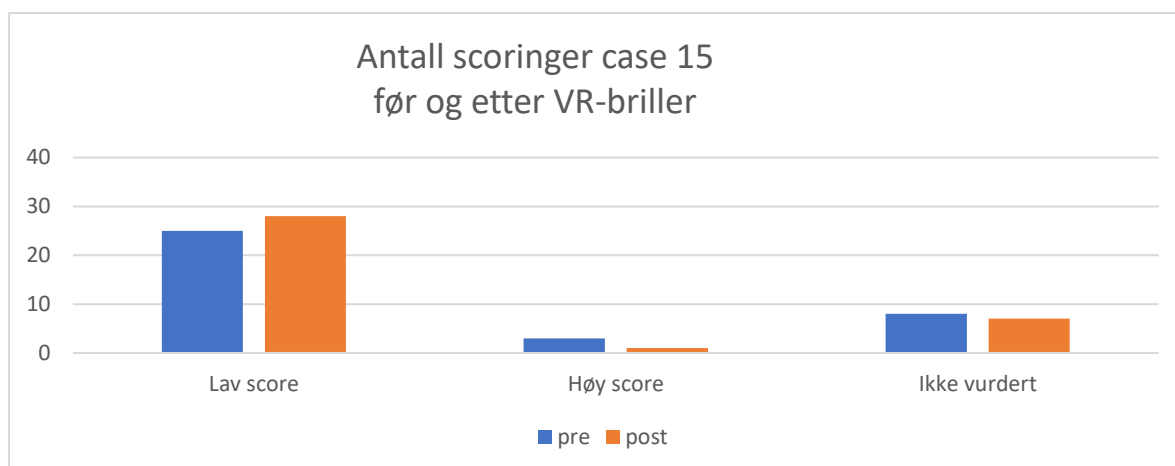
Det er ingen vesentlig endring i noen retning umiddelbart etter eksperimentet med VR - brillene. Det kan forstås som at besøksbegrensingen på sykehjemsavdelinger for personer med demens er så innarbeidet og velbegrunnet at perspektivet til den pårørende ble oversett.

### **Case 15**

*Casebeskrivelse: Tore kan plutselig kle av seg for å onanere – hvor som helst. Ofte begynner han å kle av seg i fellesstua. Du respekterer Tores behov og legger til rette for at han kan være på rommet sitt for det meste.*

Denne casen er utarbeidet etter indikator P 6: *Talsperson. Hvordan ivaretas rettighetene til en person med demens som har en atferd som får ut over sikkerheten og trivselen til de andre?* (Brooker, 2013, s. 110).

Casen viser at det utøves respekt for pasientens seksuelle behov og det blir tilrettelagt for at han kan være alene. Problemet er at løsningsalternativet som det skal tas stilling til innebærer at Tore for det meste må være på eget rom, og utenfor det sosiale miljøet. Pleierens reaksjon i casen vil derfor representerer lavt nivå av empatisk forståelse. Det at han «for det meste» skal være på rommet sitt kan være uttrykk for at man vil unngå lignende episoder i fellesmiljøet og at han fratras noen viktige rettigheter. Det er pleierens oppgave å hjelpe Tore slik at han får ivaretatt sine behov, samtidig som hun skal sikre at de andre pasientene opplever trivsel og trygghet.



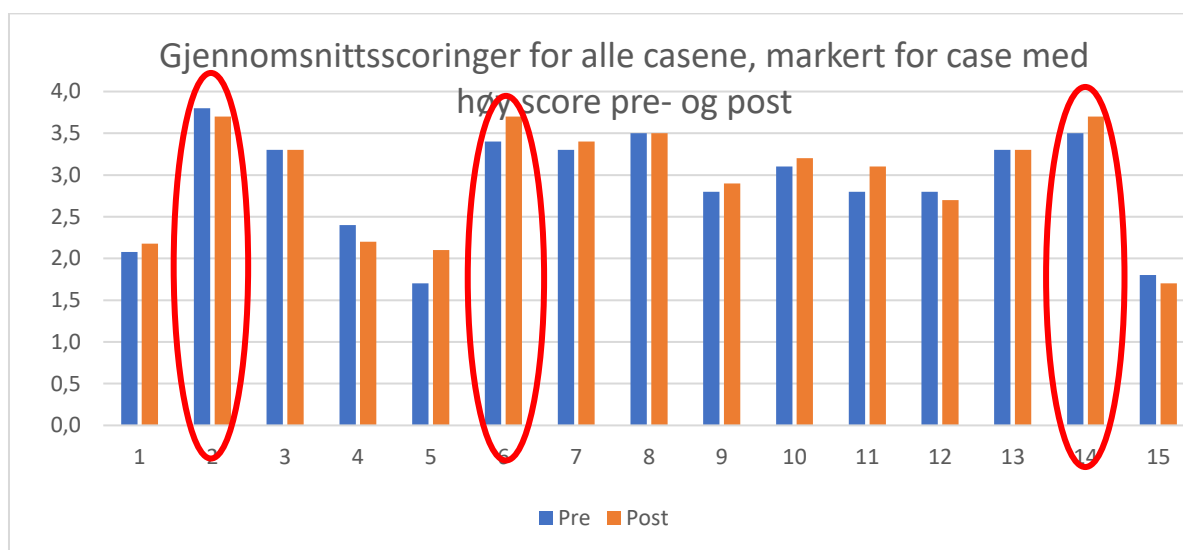
Figur 19. Case nr. 15. Scoringer før og etter VR-briller.

På samme måte som i den foregående case 5 er det her en høy score for det alternativet som ikke var basert på personsentrert omsorg og vi så også en svak økning fra pre- til posttest for dette alternativet. I casen om Tore beskrives en situasjon som vil oppleves utfordrende for personalet. Det handler om en atferd som ikke passer i fellesrommet og om pasienter som ikke selv klarer å utsette sitt behov. Dette er en hendelse som ikke er uvanlig for personer med demens fordi hemningene og personenes kritiske sans endres i takt med sykdomsutviklingen. I de senere årene har det blitt en økt bevissthet for at personer med demens skal få ivarettatt sitt seksuelle behov og få hjelp og tilrettelegging av personalet for å skjerme seg. Likevel er dette en situasjon som av mange pleiere oppleves pinlig, og det vil være nærliggende å arbeide for å få gjenopprettet ro og orden raskt, hjelpe på med klærne og avlede oppmerksomheten mot noe annet. Det er vanskelig å vite hva som ligger til grunn for scoringene for lavt empatinivå her utover at situasjoner av seksuell karakter erfaringsmessig oppleves utfordrende.

**Oppsummert** er fellesnevneren for casene som markerer seg med lav score at alle beskriver ikke-anbefalt praksis. Casebeskrivelsene inneholder sannsynligvis gjenkjennelig og vanlige måter å forholde seg på, og det kan se ut til at beslutningene tas ut ifra pleierens perspektiv. Case nr. 1 (Olav som vil ut) er særlig interessant siden det her er en positiv bevegelse etter bruk av VR- briller, og spørsmålet er om det kan dreie seg om en umiddelbar effekt av intervensjonen.

### 5.1.1.3 Case med høy score på casene før og etter VR- briller

Det var de foregående fire casene 1, 4, 5 og 15 som hadde pekt seg ut med lav score i tabellen for gjennomsnittlig totalscore. På samme måte har vi også sett på noen av casene med høy score, for å se om disse eventuelt kan gi oss en dypere innsikt i hvorfor disse scoringene ble scoret i tråd med personsentrert omsorg. Det gjelder casene 2, 6 og 14.



Figur 20. Gjennomsnittsscoringer for case nr. 1-15, før og etter VR-briller.

#### Case 2

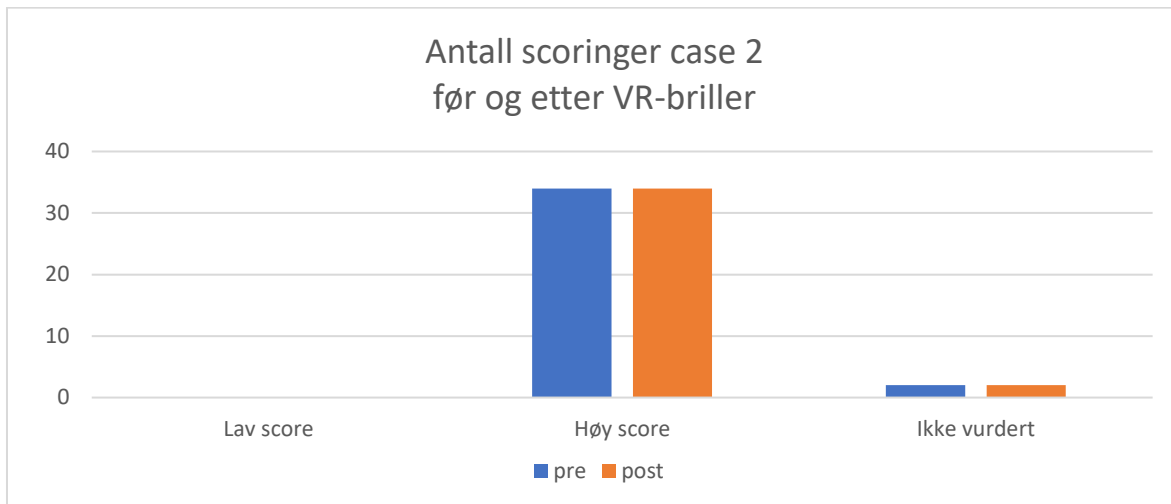
Casebeskrivelse: *Unni endrer plutselig atferd. Hun roper mye, og vil ikke være alene – hun klynger seg til pleierne som er i nærheten av henne. Kollegaen din ivrer for at hun bør flytte til forsterket skjermet enhet, men du sier til din leder: «Vi må finne mer ut av dette. Kanskje er det er noe som plager henne?»*

Case nr. 2 er utarbeidet etter indikator P 5: *Utfordrende atferd som kommunikasjon.*

*Analyseres utfordrende atferd for å finne bakenforliggende årsaker?* (Brooker, 2013, s. 109).

I denne casen skal pleieren vise personsentrert omsorg i praksis gjennom at hun forsøker å finne ut av hva som ligger bak atferden til pasienten. Utfordrende atferd hos personer med demens må primært forstås som kommunikasjon og det vil være pleiernes jobb å kartlegge mulige årsaker. Når pleieren i case nr. 2 vil finne ut av hvorfor pasienten er klengende og urolig, så er det et uttrykk for at hun jobber i tråd med personsentrert omsorg. Deltagerne er

ikke i tvil om hva de vil anbefale her, og den valgte handlingen for case 2 er derfor i samsvar med høyt nivå av empatisk forståelse.



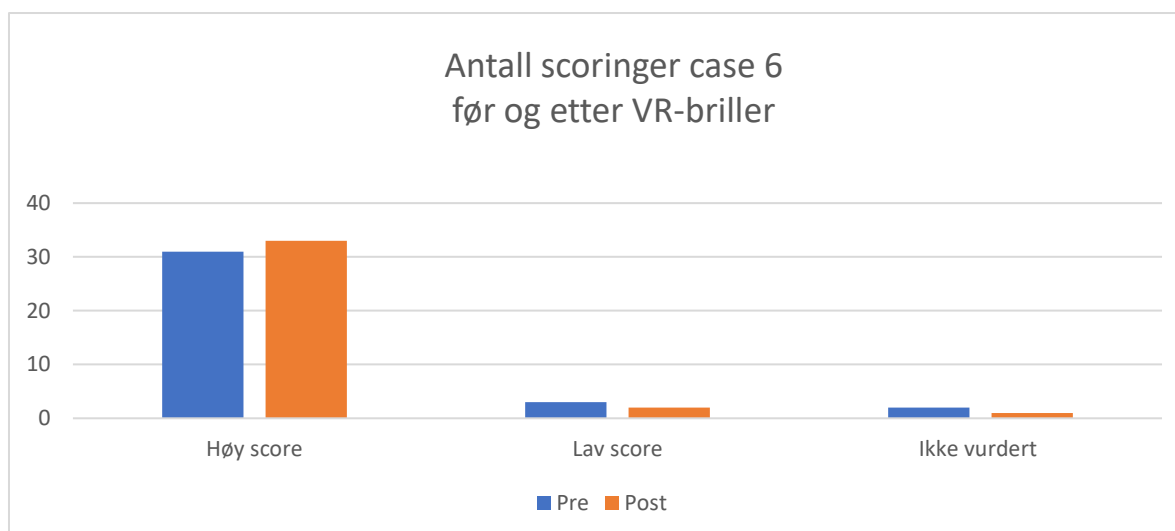
Figur 21. Case nr. 2. Scoringer før og etter VR-briller.

Scoringene tyder på at kartlegging av årsaker til utfordrende atferd er en godt innarbeidet praksis, i tråd med personsentrert omsorg. Siden praksis i tråd med høye empatisk forståelse allerede er etablert har ikke VR- brillene hatt noen påvirkning her.

## Case 6

Casebeskrivelse: *Randi er din primærpatient, hun har fått hjelp av deg i morgenstellet. Nå sitter hun på kjøkkenet i påvente av at du skal komme for å hjelpe henne med frokosten. En av dine kollegaer stopper opp og sier «God morgen, Randi», hvorpå Randi hvisker at hun må på toalettet. Du holder på å lage til frokost og får beskjed av din kollega om at Randi må på toalettet. Du går bort til Randi med det samme og sier: «Føler du deg urolig? Jeg er sikker på at du kan vente med å gå på toalettet til etter frokost.»*

I denne casen dreier det seg om en handling med lavt nivå av empatisk forståelse. Pleieren i casen imøtekommer riktignok pasienten og undersøker om hun er urolig, men hun velger å utsette et toalettbesøk til måltidet er over. Det er ikke en anbefalt praksis. Casen er bygget opp ifra indikator P 4: *Fysisk helse: Ivaretas de fysiske behovene til personer med demens (f.eks. smerteutredning, problemer med syn og hørsel?)* (Brooker, 2013, s. 108)



Figur 22. Case nr. 6. Scoringer før og etter VR-briller.

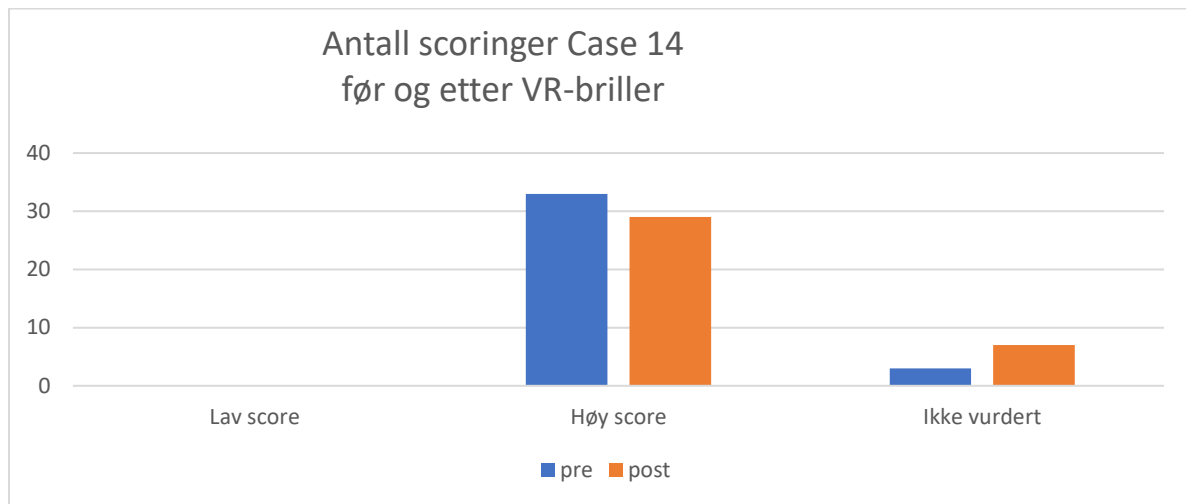
Deltagerne har her identifisert handlingen som ikke forenlig med god praksis, og oppfatningen ser ut til å bli noe styrket etter bruk av VR-briller. På bakgrunn av at personer med demens har nedsatt hukommelse og vansker med å tolke signaler fra kroppen så er det ikke uvanlig at pasienter kan repetere et ønske om å komme på toalettet selv om de akkurat har vært der. Det kan være et ønske om oppmerksomhet eller mistolkning av kroppslige signaler. Med en slik forståelse lagt til grunn kunne pleierne vurdert dette som repetitive oppfordringer fra pasienten og scoret i tråd med forslaget i casebeskrivelsen. Her er deltagerne riktignok veldig klare i sine vurderinger; dette er ikke en anbefalt handling. Randi bør følges til toalettet med en gang.

Det er en mulighet for at denne casen imøtekommer en så vidt vanlig oppfatning av hva som er god og mindre god mellommenneskelig handling, slik at påvirkningen av VR-brillenes påvirkning uansett ikke ville påvirket eller fått noe betydning.

#### Case 14

Casebeskrivelse: *Laila bor i avdelingen du jobber i. Laila er en stille og forsiktig dame som trives best alene på rommet sitt. Så en dag kommer eldstedatteren, Stine, på besøk. Stine tar med seg mor ut en tur og blir borte noen timer. De kommer hjem til middag. Laila ser sliten ut, hun prater lite og hun spiser også mindre enn hun pleier. Etter middagen går datteren og Laila inn på hennes rom, og kommer snart ut igjen, nå har de på seg yttertøy. «Jeg tar med mor til byen en tur», sier Stine. Du svarer: «Greit! Ha en fin tur!»*

Pleieren i denne casen skal representere en likegyldighet for pasienten gjennom sitt svar. Hun ser ikke at Laila er sliten, og tenker heller ikke på at hennes aktivitetsnivå har vært høyt gjennom dagen. Her beskrives handling med lavt nivå av empatisk forståelse. Indikatoren denne casen bygger på er P 6: *Talsperson, Hvordan ivaretas rettighetene til en person med demens som har en atferd som går ut over sikkerheten og trivselen til de andre?* (Brooker, 2013, s. 110).



Figur 23. Case nr. 14. Scoringer før og etter VR-briller.

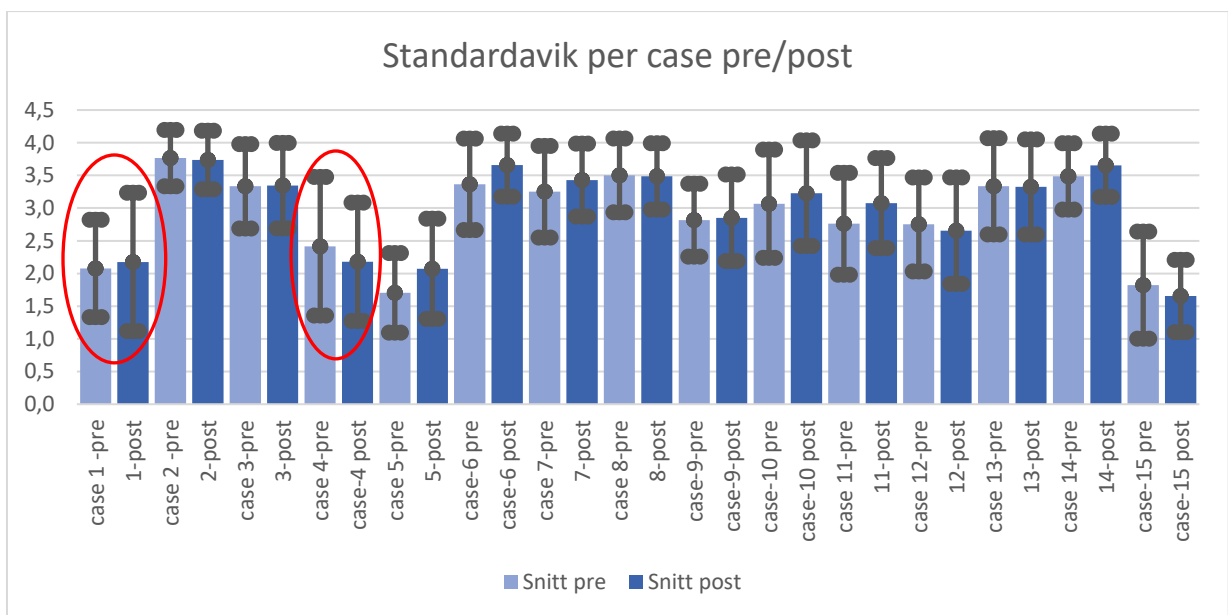
Casen viser til en handling der det er manglende fokus på pasientens perspektiv og deltagerne kjenner igjen dette som lavt nivå av empati. Pleieren i casen skulle vært talsperson for pasienten når hennes pårørende åpenbart mangler innsikt og kunnskap om hva som er tilpassete aktiviteter for personer med demens. Datteren ville kanskje sørge for at moren ble aktivisert og så ikke at det blir for mye for henne. Pleieren burde observert at pasienten var sliten og hatt kunnskap om at dette aktivitetsnivået og stimuli er for høyt for en person med kognitiv svikt. Ved å hjelpe pasienten med å sette ord på at hun er sliten ville pleieren tatt perspektivet til personene med demens og vært en talsperson for henne overfor datteren. Det er tydelig at deltagerne kjenner igjen handlingen som en handling som ikke er i tråd med det å ta pasientens perspektiv, men det kan se ut som at det er noen som har fått en usikkerhet umiddelbart etter bruk av VR-brillene.

