

Fakultet for Helse- og sosialvitenskap

Stig Ekeberg

Masteroppgave i psykisk helsearbeid

«Fra prosjekt til praksis»

En kvalitativ studie om VR basert simulering som
som opplæringsmetode, for helsepersonell i
møte med vold og trusler

«Project to practice” - A qualitative study on VR simulation as an approach to learning
for healthcare workers, in encounter with violence and threats

antall ord: 7878

4PM791

2021

Forord

Masteroppgaven inneholder rammeberetning med utdypning av studien som har blitt gjennomført. Det er utarbeidet en artikkel som følger imrad standard og forfatterinstruks gjeldende for *Tidsskrift for velferdsforskning*. Forfatterinstruks er lagt ved som vedlegg. Oppsett for rammeberetning har apa 7 standard og har videre fulgt beskrivelse i *håndbok for masteroppgave 2021*. Artikkel er lagt ved og ført inn i innholdsfortegnelsen som er presentert i rammeberetningen.

Jeg ønsker å takke deltakerne fra Mun-light prosjektet som har tilført viktig og god informasjon til denne studien. En stor takk til Ann-Mari Lofthus som har tilført kunnskap og god veiledning. En spesiell takk til min samboer Kjersti Elisabeth som har vist ekstrem tålmodighet i studieperioden og lagt tilrette for gjennomføring. En stor takk til Dere alle.

Mai – 2021

Stig Ekeberg

Innhold

Rammeberetning

Innhold	3
Sammendrag	5
Abstract	6
1. Rammeberetning	7
1.1 <i>Bakgrunn</i>	7
1.2 <i>Innledning</i>	7
2. Teori	9
3. Metode	13
3.1 <i>Forforståelse</i>	13
3.2 <i>Vitenskapelig ståsted</i>	14
3.3 <i>Metode</i>	15
3.4 <i>Utvalg</i>	16
3.5 <i>Intervjuprosess</i>	17
3.6 <i>Transkribering</i>	18
3.7 <i>Analyse</i>	19
3.8 <i>Etikk</i>	21
4. Resultat	22
5. Diskusjon	26
5.1 <i>Metodediskusjon</i>	29
6. Konklusjon	32
7. Litteraturliste	33
8. Artikkel	37
9. Vedlegg	63

9.1	<i>Forfatterveiledning</i>	63
9.2	<i>Informasjonsskriv</i>	67
9.3	<i>Intervjuguide styringsgruppe</i>	70
9.4	<i>Intervjuguide testgruppe</i>	72
9.5	<i>Godkjenning NSD</i>	74

Sammendrag

Denne studien tar utgangspunkt i et prosjekt kalt Mun-light, som hadde formål om å benytte VR basert simulering som opplæringsmetode, for helsepersonell i møte med vold og trusler. Målsettingen med studien var å undersøke viktig faktorer for utvikling og planlegging av denne type opplæring. Samtidig var det viktig å se nærmere på viktig innhold og rammeverk for læring. Det var også sentralt å undersøke helsepersonells erfaring med bruk av VR basert simulering, som kompetansehevende tiltak. Oppgaven benytter kvalitativ metode hvor det er utført 2 fokusgruppeintervjuer, av *Styringsgruppe* og *Testgruppe*. Det er benyttet tematisk analyse som verktøy i den analytiske fasen. Studiens problemstilling er:

Hvordan kan VR-basert simulering være en funksjonell tilnærming for læring, og hvordan oppleves denne læringsmetoden for helsepersonell i møte med vold og trusler?

Resultatene viser at troverdig og praksisnært materialet er viktig elementer i scenario som blir presentert i VR brillen. Det pedagogiske rammeverket er fremtredende og er inspirert fra tradisjonell simulering. Brukererfaringene viser at VR basert simulering, kan være med å skape tryggere helsepersonell, blant annet ved eksponering av relevante og troverdige situasjoner. Studien viser at denne type VR basert simulering, kan øke kompetanse på vurdering av kroppsspråk, overblikk og ikke minst håndtere egne følelser i krevende situasjoner.

Abstract

This study is based on a project called Mun-light. The purpose of Mun-light was to examine the use for VR simulation, as a training method for health professionals' encounter with violence and threats. The goal of this study was to investigate important factors like, development and planning of this type of training, and look at important content and frameworks for learning. It was also important to examine health professionals' experience with the use of VR simulation, as competence-enhancing learning. The thesis uses a qualitative method, where 2 focus group interviews have been conducted. Thematic analysis has been used as a tool in the analytical phase. The research question for this study is as follows:

How can VR simulation be a functional approach to learning, and how is this learning method experienced for health professionals' encounter with violence and threats?

The results show that credible and material close to practice is an important element in the scenario that is presented in VR. The pedagogical framework is prominent and is inspired by traditional simulation. User Experience shows that VR-based simulation can help create safer health personnel, by exposing them for relevant and credible situations. The study shows that simulation using VR, can increase the competence in assessing body language, overview and dealing with own emotions in demanding situations.

1. Rammeberetning

1.1 Bakgrunn

Denne masteroppgaven bygger på funn fra et pilotprosjekt ved navn Mun-light. Her var formålet å se på bruk av VR som et opplæringsverktøy knyttet til helsepersonell og møte med vold og trusler. Pilotprosjektet var rettet ut mot en kommune og skulle se på funksjonalitet og effekt av VR som en del av en opplæringsform knyttet til vold og trusler. Rammeverket knyttet til opplæringen var direkte linket til medisinsk simulering og skulle sikre en allerede godt innarbeidet simuleringmodell.

