

Fakultet for folkehelsefag

Anette Væringstad

## Masteroppgave i psykisk helsearbeid

4PM791-1

### **Fra forskning til praksis**

TID kursholderkurset - en prosessevaluering av  
spredning og implementering av en evidensbasert  
intervensjon

### **From research to practice**

Train the trainer in TIME - a process evaluation of the  
dissemination and implementation of an evidence-based  
intervention

Antall ord: 21949

MMHCD Master i psykisk helsearbeid kull 2016-2018

2019 – 2020 vår

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA  NEI

## Forord

Det er flere jeg ønsker å takke i forbindelse med denne masteroppgaven. Først og fremst vil jeg takke mine ledere for å ha gitt meg denne muligheten, Wenche Nordengen (Alderspsykiatrisk avdeling, SAM-AKS, Sykehuset Innlandet) og Birger Lillesveen (Forskningssenter for Aldersrelatert funksjonssvikt og Sykdom (AFS), Sykehuset Innlandet). Videre ønsker jeg å takke min veileder Knut Hestad, Høgskolen i Innlandet, for veiledning igjennom hele skriveprosessen. Jeg vil også takke alle mine informanter som takket ja til å besvare spørreundersøkelsen, og for de flotte rapportene dere har skrevet, tusen takk. Jeg ønsker å takke Eva Martinsen, forskningsmedarbeider (AFS), Sykehuset Innlandet, for en flott innsats og samarbeid vedrørende spørreundersøkelsen. Servicekontoret ved Sykehuset Innlandet har vært gode samarbeidspartnere for distribuering av kursinvitasjoner m.m., takk til dere. Ønsker også å takke mine kollegaer som har hatt stor tro på at vi skulle få til kursholderkursene, og deres innsats i forbindelse med arrangementen, tusen takk! En som virkelig fortjener en stor takk er min kollega Bjørn Lichtwarck, for muligheten til å kunne samarbeide med deg i forbindelse med kursholderkursene i TID og alt jeg har lært under hele prosessen. Du har vært en super støtte under hele forskningsprosessen, fra dag en til det ferdige produktet av denne studien, tusen tusen takk, gleder meg til det videre arbeidet i forbindelse med kursholderkursene. Jeg vil også rette en stor takk til min familie, mannen min Hallvar og mine barn Patrick og Nora, for at dere har holdt ut denne perioden og støttet meg i mitt arbeid, dere er gull verdt!

Tusen takk alle sammen!

Veldre, Mai 2020

Anette Væringstad



Bilder tatt ved tidligere arrangert KHK

---

# Innhold

<b>INNHold</b> .....	<b>4</b>
<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>7</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>9</b>
<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>11</b>
1.1 BAKGRUNN .....	11
1.2 FORMÅL OG PROBLEMSTILLING .....	14
1.3 BEGREPSAVKLARINGER.....	15
1.4 STRUKTUREN I OPPGAVEN .....	16
1.5 AVGRENSNINGER .....	16
1.6 LITTERATURSØK .....	17
<b>2. TEORI</b> .....	<b>19</b>
2.1 INTERVENSJONER .....	19
2.1.1 <i>TID – modellen</i> .....	19
2.1.2 <i>TID – Kursholderkurs</i> .....	21
2.2 TEORETISKE BETRAKTNINGER .....	23
2.2.1 <i>RE-AIM rammeverket</i> .....	23
2.2.2 <i>Spredning</i> .....	24
2.2.3 <i>Implementering</i> .....	27
<b>3. METODE</b> .....	<b>30</b>
3.1 VITENSKAPSTEORI.....	30
3.2 MIN FORFORSTÅELSE .....	31
3.3 METODISK TILNÆRMING .....	32

---

3.4	DESIGN .....	33
3.5	DELTAKERE, UTVALG OG REKRUTTERING .....	34
3.6	METODER.....	35
3.6.1	<i>Kvantitative data innhentet ved hjelp av spørreskjema.....</i>	<i>37</i>
3.6.2	<i>Kvalitative data innhentet ved semistrukturerte rapporter .....</i>	<i>38</i>
3.7	ANALYSE .....	40
3.7.1	<i>Analyse av kvalitative data .....</i>	<i>40</i>
3.7.2	<i>Analyse av kvantitative data .....</i>	<i>43</i>
3.8	FORSKNINGSETISKE RETNINGSLINJER .....	45
3.8.1	<i>Forskningsetiske overveielser.....</i>	<i>46</i>
3.8.2	<i>Lover og juridiske retningslinjer.....</i>	<i>48</i>
<b>4.</b>	<b>RESULTATER.....</b>	<b>49</b>
4.1	REKKEVIDDE (REACH).....	50
4.2	EFFEKT (EFFECTIVENESS) .....	54
4.3	ADOPSJON (ADOPTION).....	58
4.4	IMPLEMENTERING (IMPLEMENTATION) .....	59
4.5	FORTSATT BRUK (MAINTENANCE) .....	63
<b>5.</b>	<b>DISKUSJON.....</b>	<b>66</b>
5.1	RESULTATDISKUSJON.....	67
5.2	METODEDISKUSJON .....	74
5.3	DISKUSJON AV RELEVANS .....	78
<b>6.</b>	<b>KONKLUSJON.....</b>	<b>79</b>
	<b>LITTERATURLISTE .....</b>	<b>80</b>
	<b>VEDLEGG .....</b>	<b>84</b>

---

Vedlegg 1 - Prosedyre datavask (s. 85-86) .....	84
Vedlegg 2 – godkjenning fra NSD .....	86
Vedlegg 3 - samtykkeskriv spørreundersøkelse .....	87
Vedlegg 4 - samtykkeskriv rapport .....	88
Vedlegg 5 - PICO skjema.....	89
Vedlegg 6 – Spørreskjema (s. 91-96).....	90

---

## Sammendrag

### **Bakgrunn:**

TID (Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved Demens) representerer en evidensbasert biopsykososial tilnærming til APSD. Et hovedspørsmål ved evidensbaserte intervensjoner er hvordan man oppnår en enkel, effektiv og bærekraftig spredning og implementering i større skala.

### **Mål:**

Å utføre en prosessevaluering basert på RE-AIM-rammeverket (Rekkevidde, Effektivitet, Adopsjon, Implementering, Vedlikehold) av spredning og implementering av TID ved bruk av kursholderkurs-konseptet.

### **Problemstilling og forskningsspørsmål:**

*Hva er kursdeltakernes erfaringer etter kursholderkurset i TID for spredning og implementering av modellen?*

I hvor stor grad oppnås spredning og implementering av TID ved hjelp av TID kursholderkurset?

Hvilke faktorer fremmer og hvilke faktorer hemmer spredning og implementering av TID?

### **Metoder:**

Vi brukte en utforskende deskriptivt design med Mixed Methods. Kursholderkurs-konseptet besto av et todagers kurs og en tilgang til et interaktivt nettsted for registrerte sykepleiere eller andre helsepersonell med et tilsvarende utdanningsnivå (kursdeltakere). Kursdeltakerne ble deretter oppfordret til å gjennomføre TID basiskurs for de ansatte i avdelingen/institusjonen deres (f.eks. Sykehjem). RE-AIM-dimensjonene ble undersøkt med spørreskjemaer til de 87 deltakerne på de tre første TID-kursholderkursene, 6 og 12 måneder etter gjennomføring av disse kursene. For ytterligere vurderinger og erfaringer ved sprednings- og implementeringsprosessen, analyserte vi skrevne narrative rapporter fra deltakerne hvor de svarte på syv åpne spørsmål etter å ha fullført sitt første TID-basiskurs.

**Resultater:**

Et eller flere TID-basiskurs ble gjennomført av 53% av deltakerne på kursholderkurs for 1374 ansatte i 13 av 18 fylker i Norge innen ett år etter kursholderkursene. Det er 47 avdelinger/institusjoner som sier at de fremdeles bruker TID innen ett år etter KHK. Analysene av de 24 rapportene som ble levert, viste at de viktigste temaene for spredning av TID var en grundig opplæringsprogram og en enkel tilgang til opplæringslæringsmateriell. Man må ha en plan for bruk av TID ved avdelingen/institusjonen. Implementeringsprosessen handlet om at personalet ser den klinisk nytten av TID, en engasjert og tilstedeværende ledelse inkludert avdelingslederen og interne TID-administratorer. Mangel på tid, begrenset økonomi og manglende interesse fra ledelse ved avdelingen/institusjonen var de viktigste hindringene for både spredning og implementering.

**Konklusjon:**

Effektiv formidling og implementering av komplekse intervensjoner kan oppnås ved å bruke kursholderkurs-tilnærmingen.

**Stikkord:** TID, Kursholderkurs, implementering, spredning, RE-AIM



## Abstract

### **Background:**

TIME (Targeted Interdisciplinary Model for Evaluation and treatment of neuropsychiatric symptoms) represents an evidence-based biopsychosocial approach towards NPS. One main issue regarding evidence-based interventions is how to obtain a simple, effective, and sustainable dissemination and implementation at a larger scale.

### **Objectives:**

To perform a process evaluation based on the RE-AIM framework (Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation and Maintenance) of the dissemination and implementation of TIME using the train the trainer concept.

### **Aim and research questions:**

*What are the participants' experiences after the train the trainer in TIME course for the dissemination and implementation of the model?*

To what extent is the dissemination and implementation of TIME achieved through the train the trainer in TIME courses?

Which factors promote and which factors inhibit the dissemination and implementation of TIME?

### **Methods:**

We used an exploratory descriptive design with mixed methods. The train the trainer concept consisted of a two-day course and an access to an interactive website for registered nurses or other health care workers with an equivalent educational level (trainers). The trainers were then encouraged to conduct TIME basic courses for the staff in their organisations (e.g. nursing homes). The RE-AIM dimensions were explored by questionnaires to the 87 participants of the first three TIME train the trainer courses 6 and 12 months after the completion of these courses. To further assess these dimensions and the facilitators and barriers to the dissemination and implementation process, we analysed written narrative reports from the participants answering seven open-ended questions after the completion of their first TIME basic course in their organisation.

**Results**

One or more TIME basic courses were conducted by 53 % of the trainers for 1374 staff members in 13 of 18 counties in Norway within 6 to 12 months after their train the trainer courses. 47 departments/institutions say they still use TIME within one year of the train the trainer course. The analyses of the 24 reports delivered, showed that the main facilitators for the dissemination of TIME was a thorough training program and a simple access to educational material. A plan to implement TIME is important. The implementation process was facilitated by a conceived clinical usefulness in the staff of TIME and an engaged and present leadership including the leading ward nurse and internal implementation champions. Lack of time, limited finances and lack of interest from management at the wards/institution were the main barriers for both dissemination and implementation.

**Conclusion**

Effective dissemination and implementation of complex interventions can be achieved by using the train the trainer concept.

**Keywords:** TIME, Train-the-trainer, implementation, dissemination, RE-AIM

---

# 1. Innledning

## 1.1 Bakgrunn

Demensplan 2020 framhever behovet for økt kompetanse og kunnskap, og at kunnskapsgrunnlaget hos helsepersonell må bedres. Flere personer med demens får ikke den hjelpen de har behov for eller et tilpasset tilbud når personalet har manglende kompetanse (Omsorgsdepartementet, 2015, s. 24)

Nesten alle personer som lever med demens i sykehjem, vil utvikle atferdsmessige og psykologiske symptomer (APSD) (Kales, Lyketsos, Miller, & Ballard, 2019, s. 83; Selbæk, Engedal, Benth, & Bergh, 2014, s. 2). APSD er assosiert med redusert livskvalitet, henvisning til spesialisthelsetjenesten og sykehusinnleggelse og en raskere utvikling mot alvorlig demens og død. Dette kan føre til bekymring for pasienten og deres pårørende (Peters et al., 2014, s. 464; Zeller et al., 2009). Effekten av legemidler som brukes ved APSD er beskjeden, og bruken er forbundet med alvorlige bivirkninger som infeksjoner, svimmelhet, hodepine, falltendens og slag (Wang et al., 2015, s. 106).

Behandlingsretningslinjer anbefaler ikke-farmakologiske tiltak mot APSD som en førstelinje tilnærming (Helsedirektoratet, 2019; Kales et al., 2019, s. 84). Flere studier har vist effekt av systematiske opplæringstiltak for helsepersonell med sikte på å redusere APSD (Helsedirektoratet, 2019). I følge den nasjonal faglige retningslinjen for demens skal hver enkelt omsorgsgivende virksomhet sørge for opplæring slik at hver ansatt har relevant kompetanse og kan yte faglig og forsvarlig helsehjelp (Helsedirektoratet, 2019).

Alderspsykiatri omhandler psykisk helsearbeid som retter seg mot personer med psykiske lidelser som debuterer i eldre år. Denne gruppen eldre møter man ofte på sykehjem, men også i hjemmetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Alderspsykiatrien er et ungt fagområde innenfor spesialisthelsetjenesten, og er organisert innen psykisk helsevern som del av fagfeltet psykiatri. En av de viktigste utfordringene i alderspsykiatrien er at eldre ofte har sammensatte lidelser, og at det kan være vanskelig å skille mellom somatisk og psykiske tilstander. Den alderspsykiatriske pasient har ofte demens med tillegg av APSD. Årsakene til APSD er sammensatte og komplekse noe som innebærer at en har behov for helsepersonell med høy kompetanse. (Engedal, 2008, s. 15-22).

Tverrfaglig Intervensjonsmodell for utfordrende atferd ved Demens (TID) ble utviklet på sykehjem i Norge av spesiallege og forsker Bjørn Lichtwarck, Sykehuset Innlandet. For å teste ut effekten av TID ved APSD, ble det i 2016 gjennomført en randomisert kontrollert studie i 33 sykehjem i Norge. TID viste klinisk signifikant reduksjon i agitasjon (primært effektmål) og i symptomer som vrangforestillinger, depresjon, samt forbedring av livskvaliteten (sekundære effektmål) (B. Lichtwarck, Selbaek, et al., 2018, s. 30-31).

Modellen har ofte blitt brukt i klinisk praksis i mange sykehjem siden den ble utviklet for første gang i 2007-2008. For å ta i bruk modellen i praksis kreves det minimal opplæring hos personalet. Modellen er manuell basert, og er lett å integrere i daglig klinisk praksis og omsorg uten store ekstra kostnader (Bjørn Lichtwarck, Væringstad, & Hoel, 2019, s. 4-5).

Ved evidensbaserte intervensjoner testet i et randomiserte kontrollerte studie (RCT) ser man ofte problemer som hvordan få en enkel, effektiv og bærekraftig formidling og implementering i praksis (Brasure et al., 2016, s. 120-121; G F Moore et al., 2015, s. 1-2). Man vet at det er et gap mellom forskning og praksis (Glasgow, Lichtenstein, & Marcus, 2003, s. 1261). På hvilken måte er det best å spre en modell på, slik at institusjoner tar i bruk modellen, er et sentralt spørsmål i denne sammenheng. En evaluering av spredning og implementering i større målestokk utenfor konteksten av en randomisert kontrollert studie, kan spre lys på hvilke komponenter som krever spesiell oppmerksomhet. Campbell et al. (2000, s. 695-696) beskriver dette som fase IV i rammen av sekvensielle faser for å utvikle komplekse intervensjoner der hovedformålet er å undersøke spredning og implementering av intervensjonen i praksis utenfor rammen av en RCT (Campbell et al., 2000, s. 696).

TID er en målrettet tverrfaglige modell og et manualbasert verktøy som personalet i samarbeid med lege eller psykolog anvender for å utrede, tolke og behandle APSD og andre alvorlige psykiske lidelser. Som sykepleier i spesialisthelsetjenesten har jeg gode erfaringer ved bruk av modellen i samhandling med kommunehelsetjenesten. Modellen integrerer miljøterapeutiske- og medikamentelle tiltak i en helhetlig tilnærming til pasientene. TID bygger på prinsipper fra kognitiv terapi og personsentrert omsorg (B. Lichtwarck, Selbaek, et al., 2018, s. 26). I kognitiv terapi som i TID er særskilt forståelsen av menneskelig atferd viktig. I tillegg vektlegges det både i kognitiv terapi og i TID nytten av en klar struktur ved problemløsning og at denne strukturen gir et verktøy til selvhjelp neste gang utfordringen kommer (Kitwood, 1997). I følge TID-manualen (Bjørn Lichtwarck, Væringstad, et al., 2019, s. 19) handler personsentrert omsorg om betydningen av å kjenne personens historie,

---

preferanser, verdier og perspektiv og derigjennom utvikle behandlingstiltak som skreddersys den enkelte pasient for å ha effekt. Omsorgen skal være individuelt tilpasset (Rokstad, 2014, s. 24-25).

TID består av tre faser. Første fase er **Utredningsfasen** der en systematisk observerer og registrerer symptomer og atferd, innhenter person – og sykehistorie og undersøker pasienten. Andre fase er **Refleksjonsfasen** der en gjennom et eller flere strukturerte refleksjonsmøter kommer fram til en felles forståelse av symptomer og atferd, og lager en tiltaksplan. Siste fase er **Tiltaks – og evalueringsfasen** der tiltakene testes ut og evalueres planmessig (Bjørn Lichtwarck, Væringstad, et al., 2019, s. 7-17)

For å spre modellen utviklet vi et opplærings- og spredningsprogram som fikk navnet TID – kursholderkurs. Kursholderkurset gir en grunnleggende innføring i TID-modellen, og hvordan man holder TID-basiskurs for personalet. TID-basiskurset er en opplæringspakke for hele personalgruppen uavhengig av utdanning/stilling i sykehjem, poliklinikk, sykehusavdeling eller i hjemmetjenester. Av erfaring så har det en stor betydning at så mange som mulig av personalet deltar i opplæringen. Det anbefales at leder deltar i opplæringen for å sikre støtte til videre bruk av modellen. Det er også ønskelig at lege deltar så langt det er mulig. Gjennom kritisk systematisk refleksjon i personalgruppen ønsker en å oppnå en hensiktsmessig felles forståelse av APSD, og derigjennom teste ut skreddersydde tiltak basert på denne forståelsen. Ved bruk av TID-modellen ønsker vi at personalgruppen skal kunne arbeide selvstendig og tverrfaglig i forhold til personer med APSD. Målet med kursholderkurset er å lære opp helsepersonell ved ulike arbeidssteder i Norge slik at de kan holde TID-basiskurs for «sin» personalgruppe (Bjørn Lichtwarck, Væringstad, et al., 2019, s. 22-24).

En prosessevaluering er viktig for at andre forskere kan gjenskape studien for kritisk å reteste intervensjonen, men også for å gi beslutningstagere et godt grunnlag for å implementere intervensjonen i større skala i praksis (Glasgow et al., 2003, s. 1261; G F Moore et al., 2015, s. 1-2). I følge Campbell et al. (2000, s. 694) så kreves det at man bruker både kvantitative og kvalitative data ved evaluering av intervensjoner. G F Moore et al. (2015, s. 6) sier at prosessevaluering anvendes både i kvantitative metode og kvalitative metode for å få en bedre forståelse av komplekse fenomener. Et av de hyppigst brukte rammeverk for prosessevalueringer er RE-AIM rammeverket (Glasgow et al., 2019, s. 1).

RE-AIM er et akronym for fem dimensjoner som er sentrale for å strukturere en prosessevaluering: Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation og Maintenance (Glasgow, Klesges, Dzewaltowski, Estabrooks, & Vogt, 2006, s. 688; Glasgow et al., 2003, s. 1262). For ledelsen ved de ulike avdelingene/institusjonene er det også viktig å vite hvordan en intervensjon kan tilpasses deres lokale kontekst. I denne studien vil en prosessevaluering basert på de fem RE-AIM dimensjonene bidra til å svare strukturert på min problemstilling.

## 1.2 Formål og problemstilling

Hovedformålet med studien var å oppnå spredning og implementering av en evidensbasert modell (TID), for tilnærming til utfordrende atferd ved demens og andre psykiske tilstander, ved hjelp av kursholderkursene. Vi ønsket å gjennomføre en prosessevaluering av spredning og implementering av TID i institusjoner i Norge ved hjelp av RE-AIM rammeverket. Derfor ble temaet i studien: Fra forskning til praksis, TID kursholderkurset - en prosessevaluering av spredningen og implementering av en evidensbasert intervensjon.

Problemstillingen var:

*Hva er kursdeltakernes erfaringer etter kursholderkurset i TID for spredning og implementering av modellen?*

For å besvare problemstillingen min valgt jeg å ta med følgende forskningsspørsmål:

1. I hvor stor grad oppnås spredning og implementering av TID ved hjelp av TID kursholderkurset?
2. Hvilke faktorer fremmer og hvilke faktorer hemmer spredning og implementering av TID?

I denne studien handlet spredning om RE-AIM dimensjonene rekkevidde og effekt av kursholderkursene. Rekkevidde måles ved antall basiskurs som er arrangert, og i hvilke type avdelinger/institusjoner. Vi ønsket å vite noe om antall deltakere på basiskurs arrangert av deltakerne på KHK. Effekten av KHK baseres på deltakernes opplevelse av KHK og om deltakerne har arrangert basiskurs i løpet av 12 måneder etter KHK. I denne studien handlet dimensjonene adopsjon og implementering om TID-modellen er tatt i bruk og i hvor stor grad. Fortsatt bruk av TID innen ett år og eventuelt grunner til hvorfor det ikke tatt i bruk.

---

Deltakernes erfaringer belyses via alle dimensjonene i RE-AIM. Faktorene som hemmer eller fremmer spredning og implementering av TID var deltakernes subjektive opplevelser.

### 1.3 Begrepsavklaringer

I dette kapitlet presenterer jeg en kort begrepsavklaring for å redegjøre viktige begrep som er sentralt i denne studien og for problemstillingen min.

*Psykisk helsearbeid:* i denne sammenheng snakker vi om alderspsykiatri som er et spesialisert fagområde innenfor psykiatrien. Alderspsykiatriske lidelser kjennetegnes ved at de opptrer som regel for første gang etter fylte 65 år (Aakhus, Bergem, Holm, Bragason, & Eskeland, 2010, s. 6)

*APSD:* Atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens.

*Vi:* begrepet «vi» benyttes i denne sammenheng som et fellesbegrep på forskergruppen fra Sykehuset innlandet, som har en aktiv rolle i studien.

*TID:* Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved Demens og andre psykiske tilstander. Jeg har brukt forkortelsen TID i resten av studien.

*Kursholderkurs i TID:* et kurs for å lære seg TID-modellen godt og å lære bort modellen til andre ansatte. Jeg har brukt forkortelsen KHK i resten av studien.

*RE-AIM:* et rammeverk som vurderer fem dimensjoner (Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation og Maintenance) som er viktige ved en prosessevaluering (Glasgow, Vogt, & Boles, 1999, s. 1323)

*Deltaker/kursdeltaker:* handler i denne sammenheng om helsepersonell som deltok på KHK.

*Spredning:* en aktiv tilnærming for å spre evidensbaserte intervensjoner via bestemte opplæringsprogrammer (Brownson, Colditz, & Proctor, 2017, s. 28)

*Implementering:* at et program innføres og tas i bruk i en avdeling/institusjon. Handler om hvordan et spesifikt program og utpekte strategier brukes til å integrere evidensbaserte intervensjoner i spesifikke omgivelser med effekt (Brownson, Fielding, & Green, 2018, s. 2)

*Variabel:* en variabel i denne sammenheng beskriver spørsmålene i spørreskjemaene. F.eks. Kjønn er en variabel. Variablene kan ha ulike verdier, f.eks. variabelen kjønn kan ha verdiene mann og kvinne. En variabel defineres som en egenskap eller et kjennetegn ved noe (Johannesen, 2009, s. 36).

*Evidensbasert intervensjon:* tiltak/metoder som er vitenskapelig dokumentert som effektive (Brownson et al., 2017, s. 28).

*Avdeling/institusjon:* inkluderer i denne sammenheng, sykehusavdelinger, poliklinikker, sykehjem, sykehjemsavdelinger tilrettelagt for personer med demens, hjemmetjenester/hjemmebasert omsorg og bofellesskap.

## 1.4 Strukturen i oppgaven

Jeg har valgt å strukturere oppgaven på følgende måte:

I første kapittel presenterer jeg innledningen som er en introduksjon til selve studien hvor jeg har lagt frem min bakgrunn, formål med studien og problemstilling med forskningsspørsmål. I andre kapittel har jeg valgt å presentere beskrivelser av to intervensjoner relatert til studien. Deretter beskrives de teoretiske betraktningene og tilhørende litteratur som er relevant. I tredje kapittel presenterer jeg valg av metode og vitenskapsteoretisk tilnærming. Her blir også forskningsmetode, forskningsprosessen og forskningsetiske retningslinjer beskrevet. I fjerde kapittel har jeg presentasjon av resultater fra både kvalitative og kvantitative data basert på strukturen i RE-AIM, hvor også deltakerne i studien blir presentert. I femte kapittel diskuterer jeg resultatene fra datainnsamlingen opp mot teori og egne erfaringer og opp mot mine forskningsspørsmål. Til slutt i kapittel seks presenterer jeg en avsluttende konklusjon.

## 1.5 Avgrensninger

I denne studien foreligger det resultater basert på deltageres erfaringer ved hjelp av spørreskjemaer etter 6 og 12 måneder, og en skriftlig rapport fra deltagerne. Det har ikke vært aktuelt å innhente pasientdata. Vi har ikke vært ute etter å finne ut av om informasjonen fra deltakerne endrer seg, men vi ønsket å fange opp detaljer ved gjennomføring av basiskurs og deltakernes erfaringer vedrørende dette. Det har derfor ikke vært nødvendig å gjennomføre frafallsanalyse i denne studien, da vi ikke har fulgt to grupper. Større frafall fra 6 måneder og 12 måneder har ikke vært av interesse for oss i denne sammenheng.

Jeg har valgt å ha fokus på spredning- og implementeringsvitenskap innenfor helsevesenet, og valgt ut teori som kan illustrere relevant teori i denne sammenheng. Jeg har benyttet



vitenskapelige artikler som omhandler implementeringsforskning som benytter metoder for å fremme implementering i praksis, ved hjelp av RE-AIM rammeverket.

## 1.6 Litteratursøk

I forbindelse med litteratursøk har jeg benyttet meg av MeSH (emneordregister) på norsk og engelsk for å finne relevante søkeord i forhold til min problemstilling. Søkte i databasene EBSCO, CINAHL, PubMed og i oppslagsverket BMJ Best Practice. Jeg har bevisst kontrollert hvor i kunnskapspyramiden de ulike databasene befinner seg, som for eksempel PubMed ligger nederst på pyramiden (enkelt studier), mens BMJ ligger nest øverst på pyramiden som kliniske oppslagsverk og er hele tiden oppdatert. Jeg valgte også å søke i Oria (bibliotekets søketjeneste). Ved søk og valg av artiklene har jeg vært bevisst på om de er fagfellevurdert. Helsebiblioteket er en kilde for forskningslitteratur, som har blitt flittig brukt i prosessen. Jeg har også sett etter relevant litteratur i referanselisten til artikler jeg anser som gyldige. Kollegaer har også kommet med innspill og tips om relevante artikler for min studie.

I mitt arbeid etter søkeord bruker jeg PICO skjema (vedlegg 5) for å sette relevante søkeord i problemstillingen inn i et system. Systematisk bruk av MeSH (emneordregister) på norsk og engelsk for å finne relevante søkeord i forhold til min problemstilling. Eksempel på søk:

Dato	Søkeord	Database	Treff	Aktuelle artikler
27.05.19	Evaluation Public Health RE-AIM	PubMed	46	Glasgow, R. E., Vogt, T. M., & Boles, S. M. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. <i>American Journal of Public Health</i> , 89(9), 1322-1327. Retrieved from: <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1508772/pdf/amjph00009-0018.pdf">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1508772/pdf/amjph00009-0018.pdf</a> .
27.05.19	Framework design evaluation complex - interventions	PubMed	233	Campbell, M., Fitzpatrick, R., Haines, A., Kinmonth, A. L., Sandercock, P., Spiegelhalter, D., & Tyrer, P. (2000). Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. <i>BMJ</i> , 321(7262), 694-696. Retrieved from <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1118564/pdf/694.pdf">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1118564/pdf/694.pdf</a> .