**Oppsummert** for casene med høy score er det ett case som beskriver anbefalt praksis, de to andre viste til handlinger med lavt nivå av empati. Det er etablert en god praksis for å kartlegge atferd, som er helt i tråd med personsentrert omsorg.

For ett av casene med høy score (nr. 14) ser vi at det har skjedd en liten endring i scoringene umiddelbart etter bruk av VR-brillene. Det kan se ut til at bruk av VR-brillene fører til en viss usikkerhet.

### 5.1.1.2 Standardavvik

For å se om det er variasjoner i scoringene så vi på standardavvik for hver enkelt case før og etter bruk av VR -briller.



Figur 24. Standardavvik før og etter VR-briller, case nr. 1-15.

Også når det gjelder standardavvik var det case 1 (om Olav som vil ut av sykehjemmet) som pekte seg ut. Sett i forhold til alle verdiene for standardavvik i spørreundersøkelsen var det scoringer i posttesten for case 1 som viste variasjoner. Det var også for denne casen at vi fant den største endringen i standardavviket mellom pre- og posttest. Dette kan tyde på at det har vært en usikkerhet blant deltagerne når de skulle ta stilling til case 1 om Olav som vil ut av sykehjemmet. Som det fremgår av Figur 23 er det like stor spredning i scoringene for case 4 (om pårørendebesøk på sykehjemmet), men her var standardavviket omtrent uendret før og etter bruk av VR- briller. Siden variasjonene er gjeldende ved både pre- og posttest kan det dreie seg om en usikkerhet knyttet til innholdet casebeskrivelsen, slik det blir påpekt tidligere i gjennomgangen av funn, koblet til case nr. 4.

For case 15 som handlet om Tore som ville onanere, er standardavviket en del høyere før bruk av VR- briller. Her kan det se ut til at deltagerne har blitt mer sikre og samstemte om at

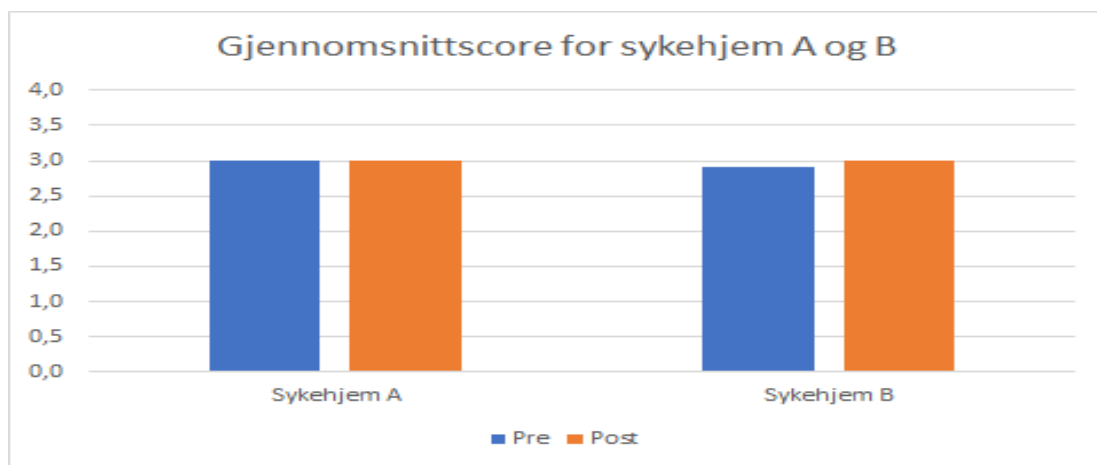
pleierens vurderinger i situasjonen med Tore er korrekte. Hvorvidt det er casens utfordrende tema som kan ha medvirket til denne uregelmessigheten har vi ingen klarhet i. Det er uansett ingen grunn til å tro at det er VR-brillene som har hatt påvirkning her.

### 5.1.1.3 Sammenligning av de to sykehjemmene

De to sykehjemmene som er inkludert i dette prosjektet fremsto som like, men det var et høyere antall deltagere fra Sykehjem B. Antall som deltok fra sykehjem A var 10, og fra Sykehjem B var det 26.

På bakgrunn at det nylig var implementert to praksismodeller som bygget opp om prinsippene i personsentrert omsorg på det ene sykehjemmet valgte vi å sammenligne gjennomsnittscorene for casene samlet, pre og post.

I praksismodellene som ble brukt ved Sykehjem A var det en struktur for fagmøter. Det er en arena for diskusjon og refleksjon om praksissituasjoner. I sykehjem B var det ikke implementert denne type praksismodeller og det var ikke tilrettelagt for andre strukturerte fag- eller refleksjonsmøter.



Figur 25. Gjennomsnittscore før og etter VR-briller, sykehjem A og B.

Figur 25 viser små forskjeller, men sykehjem B har noe lavere score enn sykehjem A i testen før bruk av VR -briller, og øker noe i testen etter eksperimentet. Sykehjem B er stabil fra pre - til posttest. Begge sykehjemmene er på samme nivå i posttest.

Det er sykehjem A som er helt lik før og etter bruk av VR-brillene, og det er i Sykehjem A de bruker praksismodellene VIPS og TID. Den lille forskjellen ved baseline mellom de to sykehjemmene kan antyde at de som jobber i en praksis der det har vært gjennomført undervisning om personsentrert omsorg, treffer litt bedre på scoringene. De har muligens et



lite fortrinn når de skal vurdere casene. Den lille forskjellen jevnet seg ut etter intervensjonen, som kan tyde på at VR-brillene hadde en påvirkning på enkelte av de som jobbet i sykehjem der det ikke var innført praksismodeller med refleksjonsmøter i praksis.

### 5.1.2 Funn fra det åpne spørsmålet etter bruk av VR-brillene

Å få mulighet til å prøve VR-briller og oppleve å være en person med demens i hverdagslige situasjoner var en spennende og interessant opplevelse og en helt ny erfaring for alle. Noen få av deltagerne hadde brukt VR-briller tidligere, men ingen hadde brukt VR-briller på den måten at de skulle være en annen person. Ingen var kjent med filmens innhold.

I svarene fra det åpne spørsmålet i spørreskjemaet som ble besvart rett etter at deltagerne hadde sett filmen gjennom VR-brillene, ble deltagerens umiddelbare og spontane reaksjoner fanget opp. I analysen av datamaterialet ble disse kategoriene utarbeidet:

- aktivering av følelser
- bevisstgjøring og ny oppmerksomhet
- refleksjon

Historien i filmen var satt sammen av flere gjenkjennelige og dagligdagse hendelser som å trakte kaffe, rydde vekk matvarer, hente brev fra postkassen og avslutningsvis et bursdagsselskap for hovedpersonen. Kommunikasjonen og væremåten til pårørende og andre besøkende i situasjonene ble vurdert som velkjente og typiske: *«Ble ikke veldig overrasket over reaksjoner i filmen. Synes at filmen var som hentet ut av vår arbeidsdag.»*

For mange ble situasjonene annerledes fordi de fikk oppleve dem fra perspektivet til en person med demens. Velkjente situasjoner framsto på en helt annen måte fordi opplevelsen med å bruke VR-brillen var helt unik. En deltager beskrev det slik: *«Selv om en kunne opplevd situasjonene tidligere, så ble opplevelsen helt annerledes enn noe annet og det skyldes at du var inne i personen».*

### 5.1.2.1 Aktivisering av følelser

Umiddelbart etter at deltagerne hadde sett filmen gjennom VR-brillene ble det aktivert følelser hos mange. Det mest iøynefallende og gjentakende temaet i svarene fra det åpne spørsmålet i spørreskjemaet dreide seg som følelser som hadde blitt vekket etter alt å dømme fordi det skjedde en empatisk identifikasjon av situasjonene i filmen. Hendelsene var gjenkjennelige, dagligdagse og vanlige, og den kognitive svikten hos hovedpersonen var tydelig fremstilt. Følelsene som deltagerne kjente på ble knyttet til konkrete situasjoner i filmen, som at det ble pratet over hodet på hovedpersonen, at datteren ble irritert over hva hovedpersonene hadde handlet, at datteren åpnet personens post uten å spørre og at det ble arrangert bursdagsfest for hovedpersonen uten at han forsto hva som skjedde.

Det var særlig følelsen av tristhet som ble satt ord på og beskrevet. Det var interessant å oppdage at deltagerne skildret tristheten fra ulike innfallsvinkler. Noen beskrev det enkelt og like frem slik: *«Det gjorde noe med meg og jeg følte meg litt trist,»* mens andre koblet tristheten sammen med konkrete ting som skjedde i filmen: *«Synes det var trist å se at familien snakket over hodet på bestefaren»*.

To utsagn var særlig interessante fordi de uttrykte følelser gjennom innlevelse i situasjonen. En av deltagerne skrev at hun opplevde tristhet på vegne av personen i filmen og uttrykte på denne måten at hun tok plassen til personen: *«Jeg ble lei meg på bestefaren sin vegne. Jeg fikk en følelse av tristhet og at jeg bare var til bry»*. En annen identifiserte tristheten som sin egen idet hun skrev «som om» hun var personen i filmen: *«I selskapet satt jeg ved siden av ei jente som ikke snakket og to damer på den andre siden som snakket om meg - det opplevdes ikke bra og jeg ble trist»*. Begge utsagnene viser en forståelse for det å ta pasientens perspektiv og det på to ulike måter. I det siste utsagnet går man inn og uttrykker det man føler på vegne av pasienten, som i et rollespill. I det første vurderes situasjonen, forsøkt sett med pasientens øyne.

### 5.1.2.2 Bevisstgjøring

Uttrykkene «en påminnelse» og «bli bevisst på» ble også brukt i svarene på det åpne spørsmålet. Noen skrev at de hadde fått en påminner om tidligere kunnskap og bevissthet som kanskje hadde kommet mer i bakgrunnen med tiden. En uttrykte det slik i det åpne spørsmålet: *«De (hendelsene i filmen) hjalp på å bli mer bevisst på hvordan man snakker og bruker kroppsspråket sitt med personer med demens. De (hendelsene) hjalp bevisstheten til å tenke fra pasientens perspektiv i stedet for å tenke "hva synes jeg"»*.

Det virker som om det er det relasjonelle som har fått størst fokus i bevisstgjøringen, og det er sentrale temaer knyttet til kommunikasjon som løftes fram. Det handler om den nonverbale og den verbale kommunikasjonen, om å lytte til pasienten og respektere den andre.

Bevisstgjøringen knyttes i stor grad til hvordan kroppsspråket til pleieren påvirker pasienten og betydningen av å ta seg tid.

Det er det å se «gjennom en person med demens» som førte til bevisstgjøring for hva slags væremåte og praksis som samsvarer med å ta personens perspektiv. Det å være som en annen person formuleres av deltagerne på flere lignende måter, som «*se fra en annens perspektiv*», «*få et innblikk i hvordan det er å være en dement person*», «*få oppleve hvordan det er å ikke mestre*», «*å høre hvordan personen tenker*».

### 5.1.2.3 Ny innsikt og refleksjon

Flere skriver at de gjennom bruken av VR-brillene har fått en ny innsikt som fører til at de tenker seg godt om i samhandling med pasientene. En har blitt oppmerksom på at det å snakke sammen, pleiere imellom, i fellesmiljøer uten å inkludere pasientene i samtalen, kan føre til misoppfattelser. At opplevelsen med VR-brillene vil også ha betydning for avgjørelser som fattes, er en annen uttalelse, uten at dette er spesifisert mer i beskrivelsen. En deltager er imidlertid helt tydelig på hva hun har erfart og hva opplevelsen har betydd, i alle fall umiddelbart: «*Jeg har i dag tenkt veldig over alt jeg har sagt og gjort med mine pasienter*». Selv om hun helt spesifikt uttrykker at hun hadde vært oppmerksom på sine handlinger den dagen hun hadde sett filmen, så utelukker ikke det at dette opphører etter noen dager. Hvorvidt det fortsetter, utvikles og hvilke betydninger det har for praksis er interessant. Funn fra intervjuene 4-5 uker har gitt oss ytterligere svar på hvorvidt VR-brillene har virket på deltagerne.

## 5.2 Funn fra intervjuene, fire uker etter intervensjonen

For å få tilstrekkelig kunnskap til å kunne svare på hvordan VR-brillene kan fremme personsentrert omsorg ble det samlet inn data på flere måter i dette prosjektet. Fire uker etter at eksperimentet og spørreundersøkelsen var gjennomført ble det utført intervjuer. Funnene fra intervjuene presenteres i denne delen, organisert etter analysekategoriene:

- automatiske handlinger
- relasjonell tilnærming og dialogisk tilnærming
- kollegastøtte
- refleksjon og endret holdning /oppmerksomhet.

Innledningsvis, i del 5.2.1 følger vi opp det åpne spørsmålet i spørreskjemaet der vi ønsket å få kunnskap om hvordan opplevelsen med VR –brillene hadde påvirket deltagerne med empiri fra intervjuene noen uker etter intervensjonen.

I del 5.2.2 presenteres funn fra intervjuene om hva som ligger til grunn for vurderinger og bruk av skjønn i praksissituasjoner.

## 5.2.1 Opplevelser og påvirkning av eksperimentet fire uker etter bruk av VR -briller

### 5.2.1.1 Aktivering av følelser

Fire uker etter at deltagerne hadde svart på det åpne spørsmålet om hvordan opplevelsen med VR –brillene hadde påvirket dem, fikk de på nytt det samme spørsmålet. Flere ga klart uttrykk for at det hadde berørt dem, men nå var det også andre følelser enn tristhet som var den umiddelbare følelsen som ble aktivert. Deltagerne sa også i intervjuet fire uker etter eksperimentet at de fortsatt syntes at personen i filmen ble behandlet ille, men de viste også flere følelsesuttrykk. En beskrev sin gryende irritasjon slik: *«Det var absolutt bra, for å få et perspektiv på hvordan de kan oppfatte verden og spesielt hvordan i det bursdagsselskapet, hvordan de snakket til personen – det ble jeg nesten irritert over»*. Denne pleieren forsøkte å sette seg i pasientens situasjon og kjente på sinne, kanskje akkurat den følelsen personen i filmen hadde. Hun klarte altså å gli inn i rollen og være pasienten, akkurat som replikken fra en annen deltager som reagerte ganske likt:

Nei ... det eneste som jeg ble mektig opprørt over var jo - jeg satte meg i hans ståsted, da – som fikk kjeft fordi han hadde vært i butikken igjen, da, og handlet melk. Jeg kjent at ... nei, huffa meg. Og spesielt det at de snakket over hodet på han mens han er til stede! Jeg tenkte at: han hører, han ser - -stakkar, for en fortvilet situasjon!

I disse to eksemplene har deltagerne tatt et skritt inn i personens verden og kjent på følelser som kanskje hovedpersonen i filmen hadde, og har altså klart å ta pasientens perspektiv.

Følelsene har ulik grad og karakter, men flere setter ord på at de fikk tårer i øynene, at de ble irriterte og opprørte. Deltagerne hadde også behov for å dele opplevelsen med andre etterpå; noen drøftet opplevelsen med kollegaer mens andre fortalte om det hjemme.

En av deltagerne setter ikke nøyaktig ord på hva hun føler i intervjuet, men at det hadde berørt henne i stor grad. Det hadde også resultert i at hun måtte fortelle om det til flere:

Vi har snakka mye om det her på jobben og jeg måtte også hjem og snakke om det, for jeg synes det var så sterkt! Jeg begynner nesten å gråte ved tanken på det, jeg synes det var kjempesterkt.

Fire uker etter at deltagerne brukte VR –brillene og levde seg inn i situasjonen til en person med demens har altså flere fortsatt sterke følelser i sving.

#### *5.2.1.2 Bevisstgjøring*

Det så ut til at en bevisstgjøring kom til uttrykk og ble utdypet ved at opplevelsen ble satt sammen med egen faglig kunnskap. I intervjuet var det en merkbar forskjell mellom beskrivelser av egen praksis og beskrivelser knyttet til filmen. Flere deltagere brukte mer faguttrykk da de beskrev hva de reagerte på i filmen, faguttrykk om demenssykdommen og hvordan denne påvirker personen i filmen. En deltager uttrykker en bevisstgjøring som handler om å forstå pasienten:

Denne opplevelsen har bidratt til at det for meg kan være lettere å komme seg inn i pasientens situasjon, og hvordan han/hun kanskje opplever en vanskelig situasjon. Hvordan vårt kroppsspråk, våre verbale utsagn og tone på stemmen vi velger å bruke kan være med på å skape mer uro enn personalet på avdeling kanskje er klar over. Det har også gjort inntrykk på meg hvordan pasienten opplevde det å ikke bli sett eller hørt, og hvordan det påvirket hans hverdag.

Bevisstgjøringen som det settes ord på har stor betydning for praksis om denne deltageren klarer å endre sin praksis i tråd med opplevelsene.

### 5.2.1.3 Ny innsikt og refleksjon

Det var veldig interessant å få innsikt i om opplevelsen som VR-brillene hadde gitt fortsatt var til stede noen uker etter utprøvingen, og om erfaringen hadde hatt betydning for praksis. En deltager fortalte i intervjuet at det ble en ny oppmerksomhet på kommunikasjonen med pasientene i avdelingen, som det å sikre at budskapet ble forstått og å vise pasienten respekt gjennom å inkludere ham i samtalen. *«Det (å bruke VR-brillene) gjorde også at jeg tenker over at å prate med andre ansatte med beboere til stede om beboer eller andre ting i hverdagslivet kan gjøre at beboeren fort kan misoppfatte ting, og at det var ubehagelig at en ble pratet om uten å forstå eller bli inkludert i samtalen».*

I intervjuene fikk vi en forståelse av at opplevelsen fortsatt satt i og en fortalte også om at den førte til en ny oppmerksomhet for det å forstå pasientens situasjon. I denne avdelingen var det flere som hadde brukt VR –brillene og dette hadde blitt et tema i praksisfelleskapet: *«Vi synes det var sterkt alle sammen. Vi fikk liksom litt opp øynene, nå er de selvfølgelig litt sykere de som er hos oss, men ..... det er noe med å se mennesket uansett, liksom ...om du har demens eller om du begynner å få demens eller om du ... ja ... Vi er fortsatt mennesker. Det glemmer vi fort».*

En informant hadde en sterk opplevelse fordi hun har fått sett verden med pasientens øyne og det kan oppfattes som om hun hadde fått en holdningsendring som har påvirket hennes praksis:

*Det å se det ut ifra en som har demens ..... etterpå har jeg jobba på en helt annen måte. Jeg ser pasienten mye klarere, jeg prøver å leve meg mer inn i det og hvordan er det denne personen føler det når han skal opp av senga ...de må sitte med en sånn forferdelig følelse ...at jeg tenker meg mye mer om når jeg går inn på et rom hvordan jeg er som person og hvordan de skal oppleve meg.*

På slutten av et intervju fortalte en informant om at det hadde oppstått tanker i en ny retning i en spesiell situasjon i hennes avdeling. Denne situasjonen handlet om at pasientens ønsker gikk på tvers av fastsatte planer og rutiner, men etter å ha brukt VR-brillene ble informanten drevet til å finne ut mer om hva pasienten egentlig ønsker og mener. I intervjuet fikk informanten hjelp til å se hvordan den nye oppmerksomheten kunne kobles til personsentrert omsorg og filmens budskap om å ta pasientens perspektiv. Det ble nærmest som en aha-oplevelse: *«DU VERDEN (ler høyt)! Ja. Ja. Du verden ... dette er rart, altså! Det kommer*

*likesom mer og mer. Da er jeg jo kanskje mer personsentrert når jeg lar han gjøre som han vil, da?»*

Vi hadde flere erfaringer om betydningen av å reflektere om opplevelsen etter å ha sett filmen. Det var deltagere som kom til en ny erkjennelse i forbindelse med samtaler rundt intervjuene: *«Jeg synes det var en veldig fin erfaring å ta med seg. Om jeg likesom tenker at det ikke er noe framskritt fra før til nå, så er det kanskje det allikevel. Når vi sitter og snakker sånn nå, det er nok det. Jeg ser nok litt annerledes på ting.»*

Følgende sitat viser at en refleksjon i etterkant av opplevelsen med VR-brillene ledet frem til noe som virket mer gjennomgripende: *«Nei, men jeg kjenner masse nå, nå når jeg sitter og snakker om det, kjenner jeg det. Å snakke med andre som har sett filmen tidligere, ville sikkert vært veldig lurt. Det gir en sånn ekstra. Det gir faktisk det, en tanke for hvordan du er mot og overfor pasientene».*

De aller fleste som kommenterte VR-brillenes tema, om å ta en annens perspektiv, så det som et viktig anliggende som bør ha plass og fokus i opplæring og utdanning, og VR-brillene beskrives som en aktuell læringsmåte. Vi ønsket å høre om deltagerne hadde tanker om hvordan filmen kunne brukes og om de hadde tanker om andre måter å øve seg på å ta pasientens perspektiv.