1.2 Innledning

I denne masteroppgaven har jeg tatt utgangspunkt i et prosjekt hvor VR ble utarbeidet som opplæringsmiddel for helsepersonell i møte med vold og trusler.

Prosjektet var å anse som et pilotprosjekt og skulle se nærmere på bruk av VR som en del av en opplæringsmetode. Mun-light, som betyr *municipal action leading the way towards immersive game based healthcare training*. Mun-light var et samarbeidsprosjekt mellom sykehuset Innlandet, Stange kommune, firmaet Making View, Høgskolen i innlandet samt Universitetet i Oslo. Målsettingen med prosjektet var å så se på alternative og funksjonelle metoder for opplæring av ansatte som arbeider med mennesker, som i krise kan fremvise truende atferd ovenfor helsepersonell.

Prosjektet ønsket å jobbe videre med prinsipper fra medisinsk simulering og benytte VR briller som en del av eksponeringen av scenario til den enkelte helsearbeider. Prosjektet hadde som formål å se nærmere på ansatte i helsesektorens møte med utfordrende atferd, blant annet innenfor kommunal sektor. I dette møtet med mennesker i krise, ligger et sterkt behov for helsepersonell som er trygge og godt forberedt (Lillevik og Øien, 2014, s.73). Innlæring av essensielle ferdigheter i møte med mennesker i krise, er en sentral del for å kunne sikre trygge rammer og ivaretagelse. Dette medfører at helsepersonell trenger god og funksjonell opplæring for sikre nettopp dette.

I de senere årene har fokus på forebyggende tiltak vært sentralt, nettopp for preventivt jobbe for at antall konflikter skal reduseres (Bråten og Falkum, 2019, s18). Forebyggende arbeid er også et satsningsområde gitt fra Helsedirektoratet, som i 2017 utga en rapport om vold mot helsepersonell og medpasienter. Her har blant annet medisinsk simuleringstrening vært fremtreden. Dette er et scenariobasert opplæringsverktøy som setter helsepersonell direkte inn i reelle situasjoner i trygge omgivelser. Mun-light-prosjektet blir sett på som et tilskudd til dette. Her var ønsket å utprøve simulering ved å benytte VR briller som en del av eksponeringen av scenario til den enkelte helsearbeider. Det finnes lite forskning på VR som opplæringsmåte i møte med vold og trusler. I denne studien var det viktig å fokusere både på relevant innhold i opplæringen og brukererfaringen til helsepersonell som har testet denne metoden ut. Derfor er følgende problemstilling valgt:

Hvordan kan VR-basert simulering være en funksjonell tilnærming for læring, og hvordan oppleves denne læringsmetoden for helsepersonell i møte med vold og trusler?

2. Teori

VR som teknologi

Virtual Reality (VR) som teknologi har vært tilgjengelig i mange år, og ideen om VR-teknologien kan spores 50 år tilbake (Berg og Vance, 2017, s.2). Det tok allikevel noen år før selve teknologien kunne tas i bruk kommersielt sett. Berg og Vance (2017, s.2) skriver at fra 1990-tallet begynte flere aktører å ta i bruk denne type teknologi, herunder NASA, Boeing og flere universiteter i USA. Det legges til at dette var å anse som helt omsluttende sånn som teknologien vi ser i dag.

VR som vi kjenner det i dag, blir forklart som:

«Ulike teknologier som gjennom digitalt skapte sanseinntrykk gir deg en følelse av å være et annet sted» (Helland, 2018, s.19).

Dette omfatter 360-video og animert digitalt innhold, som blir presentert gjennom VR briller med tilhørende lyd (Helland, 2018, s.19). Det beskrives videre at 360-video gir brukeren mulighet til selv å velge synsretning. Effekten av teknologien og innholdet kan gi brukeren en følelse av tilstedeværelse, som i internasjonal forskning blir omtalt som *presence* (Makinen et al. 2020, s.2). En annen terminologi som blir benyttet til erfaring av VR er *immersed* eller *immersive*, som omhandler teknologiens evne til å omslutte brukeren (Helland, 2018, s.22). Makinen et al. (2020, s.10), skriver at gjennom bruk av head mounted display (HMD), gir dette en økt omsluttende effekt som igjen gir følelse av tilstedeværelse. HMD. er det vi på norsk kjenner som VR-briller (Helland, 2018, s.148).

Vold og trusler

Vold og trusler om vold, er en stadig økende faktor innenfor helsefaglig arbeid. Kartlegginger innhentet og publisert i Helsedirektoratet, (2017, s.7) viser at 203 000 arbeidstakere har blitt utsatt for vold eller trusler om vold knyttet til arbeid i løpet av et år. Sammenlignet med EU ligger Norge over gjennomsnittet og helsefaglige grupper som vernepleiere og sykepleiere, har høy score knyttet til opplevd vold og trusler (Bråten og Falkum, 2019, s.13). En studie gjort i USA, viste at 69 % av alle ikke dødelige tilfeller av vold og trusler i arbeidsrelaterte situasjoner, var knyttet til helsefaglige yrker (Odes et. al, 2020, s. 27). Samme studie viste også at hovedvekt av disse tilfellene, det vil si 7,5 pr. 100 fulltidsansatte, var innenfor rusrelaterte - og psykiatriske helsetilbud (Odes et. al. 2020, s.27). Tall fra Norge viser at 40,8 % innenfor vernepleieryrke og 27,3 % innenfor sykepleieryrket har rapportert om vold og trusler i arbeidsrelaterte situasjoner (Bråten og Falkum, 2019, s.13).