Emneord: Evidence-Based Practice, Train the trainer, implementation, dissemination, Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved demens, TIME, Targeted Interdisciplinary Model for Evaluation and Treatment of Neuropsychiatric Symptoms, RE-AIM, framework, evaluation.

---

## 2. Teori

### 2.1 Intervensjoner

I dette kapitlet vil jeg beskrive relevante intervensjoner som er viktige i denne studien.

#### 2.1.1 TID – modellen

TID er en tverrfaglig utrednings- og refleksjonsmodell hvor hovedformålet er å oppnå at hele personalgruppen har en gjensidig forståelse av APSD og kommer frem til hensiktsmessige tolkninger og tiltak basert på denne forståelsen. Et tverrfaglig team av helsepersonell og lege utfører en grundig utredning av både somatisk og psykiske symptomer, og deretter gjennomføre et refleksjonsmøtet på en systematisk måte og tiltakene evalueres til slutt (B. Lichtwarck, Selbaek, et al., 2018, s. 27-29).

**Figur 1** Illustrasjon av tre faser i TID (Bjørn Lichtwarck, Væringstad, et al., 2019, s. 7)



Målet er å skreddersy personsentrerte tiltak overfor personen. I klinisk praksis brukes modellen når man arbeider med en person hvor APSD gir utfordringer for pasienten selv, pårørende, andre personer eller for personalet. I situasjoner hvor det er vanskelig å komme til målet kan modellen benyttes. Den kan benyttes ved utforming av mål- og tiltaksplaner og forebyggende arbeid. Det er utviklet en manual som anvendes av personalet, et kort og praktisk hjelpemiddel for å kunne gjennomføre TID steg for steg. Det er utarbeidet sjekklister for utredningsfasen og refleksjonsfasen som man kan benytte seg av for å jobbe systematisk. Ved utredningsfasen skal personalet gjennomføre ulike kartlegginger, samtale med pasient og eventuelt

pårørende. Lege skal gjøre en somatisk undersøkelse og legemiddelgjennomgang (Bjørn Lichtwarck, Væringstad, et al., 2019, s. 4-7).

Refleksjonsfasen består av ett eller flere refleksjonsmøter og følger en fast struktur. Refleksjonsmøtet er organisert på følgende måte: det er en som leder møtet ved hjelp av en kollega som noterer på tavle, flippover eller PC. En av personalet blir valgt i starten av møtet til å skrive referatet på et 5-kolonneskjema (hvis man ikke bruker PC og fører direkte inn). Det bestemmes på forhånd hvem av personalet som skal utarbeide og presentere pasientens personhistorie og hovedpunktene fra sykehistorie. I løpet av refleksjonsmøtet går man igjennom hver enkelt kolonne; fakta, tolkninger (tanker), følelser, tiltak og evaluering. Det settes av kort tid til oppsummering på slutten av møtet. Så mange som mulig av de ansatte skal delta på refleksjonsmøtet. Leder og lege bør delta på refleksjonsmøtet om mulig (Bjørn Lichtwarck, Væringstad, et al., 2019, s. 11-13). I tiltaks og evalueringsfasen skal tiltakene fra refleksjonsmøtet testes ut i praksis og deretter evalueres. På refleksjonsmøtet skal det fastsettes tidspunkt for evaluering og hvordan denne evalueringen skal foregå (Ibid, s. 17).

I følge TID manualen er TID-modellen enkel å integrere i avdelingenes hverdag uten store ekstrakostnader, ved hjelp av opplæring av personalet. Opplæringen av modellen betegnes som et basiskurs som er grunnopplæringen i TID, og en utvidet opplæring for TID-administratorer. Administratorer er utvalgte personer gjennomført av leder som skal kunne modellen ekstra godt og sørge for bruk av TID i avdelingen/institusjonen. Opplæringen består av en grunnopplæring i demens på to timer og opplæring i TID på tre timer, TID-administratorene har ytterligere 5 timer opplæring i TID (Bjørn Lichtwarck, Væringstad, et al., 2019, s. 22). En av suksessfaktorene i TID-studien var at man hadde som mål at alle så mange som mulig av de ansatte skulle delta på opplæringen, uavhengig av type stilling og stillingsstørrelse (B. Lichtwarck, Myhre, et al., 2018). Når personalet er godt trent i modellen vil en kunne bruke modellen mere systematisk. Etter hvert vil man kunne bruke elementer av modellen i mindre skala i hverdagen, på kortere møter, legevisitter og ved uformelle drøftinger. Modellen kan også benyttes regelmessig til veiledning av personalet i sykehjem, sykehus og i hjemmetjenester (Bjørn Lichtwarck, Væringstad, et al., 2019, s. 7).

---

### 2.1.2 TID – Kursholderkurs

Det foreligger omfattende forskningsdokumentasjon på TID-modellen ved flere vitenskapelige artikler om TID (B. Lichtwarck, Myhre, et al., 2018; Bjørn Lichtwarck, Myhre, et al., 2019; B. Lichtwarck et al., 2016; Bjørn Lichtwarck, Væringstad, et al., 2019). Etter TID-studien ble TID Kursholderkurs (KHK) utviklet av spesiallege Bjørn Lichtwarck og spesialsykepleier Anette Væringstad fra Sykehuset Innlandet, høsten 2017, som en del av kurs- og opplæringsprogrammer for spredning av TID. Hovedideen med KHK var å utvikle et kurs for helsepersonell som ønsker å lære seg TID, og som også ønsker å lære hvordan man arrangerer TID-basiskurs (grunnopplæring i TID) for en personalgruppe. Målet var at kursdeltakerne skal kunne arbeide selvstendig med opplæringen (Bjørn Lichtwarck, Væringstad, et al., 2019, s. 22).

Deltakerne på KHK fikk et to dagers kurs som bestod av opplæring via tilstedeværende foredragsholder, inkludert forelesninger og rollespill i form av case i henhold til TID-manualen. Det ble også lagt vekt på forelesninger om hvordan man arrangerer grunnopplæring i TID for ansatte i avdelinger/institusjoner (dvs. TID basiskurs). Etter KHK fikk deltakerne på kurset tilgang til et nettsted, [www.tidmodell.no](http://www.tidmodell.no), hvor de kunne finne alle nødvendige forelesninger, aktuelle vedlegg, TID-manualen, en pedagogisk film, animasjonsfilm om TID og annen pedagogisk støtte de trengte for å gjennomføre forelesninger og opplæring i form av basiskurs (Bjørn Lichtwarck, Væringstad, et al., 2019, s. 22). Dette nettstedet har også blitt brukt som en kommunikasjonskanal for diskusjoner, og for at kursdeltakerne kan stille spørsmål til kursledelsen. Kursledelsen har vært tilgjengelig for deltakerne både på mail og telefon både før og etter KHK, for spørsmål og eventuelt behov for samtale.

For å bli sertifisert kursholder krevdes det deltakelse på to dagers kursholderkurs, og deltaker skal ha gjennomført minimum et basiskurs for en personalgruppe, deretter deltagelse på et TID-refleksjonsmøte, og til slutt levere en skriftlig rapport til kursledelsen som i denne sammenheng brukes som kvalitative data.

**Figur 2** Temaer og innhold ved KHK i TID (Bjørn Lichtwarck, Væringstad, et al., 2019, s. 22)

<p><b>TID KURSHOLDERKURS (TOTALT 14 timer)</b></p> <p><b><u>Tema dag 1</u></b></p> <p>Hort introduksjon av TID og forskning</p> <p>Demens og Atferdsmessige- og psykologiske symptomer ved demens</p> <p>Personsentrert omsorg i praksis</p> <p>Kognitiv terapi – en introduksjon</p> <p>Opplæring i TID-modellen</p> <p>Kartleggingsverktøy i TID-modellen (del av utredningsfasen)</p> <p><b><u>Tema dag 2</u></b></p> <p>TID-administratorrollen</p> <p>Gjennomgang og presentasjon av TID-refleksjonsmøte</p> <p>TID-refleksjonsmøte, praktisk øvelse og gjennomgang</p> <p>Hvordan arrangere TID-basiskurs – kursholdersoppgaver</p>
---

En Norsk artikkel skrevet av Aasmul, Husebo, and Flo (2018) har dokumenterte forskning på en lignende KHK-tilnærmingen innenfor eldreomsorg og demens i Norge. Studien har mange likheter med KHK som vi har brukt, med noen forskjeller. Studien beskriver en intervensjon i sykehjem og en evaluering av resultatene av implementeringsprosess. Intervensjonen var del av en randomisert kontrollert studie (COSMOS). Det ble brukt en KHK-tilnærming for å utdanne ansatte i enhetene, støttet ved telefonsamtaler og et midtveiseminar etter to måneder. Individuelle pasientlogger bestående av forskjellige kommunikasjonsleveranser ble brukt til å evaluere implementeringsprosessen (Aasmul et al., 2018, s. 1-11).

Hvis vi beveger oss utenfor Norge finnes noe mere forskning på KHK-tilnærmingen. American Association of Colleges of Nursing (AACN) har ansvar for flere omfattende programmer for å forbedre pleie for eldre personer, inkludert Geriatric Nursing Education Consortium (GNEC). GNEC mål er å styrke innholdet i geriatriksykepleier. Ved hjelp av KHK-tilnærming, har GNECs primære mål vært å støtte og styrke bachelor utdanningen for

---

sykepleiere ved geriatrisk utdanning, har opplæring for andre fakulteter og fører tilsyn med revisjon av pensum (Wilson, 2012, s. 14). Dette beskriver mye av samme konseptet, men innenfor utdanningssystemet.

En annen artikkel beskriver at kvaliteten på omsorgen hos personer med demens på sykehus er bekymringsfullt ifølge Sampson, Vickerstaff, Lietz, and Orrell (2017, s. 605). Personalet rapporterer om mangel på selvtillit og kompetanseheving i demensomsorgen. Et av programmene var et KHK hvor avdelingene identifiserte nøkkelpersoner lokalt for å lære opp personalet i demens. De utvalgte deltok i to hele dager med opplæring før de ble signert som kompetente. Resultatene viste en betydelig forbedring i stabenes følelse av kompetanse i demensomsorgen og kvaliteten på interaksjoner med pasienter. Flere sykehus tok i bruk personsentrerte verktøy og veier (Sampson et al., 2017s, 6 og s.16-17). Til tross for en dramatisk økning i mengden demensopplæring som ble levert til sykehuspersonalet, er det lite litteratur om suksessen til disse programmene og spesielt effekten av dem over tid. Rapporter fra et lignende initiativ antyder at KHK-tilnærmingen er effektiv (Elvish et al., 2018, s. 106). Derfor er det viktig å danne seg kunnskap om effekten av KHK-tilnærmingen og effekten av programmet.

## 2.2 Teoretiske betraktninger

I dette kapitlet ønsker jeg å beskrive teori som er relevant for min problemstilling og forskningsspørsmål. Jeg ønsker å utdype RE-AIM rammeverket, spredning og implementering som sentral teori i denne studien.

### 2.2.1 RE-AIM rammeverket

RE-AIM ble delvis utviklet for å gi svar på om forskning som ble utført under optimale forhold også kunne vise seg å ha betydning og effekt i vanlig praksis utenfor studierammene (Glasgow et al., 1999, s. 1322). Hovedideen bak rammeverket er at det skal brukes i alle stadier av forskningen, fra planlegging gjennom evaluering og rapportering, og på tvers av forskjellige typer programmer (Gaglio, Shoup, & Glasgow, 2013, s. 38). RE-AIM-rammeverket er egnet for evalueringer både på individuelt og organisatorisk nivå, noe som er viktig fordi hvert nivå gir verdifull informasjon om intervensjonseffektene ved studien (Boersma, van Weert, Lakerveld, & Dröes, 2015, s. 3). RE-AIM-elementer følger en logisk

sekvens, som begynner med rekkevidde og effekt, etterfulgt av adopsjon og implementering og avsluttes med vedlikehold.

*Rekkevidde/å nå ut til målgruppen* handler i hovedsak om hvor stor andel av den potensielle målgruppen intervensjonen når fram til og om målgruppens/deltakernes egenskaper. Det sier noen om det absolute antallet, ved for eksempel KHK og basiskurs, andelen og deltakernes representativitet. *Effektivitet* handler om effekten av et prosjekt og utfallet av det, inkludert potensielle negative og positive effekter ved prosjektet eller intervensjonen. *Adopsjon* handler om det absolute antallet og andelen som er villige til å ta i bruk et program, for eksempel TID-modellen. *Implementering* handler om i hvilken grad deltakerne klarer å iverksette alle komponenter av et oppsatt program, som for eksempel bruk av fasene TID i avdelingen/institusjonen. Implementeringsforskning er avgjørende i forhold til om intervensjoner kan tilpasses praksis og har en effektive i de representative omgivelser. *Vedlikehold* handler om i hvilken grad et program (TID) blir en del av den rutinemessige praksisen ved avdelingene/institusjonene. Vedlikehold i RE-AIM-rammeverket sier også noen om langtidseffektene av et program etter 6 eller flere måneder etter opplæringen (Glasgow et al., 1999, s. 1323).

### **2.2.2 Spredning**

RE-AIM-rammeverket anvendes i denne studien for å svare på problemstillingen ved formidling av vitenskapelige forskning i praksis. Hensikten med utdanningsprogrammer er å gjøre meningsfulle forbedringer i menneskers helse, men da ofte med begrensede ressurser (Glasgow et al., 2006, s. 688). Forskning om formidling, eller spredning gjøres ved systematiske prosesser, og det er ulike faktorer som fører til at målpopulasjonen tar i bruk den evidensbaserte intervensjonen (Meissner et al., 2013, s. 3). En av dimensjonene i RE-AIM handler om hvor i stor grad en når ut til målgruppen for en intervensjon. I denne studien handler det om spredning av TID-modellen hvor vi beregner prosentandel av målgruppen vi når ut til, og vurderer representativiteten til deltakerne som er villige til å delta i spørreundersøkelsen og rapportene.

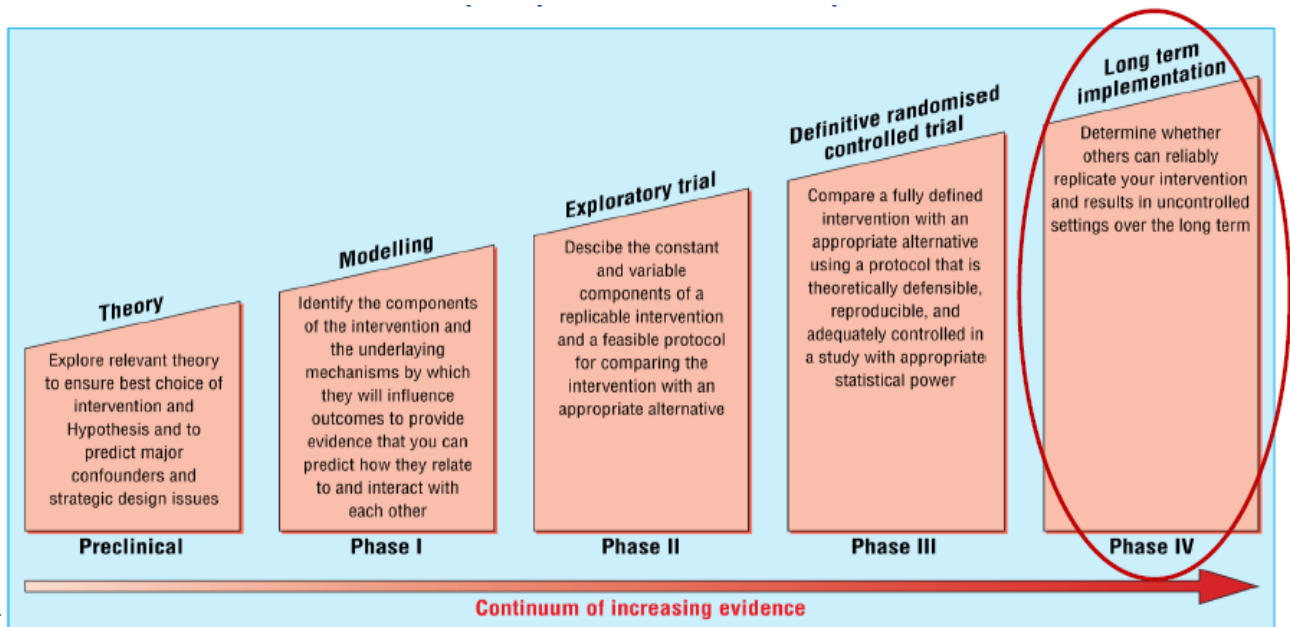
Spredning eller formidling kan defineres som en målrettet distribusjon eller fordeling av informasjons- og intervensjonsmateriell til en spesifikk målgruppe eller avdeling/institusjon. Brownson et al. (2017, s. 2) anslår at 10% eller mindre av forebyggende forskning er



fokusert på formidling. Videre påpeker de at avdelinger/institusjoner som ofte lykkes ved å gjøre endringer ved for eksempel en avdeling, må ønske dem eller være mottakelige for det. I tillegg må det gjøres en innsats for å implementere det man ønsker, som for eksempel å ta i bruk en modell i praksis. Formålet med formidlingsforskning kan være å spre kunnskap og bygge forståelse hos de ansatte. (Brownson et al., 2017, s. 2) . I følge Glasgow et al. (2003, s. 1264) er det vanskelig å endre etablerte praksismønstre, uavhengig om man er kliniker eller forsker.

I følge Campbell et al. (2000, s. 694) er det nyttig å vurdere de forskjellige fasene av prosessen med utvikling og evaluering av programmer eller handlinger som skal føre til en endring. I denne studien har vi fokus på den siste fasen, langtids implementering (se fig. 3) Denne siste fasen er i vår studie representert ved arrangement av KHK, at deltaker ønsker å komme i gang med programmet, og om de har interesse av å komme i gang med opplæring. En slik prosess er sjeldent lineær, men man kan bevege seg i ulike faser ved behov.

**Figur 3** Faser i utvikling av komplekse intervensjoner (Campbell et al., 2000, s. 695)



Figuren over (fig. 3) viser de ulike fasene i en intervensjon, som er viktig ved spredningsarbeid av en intervensjon.

Figuren til Campbell et al. (2000, s. 695) blir nærmere beskrevet i dette avsnittet med Campbells modell for fasene i utviklingen av komplekse intervensjoner, relatert til TID-studien og KHK i TID:

*Fase 1, Teori:* Søken etter tidligere forskning for valgt intervensjon hvor forskergruppen finner relevant teori for å sikre at riktig hypotese eller antagelser er stilt. I denne fasen prøver man å avdekke de store utfordringene og strategiske problemene ved valgt studiedesign og problemstilling.

*Fase 2, Modellering:* Man tester ut gjennomførbarhet av intervensjonen. I denne fasen brukes informasjonen som ble samlet i første fase for å utvikle optimal intervensjon og studieutforming. Dette innebærer ofte å teste muligheten for å gjennomføre intervensjonen. Man identifiserer komponentene i intervensjonen og systemene som vil kunne påvirke resultatene, for så å avdekke hvordan de forholder seg til og samhandler med hverandre. Utviklingen av TID i Fase 1 og Fase 2 foregikk i et norsk sykehjem i perioden 2007-2009 (B. Lichtwarck, 2019, s. 68-70).

*Fase 3, Utforskende studie:* Denne fasen gjennomføres ved en pilotstudie der en ønsker å utforske de ulike komponentene av intervensjonen for deretter utvikle en protokoll som belyser gjennomførbarheten. Forskningscenter for aldersrelatert funksjonssvikt og sykdom, AFS, Sykehuset Innlandet gjennomførte en åpen ikke-kontrollert studie ved bruk av TID på sykehjem i 2011 for personer med demens og agitasjon av alvorlig grad. Resultatene viste at pasientenes agitasjon, stemningssymptomer og personalets belastning ble betydelig redusert (B. Lichtwarck et al., 2016, s. 2-3).

*Fase 4, Randomisert kontrollert studie (RCT):* I denne fasen sammenligner en ferdig definert intervensjon ved å bruke en forhåndsdefinert protokoll som er teoretisk forsvarlig, reproducerbar og tilstrekkelig kontrollert i en studie med tilstrekkelig statistisk styrke. Et eksempel på dette er TID-studien fra 2016 hvor man gjennom en randomisert kontrollert studie (RCT) med to parallelle grupper, en intervensjonsgruppe som skulle få opplæring og ta i bruk TID og en kontroll gruppe som skulle fortsette samme praksis som tidligere (B. Lichtwarck et al., 2016, s. 2-3).

*Fase 5, Langsiktig implementering:* Hensikten med siste fase er å undersøke gjennomføringen av intervensjonen i praksis utenfor rammen av en randomisert kontrollert studie. Etter TID studien ble det utviklet TID KHK for å spre TID-modellen og implementere modellen i praksisfeltet i Norge.

---

### 2.2.3 Implementering

Spredning og implementering av forskningsresultater i praksis er nødvendig for at forskergruppen og samfunnet skal oppleve utbytte av sine investeringer i studien. Implementering kan defineres som et sett av ulike strategier som brukes for å integrere en evidensbasert intervensjon i spesifikke omgivelser (Colditz & Emmons, 2012, s. 1). Implementeringsforskning søker å forstå prosessene og faktorene som er assosiert med vellykket integrering av evidensbaserte intervensjoner i en bestemt setting. Implementeringsforskning vurderer om målgruppen er trofast til den opprinnelige intervensjonen og at intervensjonen kan tilpasses den lokale konteksten (Meissner et al., 2013, s. 3). I følge Hamilton and Mittman (2018, s. 385) har implementeringsforskning innenfor helsevesenet bidratt til utvikling av verdifull teori og empiri. Utvikling av implementeringsvitenskap i helsevesenet beskriver et spekter av anbefalinger ved utvikling av effektiv praksis. Implementeringsstrategier og programmer utvikles for å gjøre forbedringer i helsevesenets prosesser, samtidig som man undersøker sentrale utfordringer og fremtidige utviklinger innenfor feltet (Ibid). Ved implementeringsforskning er man opptatt av å utvikle strategier for å belyse kvalitetsproblemer ved å vurdere hva som er hensiktsmessig praksis, retningslinjer for klinisk praksis og andre verktøy og tilnærminger tilknyttet "evidensbasert" klinisk praksis, som kan gi oss hjelpemidler ved kliniske beslutninger (Ibid, s. 386).

Forskning om spredning og implementering gir økt forståelse for kunnskapsgrunnlaget om hvordan man best kan integrere evidensbaserte intervensjoner i kliniske og samfunnsmessige omgivelser. Det gir en forståelse om hvordan man tilrettelegger forskningen eller gjennomføring av den slik at det blir relevant og er handlingsdyktig i praksis. Vitenskapen om spredning og implementering søker etter å forstå, utvikling, evaluering, rapportering, spredning og implementering av kunnskap. Det er bare noen få opplæringsprogrammer som omhandler spredning- og implementeringsforskning (Meissner et al., 2013, s. 1).

Planlegging av implementering av evidensbasert intervensjoner er avgjørende for å bygge bro mellom utviklingen av ny kunnskap og bruken av den i praksis. Avdelinger/institusjoner trenger tilstrekkelig kapasitet (tilgjengeligheten av ressurser, strukturer og arbeidskraft for å planlegge, levere og evaluere den evidensbasert intervensjon) for å flytte vitenskap til praksis (Brownson et al., 2018, s. 27). I følge Glasgow et al. (2003, s.1261) så er det stor

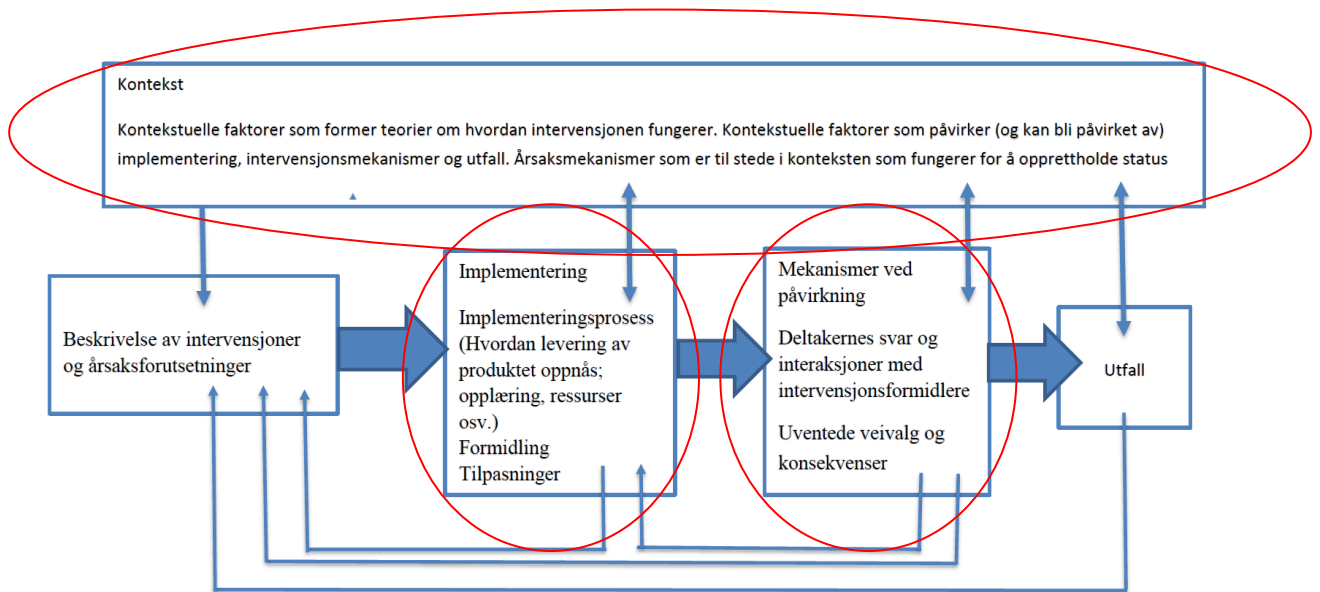
avstand mellom forskning og praksisfeltet. Videre sier de at det å dokumentere intervensjonsnivå, adopsjon, implementering og vedlikehold må vektlegges i større grad ved evaluering av nye programmer. Det er vel kjent at det er en økning av forskning på helsefremmende tiltak som har vist gode resultater, men dette blir dessverre ikke implementert i helseforetakene. Dette kan ha en sammenheng med at det er vanskelig å endre mønstre i praksis. Samtidig må forskere være interessert i å formidle resultatene videre til praksisfeltet (Ibid, s. 1264).

I følge King et al. (2020, s. 2) implementeres mindre enn 2% av sykehjemmene konsekvent personsentrerte tiltak, til tross for kravene til myndighetene. Det ble nylig gjennomført en RCT i USA hvor målet var at ansatte i sykehjem skulle hjelpe å redusere APSD hos pasientene ved å bruke atferdsmessige tilnærminger. Implementering ble evaluert ved hjelp av dimensjonene rekkevidde, effektivitet, adopsjon, implementering og vedlikehold (RE - AIM). Studien viste at RE-AIM er et praktisk rammeverk for planlegging og evaluering av intervensjoner som har som mål å endre praksis, for så å sikre deres validitet (King et al., 2020, s.2-3)

Når man skal teste effekten av implementering av evidensbasert modell i praksis må man utvikle en opplæringspakke som har tydelig struktur på målgruppe og innhold. Formålet ved å måle effekt er å bestemme om en intervensjon fungerer blant en bredt definert populasjon. Opplæringsprogram som ikke resulterer i noen endring, kan være et resultat av mangel på riktig implementering eller svak aksept eller lavt engasjement fra deltakerne (Glasgow et al., 2003, p. 1261). For en vellykket gjennomføring av intervensjoner og at man har fokus på formidling er det viktig at man evaluere flere dimensjoner enn bare effekten av noe (Forman, Heisler, Damschroder, Kaselitz, & Kerr, 2017, s. 322).