Det bør inn i læra, at det kan være nyttig at de (lærlingene og sykepleierstudentene) ser det i et annet perspektiv. Det burde vært flere snutter av forskjellige kategorier. Her er det hjemmebasert, og det kunne godt vært sykehjemsbasert. Alt fra rullestolbruker til et vanlig stell.» «... fordi de (lærlingene) har ikke noe erfaring i det hele tatt, alt er jo nytt, og da å få det sånn inn med en gang, tror jeg er lurt.

Et fåtall mener imidlertid at VR-brillene ikke har påvirket noe, og det blir begrunnet med at det er slik man allerede tenker og handler. *«Det har i grunn ikke påvirket meg noe. Jeg har den opplevelsen at jeg allerede hadde forståelsen og er bevisst hvordan snakke til og ikke over hodet på pasienten.»*

Likedan i et annet sitat kommer det tydelig frem at informanten allerede var opptatt av å ta personens perspektiv:

Det var artig å prøve det. Men jeg tror ikke det gjør noen forskjell i måten min å omgås personer med demens. Jeg mener det er viktig å sette seg inn i den enkelte pasients situasjon, og med det som utgangspunkt legge til rette for å gjøre dagene best mulig for den enkelte. Ved å møte personen med demens "der han er", ved at pasienten får bruke sine ressurser, blir tatt på alvor, og blir behandlet med respekt.

## 5.2.2 Vurdering av praksissituasjoner

I forrige kapittel ble resultatene fra spørreskjemaene presentert. Her vurderte deltagerne pleieres handlinger i femten caser. Gjennom intervjuene fikk vi innsikt i hva som lå til grunn for deltagerne vurderinger og bruk av skjønn i sin egen praksishverdag. Case nr. 1 i spørreskjemaet om Olav som vil ut av sykehjemmet har vist seg å være en interessant case på flere måter. Det var derfor meget godt egnet som en åpning i intervjuet, men nå ville vi at deltagerne selv skulle få bestemme handling. Fire uker tidligere hadde over halvparten av de som ble intervjuet, sammen med 28 andre deltagere vurdert det foreslåtte handlingsalternativet som et godt alternativ, skjønt det viser ikke til en anbefalt praksis der personens perspektiv har fokus.

### 5.2.2.1 Deltagerne handlingsrom og praksis

Situasjonen fra case 1 om Olav som prøver å komme ut døra på sykehjemmet ble tatt opp innledningsvis i intervjuet, med tanke på å få mer kunnskap knyttet til helsefagarbeidernes vurderinger om å ta pasientens perspektiv i praksis. Deltagerne gjenkjente denne casen fra spørreskjemaet, men kanskje aller mest fra egen praksis. I intervjuet ble situasjonen uten handlingsalternativet tatt fram og deltagerne ble bedt om å fortelle hvordan de ville håndtere situasjonen. Det var flere som raskt og sikkert valgte seg det samme handlingsalternativet som var foreslått i spørreskjemaet. Å tilby en kopp kaffe til en person som står og rister i døren og vil ut var aktuelt. En av de som ble intervjuet sa det slik: «*Vi kan være litt standard og si: «Nå tar vi en kopp kaffe».* Å tilby en kopp kaffe hører med til et handlingsrepertoar som man kan «ty til» og bruke nesten uansett hva det måtte være.

Deltagerne forteller i intervjuene om mange krevende situasjoner fra daglig praksis og hvordan de vurderer disse. Det er flere innfallsvinkler til valg av handlingsalternativ, og de tilnærmingene som har elementer av standardisering har vi kategorisert som automatiske handlinger. Dette er handlingsalternativer som er utprøvd i en eller flere situasjoner med god



effekt, og som gjentas i lignende situasjoner. Dette utsagnet er ett eksempel på automatiske handlinger: *«Så det bruker vi mye og da avleder vi dem rett og slett med å ta dem med ut, det er det de ønsker, ikke sant, en del av dem.»*

Helsearbeiderne må ofte bruke sitt skjønn og det kan resultere i at de tar ulike valg. Særlig der det ikke er tilrettelagt for fag -og refleksjonsmøter er det store muligheter for individuelle løsninger. Dette er uheldig for personer med demens som trenger forutsigbarhet for å være trygge. Å tenke systematisk sammen med kollegaer vil kunne legge grunnlag for en felles forståelse og felles tilnæringsmåte. Dersom ansatte ikke får reflektere og drøfte kan det få konsekvenser for praksis: *«Og alle jobber forskjellig og det er forskjellig fra avdeling til avdeling også, i forhold til måten vi jobber på, .... Det er veldig forskjellig.»*

Tidsaspektet er ikke uvesentlig i sykehjem. Historier fortelles om at helseansatte ikke har den tiden de ønsker sammen med pasienten. Ofte drives de ansatte mellom å møte pasientens behov og å utføre praktiske oppgaver, og de må gjøre prioriteringer. Flere deltagere luftet dette dilemmaet og en gjorde seg også noen kritiske refleksjoner knyttet til det å bruke automatiske handlingsalternativer: *«Ofte har man litt dårlig tid, også kan man tenke at .... man sier det for det pleier man å si og det kan funke i noen situasjoner også gjør det egentlig ikke det. Man kan gå over til å tenke at det er for personalets eget beste, for at man skal beholde roen.»* Deltagerne er her opptatt av at det ofte er travelt på jobb og at det ikke er den tiden til rådighet som er ønskelig, for å gi pasienten full oppmerksomhet. Hensynet til kollegaer som kommer på jobb er også en faktor. Man vil gjerne overlevere en ryddig og ren avdeling til neste skift, og dette kan gå på bekostning av samvær og møte med pasienter.

Deltagerne vi intervjuet var alle erfarne helsefagarbeidere i demensfeltet og kjente godt til atferdsmønster som gjerne går igjen hos pasienter med demens på sykehjem. Å stå ved utgangsdøren og riste i håndtaket er ikke sjelden opplevelse for deltagerne i prosjektet og det er derfor nærliggende å overføre sine erfaringer og handlingsmåter på Olavs situasjon.

*«Og han skal sikkert hjem, eller ut i hagen og rydde eller .... Til små barn, eller - han skal jo noe. Vi har også folk som vil hjem, men de går ikke av gårde, men de leter etter mamma .... Kan du følge meg ut, kan du vise meg båten til det og det stedet ..... det jeg prøver på da er avledning, kan du si».*

### 5.2.2.2 Relasjonell og dialogisk tilnærming

Når deltagerne fortalte om hvordan de tok pasientens perspektiv ga de tydelig uttrykk for at de var opptatt av å etablere en relasjon med personen med demens. Å bli godt kjent med personen var sentralt. Det handlet om å vite hvem han tidligere hadde vært, hva han hadde jobbet med og hvilke interesser vedkommende hadde hatt. Mange løftet dette frem som svært viktig når man skal iverksette tiltak i en krevende situasjon.

Jeg måtte vite historien hans, fortiden, måtte vite hva han jobbet med, fra før han ble pensjonist, interessant hva han har som hobby, og ..... interessant å vite hvordan hans hverdag var før han kom i forhold til hvordan en kan best mulig legge til rette når han da flytter hit, sånn at ting på en måte blir kjent for han, da, at han har trygghet i det og en forutsigbarhet på avdelingen. Det ville kanskje vært lettere å forstå han, lettere å snakke med han hvis jeg kjenner han godt. Samtalen ville sklidde mye bedre.

Relasjonell tilnærming handler om kontakten mellom mennesker, mange deltagere har kunnskap om dette og er svært opptatt av kontaktetablering. Personer med demens som bor i sykehjem har som regel kommet langt i sykdomsutviklingen og kan ha grader av språksvikt. Dette vil naturligvis påvirke kommunikasjonen, og er en utfordring i relasjonsetableringen. Deltagerne er kjent med dette, og gir uttrykk for varsomhet og full oppmerksomhet rettet mot pasienten i slike møter:

Jeg ville gått bort og ..... ja, snakke i en forsiktig tone og ... fått øyekontakt med han. Jeg kunne gjerne tenkt meg å hilse på deg, jeg har ikke møtt deg før, skal vi sette oss ned og ta en prat ... fortelle hvem jeg er ...». «Da må man prøve seg frem. Det første jeg ville prøvd var å gå rolig bort til personen og si hei og prøve å få kontakt».

En av deltagerne beskrev erfaringer fra tilfeller der de riktige og gode tilnæringsmåtene ikke dugde. Da var det bare de ansatte som allerede har etablert et kjennskap til pasienten som kunne klare å få kontakt med pasienten: «*De (pasientene)kjenner igjen et ansikt, om det er ansikt, stemme eller, i hvert fall noe som den ene gjør kontra den andre. Vi faste gjør sånn, sånn og så føler de seg trygg. Også kan vikaren gjøre akkurat det samme, men får ikke til resultatet.*».

Vi har data som anskueliggjør flere situasjoner der informantene samtaler med pasienten for å undersøke hva pasienten ønsker. Dette er funn som viser at informantene er opptatt av å finne ut hva som ligger bak atferden til pasienten gjennom å kommunisere, kategorisert som dialogisk tilnærming. Her forsøker deltagerne å finne den bakenforliggende årsaken til

pasientens oppførsel, helt i tråd med personsentrert omsorg. «Jeg ville jo spurt hvor han har tenkt seg, om det er noe jeg kan hjelpe han med». Siden pasientenes språkvansker gjør verbal kommunikasjon utfordrende blir kroppsspråket viktig, og deltagerne tar også dette i bruk for å få kontakt.

Jeg tenker at man må lese menneskene, klare å lese kroppsspråk, mimikk, måten mennesket fremtoner på, og jeg tenker også at det er viktig at man ikke er usikker i det man gjør, man må vise at man er trygg, trygg og god person. Fordi at det å være utrygg, det leser den andre personen godt.

Noen ganger må man rett og slett prøve seg frem og observere hvordan reaksjonen blir: «Hvis han ønsker å gå tur, og du sier kom skal vi gå en tur, så hadde han jo sluttet å røske i døra og snudd seg mot meg og bevegde seg den veien jeg gikk .....»

En informant ville gått inn i situasjonen og undersøkt flere bakenforliggende årsaker til at Olav røsker i døra til tross for at dette kan være et vanskelig samtaletema. Dersom Olav ville svare at han vil hjem til far og mor må pleieren gå inn i situasjonen, som kan føre til sorg når han får høre at de ikke lever lenger, og sinne når han får høre at han skal bo på sykehjemmet: «Ja, og hvis de har språk og sier at de skal hjem, da kan du i hvert fall snakke om det, da».

### 5.2.2.3 Kollegastøtte

I intervjuene er det mange som løfter frem betydningen av et kollegafellesskap, å ha noen å drøfte praksissituasjonene med. Det kan handle om at en kollega får til god samhandling med en pasient og deler av sine erfaringer, eller det kan skje ved at ulike tanker og ideer deles som resulterer i nye måter å løse situasjonene på. Vi oppfatter at disse drøftingsmøtene var svært betydningsfulle og helt nødvendige fordi det er så mange utfordrende og krevende situasjoner i arbeidshverdagen. «Ja, og så er vi de vi er på jobb. Så vi er veldig avhengig av hverandre, fordi det er så mange vanskelige situasjoner».

Men det viste seg å være variasjoner mellom de to sykehjemmene, om hvordan det ble lagt til rette for drøftingsmøter. Både med hensyn til å ta i bruk praksismodeller for personsentrert omsorg og praksismodeller for å utrede, tolke og finne tiltak for utfordrende atferd, og for refleksjonsmøter. En av deltagerne som ble intervjuet la stor vekt på strukturerte metoder og drøftingsmøter. Det å sette av tid og rom for å snakke kan lede til nye spor og det kan skje en oppblomstring av nye idéer. Å ha med deltagere fra ulike yrkesgrupper i møtene ble

poengtert. Det var viktig for å løse krevende utfordringer, og det var inspirerende. Praksismodeller som er aktuelle for demensomsorgen, VIPS og TID, har integrerte møtestrukturer som vil inngå i avdelingenes ordinære ukentlige møtestruktur, som leder må tilrettelegge for i turnusplanlegging og i organisering av hverdagen. Fagmøtene beskrives også som en viktig innramming for å ta pasientens perspektiv:

Hvis det er et problem som går igjen, så har vi nå innført at vi skal bruke VIPS (fagmøte personsentrert omsorg). Ellers så har vi brukt noe som heter TID (strukturert tverrfaglig møte). Og det har vært kjempefint for da har det vært tverrfaglighet blant de ansatte, det har vært leger, sykepleiere, det har vært forskjellige fagfelt og det er kjempebra for å finne gode løsninger. Det er jo lett å tenke på noe man har gjort tidligere, men ved å bruke VIPS og TID, så kan det blomstre opp nye ideer når man sitter sammen og prater om det. Det å tvinge seg til å tenke nytt, er veldig, veldig sunt for alle og enhver ....

I det andre sykehjemmet var det ikke innført systematiske refleksjons- eller drøftingsmøter i tråd med praksismodellene og det var heller ikke fastsatt refleksjonsmøter i ukeplanene. En av de ansatte forklarer at et raust, åpent og imøtekommende arbeidsmiljø gir rom for refleksjoner om det å pasientenes perspektiv: *«Det er mer tilfeldig om noen tar det opp. Vi tar oss tid til det, og det er veldig deilig der jeg jobber er det veldig bra miljø. Å spørre, det er rom for å gjøre ting annerledes, det er rom for å komme med forslag uten at – nei, det har vi prøvd før .....»*.

Ansatte fra begge sykehjemmene beskriver at det kollegiale spiller en vesentlig rolle i drøftingene. Å komme fram til nye løsninger er viktig, men også støtten og inspirasjonen fra kollegaer betyr mye. I de strukturerte drøftingene som foregår innenfor rammen av VIPS og TID blir utvikling og framdrift løftet fram, men i ad hoc-refleksjonene blir det relasjonelle og miljøet på arbeidsplassen fremhevet.

Å prøve å ta pasientens perspektiv krever en tilstedeværelse både fysisk og psykisk. Tiden man har til rådighet har betydning. «Å ta seg tid» kan indikere at det er noe den enkelte ansatte må tilrøve seg. Det blir opp til den enkelte ansatte og kulturen i avdelingen og det er en risiko for at refleksjonene vil skje sporadisk og sjeldent. Når det brukes strukturerte møter blir det avsatt tid ukentlig til refleksjonene, og hvorvidt refleksjonene skjer eller ikke, vil være

et lederansvar. Den ansatte som deltok i refleksjoner på grunn av de brukte en av refleksjonsmodellene beskrev at hun «får» tid til å sette seg inn i pasientens perspektiv:

TID er en god metode for å få tid til å sette seg inn i pasientens perspektiv for i en hektisk hverdag er det ikke alltid så lett. Så sanne metoder hjelper oss litt til å åpne hodene litt og tenke nytt.

Vi har funnet i intervjuene at personalets mulighet til å reflektere og drøfte har betydning for å oppleve kollegial støtte. Det har også bidratt til nytenkning og utvikling.

Samtlige av de som stilte til intervju ga tydelig uttrykk for en yrkesstolthet og et engasjement for sitt arbeide. De viste trygghet og sikkerhet når de fortalte om de utfordrende situasjonene de står overfor, både når det handlet om egen innsats og om kollegafellesskapets.

Et bra samarbeid er når de ansatte spiller på lag og de daglige utfordringene bare legger seg til rette.

Det finnes jo dager som jeg er veldig fornøyd med ... når kommunikasjonen fungerer i avdelingen og ..... samarbeidet er veldig bra! Det har så mye å si det samarbeidet, altså! Kjempemye! Sånn som i dag, da så var det en som trengte å sove lenge, så kan si at da går vi og gjør det også passer dere på henne og så ser vi om hun kommer seg opp etter hvert. Det er sånn det bør være.

Å hjelpe en pasient ble skrevet som et håndverk der helsefagarbeidere og sykepleier samarbeider om planer og snakker sammen for å finne ut hvordan ting skal gjøres rundt pasienten. Betydningen av å prøve og feile blir lagt vekt på:

Hvis vi får en ny pasient der vi får tid til å lese gjennom journalen hans, for eksempel vi prater også om hvordan vi skal arbeid rundt han, hva han trenger, for eksempel. Så det er vi veldig, veldig flinke til, vi får faktisk ny pasient i morgen, vi har allerede hatt rapport om det, hvordan man skal gå inn, hva er det hun trenger og sanne ting, så vi er flinke til det og å snakke om ... også feiler vi litt og så møtes vi igjen, ok, dette gikk ikke, da må vi prøve noe annet. Så vi har et veldig tett samarbeid oss imellom, både helsefagarbeiderne og sykepleierne.

Det kom også frem et tydelig personlig engasjement hos flere av de som ble intervjuet:

Min filosofi som helsefagarbeider er å yte god omsorg. Og ... behandle hvert enkelt menneske individuelt og ... med å yte god omsorg så mener jeg å behandle dem med respekt, være tydelig når du snakker, korte setninger, ikke ... være for bardus og brå, for reaksjonsevnen er ofte ...tar mye lengre tid før de på en måte oppfatter hva du snakker om, og jeg personlig ... min ... hva skal jeg si ... det jeg brenner mest for er god demensomsorg.

### 5.3 Oppsummering av funn og resultater

Resultatene fra spørreskjemaene som ble besvart før og etter eksperimentet med VR-brillene avslørte ingen endring av betydning. Standardavviket var lite, som tyder på felles omforent praksis idet deltagerne vurderer situasjonene tilnærmet likt. 60% av svarene tilsvarer høy empatisk forståelse.

I det åpne spørsmålet som ble besvart rett etter at deltagerne hadde brukt VR-brillene var det to kategorier som pekte seg ut; aktivering av følelser og bevisstgjøring. Også fire uker etter, da noen av deltagerne ble intervjuet, var følelsene fortsatt sterke, og hendelsen som hadde vært som en påminner for dem ledet til ettertenksomhet. Praksisfellesskapet har stor betydning for refleksjon over praksis og ble brukt også for å dele opplevelsen med VR - brillene.

## 6.0 Drøfting

I denne delen drøftes resultater og funn i datamaterialet opp mot problemstilling, forskningsspørsmål, tidligere forskning og teori. Den er strukturert etter problemstillingen og de to forskningsspørsmålene i masteroppgaven. I delene 6.1 og 6.2 drøftes forskningsspørsmålene. Temaene for drøftingen retter seg mot deltagerens opplevelse av å se filmen gjennom VR-brillene, og hvordan deres praksis er påvirket. Oppsummering fra drøftingsdel 6.1 og 6.2, tas med inn den avsluttende drøftingsdel 6.3, for besvarelse av problemstillingen «VR-brillene som medierende artefakt for å fremme forståelsen for å ta pasientens perspektiv».