Det er ulike definisjoner av begrepet vold og trusler. Jeg har valgt Arbeidstilsynets definisjon som sier følgende om Vold og trusler:

«Vold og trusler» er hendelser hvor arbeidstakere blir fysisk eller verbalt angrepet i situasjoner som har forbindelse med deres arbeid, og som innebærer en åpenlys eller antydning trussel mot deres sikkerhet, helse eller velvære
(<https://www.arbeidstilsynet.no/tema/vold-og-trusler> ,3.avsnitt).

Arbeidstilsynet definerer videre trusler og vold som følgende:

«Trusler» er verbale angrep eller handlinger som tar sikte på å skade eller skremme en person.

«Vold» er enhver handling som har til hensikt å føre til fysisk eller psykisk skade på person. Det inkluderer også hendelser der den som skader en annen person ikke er klar over eller vurderer konsekvensene av handlingen sin – for eksempel på grunn av rus, psykisk/somatisk sykdom, mental og emosjonell tilstand eller liknende. «Til hensikt» i denne definisjonen er brukt for å skille handlingen fra rene uhell som også

kan føre til liknende skader (<https://www.arbeidstilsynet.no/tema/vold-og-trusler>, 3. avsnitt).

Arbeidstilsynets definisjon blir forstått som klare føringer for hva som er gjeldene for begrepene vold og trusler. Personer som ikke er klar over konsekvensene av sine handlinger på bakgrunn av psykiatri- eller rusrelaterte utfordringer er også inkludert.

Vold og trusler går historisk sett langt tilbake i tid, beskrivelser som fysisk tvang, overgrep og vold forekom hyppig innenfor pasientbehandling helt til nyere tid (Hanssen, 1999, s.12). Aggresjon ble møtt med slag, pisk og andre voldsrelaterte former. Det *forebyggende* arbeidet besto av fastlenking og binding over lengre tid. Frem til 1990 tallet var rekruttering av styrke fremtredende fremfor noe annet. Personer ble ansatt ut fra styrke og størrelse, for å være i basketak med pasientene (Hanssen 1999, s.12-13).

Tilnærming til utfordrende atferd har vært i gradvis endring frem til nå, dette kan ha ulike årsaker. Arbeidstilsynet (2017) beskriver arbeid innenfor rus og psykiatrifeltet som en risikofaktor for å bli utsatt for vold og trusler. Betegnelsen psykiatri har vært i gradvis endring og psykisk helsearbeid har overtatt beskrivelsen av fagfeltet med viktig tilføring (Bøe og Thomassen, 2013, s.13). Tidligere ble behandlingsformer gjennomført kun på bakgrunn av fagfolks vurderinger (Karlsson og Borg, 2013, s. 23) og pasienter, klient eller bruker har blitt tilsidesatt i vurderinger hva angår riktig og god behandlingsmetodikk. Psykisk helsearbeid bringer brukerperspektivet inn i både fag- og praksisutviklingen (Bøe og Thomassen, 2013, s.16).

Psykisk helsearbeid blir ifølge Eriksson og Hummelvoll, 2015, s.13 definert som:

«Psykisk helsearbeid innebærer å bistå mennesker med ulike psykiske problemer og lidelser, og/eller særlige behov, til å oppleve mening og mestring i sin hverdagsvirkelighet. Dette innebærer at den psykiske helsearbeideren, sammen med personen, arbeider for å skape, utvikle, forandre og bevare livsstrategier for og i ulike samfunnskontekster og stadier i livet.» (Eriksson og Hummelvoll, 2015, s.13)

Definisjonen blir forstått som et klart løft fra hva som blir beskrevet innledningsvis. Her vil fokus på pasientens autonomi og mestring være sentralt. Jeg forstår det også slik at

mennesker med ulike psykiske lidelser skal bli møtt av trygt helsepersonell, som evner å ivareta og arbeide for livsstrategier i ulike stadier i livet.

Møte med vold og trusler, krever at helsepersonell er ivaretatt med teoretisk og praktisk opplæring (Bråten og Falkum, 2019, s.17). I krevende situasjoner er det viktig med ansatte som har trygghet og kompetanse til å handle, noe som krever kompetansehevende tiltak på flere områder, blant annet praktisk trening og forebyggende tiltak (Lillevik og Øien, 2014, s.48). Det forebyggende arbeidet handler om flere faktorer. Lillevik og Øien (2014, s.48) beskriver det miljøterapeutiske arbeidet som sentralt for å sette seg inn i brukerens behov, som igjen kan være aggresjonsforebyggende. Dette er også i tråd med definisjonen av psykisk helsearbeid utformet av Eriksson og Hummelvoll (2015, s.13). Et kompetansehevende tiltak som både har en teoretisk og praktisk forankring, er simulering. Simulering blir av Helsedirektoratet, (2017), sett på som et viktig satsningsområde for å forebygge vold og trusler.