I følge G F Moore et al. (2015, s. 1) er en prosessevaluering nyttig ved implementering av nye programmer. Sentrale funksjoner i prosessevaluering relasjonen mellom kontekst, implementering og utfall. I tillegg vil man beskrive hva som er implementert, og hvordan dette er utført. En vil også undersøke mulige mekanismer for påvirkning dvs. hvordan gir den leverte intervensjonen endringer (se fig. 4).

**Figur 4** Sentrale funksjoner i prosessevaluering og relasjoner mellom komponentene (Graham F Moore et al., 2015, s. 2)



Merknad til figur 4: boksene med rød sirkel rundt er nøkkelkomponentene i en prosessevaluering. Undersøkelse av disse komponentene er formet av en tydelig intervensjonsbeskrivelse.

For å komme frem til konklusjoner om hva som fungerer i forhold til spredning og implementering, vil prosessevaluering være et godt hjelpemiddel for å finne svar på problemstillingen. En prosessevaluering vil også undersøke "rekkevidden" av intervensjoner, endringer og hvordan effekten kan kopieres i lignende sammenhenger (Graham F Moore et al., 2015).

## 3. Metode

### 3.1 Vitenskapsteori

I vitenskap defineres ikke noe som rett eller galt. Utviklingen av vitenskapelig kunnskap handler om systematisk etterprøvbare og kommuniserbare erfaringer. Kunnskap kan gi oss svar på aktuelle spørsmål og problemstillinger i forhold til bestemte situasjoner (Thomassen, 2006, s. 112). Mixed Methods bygger både på naturvitenskapelige prinsipper som handler om kvantifisering dvs. målinger, og på humanvitenskap som handler om fortolkning og mening via kvalitative metoder. I denne studien har vi vært ute etter gitte fakta ved bruk av systematiske spørreskjemaer. Vi har også vært opptatt av å få innsikt i virkeligheten og erfaringene til deltakerne i form av narrative rapporter. Vi ønsket deltakernes subjektive opplevelser og tanker (Thomassen, 2006, s. 139 og 155).

Forskning ved Mixed Methods oppmuntrer til å «se verden» på flere måter, eller flere paradigmer/kunnskapssyn. I motsetning til den typiske tilknytningen til visse paradigmer som hører til kvantitativ forskning, og andre paradigmer som hører til for kvalitativ forskning. Forskning med Mixed Methods er "praktisk" i den forstand at jeg har stått fritt til å bruke alle mulige metoder for å løse min problemstilling og forskningsspørsmål. Metoden er altså praktisk fordi jeg har hatt muligheten til å løse problemer ved bruk av både tall og ord, og kombinere induktiv og deduktiv tenking. Det er naturlig å bruke Mixed Methods som en foretrukket måte for å forstå verden (Creswell & Clark, 2017, s. 13).

I praksis er en prosess aldri helt induktiv eller deduktiv, men har en overvekt av det ene eller det andre konseptet. Induksjon er en metode med empirisk grunnlag. Det handler om at jeg har forsøkt å tilegne meg generell kunnskap ved å oppsummere observasjoner av hendelser eller erfaringer (Laursen, 2010, s. 2). En induktiv prosess handler om starte prosessen uten noen teoretisk utgangspunkt, for så å skape nye ideer eller planer, fortolkninger og eventuelt nye teorier igjennom innsamlede data (Johannessen, 2016, s. 47). Et eksempel er TID-studien som i stor grad er induktiv (men selvfølgelig også noe deduktiv). Det vil si at forsker søkte fortolkninger av atferd og symptomer utfra innsamlet og observerbare data, så å si helt åpent og uten bindinger. Deduktiv, fra teori til empiri, fra det generelle til det konkrete. En deduktiv prosess analyserer data ut fra gitte kategorier eller teorier for å se i hvor stor grad

---

data kan forstås utfra disse forhåndsbestemte kategoriene eller teoriene. I en deduktiv prosess trekkes konklusjoner utfra disse forhåndsbestemte kategoriene eller teorien (Johannessen, 2016, s. 47). Et eksempel kan være at man sier alle planeter beveger seg i ellipser og så oppdages en ny planet, så må man anta at denne også beveger seg i en ellipse (Laursen, 2010, s. 2-3).

Ved Mixed Methods skrives det mye om paradigemestridd som dreier seg om at det foreligger forskjellig kunnskapssyn om kvantitative og kvalitative data skal kombineres eller ikke. For en tid tilbake var det sterke meninger om at man ikke skulle blande metodene. Ved at flere forskere begynte å ta i bruk Mixed Methods de senere årene økte interessen for Mixed Method, kombinert med det fortsatt var flere kritiske holdninger (Creswell & Clark, 2017, kap. 2). I denne studien kombineres de ulike paradigene. De kvalitative dataene har bygget på prinsipper fra hermenutikken hvor man har hatt fokus på deltagerens meninger, hvor forståelsen av meningene var strukturert av forforståelsen (Thomassen, 2006, s. 155-157). Jeg har tolket tekster basert på min forforståelse, og satt delene av tekstene i en ny sammenheng som skaper en dypere forståelse av meningene (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 237). Positivismen har hatt stor betydning i forhold til å rette fokus mot bruk av kvantitative data (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 340-341). Det empiristiske vitenskapsidealet er sentralt i positivismen, i denne sammenheng deltakernes erfaringer (Thomassen, 2006, s. 139-141). I vår studie har jeg et mere postpositivistisk syn hvor jeg har anvendt kvantitative data, men kombinert med anvendelse av kvalitative data. Den postpositivistiske tankegangen tillater denne blandede tilnærmingen, og anses som mere moderne (Thomassen, 2006, s. 144-145).

## 3.2 Min forforståelse

I følge Johannessen (2016, s. 34) handler forforståelse om hvilken kunnskaper man sitter med og hvordan man forstår virkeligheten rundt seg, hva en vet fra før som kan være ubevisst, og hva vi tenker om det som skjer. For å gjennomføre denne studien så måtte jeg ha noe kunnskap om forskning, TID-modellen og det å arrangere kurs. Når man har en plan om et prosjekt og et opplæringsprogram så har man en oppfatning om at dette er noe som vil være gjennomførbart med noen mulige justeringer underveis. Ingen nye prosjekter er perfekt fra begynnelsen og man er åpen for at man kan møte noen hindringer. Det første

utfordringen jeg reflekterte over i denne studien var på hvilken måte kan vi nå ut til helsepersonell i hele Norge. Jeg kjenner TID-modellen og har selv erfart at dette er en nyttig modell, men hvordan skulle vi formidle det til praksisfeltet? Min første helhetsforståelse av temaet og problemstillingen påvirkes av hva jeg observerer og hvordan jeg tolker mine observasjoner. Samarbeid, distribusjonsliste, plan for prosjektet og en godt gjennomtenkt opplæringspakke var noe som kom raskt opp som viktig i denne prosessen. Når vi skulle utarbeide spørreskjemaene og spørsmålene på rapportene hadde vi en oppfatning av hva vi var ute etter av data fra deltakerne, og hvilke spørsmål vi ønsket å få svar på. Min forforståelse preger hva jeg ønsker å få svar på der og da, og kan også påvirke prosessen underveis. Man kan også oppdage at man kan mangle data siden forforståelsen kan være begrensende. Ved analysen tolket vi data som vi hadde innhentet noe som medførte at vi la ulik vekt på data vi hadde. Valg av tema i analysen kan være preget av min forforståelse av at forskningsspørsmålene. Dette er konkrete spørsmål om hva vi ønsket svar på. Selv om jeg har en forforståelse om at dette er en god måte å spre evidensbasert kunnskap på, er dette en prosess som må evalueres, og som kan føre til at jeg endre mine tolkninger og tanker underveis. På den annen side kunne jeg få en bekreftelse på min forforståelse når jeg kom til konklusjonen. Mennesker tolker data ulikt og vi kan ende opp med ulike konklusjoner siden dette blant annet er basert på forforståelsen til den enkelte. Jeg tenkte umiddelbart at dette prosjektet får vi til, som igjen medførte et stort engasjement for prosjektet. En slik forforståelse vil kunne bidra til positive resultater i gjennomføringen av prosjektet.

### 3.3 Metodisk tilnærming

Et viktig spørsmål ved en studie er hva ønsker vi at denne undersøkelsen skal bidra med og hvordan skal vi gjennomføre dette? I denne studien har vi gjennomføre en prosessevaluering for å finne ut om KHK var en måte å spre en evidensbasert intervensjon på. Vi ønsket å undersøke effekten, ved å ha evaluert og gjort en vurdering av KHK-tilnærmingen (Johannessen, 2016, s. 29 og 76).

For å kunne svare på min problemstilling, har jeg valgt å bruke Mixed Methods fordi både kvalitative og kvantitative data kan være nyttig i denne sammenheng. Vi ønsket å telle fenomener ved å kartlegge for eksempel i hvilken grad vi klarte vi å spre TID-modellen og hvor mange som tok i bruk modellen innen 12 måneder. Samtidig ønsket vi å få en mer detaljert og nyansert informasjon om spredning og implementering fra deltakerne hvor vi har



---

lagt vekt på å finne ulike mønstre ved hemmende og fremmende faktorer for spredning og implementering.

Når hovedmålene for studien ble utarbeidet ble valg av metode for datainnsamling drøftet. For å samle inn de kvantitative dataene valgte vi spørreskjema etter 6 måneder og 12 måneder som inneholdt faste spørsmål med flere svaralternativer. For å innhente de kvalitative dataene valgte vi at deltakerne kunne skrive fritt og belyse sine erfaringer ved å svare i en rapport med 7 spørsmål gitt av oss. Vi valgte denne metode for datainnsamling fordi deltakerne var spredt over hele Norge. For å innhente data i en slik sammenheng, er dette en enkel og gjennomførbar metode for datainnsamling. Vi hadde også et begrenset tidsperspektiv for datainnsamling noe som også er en viktig faktor som påvirket valg av metode og gjennomføring av datainnsamling.

Vi valgte å gjennomføre en tematisk analyse av de narrative rapportene. Ved en grundig igjennom artikkelen til Braun and Clarke (2006) oppfattet jeg denne metoden som en systematisk metode ved hjelp av de seks forskjellige fasene de presenterer. En av fordelene med tematisk analyse var metodens fleksibilitet.

### 3.4 Design

Et forskningsdesign har som formål å sikre at de innhentede dataene gjør oss i stand til å svare på problemstillingen så presis som mulig. Design handler ikke om hvordan man ønsker å innhente data, man må skille mellom design og metode. Jeg startet ikke studien før jeg visste hvilken type studie jeg ønsker å gjennomføre. Det vil si at jeg innhentet ikke data først, men tenkte ut et design og en struktur på studien før det. Formålet med studien må redegjøres og hva en ønsker ved å gjennomføre prosjektet (De Vaus, 2001, kap 1). Formålet i denne studien avgjør hvilket type design som er brukt. Vi bruker et deskriptivt design der vi gjennomfører en prosessevaluering basert på rammeverket RE-AIM i forhold til spredningen og implementeringen av TID-modellen. Et deskriptivt design er nyttig når man ønsker å utforske ulike sider ved et fenomen uten at en gjennomfører et tradisjonelt eksperiment. Selv om dette designet vanligvis vektlegger det kvalitative aspektet, kan inkludering av kvantitative data gjøre det lettere å svare på flere dimensjoner ved forskningsspørsmålene, og dermed bidra til økt validitet (troverdighet) av resultatene (Creswell & Clark, 2017, kap. 3). At studien er deskriptiv, betyr at den har et beskrivende design. Beskrivelser kan være

både konkrete og abstrakte, i denne studien vil vi finne ut *hva* kursdeltakerne erfarer (De Vaus, 2001, s. 1-2).

### 3.5 Deltakere, utvalg og rekruttering

I denne studien ønsket vi å vite noe om deltakerne som har deltatt på de tre første TID KHK vi har arrangert. Det vil si at deltagerne er enhetene i denne undersøkelsen, og er således de som svarer på spørreskjemaene og rapportene (Johannessen, 2016, s. 241). Målgruppen for kurset var registrert sykepleiere eller andre fagpersoner med minst tre års høyskole- eller universitetsopplæring som arbeider innen eldreomsorg, enten i kommuner eller på sykehus i Norge.

Vi har undersøkt et utvalg fra målgruppen beskrevet i avsnittet over. Dette er ikke et tilfeldig utvalg, men de av målgruppen som melder seg på kursholderkurset. I følge Johannessen (2016, s. 117) betegnes denne utvelgelsen som et strategisk utvalg siden vi allerede har bestemt oss for målgruppe i forkant av kursholderkursene. Vi ønsket også at målgruppen skulle være en homogen gruppe hvor deltakerne har sentrale kjennetegn som helsepersonell i Norge med krav om treårig helseutdanning (Ibid, s. 118). Ettersom helsepersonell som deltar på KHK er fortrinnsvis kvinner, består utvalget for det meste av kvinner og et fåtall med menn.

Invitasjon til å delta på KHK ble distribuert til alle postmottak til alle kommuner i Norge, dvs. 422 kommuner (før januar 2020). Alle helseforetakene i sektor helse og sosial i alle kommuner i Norge mottok kursinvitasjonen på e-post. Det vil si at helsepersonell i 18 fylker (antall fylker før 1 januar 2020) har fått tilbud om kursholderkurset. Vi fikk bistand av servicekontoret i Sykehuset Innlandet til å distribuere invitasjonen, og de har sendt purring 3-4 ganger pr. kurs vi har arrangert. Invitasjonen og påmelding for kurset ble annonsert på vår egen hjemmesiden ([www.tidmodell.no](http://www.tidmodell.no)), samt på Sykehuset Innlandet sin hjemmeside. Kursinvitasjonen ble sendt på e-post til alle utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester i hele Norge siden de er pådrivere for å spre ny kunnskap, og er opptatt av kvalitetsarbeid i sykehjem og hjemmetjenester. I januar 2020 var det 20 utviklingssentre i Norge. Kollegaer i ambulant team SAM-AKS (Samhandling mellom Alderspsykiatrisk avdeling ved Sykehuset Innlandet og kommunehelsetjenesten), har informert kommuner i Hedmark og Oppland (Innlandet), og har vært pådrivere i videreformidling av invitasjon i

---

disse kommune. Vi har også hatt et samarbeid med Nasjonal kompetansetjeneste, Aldring og helse, der de har annonsert om kurset på egen Facebook side, som når ut til mange følgere i hele Norge. Vi har også hatt egen kursannonse i Tidsskriftet Aldring og Helse i forkant av de siste kursene.

Hvert kurs ble arrangert for ca. 30 deltakere hver gang. Deltagerne fra de tre første KHK ble inkludert i studien. Første kurs ble arrangert vinter/vår 2018, andre kurset ble gjennomført høsten 2018, og tredje kurset vinter/vår 2019. På disse tre første kursene deltok 87 deltakere.

Alle deltakerne fikk tilbud om å besvare spørreskjema etter KHK. I følge Johannesen (2009, s. 34) er det er tvilsomt at alle deltakerne besvarer spørreskjemaene i slike undersøkelser. Dette handler om bortfall av respondenter. Det vil si at det foreligger svar kun fra den prosentandelen som svarte på undersøkelsen. Målet var å få et så lite bortfall som mulig da dette har betydning for om vi kan si noe om resultatene er representative for utvalget som en helhet (Johannesen, 2009, s. 34-35). For å oppnå så høy svarprosent som mulig valgt vi å sende påminnelse på e-post til alle deltakerne som ikke hadde svart, slik at vi kunne få en høy svar prosent som mulig. Tabell 1 under kapittel 4 beskriver kjennetegn ved deltakerne på KHK.

## 3.6 Metoder

I denne studien brukte vi Mixed Method da vi ønsket å innhente både kvantitative og kvalitative data. Ved hjelp av RE-AIM-rammeverket utviklet vi spørreskjemaer til deltakerne, 6 og 12 måneder etter gjennomføring av KHK. For så å ytterligere vurdere disse dimensjonene, tilretteleggingene og hindringene for sprednings- og implementeringsprosessen, innhentet vi rapporter fra deltakerne der de har svart i fritekst på syv åpne spørsmål etter at de hadde fullført sitt første TID-basiskurs i deres avdeling/institusjon.

Mixed Method handler om at det er flere måter å få svar på problemstillingen (Creswell & Clark, 2017, s. 2). Fordelen ved Mixed Method er at forsker har flere muligheter til bruk av datainnsamlings verktøy, enn bare en av metodene alene (Creswell & Clark, 2017, s. 12). Historien i forhold til Mixed Methods er viktig for å kunne forstå denne metoden å jobbe etter. Forskjellige forfattere som jobbet på ulike steder kom opp med ideen om Mixed

Methods så å si samtidig, og alle laget et utkast av et konsept sent på 1980- tidlig 1990 tallet. Alle forfatterne brukte enten kvalitativ eller kvantitativ metode splittet, men ville kombinere begge metodene. De undret på hvordan de skulle klare å mikse begge metodene. Creswell var en av forfatterne som tok del i diskusjonen. En kombinasjon av både kvalitative og kvantitative data gav en komplett analyse av en problemstilling. Metodene har en viktig rolle i forskningen både som egen metode men også som en kombinasjon, og man sier de utfyller hverandre (Creswell & Clark, 2017, s. 20-21.).

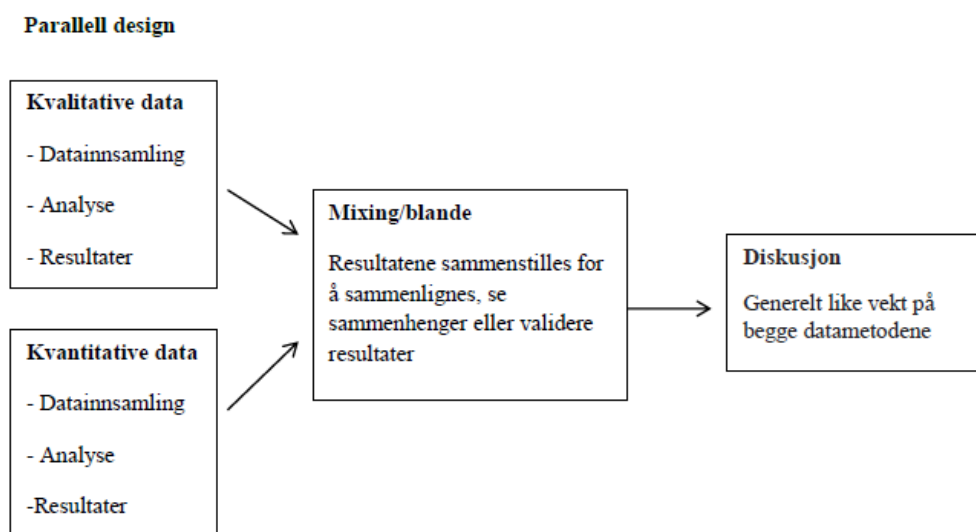
Mixed Methods handler som sagt om to ulike vitenskapelige tilnærminger. Den kvalitative metoden sier noe om hvorfor ting skjer, og den kvantitative sier noe om at det faktisk skjer. Kvalitativ metode gjør at man får en helt annen innsikt i hva deltakerne erfarte i denne sammenheng. Vi innhentet opplysningene via skriftlig materialet, hvor deltaker kunne skrive så å si fritt på det de ble spurt om (Johannessen, 2016, s. 95). Ved den kvantitative metode kunne tallene tilføre oss en kunnskap som kunne ha en avgjørende betydning ved sammenhenger, for eksempel hvor mange av deltakerne svarer på det samme (Aalen & Frigessi, 2006, s. 12). Vi møter tall i alle sammenhenger i samfunnet og ikke minst i forskning. Eksempel på dette kan være at man teller antall deltakere, antall kommuner og hvor mange kvinner og menn det er i en populasjon o.l. De kvantitative dataene og statistikken spiller en viktig rolle i for eksempel utprøvingen av en behandling (ibid 2006, s.14).

I følge Creswell and Clark (2017, s. 66) er det ulike måter å gjennomføre hvordan man ønsker å blande de kvantitative og kvalitative dataene i Mixed Methods. Når vil jeg at blandingen av metodene skal skje, og i hvilket trinn i forskningsprosessen. De ulike Mixed Methods designene gir meg et valg i forhold til hva som passer studien best. Designet gir en beskrivelse av selve prosessen og hvordan skjer fremstillingen av metodene. Vi valgte å bruke det konvergent-parallell Mixed-Method designet. Ved et slikt design brukes både de kvantitative og kvalitative dataene samtidig og i samme fase av forskningsprosessen. Forsker prioriterer metodene likt og holder dataene uavhengige under analysen og deretter blander resultatene under den samlede tolkningen/diskusjonen. Et eksempel kan være: to sett av resultater for å vurdere på hvilke måter resultatene om spredning og implementering nærmer seg hverandre og avviker fra hverandre (Creswell & Clark, 2017, s. 70-71).

I figuren 5 fremstilles det konvergente parallelle designet i denne studien ved hjelp av en illustrasjon. Selve prosessen i forhold til min datainnsamling, analyse og fremstilling av

resultatene skjedde på samme tidsrom men gjennomførtes hver for seg. Deretter blandet jeg resultatene, og jeg begynte å se etter sammenhenger med de kvalitative og kvantitative resultatene for å besvare min problemstilling og forskningsspørsmål. I denne prosessen så jeg etter sammenhenger i dataene. Til slutt i prosessen diskuterte jeg både det kvalitative og kvalitative dataene samtidig.

**Figur 5** Konvergent parallell design (Creswell & Clark, 2017, s. 69)



### 3.6.1 Kvantitative data innhentet ved hjelp av spørreskjema

For å finne resultater av spredning og implementering i forhold til TID-modellen utviklet vi et spørreskjema basert på RE-AIM-rammeverket (se vedlegg 6). Spørreskjemaer ble delt ut til alle deltakerne på kursholderkurset som godtar å delta i studien. Spørreskjemaene tar for seg de forskjellige dimensjonene i RE-AIM-rammeverket og har blitt sendt på e-post og i papirformat via post til deltakerne, seks måneder og tolv måneder etter gjennomført KHK.

#### Rekkevidde/reach

Ved hjelp av spørreskjemaene var vi ute etter beskrivende informasjon om deltakerne på KHK og deres egenskaper. Spørreskjemaene gav oss også informasjon hvor mange

institusjoner eller avdelinger som har fått et basiskurs i TID (utført av deltakerne på KHK) og hvilken andel av ansatte i avdelingene som deltok på disse basiskursene (Glasgow et al., 1999).

#### Effektivitet/effectiveness

Ved hjelp av spørreskjemaene ville vi få en oversikt over utfall angående deltakernes kunnskap og ferdigheter til å utføre TID basiskurs basert på deres evaluering av KHK. Denne dimensjonen ble utforsket ved bruk av tematisk innholdsanalyse av rapportene fra hver av deltakerne på KHK etter at de hadde fullført sin første grunnopplæring i TID-modellen (basiskurs) for de ansatte i en avdeling/institusjon.

#### Adopsjon/adoption

I spørreskjemaene vurderte vi andelen avdelinger/institusjoner som har fått opplæring i TID og som har tatt i bruk modellen (dvs. hvor mange avdelinger/institusjoner som bruker TID etter basiskursene og innen ett år). Vi spurte også om grunner for ikke å ta i bruk TID etter basiskurset.

#### Implementering/implementation

I spørreskjemaene spurte vi deltakerne i hvilken grad avdelingene/institusjonene som har mottatt TID basiskurs bruker TID som forutsatt i TID-manualen. I den skriftlige rapporten fra deltakerne har vi bedt deltakerne om å beskrive sine erfaringer angående tilrettelegging og barrierer i deres forsøk på å implementere TID.

#### Vedlikehold/maintenance

I spørreskjemaet har vi lagt til ett spørsmål som spør deltakerne om TID-modellen fortsatt er i bruk i avdelingene/institusjonene. Ellers har vi ikke samlet inn kvantitative data om vedlikehold/fortsatt bruk av TID-modellen.

### **3.6.2 Kvalitative data innhentet ved semistrukturerte rapporter**

Vi valgte å innhente skriftlige rapporter fra deltakerne, og det er dette materialet som har gitt oss de kvalitative dataene. En rapport er skrevet tekst fra deltaker som har gitt oss

---

informasjon om sprednings- og implementeringsprosessen. Rapporten kunne inneholde egne erfaringer, tolkninger og faktaopplysninger om situasjonen deltaker har vært igjennom.

Etter at deltaker på KHK hadde gjennomført sitt første TID-basiskurs og veiledet personalet ved første refleksjonsmøte ved avdelingen/institusjonen, ble hun/han bedt om å levere en kort rapport til kursledelsen i etterkant av gjennomføringen. Denne rapporten er strukturert av syv spørsmål der svarene er basert på fri tekst (Figur NR). Denne rapporten var obligatorisk for deltakerne å bli sertifisert som kursholder i TID.

**Figur 6** Spørsmål som deltakerne skulle besvare i rapporten

1. Beskriv hvordan du vurderer din gjennomføring av TID basiskurset og implementeringen av TID. Tenk gjennom alle de ulike fasene, fra første møte med avdelingen/institusjonen, gjennomføringen av basiskurset, og til og med din deltakelse på det første refleksjonsmøtet.
2. Var det noen deler av TID som var vanskeligere å lære bort enn andre? Beskriv.
3. Var det noen deler av TID som var vanskeligere for personalet å gjennomføre I praksis i avdelingen enn andre? Beskriv.
4. Hvilke hindringer møtte du i dine anstrengelser for å implementere TID? Beskriv.
5. Hvilke faktorer erfarte du hjalp deg I ditt arbeid med å implementere TID? Beskriv
6. Beskriv hvordan du vurderer nytten av TID i avdelingene eller institusjonen hvor du har gjennomført TID opplæringen?
7. Har du andre kommentarer som kursholder I TID?

## 3.7 Analyse

I dette kapittelet ønsker jeg å belyse det grunnleggende i både kvalitativ- og kvantitativanalyse, for så å tolke materialet og analysen. Jeg ønsker å beskrive mine erfaringer og gjennomføringen av analyseprosessen.

### 3.7.1 Analyse av kvalitative data

Som nevnt tidligere skulle deltakerne i forbindelse med kursholderkurset i TID levere inn en skriftlig rapport etter å ha gjennomført minst ett TID-basiskurs for en personalgruppe, og deltatt på et TID-refleksjonsmøte. Vi har mottatt totalt 24 rapporter på i gjennomsnitt to til tre sider med skriftlig tekst fra kursdeltakerne som har deltatt på ett av de tre første KHK vi har arrangert. Det ble innhentet skriftlig samtykke fra deltakerne for å kunne bruke rapportene i forskning. For analysen ble det brukt tematisk innholdsanalyse. Tematisk innholdsanalyse er en metode hvor formålet er å identifisere, analysere og rapportere mønstre og temaer i de kvalitative dataene (Braun & Clarke, 2006, s. 79). Målet er å gi en systematisk beskrivelse av teksten i rapportene og dataenes innhold, og til slutt utvikle nye konsepter og forståelse av fenomener. Analysene av rapportene har et deskriptiv design.