### 6.1 Hva kjennetegner helsefagarbeidernes opplevelse av å ta perspektivet til personer med demens før og etter bruk av VR-briller?

Mange deltagere fortalte om følelser som ble vekket og at de opplevde en bevisstgjøring da de så filmen gjennom VR-brillene. I denne delen drøftes betydningen av følelsesaktivering og bevisstgjøring, og veien fra opplevelse og bevisstgjøring til endret praksis.

#### 6.1.1 Fra affektiv opplevelse og bevisstgjøring til profesjonell empati

Bruken av VR-brillene der deltagerne fikk kjenne på hvordan det er å være en person med demens, aktiverte mange følelser. Det å få være den personen som man selv møter som pasient i sin praksis, oppleve at din egen datter blir irritert på deg, at hun henter og leser posten uten at du hadde blitt spurt om det, at det ble arrangert et fødselsdagsselskap uten noen som helst medvirkning og at det ble snakket over hodet på deg – det berørte deltagerne. Opplevelsen med VR-brillene førte til at flere deltagere aktivt tok pasientens perspektiv da de beskrev sine følelser i det åpne spørsmålet rett etter intervusjonen. De satte ord på følelsene på vegne av personen i filmen, men også som om de var personen.

Men hva skjer som følge av aktiverte følelser? Er dette et utgangspunkt for læring og endring av praksis? På hvilken måte kan opplevelsen av å ta pasientens perspektiv utvikles og anvendes i praksis?

VR-brillene aktiverte følelser og skapte en bevisstgjøring som vedvarte og kom klart til uttrykk i intervjuet også fire uker etter at de hadde prøvd brillene. En av prosjektdeltagerne vi

intervjuet hadde klart å omsette følelsene hun fikk etter å ha brukt VR-brillene til ny praksis, og møtte pasientene med en annen oppmerksomhet enn tidligere, en oppmerksomhet som var rettet både mot pasienten og mot seg selv som pleier. Helsefagarbeideren koblet sammen opplevelsen fra filmvirkeligheten med praksisvirkeligheten på sykehjemmet, der pasienten også ble møtt og forstått på en ny og bedre måte. Å sette sammen kunnskap og erfaringer på denne måten bærer preg av kontinuitet, som også er et sentralt kjennetegn ved erfaringslæring (Illeris, 2015, side 150).

Det var interessant at deltageren som mente at praksis var endret etter eksperimentet også i stor grad hadde delt sine opplevelser med VR -brillene med kollegaer, flere ganger. Filmopplevelsen ble en drivkraft som måtte deles med kollegaer. På denne måten kan det se ut til at deltageren hadde klart å få til en sosial integrasjon gjennom respons og aksept på sin opplevelse fra kollegaene, som anses som en nødvendighet dersom den emosjonelle opplevelsen skal føre til endret praksis (Holzkamp-Osterkamp, 2012, s. 110-114).

I tillegg til aktiverte følelser var det også mange deltagere som fortalte at de hadde fått en bevisstgjøring ved å se filmen gjennom VR- brillene. Bevisstgjøringen hadde ført til en erkjennelse av og en økt forståelse for hvordan personer som har demens opplever sin situasjon og kontakt med andre mennesker. VR-brillene aktiverte tydeligvis deltageres tidligere kunnskap, som ble anvendt i intervjuet. Til forskjell fra beskrivelsene av daglige forhold i avdelingen, hentet deltagerne frem sin teoretiske kunnskap og brukte faglige begreper for å beskrive det som skjedde i filmen. Deltagerne beskrev også en økt forståelse for pasientene ved at de ble mer oppmerksomme på hvordan det var å være en person med demens. Dette kom også frem i det åpne spørsmålet som ble besvart rett etter intervensjonen. Deltagerne ble ikke spesielt bedt om å vise til faglig relevant kunnskap her, men det var allikevel mange som viste kunnskapen ved å bruke faglige begreper. Deltagerne har sannsynligvis opplevd en økt empatisk forståelse som de valgte å koble på sin kunnskap. Dette kan henge sammen med at deltagerne har hatt en empatisk identifikasjon idet bevisstgjøringen og følelsene som ble aktivert ble knyttet til en kjent verden. I lys av teorien om at følelser alltid påvirkes av kognitive faktorer er det en stor mulighet for at deltagerne hadde en kognitiv representasjon til opplevelsen med VR- brillene, det vil si at følelsene som oppsto da de brukte VR-brillene aktiverte tidligere kunnskaper siden hendelsene i filmen var gjenkjennelige (Håkonsen 2014 s 86). Deltagerne gjenkjente situasjonene, selv om personen i filmen var i en tidligere fase av demensutviklingen enn pasientene i sykehjemmene deltagerne



jobbet i, der de aller fleste pasientene har en alvorlig grad av demens. Situasjonene opplevdes likevel virkelige og reelle.

Det ser ut som om følelsene og bevisstgjøringen som skjer idet deltagerne får se filmen via VR-brillene kan lede til såkalte «breakdowns» som fører til at deltagerne stopper opp og reflekterer over hendelsen. I intervjuet reflekterte flere over innholdet i filmen de hadde sett og noen kom til en erkjennelse av hvordan man kan bruke denne erfaringen inn i samhandling med pasientene. En deltager avviste at filmen hadde påvirket henne, og først da intervjuet var avsluttet hadde hun en refleksjon som en erkjennelse av at hun likevel var påvirket og at hennes praksis også var endret. Stopp etter spesielle hendelser og med etterfølgende refleksjon kan fungere som «mulighetsøyeblikk» eller «breakdowns» der man blir oppmerksom på noe nytt. «Breakdowns» er en gylden mulighet for læring, og dette ble også påpekt av flere som blant annet nevnte at alle burde få se filmen med VR-brillene, også vikarer. Deltagerne var tydelige på at filmen ikke måtte innlede en opplæring for nye, men at den burde bli brukt i en sammenheng med undervisning. Det var unisont fra deltagerne som deltok i intervjuene at filmen og VR-brillene hadde stort potensiale i opplæring og undervisning. De ble sett på som midler som kunne gi en annen forståelse, utover det man kunne lese og lære gjennom kurs og utdanning. Det understøttes av forskningen til Krumsvik der det ble brukt video og film i en evalueringsstudie. Her var det lærere som så seg selv som utøvende lærere på videoopptak, og det ble vist til hvordan dette førte til en økt refleksjonsintensitet. Det oppsto naturligvis følelser og engasjement knyttet til det å se seg selv som utøver på film, men det viser også hvordan teknologien bidrar med metoder som på en særlig måte får frem følelser gjennom såkalte mulighetsøyeblikk. I den samme studien påpekes det også at utbyttet bør sees i sammenheng med at man har noen knagger av kunnskap å henge det på (Krumsvik, 2012, s. 48).

Det å sette ord på og hente inn kunnskap som handler om perspektiver og holdninger er ikke enkelt, og det er gjerne en type taus kunnskap. Den tause kunnskapen handler om at vi vet mer enn vi kan sette ord på, og om erfaring som bare kan videreformidles gjennom praksis (Grimen 2008 s 80). Det å bli vant til å beskrive praksiserfaringer er viktig for utvikling av handlingsrepertoaret og for økt forståelse. Refleksjon over handling kan være som en ettertenksomhet der språket, dialogene og samspillet i læringssammenheng har betydning, påpeker Donald Schön (Illeris, 2015, s 89). Refleksjoner som fant sted i deltageres praksisfellesskap ble beskrevet av dem som refleksjoner over praksis, særlig over situasjoner som var vanskelige. Det ble en måte å teste sine erfaringer opp mot andres, en prøve på om

man er på linje med de handlinger som praktiseres og en mulighet til å justere kursen. Her vises og utvikles kognitiv kunnskap i praksisfellesskapet (Illeris, 2015, side 89). En kjent sykepleieteoretiker, Patricia Benner, hevder at en sykepleier må reflektere over sin praksis for å bli ekspert (Tennøe, 2015, s. 46). Helsefagarbeiderne i vårt prosjekt reflekterte over sin praksis, i noen grad for seg selv, men oftest i praksisfellesskapet. I de to sykehjemmene som deltok i undersøkelsen var refleksjon ulikt praktisert, i ett av sykehjemmene var ikke refleksjonen fasilitert, det vil si at det var ingen klinisk veileder som kunne bidra til at erfaringene ble omsatt til praksis, ei heller var det avsatt tid for fagmøter. Forskning viser at veiledning bidrar til trygghet i profesjonsrollen og dette er en viktig forutsetning for læring. Det er anbefalt at den kliniske veilederen som bringer teori inn i refleksjonene, og bidrar til å lede deltagerne til å omsette dette til ny praksis, bør være en person helsearbeiderne har en god relasjon til (Tennøe 2015, s. 47). Veilederen blir en medierende hjelper som kan bidra til at deltagerne får omsatt følelsene som ble aktivert og bevisstgjøringen til praktisk handling.

For å dra nytte av VR -brillenes mediering er det vesentlig å ha kunnskap om utvikling av empati fra affektiv til profesjonell empati. Ifølge Carkhuff kan empati læres og utvikles (Carkhuff, 1968). Refleksjonsmøter eller faglige møter kan være en godt egnet arena for dette. Å omsette affektiv opplevelse og bevisstgjøring til profesjonell empati som man anvender som helsearbeider overfor en pasient krever trening. Man må tåle å gå inn i pasientens opplevelsesverden, akseptere denne og beholde roen selv om den andre reagerer med sorg eller reagerer aggressivt. Dette krever at helsearbeideren har kontroll på sin oppmerksomhet og eget reaksjonsmønster, og i tillegg anvender sin faglige kunnskap for å bistå pasienten (Nerdrum, 2011, s. 64-66). Disse kompliserte prosessene foregår daglig i arbeide med personer med demens, og fordrer refleksjon og støtte.

Kunnskapsdimensjonen løftes frem i en artikkel av Detlev Leutner (2013) som diskuterer teknologibasert læring og betydningen av affektive opplevelser. Det konkluderes med at motivasjon og følelser medierer læring generelt, men det pekes også på at deltagernes forkunnskaper vil være viktige for å kunne ta inn over seg opplevelsen som den digitale teknologien gir (Leutner, 2013, s. 174-176). Med denne kunnskapen vokser det frem en idé om at VR -brillene bør settes i en sammenheng med både undervisning og refleksjon. Dette bekreftes også gjennom drivkraftdimensjonen i læringsmodellen til Illeris, der et av elementene omhandler psykiske prosesser som følelser og motivasjon. Illeris peker på at læring forutsetter en mental energi som både kan være negativ og positiv, usikkerhet og bekymring er like vesentlig som engasjement og nysgjerrighet for læring. Følelsene som ble

vekket hos deltagerne etter at de hadde sett filmen i VR-brillene vekket mange negative følelser som tristhet, irritasjon og sinne, men like fullt kan altså disse følelsene være en viktig drivkraft for læring (Illeris 2015, s. 47).

Er vi så på vei mot en profesjonell empati? Benevnelser som dypere empatisk forståelse eller et høyere empatinivå er begreper som er anvendt i denne oppgaven, og de er basert på Carkhuffs betegnelser for utvikling av empati. Det ser ut til at disse benevnelser har likhetstrekk med begrepet profesjonell empati, som innebærer at deltagerne har en aktiv tilnærming, jobber metodisk og tar kontroll (Nerdrum 2011, side 63 -64). Den affektive empatien vil, til forskjell fra den profesjonelle empatien, kjennetegnes av en passiv tilnærming, der man tar innover seg signalene fra den andre personen. Deltagerne i prosjektet ga uttrykk for til dels sterke følelser, og de følte seg triste når de fortalte om hvordan de hadde opplevd situasjonen som hovedpersonen i filmen var i. Påvirkningen medvirket til en affektiv empati idet deltagerne tok opplevelsen fra filmen inn over seg, og den var særlig tydelig rett etter at de hadde sett filmen i VR-brillene. Empati er viktig for å forstå pasienten ut ifra hans eget perspektiv, men spørsmålet er i hvilken grad det er bevegelse fra den affektive empatien mot den kognitive og profesjonelle empatien. Profesjonell empati kan utvikles og læres som Nerdrum beskriver det i en skala om utvikling av empati i tre trinn. På trinn 1 korrigeres pasienten av hjelperen og prøver å forandre pasientens opplevelse. Videre på trinn 2 vil hjelperen komme til å bearbeide pasientens opplevelser gjennom trøst, overtalelse og råd. Endelig på trinn 3, uttrykker hjelperen interesse for pasientens perspektiv. I lys av denne skalaen kan vi forstå at det er bevegelser blant deltagerne i positiv retning. Det er flere av deltagerne som prøvde å se situasjonen med pasientens øyne og de ga uttrykk for en positiv nysgjerrighet for fenomenet. En av deltagerne hadde også klart å forestille seg det å være personen i filmen, og uttrykte seg på en slik måte at hun fortsatt var hovedpersonen. I disse tilfellene kan det se ut som om VR-brillene påskyndet det å ta pasientens perspektiv.

### 6.1.2 Oppsummering og svar på forskningsspørsmål 1

VR –brillene aktiverte sterke følelser, og følelsene ble opprettholdt over flere uker. Flere deltagere opplevde også en bevisstgjøring og fikk en påminning om kunnskaper som de ikke hadde anvendt på en stund etter å ha sett filmen i VR-brillene. Aktiveringen av følelser og økt bevissthet rundt samhandlingen med personer som har demens skaper mulighetsøyeblikk og danner en indre energi som er en viktig drivkraft for læring og et godt utgangspunkt for utvikling av praksis. Vi fant også at VR-brillene og filmen økte refleksjonsintensiteten. Veien

fra affektiv til profesjonell empati er krevende, og en medierende hjelper i refleksjon kan være nyttig for å få til utvikling av praksis.

Det som kjennetegner helsefagarbeidernes opplevelse av å bruke VR –brillene er altså aktivering av følelser som opprettholdes over flere uker og en bevisstgjøring.

## 6.2 På hvilken måte virker opplevelsen av VR-brillene inn på helsefagarbeidernes handlingsrom og praksis?

Svarene i spørreskjemaene og funn fra intervjuene ga oss innsikt i hva som lå til grunn for deltagerne bruk av skjønn i vurdering av praksissituasjoner. Siden det ikke var endring i spørreskjemaene før og etter eksperimentet, og det ble åpenbart at VR –brillene ikke hadde gjort noen forskjell for deltagerne vekket det en nysgjerrighet om personsentrert omsorg allerede var innarbeidet.

### 6.2.1. Handlingsrom og bruk av skjønn

I eksperimentet var praksissituasjonene av en slik karakter at de henvendte seg til deltagerne skjønnsvurdering. Casene speilet helt vanlige praksissituasjoner, men de ville ikke ha typiske standardløsninger. Det var ubetydelig endring i hvordan de vurderte casene i spørreskjemaene før og etter bruk av VR, så det kan se ut som om det å bruke sitt skjønn i vurdering av praksissituasjoner ikke ble påvirket av å bruke VR-brillene. Spørsmålet som da oppsto, var om personsentrert omsorg allerede var innarbeidet hos deltagerne i prosjektet? Personsentrert omsorg er relativ ny kunnskap, og med store personalgrupper som det er i det kommunale helseområdet tar det tid å bringe kunnskapen ut til alle. Undersøkelser viser også at begrepet blir forstått ulikt. Mens noen har en fenomenologisk tilnærming og oppfatter det som et verdigrunnlag, er det andre som tenker på personsentrert omsorg som individuelt tilrettelagt omsorg (Rokstad, 2014, s. 22). Omsorgsfilosofien fremstår enkel i læreboken, men tar lang tid å innarbeide fordi dette handler om en grunnlagsforståelse som innebærer nye tankemønstre og endret praksis. Vi er kjent med at ett av sykehjemmene i undersøkelsen har innført praksismodellene VIPS og TID som er bygget opp rundt strukturerte fagmøter hvor personsentrert omsorg er grunnlaget, men vi er også kjent med at modellene praktiseres i liten grad. Årsaken til dette er at det er gjennomført store endringer i strukturen ved sykehjemmet som omfatter bytte av avdelinger, nye sammensetninger i personalgrupper, lederbytte mv. Det andre sykehjemmet har ikke implementert de samme modellene eller hatt annen undervisning

om personsentrert omsorg, men vi er kjent med at dette planlegges i nær fremtid. Ved begge sykehjem kan det ha vært gjennomført kurs og annen opplæring i andre temaer som har omfattet elementer av personsentrert omsorg og det kan ha vært ansatte som har lært personsentrert omsorg i videre- og etterutdanninger. Dette er variabler det ikke er innhentet empiri om i dette prosjektet. Sykehjem A som hadde innført praksismodeller med tilhørende undervisning scoret noe høyere i pretest enn det andre sykehjemmet, og det kan bety at det å ta perspektivet til personen med demens var noe mer innarbeidet i dette sykehjemmet. I sykehjem B kan scoringene i pretesten tyde på at deltagerne ikke hadde med seg den grunnleggende forståelsen i utgangspunktet, men noen fikk muligens en vekker gjennom VR-brillene som kom til syne gjennom noe høyere scoringer i posttesten.

60% av deltagerne scorer tilsvarende høy empatisk forståelse i spørreskjemaet, og det indikerer at det er mye god praksis. Det er flere elementer av personsentrert omsorg som kommer frem i deltagerne vurderinger av casene, men det kan se ut til at tankegangen om å kartlegge utfordrende atferd ikke er konsistent. Dette er en av faktorene som beskriver det å ta pasientens perspektiv i personsentrert omsorg. Resultatene fra case nr. 1 (om Olav som vil ut av sykehjemmet) og nr. 2 (om Unni som plutselig endrer atferd) i spørreundersøkelsen er de casene som underbygger dette. De var begge basert på hjelpespørsmål P5 i VIPS praksismodell: «*Utfordrende atferd som kommunikasjon. Analyseres utfordrende atferd for å finne bakenforliggende årsaker?*» (Brooker 2013 s 105-111). Ifølge hjelpespørsmålet i VIPS skal den aktuelle atferden i situasjonen kartlegges for å finne mulige årsaker. I case nr. 2 om Unni har deltagerne høy empatisk forståelse, mens i case 1 er resultatet lav empatisk forståelse. Begge casene var utformet med tanke på at deltagerne skulle oppdage om pleieren var utforskende i sin tilnærming. I situasjonen med Unni tar deltagerne hensyn til bakenforliggende årsaker i tråd med VIPS -indikatoren, men i casen om Olav gjenkjente ikke deltagerne avledningsmanøveren som en handling med lav empatisk forståelse. Som helhet hadde scoringene på hver enkelt case i spørreskjemaet små variasjoner fra gjennomsnittet. Standardavviket avslørte at deltagerne var relativt samstemmige i sine scoringer, men det var ikke tilfelle for case nr.1 med Olav som vil ut av sykehjemmet. Denne casen utpekte seg blant variablene i spørreskjemaet, fordi den hadde en differanse i standardavviket mellom pre- og posttest. Deltagerne hadde vært samstemte før de brukte VR-brillene, men det endret seg noe i scoringene som ble satt etter bruk av VR-brillene. Da var spriket blitt større og casen hadde det største standardavviket sammenlignet med de andre casene. Siden standardavviket i case nr.1 pekte seg ut kunne det tyde på at denne praksissituasjonen skapte en viss usikkerhet for

deltagerne ved scoring etter intervensjonen. Vi fikk en forventning om at dette kunne bety at VR-brillene hadde virket slik at deltagerne hadde fått tanker om at det her måtte gjøres flere undersøkelser som hva som lå bak Olavs atferd. En slik sammenheng fikk vi mer eller mindre avkreftet da vi tok opp den samme situasjonen i intervjuet fire uker etter. Da skulle deltagerne selv velge hva de ville si og gjøre i situasjonen med Olav som ville ut, og avledning med en kopp kaffe så ut til fortsatt å være en aktuell løsningsmåte. Det er grunn til å anta at avledning i lignede praksissituasjoner er innarbeidet og har blitt et nærliggende handlingsalternativ i deltagernes praksis.