Svamo et. al. (2018, s.6) skriver at simulering kan sees på som erfaringslæring hvor man deltar i simulering og reflekterer og engasjerer seg i nye tilegnede erfaringer. Selve simuleringen blir styrt av en trent fasilitator og foregår i 3 faser: Prebrief, gjennomføring og debrief/analysedel, dette danner rammeverket for simulering (Moldal, 2016, s.47). Simulering blir sett på som et viktig tilskudd til helsefaglig opplæring og tilfører mulighet til eksponering av utfordrende situasjoner med lav risiko med tanke på sikkerhet. Dette er med på å gi studenter eller helsepersonell selvtillit og trygghet i trygge omgivelser (Brown, 2008, s.639). Innenfor simulering som forebyggende tiltak mot vold og trusler, blir kommunikasjonstrening sett på som viktig, samtidig blir fokus på konkrete tiltak i møte med aggresjon trukket frem (Bråten og Falkum, 2019, s.185). Det vektlegges også at det innenfor simuleringstrening, fokuseres på tidligtegn, både på stress og atferdsendring (Bråten og Falkum, 2019, s.185).

3. Metode

3.1 Forforståelse

Enkelte opplevelser har evne til å bevege seg forover eller bakover i minnet, noe husker du godt mens andre minner er mer vage og uklare. Min opplevelse strekker seg flere hundre meter opp i været, over Sognefjorden. Det er blå himmel, men det skimtes noen skyer som lager skjær i den eller så fine blåfargen. Under meg kan jeg se hurtigruta, som lager en lang strek i det stille vannet. Jeg ser fjellene omkransende fjorden langt der nede. Den vakre utsikten fra luftballongen blir brått glemt, da en stemme kommanderer meg til å snu meg rundt. Ut fra luftballongen går det en planke, beskjeden er tydelig, gå ut på planken!

Jeg balanserer sakte ut på planken, pulsen begynner å øke og jeg begynner å tvile på min balanseevne, jeg kompenserer med å bruke armene. Etter hvert som jeg beveger meg ut på planken kjenner jeg at høyden begynner å skremme meg, det blir ikke bedre av at noen i det fjerne utfordrer meg til å hoppe fra planken, langt over Sognefjorden. Jeg veier mine skritt rolig. Jeg kjenner at knærne skjelver litt, noe som igjen påvirker balansen. Jeg er fast bestemt på hoppe ut, men alt i kroppen skriker mot å gjøre det. På enden av planken står jeg rolig noen sekunder, før jeg tar det første steget utenfor. Jeg skvetter når foten min treffer et solid underlag, bare 2 cm under planken. Dette solide underlaget var golvet i lokalene til et firma som spesialiserer seg på VR. Der sto jeg midt i rommet med en VR brille på, omringet av mennesker som nettopp hadde vært med på det samme.

Bakgrunnen for at jeg ønsker å dele nettopp denne erfaring med bruk av VR, handler om hvordan du i mange tilfeller må prøve noe, for å kunne forstå dens potensielle styrke. Jeg forsto den gang at dette var noe som kunne benyttes til så mangt, jeg var der med fokus på VR opp mot opplæring av helsepersonell og ble fanget med dette første møtet med «planken». Min rolle i Mun-light prosjektet var som representant for kommune, og var med å utarbeide blant annet scenario som senere ble til selve filmen presentert i VR brillen.

Jeg er utdannet Vernepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid, og har arbeidet i kommunale helsetjenester siden før 2000. Jeg har i tillegg arbeidet på akutt avdeling for Rus samt akuttavdeling for barn og unge. Felles for min arbeidserfaring er at jeg har møtt mennesker med store utfordringer som i krise kan fremvise en atferd som kan være både

truende og potensielt voldelig. Fokus på tilrettelegging og kompetansehevende tiltak har vært i fokus, men ofte har dette vært teknikkbasert i form av konflikthåndtering. Min erfaring er at i de senere årene har vært økende fokus på tidligtegn hos pasienter. Simuleringstrening har her fremmet en ny og spennende måte å drive helsefaglig simulering og kompetanseheving på. Det er i kjølvannet av medisinsk simulering at VR basert simulering har kommet på banen som et supplement til en allerede godt innkjørt opplæringsmetodikk.

Det er her min reise inn i forskning starter, hva må egentlig til for at VR skal fungere som et opplæringsverktøy og enda mer spesifikt, hva skal til for at dette skal fungere som et godt verktøy for helsepersonell i møte med vold og trusler i arbeid.

Forforståelse handler om hva vi har med oss av kunnskap og erfaringer, inn i forskningsprosessen (Malterud, 2017, s.44). Forforståelsen kan være nyttig i forskning, men samtidig kan den være hemmende gjennom at vi har skylapper, som gjør at vi overser viktig informasjon fra empirien (Malterud, 2017, s.45). Thornquist, (2018, s.230) skriver at gjennom å øke vår forståelse kan dette også igjen påvirke vår forforståelse.