For den tematiske analysen har jeg tatt utgangspunkt i metodeartikkelen til Braun og Clarke (Braun & Clarke, 2006, s. 77). I følge Braun og Clarke (2006) er denne metoden grunnleggende i den kvalitative analysen, og fordelene er fleksibiliteten i metoden som samtidig gir et rik og detaljert datamateriale. Det finnes ingen fasit ved bruk av metoden, det viktigste er at jeg har tatt utgangspunkt i teorien og mønstrene i de seks fasene i metoden, og tilpasset analysen ut ifra materialet. Metoden kan brukes på ulike typer data. Noe av det viktigste ved tematisk innholdsanalyse er å beskrive prosessen i sin helhet og hvordan jeg har gått frem trinn for trinn. Dette for å kunne evaluere forskningen og hvorfor jeg har kommet frem til de ulike temaene. Legge vekt på hva som regnes som et tema eller mønster i rapportene. Temaene jeg har identifisert, kodet og analysert er en nøyaktig refleksjon av innholdet (Braun & Clarke, 2006, s. 80-83).

Prosessen i analysen startet allerede når jeg så etter mønstre av meninger i datamaterialet. Som nevnt tidligere vil prosessen ikke alltid være lineær, og jeg har erfart at man må jobbe frem og tilbake i materialet. Det vil si at man ikke alltid følger fasene i rekkefølge, men ofte



---

overlappes fasene. Et eksempel på dette kan være at man var i fase tre så kunne det være nødvendig å gå tilbake til for eksempel fase 2. Følgelig besto analysen av seks faser ved hjelp av fasene Braun and Clarke (2006) presenterer i artikkelen:

(Fase 1) I denne fasen handlet det om å få et total inntrykk av hva tekstene handlet om, ved gjentatt lesing av tekst i rapporten fra deltakerne. Jeg brukte mye tid på å lese alle tekstene flere ganger, dette førte til at jeg fikk et godt bilde av hva rapportene omhandlet. I følge Braun and Clarke (2006, s. 87) er dette ofte en fase mange «hopper over», noe som er uheldig da tankene om viktige temaer starter allerede her. I denne prosessen har jeg også vært bevisst på å skrive ned noen notater av hva jeg har lest, dette for å forberede meg til neste fase i forhold til koding.

(Fase 2) I denne fasen ville jeg identifisere meningsenheter i teksten ved bruk av koding av disse enhetene. Kodingen ble utført av å merke viktige tekstelementer, hentet fra originalteksten, og satt sammen som betydningsenheter i et nytt dokument. I følge Braun and Clarke (2006, s. 88) er kodene ofte nøyere beskrevet enn selve temaene, derfor valgte jeg å forme kodene i setninger. Kodene skal belyse bredden på dataene. Jeg valgte å sette opp ei kodeliste som ble videreutviklet imens jeg leste materialet. Jeg erfarte at mange av meningsenhetene passet under samme kode, og videre i prosessen så opplevde jeg en metning i forhold til koder og innhold i rapportene. Ved hjelp av artikkelen til Malterud, Siersma, and Guassora (2016, s. 6) kan man belyse at teoretisk metning innebar at jeg i analysen fortsatte å kodet data til jeg ikke oppdaget nye ting som endret innholdet til kodene, og når jeg ikke fant noen nye koder i materialet eller analysen.

(Fase 3) Etter at materialet var kodet ønsket jeg å sortere de ulike kodene i aktuelle temaer. I følge Braun and Clarke (2006, s. 89) kan det i denne fasen være lurt å sortere ved hjelp av for eksempel et tankekart. Abstraherte enhetene ved hjelp av tankekart, valgte å gruppere dem i undertemaer og deretter undertemaene til hovedtemaer. Jeg lagde forskjellige tankekart, et kart som belyste alle kodene med piler til tilhørende tema. Og tankekart for hvert enkelt tema med tilhørende meningsenheter. Jeg følte at dette systematiserte tankene mine og hvilke koder som hørte til aktuelle temaer. På slutten av denne fasen hadde jeg ifølge Braun and Clarke (2006, s. 90) en samling av aktuelle temaer og utdrag av data som er kodet i forhold til tema. På dette tidspunktet så jeg betydningen av individuelle temaer.

(Fase 4) I følge Braun and Clarke (2006, s. 91) er det to nivåer som er viktige i denne fasen. Først gjorde jeg en gjennomgang av foreløpige temaer ved å lese alle de samlede utdragene for hvert tema, og vurderte om de så ut til å danne et sammenhengende mønster. Erfarte at noen av temaene kunne handle om det samme, og vurderte da om dette var undertemaer og at de kom under ett felles hovedtema. Neste nivå ved dette trinnet hadde mye likheter med første men her hadde jeg fokus på om tankekartene gjenspeiler nøyaktig innholdet i rapportene, og om det gjenspeilte helheten av innholdet. Det ble en del finjusteringer både på kodene og temaene i denne prosessen. Når man hadde god oversikt over temaene og hvordan de passer sammen med kodene, og når jeg hadde en forståelse av hva de forskjellige temaene handler om, så gikk jeg videre i analyseprosessen (Braun & Clarke, 2006, s. 92).

(Fase 5) Når jeg var fornøyd med tankekartene og følte jeg hadde systematisert temaene og kodene på en god måte gikk jeg videre for å definere og navngi temaene. Jeg ønsket å finne essensen i hvert tema og hva det enkelte temaet handlet om, og identifisere hva som var interessant med dem og hvorfor. I følge Braun and Clarke (2006, s. 92) skal man identifisere hva som er hovedtema og hva er undertema. Jeg gikk igjennom temaene igjen for å sette navn på tema som ble presentert i den endelige analysen. Hovedtemaene var store temaer, derfor var det behov for flere undertemaer i tillegg. Navnene på temaene vil gi leseren en forståelse av hva temaet handler om. For hvert enkelt tema har jeg skrevet en detaljert analyse, ved hjelp av å ha systematisert opplysningene i en tabell.

(Fase 6) I denne fasen skal man ifølge Braun and Clarke (2006, s. 93) produsere en rapport av analysen. I denne sammenheng er rapporten denne masteroppgaven, velgt å fremstille eksempler og utdrag i avsnittet om resultater fra materialet for å besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene.

Materialet inneholder flere temaer og det som karakteriseres som et tema, som har en betydning for å svare på min problemstilling og forskningsspørsmål. Det vil si at det var opp til meg og min forståelse i forhold til hva som var viktig i denne sammenheng. Jeg har valgt å skille mellom hovedtema og undertema. Ved valg av tema var jeg klar over at man må være bevisst på at leseren skal få en følelse av at det er gjort valg i forhold til de viktigste temaene, i dette tilfellet vil det si at temaene viser en nøyaktig gjenspeiling av innholdet i dataene (Braun & Clarke, 2006, s. 87-93).

---

### 3.7.2 Analyse av kvantitative data

For analysen av de kvantitative data, har jeg anvendt statistikkprogrammet SPSS, versjon 25. I forkant har jeg utarbeidet en kodebok hvor alle spørsmålene som betegnes som variabler og verdiene av de aktuelle variablene ble oppført. Hvert enkelt spørreskjema ble lagt inn i SPSS filen, basert på ID-nummer til hver enkelt deltaker (respondent). ID-nummer var også viktig i en senere prosess ettersom vi samlet inn materiale etter 6 måneder og 12 måneder, slik at vi fikk merget (koblet sammen) begge filene til samme ID. Alle svare ble registrert i SPSS fila og dette endte til slutt opp som en datamatrikse (Johannesen, 2009, s. 18).

Jeg valgte å utarbeide kodebok ved hjelp av dataprogrammet Excel, da dette var et program jeg var godt kjent med fra tidligere. Samtidig benyttet jeg anledningen å bli kjent med SPSS også, slik at jeg var kjent med dette programmet før jeg skulle starte analysen av spørreundersøkelsen. Dette var helt nødvendig slik at jeg visste hvordan SPSS var organisert. Jeg fikk hjelp av forskningsmedarbeider på min arbeidsplass til å eksportere data fra TeleForm og plote besvarelsene som var levert i papir til en SPSS fil, som deretter ble lagret på Sykehuset Innlandets forskningsserver. Bearbeiding av data gjennomførte jeg selv. Jeg fulgte systematisk Sykehuset Innlandet sin prosedyre i forhold til rutiner ved datavask (kontroll), dette var hensiktsmessig for å kvalitetssikre at klargjøring og bearbeiding av SPSS filer blir gjort grundig. (Vedlegg 1). Jeg loggførte alle korreksjonene. Etter at datavask var gjennomført lagret jeg den endelige filen som en Master fil på forskningsserveren. Da denne jobben er gjort, var jeg klar for å analysere dataene og da ved hjelp av en analyseplan.

Analyse plan – strukturert av RE-AIM rammeverket for prosessevaluering:

- **REACH:**
- 3 KHK: antall deltakere totalt og karakteristika
- Antall svar/svarprosent
- Totalt antall basiskurs arrangert
- Totalt antall deltakere basiskurs
- Hvilke type avdelinger har fått opplæring i TID (antall)
- Prosent antall deltakere basiskurs (i forhold til antall ansatte)
- Antall ledere som har deltatt på basiskurs tilsammen
- Antall leger som har deltatt på basiskurs til sammen

- **EFFECTIVENESS:**
- Om KHK opplæringen har vært tilstrekkelig for å gjennomføre basiskurs
- Antall som sier at innholdet i kursholderkurset var relevant
- Andel i prosent av deltakerne på KHK som har arrangert minst ett basiskurs
- Andel i prosent av deltakerne på KHK som har planlagt å arrangere basiskurs
- Grunner for ikke avholdt basiskurs
- **ADOPTION:**
- Antall avdelinger/institusjoner som har tatt i bruk TID
- Antall refleksjonsmøter avholdt etter basiskurs
- Hvorfor var ikke TID tatt i bruk etter 12 mnd.
- **IMPLEMENTATION:**
- Grad av bruk av de ulike TID komponentene der TID var tatt i bruk
- Antall avdelinger/institusjoner som har avholdt refleksjonsmøter
- Gjennomføring av refleksjonsmøter fast eller ved behov
- **MAITENANCE:**
- Oppgitt grunn for hvorfor ikke avholdt basiskurs
- Andel avdelingen/institusjonen der TID fortsatt var i bruk (innen 12 mnd. etter KHK)

Jeg har valgt fortrinnsvis å analysere en og en variabel, resultatene er fremstilt ved at deltakernes svar for hver enkelt variabel blir analysert for seg (Johannesen, 2009, s.65). Jeg har benyttet deskriptiv statistikk. Beskrivelsen vi var ute etter var hvordan svarene fordelte seg hos deltakerne som svarte på spørreskjemaet. I analysen var vi altså opptatt av å se hvordan svarene foredlete seg på en variabel, altså univariat analyse (Johannesen, 2009, s. 40). Ved analysen så vi etter frekvens (antall enheter som har gyldige svar) eller prosentfordeling som er fremstilt i frekvenstabeller.

Datamaterialet inneholder ulike variabler og verdier med ulike målenivåer. Vi har noen diktome variabler, det vil si variabler som kun har to verdier som for eksempel kjønn. Det er også flere variabler hvor deltaker kun har svart ja eller nei. Nominale data som handler om navn, hvor verdiene skilles fra hverandre i atskilte kategorier, f.eks. navn på fylker. Verdiene kan skilles fra hverandre og er gjensidig utelukkende. Det vil si at man kun kan komme fra ett fylke. Det er ingen logisk rangering, fylkene er forskjellige og gir oss bare info om hvor i

---

landet deltakerne kommer ifra. Vi har også ordinal data, som er klassifisert i flere kategorier med en naturlig orden og sier noe om graden av noe, f.eks. likert skala (uenig, uenig til en viss grad, verken enig eller uenig, enig til enn viss grad, ening). Og vi har data i forhold til scale som viser antall i ulike variabler. Jeg har også vært bevisst på antall gyldige svar som er oppgitt som: N, og missing i forhold til antall respondenter som ikke har svart. Det fremkommer også i tabellen i forhold til verdier som SPSS har akseptert som gyldige, valide resultater (Johannesen, 2009, s. 35-38 og kap. 6).

Noen av analysene er gjennomført kun etter 6 måneder, som for eksempel karakteristika (kjønn, alder osv.) da dette er spørsmål vi har unnlatt å spørre om etter 12 måneder, da ID-nummer koblet svarene. Det samme gjelder spørsmål om kursholderkurset etter 6 måneder, da deltakerne kun har deltatt på ett KHK. De resterende spørsmålene ble analysert i to omganger. For å få et overordnet resultat på vedlikehold i løpet av ett år, analyserte vi hvor mange avdelinger/institusjoner hadde tatt i bruk TID etter 12 mnd. Deretter analyserte vi svarene om avdelingen/institusjonen har tatt i bruk TID etter 6 måneder i de tilfeller hvor de ikke har svart på spørreskjema etter 12 mnd.

### 3.8 Forskningsetiske retningslinjer

I følge Johannessen (2016, s. 83) så handler etikk om forholdet mellom mennesker. Forskningsetiske retningslinjer er en veiviser for å få gjennomført studien på en måte som var akseptabel. Avgjørelser ble tatt i forhold til deltakerne (respondentene), og man måtte sette seg inn i situasjonen til hver enkelt. Retningslinjene gav en forståelse i forhold til ulike prinsipper man bør tenke på i forskningsetisk sammenheng som respekt, gode konsekvenser, rettferdighet og integritet (Etikkom, 2016).

Ved gjennomføring av studien har bevisstheten i forhold til sannhetsbestrebelse hele tiden vært i fokus, det vil si at prosessen har foregått på en redelig måte som handler om at man som forsker snakke sant. Sannhetsbestrebelsen handler om å være ærlig og at studien man gjennomføre er dokumenterbar. Når det gjelder frihet i forhold til forskningen har jeg som forsker hatt rett til å velge tema, metode og gjennomføring av studien selv, men med bakgrunn av høy faglig kvalitet på forskningen. Kvaliteten kan måles ved å ha relevante forskningsspørsmål, og gjort en hensiktsmessig gjennomføring av studien (Ibid, 2016).

I denne studien hvor respondentene er helsepersonell så ble alle deltakerne vurdert som samtykkekompetente, det vil si personene kunne ta egne avgjørelser og forstå konsekvensene av egne valg. Deltakerne i studien har fått informasjon om frivillig informert samtykke både i forhold til spørreundersøkelsen og rapporten. Det vil si at hver deltaker har hatt rett på riktig informasjon i forhold til studien, fremstilling av bakgrunn og hensikt med studien, hvordan informasjonen om deltaker blir behandlet og frivillig deltakelse blir belyst (se vedlegg nr. 3 og 4). Deltakerne har fått både muntlig og skriftlig informasjon om studien. I samtykkeskrivet stod det tydelig at det er frivillig å delta og at man ikke skal føle seg presset til å delta, deltaker har også anledning til å trekke sitt samtykke underveis i prosessen (Hummelvoll, Andvig, & Lyberg, 2010, s. 27).

Det fremkom i samtykkeskrivet hvem som var av eier av denne studien (se vedlegg 3 og 4), og at det var et mastergradsprosjekt. Det opplyses om konfidensialitet, det vil si hvem som hadde tilgang til dataene (Hummelvoll et al., 2010, s. 31). Koblingsnøkkelen mellom e-postadresser og identifikasjonsnummer er oppbevart innelåst, atskilt fra datamaterialet. Svarene fra undersøkelsen og rapportene er anonymisert, det vil si at deltaker ikke kan identifiseres ved fremstilling av resultatene i masteroppgaven.

Ved bruk av relevante kilder i masteroppgaven har god henvisningsskikk vært i fokus, det vil si nøyaktige referanser og respekt for arbeidet som tidligere er gjort. Kollegiale forhold har også vært av betydning i forhold til samarbeid, dette gjelder arbeidskollegaer og deltakerne (Etikkom, 2016; Hummelvoll et al., 2010, s. 29). Dette handlet også om forståelse av den andres arbeidshverdag og oppgaver, samtidig som man deltar i ett forskningsprosjekt.

Forskningsresultater fra denne studien gjøres tilgjengelig via mastergradsoppgaven. Resultater er viktig å presentere i forhold til etterprøvbarhet, men samtidig også for å gi noe tilbake til deltakere. Som forsker har man også et selvstendig ansvar for at deltakere, relevante faggrupper eller samfunnet vil ha nytte av resultatene ved studien. Det er gitt opplysninger om dato for avslutning av studien (Etikkom, 2016).

### **3.8.1 Forskningsetiske overveielser**

I starten av prosjektet gjorde man seg noen tanker i forhold til hvordan man skulle gjennomføre studien på en «riktig» måte. En søknad ble sendt til Norsk senter for

---

forskningsdata AS (NSD) hvor søknaden ble godkjent (prosjektnummer 58557, se vedlegg 2). Det var ulike aspekter med studien som ble reflektert over i forbindelse med dette. Dataene er håndtert i henhold til personopplysningsloven via databehandleravtalen i Sykehuset Innlandet. Databehandleravtalen har som hensikt å sikre at behandlingen av personopplysningene i denne sammenheng ikke er brukt urettmessig og at det kun er forskergruppen som har hatt tilgang til dataene.

En av de etiske problemstillinger og overveielser i denne studien handlet om bruk av personopplysninger. Når man skulle gjøre en spørreundersøkelse eller innhente en rapport så innhentet jeg indirekte opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner. I starten av spørreundersøkelsen etterspurte vi karakteristika i forhold til deltakerne, eksempel på dette kunne være alder, kjønn, fylke osv. Dataene ble innhentet via e-post (slettet ved overføring til SPSS), opplysningene ble registrert elektronisk på datamaskinen. Materialet inneholder ikke sensitive opplysninger. Personidentifiserende opplysninger kobles til datamaterialet via koblingsnøkkel. Det ble ikke samlet inn pasientdata i denne studien. Koblingsnøkkelen for de elektroniske spørreskjemaene oppbevares separat fra selve datamaterialet. De skriftlige papirrapportene ble skannet inn til forskningsserveren etter at navnene ble slettet. De originale papirrapportene ble slettet etter dette. Opplysningene oppbevares på sikker server på virksomhetens nettverk. Datamaskintilgang er beskyttet med brukernavn og passord, og datamaskiner står i låsbare rom. Tilgang til dataene er i tillegg begrenset kun til forskerne i aktuelle forskningsprosjekt. Dette er en nøye vurdert prosess, og handlet om at jeg som forsker jobber systematisk og er bevisst på hvordan jeg skal håndtere datamaterialet. Jeg har vært opptatt av at de etiske retningslinjene overholdes, målet var å belaste minst mulig deltakerne i undersøkelsen. Jeg har vært bevisst på at informasjonen fra deltakerne er presentert med respekt.

For å vurdere kvaliteten på studien handler det om reliabilitet og validitet på de kvantitative data. I forhold til de kvalitative data handler det om pålitelighet, troverdighet, overførbarhet og overenstemmelse (Johannessen, 2016, s. 231). Reliabilitet belyser at prosessen ved datainnsamling og bearbeiding av data var gjort på en tilfredsstillende måte. Som nevnt i avsnittet over har forskningsprosess vært strukturert gjennomført. De kvantitative dataene i denne studien er data som var målbare og sier noen om validiteten. Fremgangsmåten og resultatene i denne sammenheng har gitt oss svar på at problemstillingen og målet med studien, det vil si at de kvalitative dataene er gyldige. De kvantitative dataene er troverdige

da jeg som forsker har analysert de 8 første rapporter sammen med medforsker, og vi tolket materialet på fortrinnsvis samme måte (Johannessen, 2016, s. 232). Når man har gjennomført en studie er jeg opptatt av om resultatene kunne overføres til lignende fenomener. Vurdert om dataene kunne generaliseres, og vii allmenngjør resultatene av de kvantitative dataene. Et eksempel kan være at vi mener at alle forskere kan bruke KHK-tilnærmingen etter gjennomført RCT. Ved de kvalitative dataene snakker vi ikke om generalisering men overføring av kunnskap. Det deltakerne har skrevet om i rapportene kan overføres til andre helsepersonell. Videre er det viktig at jeg som forsker har vært objektiv og resultatene er presentert på det objektive grunnlaget. Det objektive grunnlaget baserer seg på bekreftbarhet hvor jeg har belyst forskningsprosessen og hva man har erfart underveis (Johannessen, 2016, s- 233-234)

### 3.8.2 Lover og juridiske retningslinjer

I dette kapittelet vil jeg vise til lover som var viktig i denne studien og som jeg har vært bevisst på i forskningsprosessen. I følge helseforskningsloven er lovens *formål å fremme god og etisk forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning* (Helseforskningsloven, 2008).

I følge helseforskningsloven (2008) kap.4, sier noe om hovedregelen om deltakernes samtykke:

*«Det kreves samtykke fra deltakere i medisinsk og helsefaglig forskning, med mindre annet følger av lov. Med samtykke menes enhver frivillig, spesifikk, informert og utvetydig viljesytring fra deltakeren der vedkommende ved en erklæring eller tydelig bekreftelse gir sitt samtykke til behandling av helseopplysninger (...). Samtykket skal bygge på spesifikk informasjon om et konkret forskningsprosjekt med mindre det er adgang til å avgi et bredt samtykke, jf. § 14» (Helseforskningsloven, 2008, § 13)*

Det har vært viktig å ha vært bevisst på hvordan man forholder seg til personopplysningene i denne studien. Lov om behandling av personopplysninger av 15.juni 2018:

*«Om vern av fysiske personer i forbindelse med behandling av personopplysninger og om fri utveksling av slike opplysninger...» (Personopplysningsloven, 2018, § 1). «Loven og personvernforordningen gjelder for behandling av personopplysninger som utføres i forbindelse med aktivitetene ved virksomheten til en behandlingsansvarlig eller en databehandler i Norge» (Personopplysningsloven, 2018, § 4).*



## 4. Resultater

I følgende kapittel presenteres resultatene fra både det kvantitative og kvalitative dataene. Resultatene presenteres systematisk ved hjelp av RE-AIM rammeverket. Både de kvantitative og kvalitative dataene presenteres fortløpende under de ulike dimensjonene for RE-AIM. De kvantitative dataene presenteres først under hver dimensjon påfølgende av kvantitative data. Dette gjøres for at resultatene skulle sammenstilles, sammenlignes og fordi vi ønsket å se sammenhengen i de ulike dataene. Presentasjon av hovedtemaene fremkommer i figur 7 sammen med undertemaer og et utvalg koder. Presentasjon av undertemaer kommer fortløpende i teksten, sammen med aktuelle sitater fra deltakerne.

**Figur 7** Presentasjon av hovedtemaer og undertemaer, og eksempel på noen koder fra den kvalitative analysen av de skriftlige rapportene fra deltakerne

Hovedtema	Undertema	Kode	Meningsbærende enhet
Spredning av TID er avhengig av omfattende formidling, grundig opplæringsprogram og samarbeid med personalet og leder.	Leder er viktig i forhold til spredning	Ledelsens rolle er avgjørende i planleggingen av basiskurs	<i>(Sitater fremkommer fortløpende i teksten)</i>
	Kursholderkurset gir en grundig opplæring for å spre TID, og oppleves nyttig	Deltakerne fant deltakelse på KHK som nyttig	
Implementering av TID oppnås ved at hele personalet ønsker å endre arbeidsmåte	Personalets mottakelighet for modellen og samarbeidsevne er avgjørende ved implementering av modellen	Forståelse hos personalet og betydningen av at alle ansatte får lik opplæring er viktig	
For å opprettholde kvaliteten på TID-modellen ved avdelingen/institusjonen må man ha en plan for bruk i praksis.	Det er behov for en plan for å ta i bruk TID etter gjennomført basiskurs	Vedlikehold av TID i avdelingen/institusjonen kreves en plan for kontinuerlig opplæring og faste refleksjonsmøter	
	Gjennomføringen av refleksjonsmøtet handler om struktur og lojalitet	Utfordringer i forhold til struktur under refleksjonsmøte, opplevelsen av nytten	

Hemmende og fremmede faktorer ved Implementering av TID.	Tidsbruk/økonomi er en hindring	En sentral hindring var kostander i forhold til innleie av vikarer ved basiskurs	<i>(Sitater fremkommer fortløpende i teksten)</i>
	Samarbeid med leder har stor betydning	Viktig med et godt samarbeid med avdelingsleder	
	Kursholderkurset skaper rom for fleksibilitet og forståelse av at alle deltar på basiskurs	Fleksibilitet i gjennomføringen og innhold i opplæringen er viktig for implementering	
	TID oppleves nyttig for helsepersonell	TID-modellen har en stor nytte for personalet og for driften av avdelingen	
	Grundig planlegging og deltakelse er avgjørende for gjennomføring av basiskurs	Det er viktig med tilrettelegging ved opplæring og tilgjengelig materiale	

## 4.1 Rekkevidde (Reach)

Deltakerne representerer 13 av 18 fylker i Norge. Svarprosenten på spørreundersøkelsen var 67% (58 av 87 deltakere) ved 6 måneders datainnsamling og 49% (43 av 87) deltakere ved 12 måneder. Svarprosent varierer noe for hvert enkelt spørsmål som det vil framgå av resultatene under. Det ble innsamlet 24 rapporter fra 37% (32 av 87) av deltakere. 16 av deltakere valgte å skrive rapport sammen parvis siden de representerte samme avdeling/institusjon. De av deltakerne som har levert rapport, har fulgt kriteriene for å bli sertifisert som kursholdere i TID.

I tabell 1 beskrives deltakerne på KHK. Informasjon i forhold til å nå ut til den aktuelle målgruppen ved hjelp av distribuering av invitasjonen og informasjon om deltakerne på KHK er tidligere presentert og nærmere beskrevet i avsnittet om utvalg og deltakere.