Ut ifra Kahnemans forklaring om bruk av to ulike tankesystemer forut for en handling, er det interessant å se resultatet fra casene i lys av denne forståelsen. Tankesystem 1 vil være aktivert når man handler instinktivt og lett tilgjengelig kunnskap blir hentet inn (Kahneman, 2013, s. 26). Eksempelvis kan avledning og tilbud om en kopp kaffe være et nærliggende valg for deltagerne, dersom det har fungert i mange andre situasjoner. Men i tilfelle med en «hvilken som helst» Olav burde et tankesystem 2 tre inn, som handler om utforsking og vurdering i et forsøk på å finne en aktuell bakenforliggende årsak. En situasjon med denne type utfordring fordrer en vurdering som er basert på mer enn automatikk. Ifølge Kahneman må tankesystem 1 settes på vent og tankesystem 2 må tre inn ved skjønnsmessige vurderinger (Kahneman, 2013, s. 26-27). Å avlede en pasient som vil ut er noe som kan fungere i enkelte tilfeller. Det vil imidlertid være uheldig dersom en slik handling blir automatisk og anvendt i alle situasjoner, med tanke på at pasientenes behov er ulike og må sees sammen med den enkelte person og konteksten i situasjonen. Det kan se ut som om avledning som tiltak når pasienter vil ut av sykehjemmet har blitt en automatisk handling. Uttrykket en av deltagerne brukte i intervjuet var: «Å være standard», og med det forstår vi at avledning med kaffekoppen har blitt en slags norm for slike handlinger i dette sykehjemmet. Ifølge prinsippene i personsentrert omsorg skal tiltakene tilpasses individuelt og det innebærer at vurdering som i Kahnemans system 2 må anvendes. Slik vil det bli gjort en grundigere vurdering av situasjonen. Spørsmålet er om Kahnemans system 1 i det hele tatt kan benyttes når man tar i bruk personsentrert omsorg som grunnlagsfilosofi, for basert på denne filosofien må man gjøre individuelle skjønnsmessige vurderinger for hver enkelt pasient i situasjoner som krever en handling av pleieren.

I svarene på det åpne spørsmålet rett etter VR-brillene var det flere som kommenterte pårørendes manglende forståelse i filmen. Det var datterens og bursdagsgjestenes væremåte som ble slått hardt ned på. Det var tydelig at det var den personen, hvis «sko man hadde på»

som ble forstått. Hadde dette vært opplevd annerledes dersom det var pårørende og ikke pleiepersonale som hadde prøvd VR-brillene? Filmen var laget med pårørende som målgruppe og det er mulig at en pårørende med VR-brillene på i tillegg ville inkludere perspektivet til pårørende og dermed bedre forstå et dilemma slik det ble utformet i case nr. 5. Som pårørende ville naturligvis opplevelsen av å bli irettesatt blitt gjenkjent og følelser bli aktivert.

Hendelsene i to av casene henvender seg til den affektive empatien, som handler om det som omtales av Nerdrum som dagliglivets empati. Til forskjell fra profesjonell empati som er mer fundert og bearbeidet, er dagliglivets empati preget av å reagere intuitivt på følelsesuttrykk og speile disse (Nerdrum, 2011, s. 57-60). Vi blir påvirket av sinnsstemninger hos mennesker vi møter. Et smil fra en annen vil som regel føre til at vi smiler tilbake, angst «smitter» også. I sammenheng med dette vil vi ta frem to av casene som vi tenker kan ha hatt en særlig appell til deltageres affektive side, og diskutere sammenhengen mellom casene og høy scoring. I den ene casen vil datteren for enhver pris at mor skal gjennomføre så mange aktiviteter at den stakkars moren blir helt utkjørt. Pleieren i casen som skal være pasientens talsperson, evner ikke å se eller forstå situasjonen. Dette har sannsynligvis hatt en appell til følelsene hos deltagerne når de gjorde sin vurdering. I den andre casen er det på samme måte, da en pasient blir bedt om å utsette sitt behov for å gå på toalettet til frokosten er over. Også denne situasjonen kan ha vekket følelser fordi personen ikke blir møtt på et gjenkjennelig presserende behov, men antagelig også fordi hun blir overprøvd på det hun spør om. Denne hendelsen kan ha vekket en tilsvarende følelse hos deltagerne i spørreundersøkelsen. Det er selvsagt en mulighet for at deltagerne har gjort en kognitiv vurdering i disse casene og anvendt en profesjonell empati, men på bakgrunn av casenes karakter er det nærliggende å anta at det er en affektiv reaksjon som har ligget til grunn for å score disse to casene høyt.

I denne drøftingen av resultater fra spørreskjemaene som er koblet til noen utvalgte caser har vi tatt frem perspektiver som kan ha vært medvirkende til hvordan deltagerne har vurdert praksissituasjonene. Vi har pekt på at innarbeidet og innlært praksis kan være grunnlaget for valg av handlinger i utfordrende praksissituasjoner. Dersom praksis er i samsvar med personsentrert omsorg kan det skyldes at omsorgsfilosofien er innarbeidet. Situasjoner som har en tydelig appell til det affektive og deltageres empati vil automatisk kunne anspore til at man tar perspektivet til den andre, uten at det nødvendigvis handlet om en kognitiv vurdering av å ta personens perspektiv.

Differansen i standardavviket og variasjonen i scoringene etter bruk av VR-brillene var små, men viste en bevegelse som kunne tyde på at det hadde oppstått en ny usikkerhet, og kanskje skyldes det intervensjonen med VR-brillene. Det kunne i beste fall få betydning for det å ta personens perspektiv. En av de som ble intervjuet ga uttrykk for en type usikkerhet, samtidig som hun også fikk nærmest en aha-opplevelse da hun mente at det kunne være VR-brillene hadde påvirket henne: *«Ja. Ja. Du verden ... dette er rart, altså! Det kommer likesom mer og mer. Om jeg likesom tenker at det ikke er noe framskritt fra før til nå, så er det kanskje det allikevel. Når vi sitter og snakker sånn nå, det er nok det. Jeg ser nok litt annerledes på ting.»*

På en annen side kan sprik i scoringer på enkeltcase ha sammenheng med casenes tydelighet og hvordan de er utformet. Dette har vi reflektert over i 6.4.

### 6.2.2. Praksisfellesskapets betydning

Det å komme frem til en felles praksis gjennom bruk av skjønn krever et tett og nært samarbeide som kan bidra til samhold og sterke bånd i kollegafellesskapet. Deltagerne som ble intervjuet viste en profesjonsidentitet gjennom at de fortalte om kunnskaper, ferdigheter og en innstilling som definerte dem og deres kollegaer som gode yrkesutøvere. Heggen (2008, s. 321- 324) beskriver at viktige elementer for å opparbeide en profesjonsidentitet er nettopp bruk av skjønnet som er nødvendig fordi det ikke alltid er mulig å finne svar i teorien man har tilegnet seg. Siden oppgavene skal løses av mange i et sosialt fellesskap må disse vurderingene drøftes slik at man kan enes om en felles praksis. Profesjonsidentitet er en kollektiv identitet der medlemmene gjenkjenner trekk og symboler som er felles for profesjonen og dette skaper et felles handlingsgrunnlag. Vikarene som var nye og som ofte ikke hadde utdanningsbakgrunn ble av enkelte deltagere oppfattet som forstyrrende for det gode praksisfellesskapet. Vikarene skapte muligens en ubalanse gjennom at sentrale kjennetegn ved praksisfellesskapet ble påvirket. I Wengers praksisfellesskap er det tre særlige kjennetegn; gjensidig engasjement, en felles virksomhet og et felles repertoar, og alle disse elementene påvirkes når nye kommer til. Det vil sannsynligvis være ekstra merkbart hvis vikaren ikke har samme profesjon som helsefagarbeiderne slik at også profesjonsidentiteten berøres (Wenger, 2004, s.177). Det gjensidige engasjementet som Wenger trekker frem her har likhetstrekk med profesjonsidentiteten, for her handler det om måter å samhandle på som er anerkjent, det som skaper et hele (Heggen, 2008, s.322). Den felles virksomheten dreier seg om en ansvarlighet som er kunnskap om hvilke betingelser som gjelder og hvilke valg som kan tas. Det siste kjennetegnet ved et praksisfellesskap er felles repertoar. Det vil for



eksempel handle om at det brukes begreper og ord, inkludert taus kunnskap som det er en felles forståelse for og aksept av i praksisfellesskapet. Praksisfellesskapets språk betegnes som viktig sammen med andre artefakter og handlinger (Wenger, 2004, s. 178). Ved bruk av de strukturerte fagmøtene i VIPS-praksismodell vil prinsippet om å ta pasientens perspektiv være en del av repertoaret, gjennom det standardiserte spørsmålet: «Hvordan tror du pasienten selv vil oppleve det foreslåtte tiltaket?». Å ha strukturerte opplegg og møter kan styrke praksisfellesskapet og bidra til et felles engasjement og repertoar, men strukturer og møter vil ikke være noe garanti for at praksisfellesskapet utvikles. Møter og strukturer er ikke praksisfellesskapet ifølge Wenger. Praksis utvikles gjennom engasjementet og erfaringene praksisfellesskapet gjør seg, og slik skapes også et felles repertoar (Wenger, 2004, s. 177 og s. 100). Deltagere i intervjuene påpekte betydningen av og behovet for å drøfte pasientsituasjoner og aktuelle tiltak for å yte tjenester av god kvalitet, og samtlige hadde et stort engasjement for å drøfte pasientsaker i praksisfellesskapet.

Flere studier peker på betydningen av refleksjon i sammenheng med bruk av VR-briller (Slater et al, 2017). Resultatet fra scoringene i spørreundersøkelsen viste lite standardavvik, noe som kan tyde på at deltagerne hadde en felles, omforent og innarbeidet praksis. Data fra intervjuene støttet også opp under dette, og det ble begrunnet i arbeidsmiljøet og samarbeidet med kollegaene. Dette ble løftet frem som viktig for å yte gode tjenester. I et sosiokulturelt læringssyn er det i det sosiale på arbeidsplassen at læringen utspiller seg eller ikke utspiller seg. Det er også i dette fellesskapet at refleksjonen etter å ha prøvd VR-brillene burde ha foregått og eventuelle endringer ville ha skjedd. Et engasjement innenfor den samme virksomheten med et felles repertoar vil være trygge kjennetegn på et godt praksisfellesskap. Deltagerne i prosjektet bekreftet at de drøfter utfordrende situasjoner med kollegaer og sammen fant fram til gode løsninger og tiltak for pasientene. Praksisfellesskapet ble løftet opp som et sentralt og viktig element i arbeidshverdagen. Opplevelsen med VR-brillene hadde blitt drøftet i noen tilfeller, men ikke alle hadde snakket med noen om opplevelsen i etterkant. Det kan henge sammen med at deltageren ikke hadde vært på arbeid sammen med andre i avdelingen som hadde prøvd brillene, men det kan også ha sammenheng med andre forhold. For eksempel vil deltagerens plass og rolle i praksisfellesskapet også ha betydning (Wenger, 2004, s. 245). Har deltageren en sentral plass i praksisfellesskapet slik at meninger og ytringer blir lyttet til? Et praksisfellesskap vil utvikle et felles repertoar som sikrer en felles forståelse og språk. Å snakke om å ta pasientens perspektiv kan oppleves nytt og fremmed, og det kan bety at det ligger utenfor det innarbeidede, felles repertoaret i praksisfellesskapet. Å bringe

inn dette nye kan oppleves vanskelig for én enkelt person. Dersom flere i samme praksisfellesskap hadde fått anledning til å være med i prosjektet og disse hadde en sentral plass i praksisfellesskapet ville det vært en større sannsynlighet for at VR-brillene kunne vært utgangspunkt for læring. Opplevelsen deltagerne fikk gjennom å bruke VR-brillene kunne føre til et behov for ny kunnskap i praksisfellesskapet. Læringen vil være situert, den vil måtte tilpasses den konteksten praksisfellesskapet befinner seg i og integreres i deltagerens felles språk og kultur (Wenger, 2004 s. 90). Wenger (2004, s. 194-200) beskriver flere deltagermuligheter i praksisfellesskapet; om man er deltager eller ikke, om man har en perifer eller marginal rolle. Vår rolle i praksisfellesskapet kan endre seg avhengig av mange forhold, f.eks. som nyansatt vil man ha en perifer rolle. Selv om man har en sentral rolle i praksisfellesskapet, kan man ha både en perifer og marginal rolle i enkelte saker. Det er klart at dersom man ikke får til å skape et engasjement rundt opplevelsen med VR –brillene når dette temaet bringes inn i praksisfellesskapet kan deltageren oppleves perifer eller i verste fall marginal i denne saken selv om deltageren vanligvis har en sentral rolle. I forståelsen av praksisfellesskapet vil det være en styrke for dialogene og samspillet at kollegaene har sett samme film.

Refleksjonen etter bruk av brillene bør planlegges, struktureres og settes i sammenheng med undervisning om personsentrert omsorg. Filmen og VR-brillene vil kunne fungere som en ressurs og trigger for refleksjon over handling og konstruksjon av ny forståelse.

### 6.2.3 Oppsummering og svar på forskningsspørsmål 2

Det var ubetydelig endring i scoringene i spørreskjemaene før og etter bruk av VR –briller. Det er flere kjennetegn på at elementer av personsentrert omsorg er etablert i vurderingene som er gjort, men det å ta pasientens perspektiv virker ikke være konsistent. Dette er også det mest krevende elementet i omsorgsfilosofien. Det kan se også ut som om enkelte handlinger som for eksempel å avlede oppmerksomheten har blitt automatiske, altså en standard eller norm for alle like situasjoner. Dette samsvarer ikke med personsentrert omsorg der hver pasient skal møtes individuelt. Praksisfellesskapet er viktig for støtte og erfaringsdeling.

Opplevelsen med VR –brillene har liten innvirkning på deltagerens handlingsrom og skjønn, men deltagerne er likevel opptatt av å drøfte erfaringen i praksisfellesskapet.

### 6.3 Hvordan kan virtual reality som medierende artefakt fremme helsefagarbeidernes forståelse for å ta perspektivet til personer med demens?

I denne delen vil vi drøfte hvordan VR-brillene som medierende artefakt kan brukes slik at de kan fremme personsentrert omsorg i praksissituasjonene. Resultater og funn fra spørreskjema og intervjuer sammen med forskning og teori er grunnlaget som drøftes for å få mer kunnskap om hvordan vi benytte VR-briller i undervisning og praksis.

#### 6.3.1 VR teknologien som medierende artefakt

Det var på langt nær alle prosjektdeltagerne som hadde prøvd VR-briller og de visste heller ikke hva de kunne forvente seg, bortsett fra at det handlet om en opplevelse av å være en person med demens i tolv minutter, så lenge filmen varte. I etterkant var deltagerne veldig takknemlige for muligheten til å få prøve VR-brillene, og i intervjuene fortalte samtlige at de kjente seg godt igjen i handlingene i filmen. Å kjenne seg igjen vil være en viktig forutsetning for å kunne samspille med artefaktet, samtidig som det ivaretar et sentralt læringsprinsipp i yrkesutdanningene, nemlig det autentiske. Hovedpersonen i filmen var en mann som snakket engelsk. Siden alle deltagerne i undersøkelsen var kvinner, hadde det vært en fordel om personen i filmen var av samme kjønn. Selv om det var et enkelt språk i filmen, ville det nok også ideelt sett vært det beste om personen snakket norsk. Det ble kommentert av noen ganske få. Noen ønsket i tillegg at filmseansene hadde vært mer autentiske sammenlignet med arbeidshverdagen på sykehjemmet. Hovedpersonen i filmen var en person i tidlig fase av en demenssykdom og ikke en pasient på sykehjemmet med sykdom i senere fase av et demensforløp. De andre aktørene i filmen var hans familie og venner, og det var ingen helsearbeidere å identifisere seg med. I lys av yrkesdidaktikk så ville det vært ideelt å få mulighet til å velge blant ulike kontekster (Inglar, 2015, s. 103). Men siden artefaktet har til hensikt at deltageren skal være en annen person og se verden fra dennes ståsted, så er det innlysende at selve VR-brillen oppfyller kravet til autenticitet i svært stor grad. Det å få være en annen person, få del i den andres tanker og oppleve reaksjonene fra omgivelsene omkring var selve intensjonen, men også filmens hendelser og øvrige aktører vil selvfølgelig ha en funksjon. Filmene opplevdes aktuell og realistisk for de fleste, og i tråd med annen forskning opplevde vi også at de fleste klarte å nyttiggjøre seg filmene godt, på bakgrunn av at de hadde et erfaringsgrunnlag med pasienter med samme diagnose. Det var kunnskaps- og erfaringsgrunnlag som spilte med og muliggjorde utvidelse av egen forståelse (Slater et al, 2017, s. 17).

Situasjonene i filmen var altså svært gjenkjennbare, og deltagerne utdypet ulike forhold ytterligere i intervjuene. Det er tydelig at det kjente i situasjonene gjør at egne erfaringer kommer i samspill med det som vises i filmen og det uttrykkes for eksempel som en ny bevissthet knyttet til egen og kollegaers kommunikasjon. Men det er først når deltagerens kommentarer uttrykkes slik at de gjenspeiler opplevelsen til personen med demens at artefaktet medierer det som er ønsket; å ta perspektivet til den andre. Det viser at prinsippet om bruk av autentiske situasjoner alene ikke vil medvirke til forventet læringsutbytte for alle. Evnen til å leve seg inn i situasjonen så ut til å være noe uenlig hos deltagerne. Det kan tenkes at en deltager som setter på seg brillene med et lekende ønske om å være hovedpersonen, er mer i samspill med artefaktet enn en som har en mer avventende holdning. Det vil sannsynligvis ikke være en forutsetning for affektiv påvirkning, men det kan muligens påvirke graden av den. Dette vil kunne være et anliggende for den som skal legge til rette for bruk av brillene. Det vil kanskje være et poeng å innlede med å invitere og oppmuntre deltagerne til å leve seg inn i situasjonen som kommer. Det ble gjort i ulik grad i vårt prosjekt. Å lage en innramming ved bruk av VR-briller som artefakt er aktuelt med tanke på planlegging av undervisning. I den didaktiske modellen TPACK (figur 2) visualiseres planlegging og sammenhenger som læreren må vurdere ved bruk av teknologi i undervisningen ((Mishra, Koehler 2006, s. 1024). Det vil variere hvor vurderingene skal skje. I dette tilfelle vil det være et skjæringspunkt mellom det pedagogiske og teknologien. Rundt figuren på side 36 er det laget en stiplet linje, som viser konteksten for bruk av det teknologiske. Det vil vi diskutere i neste avsnitt, der vi også ser på betydningen av at opplevelser blir satt sammen med flere konkrete erfaringer fra praksis og tilkoblet teoretiske kunnskaper.

Tidligere har vi vist at VR –brillene ikke påvirket deltagerens vurdering av praksissituasjoner, men opplevelsen ga deltagerne en følelsesmessig oppvekkelse og flere deltagere fortalte om at det var en viktig påminner, det var en bevisstgjøring, «*de hjalp på å bli mer bevisst på hvordan man snakker og bruker kroppsspråket sitt med personer med demens*». Selv om resultatene fra spørreskjemaene før og etter bruk av VR-brillene ikke viste til noen særlige endringer, utelukker det ikke at VR-brillene kan ha hatt en medierende funksjon med tanke på å fremme personsentrert omsorg i praksis. Følelsene som oppsto, førte til at flere deltagere tok pasientens perspektiv da de skulle beskrive det de opplevde, og noen fortalte at det hadde påvirket deres praksis, også flere uker etter eksperimentet. Deltagerne var veldig motiverte for å prøve brillene, noe som kan ha bidratt til den mentale energien som skal til for at læring

skjer (Illeris, 2015, s. 217). Carl Rogers (2012) beskriver signifikant læring som å lære som «hele» mennesker. Det skjer idet den høyre hjernehalvdel tar over og det intuitive og følelsesstyrte får slippe til, men det involverer også det kognitive. Viktige elementer i signifikant læring er kvaliteten i det personlige engasjementet som omfatter både det kognitive og det affektive, i tillegg påpeker Rogers at det personlige engasjementet må komme innenfra og ikke være styrt av ytre faktorer. Sist, men ikke minst må være anvendbart og betydningsfullt for den lærende, på alle plan (Rogers, 2012, s. 152-154). Illeris er også opptatt av at læringen skal være meningsfull og brukbar, men i motsetning til Rogers mener Illeris at drivkraften mobiliseres sammen med det som skal læres (innholdsdimensjonen), den er altså ytrestyrt. I tillegg bringer Illeris inn artefaktene og omgivelsene som han også mener påvirker og samspiller i læringsprosessen. I vårt eksperiment gir vi deltagerne et artefakt med den hensikt å mediere en identifikasjon med personen med demens i møte med familie og venner. Medieringen er tenkt knyttet til hovedpersonens følelser, og i intervjuene var det ingen som ga uttrykk for at de hadde identifisert seg med datteren.