3.2 Vitenskapelig ståsted

Kvalitativ forskning sees også på som en induktiv fremgangsmåte som omhandler en eksplorativ tilnærming drevet av empiri (Tjora, 2012, s.26). Eksplorativ, eller utforskende tilnærming, handler om å se på hendelsesforløp samt å knytte fenomener sammen (Olsson og Sørensen, 2003, s.33). Dette kjennetegnes ofte av at man beveger seg inn på nye områder og ser dette opp mot problemstillingen. Det fenomenologiske aspektet handler om å utforske og beskrive menneskers forståelse av et fenomen (Johannessen et. al. 2010, s.82). Det er viktig at forskeren søker meningen som blir uttrykt av en gruppe mennesker knyttet til et fenomen, innenfor rammene som meningen skapes (Johannessen et. al. 2010, s.83). I denne studien var det viktig å hente ut og å forstå kunnskapen som ble formidlet av deltakerne. Kunnskapen som ble delt av de to ulike gruppene brakte viktig kunnskap som var relatert til både utvikling og erfaring ved bruk av VR teknologi. Deltakernes erfaringsbaserte kunnskap om innhold, utvikling og læringspotensialet var viktige faktorer og med min forforståelse

tilstrebet jeg meg å forstå livsverdene til deltakerne i studien. For best å fange mening skapt i riktig kontekst, forholdt studiens analytiske del seg til transkripsjonene fra intervjuet.

Studien bygger på søken etter opplevelser, erfaringer og meninger gitt av deltakerne i studien. En del av epistemologien handler om sannhet og objektivitet (Johannessen et. al. 2010, s.55). Informasjonen i form av opplevelser, erfaringer og meninger, har i denne studien blitt sett opp mot eksisterende litteratur for bedre å kunne finne samsvar og se på likheter og forskjeller på informasjonen som har kommet fra deltakerne. Johannessen et. al. (2010, s.55), beskriver dette som å hente ut «sann kunnskap». Ontologi blir i følge Malterud, (2011, s.27) ofte sett i sammenheng med epistemologien og handler om vår oppfattelse av blant annet virkelighet. Her vil min forforståelse og kunnskap om tema innenfor studien, være viktig for å kunne frembringe «sann kunnskap» av deltakernes informasjon.

3.3 Metode

Oppgaven har et kvalitativt design med formål om å fange den enkeltes livsverden knyttet til valgte problemstilling. Kvalitativ forskning omhandler ulike forskningsmetoder som gir utfyllende og beskrivende datamaterialet (Olsson og Sørensen, 2003, s.68). Både kvalitativ og kvantitativ forskning står sentralt innenfor samfunnsforskning, men det er allikevel stor forskjell mellom de to forskningsmetodene (Tjora, 2012, s.18). Nærhet og fokus på forståelse står sentral. Tjora, (2012, s.18) skriver at det er en forskningsmetode som kommer tett på informantene og at dette er noe skaper spenning og intensitet. Det er informantenes opplevelse og meninger rundt gitte temaer som står sentralt.

For å innhente så best mulig informasjon knyttet til emnet, var det viktig å velge en intervjuform som passet godt til et eksplorativt design (Kvale og Brinkmann, 2015, s.141). Det ble her valgt fokusgruppeintervju som omhandler å samle flere relevante informanter som kan belyse tema ut fra kompetanse og teoretisk innsyn (Tjora, 2012, s.122-123). Her er det gruppedynamikken som styrer, noe som generer svar ut fra gitte temaer (ibid). Det er ikke en målsetting at gruppen skal komme til enighet, men snarere drøfte de ulike temaene seg imellom (Kvale og Brinkmann, 2015, s.179).

En bakgrunn for valg av fokusgruppeintervju var nettopp at gruppen er mer styrende hva angår innhold, noe som kan skape en spontanitet ut fra gruppesamtalen. Jeg var selv med i prosjektet som informantene er rekruttert fra, så det var naturlig å unngå individuelle intervjuer, da det kunne vært større sjanse for påvirkning hva angår svar. Gjennom et fokusgruppeintervju så er det mer gruppen som styrer samtalen, noe som muliggjorde at jeg kunne være mer tilbaketrasket.

3.4 Utvalg

Rekrutering av informanter ble gjort strategisk, det vil si at det var et strategisk utvalg av informanter, direkte knyttet til rollen i prosjektet. Strategisk utvalg handler om å søke informanter man mener kan belyse problemstilling på best mulig måte (Malterud, 2017, s.58). Disse tenkte datakildene, altså informantene, vurderes da ut fra kunnskap knyttet til aktuelle fagfeltet (ibid). En annen viktig faktor som det vises til er å finne det beste materialet som igjen kan føre til ny kunnskap gjennom fortolkning og nye funn (Malterud, 2017, s.58).

For å kunne finne et utvalg som best kunne bygge opp under en intern validitet, ble det gjennomført et møte med prosjektansvarlig for å avklare nøkkelpersoner fra prosjektet. Det ble videre strategisk plukket ut personer som kunne dekke hele fagfeltet for prosjektet. Gjennom prosjektet var det en styringsgruppe, samt en testgruppe. Det var også flere fra styringsgruppen som utgjorde en arbeidsgruppe.

Det ble valgt å gjennomføre to fokusgruppeintervjuer, ett med informanter knyttet til styringsgruppe og et fokusgruppeintervju med informanter fra testgruppe. Fra styringsgruppe ble det rekruttert 6 av totalt 9 personer som alle ble valgt ut fra funksjon og representerte alle samarbeidene parter fra prosjektet, kommune, akademia, teknologi og ledelse. Fra testgruppen ble 4 av totalt 6 rekruttert. Testgruppen hadde som funksjon å teste ut materialet som ble utviklet gjennom prosjektet. Personene som deltok i den opprinnelige testgruppen var alle helsepersonell, med erfaring fra arbeid med mennesker med utfordrende atferd. Alle informantene ble kontaktet pr epost med hvor de ble gitt informasjon om bakgrunn og formål med oppgaven, dette ble gitt i form av et informasjonsskriv. Det ble i dette skrivet gitt

utfyllende informasjon om blant annet rettigheter som informantene hadde når de deltok i intervjuprosessen. Det var også lagt ved en samtykkeerklæring.