**Tabell 1** Karakteristika hos deltakere på de tre første kursholderkursene (N=58)

Svarprosent: 67

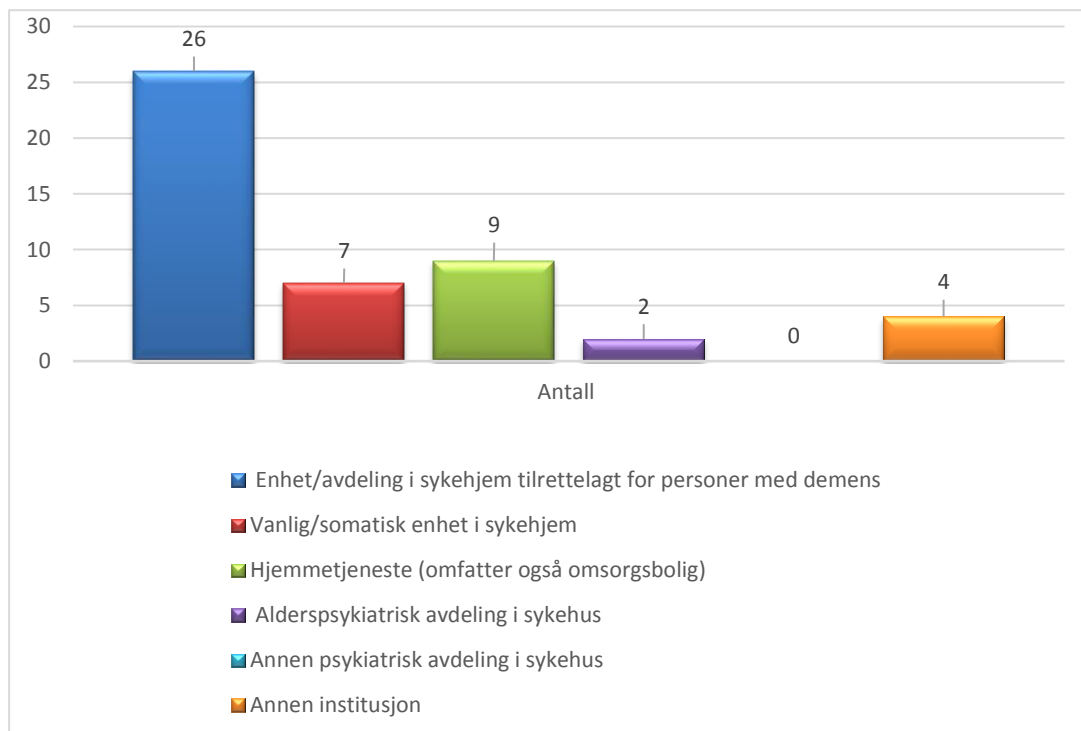
Variabler	Total (N)	Antall (%)
ALDER	58	
Under 30		5 (8,6)
30-59		48 (82,2)
60 eller over		5 (8,6)
KJØNN	57	
Kvinne		57 (100)
Mann		0 (0)
FYLKE	57	
Akershus		8 (14,0)
Oslo		4 (7,0)
Hedmark		16 (28,1)
Oppland		9 (15,8)
Buskerud		3 (5,3)
Vestfold		3 (5,3)
Ves-Agder		1 (1,8)
Rogaland		3 (5,3)
Hordaland		2 (3,5)
Møre og Romsdal		2 (3,5)
Trøndelag		3 (5,3)
Nordland		2 (3,5)
Finnmark		1 (1,8)
STILLINGSTYPE	56	
Lederstilling		6 (10,7)
Demenskoordinator		6 (10,7)
Fagutviklingstilling		8 (14,3)
Deltaker i hukommelsesteam/ demensteam		8 (14,3)
Sykehjemslege		1 (1,8)
Sykepleier/ spesialsykepleier		15 (26,8)
Kombinasjonsstilling		12 (21,4)
STILLINGSSTØRRELSE	56	
76-100%		51 (91,1)
51-75%		3 (5,4)
26-50%		2 (3,6)
25% eller mindre		0 (0)
ARBEIDSERFARING	58	
Mindre enn 1 år		1 (1,7)
1-5 år		3 (5,2)
6-10 år		4 (6,9)
Mer enn 10 år		50 (86,2)
VIDREUTDANNING	58	41 (71,0)

Merknader: Verdiene er tall og prosent i parentes. Østfold, Telemark, Aust-Agder, Sogn og Fjordane og Troms er fylker som ikke var representert i besvarelsene.

Deltakerne som har svart at de har arrangert basiskurs kommer fra 9 fylker; Akershus, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Hordaland, Møre- og Romsdal, Sør-Trøndelag og

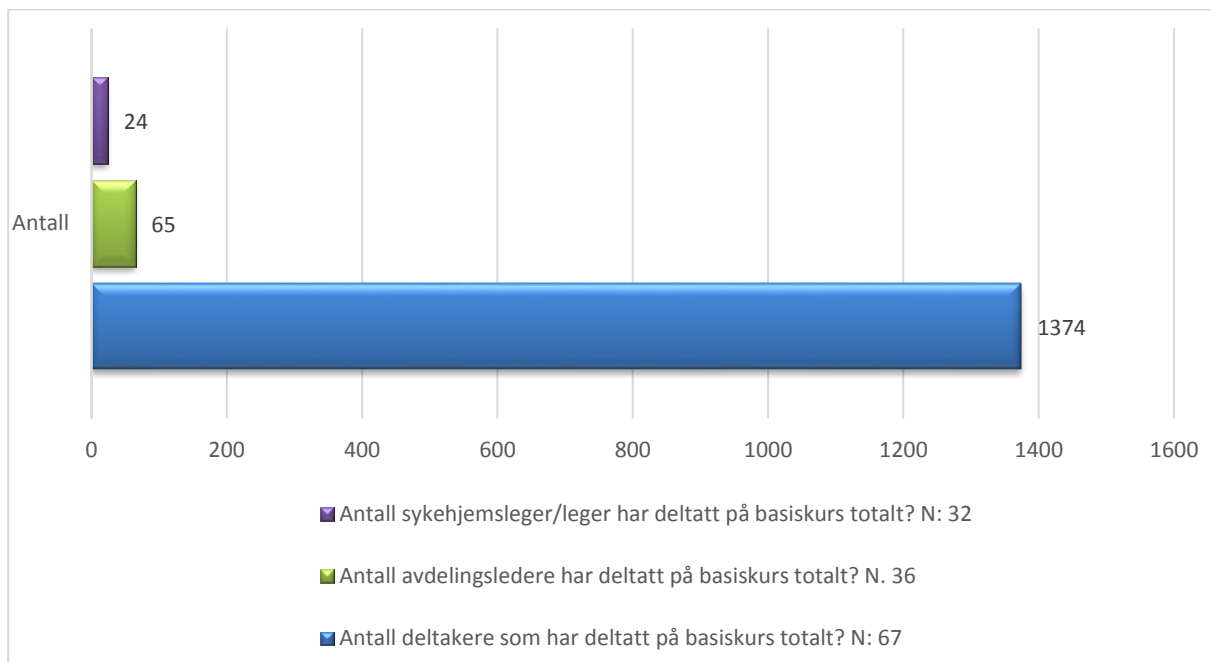
Nordland. Deltakerne rapporterer at de har arrangert 42 basiskurs i løpet av de første 6 måneder etter basiskurs. Etter 12 måneder er antallet basiskurs arrangert økt til totalt 67. Flere avdelinger/institusjoner kunne delta på ett basiskurs samtidig så en fullstendig oversikt over antall avdelinger/institusjoner foreligger ikke i denne studien. Vi presenterer likevel hvilke ulike typer avdelinger/institusjoner som har deltatt på basiskurs (se tabell 2).

**Tabell 2** Illustrerer antall typer avdeling hvor basiskurs er arrangert i løpet av ett år, (N: 45)



Tabell 3 viser hvor mange ansatte, leger og avdelingsledere som har deltatt på basiskurs i TID i løpet av ett år etter KHK, basert på de som har svart på dette spørsmålet på spørreskjemaet (N: oppført i tabellen). Antallet ansatte (fast ansatte og vikarer) i de samme avdelingene/institusjonene som ikke deltok på basiskursene var 417, mens totalt 1374 har deltatt. Det innebærer at 77% av de vi har ønsket å nå ut til med basiskurs har deltatt. Dette benevnes ofte i litteraturen som den såkalte Reach-fraksjonen i RE-AIM, dvs. andel i prosent av potensiell målgruppe som en når ut til (Glasgow et al., 1999, s. 1322-1323).

**Tabell 3** Antall ansatte som har deltatt på basiskurs innen ett år, etter at deltakerne har gjennomført KHK.



Merknad: tabellen illustrer totalt antall som er oppgitt av deltakerne som har besvart spørsmålene i forbindelse ved spørreundersøkelsen.

Når det gjelder formidling av TID i avdelingen/institusjonen så hadde det stor betydning at deltakerne på kursholderkurset arrangerte informasjonsmøter for ledelsen og andre nøkkelpersoner i forkant av opplæringen. I dette informasjonsmøtet så deltakerne at det å vise til gode forskningsresultater fra TID-studien fanget interesse. En av deltakerne skrev:

*«overfor sektorsjef var det en fordel å kunne vise til forskningsresultater og at det er positive resultater for personalet og brukere».*

En annen deltaker påpekte:

*«Vi kjørte en del infomøter på leder nivå i kommunene i vårt fylke. Vi snakket mye om TID på disse møtene. Her ble de nasjonale faglige retningslinjene veldig aktuell. Mange satt seg inn i dette med personsentrert omsorg og TID modellen».*

Når man skulle planlegge et basiskurs var det viktig at deltakerne nådde ut til aktuell målgruppe for opplæringen, basiskurset. Det deltakerne erfarer da var at opplæringen må tilpasses avdelingen/institusjonen. En av deltakerne skrev:

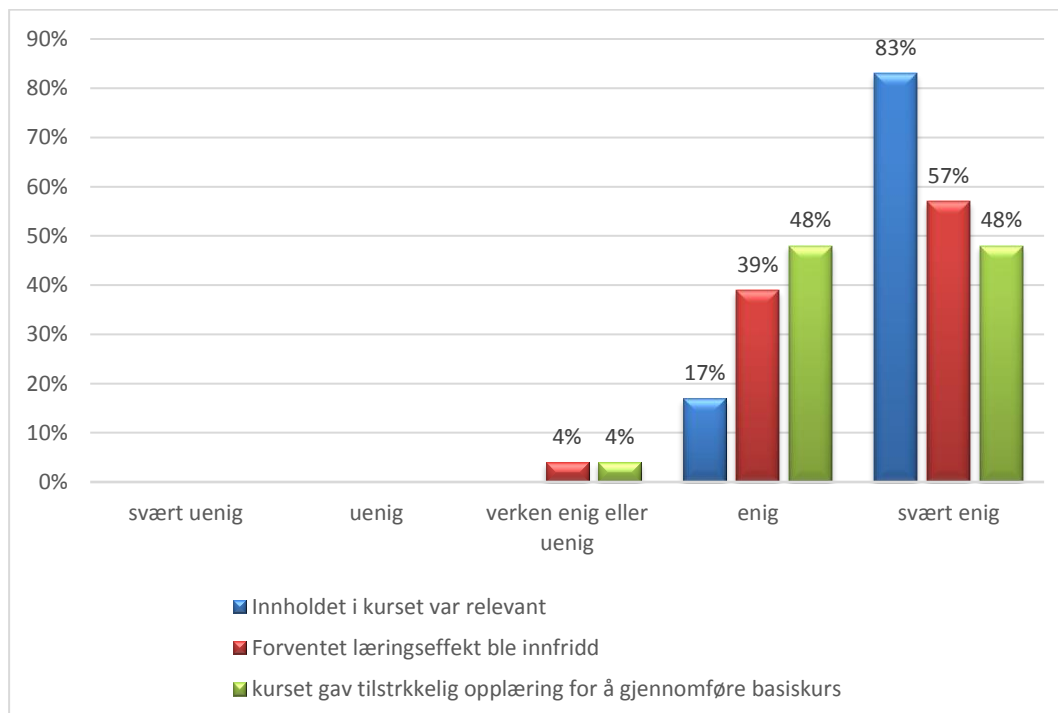
«Vi merker at det er litt utfordrende å bruke TID modellen i hjemmesykepleien da vi må tenke litt annerledes og nyansere på en litt annen måte»

## 4.2 Effekt (Effectiveness)

Svarprosenten var 62% for spørsmålene som omhandlet evaluering av kursholderkurset. Hovedspørsmålet var i hvor stor grad KHK forberedte deltakerne til å gjennomføre et TID-basiskurs for en personalgruppe. Av disse svarte 96 % at de “er helt enige” eller “enige i noen grad” om at kurset ga tilstrekkelig kompetanse til å gjennomføre et TID-basiskurs. 96 % av deltakerne svarte at de “er helt enige” eller “enige i noen grad” om at kurset innfridde forventningene til læring. 100 % av deltakerne svarer at innholdet i kurset var relevant.

Tabell 4 under illustrer svarene til deltakerne, og viser at KHK ble av deltakerne oppfattet som et solid grunnlag for å arrangere basiskurs i TID.

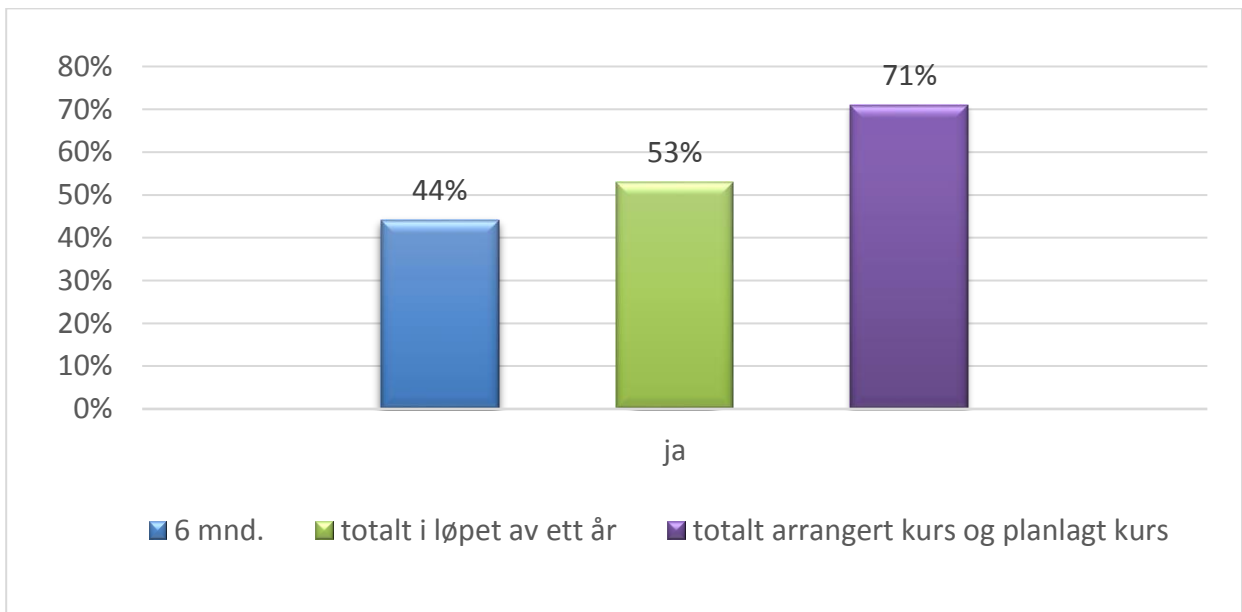
**Tabell 4** Deltakernes evaluering av kursholderkurset. N:54



Effekt av KHK ser vi blant annet ved å måle antall deltakerne som har arrangert basiskurs etter deltagelse på KHK. Tabell 5 under viser hvor mange av deltakerne som har arrangert basiskurs etter 6 måneder (24 stk.), og så hvor mange totalt som har arrangert basiskurs innen 12 måneder (46 stk.). 16 av deltakerne har planlagt basiskurs med fastsatt dato, men

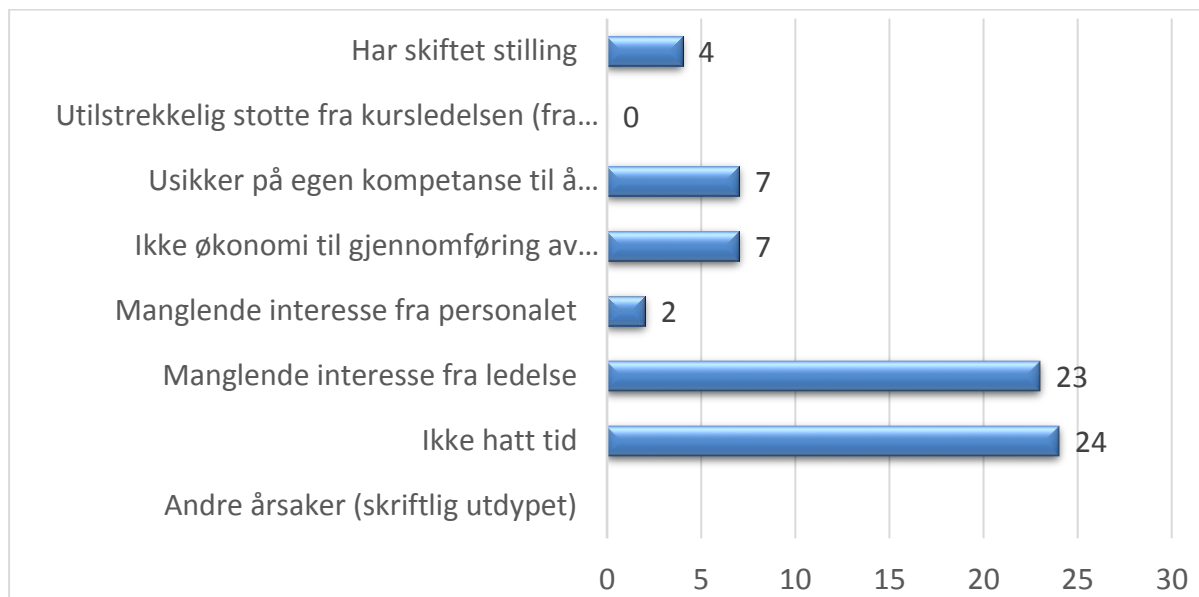
ikke avholdt innen 12 måneder. Søylen til venstre viser antall prosent av deltakerne som kommer raskt i gang med å arrangere basiskurs. Søylen i midten viser det totale antallet innen 12 måneder. Søylen til høyre viser antall arrangerte basiskurs og antall planlagte kurs.

**Tabell 5** Prosentandel av deltakerne som har arrangert basiskurs innen 6 måneder, innen 12 måneder og totalt arrangert basiskurs og planlagte kurs rapportert ved 12 måneder etter deltakelse på kursholderkurs. (N: 54).



I tabell 6 ser vi årsakene deltagerne har oppgitt som grunner til at de ikke har fått avholdt basiskurs etter KHK. Det som oppgis som den viktigste grunnen er at deltakerne ikke har hatt tid, etterfulgt av manglende interesse fra ledelsen. Det som er positivt er at flere har planlagt kurs, men ikke fått gjennomført av ulike grunner. Økonomi og kompetanse er også avgjørende faktorer for at de ikke har fått gjennomført.

**Tabell 6** Grunner oppgitt av deltakerne til at de ikke avholdt basiskurs inne 12 måneder etter kursholderkurset (N:49 )



Merknad: deltakerne har hatt mulighet til å gjøre flere valg ved besvarelsen.

Effektdimensjonen er også utforsket ved å analysere av de skriftlige rapportene fra deltakerne. Ved analysen av rapportene var et av undertemaene: kursholderkurset gir en grundig opplæring for å spre TID, og oppleves nyttig. Deltakerne beskrev at de opplevde at de fikk god informasjon og innføring av TID, og at man fikk et godt undervisningsverktøy. Deltakerne mente de fikk en god oppfølging av kursledelsen etter KHK, ved at de var tilgjengelig og kunne hjelpe ved behov. Ved gjennomføringen av basiskurs opplevde deltakerne det nyttig at man kunne være fleksibel og tilpasse opplæringen ved avdelingene/institusjonene. Deltakerne på kursholderkurset fant deltakelse på KHK som positivt:

*«Veldig bra TID kursholderkurs med et godt undervisningsverktøy».*

*«Kurset var fint; god informasjon og innføring av TID».*

Deltakerne fant deltakelse på kursholderkurset som nyttig. En av deltakerne beskrev at:

*«...det at alle foiler var klare og at vi hadde gjennomgått de på kursholderkurs. Pluss at de var lettfattelige å forstå».*



---

En viktig faktor ved formidling er at opplæringsmateriellet var lett tilgjengelig for deltakerne. Tilgjengelig kursmateriell via hjemmeside og tilrettelagt opplæringspakke for basiskurset var avgjørende for å få planlagt opplæringen.

En av deltakerne skrev:

*«å få alt undervisningsmateriellet ferdig laget, med gode presentasjoner, var selvfølgelig vesentlig».*

For at deltakerne skal tilpasse opplæringen til «sitt eget» er det viktig at det er rom for fleksibilitet, noen av deltakerne jobber for eksempel på en demensenhet og personalgruppen har god kompetanse i forhold til demens. Det er rom for å tilpasse opplæringen ut ifra kompetansen til personalet, på bakgrunn av dette valgte flere å ha kun opplæringen i TID-modellen og ikke grunnopplæring i demens. En av prinsippene til TID handler om at alle eller så mange som mulig av personalet skulle delta på basiskurs. I analysen ser man at så mange som mulig har deltatt for å oppnå god implementering, og at deltakelse bør kompenseres. En av deltakerne skrev:

*«vi gjennomførte basiskurset med hele personalgruppen, dette så vi som hensiktsmessig slik at alle får samme informasjon og alle får trent på dette sammen».*

Flere av deltakerne hevdet også at deltakerne på basiskurset fikk betaling for å delta.

Et annet undertema i analysen handlet om at leder hadde en viktig rolle for spredning. Dette kom fram ved at deltakerne mente at ledelsens rolle var avgjørende i planleggingen av basiskurs. Samtidig ble det lagt vekt på at det var viktig med et godt samarbeid med leder. En av deltakerne mente at:

*«viktigste suksessfaktor for oss er nok at bestemmelsen for å bruke TID er forankret i ledelsen. Også viktig med positive erfaringer ved bruken av TID».*

Det er tydelig at der hvor deltakerne har hatt suksess med å arrangere basiskurs så har leder vært til stede, lagt til rette og vist interesse for opplæring. Noen av deltakerne påpekte at ledelsens rolle er avgjørende i planleggingen av basiskurs:

*«Ingen hindringer i forbindelse med å holde basiskurs da leder la godt til rette for dette».*

*«En positiv leder! Vi har fått bærbar PC og TV skjerm for å bruke til dette formålet».*

*«Støtte og samarbeid med avdelingsleder var avgjørende».*

Et undertema handler om at personalets mottakelighet for modellen og samarbeidsevne er avgjørende ved spredning av modellen og at man når ut til personalet. Noen av personalet har tidligere hørt om TID og har gode erfaringer ved bruk av modellen. Det er stor betydning av at alle ansatte får lik opplæring og dette anses som viktig i forhold til å nå ut til hele personalgruppen. Og formidle at opplæringen i TID gir økt kompetanseheving i avdelingen/institusjonen. En av deltakerne sa:

*«jeg la vekt på at dette ville fungere som en kompetanseheving for hele personalgruppen».*

Som en del av personalgruppen og det tverrfaglige teamet så var legen en viktig samarbeidspartner. Personalet opplevde at det var utfordrende å få med legen til å delta på refleksjonsmøtene. Noen få avdelinger/institusjoner har fått med legen og de opplever at:

*«det at legen ved avdelingen er deltakende på møtene deres har også stor betydning i positiv forstand».*

### 4.3 Adopsjon (Adoption)

29 av deltakerne som har gjennomført et TID basiskurs for personalgrupper i avdelingen/institusjonen, svarte på spørsmålet om adopsjon av TID (dvs. avdelingene/institusjonene som bruker TID etter basiskurset).

Tabell 7 viser at 67 avdelinger/institusjoner har tatt i bruk TID etter at kursdeltakerne har gjennomført basiskurs i disse, i løpet av første året etter kursholderkurset. Tabellen viser også en oversikt over hvor mange refleksjonsmøter det er gjennomført totalt i disse avdelingen/institusjonene etter basiskursene. Dette tyder på at opplæringen gitt av kursdeltakerne på KHK er tilstrekkelig for at institusjonene klarer å ta i bruk TID.

**Tabell 7** Antall avdelinger/institusjoner som bruker TID 6 og 12 måneder etter KHK

Variabler	Total (N)	Antall
AVD/INST.TATT I BRUK TID innen 6 mnd.	17	31
AVD/INST.TATT I BRUK TID totalt innen 12 mnd.	46	67
Antall refleksjonsmøter gjennomført innen 12 måneder etter KHK	29	212

For å kunne innføre TID i avdelingen/institusjonen fremkommer det i resultatene at for å opprettholde kvaliteten på TID-modellen ved avdelingen/institusjonen er man avhengig av en plan for bruk av modellen i praksis. Refleksjonsmøtet er en viktig faktor. Et av undertemaene handlet om at det er behov for en plan for å ta i bruk TID etter gjennomført basiskurs. Deltakerne erfarte at TID-administratorene hadde en viktig rolle for bruk av modellen etter opplæring. En av deltakerne skrev:

*«vi hadde administratorkurs noen uker etter basiskurs, og planla da allerede første refleksjonsmøte 2 uker etter det igjen, da vi hadde en aktuell pasient. Dette tror jeg gjorde at alle ansatte følte det var konkret, og man så umiddelbart at man kunne ta modellen i bruk».*

Det kom også frem at det mest utfordrende med bruk av modellen var å sette av tid til refleksjonsmøtet:

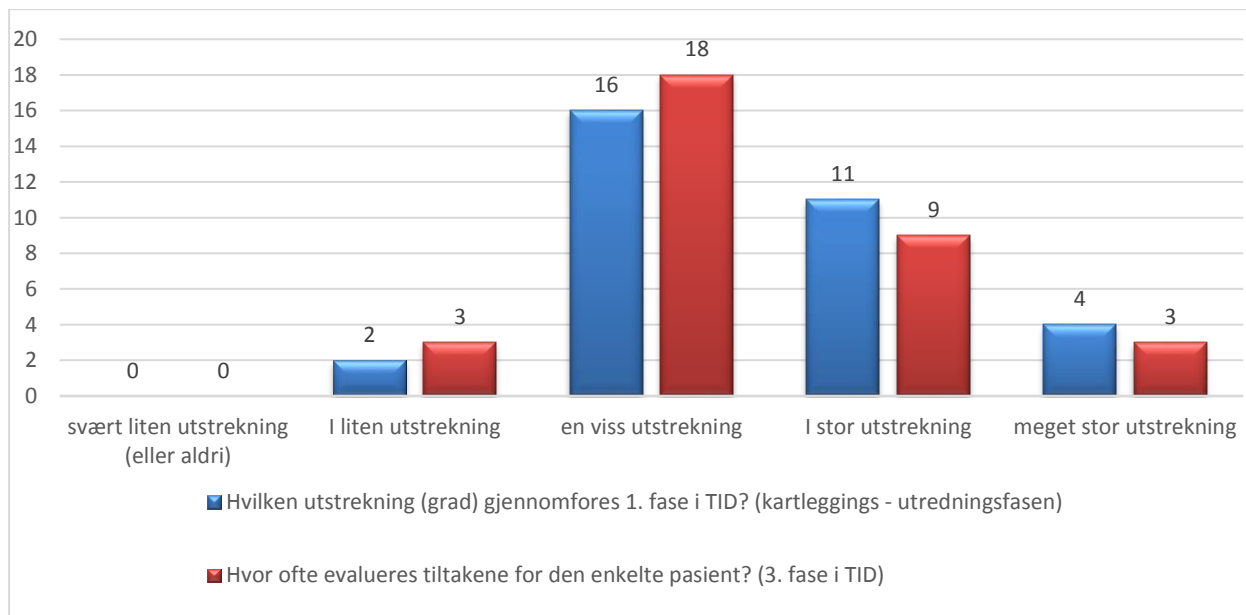
*«det «vanskeligste» er egentlig å bestemme seg for at TID skal tas i bruk og sette av møtetidspunkt for refleksjonsmøtet».*

#### 4.4 Implementering (Implementation)

Ved implementering har vi sett på i hvilken grad de ulike komponentene i TID anvendes på de avdelingene/institusjonene hvor TID-modellen er tatt i bruk. De kvantitative dataene

forteller oss at hovedvekten ligger på at de ulike elementene brukes i en viss grad og i en stor grad. Tabell 8 illustrerer både 6 måneder og 12 måneder data, og tallene viser antall svar totalt.

**Tabell 8** Grad av bruk av første fase i TID og hvor ofte tiltakene evalueres (N:33). deltagerens inntrykk.



Videre viser dataene at innen 12 måneder har 14 avdelinger satt opp faste regelmessige refleksjonsmøter (2. fase i TID), mens 59 avdelinger gjennomfører refleksjonsmøter ved behov. Dette innebærer at et stort antall avdelinger/institusjoner som har gjennomgått basiskurs gjennomfører refleksjonsmøter enten som fast rutine eller ved behov. Vi fant videre at 49 avdelinger har utpekt en eller flere TID-administratører ved avdelingen/institusjonen. Dette tyder på at leder i avdelingen/institusjonen følger dette punktet i TID-manualen.