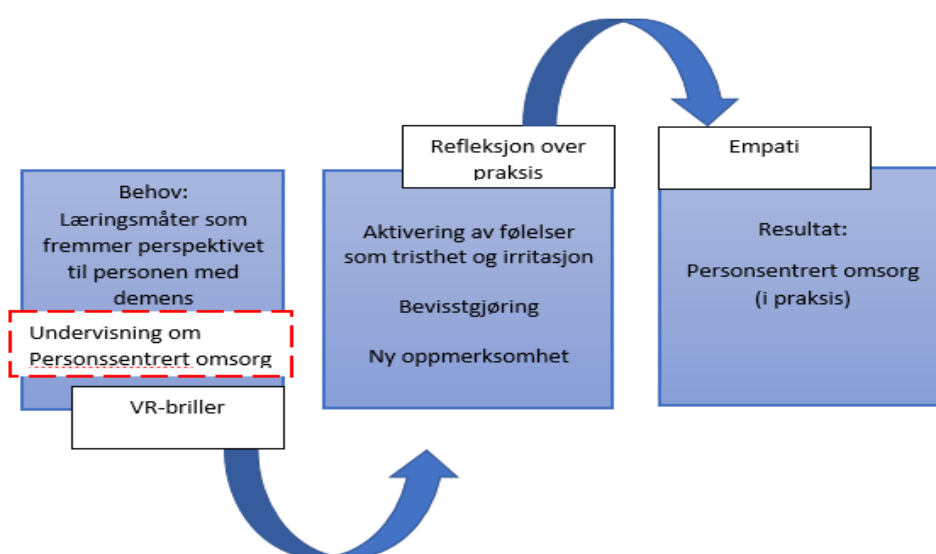
Drivkraften eller det personlige engasjementet som oppsto i den enkelte deltager etter at de hadde sett filmen ble håndterte ulikt. Noen hadde opplevelsen med seg og delte den ikke med andre, mens flere søkte til praksisfellesskapet for å dele opplevelsen og drøfte den.

Samspillsdimensjonen ser ut til å være viktig for deltagerne, men resultatet er ulikt avhengig av hvilken respons deltagerne får. Dersom det var flere i praksisfellesskapet som hadde vært med i eksperimentet kunne deltagerne få respons, men om deltageren var den eneste som hadde fått oppleve VR –brillene i sitt praksisfellesskap var det vanskeligere å få støtte og diskurs. Jack Mezirow er i likhet med Carl Rogers opptatt av personlige utvikling, og trekker særlig frem refleksjon som viktig for å utforske en opplevelse både kognitiv og affektiv mot en ny forståelse (Mezirow, 2012, s. 161). I undersøkelsen har VR –brillenes en medierende effekt på drivkraftdimensjonen, eller det personlige engasjementet hos deltagerne gjennom både en affektiv aktivering og en kognitiv aktivering gjennom bevisstgjøring. Med dette utgangspunktet vil vi se nærmere på hvordan følelsesaktivering og bevisstgjøring kan anvendes for læring.

### 6.3.2 VR-briller som medierende artefakt i læring

I et sosiokulturelt perspektiv vil det å ta i bruk VR-brillen handle om en bevissthet for betydningen av samspill og dialog i læringsprosessen. Ifølge Wenger vil oppfinnsomme og kreative aktiviteter mediere når de inkluderes i en aktiv deltagelse i sosiale fellesskaper

(Wenger, 1998, s. 12). Det fortelles at refleksjoner skjer spontant som breakdowns (mulighetsøyeblikk) i praksis etter krevende hendelser eller deltagelse i eksperimentet med VR-brillene, men vi mener at planlagt og systematisk refleksjonsarbeid må til i en travel hverdag med ulike personlige behov for refleksjon. I den nederlandske undersøkelsen Into Dementia blir behovet for å ha et pedagogisk fokus ved videre utprøving påpekt, dersom hensikten er å øke den empatiske forståelsen. Undervisningsmateriell, større utvalg av hendelser i filmen og skreddersøm til den enkelte pårørende blir nevnt som utviklingspotensialer. For å få et rikere utbytte er det anbefalt at det sees nærmere på måter som legger til rette for at deltagerens egne personlige opplevelser og erfaringer kobles til det de tar med seg fra det virtuelle rommet. (Jutten, 2019, s. 117). I evalueringen av den irske studien «A Virtuell Dementia Tour» er det utviklet en «pathway» - en læringsbane - der refleksjon over handling etterfølger den virtuelle aktiviteten. Det konkluderes med at refleksjon vil føre til en dypere forståelse, betegnet som «empathetic understanding» og som igjen leder til endring i praksis. Det er refleksjonen som tar opp i seg deltagerens affektive respons fra «A Virtuell Dementia Tour» og som er forventet å gi en dypere forståelse av empati, synliggjort som personsentrert omsorg. (Slater et al, 2017, s. 38). Vårt anliggende ved å prøve ut brillene var å se om de kunne bidra til å ta personens perspektiv og fremme personsentrert omsorg, og for å få til dette tenker vi at det også må inngå en bolk med undervisning om personsentrert omsorg slik figuren og læringsbanen under viser. Den er utformet etter inspirasjon av figuren «Pathway for change» slik den er fremstilt i evalueringsrapporten til «Virtuell Dementia Tour» (Slater et al, 2017, s. 38).



Figur 26. Læringsbane: «Fra VR-briller til personsentrert omsorg i praksis». Inspirert av figuren «Pathway for change» (Slater et.al. 2017, side 38).

For å sikre at det er noe forkunnskaper vil det være hensiktsmessig med undervisning om hovedelementene i personsentrert omsorg innledningsvis. Denne bør ta utgangspunkt i og bygge på deltagerne erfaringer. Deretter kan VR – brillene tas i bruk. I etterkant av undervisningen og bruk av VR -briller vil refleksjon med en klinisk veileder, en medierende hjelper, være av betydning for å bearbeide og omsette erfaringer og opplevelser til kunnskap (Tennøe, 2017, s. 47). Dette bør være en strukturert og forberedt refleksjon med element av empatiutvikling, og som også bør åpne for å gi støtte til de deltagerne som måtte kjenne på vanskelige følelser etter å ha sett filmen med VR-brillene.

Med et spennende og attraktivt medium som VR- brillene er, blir det viktig å diskutere hva vi ønsker å oppnå ved bruk av VR-brillene og hva slags læringsutbytte vi kan forvente? Det er sentralt når læringsaktiviteter skal planlegges, og ikke minst når en får tilgang til ny og spennende teknologi. Men undervisningen handler om langt mer enn teknologisk kompetanse, tilgang på teknologi, økonomi, motivasjon og holdninger hos lærer. Det er i overlappingen mellom teknologi, fag og pedagogikk læring skjer, og lærerens kompetanse på og evne til sammenkobling av elementene i dette kryssfeltet er avgjørende for hvordan VR-brillene skal brukes i undervisningen (Mishra, Koehler, 2006, s. 1029-1031). Vi hadde lite utfordringer med det teknologiske i prosjektet. Vårt pågangsmot og vår motivasjon var stor, og dette er sentrale sider av det å ta i bruk ny teknologi i undervisningen. En av intensjonene med utprøvingen var å utvide verktøykassen i fagskolen med et nytt læringsmiddel, med tanke på variasjon som et pedagogisk prinsipp. Det å definere hensikten og deltagerens forutsetninger vil være viktig i planleggingen. Den største utfordringen er å tilpasse og innpasse VR-brillene slik at det foregår i en faglig ramme. I fagskolen har vi gjort noen erfaringer knyttet til dette. Dette har ikke vært en del av vår masteroppgave, men vi har benyttet oss av kunnskapen og innsikten vi har fått gjennom oppgaven og utvikler nå undervisningsopplegg om personsentrert omsorg der VR –brillene er ett element. På en fellessamling for to kull i fagskolen ga vi studentene caseoppgaven om Olav. Studentene var ferdige med sitt første år i fagskolen, de hadde fått undervisning i personsentrert omsorg og hadde jobbet med temaet i flere studiekrav. Studentene ble bedt om å vurdere casen først individuelt. Etter den individuelle vurderingen var det mange studenter som mente at det var en meget god handling å avlede pasienten. Studentene jobbet deretter med casen i gruppe, og da studieleder åpnet for refleksjon var alle studentene samstemte i at avledning var en feil handling, at man måtte undersøke pasientens hensikt og behov. Gjennom grupperefleksjonen ble det helt klart for dem at det var riktig å lete etter årsaken til atferden. Dette understreker betydningen av

refleksjon i praksissituasjoner, og praksisfellesskapets betydning som en kategori i det videre arbeidet med å fremme forståelsen for å ta pasientens perspektiv.

### 6.3.3 Oppsummering og svar på problemstilling

Gjennom resultatene fra spørreskjemaene kan vi ikke si at VR-brillene fremmer det å ta pasientens perspektiv. VR-brillene medierer imidlertid følelser og skapte en bevisstgjøring hos deltagerne som er en god basis for utvikling av praksis. Praksisfellesskapet er en viktig arena for læring og dette skjer gjerne gjennom refleksjon og ny, felles kunnskap. Et strukturert undervisningsopplegg og en medierende hjelper i refleksjon vil kunne bidra til at helsearbeiderne endrer sin praksis.

## 6.4 Refleksjon over metode

Underveis og i etterkant av forskningsprosjektet har vi gjort oss flere refleksjoner knyttet til forskningsmetodene vi valgte, og måten de ble gjennomført på. I denne delen tar vi for oss noen sterke og svake sider ved vår metode, og ser det i lys av problemstillingen.

I første del av undersøkelsen valgte vi et eksperimentelt design med utprøving av et artefakt og målepunkter før og etter intervensjonen med VR-briller. De 15 variablene eller casene i spørreskjemaet, skulle til sammen gi svar på om VR-brillene gjorde en forskjell for deltagerne når det gjelder å ta personens perspektiv. Vi forventet effekt, og var spente på sammenligningen fra pretest til posttest. Men kan vi stole på resultatet? Det er et aktuelt spørsmål uavhengig om resultatet ble som forventet eller ikke.

Vi hadde planlagt å ha med kontrollgruppe i eksperimentet, men på grunn av frafall av deltagere falt den vekk på et tidlig tidspunkt i prosjektperioden. Gjennomføringen av eksperimentet uten kontrollgruppe har vært et aktuelt tema når det gjelder refleksjon over forskningsdesignet, med tanke på at kontrollgruppen er ett av kjennetegnene i det eksperimentelle forskningsdesignet. Det er en kjensgjerning at det er utfordringer knyttet til gjennomføring av eksperimenter i felten, samtidig som forskningsdesignet og metoden kan være godt egnet ved utprøvinger, som for eksempel ved nye læringsmetoder. Kristen Ringdal (2018) diskuterer derfor i sin metodebok ulike varianter av kvasieksperimenter, også varianten som vi brukte i vårt eksperiment; målepunkter før og etter intervensjonen.



Vi vurderte bortfallet av kontrollgruppen som en metodisk svakhet, men mente at det fortsatt ville være mulig å trekke slutninger som skulle være gjeldende for vårt prosjekt. Når resultatene fra første til andre målepunkt hos deltagerne som hadde prøvd VR-brillene, ikke hadde nevneverdige endringer, så fikk kontrollgruppen som sammenligningsgruppe mindre betydning for resultatet. En kontrollgruppe ville styrket resultatene uansett, men en kontrollgruppe ville også hatt med seg flere mulige feilkilder (Ringdal, 2018, s. 134). Vi har stilt spørsmålet om det ville vært bedre om det bare var kontrollgruppe uten to sammenlignbare målepunkter? Vi mener at det ville forekommet svakheter uansett. Utfordringen med bruk av kontrollgruppe i kvasiekseksperimenter er særlig knyttet til manglende randomisering. Det ville kunne vært usikkerhet knyttet til at gruppene ikke var like i utgangspunktet (Ringdal, 2018, s. 133).

Vi har også stilt spørsmål om hvorvidt kan vi stole på at det var effekten av VR-brillene som ble målt i pre- og posttest av spørreskjemaet?

Målingene i pre- og posttesten ble utført med en margin på knapt en uke mellom, og denne relativt korte mellomperioden vurderes som hensiktsmessig med tanke på å eliminere andre årsakssammenhenger, som for eksempel kurs og internundervisning om personsentrert omsorg. Ja, det var hensiktsmessig med en kort periode mellom målingene, men var det andre faktorer som kunne påvirket resultatene?

Spørreskjemaene og casene har vært viktige premissleverandører for resultatene i den kvantitative delen av forskningen, og det er et annet tema vi vil reflektere over.

Praksissituasjonene i spørreskjemaet var beskrevet i tråd med validerte redskaper og skalaer, og det har gitt en trygghet på at casene måler det vi er interessert i, om perspektivet til personen har fokus eller ikke. Siden fellesnevneren til de casene som ikke fikk høy score var utformet som negative handlinger, har vi lurt på om det kan være noe ved casenes formuleringer eller utforming som har virket inn på scoringene. Var casene utformet slik at det ble vanskelig å tyde innholdet i casen, eller at det var til å misforstå? Vi har funnet forhold knyttet til utforming og uttrykksform ved enkelte case som mulig forklaring på enkelte variasjoner og resultater som var overraskende. Standardavvik for casene samlet var ubetydelig, men case nr. 4 har et avvik. Det er her relativt stort sprik ved både pre- og posttest, som vi tror kan skyldes en usikkerhet på grunn av formuleringer eller setningsoppbygging. Den kan ha skapt en utilsiktet kontrovers på grunn av tvetydighet. I analysearbeidet finner vi også eksempler på at valg av tegn og småord i casebeskrivelse kan

ha gitt både positive eller negative assosiasjoner og kan ha villedet. For eksempel i case 14 der pasienten er utkjørt etter en aktivitetsrik dag med datteren, og da datteren på nytt vil ha mor med ut innleder pleieren svaret med: «Greit!», som naturlig nok leder til å tenke positivt. Vi kan ikke se bort ifra at en og annen har oppfattet «greit» sammen med utropstegnet som positivt uten å vurdere nærmere. Casene var testet ut av fagfeller, men spørsmålet er om det skulle vært gjort en enda større utprøving for muligens oppdage flere uregelmessigheter som kan oppstå ved bruk av spørreskjema med evaluerende spørsmål. Det ble brukt kortfattede casebeskrivelser for at innholdet skulle være greit å forholde seg til når det skulle tas stilling til, men spørsmålet er hvor mye må være med for at den komplekse virkeligheten fra praksissituasjonene blir gjenspeilet. I intervjuene var det noen deltagere som sa at de hadde fått for lite informasjon til å kunne ta stilling til handlingene i casene, det hadde dukket opp flere spørsmål da de skulle gjøre vurderingene. Å føye på flere opplysninger vil ikke nødvendigvis gjort det enklere, det ville snarere kunne utløst nye og flere spørsmål. Utfordringen i denne type spørsmål vil uansett være å kjenne igjen en handling eller praksis der det er personens perspektiv som har fokus. Det vil ofte være vanskeligere å utforme spørsmål som retter seg mot vurderinger enn å formulere kognitive spørsmål som henvender seg til faktiske forhold (Johannessen et al, 2010, s. 197-198).

Et annet interessant forhold gjelder hvorvidt og i hvilken grad deltagerne var opptatt av formålet med prosjektet når de svarte på casene. Selv om det var innlysende at prøving av VR-brillene handlet om å oppleve og ta perspektivet til en person med demens, så var det ikke sikkert at alle var like klar over at det også var hensikten med å score i pre- og posttesten. Formålet med prosjektet var presentert i informasjonsskrivet som alle deltagerne hadde fått tidligere. En introduksjonstekst om hensikten og vurderingskriteriene til pre- og posttest kunne muligens «lokket frem» tanken på å ta pasientens perspektiv i større grad slik at noen flere enn 60 % hadde scoret i tråd med høy empatisk forståelse. På en annen side ville et utpreget fokus på hensikten med å vurdere casene kunne påvirket deltagerne, slik at de ble opptatt av å score «riktig». Den mest vanlige kritikken til forskning og ved eksperimenter spesielt, er akkurat det at deltagerne vet hva forskerne ønsker seg av resultater, og at de lar seg påvirke (Jacobsen, 2013, s. 114).

Hvorvidt manglende tid og rom for å sette seg ned foran PC-skjermen og vurdere casene i spørreskjemaet kan ha påvirket datakvaliteten, har vi også stoppet ved. Lederne sa på forhånd at de ville legge til rette for at deltagerne skulle kunne besvare spørreskjemaene i fred og ro mens de var på jobb, men det hadde ikke vært like enkelt å få dette til i praksis. I sykehjem A

var det en større omorganisering på gang i det tidsrommet spørreskjemaet skulle besvares, og denne omorganiseringen påvirket deltagerne på flere måter; først og fremst at de ikke fikk avsatt tid til å svare, men flere fortalte også at det var en urolig periode både for ansatte og for pasienter, noe som kan ha påvirket konsentrasjon og fokus. Vi hadde for eksempel blitt kjent med at noen av deltagerne hadde scoret skjemaene mens de hadde ansvar for pasienter og var i fellesskap med dem. Dette var sannsynligvis bakgrunnen for at en deltager svarte «vanskelig å vurdere» på svært mange spørsmål, og det kan ha vært situasjonen for flere deltagere.

Konteksten som deltagerne befinner seg i når de skal besvare spørreskjemaet vil påvirke datakvaliteten (Jacobsen, 2013, s. 370). I den forbindelse har vi også noen refleksjoner omkring bruk av spørreskjema som datainnsamlingsmetode. Avkrysningsformen og rammefaktorene var lagt til rette for at dette skulle skje raskt. Spørreskjemaformen henvender seg til den raske og intuitive delen i oss som tilsvarende automatiske handlinger eller system 1 i Kahnemans tenkning. Dersom det er dette som hovedsakelig ligger til grunn for vurderingene, kan det være mulighet for at scoringene etter bruk av VR-brillene bare gjentas. System 2, eller den skjønnsmessige og vurderingsbaserte tenkningen hentes kanskje først frem i det åpne spørsmålet etter bruk av VR –brillene da deltagerne måtte formulere svaret selv. For å aktivere system 2 som er kjennetegnet ved en mer langsom overveielse må personen kunne konsentrere seg og være oppmerksom (Kahneman, 2013, s. 26-27). En rask scoring basert på magesfølelse avslører gjerne en innarbeidet handling, mens en mer reflektert scoring vil muligens også ta inn en påvirkning fra VR-brillene, eller hente opp annen kunnskap. Deltagerne kan ha scoret casen om Olav som vil ut fra sykehjemmet basert på en tidligere anvendt praksis, eller basert på en praksis de har med en spesifikk pasient akkurat nå, men om de hadde brukt lenger tid på casen hadde flere scoret annerledes? De som ble intervjuet reflekterte over dette og mente nok fortsatt at avledning var en god handling. Et interessant videre spørsmål er om dette hadde vært annerledes dersom refleksjonen foregikk sammen med kollegaer og om den var i et løp med undervisning om personsentrert omsorg.

Når det gjelder utvelgelsen av deltagere til undersøkelsen har vi gjort oss noen refleksjoner knyttet selve utvalget og størrelsen på utvalget. Intensjon med dette prosjektet var å gjennomføre eksperimentet med egne studenter i forbindelse med undervisning om personsentrert omsorg, men siden det ikke var noen planlagte fellessamlinger for studentene innenfor den prosjektperioden som VR-brillene skulle prøves ut måtte vi finne andre løsninger. Ved å rekruttere helsearbeidere i sykehjem for personer med demens ble utvalget for dette prosjektet veldig lik vår opprinnelige idé med å invitere med fagskolestudentene.