3.5 Intervjuprosess

Datainnsamlingen ble gjennomført som et fokusgruppeintervju. Ifølge Tjora, (2012, s.122) handler fokusgruppeintervju om at en gruppe informanter samles for å drøfte ulike temaer som er relevant for forskningen. Det nevnes også at dette kan være tryggere form for intervju kontra individuelle intervjuer. Denne type forskningsmetode går tilbake til 1920 tallet hvor det ble benyttet for å kvalitetssikring knyttet til surveyundersøkelser (Tjora, 2017, s.123). Fokusgruppeintervjuer omtales også til å ha en aktiviserende effekt, som kan føre til nye tanker og refleksjoner knyttet til presenterte tema (Tjora, 2017, s.123).

Selve fokusgruppen bygges opp av 6 – 10 personer inkludert en moderator. Det kjennetegnes videre av at det er en ikke-styrende intervjuetil hvor tema presenteres. Det er ikke et mål at gruppen skal komme til noe enighet, men snarer drøfte de ulike temaene og spørsmålene sammen (Kvale og Brinkmann, 2015, s.179). Fokusgruppeintervju anses som funksjonelt opp mot eksplorative undersøkelser, slik som denne oppgaven er.

Det var i forkant av intervjuene utarbeidet en intervjuguide som ble benyttet under intervjuene. Intervjuguiden var strukturert og inndelt i temaer. Det ble utarbeidet to ulike intervjuguides. Bakgrunnen for dette var at gruppene hadde hatt forskjellige funksjoner i prosjektet, det var da viktig å tilpasse intervjuguidene til faktiske oppgaver i prosjektet. Styringsgruppen hadde som formål å utarbeide læringsmateriell knyttet til VR basert simulering, det var her viktig å utarbeide en guide som var tilpasset erfaringen i gruppen. Det samme gjaldt testgruppen, her ble det utarbeidet en tilpasset guide som ønsket å fange opplevelsen av testmaterialet.

Det ble på et tidlig stadium vurdert om intervjuguide skulle deles ut i forkant av fokusgruppeintervjuene. Bakgrunnen for dette var at prosjektet ble gjennomført for 3 år siden, intensjonen var å kunne gi informantene mulighet til forberedelse i forkant av intervjuene. Det ble gjort en avgjørelse om kun å sende ut kort tematikk for intervjuene og

ikke hele intervjuguiden. Dette ble gjort blant annet for å økes sjansen for spontaniteten i svarene.

På grunn av pågående smittesituasjon, ble begge intervjuene gjennomført via Zoom. Veileder deltok som observatør og moderator gjennom begge fokusgruppeintervjuene. Veileder stilte også oppfølgingsspørsmål når dette var nødvendig. Begge intervjuene ble gjennomført i perioden nov. - des. 2020. Første intervju ble gjennomført med styringsgruppen, neste var med testgruppen. Den totale varigheten for begge intervjuene var cirka 100 minutter.

3.6 Transkribering

Intervjuene som ble gjennomført, ble tatt opp via *diktafon app* og knyttet til *nettskjema* på UIO sine sider. Etter intervjuprosessen skal materialet foredles videre fra et talespråk over til et skriftspråk, (Kvale og Brinkmann, 2015, s.206). Dette ble gjort ved at transkriberingen ble gjennomført ved lyd fra intervjuene og direkte skrevet over i et tekstdokument.

Gjennomføringsprosessen var lik for begge intervjuene og alt ble gjennomført av meg som student. Det ble transkribert totalt 31 sider fra begge fokusgruppeintervjuene.

Jeg har valgte å transkribere ordrett fra intervjuene som ble gjort og holdt dette som en mal. Selv om transkripsjon handler om å transformere, har jeg valgt å fokusere på direkte oversettelse uten omforming hva angår språk, dialekt eller pause og latter. Det har ikke blitt gjort fortolkninger i transkriberingen, hovedsakelig for å sikre at alt fra intervjuet blir med, samt å fokusere på reliabilitet altså påliteligheten i transkriberingen.

Malterud, (2017, s.78) skriver at lette justeringer på tekst kan være hensiktsmessig, for å sikre en bedre flyt og fremstilling av tekstmaterialet. Ved dialekter kan det også ved ordrett transkribering, fremstå krenkende ovenfor enkelte deltaker fordi tekstmaterialet kan avvike fra talematerialet. Som nevnt ble ikke slike justeringer gjort, da talematerialet fra intervjuene fremsto som klare. Jeg har allikevel valgt å fokusere på tegnsetting ved bruk av komma og punktum, for å forsøke å gjenskape naturlige pauser og avslutninger gjennom intervjuene.