Ett av undertemaene som framkom av analysen var økt tidsbruk som en hemmende faktor, dvs. i hovedsak det å finne tid til refleksjonsmøtene. For leder og personalet krever det noe tid til å planlegge refleksjonsmøtene slik at det passer inn i løpet av arbeidsdagen. En av deltakerne skrev at:

*«De ansatte er positive til innholdet (i basiskurset) men sier at de ikke vil få denne tiden til å strekke til. En hindring er tiden, men jeg velger å fokusere på at det er*

---

*tankegangen vi må få inn og at man kan jobbe med deler av dette i hverdagen, samt på de tre 30 minuttene vi har satt av til refleksjon hver uke».*

En annen viktig hindring som deltakerne belyste var kostnader med innleie av vikarer ved gjennomføring av basiskurs. En av deltakerne skrev:

*«Det var også en hindring at det ikke skal «koste» noe. Ledere vil helst ikke bruke penger på å leie inn vikarer når basiskurset skal holdes, og selv om personalgruppen ble delt i to, må de som møter på fritid få avspasering i kompensasjon».*

Noen få deltakere møtte noe motstand hos personalet ved selve gjennomføringen og planleggingen av basiskurs. En deltaker skrev:

*«Det er alltid noen ansatte som stiller seg undrende når nye tenkemåter/arbeidsmåter skal innføres, men alt i alt synes jeg de aller flest har vært positive».*

Vi har i tidligere avsnitt i dette kapittelet påpekt at samarbeid med ledelsen er viktig. Et av undertemaene som framkom av analysen var ledelsens betydning for implementering. Manglende samarbeid med ledelsen opplevdes av flere som en viktig hindring for implementering av TID. En av deltakerne skrev;

*«det som jeg har opplevd som den største utfordringen i implementeringen av TID modellen er ledelsen. Det at de er drivkraften, tilrettelegger og stiller krav til sine ansatte om gjennomføring».*

Andre faktorer som hemmer implementeringen var omorganiseringer i institusjonen og lederskifter. Selv om noen faktorer virket hemmende ble også noen faktorer i tillegg beskrevet som krevende for deltakerne. Noen av deltakerne opplevde øvningsdelen av refleksjonsmøtet som mest utfordrende. Selv om man vil møte noen utfordringer, så skrev en deltaker:

*«når vi nå har gjennomført det (refleksjonsmøtet), vet vi at det kommer til å gå bra neste gang også».*

En fremmede faktor for implementeringen var et godt samarbeid med leder. Det var viktig med god forankring i ledelsen ved implementering av TID. Dette handler blant annet om god

informasjon til ledelsen i forkant av basiskursene. Samarbeid med leder skapte også motivasjon for deltakerne. Noen av deltakerne skriver at leders deltakelse i opplæringen og refleksjonsmøtet varierte. Noen av lederne var positive til TID og var deltagende, mens andre var lite til stede. Dette kan sees i en sammenheng med at leders rolle er avgjørende når kursdeltakerne skal planlegge basiskurs. En deltaker skrev:

*«...(planlegging av basiskurs) dette krever kontinuitet og en aktiv ledelse, som ser verdien i dette (TID) og sørger for at det er tid og rom for møter og forberedelser».*

Et annet undertema fra analysen var at grundig planlegging og deltakelse er avgjørende for gjennomføringen av basiskurs. Det var viktig at man hadde en plan for basiskurset, og satte av et par dager i forkant for planlegging. Deltakerne må sette seg inn i PowerPoint presentasjonene og bestille TID-manualen. Det er viktig at deltakerne hadde mulighet til å tilrettelegge opplæringen og tilpasse denne til eget bruk. En av deltakerne skrev at:

*«undervisningsmaterialet var bra og oversiktlig. Lett og kortfattet materialet».*

Deltakerne hadde mulighet til å gjøre dette opplæringsmaterialet til sitt eget. Det ble uttrykt at så mange som mulig av personalet burde delta for å oppnå god implementering, det vil si både sykepleiere, helsefagarbeidere, assistenter og lignende. Det ble ansett som viktig med forståelse hos personalet og at alle ansatte får lik opplæring. En deltaker påpekte

*«En viktig faktor for implementering er at det er mange deltakere fra samme sykehjemsom deltar på kurset og får et felles ståsted».*

Et annet undertema fra analysen var: TID oppleves nyttig for personalet. Erfaringen om nytte av modellen virket fremmede for implementeringen. For deltakerne på kursholderkurset oppleves TID-modellen som nyttig. De opplevde TID som et effektivt verktøy som gir positive resultater som bedret pasientenes og personalets hverdag. Deltakerne opplevde at TID var lett å ta i bruk, både i samhandling med pasientene og i refleksjoner sammen med de ansatte. Deltakerne opplevde en kunnskapsutvikling hos personalet i forbindelse med opplæringen, og at de tilegnet seg økt kunnskap om demens, APSD og TID-modellen. Personalet og den øvrige driften ved avdelingene hadde stor nytte av TID-modellen:

*«TID har en STOR nytte for avdelingen og for driften av avdelingen! Det fører til konkrete tiltak, som gjør at de ansatte føler seg bedre rustet til å takle utfordrende adferd. Det fører også til at de ansatte føler seg hørt på en annen måte enn før. De ansatte har bare hatt positive tilbakemeldinger etter både kursingen og refleksjonsmøtet».*

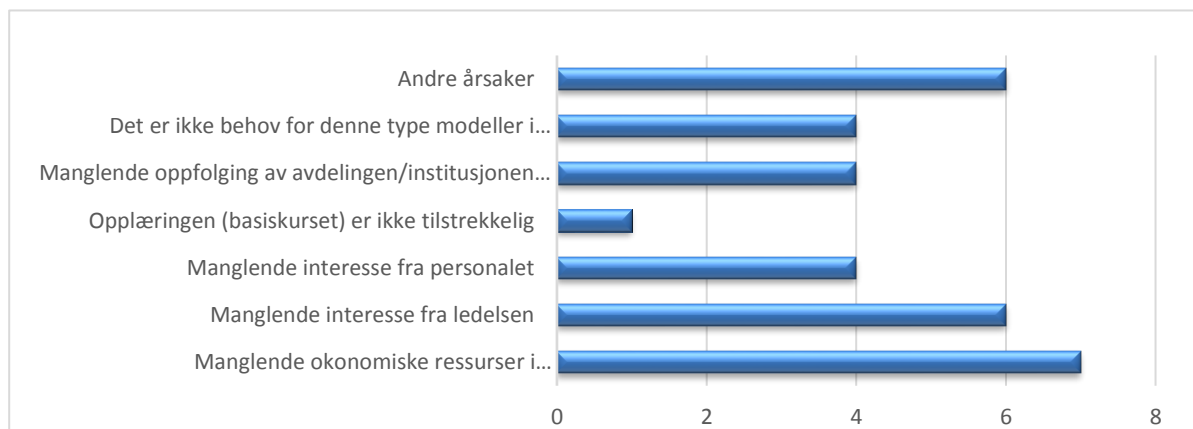
Når man skulle ta i bruk TID-modellen ved avdelingen/institusjonen var det viktig at de ansatte var trofaste mot innholdet av modellen. Legen var en viktig deltaker i alle fasene i TID-modellen. Deltagerne inviterte legen med og flere av legen var interessert i å få gjennomført og ta i bruk TID på avdelingen/institusjonen. En deltaker skrev:

*«jeg er strålende fornøyd med TID-modellen og alle kartleggingsverktøyene har forandret hverdagen min som lege».*

## 4.5 Fortsatt bruk (Maintenance)

47 avdelinger/institusjoner brukte fortsatt TID-modellen etter arrangert basiskurs og i løpet av det første året etter KHK. Det var 20 av deltakerne som svarte at avdelingen/institusjonen ikke brukte TID i løpet av første året etter KHK. Tabell 9 – viser i hovedsak at manglende økonomiske ressurser i avdelingen/institusjonen og manglende interesse fra ledelsen var den viktigst grunnen.

**Tabell 9** Oppgitt grunn hvorfor ikke TID er i bruk ved avdelingen/institusjonen (N: 43)



Merknad: flere av deltakerne har svart på mer enn ett av alternativene.

For å fortsette bruken av TID-modellen etter basiskurset i avdelingen/institusjonen erfarte deltakerne at avdelingen/institusjonen burde ha en plan for bruk i praksis. Det innebærer at man måtte sette av tider for refleksjonsmøtene. For å oppnå fortsatt bruk av TID i avdelingen/institusjonen er det en av deltakerne som skriver:

*«Dette er et godt verktøy, men om det ikke legges til rette og følges opp glir det ut til ingenting. Det er ikke nok med engasjert ansatte».*

Deltakerne erfarte at de hadde en viktig oppgave som pådrivere for fortsatt bruk, fra det å arbeide strukturert og til å få arbeidsmetoden inn som en vane.

En annen deltakerne skriver:

*«på sikt håper jeg dette (bruk av TID-modellen) skal samle personalet og at pasientene får det bedre, og man kan sette i gang TID i tide før ting eskalerer slik vi har opplevd over lang tid».*

Å jobbe strukturert og bruke modellen kontinuerlig ble framhevet av deltakerne som viktig. Gjennomføring av tiltak, personalets engasjement og ansvar er sentrale faktorer ved bruk av modellen. En av deltakerne skriver at:

*«(faktorer som hjalp meg i arbeid med ta i bruk modellen var) engasjerte kollegaer, engasjert ledelse. Øker derfor engasjement og eierskap til tiltakene».*

En av undertemaene som framkom av analysen var at gjennomføringen av refleksjonsmøtet handlet om struktur og lojalitet. Deltakerne hadde både positive og negative erfaringer ved gjennomføringen av refleksjonsmøtet. De negative erfaringene handlet stort sett om å få personalet til å møte når refleksjonsmøtet skulle holdes, samt at de som ledet møtet skulle klare å holde tiden. Deltakerne har også opplevd noen utfordringer ved å holde strukturen under refleksjonsmøtet. Det ble noen ganger «hoppet» mellom kolonnene på tavlen, og det var noen ganger vanskelig å skille mellom de ulike begrepene for kolonnene. En av deltakerne skriver:

*«det å få til god struktur på møtene; vanskelig å unngå å hoppe fra tolkning-følelser og tiltak. Personalet har lett for å komme raskt til tiltak. Blir en del «vandring» mellom kolonnene».*



---

De positive erfaringene handlet om at det opplevdes fornuftig å sette opp tidspunkt for refleksjonsmøte raskt, og at de erfarte at gjennomføringen gikk meget bra. En av deltakerne skrev dette om sin opplevelse av refleksjonsmøtet:

*«Første refleksjonsmøte ble gjennomført på 1,5 time, og vi fulgte «slavisk» oversikt refleksjons- og veiledningsmøte. s. 13 i manualen. Dette var en STOR hjelp i å strukturere møtet».*

En annen deltaker uttrykte det slik:

*«når det gjelder det første refleksjonsmøtet gikk dette veldig bra».*

Deltakerne uttrykte at det mest utfordrende med bruk av modellen er å sette av tid til refleksjonsmøte:

*«Det «vanskeligste» er egentlig å bestemme se for at TID skal tas i bruk og sette av møtetidspunkt for refleksjonsmøtet».*

Når deltakerne hadde fått gjennomført refleksjonsmøter opplevde de at TID også handlet om eierskap og lojalitet. Dette innebærer at personalet støttet opp tiltakene som ble avtalt og iverksatte dem etter refleksjonsmøtet. En av deltakerne påpekte at:

*«dette er en fin modell å bruke da den gir oss god struktur og at alle i personalgruppa blir inkludert og føler et eierforhold til tiltakene som utarbeides».*

En annen viktig faktor er at deltakerne erfarte at tverrfaglighet var viktig, hvor hver og en sine synspunkter ble hørt og ivaretatt. En deltaker skrev at:

*«tverrfaglighet er viktig, vi verdsetter hverandres synspunkter og ståsted».*

## 5. Diskusjon

I dette kapitlet knytter jeg resultatene opp til annen forskning og diskuterer disse resultatene i lys av RE-AIM-dimensjonene. Deretter ser jeg på betydningen av å bruke både kvalitative og kvantitative metoder for å besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene. Legger til slutt frem en kort diskusjon av studiens relevans.

Resultatene fra studien oppsummert:

- KHK gir en grundig opplæring for å spre TID-modellen, og oppleves nyttig blant de som deltok.
- Over halvparten av deltakerne har arrangert basiskurs innen ett år etter deltakelse på KHK. De har nådd ut til 1374 ansatte ved avdelingene/institusjonene ved arrangering av basiskurs.
- Leder ved avdelingene/institusjonene var viktige samarbeidspartnere og hadde en viktig rolle ved spredning og implementering av TID-modellen.
- TID opplevdes som en kompetanseheving for hele personalet.
- Avdelingene/institusjonene klarte i stor grad å ta i bruk TID, en plan for bruk av TID var nødvendig.

*Hvilke faktorer fremmer spredning og implementering av TID?*

- Deltakernes samarbeid med leder og god planlegging av basiskursene med god informasjon til ledelsen i forkant, og lett tilgjengelig ferdig opplæringsmateriell var viktig. Samtidig påpekte deltakerne at for å sikre implementering i avdelingen, var det viktig at så mange som mulig i personalgruppen fikk den samme opplæringen.
- Deltagerne var positive til mulighet for fleksibilitet ved gjennomføring av basiskurs.
- Legens deltagelse var av stor betydning for det tverrfaglige samarbeidet.

*Hvilke faktorer hemmer spredning og implementering av TID?*

- Opplevd mangel på tid og manglende interesse og engasjement fra ledelse var de vanligste grunnene for hvorfor deltakerne ikke fikk arrangert basiskurs.
- Behov for innleie av vikarer og kostnader vedrørende dette var en hindring.

---

## 5.1 Resultatdiskusjon

Resultatene diskuteres systematisk ved hjelp av RE-AIM dimensjonene. Det første forskningsspørsmålet skulle gi svar på følgende:

***I hvor stor grad oppnås spredning og implementering av TID ved hjelp av TID kursholderkurset?***

*Rekkevidde (Reach)*

Resultatene viste at vi har i stor grad klart å nå ut til den aktuelle målgruppen dvs. deltagerne på KHK. I følge Glasgow et al. (1999, s. 1323) handler reach om deltakelse både i hvor stor grad en har nådd ut til målgruppen og hva som kjennetegner så deltakerne i denne studien. Deltakerne er kvinner og representerte helsepersonell fra store deler av Norge. I hovedsak har disse store stillingsstørrelser, lang arbeidserfaring, kombinasjonsstillinger og de fleste har videreutdanning. Det vil si at det er høy fagkompetanse og mye erfaring hos deltakerne på KHK, noe som gir økt mulighet for å spre TID-modellen. Deltagernes kunnskapsgrunnlag kan tyde på at de har kompetanse til å planlegge og gjennomføre kurs, samt at de er tryggere til å formidle og motivere de ansatte på avdelingen/institusjonen. Det at de har en kombinasjonsstillinger bidrar sannsynligvis til at de har hatt større anledning til fagutvikling og opplæring i sin arbeidshverdag. Forman et al. (2017, s. 324) anvendte RE-AIM rammeverket for evaluering av en intervensjon. I deres studie belyser de at en viktig faktor ved rekkevidde er at deltakerne bør være kvalifiserte. Det vil si at deltagerne som i denne sammenheng oppfyller kravet som er satt som målgruppe til kurset. Glasgow et al. (2003, s. 1262) påpeker at ulike faktorer som for eksempel økonomi, sosial og miljømessige forhold kan være et hinder for deltagelse. Faktorene over kan ha vært avgjørende om vi nådd ut til helsepersonell med de egenskapene eller kvalifikasjonene vi har vært ute etter. Samtidig erfarer jeg også at en tydelig beskrivelse av målgruppen man ønsker å nå ut til, legger føringer for hvilken kompetanse deltakerne har. Et eksempel på dette kan være at vår definerte målgruppen skulle være sykepleiere, leger og annet helsepersonell med høyskole/universitetsutdanning som arbeidet i kommune - eller spesialisthelsetjenesten. Vi bemerket at kurset var særskilt aktuelt for personell som hadde undervisning eller fagutvikling som del av sine arbeidsoppgaver. TID-studien ble som sagt i innledningen gjennomført på sykehjem, og modellen egner seg for arbeid med utfordrende atferd ved demens, men også andre psykiske tilstander (B. Lichtwarck, Selbaek, et al., 2018, s. 2). Det

var derfor viktig for oss at målgruppen representerte kommunehelsetjenesten (sykehjem, hjemmetjeneste m.m.), men også spesialisthelsetjenesten som for eksempel alderspsykiatriske avdelinger. Resultatene viser at deltakerne fortrinnsvis har arrangert basiskurs ved avdelinger i sykehjem tilrettelagt for personer med demens. Dette var ikke så overraskende fordi TID-modellen er et verktøy som personalet og lege anvender i møte med personer med APSD. Men TID egner seg også i andre sammenhenger som for eksempel i sykehus eller hjemmetjenesten (Bjørn Lichtwarck, Væringstad, et al., 2019, s. 3-7). Resultatene viser også at flere av deltakerne har arrangert basiskurs i hjemmetjenesten. Det er da viktig som en av deltakerne har skrevet i rapporten, at opplæringen måtte tilpasses denne tjenesten. Ved en systematisk litteraturgjennomgang basert på RE-AIM rammeverket gjennomført av Boersma et al. (2015, s. 13) varierte rekkevidden (reach) på deltagelse ved studiene, og i noen tilfeller nådde de ut til relativt få helsepersonell. Boersma et al. (2015, s. 13) hadde forventet at reach var noe høyere. De hadde en forventning om at rekruttering av kvalifiserte helsepersonell på sykehjemmene ville være enkelt. Til sammenligning viser våre resultater at vi i stor grad har lyktes med å nå ut til aktuelle avdelinger/institusjoner ved at vi hadde riktig målgruppe for deltakerne på KHK.

### *Effekt (Effectiveness)*

Basert på våre resultater så gir KHK en grundig opplæring for å spre TID-modellen. TID oppleves nyttig blant deltakerne. Vi vurderte nøye opplæringspakken for KHK og hvordan vi skulle lære bort TID-modellen til deltakerne på en tilfredsstillende måte. Resultatene som omhandler kvaliteten av innholdet i kurset og om forventet læringseffekt er aspekter som inngår i effektvurderingen av KHK. Her fant vi overveiende positive resultater. I følge Glasgow et al. (1999, s. 1323) så finner man ofte både positive og negative konsekvenser av opplæringsprogrammer. Videre framhever forfatterne at ved intervensjoner søker man ofte etter forbedringene ved innføring av nye programmer, men man må ikke utelukke å se etter eventuelle ulemper dette kan medføre. Vi vet at TID-modellen har effekt (B. Lichtwarck, Selbaek, et al., 2018, s. 30-34). Men vi visste ikke om KHK var måten å spre TID-modellen på. I studien gjennomført av Aasmul et al. (2018) brukte de en tilsvarende tilnærming som vi har gjort ved KHK, men med noen forskjeller. Her ble noen utvalgte av de ansatte på hver enhet og lært opp som ambassadører. Ambassadørene hadde så ansvar for å lære opp ansatte (Aasmul et al., 2018, s. 5). En kan få inntrykk av at det var lite struktur rundt denne opplæringen da dette skulle foregå noen timer hver uke over tid. På den annen side kan dette være en god måte hvis man har tid og mulighet til å få gjennomført det. Det viste seg at

---

mangel på tid fremsto som en fremtredende barriere i denne studien, særlig tid til opplæring og involvere kolleger. I TID-studien hadde man som nevnt i tidligere avsnitt grunnopplæring (basiskurs) til alle ansatte og ekstra opplæringen av TID-administratorer hvor de fikk ekstra opplæring om modellen og et ansvar å lede refleksjonsmøter (B. Lichtwarck, Selbaek, et al., 2018, s. 2-3). Men administratorene fikk ikke ansvar for å lære opp andre ansatte i modellen. Det å lære opp en hel personalgruppe krever et eget program i tråd med det vi har utviklet med TID KHK, for å gjennomføre en bærekraftig måte å spre og implementere modellen på.

Resultatene i denne studien viser at 53% av deltakerne har arrangert basiskurs og i tillegg er det 18% som har planlagt og fastsatt dato for å arrangere basiskurs. I følge Gaglio et al. (2013, s. 38) handler effektivitet om virkningen av en intervensjon ved å se på resultatene, dette inkluderer også potensielle negative effekter ved intervensjonen. I denne studien er det noen av deltakerne som ikke har klart å gjennomføre basiskurs, og resultatene viser at mangel på tid og støtte fra ledelse har en negativ effekt på gjennomføring. Av erfaring fra praksis opplever man ofte at tiden ikke strekker til, og dette påvirker personalets mulighet for å gjøre endringer på nåværende praksis. Ett av tiltakene vi gjorde var å gjøre alt opplæringsmaterieil tilgjengelig for deltakerne via vår hjemmeside ([www.tidmodell.no](http://www.tidmodell.no)). I resultatene fra rapportene fra deltakerne kom det tydelig frem at dette var noe som var viktig for gjennomføringen. I studien til Aasmul et al. (2018, s. 5) var opplæringsmaterieil en viktig faktor, og at materialet var tilpasset deltakerne. I tillegg i vår studie er vår hjemmeside interaktiv hvor deltakerne kan ha dialog med kursledelsen. Resultatene viste at dette framheves som en klar fordel for at deltakerne klarer å arrangere basiskurs.

Som deltakerne i vår studie erfarte så må ledelsen være gode samarbeidspartnere og støttespillere. Ledelsen må også vise interesse for opplæringsprogrammet og legge til rette for dette. På den annen side hvis leder ikke var deltagende og viste interesse, så vi at deltakerne fikk vansker med å få gjennomført basiskurs. Det vil også kunne føre til at bare et fåtall av de ansatte får opplæringen, da leder ikke legger til rette. I likhet med studien gjennomført av Aasmul et al. (2018, s. 8-9) er involvering av ledere og enhetsledere avgjørende for gjennomføring. Videre beskriver de betydningen av å motivere «toppledelsen», og de påpeker at et uklart ansvar kan ha negativ effekt på intervensjonen. Ved TID-studien i sykehjem var ett av suksesskriteriene ved basiskurset at alle ansatte fikk lik opplæringen (B. Lichtwarck, Selbaek, et al., 2018, s. 28-29). Denne kunnskapen er noe vi har formidlet til deltakerne ved KHK, og det fremkommer i resultatene at de har i stor grad

fått dette til. Deltakerne har nådd ut til langt flere enn hva vi som kursledelse ville fått til innen ett år.

### *Adopsjon (Adoption)*

Resultatene i denne studien tyder på at de fleste avdelingene/institusjonene som har gjennomført basiskurs klarer å ta TID-modellen i bruk. Deltakerne som besvarte spørreundersøkelsen gir tilbakemelding om at TID er i bruk. Det høye antallet gjennomførte refleksjonsmøter som har funnet sted etter basiskursene gir en god indikasjon på at TID er i bruk på avdelingene/institusjonene. Deltakerne påpeker at man må ha en plan for bruken av TID. I originalartikkelen til Glasgow et al. (1999) sier de at adopsjon dimensjonen i RE-AIM handler om bruk av et program på organisasjonsnivå. Barrierer for adopsjon bør også undersøkes ifølge Glasgow et al. (1999) slik at man får en oversikt over grunner for hvorfor programmet ikke blir tatt i bruk. Resultatene viser at deltakerne på KHK har erfart at den største hindringen er å sette av tid til refleksjonsmøtet. Refleksjonsmøtet i TID er en viktig faktor for å bruke modellen. Det er ved dette møtet hvor man møtes, går igjennom det som har blitt gjort i utredningsfasen og setter opp personsentrerte tiltak (Bjørn Lichtwarck, Væringstad, et al., 2019, s. 11-13). Hvis man ikke klarer å få sette av tid til refleksjonsmøtet lykkes man ikke med bruk av modellen. Av erfaring så handler dette om at noen vegrer seg til å lede et refleksjonsmøte, men andre prioriterer ikke møter i en stressende hverdag.

### *Implementering (Implementation)*

I følge Glasgow et al. (1999, s. 1323) så handler implementering om i hvilken grad et program etterleves som forutsatt eller tenkt. Innholdet i de ulike fasene i TID jfr. TID-manualen er viktig å opprettholde (B. Lichtwarck, Selbaek, et al., 2018, s. 27-29; Bjørn Lichtwarck, Væringstad, et al., 2019, s. 8-10). Basert på resultatene fra spørreundersøkelsen ser vi at avdelingene/institusjonene har tatt i bruk fasene i TID til en viss grad, men ikke alltid. Glasgow et al. (1999, s. 1323) påpeker at implementering handler om hvor tett ansatte følger opplæringen som kursledelsen tilbyr. Det har en stor betydning at deltakerne formidler til personalet ved avdelingen/institusjonen at alle tre fasene i TID er like viktige. Det framkommer at refleksjonsmøtene har blitt avholdt men da ved behov, og ikke som faste møter. Ut ifra egne erfaringer og praksis er dette noe jeg opplever ofte. Det blir gjennomført refleksjonsmøter når det er utfordringer, men ikke så ofte som et forebyggende tiltak. Et annet eksempel fra praksis er at personalets kompetanse på kartlegging avgjør hvorvidt man gjør en grundig kartlegging av pasientene i utredningsfasen i TID. TID-administratorer har

---

en viktig rolle ved bruk av TID og implementering av modellen. I følge TID-manualen er det leder som skal velge ut administratorer som egner seg til denne type oppgave (Bjørn Lichtwarck, Væringstad, et al., 2019, s. 22). Basert på resultatene i vår studie ser vi at de fleste avdelingene/institusjonene har utpekt TID-administratorer på egen avdeling/institusjon. Dette bidrar i stor grad til at TID blir implementert, da det er TID-administratorenes ansvar å lede personalet til å bruke alle fasene i TID, men samtidig ta ansvar for å lede refleksjonsmøtet (Ibid, 2019). Av erfaring er det viktig at flere tar ansvar for å få en systematisk bruk av modellen i praksis. På den annen side vet vi ikke hvor mange av de ansatte totalt som har fått opplæringen som TID-administrator ved hver avdeling. Det er derfor vanskelig å si med sikkerhet i hvor stor grad om TID-administratorens rolle har hatt betydning i denne sammenheng. Men det viktigste er at deltakerne har fulgt strukturen i opplæringen og arrangert opplæringen for administratorene. En prosessevaluering som ble gjennomført av TID av Bjørn Lichtwarck, Myhre, et al. (2019, s. 4) påpekte at intervensjonen bør være enkel å implementere og kan tilpasses den lokale konteksten. I artikkelen om erfaringene til personalet i TID-studien skriver B. Lichtwarck, Myhre, et al. (2018, s. 4) at TID-administratorene hadde ansvaret for å implementere TID. På bakgrunn av dette understreket vi for deltakerne på KHK at de skulle gjennomføre opplæringen for TID-administratorene på lik linje som i TID-studien. Forskning om implementering er viktig for å avgjøre hvilke intervensjoner som er konstruert slik at de lett kan overføres til praksisfeltet og med overveiende sannsynlighet kan ha effekt også utenfor rammen av en randomisert kontrollert studie (Glasgow et al., 1999, s. 1323). Dette vil bli diskutert i mer detalj under avsnittet om hemmende og fremmende faktorer ved implementering.