Mange av studentene i fagskolen er ansatte i sykehjem, dagaktivitetstilbud og hjemmebaserte tjenester og jobber med personer som har demens eller eldre som har psykisk sykdom. I tillegg til helsefagarbeidere, rekrutterte vi også sykepleiere og vernepleiere, ca 41 % av deltagerne hadde en bachelorutdanning. Vi valgte å intervju kun helsefagarbeidere fordi vi ønsket en mest mulig ensartet gruppe og en gruppe som var lik fagskolestudenter. Siden gruppen med bachelorutdannede var såpass stor ville det vært interessant og intervjuet noen av disse for å se de opp mot resultatene fra spørreundersøkelsen. På bakgrunn av undersøkelsen til Krohne (2016) er det imidlertid ikke forventet forskjeller på bakgrunn av ulik utdanningsbakgrunn. Rapporten herfra viser at temaer knyttet til aldring og helse, eksempelvis demens har liten plass på bachelornivå grunnutdanningene (Krohne, 2016)

Og hadde vi tatt med tilstrekkelig antall deltagere for å få et pålitelig og brukbart svar på det vi undersøkte i vårt prosjekt? Vi planla å rekruttere minimum 20 deltagere i prosjektet og fordele disse på eksperimentgruppe og kontrollgruppe, og vi fikk i første omgang rekruttert 21 deltagere. På bakgrunn av at deltagerne representerte mange med samme utdanningsbakgrunn i det samme arbeidsfeltet ble antallet vurdert som tilstrekkelig for vårt prosjekt. Størrelsen på utvalget vil avhenge av hvor ensartet populasjonen som utvalget tilhører er, og hvilket presisjonsnivå en ønsker å legge seg på (Halvorsen, 2008, s. 156). Fordi kontrollgruppen måtte utgå og antall deltagere derved kom under det fastsatte minimumsnivået, valgte vi å øke antallet gjennom å rekruttere deltagere fra et annet tilsvarende sykehjem for personer med demens, og det totale antallet ble til slutt 36 deltagere. Når det gjelder antall i et eksperimentdesign mener Ringdal at det må gjøres en vurdering av hvor mange som skal delta i forhold til hvor små eller store effekter som forventes. Forventet store effekter krever langt færre enn om det er forventet små effekter (Ringdal, 2018, s.144). Vi hadde forventninger om å se endringer, men når det viste seg at VR-brillene ikke hadde gjort særlig umiddelbar forskjell i vurdering av praksissituasjonen, så må vi spørre om det kan ha sammenheng med at utvalget var for lite. En gjennomgang av helserelatert forskning og utdanningsforskning viste at det var en sammenheng mellom små effekter og mindre gruppestørrelser på under 50 i eksperimenter (Ringdal, 2018, s.144). Selv om sammenhengen det vises til her er verd å merke seg, så vet vi ikke om det ville være aktuelt for dette prosjektet. Det at antall deltagere med samme betingelser ble økt ga også et bedre grunnlag for å gjøre gjennomsnittsmålinger og se på standardavvik. Når standardavviket heller ikke viste vesentlig avvik så mener vi at utvalget er tilpasset og tilstrekkelig for å svare på problemstillingen og de forskningsspørsmålene som vi har søkt å finne svar på.

På grunn av metodetrianguleringen fikk vi også en mulighet til å vurdere spørsmålene og spørreskjemaets validitet gjennom intervjuer. Målte spørsmålet eller casen om Olav det vi ønsket å måle? Var det slik at de fleste faktisk mente at det var en god reaksjon å avlede Olav? Resultatene og sammenligningen av de kvantitative dataene før og etter at deltagerne hadde sett filmen via VR-briller var nedslående på den måten at det var lite endringer å spore. Men hvordan kunne det henge sammen at det ikke var endring på scoringene av praksissituasjoner samtidig som flere beskrev følelsesmessige reaksjoner og en ny oppmerksomhet under det åpne spørsmålet? Intervjuene startet med at alle gjorde en ny vurdering av case nr.1, om Olav. Resultatene fra spørreskjemaet og det som kom frem i intervjuene knyttet til denne casen kunne forstås som samstemt og ble en bekreftelse på gyldigheten av resultatene fra spørreskjema. Flertallet hadde riktignok ikke scoret i tråd med det som vi mente var riktig, men det oppfattet vi snarere som et funn enn manglende validitet. (Jacobsen, 2013, s.214). Ved å bruke flere måter å samle inn data på fikk vi bedre grunnlag for å forstå. Gjennom utdypingen av enkelt-case, beskrivelse av opplevelser, vurderinger etter å ha prøvd VR-brillene, og vurdering av situasjoner fra egen praksis fikk vi en bredde i datagrunnlaget. Alle de 36 svarene på det åpne spørsmålet i posttesten bidro også til økt bredde og dybde. Metodelitteraturen anbefaler undersøkelsesopplegg som ivaretar både bredde og dybde, men i praksis vil det være svært krevende ressursmessig. Et blandet opplegg eller metodetriangulering anbefales, for på den måten utvides antall enheter og det blir mer representativt (Jacobsen, 2013, s. 88). Vi har konkludert med at metodetrianguleringen med både kvantitative og kvalitative tilnæringsmetoder var påkrevd med tanke på å få bredde og dybde i prosjektet.

**Oppsummert.** Vi reflekterer her over forhold som kan ha påvirket undersøkelsen som utvalg, kontrollgruppe og ulike forhold knyttet til casenes utforming i spørreskjemaet. Vi mener at det er bredde og dybde i datamaterialet gjennom metodetrianguleringen som gjør det mulig å trekke slutninger til forskningsspørsmål og problemstilling.

## 7.0 Konklusjon

I dette prosjektet har vi brukt et spennende, teknologisk artefakt, VR- briller, med en film som skulle gi en opplevelse av å hvordan det er å leve med demens. Vi ønsket å undersøke hvordan VR-brillen medierer det å ta perspektivet til personer med demens, som er et sentralt element i den anbefalte omsorgsfilosofien personsentrert omsorg.

Det er gjort en metodetriangulering gjennom en kvantitativ tilnærming med et eksperimentelt design og en kvalitativ forskningsmetode med intervju. Et utvalg på 36 helsearbeidere fra to sykehjem for personer med demens så filmen gjennom VR-brillene. De besvarte et spørreskjema før og rett etter intervensjonen, og spørreskjemaet etter bruk av VR -briller ga også rom for å svare på et åpent spørsmål. I tillegg ble åtte av de inkluderte deltagerne intervjuet fire uker etter intervensjonen.

Resultatene viser at VR-brillene er et virkningsfullt redskap først og fremst for å vekke følelser hos deltagerne, og det viste seg at følelsene ble opprettholdt over tid. Det oppsto en bevisstgjøring der kunnskap ble reaktivert og tatt i bruk.

De sammenlignbare dataene fra spørreskjemaene viste at det var ubetydelig endring i hvordan deltagerne vurderte handlingene og reaksjonene av praksissituasjoner før og etter bruk av VR-briller. Opplevelsen med VR-brillene hadde liten innvirkning på deltagernes handlingsrom og skjønn, men deltagerne var likevel opptatt av å drøfte erfaringen med kollegaene. Dette praksisfellesskapet viser seg å være svært betydningsfullt for støtte og erfaringsdeling.

Funn i undersøkelsen viste at enkelte handlinger hadde blitt automatiske. Disse er forstått som innlærte handlinger, som blir håndtert på samme måte i alle lignende situasjoner. Siden personer med demens bør møtes individuelt understøtter det behov for kunnskap om personsentrert omsorg, som er den nasjonale anbefalte omsorgsfilosofien for virksomheter som gir tjenester til personer med demens.

Den følelsesmessige siden etter bruk av VR-brillene er forstått i lys av sentrale læringsteorier som erfaringslæring og transformativ læring (Illeris, 2015, s. 150-151) (Mezirow, 2012 s156-173). Deltagernes beskrivelser av tanke- og handlemønstre som hadde endret seg på grunn av den følelsesmessige opplevelsen innlemmer handlingsaspektet. Sterke følelser etter bruk av VR-brillene er gjenstand for transformeringen til nye tanke- og handlingsmønstre for tilsvarende situasjoner. Illeris peker på følelser og motivasjon som en drivkraftsdimensjon for læring (Illeris 2012, s. 99-119). Deltagerne i undersøkelsen har et sterkt engasjement og en

yrkes stolthet, som sammen med VR-brillene som følelsesvekker danner en drivkraftsdimensjon for læring og utvikling.

Bruk av VR-brillene hadde berørt mange deltagere, og vi anser det som et godt utgangspunkt for påfyll av kunnskap og refleksjon. Når vi anbefaler refleksjon etter bruk av virtual reality, er det i tråd med det som blir anbefalt i den nederlandske undersøkelsen Into D`mentia (Jutten, 2019, s. 117) og den irske evalueringsstudien «The virtual Dementia Tour» (Slater et al, 2017). Vi har sammenfallende resultater og anbefalinger med disse to europeiske prosjektene som har forsket på bruk av VR-briller. Datagrunnlaget i vår undersøkelse er av den størrelsesorden at resultater, funn og anbefalinger ikke kan generaliseres. På grunn av metodetriangleringen representerer resultatene og funnene i undersøkelsen likevel en bredde.

Å sette VR-brillene inn i en kontekst av undervisning og refleksjon forankret i personsentrert omsorg, er etter vår mening en viktig utvikling av VR-brillene som medierende artefakt for endret praksis. Refleksjonsgruppene bør utgå fra praksisfellesskapet siden dette var viktig for deltagerne og fordi praksisfellesskapet er en sentral arena for å konstruere kunnskap. Vi mener at refleksjonsgruppene bør inkludere en medierende hjelper som har et særlig fokus på utvikling av empati. Det er nærliggende å tenke at VR-brillene kan fungere i opplæringen knyttet til VIPS-praksismodell eller TID-modellen, som er anerkjente praksismodeller for innføring av personsentrert omsorg.

VR-brillene i seg selv skapte et stort engasjement og filmen ga sterke følelsesmessige reaksjoner og bevisstgjøring. Grunnlaget er med det lagt for å fremme forståelsen for å ta pasientens perspektiv. Resultatene og funnene fra undersøkelsen vil tas i bruk i fagskolen i tilknytning til undervisning om personsentrert omsorg, og for ytterligere utvikling av refleksjonsdelen. Vi mener det er behov for videre forskning om bruk av VR-briller for å utvikle personsentrert omsorg i demensomsorgen, satt inn i sammenheng med undervisning og refleksjon.

## Referanseliste

- Adefila, A., Graham, S., Clouder, L., Bluteau & P., Ball S., (2016) Myshoes – the future of experimental dementia training? *The journal of mental health training, education and practice*, vol 11 no. 2, 2016, 91 – 101.  
<https://www.researchgate.net/publication/282822679> MyShoes An immersive simulation of dementia
- Aldring og helse (2020, 08. mai). Fakta om demens. Hentet fra <https://www.aldringoghelse.no/demens/demenssykdommer/>
- Aldring og helse (2020, 03.05) VIPS praksismodell. Hentet fra: <https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling/personsentrert-omsorg/vips-praksismodell/>
- Austgard, K. I. (2010) *Profesjonalitet og faglig skjønn*. Sykepleien Forskning 2010 5(1) (65-65)
- Bing-Jonsson, P., Slater, P., McCormack, B., Fagerström, L. (2018) *Norwegian translation, cultural adaption and testing of the Person-centred Practice Inventory – Staff (PCPI-S)* BMC Health Services Research (2018) 18:555 <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3374-5>
- Brooker, D. (2007). *Person-centred dementia care: Making services better* London: Jessica Kingsley Publishers.
- Brooker, D. (2013). *Personsentrert omsorg -Veien til bedre tjenester*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Bryden, C. (2005). *Dancing with dementia – my story of living positively with dementia*. London og Philadelphia: Jessica Kingsley
- Carkhuff, R., Kratochvil D. & Friel T. (1968). *Effects of professional training: Communication and Discrimination of Facilitative Conditions*. *Journal of Counseling Psychology* 1968, Vol. 15, No. 1, 68-74 CNBC 2020. Hentet fra <https://www.cnbc.com/2020/01/09/zuckerberg-expects-breakthrough-augmented-reality-glasses-this-decade.html>
- Den nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap og humaniora (2016) *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Hentet fra: [https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/60125\\_fek\\_retningslinjer\\_nesh\\_digital.pdf](https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/60125_fek_retningslinjer_nesh_digital.pdf)
- Dietrichson, S. (2014). Gir bedre demensomsorg. *Sykepleien Forskning 2014 nr. 3*, s. 282-284.
- Direktorat for internasjonalisering og kvalitetsutvikling i høyere utdanning (Diku). (2019). *Digital tilstand 2018*. (Rapportserie Nr. 6-2019). Hentet fra <https://diku.no/rapporter/digital-tilstand-2018-perspektiver-paa-digitalisering-for-laering-i-hoeyere-utdanning>
- Donahoe, J., Moon, L. & VanCleave, K. (2014). Increasing Student Empathy Toward Older Adults Using the Virtual Dementia Tour. *Journal of Baccalaureate Social Work: 2014*, Vol. 19, No. 1, 23-40.
- Dysthe, O. (2001). Om sammenheng mellom dialog, samspel og læring. I Dysthe, O. (red.),



- Dialog, samspill og læring. Oslo: Abstrakt forlag
- Elmqaddem, N. (2019). *Augmented Reality and Virtual Reality in Education. Myth or Reality?* International Journal of Emerging Technologies in Learning vol 14 no 3, 234- Hentet fra <https://onlinejour.journals.publicknowledgeproject.org/index.php/i-jet/article/view/9289/5456>.
- Engedal, K. og Haugen, P.K. (2016) Hva er demens? I Tretteteig, S. (Red). *Demensboka*.(13-38). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Fagskoleloven. (2018). Lov om høyere yrkesfaglig utdanning. LOV-2018-06-08-28. Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2018-06-08-28>
- Folkehelseinstituttet (2019). *Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/>
- Goldman, D. (2012) Hva skal vi med følelser? I Illeis, K (red) *49 tekster om læring*. Fredriksberg: Samfundslitteratur
- Grimen, Harald (2009) *Skjønn som resonneringsform*. I *Profesjonsledelse og kunnskapsorganisering*, Bergen: FORPRO
- Grimen, H. (2008). Profesjon og kunnskap. I Molander, A, Terum, L. I. (red) *Profesjonsstudier* (s 179-197) Oslo: Universitetsforlaget
- Grimen, H. & Molander, A. (2008). Profesjon og skjønn. I Molander, A, Terum, L. I. (red) *Profesjonsstudier* (s 179-197) Oslo: Universitetsforlaget
- Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget
- Halvorsen, K. (2008). *Å forske på samfunnet*. Oslo, Cappelen forlag
- Halvorsen, K. H. (2018) *Bruk av VR i rehabilitering*. (Mastergradsavhandling). Senter for teknologi, innovasjon og kultur, Universitetet i Oslo.
- Hew, K. F., Lan M., Tang Y., Jia C. & Ting, L. C. K. (2019). Where is the “theory” within the field of educational technology research? *British Journal of Educational Technology*, Vol 50 No 3 201. 956–971. Doi:10.1111/bjet.12770.
- Helsedirektoratet (2019) *Nasjonal faglig retningslinje for demens*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>
- Helsedirektoratet (2018) *Kompetanseløft 2020* Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/kompetanseloft-2020>
- Helsepersonelloven. (2001). Lov om helsepersonell mv. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012-2015). *Demensplan 2015 «Den gode dagen»*. (Revidert handlingsprogram for perioden 2012–2015). Hentet fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/80a24704aba7477d946fee1000fcf81f/demensplan\\_2015.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/80a24704aba7477d946fee1000fcf81f/demensplan_2015.pdf)
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Demensplan 2020 «Demensvennlig samfunn»*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan\\_2020.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf)

- Heggen, K. (2008). Profesjon og identitet. I Molander, Anders og Ternum, Lars Inge (red) (2008) *Profesjonsstudier* Oslo: Universitetsforlaget
- Holz kamp-Osterkamp, U. (2012). Erkendelse, emotionalitet, handleevne. I Illeis, K (red) *49 tekster om læring*. Fredriksberg: Samfundslitteratur
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Illeris, K. (1999) *Læring – aktuell læringsteori i spændingsfeltet mellem Piaget, Freud og Marx*. Roskilde: Roskilde Universitets forlag
- Illeris, K. (2012). Læring. I Illeris K. (red) *49 tekster om læring*. Fredriksberg C: Samfundslitteratur
- Inglar, T. (2015). Kyndighetsformer og yrkespedagogiske prinsipper. I Eikeland O., Hiim H., & Schwencke E (Red.), *Yrkespedagogiske perspektiver* (s. 94-110). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jacobsen, D. I. (2013). *Hvordan gjennomføre undersøkelser. Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W., Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Oslo: Universitetsforlaget
- Johannessen, A., Tuft, P. A., Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag
- Jutten, L. (2019). *Informal dementia caregiving: Positive aspects and exploring opportunities to improve the caregivers' lives*. (Doktoravhandling). Tilberg University. Netherland.
- Kahnemann, D. (2013). *Tenke, fort og langsomt*. Oslo: Pax forlag
- Kommunal – og moderniseringsdepartementet (2019) *Levende lokalsamfunn for fremtiden* (Meld.St. 5 (2019 – 2020)) Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-5-20192020/id2674349/?ch=1>
- Krohne, K. (2016). *En kartlegging av aldring og helse i fem helse- og sosialfaglige bachelorutdanninger*. Tønsberg: Aldring og helse
- Krumsvik, R. J., Westrheim, K., Sunde, E., Langørgen, K. (2012) *Lærerens digitale kompetanse* Høgre utbildning Vol. 2, Nr. 2, 2012, 107-122
- Kunnskapsdepartementet (2017). *Nasjonal Kompetansepolitisk Strategi, 2017-2021*.(Rapport 02/2017). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/3c84148f2f394539a3eefdfa27f7524d/nasjonal-strategi-kompetanse-nett.pdf>
- Kunnskapsdepartementet. (2016). *Fagfolk for fremtiden – Fagskoleutdanning*. (Meld. St. 9 (2016-2017)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20162017/id2522412/>
- Kunnskapsdepartementet. (2017). *Kultur for kvalitet i høyere utdanning*. (Meld. St. 16 (2016-2017)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-16-20162017/id2536007/>
- Kunnskapsdepartementet. (2018). *Livslang læring*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/livslang-laring/id105912/>
- Kvale S. & Brinkmann S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk

- Leutner, D. (2013). Motivation and emotion as mediators in multimedia learning. *Learning and Instruction*, 29, 174–175. Doi: [10.1016/j.learninstruc.2013.05.004](https://doi.org/10.1016/j.learninstruc.2013.05.004)
- Læreplan i helsearbeiderfaget Vg3 / opplæring i bedrift (HEA3-02). (21.april 2016)
- Hentet fra [https://www.udir.no/kl06/HEA3-02/Hele/Komplett\\_visning](https://www.udir.no/kl06/HEA3-02/Hele/Komplett_visning)
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Oslo Universitetsforlaget AS.
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget
- Mezirow, J. (2012) Hvordan kritisk refleksjon fører til transformativ læring. I Illeis, K (red) *49 tekster om læring*. Fredriksberg: Samfundslitteratur
- Mishra P., Koehler M. (2006). *Technological Pedagogical Content Knowledge: A Framework for Teacher Knowledge*. Teachers College Record Volume 108, Number 6, June 2006, side 1017–1054. Columbia University. USA
- Nerdrum, P. (2000). Training of empathic communication for helping professionals. Høgskolen i Oslo; Oslo
- Nerdrum, P. (2011). Om empati. I A von der Lippe og M.H. Rønnestad (red.). Det kliniske intervju, s. 55 -78. Oslo: Gyldendal akademisk
- NOU 2014:14. *Fagskolen - et attraktivt utdanningsvalg*. (2014). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- I NOU 2019:12. *Lærekraftig utvikling -Livslang læring for omstilling og konkurransevne*. (2019). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- NIFU. (2017). «Eget behov for faglig fordypning»: om fagskoleutdanning i helse og sosial. (NIFU-rapport; 2017: 25). Hentet fra <https://nifu.brage.unit.no/nifu-xmlui/bitstream/handle/11250/2467412/NIFUrapport2017-25.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pedroli E., Serino S., Cipresso P., Pallavicini F. & Riva G. (2015). Assessment and rehabilitation of neglect using virtual reality: a systematic review. *Frontiers in Behavioral Neuroscience* (25 august 2015). Hentet fra <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnbeh.2015.00226/full#h5>
- Plass, J. L og Kaplan, U. (2016). Kap 7 Emotional Design in Digital Media for Learning s 131 - 161 I Sharon Y. Tettegah Martin Gartmeier (red) *Emotions, Technology, Design, and Learning* Cambridge: Academic press
- Ringdal, K. (2018) *Enhets og Mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget
- Rogers, C. (2012). Hva er læring? -om signifikant læring. I Illeris, Knud (red) *49 tekster om læring*. Fredriksberg: Samfundslitteratur
- Rokstad, A.M.M. (2014). *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget
- Røsvik, J., Mjørud, M., Rokstad AMM., Munch, M., & Røen, I. (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. Tønsberg