3.7 Analyse

Tematisk analyse ble benyttet som analysemetode. Denne metoden blir ifølge Johannessen et. al. (2018, s.278) beskrevet som en grunnleggende og studentvennlig analysemetode. Analysemetoden blir også beskrevet av Braun og Clark, (2006, s79). som et verktøy for å identifisere og analysere temaer innenfor kvalitative data. Her blir koder identifisert tidlig i forskningen for så å danne temaer med mønstre av mening (Braun og Clark, 2006, s.89). Tematisk analyse blir ifølge Braun og Clark, (2006, s.87) delt inn i seks faser for analyse. Johannessen et. al. (2018, s.282) har forenklet fasene til fire trinn. Det er i denne studien benyttet disse fire trinnene som guide i analysering av data.

Trinn 1 - *Forberedelse*

Første steg er å bli kjent med materialet som skal analyseres. Denne forberedelsen skaper oversikt over materialet som danner grunnlaget videre i analysefasen. Johannessen et. al. (2018, s.283) Analyseprosessen startet med å lese gjennom transkriberingene nøye. Det ble tidlig notert ned stikkord som fanget interessen. Det er viktig å legge til at gjennom analyseprosessen var det informantenes informasjon som ble bærende, det ble ikke søkt etter dypere mening for de ulike utsagnene. Etter gjennomføring av transkripsjonen, ble datamaterialet lest gjennom flere ganger. Det ble notert noe i margen fra intervjuene og enkelte setninger ble streket under for å utheve innholdet. Ifølge Johannesen et al., (2018, s.284), er det i første trinnet viktig å ikke grave seg ned i materialet, men snarere få et overblikk over type materialet som man innehar. Dette vil være viktig for å fange det interessante og spennende i datamaterialet (Johannesen et al. 2018, s.284).

Trinn 2 - *Koding*

Etter hvert som datamaterialet ble gjennomlest ytterligere, kom det til syne mange utsagn som fremsto interessante. Det er her koding begynner, og man begynner ofte generelt for videre å spisse mot aktuelle problemstilling (Johannesen et al 2018, s.285). Koding handler i følge Johannesen et al, (2018 s.284) om «fremheve og sette ord på viktig poenger i dataene våre». I denne prosessen valgte jeg å markere i tekstmaterialet, for senere å skrive opp viktig sitater, poenger og generell informasjon på Post-it lapper. Alt materialet som ga informasjon

knyttet til problemstilling, ble notert ned på gule lapper. Jeg leste materialet flere ganger underveis for å sikre at relevant informasjon ble silt ut fra datamaterialet.

Trinn 3 - Kategorisering

Ifølge Braun & Clarks, (2006, s.89) tar man her de kodede dataene videre og setter dem sammen i grupper som passer sammen og som har relevans for hverandre. Disse gruppene blir omtalt som temaer og handler om kategorier for de funnene vi har kodet.

Som det kom frem i *trinn 2* ble koder skrevet ned på Post-it lapper Disse ble nå plassert ut over et stor bord og arbeidet med å sette dem sammen i ulike temaer startet. Det ble utarbeidet foreløpige temaer som kodene ble sortert etter. Enkelte koder byttet plass mellom de ulike temaene og noen ble lagt bort i en «diverse» bunke. Det innledningsvis utarbeidet 4 temaer, men dette ble endret til 3 temaer som var direkte linket opp mot problemstilling. Dette medførte at den opprinnelige bunken ble omstrukturert og konkretisert. Johannessen et. al. (2018, s.295) skriver at ved kategorisering innenfor tematisk analyseprosess, er det viktig å bygge temaene fra bunn av, snarer enn å tenke at det foreligger faste plasser

Som nevnt i *trinn 2* var problemstilling sentral. Denne dannet grunnlaget for kategoriseringen og ble etter hvert delt opp i tre temagrupper som kodene ble sortert etter. Kodene ble samlet i egne subgrupper innenfor de tre ulike temaene. Noen koder ble slått sammen for å gå inn i samme subgruppe. Braun & Clark, (2006, s.91) skriver at dette trinnet har gjerne 2 faser, hvor den første fasen primært vil være å gjennomgå kodene for å se om disse har et sammenhengende mønster. Fase 2 handler om å gå gjennom helheten av temaene og de underliggende kodene. Forskningsspørsmålet er her styrende for kategoriseringen. Jeg valgte å dele problemstilling inn i 2 deler som dannet grunnlaget for temaene i analyseprosessen. Sitater ble plassert og komprimert inn under de valgte temaene som videre dannet undertemaer eller subgrupper. Dette ble skjematisk satt opp for å sikre struktur på det analytiske arbeidet.

Trinn 4 - Rapportering

Handler om rapportering av funnene hentet ut fra analyseprosessen. Johannessen et. al. (2018, s.301) skriver at denne delen av prosessen handler om å beskrive funn inn i resultatdelen i oppgaven. Jeg benyttet meg her av temaene som ble utarbeidet i

analyseprosessen og skrev dem inn i resultatdel i artikkelen som ble utarbeidet. Her ble også sitater benyttet som var av relevans til temaene.

3.8 Etikk

Grunnlaget for etiske overveielser gjennom denne studien, tar utgangspunkt i Helsinkideklarasjonen som beskriver klare prinsipper for forskning innenfor helsefag (Olsson og Sørensen, 2013, s.58). For å beskrive de etiske overveielser som er blitt gjort i studien, har jeg benyttet retningslinjer beskrevet av Kvale og Brinkmann, 2015.