#### *Fortsatt bruk (Maintenance)*

Glasgow et al. (1999, s. 1323-1324) påpeker at det er en stor utfordring med langsiktig opprettholdelse av endringer i praksis. Et hovedspørsmål er i hvilken grad helsefremmende praksis blir rutine, som en del av kulturen og normene i avdelingen/institusjonen. Basert på våre resultater ser vi at et stort antall avdelinger/institusjoner som har gjennomgått basiskurs bruker fortsatt TID innen ett år etter at deltakerne gjennomførte KHK. På den annen side har vi ikke data for hvor lang tid etter basiskurset avdelingene/institusjonene anvender TID, og vi har heller ikke data etter 12 måneder. I en nyere oversiktsartikkel, skrevet av Glasgow et al. (2019, s. 4-5) påpekes det at langsiktige resultater på fortsatt bruk av programmer rapporteres sjeldent, og RE-AIM har satt minimum 6 måneder etter en intervensjon som standard for å kunne si noe om dette. Men det presiseres at den spesifikke tidsrammen for

vurdering av om intervensjonen fortsatt er i bruk vil variere mellom ulike prosjekter. Ved resultatene i de skriftlige rapportene i studien ser vi at det må legges til rette slik at man fortsetter å bruke TID-modellen. Deltakerne på KHK i samarbeid med ledelsen og TID-administratorene på avdelingene/institusjonene har et ansvar her. På den annen side hvis så mange som mulig av de ansatte på avdelingen/institusjonen har gjennomført basiskurs, handler det også om personalets engasjement for langsiktig bruk. Når man tar i betraktning den tydelige effekten av TID-modellen i sykehjem, slik man gjorde i TID-studien gjennomført av B. Lichtwarck, Selbaek, et al. (2018, s. 30-31), vil dette være en faktor som kan motivere personalet til fortsatt bruk av TID-modellen. Deltakerne på KHK presiserte at redusert økonomi og manglende interesse fra ledelsen som grunner for hvorfor TID ikke brukes. I TID-manualen står det at modellen skal være lett å implementere i avdelingen uten store ekstrakostnader (Bjørn Lichtwarck, Væringstad, et al., 2019, s. 22). Således er det usikkert om redusert økonomi nødvendigvis behøver å være en hindring. En større hindrer er sannsynligvis at ledelsen ikke har interesse av å bruke TID-modellen etter opplæring. Det vil gjøre det utfordrende å få modellen inn som en rutine på avdelingen/institusjonen.

### ***Hvilke faktorer fremmer og hvilke faktorer hemmer spredning og implementering av TID?***

Vil i avsnittene under systematisere de viktigste faktorene som fremmer og hemmer spredning og implementering, og drøfte de ulike resultatene. Resultatene var relativt entydige med tanke på hvilke faktorer som fremmer eller hemmer.

Basert på resultatene om spredning har deltakerne beskrevet det som fremmer og hemmer spredning av TID. Faktorer som fremmer spredning er at deltakerne var fornøyd med KHK og at kurset var tilrettelagt med godt undervisningsverktøy. Deltakerne sier selv at dette var vesentlig. Ifølge deltagerne var undervisningsmaterialet lettfattelig å forstå. Dette var viktig slik at formidlingen til ansatte på avdelingene/institusjonene skjedde på en god og riktig måte. I følge Sampson et al. (2017, s. 17) var fordelene med denne type KHK- tilnærming at det innebar lave kostnader og at de lokale kursholderne hadde en bedre forståelse av interne nyanser og pleiekultur ved avdelingen/institusjonen. Det er viktig å erkjenne at uformelle nettverk eksisterer mellom ansatte på avdelinger/institusjoner, og disse nettverkene kan være en styrke når opplæring skal gjennomføres (Sampson et al., 2017, s. 17). I vår studie var fordelene med KHK-tilnærmingen at deltagerne på KHK fikk opplæring i å arbeide



---

selvstendig med opplæringen, uavhengig av eksterne forelesere. Dette tenkte vi ville føre til at flere fylker fikk tilbud om basiskurs, flere ansatte fikk opplæring i TID og det ville være mindre utgifter i forbindelse med denne spredningsmodellen. Vi erfarte at det er en fordel at man er minst to deltakere på KHK fra samme avdeling/institusjon for senere å kunne gjennomføre basiskurs sammen. I følge Brownson et al. (2018, s. 29) vil implementering av en ny modell i praksis kreve tilstrekkelig med ressurser. Det vil alltid kreves noe av de ansatte ved tilføringer eller endringer i praksis. Deltagerne på KHK, lederne og ikke minst de ansatte må yte litt ekstra en kort periode for å få innført modellen. Deltakerne har hatt fokus på at basiskurset er en kompetanseheving hos personalet. Deltakerne erfarte selv at det var viktig at hele personalgruppen fikk samme opplæring. I TID-manualene påpekes det at det har av stor betydning at alle ansatte deltar på basiskurs. Videre anbefales det at leder deltar på opplæringen for å sikre at modellen brukes videre ved avdelingen/institusjonen (Bjørn Lichtwarck, Væringstad, et al., 2019, s. 22). I TID-studien ble personalet på sykehjemmene gjort ansvarlig for intervensjonen uavhengig av forskerteamet etter opplæringen (basiskurs). Videre påpekes det at denne uavhengigheten øker muligheten for vedlikehold av intervensjonen, kostnadene for implementering reduseres og letter spredningen av modellen (B. Lichtwarck, Selbaek, et al., 2018, s. 36). Den kanskje viktigste faktoren som fremkommer når det gjelder å fremme spredning er samarbeid med leder. Erfaringer fra TID-studien viste tydelig at for å lykkes med å ta i bruk TID som en måte å jobbe på i praksis er engasjement og tilstedeværelse fra leder avgjørende (B. Lichtwarck, Selbaek, et al., 2018; Bjørn Lichtwarck, Væringstad, et al., 2019, s. 20). Leder er en svært viktig faktor ved spredning og implementering av TID-modellen i Norge. Resultatene viser at ledelsen har måttet legge til rette for at de ansatte har fått deltatt på basiskurs på grunn av deres ansvar for turnus, men ikke minst for vurdering av behov for innleie av personell. Det er sannsynlig at ledelsen ønsket å bli inkludert i alle delene i prosessen og at utfordringene ved planlegging o.l. oppstår hvis leder ikke blir inkludert. Mange av deltagerne på KHK var avdelingsledere og dette har sannsynligvis vært en positiv faktor for organisering av basiskurs, og fremmet implementeringen av TID helt fra starten.

Ved spredning og implementering av TID var de to viktigste hemmende faktorene at deltaker fra KHK ikke hadde tid til å gjennomføre basiskurs, og manglende interesse fra ledelsen i avdelingene/institusjonene. Økt tidsbruk ved implementeringen oppleves som en hemmende faktor blant noen av deltakerne. Det blir ikke alltid satt av tid til planlegging og gjennomføring av opplæring. Opplæringen ved å arrangere basiskurs tar selvfølgelig noen

timer både i forberedelse og i gjennomføringen av et 5 timers basiskurs. Det er likevel vår kliniske erfaring at modellen blir tidsbesparende på grunn av at man løser utfordringer før «ting eskaleres». Personalet jobber mere forebyggende og de har økt kompetanse etter opplæring. Hovedfunnene i artikkelen skrevet av B. Lichtwarck, Myhre, et al. (2018, s. 5-6) er at TID er en effektiv og gjennomførbar modell som bidrar til økt mestring hos personalet i møte med komplekse utfordringer. Dette skjer blant annet ved at personalet opplever bedre struktur i arbeidet og en ny kreativ læringsprosess på arbeidsplassen. Basert på resultatene i vår studie må leder og personalet bestemme seg for å ta i bruk TID. De må sette av tid til refleksjonsmøter for å kunne bruke TID regelmessig. I studien til Aasmul et al. (2018, s. 9) var også mangel på tid en viktig faktor og en utfordring. Videre påpeker de at det er ingen klare svar på hvordan man løser denne utfordringen, men bedre organisering av tjenestene kan være et alternativ selv om de ikke har spesifisert på hvilken måte. Basert på resultatene i vår studie har deltakerne påpekt at det var helt avgjørende at leder var med i prosessen og at det er avgjørende å få god tid til å forberede seg i forkant av opplæringen. Som nevnt tidligere var økonomi og utgifter ved innleie av vikarer en hemmende faktor. Glasgow et al. (1999, s. 1324) anfører at kostnader ofte er en viktig faktor som avgjør om et program tas i bruk, implementeres eller fortsatt brukes ved avdelingen/institusjonen. Basert på resultatene i vår studie har deltagerne påpekt at deltagelse ved basiskurs bør kompenseres for de ansatte. Det vil si at de ansatte bør få betalt for å delta på opplæringen på fritid. I TID-manualen står det konkret at det anbefales gi kompensasjon (avspasering eller lønn) for deltakelse utover egen turnus på refleksjonsmøtene, og leder bør sørge for at så mange som mulig av de ansatte deltar på refleksjonsmøtet (Bjørn Lichtwarck, Væringstad, et al., 2019, s. 20). Kompensasjon tenker jeg gjelder også for arrangering av basiskurs. Manglende samarbeid med leder var en hindring ved spredning og implementering, og j det bør forebygges eventuelt bearbeides ved hjelp av tydelig kommunikasjon mellom deltagerne fra KHK, TID-administratorene og ledelsen.

## 5.2 Metodediskusjon

Hovedstyrken ved denne studien er den systematiske bruken av et veletablert og anbefalt rammeverk, RE-AIM, for å gjennomføre en prosessevaluering av KHK (Glasgow et al., 2019, s. 1). Dimensjonene i RE-AIM er avgjørende ved evaluering av programmer, alle de fem RE-AIM-dimensjoner er like viktige og derfor har vi vektlagt de relativt likt i denne

---

studien (Glasgow et al., 1999, s, 1325). Å bruke RE-AIM rammeverket kan være utfordrende når man har begrensede ressurser for å gjennomføre en prosessevaluering. Det er utfordringer med å implementere på et mer detaljert nivå og at man vurderer alle komponenter (Ibid, s. 6). Til en masteroppgave kan en problemstilling vedrørende begrensede ressurser være relevant, men i denne sammenheng startet vi prosjektet i forkant av masterforløpet og hadde en plan for bruk og vurdering av alle komponentene i RE-AIM.

I løpet av denne prosessevalueringen har vi brukt en utforskende design med Mixed Methods. Mixed Methods lar oss sammenstille og tolke kvantitative resultater fra undersøkelsen med kvalitative resultater fra deltagerens skriftlige rapporter. Denne sammenstillingen øker gyldigheten av resultatene våre og verdien av våre antakelser om mulige årsaksmekanismer til effekten av KHK. Glasgow et al. (2019, s. 5) mener at Mixed Methods bør brukes når en anvender RE-AIM rammeverket på tvers av de fem ulike dimensjoner ved en utforskende prosess. Til dags dato har kvantitative metoder alene ofte gitt utilstrekkelige resultater for dimensjonene spredning, implementering og fortsatt bruk i praksis (vedlikehold). Kvalitative data gir en mer detaljert beskrivelse av hva som kan gjøres for å forbedre spredning og implementering (Ibid, s. 5). En utfordring ved Mixed Methods er at metoden krever visse ferdigheter, tid og ressurser for omfattende datainnsamling og analyse. Det kan også være krevende å overbevise andre forskere om behovet for å bruke Mixed Method, og at denne metoden blir akseptert (Creswell & Clark, 2017, s. 13). Likevel mener jeg denne metoden gir mere troverdighet til resultatene i denne studien, og gir et mere tilfredsstillende svar på problemstillingen og forskningsspørsmålene enn en av metodene ville gjort alene. Creswell and Clark (2017, s. 12) påpeker at Mixed Methods danner en bro mellom kvantitativ og kvalitativ forskning.

En styrke ved studien er høy svarrespons på spørreundersøkelsen. Vi har ikke data fra den delen av personalet som ikke deltok i undersøkelsen eller besvarte spørsmålene på rapportene. I følge Johannessen (2016, s. 247) er en svarprosent på mer enn 50% være en bra svarrespons. På den annen side påpeker Johannessen (2016) at generalisering av resultatene blir påvirket av svarprosenten selv om man har høyere enn 50 prosent. Man må bestrebe at bortfallet blir minst mulig, noe jeg tenker vi har gjort i denne sammenheng. Da vi har gitt muligheter for flere alternativer for innsamling og flere påminnelser.

Vi benyttet spørreskjema da dette ville gi oss de kvantitative dataene og ville hjelpe oss å besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene. Johannessen (2016, s. 262) mener at

spørreskjema er en metode som er godt eget og hensiktsmessig. Spørreskjemaet ble utviklet basert på dimensjonene i RE-AIM. Spørreskjemaene ble utviklet til denne studien av B. Lichtwarck og A. Væringstad, og har vært sendt ut for gjennomlesning og tilbakemelding til flere kollegaer som var kjent med TID-modellen og kvantitativ forskning. Det ble ikke forsøkt på testpersoner i forkant av studien, men ble evaluert etter første gjennomført KHK. Spørsmålene ble beholdt som originalen kun endret bruk av dataprogram for besvarelse og innsendelse. Spørreskjemaene er nøye utviklet for å gjenspeile hele prosessen. Det er en svakhet ved studien at vi ikke har gjennomført en grundig validering av spørreskjemaet. En styrke ved bruk av spørreskjemaene var at alle deltagerne på KHK fikk tilbud om å delta i spørreundersøkelsen både etter 6 og etter 12 måneder. Det ble purret 4 ganger til de av deltagerne som ikke hadde besvart, dette for å få en høyere svarprosent å minne deltagerne på å besvare. Johannessen (2016, s. 247) påpeker at det ikke er realistisk at alle respondenter vil besvare spørreundersøkelsen. Videre påpeker han at man må regne med bortfall av deltakere som ikke vil delta i undersøkelsen. Deltagerne hadde anledning til å besvare spørreundersøkelsen både elektronisk men også på papirformat. Vi kunne valgt en annen innsamlings metode som for eksempel gjennomført spørreskjema ved telefonintervjuer, men på grunn av begrensede ressurser og tid var ikke dette aktuelt. Johannessen (2016, s. 145) sier at deltagerne får større frihet til å utrykke seg ved intervjuer, men i denne studien har deltagerne i tillegg fått mulighet til å beskrive sine erfaringer ved de skriftlige rapportene.

Den skriftlige rapporten var en del av kriteriene for å bli sertifisert kursholder i TID etter gjennomført basiskurs og deltagelse på først refleksjonsmøtet. Det vil si at vi har kun skriftlige besvarelser fra de av deltagerne som har gjennomført basiskurs. En svakhet ved studien er at vi ikke har noen skriftlige resultater fra de av deltagerne som ikke har klart å gjennomføre basiskurs for en personalgruppe. For de av disse som har besvart spørreundersøkelsen har vi kun kvantitative svar fra disse deltagerne. Vi har således også kvantitative data på grunner for hvorfor de ikke avholdt basiskurs På den annen side har vi i spørsmålene i rapporten hatt størst fokus på sprednings- og implementeringsprosessen og tilbakemeldingen deltagerne gir i forbindelse med dette. En styrke ved studien er at vi har omfattende datamateriale fra de narrative rapportene. En annen styrke ved studien er at vi gjør en prosessevaluering av spredningen og implementeringen av en evidensbasert intervensjon. At TID er evidensbasert sikrer kvaliteten av kunnskapen som vi ønsker å spre og implementere i praksis. Således benytte deltagerne på KHK vitenskapelig bekreftede forskningsresultater i praksis (Thomassen, 2006, s. 148-149). I artikkelen skrevet av Graham

---

F Moore et al. (2015, s. 1-6) presenteres et rammeverk for prosessevaluering, og forfatterne påpeker at en systematisk tilnærming til å utforme og gjennomføre prosessevalueringer er nødvendig.

I analysen av de skrevne rapportene brukte jeg tematisk analyse. Tematisk analyse gir en fleksibel tilnærming til dataene. Metoden skisserer ved hjelp av klare retningslinjer analyseprosessen. Braun and Clarke (2006, s. 78) påpeker at retningslinjene sikrer at metoden er teoretisk og metodologisk forsvarlig. En begrensning kan være at tematisk analyse er mindre anerkjent enn andre analysemetoder, men den er allikevel mye brukt som kvalitativ analyse innen psykologi (Braun & Clarke, 2006, s. 77).

Refleksivitet definerer Malterud (2001, s. 483-484) som en holdning hos forskeren der denne informerer om egen posisjon i forhold til fasene studien og om faktorer hos forsker som kan påvirke resultatene. Ved gjennomføring av denne prosessevalueringen kan min bakgrunn som sykepleier og arbeidserfaring ha hatt en betydning for alle fasene i studien. Fagbakgrunn kan øket mine muligheter til å gå i dybden i utforskningen av de ulike dimensjonene av en slik evaluering ved at jeg har grundig kjennskap til praksisfeltet og har en forståelse av arbeidssituasjonen til deltakerne på KHK. Malterud (2001, s. 483-484) påpeker at bakgrunnen og profesjon til forsker vil kunne påvirke hva man ønsket å finne ut av, og også påvirke de hvordan en vektlegger resultatene fra datamaterialet. En annen viktig faktor som kan ha påvirket resultatene er mitt ståsted som organisator og leder av KHK. Min involvering i opplæringen av deltakerne på KHK kan ha ført til et nærmere forhold til deltakerne. Dette vurderes som positivt siden deltakerne lettere vil ta kontakt med meg for oppfølging og veiledning ved behov i deres arbeid etter KHK. Imidlertid kan mitt engasjement i gjennomføringen av KHK ha påvirket deltakerne ved at de kan ha vært ekstra positive til KHK og effekten av disse når de besvarer spørsmålene i rapporten. Min forforståelse kan også påvirke hvordan jeg oppfatter innholdet i rapportene under analysearbeidet. Analysen ble i hovedsak gjennomført av meg, og min forforståelse kan ha hatt betydning for hva jeg så etter, og hvordan jeg fortolket resultatene i analysen. Å diskutere refleksivitet i en studie anser Malterud (2001, s. 484) som viktig, ikke for å påvirke påliteligheten til resultatene, men for at andre forskere kan bedre kan bedømme nytten av våre erfaringer ved gjennomføringen av studien.

En svakhet ved studien er dataene som omhandler fortsatt bruk (maintenance) av TID-modellen ved avdelingen/institusjonen. Vi har kun data som beskriver bruk av modellen

innen ett år etter KHK og besvarelsen er utført av deltagerne. Vi har ikke hatt indirekte kontakt med avdelingene/institusjonene som har mottatt basiskurs. Årsakene til manglende data i vår studie på denne dimensjonen er manglende tid og kapasitet tidsmessig til ytterligere detaljert oppfølging av kursdeltakerne fra vår side.

### 5.3 Diskusjon av relevans

Hovedresultatet i denne studien viser at effektiv formidling og implementering av komplekse intervensjoner kan oppnås ved å bruke KHK-tilnærmingen. Det er en økning av forskningsprosjekter som omhandler komplekse intervensjoner. Dette kan ha en sammenheng med ønske om å tilby den mest kostnadseffektive helsehjelp (Campbell et al., 2000, s. 696).

Det er et behov for tilfredsstillende metoder for at forskning kan overføres til praksis. Colditz and Emmons (2012, s. 1) påpeker at det er helt nødvendig med metoder for spredning og implementering av forskningsresultater i praksisfeltet, for at evidensbaserte programmer skal bli brukt som rutine i kliniske sammenhenger. Implementeringsforskning vektlegger hvordan man systematisk integrerer evidensbaserte intervensjoner, mens analyse av tilhørende ressurser for å støtte intervensjoner er mindre studert (Colditz & Emmons, 2012, s. 1-2). KHK-tilnærmingen gir deltagerne grundig opplæring i TID-modellen og kompetanse til å spre kunnskapen videre ved avdelingene/institusjonene. Våre resultater basert på KHK-tilnærmingen kan overføres til andre intervensjoner som skal omstilles i praksis.

Glasgow et al. (2006, s. 693) påpeker at programmer som har hatt påvist effekt i randomiserte kontrollerte studier kan mislykkes når de implementeres i praksis utenfor rammen av vitenskapelig studier. RE-AIM rammeverket kan hjelpe forskere til å evaluere spredningen og implementeringen slik vi har gjort i vår studie. Våre resultater kan bidra til å klargjøre hvilke faktorer som andre forskere og ledere innen praksisfeltet må ta stilling til, når andre lignende typer evidensbaserte intervensjoner skal spres og implementeres i en større skala. Et hovedpoeng i denne sammenhengen er at TID-modellen er en velutviklet evidensbasert modell, som i en tidligere kontrollert studie har vist seg å være enkel og lite kostnadskrevende å implementere (B. Lichtwarck, Selbaek, et al., 2018, s. 30-31).

---

## 6. Konklusjon

Denne studien var en prosessevaluering basert på RE-AIM rammeverket av spredningen og implementeringen av modellen TID ved hjelp av kursholderkurset i TID, Formålet var å svare på problemstillingen: *Hva er kursdeltakernes erfaringer etter kursholderkurset i TID for spredning og implementering av modellen?* Metodisk benyttet vi oss av spørreskjemaer 6 og 12 måneder etter KHK og narrative rapporter fra deltakerne. Forskningsspørsmålene var i hvor stor grad vi oppnådde vi spredning og implementering av TID, og hvilke faktorer fremmet og hemmet disse to prosessene.

KHK viste seg å være en god måte å spre en evidensbasert modell på. Vi nådde ut til 13 fylker, 71% av de 87 deltakerne har arrangert/planlagt å arrangere basiskurs. Det er avholdt 67 basiskurs innen ett år etter KHK. Samarbeid med ledere og god planlegging var avgjørende for at deltakerne på KHK fikk gjennomført basiskurs. Basiskurs opplevdes som en kompetanseheving blant personalet. Selv om ikke alle fasene i TID har blitt benyttet i like stor grad, gjennomføres det i stor grad refleksjonsmøter. Et stort antall avdelinger/institusjoner utpekte TID-administratorer, som er viktig aktører for implementeringen.

En av de viktigste faktorene som fremmet spredning og implementering av TID var et godt og nært samarbeid mellom deltakerne og lederne. Selve organiseringen av basiskurset opplevdes uproblematisk da det var lagt til rette for dette med grundig introduksjon på KHK og ferdig produserte opplæringsmateriell fritt tilgjengelig for deltakerne på egen hjemmeside. Inkludering av hele personalgruppen og det tverrfaglige samarbeidet ble ansett viktig for implementeringen. De viktigste faktorene som hemmet spredning og implementering var manglende interesse og engasjement fra ledelse, opplevd mangel på tid og begrenset økonomi. Disse faktorene er viktige å ta med seg i det videre arbeidet med KHK i TID og andre lignende spredning- og implementeringsprogrammer.

Vi ønsker å fortsette videre forskning på KHK-tilnærmingen ved å arrangere flere KHK og undersøke flere av kursdeltakernes erfaringer. Dette vil kunne øke resultatenes generaliserbarhet, og få betydning for hvordan effektiv spredning og implementering av denne type evidensbaserte komplekse intervensjoner kan oppnås ved hjelp av KHK-tilnærmingen.

## Litteraturliste

- Aakhus, E., Bergem, A. L. M., Holm, M., Bragason, A., & Eskeland, K. O. (2010). Plandokument for norsk alderspsykiatri 2011–2020. *Oslo: Norsk Psykiatrisk Forening*. Retrieved from <http://kurs.olaviken.no/Dokmnt//Plandokument%202011-2020.pdf>.
- Aalen, O., & Frigessi, A. (2006). Statistiske metoder i medisin og helsefag: Odd O. Aalen (red.). *Oslo: Gyldendal akademisk*.
- Aasmul, I., Husebo, B. S., & Flo, E. (2018). Description of an advance care planning intervention in nursing homes: outcomes of the process evaluation. *BMC Geriatrics*, 18(1), 26. Retrieved from [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5785831/pdf/12877\\_2018\\_Article\\_713.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5785831/pdf/12877_2018_Article_713.pdf).
- Boersma, P., van Weert, J. C., Lakerveld, J., & Dröes, R.-M. (2015). The art of successful implementation of psychosocial interventions in residential dementia care: a systematic review of the literature based on the RE-AIM framework. *International Psychogeriatrics*, 27(1), 19-35. Retrieved from <https://www.cambridge.org/core/journals/international-psychogeriatrics/article/art-of-successful-implementation-of-psychosocial-interventions-in-residential-dementia-care-a-systematic-review-of-the-literature-based-on-the-reaim-framework/A919E6EF4974BBDC010EF2478DDD35D7>.
- Brasure, M., Jutkowitz, E., Fuchs, E., Nelson, V. A., Kane, R. A., Shippee, T., . . . Butler, M. (2016). Nonpharmacologic interventions for agitation and aggression in dementia. Retrieved from [https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.inn.no/books/NBK356163/pdf/Bookshelf\\_NBK356163.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.inn.no/books/NBK356163/pdf/Bookshelf_NBK356163.pdf)
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Brownson, R. C., Colditz, G. A., & Proctor, E. K. (2017). *Dissemination and implementation research in health: translating science to practice*: Oxford University Press.
- Brownson, R. C., Fielding, J. E., & Green, L. W. (2018). Building capacity for evidence-based public health: reconciling the pulls of practice and the push of research. *Annual Review of Public Health*, 39, 27-53. Retrieved from <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev-publhealth-040617-014746>.
- Campbell, M., Fitzpatrick, R., Haines, A., Kinmonth, A. L., Sandercock, P., Spiegelhalter, D., & Tyrer, P. (2000). Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ*, 321(7262), 694-696. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1118564/pdf/694.pdf>.
- Colditz, G. A., & Emmons, K. M. (2012). The promise and challenges of dissemination and implementation research. *Dissemination and implementation research in health: translating science to practice*, 3-22.
- Creswell, J. W., & Clark, V. L. P. (2017). *Designing and conducting mixed methods research*: Sage publications.
- De Vaus, D. (2001). *Research design in social research*: Sage.
- Elvish, R., Burrow, S., Cawley, R., Harney, K., Pilling, M., Gregory, J., & Keady, J. (2018). 'Getting to Know Me': The second phase roll-out of a staff training programme for supporting people with dementia in general hospitals. *Dementia*, 17(1), 96-109.



- 
- Engedal, K. (2008). Alderspsykiatri i praksis, 2. utgave. *Tønsberg: Forlaget Aldring og helse*.
- Etikkom. (2016). De nasjonale forskningsetiske komiteene Retrieved from <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>.
- Forman, J., Heisler, M., Damschroder, L. J., Kaselitz, E., & Kerr, E. A. (2017). Development and application of the RE-AIM QuEST mixed methods framework for program evaluation. *Preventive medicine reports*, 6, 322-328. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5402634/pdf/main.pdf>.
- Gaglio, B., Shoup, J. A., & Glasgow, R. E. (2013). The RE-AIM framework: a systematic review of use over time. *American Journal of Public Health*, 103(6), e38-e46. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3698732/pdf/AJPH.2013.301299.pdf>.
- Glasgow, R. E., Harden, S. M., Gaglio, B., Rabin, B. A., Smith, M. L., Porter, G. C., . . . Estabrooks, P. A. (2019). RE-AIM Planning and Evaluation Framework: Adapting to New Science and Practice with a Twenty-Year Review. *Frontiers in Public Health*, 7, 64. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6450067/pdf/fpubh-07-00064.pdf>.
- Glasgow, R. E., Klesges, L. M., Dzewaltowski, D. A., Estabrooks, P. A., & Vogt, T. M. (2006). Evaluating the impact of health promotion programs: using the RE-AIM framework to form summary measures for decision making involving complex issues. *Health Education Research*, 21(5), 688-694.
- Glasgow, R. E., Lichtenstein, E., & Marcus, A. C. (2003). Why don't we see more translation of health promotion research to practice? Rethinking the efficacy-to-effectiveness transition. *American Journal of Public Health*, 93(8), 1261-1267. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447950/pdf/0931261.pdf>.
- Glasgow, R. E., Vogt, T. M., & Boles, S. M. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1322-1327. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1508772/pdf/amjph00009-0018.pdf>.
- Hamilton, A., & Mittman, B. S. (2018). Implementation science in health care. *Dissemination and implementation research in health: translating science to practice*, 2, 385-400.
- Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonal faglig retningslinje om demens (National guidelines on dementia)*. Oslo: Helsedirektoratet (The Norwegian Directorate of Health); Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-om-demens>.
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning . (LOV-2008-06-20-44)*. . Retrieved from [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44/KAPITTEL\\_4#KAPITTEL\\_4](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44/KAPITTEL_4#KAPITTEL_4)
- Hummelvoll, J. K., Andvig, E., & Lyberg, A. (2010). *Etiske utfordringer i praksisnær forskning*: Gyldendal Akademisk.
- Johannessen, A. (2009). Introduksjon til SPSS: versjon 17. In: Oslo: Abstrakt Forlag.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. . (2016). Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode (5. utg.). In (pp. Kapittel: 19-27 (134 s).): Oslo: Abstrakt. .