- Røsvik, J. (2014). *Development evaluation and the effects of the VIPS practice model for the person-centred care of patients with dementia. An intervention study in Norwegian nursing homes* (Doktoravhandling). Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo.
- Slater, P., Hasson, F. & Gillen P. (2017). *A research evaluation of an interactive training experience*. Nursing Midwifery Planning and Development. Ulster University, UK.
- Säljö, R. (2013) *Læring i praksis* (10.utgave). Oslo: Cappelen Akademisk forlag
- Statistisk sentralbyrå. 2019. *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035*. (Rapport 2019/11). Hentet fra <https://www.ssb.nobeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/attachment/385822?ts=16c855ce368.13.04.2020>
- Thagaard, T. (2018) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitative metoder*. Bergen: Fagbokforlaget
- Tennøe, E. (2015). *God sykepleie krever refleksjon* Sykepleien 2015;103(9):(46-47)
- Thoresen, Lisbeth. (2013). Empati – ulike forståelser, essay. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2013/12/empati-ulike-forstaelser>. Sykepleien forskning, 2013, Nr. 4, 362-367.
- Tretteteig, Signe. (Red). (2016). *Demensboka*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse
- Tretteteig, S. & Røsvik, J. (2016). Kap. 12. Personsentrert omsorg. I Tretteteig, S. (Red). *Demensboka*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse
- Urke, E. H. (2018). VR og AR - en norsk introduksjon til virtual og augmented reality. Oslo: Cappelen Damm akademisk
- Utdanningsdirektoratet. 2017. *Læreplan I helsearbeiderfaget VG3/opplæring i bedrift*. Hentet fra nettet 17.04.2020: [https://www.udir.no/kl06/HEA3-02/Hele/Komplett\\_visning](https://www.udir.no/kl06/HEA3-02/Hele/Komplett_visning)
- Vygotsky, L. (1978). *Mind in Society*. Cambridge: MA: Harvard University.
- Wijma, E. M., Veerbeek, M. A., Prins, M., Pot, A. M. & Willemse, B. M. (2017). A virtual reality intervention to improve the understanding and empathy for people with dementia in informal caregivers: results of a pilot study. *Aging & Mental Health*. (Volume 22, 2018 - 9). <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13607863.2017.1348470>
- Witteck, L. & Bratholm, B. (2012). *Læring i og mellom mennesker. En innføring i sosiokulturelle perspektiver* (2. utg. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Wenger, E., Nake, B. (2014). *Praksisfællesskaber: Læring, mening og identitet*. København: Reitzel

## Vedlegg

### Vedlegg 1. Informasjonsbrev

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

##### ***”Å forstå demens gjennom VR- briller”?***

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke om bruk av VR-briller påvirker evnen til å ta pasientens perspektiv. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Personsentrert omsorg er en behandlingsfilosofi som har fått sterk anbefaling i nasjonal faglig retningslinje for demens. VIPS praksismodell som er utviklet av den britiske professoren Dawn Brooker, men også oversatt til norsk, er en modell for personsentrert omsorg som er prøvd ut og implementert i flere omsorgspraksiser. Pasientperspektivet er en av grunnpilarene i modellen, men også det området som er vanskeligst å lære, opplever vi i fagskolen. Den samme erfaringen deler forskeren Janne Røsvik fra sin studie om implementering av VIPS i praksisfeltet.

Som første instans i Norge har vi fått tilgang til en tredimensjonal film der jeg-personen er en eldre mann som har demens. Filmen og bruk av VR-briller er ment å gi brukeren en opplevelse av å være en annen person og gi en følelse av hvordan det kan være å ha demens. Filmen som blir brukt i prosjektet har engelsk muntlig språk og er lett forståelig. Opplegget er utviklet, produsert og prøvd ut i Nederland. Erfaringer viser at dette gir brukerne økt innsikt og forståelse for situasjonen til personer med demens. I vår masteroppgave vil vi undersøke om dette er tilfelle også i Norge.

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

OsloMet - storbyuniversitetet er ansvarlig for prosjektet.

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

VIPS praksismodell skal nå innføres på din arbeidsplass, og det er derfor aktuelt å spørre deg om du vil være med i et prosjekt der vi skal se om bruk av VR- briller kan gjøre det lettere å ta pasientens perspektiv.

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

Å delta i dette prosjektet innebærer at du melder deg frivillig og får muntlig og skriftlig informasjon. Deltagerne vil bli inndelt i to grupper, hvorav den ene gruppen får prøve VR-briller på et senere tidspunkt og er prosjektets kontrollgruppe.

Hvis du har lyst til å være med i vår undersøkelse innebærer det:

- At du må svare på femten spørsmål skriftlig (avkrysning) før og etter at du har deltatt på VIPS-kurset. Spørsmålene handler om forskjellige situasjoner du opplever sammen med pasientene og hvordan du vil forholde deg i disse situasjonene.
- At du får se en 12 minutters film med VR-briller. Filmen skal gi deg en opplevelse av hvordan det er å ha demens.
- At du etter to måneder får presentert en pasienthistorie som du skal fullføre. Historien beskriver en relativt vanlig situasjon og du skal fortelle skriftlig, med egne ord, hva du vil gjøre i denne situasjonen.

### **Det er frivillig å delta**

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

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

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket, og det er oss to masterstudenter som har tilgang til opplysningene. Navnet og kontaktopplysningene dine vil vi erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Du vil ikke kunne gjenkjennes i vår masteroppgave, men det er mulig at vi siterer fra åpne spørsmål.

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

Prosjektet skal etter planen avsluttes i juni 2020. Opplysningene beholdes i ett år etter dette, og slettes i juni 2021.

### **Dine rettigheter**

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg
- å få rettet personopplysninger om deg
- å få slettet personopplysninger om deg
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (datapotabilitet). Og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke

På oppdrag fra OsloMet – storbyuniversitetet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- OsloMet – storbyuniversitetet ved professor Trine Deichman- Sørensen, [tsorensen@oslomet.no](mailto:tsorensen@oslomet.no) tlf 92439644, student Signe Baksaas Gjelstad tlf 91685467 eller student Janne Johannessen tlf 99049119
- Vårt personvernombud: Ingrid S. Jacobsen, tlf 67235534
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig  
Trine Deichman-Sørensen

Student  
Signe Baksaas Gjelstad og Janne Johannessen

---

### Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Å forstå demens gjennom VR- briller», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i spørreundersøkelse før og etter VIPS-kurset
- å delta i utprøving av VR- briller som gir en opplevelse av å ha demens
- å delta i å fullføre en pasienthistorie skriftlig etter ca tre måneder
- at mine personopplysninger lagres i ett år etter prosjektslutt, til juni 2021

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. juni 2021

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 2. Spørreskjema

1. Daniel har hatt et alkoholproblem i mange år. Etter at Daniel fikk demens og kom på sykehjem har han ikke spurt mye etter alkohol, og sakte men sikkert går han nå opp i vekt og får mer energi. En kveld har han funnet et pent stettglass, og han kommer nå til deg og ber om å få litt vin. Du svarer: «Legen har sagt at du ikke får drikke alkohol!»

*Meget god reaksjon – Ganske god reaksjon – vanskelig å vurdere – ganske dårlig reaksjon – dårlig reaksjon*
2. Anders har dårlig språk. Han er også en stille og rolig person, ikke særlig sosial. Han sitter mye på rommet sitt og ser ut av vinduet. Du tenker at Anders kanskje er deprimert. Du går inn til han og sier: «Hvordan har du det, Anders? Du sitter mye og ser ut av vinduet.»

*Meget god reaksjon – Ganske god reaksjon – vanskelig å vurdere – ganske dårlig reaksjon – dårlig reaksjon*
3. Kjell trenger hjelp til stell, men da du kommer til han en dag ser han lei ut og sier: «Jeg vil ikke at du skal komme – du er så hardhendt! De andre er flinkere!». Du sier: «Jeg opplever at du er opprørt i dag! La oss prate litt før stellet så jeg kan få vite litt mer om hvordan jeg også kan gjøre det godt for deg»

*Meget god reaksjon – Ganske god reaksjon – vanskelig å vurdere – ganske dårlig reaksjon – dårlig reaksjon*
4. Turid er vanligvis veldig glad, synger og traller mye – men etter at Edith og Kari begynte å kommentere høyt alt Turid gjorde, har hun blitt stille og hun ser lei seg ut. Du går bort til Kari og Edith og sier: «Dere må forlate stua hvis dere skal kommentere alt Turid sier og gjør!».

*Meget god reaksjon – Ganske god reaksjon – vanskelig å vurdere – ganske dårlig reaksjon – dårlig reaksjon*
5. Stuen er bitteliten og fungerer dårlig som samlingsplass. Det er vanskelig å få etablert ro i stuen, og noen av kollegaene dine kommer med forslag om å utvide stuen ved å legge til naborommet, som nå brukes til pauserom for personalet. Det ordinære pauserommet ligger i nabobygningen. Saken drøftes på et personalmøte, og du sier «Størrelsen på stua har ingen vesentlig betydning for om vi klarer å skape ro hos pasientene!»

*Meget god reaksjon – Ganske god reaksjon – vanskelig å vurdere – ganske dårlig reaksjon – dårlig reaksjon*
6. Ingrid får besøk av sin datter hver dag. De sitter alltid i fellesmiljøet og prater og synger med de andre pasientene. Du får et inntrykk av at noen av medpasientene synes det blir for mye kontakt, du tolker deres kroppsspråk slik. Du ber datter til Ingrid være på rommet sammen med moren, men hun blir rasende på deg. Du velger å vise til reglementet som faktisk oppfordrer pårørende til å bruke pasientrommene ved besøk.



*Meget god reaksjon – Ganske god reaksjon – vanskelig å vurdere – ganske dårlig reaksjon – dårlig reaksjon*

7. Rita røyker mye. Hun kan ikke lenger ha sin egen lighter fordi hun ikke husker reglene for røyking, og tenner opp sigarettene overalt og til alle tidspunkter. Det har blitt enighet om at personalet skal tenne røyken for henne, og det respekterer og forstår hun. Rita er preget av mange års røyking, hun har kols og hoster mye. I dag er det svært mye å gjøre i avdelingen og samtidig er Rita ekstra røyksugen, hun kommer ustanselig og ber mye. I dag er det svært mye å gjøre i avdelingen og samtidig er Rita ekstra røyksugen, hun kommer ustanselig og ber om fyr på røyken. Du sier til Rita: «Det blir nok en del venting på deg i dag!»

*Meget god reaksjon – Ganske god reaksjon – vanskelig å vurdere – ganske dårlig reaksjon – dårlig reaksjon*

8. Kari er din primærpatient, hun har fått hjelp av deg i morgenstellet. Nå sitter hun på kjøkkenet i påvente av at du skal komme for å hjelpe henne med frokosten. En av dine kollegaer stopper opp og sier «God morgen, Kari», hvorpå Kari hvisker at hun må på toalettet. Du holder på å lage til frokost og får beskjed av din kollega om at Kari må på toalettet. Du går bort til Kari med det samme og sier: «Føler du deg urolig? Jeg er sikker på at du kan vente med å gå på toalettet til etter frokost.»

*Meget god reaksjon – Ganske god reaksjon – vanskelig å vurdere – ganske dårlig reaksjon – dårlig reaksjon*

9. Geir falt og brakk lårhalsen. Han ble raskt operert og er nå tilbake på sykehjemmet. Før fallet var Geir mye i aktivitet. Han hadde fast oppgave med å sope gulvet, rake/sope ute eller måke snø, og når kona kom dro de som regel ut på en lang gåtur. Dere er opptatt av at han skal rehabiliteres tilbake til sitt funksjonsnivå før fallet, men trene kommer ikke på tale for Geir – han blir nesten sint. Du sier: «Det kan være litt tungt å komme i gang med å trene, men nå starter vi»

*Meget god reaksjon – Ganske god reaksjon – vanskelig å vurdere – ganske dårlig reaksjon – dårlig reaksjon*

10. Du og din kollega er opptatt med å rydde opp etter middagen da du plutselig hører bråk fra gangen. Det er Olav som river og røsker i utgangsdøra. Denne er stengt fordi det er fattet vedtak om tilbakeholdelse for en annen pasient. Du velger å gå rolig bort til Olav og si: «Kom her, Olav – så skal du få kaffe!»

*Meget god reaksjon – Ganske god reaksjon – vanskelig å vurdere – ganske dårlig reaksjon – dårlig reaksjon*

11. Unni endrer plutselig atferd. Hun roper mye, og vil ikke være alene – hun klynger seg til pleierne som er i nærheten av henne. Kollegaen din ivrer for at hun bør flytte til forsterket skjermet enhet, men du sier til din leder: «Vi må finne mer ut av dette. Kanskje er det er noe som plager henne?»

*Meget god reaksjon – Ganske god reaksjon – vanskelig å vurdere – ganske dårlig reaksjon – dårlig reaksjon*

12. Karoline er en tidligere alkoholiker som er godt kjent i lokalmiljøet. På sykehjemmet følger dette henne, og medpasienter og pårørende reagerer på å bo sammen med henne som de har holdt god avstand til tidligere. Hun banner mye og høyt, og alle som er i nærheten får noen gloser slengt etter seg. På personalmøtet ønsker de fleste at hun skal være mer på rommet sitt, men du ivrer for at Karoline skal finne seg til rette i fellesmiljøet. «Kan vi ikke prøve å sitte med henne og se om det gjør henne trygg», sier du.

*Meget god reaksjon – Ganske god reaksjon – vanskelig å vurdere – ganske dårlig reaksjon – dårlig reaksjon*

13. Tore kan plutselig kle av seg for å onanere – hvor som helst. Ofte begynner han å kle av seg i fellesstua. Du respekterer Tores behov og legger til rette for at han kan være på rommet sitt for det meste.

*Meget god reaksjon – Ganske god reaksjon – vanskelig å vurdere – ganske dårlig reaksjon – dårlig reaksjon*

14. Harry er en naturens mann som er glad i å være ute. Han elsker snømåking. Han er fysisk sprek og han har direkte tilgang til sansehagen fra stuen på enheten der han bor. Det er en snørik vinter og Harry er stadig ute og måker snø i hagen. Han måker med mye kraft i spadetakene og han har vanskelig for å skille på snø og busker. Noen av buskene har nå blitt mer frisert enn ønskelig. Hvorvidt Harry skal nektes å måke snø i hagen er nå blitt et diskusjonstema. Ditt innlegg i diskusjonen er at «Harry må få måke snø i hagen, vi får heller plante nye busker til våren»

*Meget god reaksjon – Ganske god reaksjon – vanskelig å vurdere – ganske dårlig reaksjon – dårlig reaksjon*

15. Laila bor i avdelingen du jobber i. Laila er en stille og forsiktig dame som trives best alene på rommet sitt. Så en dag kommer eldstedatteren, Stine, på besøk. Stine tar med seg mor ut en tur og blir borte noen timer. De kommer hjem til middag. Laila ser sliten ut, hun prater lite og hun spiser også mindre enn hun pleier. Etter middagen går datteren og Laila inn på hennes rom, og kommer snart ut igjen, nå har de på seg yttertøy. «Jeg tar med mor til byen en tur», sier Stine. Du svarer: «Greit! Ha en fin tur!»

*Meget god reaksjon – Ganske god reaksjon – vanskelig å vurdere – ganske dårlig reaksjon – dårlig reaksjon*

## **Åpent spørsmål i posttest**

Hvordan har bruken av VR- brillene påvirket deg?

## Vedlegg 3. Intervjuguide

### Å ta pasientens perspektiv

#### Introduksjon

Intervjueren innleder med å fortelle at hun er interessert i hvordan han/hun vurderer og handler i utfordrende situasjoner i praksishverdagen, og at vi tar utgangspunkt i ett av casene fra spørreundersøkelsen.

Intervjupersonen får en papirkopi og leser casen og får noen minutter til evt notere.

#### Intervju

Deltageren forteller

Oppfølgingsspørsmål: Bruk ordene: Fortell mer! Kan du utdype? Vær nysgjerrig og spør hvorfor!

- Hva trenger du å vite om pasienten for å vurdere situasjonen? (Fysisk og psykisk helse, kognitiv funksjon, livshistorie)
- Hvem ville du rådført deg med i en slik situasjon? Blir pasienten spurt om hva han ønsker og mener?
- Hvem/hva tar du hensyn til i ditt valg?
- Hvordan tror du pasienten vil reagere på ditt valg?
- Hvorfor velger du slik du gjør? (Hvilke verdier vil du si ligger til grunn for ditt valg?)
- Noen hendelser som du vet har fått betydning for de valgene du tar i slike situasjoner?  
(bygger du på noe fra møter i avdelingen, bøker, refleksjon eller annet for å vite hva du skal gjøre?)
- Ville du reagert annerledes om du var veldig bevisst på å se det fra pasientens ståsted?
- Vil det være noe forskjell på hvordan du møter en slik utfordrende situasjon for første gang, f.eks med en ny pasient eller noe helt nytt, kontra hvordan møte slike situasjoner som gjentar seg?
- Har du opplevd noe lignende? Fortell.

- Hvordan opplevde du å ta stilling til casene i spørreskjemaet?
- Har du noen erfaringer med at du eller andre etterspør pasientens perspektiv når beslutninger skal tas?

### **Bruk av VR- briller**

- **Du har brukt VR- brillene som kanskje har gitt deg en opplevelse av hvordan det er å ha demens.**

Du svarte på et spørsmål rett etter at du brukte VR- brillene men det hadde vært interessant å vite noe mer om din opplevelse

- **Har du snakket med noen om dette? Hjemme? på Jobben? I fagmøter? Annet?**
- **Har dette påvirket deg og din praksis på en eller annen måte? Fortell**

# NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

## NSD sin vurdering

### Prosjektittel

Å forstå demens gjennom VR-briller

### Referansenummer

645073

### Registrert

30.12.2018 av Signe Baksås Gjelstad - s311399@oslomet.no

### Behandlingsansvarlig institusjon

OsloMet - storbyuniversitetet / Fakultet for lærerutdanning og internasjonale studier / Institutt for yrkesfaglærerutdanning

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

Trine Deichman-Sørensen , tsorens@oslomet.no, tlf: 92439644

### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

### Kontaktinformasjon, student

Signe Baksås Gjelstad, Janne Johannessen, signe.gjelstad@aldringoghelse.no, janne.johannessen@aldringoghelse.no, tlf: 91685467.99049119

### Prosjektperiode

25.02.2019 - 20.06.2021

### Status

13.06.2019 - Vurdert

## Vurdering (2)

---

### 13.06.2019 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 10.06.2019.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 13.06.2019. Behandlingen kan fortsette.

### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er

avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Kajsa Amundsen  
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

## **04.02.2019 - Vurdert**

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 04.02.2019, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

### **MELD ENDRINGER**

Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres.

### **TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET**

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 20.06.2021.

### **LOVLIG GRUNNLAG**

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

### **PERSONVERNPRINSIPPER**

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

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

### **DE REGISTRERTES RETTIGHETER**

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

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

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

### **FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER**

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

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

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Kajsa Amundsen  
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)