- Kales, H. C., Lyketsos, C. G., Miller, E. M., & Ballard, C. (2019). Management of behavioral and psychological symptoms in people with Alzheimer's disease: an international Delphi consensus. *International Psychogeriatrics*, 31(1), 83-90.
- King, D. K., Shoup, J. A., Raebel, M. A., Anderson, C. B., Wagner, N. M., Ritzwoller, D. P., & Bender, B. G. (2020). Planning for Implementation Success Using RE-AIM and CFIR Frameworks: A Qualitative Study. *Frontiers in Public Health*, 8, 59. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7063029/pdf/fpubh-08-00059.pdf>.
- Kitwood, T. M. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*: Open university press.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Laursen, M. H. (2010). Abduction, induction and deduction in pedagogics. *Internet access: abduktiv.dk/wp-content/uploads/2010/07/Abduction\_uk.pdf*. Date, 16, 2015.
- Lichtwarck, B. (2019). *The development and evaluation of TIME - Targeted Interdisciplinary Model for Treatment and Evaluation of Neuropsychiatric Symptoms*. (Doctoral, Doktorgradsavhandling), (Universitetet i Oslo),
- Lichtwarck, B., Myhre, J., Goyal, A. R., Rokstad, A. M. M., Selbaek, G., Kirkevold, Ø., & Bergh, S. (2018). Experiences of nursing home staff using the targeted interdisciplinary model for evaluation and treatment of neuropsychiatric symptoms (TIME) - a qualitative study. *Aging & Mental Health*, 1-10. Retrieved from <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13607863.2018.1464116>. doi:10.1080/13607863.2018.1464116
- Lichtwarck, B., Myhre, J., Selbaek, G., Kirkevold, Ø., Rokstad, A. M. M., Benth, J. Š., & Bergh, S. (2019). TIME to reduce agitation in persons with dementia in nursing homes. A process evaluation of a complex intervention. *BMC Health Services Research*, 19(1), 349. Retrieved from [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6544967/pdf/12913\\_2019\\_Article\\_4168.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6544967/pdf/12913_2019_Article_4168.pdf).
- Lichtwarck, B., Selbaek, G., Kirkevold, O., Rokstad, A. M., Benth, J. S., Myhre, J., . . . Bergh, S. (2016). TIME - Targeted interdisciplinary model for evaluation and treatment of neuropsychiatric symptoms: protocol for an effectiveness-implementation cluster randomized hybrid trial. *BMC Psychiatry*, 16, 233. Retrieved from [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4942955/pdf/12888\\_2016\\_Article\\_944.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4942955/pdf/12888_2016_Article_944.pdf). doi:10.1186/s12888-016-0944-0
- Lichtwarck, B., Selbaek, G., Kirkevold, O., Rokstad, A. M. M., Benth, J. S., Lindstrom, J. C., & Bergh, S. (2018). Targeted Interdisciplinary Model for Evaluation and Treatment of Neuropsychiatric Symptoms: A Cluster Randomized Controlled Trial. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(1), 25-38. doi:10.1016/j.jagp.2017.05.015
- Lichtwarck, B., Væringstad, A., & Hoel, K.-A. (2019). Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved Demens og andre psykiske tilstander. 3, 1-35. Retrieved from <https://tidmodell.no/wp-content/uploads/2019/10/TID-manual-2019.pdf>.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The lancet*, 358(9280), 483-488.
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample size in qualitative interview studies: guided by information power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753-1760.

- 
- Meissner, H. I., Glasgow, R. E., Vinson, C. A., Chambers, D., Brownson, R. C., Green, L. W., . . . Mittman, B. (2013). The US training institute for dissemination and implementation research in health. *Implementation Science*, 8(1), 12.
- Moore, G. F., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Hardeman, W., . . . Baird, J. (2015). Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ*, 350, h1258. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25791983>. doi:10.1136/bmj.h1258
- Moore, G. F., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Hardeman, W., . . . Baird, J. (2015). Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ*, 350, 1-7. Retrieved from <https://www.bmj.com/content/bmj/350/bmj.h1258.full.pdf>.
- Omsorgsdepartementet, H.-o. (2015). Demensplan 2020, Et mer demensvennlig samfunn. Retrieved from [https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan\\_2020.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf).
- Personopplysningsloven. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger*. LOV-2018-06-15-38. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38?q=personopplysning>
- Peters, M. E., Schwartz, S., Han, D. D., Rabins, P. V., Tschanz, J., & Lyketsos, C. G. (2014). Neuropsychiatric Symptoms as Predictors of Progression to Severe Alzheimer's Dementia and Death: The Cache County Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(3), S65-S66.
- Rokstad, A. M. M. (2014). *Se hvem jeg er!: personsentrert omsorg ved demens*: Universitetsforlaget.
- Sampson, E. L., Vickerstaff, V., Lietz, S., & Orrell, M. (2017). Improving the care of people with dementia in general hospitals: evaluation of a whole-system train-the-trainer model. *International Psychogeriatrics*, 29(4), 605-614. Retrieved from <https://www.cambridge.org/core/journals/international-psychogeriatrics/article/improving-the-care-of-people-with-dementia-in-general-hospitals-evaluation-of-a-wholesystem-trainthetrainer-model/F46E02C1D076A0413A84962C0DD8E80C>.
- Selbæk, G., Engedal, K., Benth, J. Š., & Bergh, S. (2014). The course of neuropsychiatric symptoms in nursing-home patients with dementia over a 53-month follow-up period. *International Psychogeriatrics*, 26(1), 81-91.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis: innføring i vitenskapsfilosofi for helse-og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Wang, J., Yu, J.-T., Wang, H.-F., Meng, X.-F., Wang, C., Tan, C.-C., & Tan, L. (2015). Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 86(1), 101-109. Retrieved from <https://jnnp.bmj.com/content/jnnp/86/1/101.full.pdf>.
- Wilson, L. D. (2012). The American Association of Colleges of Nursing's geriatric nursing education consortium. *Journal of Gerontological Nursing*, 36(7), 14-17.
- Zeller, A., Hahn, S., Needham, I., Kok, G., Dassen, T., & Halfens, R. J. (2009). Aggressive behavior of nursing home residents toward caregivers: a systematic literature review. *Geriatric Nursing*, 30(3), 174-187. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S019745720800308X?via%3Dihub>.

# Vedlegg

## Vedlegg 1 - Prosedyre datavask (s. 85-86)

 Sykehuset Innlandet HF		Divisjon Psykisk helsevern		Forskning og utvikling	
<b>DATAVASK - Bearbeiding, klargjøring og kontroll fra råfil til masterfil.</b>				Alderspsykiatri	
				PsH04/20-08	
Utgave: 2.00	Utarbeidet av: Spesialkonsulent Lisbeth D. Høgseth og Forskningsmedarbeider Eva Martinsen	Godkjent av: Avd. sjef Susan Juell	Gjelder fra: 07.01.2019	Side 1 av 2	

### 1. Hensikt og omfang

Kvalitetssikre at klargjøring, bearbeiding og kontroll (vasking) av SPSS filer blir gjort grundig og på en ensartet måte.

### 2. Ansvar/målgruppe

Forskningsmedarbeidere/forskere.

### 3. Handling

Data fra forskningsprosjekter eksporteres fra TeleForm eller plottes til SPSS filer på Sykehuset Innlandets forskningsserver. Før det gjøres analyser i SPSS må data bearbeides, klargjøres og kontrolleres (vaskes).

- I samråd med forsker klargjøres hvilke variabler som skal sjekkes.
- Før vasking, ta kopi av RA\_fil, kopien lagres i mappen "VASKE\_FILER" etter følgende mal:
  - "yyyy\_mm\_dd\_filnavn.sav"
- Alle korreksjoner skal loggføres i en logg med fire kolonner:

Dato	PAS_id	Notat	Ansvarlig

- Underveis lagres filen med ny dato for hver vask (kan bli mange vaskefiler).
  - Sjekk at antall variabler er korrekt underveis i vaskingen.
- Ferdig vasket fil lagres i MASTER\_fil-mappen for den enkelte studie:
  - yyyy\_mm\_dd\_prosjektnavn\_master.sav Se: [Anbefalt lagring av forskningsdata ved AFS](#)
- Vaskefiler slettes etter 1 år

### 3.1 Klargjøring til MASTER\_fil

#### 3.1.1 Sjekk at alle cases har unik ID:

- Sorter og sjekk PAS\_id
  - Sjekk om det finnes flere case med samme PAS\_id
  - Sjekk om det finnes case uten PAS\_id
    - Kjør frekvensanalyse for å sjekke dette, evt. "identify duplicate cases" funksjonen i SPSS.
- Sjekk ved manuell telling om antall CRF stemmer overens med bildefil (PDF) og antall cases i SPSS-fila.

#### 3.2 Sjekk alle kolonner i variable view:

*Tabell 1- forklaring til kolonner i variable view*

Kolonner i variable view	Sjekk at hver variabel har:
Name = variabelnavn	- variabelnavn etter prosjektets/registerets kodebok
Type =format	- rett format

Utgave: 2.00	<b>DATAVASK - Bearbeiding, klargjøring og kontroll fra råfil til masterfil.</b>	PsH04/20-08 Side 2 av 2
--------------	---	----------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ numeric ved variabler som har tall verdi</li> <li>▪ string ved kombinasjon tall og bokstaver, og ved kun bokstaver</li> </ul>
<b>Width = bredde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- rett bredde på kolonnen i forhold til svaralternativer</li> <li>▪ Hvis <b>type</b> er numeric er <b>width</b> forhåndsinnstilt på 8</li> <li>▪ Hvis færre enn 8 kan 8 stå.</li> <li>▪ Hvis <b>type</b> er string må <b>width</b> innstilles på antall bokstaver som skal skannes/skrives inn</li> </ul>
<b>Decimales =desimaler</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- rett antall desimaler i forhold til svaralternativer</li> <li>▪ Forhåndsinnstilt på to desimaler</li> </ul>
<b>Label = forklaring til variabel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- forklarende navn til variabel</li> <li>- Det er en fordel at label er så kort som mulig.</li> </ul>
<b>Value = variabelens verdi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- riktig verdier – sjekk mot kodebok (Dialogboks: Value label. Her gis navn på tallverdi dersom det ikke er laget i TeleForm)</li> <li>- Her kan man bruke syntax på standardiserte skjema (RSS, NPIQ, IQCode, Cornell)</li> </ul>

- Når alle kolonner i variable view er sjekket, skal kolonnene i data view kontrolleres systematisk i forhold til umulige verdier, missing og logiske sammenhenger.
- I samråd med forsker og/eller prosjektansvarlig i register klargjøres hvilke variabler og hva som skal kontrolleres.
- Bruk gjerne kodebok/sjekkliste for det enkelte forskningsprosjekt/register.

### 3.3 Kontrollsjekk

- Alle variabler i et tilfeldig utvalg av cases kontrolleres mot CRF/bildefil for alle variabler.
- Ved 0-99 cases sjekkes 10 % av casene mot CRF/bildefil.
- Ved 100 eller flere cases sjekkes 5 % av casene mot CRF/bildefil.

### 3.4 Håndtering av missing

Imputering av missing gjøres i samarbeid med statistiker

#### Referanser

<a href="#">PsH04/20-07</a>	Anbefalt lagring av forskningsdata ved AFS
<a href="#">PsH04/20-02</a>	TeleForm - system for lagring i Designer
<a href="#">PsH04/20-03</a>	TeleForm - design av CRF til forskningsprosjekter og registre.
<a href="#">PsH04/20-04</a>	TeleForm - design av standardiserte tester og kartleggingsverktøy
<a href="#">PsH04/20-05</a>	TeleForm - design av CRF. Veileder for forskere
<a href="#">PsH04/20-06</a>	TeleForm - mottak og skanning av CRF ved forskningsprosjekter og registeret
<a href="#">PsH04/20-09</a>	Bearbeiding, klargjøring og kontroll av SPSS filer - fra masterfil til analysefil

---

## Vedlegg 2 – godkjenning fra NSD



Bjørn Lichtwarck  
Postboks 104  
2381 BRUMUNDDAL

Vår dato: 13.02.2018

Vår ref: 58557 / 3 / HIT

Deres dato:

Deres ref:

### Vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning § 31

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 21.01.2018 for prosjektet:

<i>58557</i>	<i>Opplæring av kursholder i TID (Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved demens)</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Sykehuset Innlandet HF, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Bjørn Lichtwarck</i>
<i>Student</i>	<i>Anette Væringsstad</i>

#### Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er meldepliktig og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av personopplysningsloven § 31. På den neste siden er vår vurdering av prosjektopplegget slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

#### Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon
- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

Vi forutsetter at du ikke innhenter sensitive personopplysninger.

#### Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringsskjema.

#### Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

#### Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

---

### Vedlegg 3 - samtykkeskriv spørreundersøkelse

#### Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

##### Opplæring av kursholder i TID (Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved demens)

###### Bakgrunn og formål:

Forskningscenter for Aldersrelatert Funksjonssvikt og Sykdom, Sykehuset innlandet gjennomfører et mastergradsprosjekt der vi undersøker effekten av å utdanne kursholdere i TID-modellen. Vi gjennomfører derfor en spørreundersøkelse blant de som har deltatt på kursholderkurset i TID. Ditt svar er viktig for å finne ut hvordan vi best kan bidra til å spre og implementere TID-modellen. Det vil ta ca. 15 minutter å svare på spørsmålene. Spørreundersøkelsen vil bli gjentatt en gang etter ca. 6 måneder. Du vil motta spørreundersøkelsen både på mail og i papirformat. Du velger selv hvordan du vil svare.

###### Hva skjer med informasjonen om deg:

Lege og forsker Bjørn Lichtwarck er prosjektleder og ansvarlig for datainnsamlingen. Mastergradsstudent er spesialsykepleier Anette Væringstad. Koblingsnøkkelen mellom e-postadresser og identifikasjonsnummer har kun databehandler ved forskningssenteret tilgang til. Svaret fra undersøkelsen blir altså anonymisert, og det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Ingen andre har tilgang til spørreskjemaene. Prosjektet skal avsluttes innen 15.06.23, og alle data som er samlet inn vil da anonymiseres.

###### Frivillig deltakelse:

Det er frivillig å delta i undersøkelsen, men ditt svar er viktig. Selv om du ikke har hatt tid eller anledning til å arrangere basiskurs, så ønsker vi at du svarer på spørreskjemaet. Ved å svare på skjemaet og sende det inn, samtykker du til deltakelse i spørreundersøkelsen. Om du deltar i forskningsprosjektet eller ikke, har ingen betydning for godkjenning av deg som TID-kursholder. Du kan når som helst trekke deg fra undersøkelsen. Dersom du trekker deg vil alle opplysningene bli anonymisert. Undersøkelsen er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD, Norsk senter for forskningsdata AS.

Med vennlig hilsen

Prosjektleder Bjørn Lichtwarck,  
Forskningscenter for Aldersrelatert Funksjonssvikt og Sykdom  
Sykehuset Innlandet  
Telefon: +4797523048 mail: [bjorn.lichtwarck@sykehuset-innlandet.no](mailto:bjorn.lichtwarck@sykehuset-innlandet.no)

[Trykk på vedlegg for utfylling av spørreskjema](#)

---

## Vedlegg 4 - samtykkeskriv rapport

### Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

#### Prosjekt: Opplæring av kursholder i TID (Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved demens)

##### Bakgrunn og formål:

Alderspsykiatrisk forskningscenter ved Sykehuset Innlandet gjennomfører et prosjekt (mastergradsprosjekt) der vi undersøker effekten av å utdanne kursholdere i TID-modellen. Vi ønsker derfor å gjennomføre en analyse av din innsendte rapport etter kursholderkurset som del av forskningsprosjektet. Din deltakelse er viktig for å finne ut hvordan vi best kan bidra til å spre og implementere TID-modellen.

##### Hva skjer med informasjonen om deg:

Lege og forsker Bjørn Lichtwarck er prosjektleder og ansvarlig for datainnsamlingen. Mastergradsstudent er spesialsykepleier Anette Væringstad. Svaret fra undersøkelsen blir anonymisert, og det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Ingen andre enn forskergruppen tilknyttet prosjektet har tilgang til rapportene. Prosjektet skal avsluttes innen 15.06.2023, og alle data som er samlet inn vil da anonymiseres.

##### Frivillig deltakelse:

Det er frivillig å delta i forskningsprosjektet, men ditt svar er viktig. Du kan når som helst trekke deg fra undersøkelsen. Om du deltar i forskningsprosjektet eller ikke, har ingen betydning for godkjenning av deg som TID-kursholder. Dersom du trekker deg vil alle opplysningene bli anonymisert.

Undersøkelsen er godkjent av Personvernombudet for forskning, NSD, Norsk senter for forskningsdata AS.

Med vennlig hilsen

Prosjektleder Bjørn Lichtwarck,  
Alderspsykiatrisk Forskningscenter  
Sykehuset Innlandet  
Telefon: +4797523048 mail: [bjorn.lichtwarck@sykehuset-innlandet.no](mailto:bjorn.lichtwarck@sykehuset-innlandet.no)

##### Samtykke til deltakelse i studien:

Jeg har mottatt informasjon om forskningsprosjektet, og er villig til å delta

.....  
(signert av prosjektdeltaker, dato)



## Vedlegg 5 - PICO skjema

PICO-skjema			
Er det aktuelt med søk på pasient- og pårørendeopplæring?			
<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei			
Hva slags type spørsmål er dette?		Er det aktuelt med søk i Lovdata etter lover og forskrifter?	
<input type="checkbox"/> Diagnose <input type="checkbox"/> Etiologi <input checked="" type="checkbox"/> Erfaringer <input type="checkbox"/> Prognose <input checked="" type="checkbox"/> Effekt av tiltak		<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
<b>P</b> Beskriv hvilke pasienter det dreier seg om, evt. hva som er problemet:	<b>I</b> Beskriv intervensjon (tiltak) eller eksposisjon (hva de utsettes for):	<b>C</b> Skal tiltaket sammenlignes (comparison) med et annet tiltak? Beskriv det andre tiltaket:	<b>O</b> Beskriv hvilke(t) utfall (outcome) du vil oppnå eller unngå:
<b>P</b> Noter engelske søkeord for pasientgruppe/problem	<b>I</b> Noter engelske søkeord for intervensjon/eksposisjon	<b>C</b> Noter engelske søkeord for evt. sammenligning	<b>O</b> Noter engelske søkeord for utfall
Helsepersonell (deltakere på kurs)  Health Professionals	Train the trainer  TIME  Health promotion interventions  Implementation  Implementations programs  Dissemination		Forskning på KHK i Norge, eller verden    Implementerings forskning   I hvor stor grad spres evidensbaserte modeller

## Vedlegg 6 – Spørreskjema (s. 90-95)

3968208107



Forskningscenter for Aldersrelatert Funksjonssvikt og Sykdom ved Sykehuset Innlandet gjennomfører et mastergradsprosjekt der vi undersøker effekten av å utdanne kursholdere i TID-modellen. Vi gjennomfører derfor en spørreundersøkelse blant de som har deltatt i TID kursholderkurs. Dette er den første spørreundersøkelsen etter kursholderkurset. Spørreundersøkelsen vil bli gjentatt en gang etter ca 6 mnd. Det vil ta ca. 15-20 min. å svare på undersøkelsen.

Det er frivillig å besvare undersøkelsen, men dine svar er viktig for forskningen.

Ved å svare på undersøkelsen, samtykker du til deltagelse.

Dataene vi samler inn, leveres aidentifisert til prosjektet. Det vil si at du som enkeltperson ikke vil kunne identifiseres i materialet etter at prosjektet er gjennomført. Selv om du ikke har rukket å gjennomføre basiskurs, ønsker vi at du svarer på det du kan.

Hvis du velger å avbryte/utsette undersøkelsen underveis kan du lagre skjemaet ved å trykke "save as" på skjemaet, for deretter å hente det opp igjen fra eget lagringsområdet. Trykk "send PDF" når du er ferdig med å besvare undersøkelsen.

Ansvarlig for mastergradsprosjektet:  
Anette Væringstad, spesialsykepleier  
Bjørn Lichtwarck, spesiallege/forsker

4097208101

**Personalia:**

- 1.1 Alder  Under 30  
 30-59  
 60 eller over
- 1.2 Kjønn:  Kvinne  Mann
- 1.3 Fylke:
- 
- 1.4 Utdannelse:  Sykepleier  
 Ergoterapeut  
 Vernepleier  
 Helsefagarb./omsorgsarb./hjelpepl.  
 Lege  
 Psykolog  
 Ingen helse eller omsorgsfagutdanning  
 Annet
- 1.5 Videreutdanning utover 3-årig  
høgskole/universitetsutdanning innen helse -og omsorgsfag  Ja  Nei
- 1.6 Antall års arbeidserfaring innen helse -og omsorg  Mindre enn 1 år  
 1-5 år  
 6-10 år  
 Mer enn 10 år
- 1.7 Stillingstype  Lederstilling  
 Demenskoordinator  
 Fagutviklingsstilling  
 Deltaker i hukommelsesteam/demensteam  
 Sykehjemslege  
 Sykepleier/spesialutdannet sykepleier
- Annet, spesifiser:
- 1.8 Stillingsstørrelse, i stillingen som oppgis i forutgående spørsmål  76-100%  
 51-75  
 26-50  
 25% eller mindre

7718208104

1.9 Type avdelingen/institusjon som du er ansatt ved.

- Enhet/avdeling i sykehjem tilrettelagt for personer med demens
- Vanlig somatisk enhet/avdeling i sykehjem
- Hjemmetjeneste (omfatter også bemannet eller ubemannet omsorgsbolig)
- Alderspsykiatrisk avdeling i sykehus
- Annen psykiatrisk avdeling i sykehus
- Annen institusjon/avdeling.....

2. Kursholderkurset

2.1 Dato for gjennomført kursholderkurs i TID

 .  . 

2.2 Vurdering av kursholderkurset

2.2.1 Innholdet i kurset var relevant

- Svært uenig
- Uenig til en viss grad
- Verken enig eller uenig
- Enig til en viss grad
- Svært enig

2.2.2 Forventet læringseffekt innfridd

- Svært uenig
- Uenig til en viss grad
- Verken enig eller uenig
- Enig til en viss grad
- Svært enig

2.2.3 Kurset ga tilstrekkelig opplæring for å gjennomføre basiskurs

- Svært uenig
- Uenig til en viss grad
- Verken enig eller uenig
- Enig til en viss grad
- Svært enig

1583208108

### 3. Avholdt basiskurs i TID

3.1 Har du arrangert TID basiskurs siden kursholderkurset (siden forrige spørreskjema dersom dette er ditt spørreskjema nr 2) Ja  Nei

--	--

3.2 Hvis ja, Hvor mange basiskurs har du arrangert (om du har arrangert kurset flere ganger på en avdeling ved å dele opp personalgruppa regnes dette som ett kurs)

Hvis nei, gå videre til spørsmål 3.3

3.2.1 Dato for første gjennomførte kurs

		.			.				
dag			mnd			år			

3.2.2 Hvilke type avdelinger/institusjoner er/var representert (flere valg mulig)

- Enhet/avdeling i sykehjem tilrettelagt for personer med demens
- Vanlig/somatisk enhet i sykehjem
- Hjemmetjeneste (omfatter og bemannet eller ubemannet omsorgsbolig)
- Alderspsykiatrisk avdeling i sykehus
- Annen psykiatrisk avdeling i sykehus
- Annen institusjon

3.2.3 Hvor mange deltok på basiskursene tilsammen?

--	--	--

3.2.4 Hvor mange av de fast ansatte og faste vikarer på avdelingen(ene) deltar/deltok ikke på basiskursene. (Summer for alle basiskursene)

--	--	--

3.2.5 Hvor mange avdelingsledere har deltatt på basiskursene tilsammen?

--	--	--

3.2.6 Hvor mange sykehjemsleger/leger har deltatt på basiskursene tilsammen?

--	--	--

9158208104

- 3.3 Hvis nei, dvs at du ikke har avholdt basiskurs; hva er grunnen(e) til det? (flere grunner kan velges)
- 3.3.1  Jeg har ikke hatt tid
- 3.3.2  Manglende interesse fra ledelse
- 3.3.3  Manglende interesse fra personalet
- 3.3.4  Ikke økonomi til gjennomføring av basiskurs
- 3.3.5  Usikker på egen kompetanse til å gjennomføre kurs
- 3.3.6  Utilstrekkelig støtte fra kursledelsen (kursholderkurset)
- 3.3.7  Har skiftet stilling
- 3.3.8  Jeg har planlagt kurs m/fastsatt dato

#### 4. Implementering i avdeling/institusjon

Hvis du ikke har avholdt basiskurs hittil, avslutter du spørreundersøkelsen her.

- 4.1 Hvor mange avdelinger/institusjoner har tatt i bruk TID etter basiskursene?

--	--	--	--

Dersom ingen har tatt i bruk TID, og går videre til spørsmål 4.3

- 4.2.1 Hvor mange refleksjonsmøter har avdelingene/institusjonene gjennomført tilsammen hittil?
- 4.2.2 Hvor mange TID- refleksjonsmøter har du deltatt på tilsammen i avdelingene/institusjonene?
- 4.2.3 Hvor mange avdelinger/institusjoner har satt opp faste TID-refleksjonsmøter?
- 4.2.4 Hvor mange avdelinger/institusjoner gjennomfører TID-refleksjonsmøter kun ved behov?
- 4.2.5 Hvor mange avdelinger/institusjoner har utpekt TID-administrator på avdelingene/institusjonene?
- 4.2.6 I hvilken utstrekning (grad) gjennomføres 1.fase i TID (kartleggings - utredningsfasen). Med utstrekning menes en kombinasjon av både hvor ofte fasen gjennomføres og hvor mange av de ulike delene av fasen som utføres

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

- Svært liten utstrekning eller aldri
- I liten utstrekning
- I en viss utstrekning
- I stor utstrekning
- I meget stor utstrekning eller alltid

9062208108

4.2.7 Hvor ofte evalueres tiltakene for den enkelte pasient (3. fase i TID)?

- Svært liten utstrekning eller aldri
- I liten utstrekning
- I en viss utstrekning
- I stor utstrekning
- I meget stor utstrekning eller alltid

4.2.8 Hvor mange avdelinger/institusjoner bruker **fortsatt** TID-modellen?

--	--	--

4.3 For de avdelingene/institusjonene hvor TID **ikke** er tatt i bruk, hva mener du er årsaken? (flere årsaker kan velges)

- 4.3.1  Manglende økonomiske ressurser i avdelingen/institusjonen
- 4.3.2  Manglende interesse fra ledelsen
- 4.3.3  Manglende interesse fra personalet
- 4.3.4  Opplæring (basiskurs) er ikke tilstrekkelig
- 4.3.5  Manglende oppfølging av avdelingen/institusjonen etter basiskurset
- 4.3.6  Det er ikke behov for denne type modeller i avdelingen/institusjonen
- 4.3.7  Andre årsaker

--