Første omhandler informert samtykke knyttet til deltakelse i studien. Her er det sentralt å formidle betydning av deltakelse i studien, formål med studien og frivilligheten knyttet til deltakelsen (Kvale og Brinkmann, 2015, s.104). Alle deltakerne i denne studien fikk tilsendt et informasjonsskriv knyttet til studien. Informasjonsskrivet beskrev formålet med studien og hva det ville si å delta. Frivilligheten ble utdypet og det ble videre informert at man når som helst kan trekke seg. Det ble også informert om planene for publikasjon av artikkel knyttet til studien.

Konfidensialitet blir av Kvale og Brinkmann, (2015, s.300) omtalt som enighet man gjør med deltakerne vedrørende dataen som blir innhentet. Dette kan være anonymisering og en klargjøring rundt tilgjengeligheten til dataene som er innhentet. Deltakerne i studien som ble gjennomført, ble informert om anonymisering samt hvordan dataene ble oppbevart. Studien var på forhånd godkjent av NSD med referansenummer: 779775. Det ble gjort en ettermelding til NSD, dette var informasjon om bruk av Zoom. Personvern i form av lagring og behandling av data ble her beskrevet. Intervjuene ble tatt opp med UIO sin diktafon applikasjon og lagring av intervjuene ble gjort på UIO sin forskningsserver. Denne informasjon ble tildelt deltakerne i nevnte informasjonsskriv.

Konsekvenser eller etiske aspekter som velgjørenhet ble også ivaretatt. Kvale og Brinkmann, (2015, s.301) nevner velgjørenhet som en del av å ikke skade eller sette deltakerne i et dårlig lys. Denne studien ble skrevet i artikkelform, noe som medfører at sitater fra transkripsjonen blir innlemmet. Det ble tilstrebet at sitatene fremsto slik deltakerne hadde formidlet det uten å ta dette ut av kontekst.

4. Resultat

Gjennom studien ble det gjennomført to fokusgruppeintervjuer. Det første intervjuet ble gjort av styringsgruppen, det andre intervjuet var av testgruppen. Begge gruppene var knyttet til Mun-light prosjektet. I resultatkapittelet blir funn presentert gjennom 2 temaer, *Funksjonell tilnærming til læring* og *VR som læringsmetode for helsepersonell*.

Funksjonell tilnærming til læring

Dette temaet er delt inn i to undertemaer, læringsinnhold og læringsmetode. Resultatene fremstilt i dette temaet, er hentet fra fokusgruppeintervjuet av styringsgruppen.

Læringsinnhold

«Verdens beste lærer hver gang du går inn»

Effekten av å kunne ha vellagede og tilpassede opplæringsfilmer i VR, fremheves som svært fruktbart hva angår læring. Her blir man plassert inn i en verden med tilpasset opplæringstilbud som fjerner både dagsform til tradisjonell lærer, samt andre forstyrrende elementer. Erfaringene gjort her beskrives som generaliserbart til andre arenaer som helse, skole eller for eksempel militæret.

«Du har en arena hvor det er mulig å monotaske, den arenaen finnes jo nesten ikke i samfunnet lenger ... vi bombarderes jo hele tida av informasjon»

Deltakerne beskrev effekten av VR som sterk og at det muliggjorde en arena hvor bruker kan være omsluttet eller en del av innholdet som man ønsker å lære bort. Det å kunne gjøre dette alene med lærer, kollega eller student beskrives som et sterkt medium. Det ble i prosjektet valgt standalone VR briller for å gi omsluttende effekten

«det er jo ikke teknologien i seg sjøl som lærer, det er jo en blanding mellom teknologi og veldig mye menneske bak»

Deltakerne forteller at innholdet er svært sentralt. Det var viktig for styringsgruppen å lage noe som var troverdig og gjenkjennbart for den gruppen det skulle presenteres til.

Her var troverdig scenario, lyd og filming viktig. Deltakeren forteller at man gjennom VR basert simulering så er man observatør i scenarioet, så Plassering av kamera for økt troverdighet ble viktig

«Noe av det vi måtte tenke på, og som vi tenkte ganske mye på, det var å plassere kamera troverdig i rommet»

Denne rollen som virtuell observatør, gir en følelse av å være deltager som om man er med i handlingen. Selv om man ikke kan gjøre noe så blir man fanget av det som blir sagt utover selv handlingen.

Læringsmetode

«Men det er til slutt menneskene og hva vi putter inn den brilla som er med å påvirke hva du sitter igjen med»

Deltakerne beskriver troverdighet og gjenkjennbare scenarioer som viktig og fremhever lyd som en sentral del. I tillegg selve rammeverket for læring, direkte inspirert fra medisinsk simulering. Dette inneholder debrief, gjennomføring og en refleksjonsdel. Prosessen blir styrt av en trent fasilitator.

«Du får på en måte en standardisert verdensmester utgave, hver gang du er inne»

Deltakerne i styringsgruppen beskriver også forskjeller på tradisjonell simulering og VR basert simulering. Dette handler primært om scenario og troverdighet. Gjennom VR basert simulering kan man skape optimale scenarioer, mens i tradisjonell simulering er man avhengig av prestasjonene der og da.

«vi kjører alltid simulering i grupper og det kommer vi alltid til å gjøre og det er på grunn av refleksjonsfasen etterpå, det er veldig begrenset refleksjon når du sitt alene, da blir det mer opplevelsen».

Det å gjennomføre læringen i grupper, blir nevnt som viktig. Arbeid i grupper blir beskrevet som essensielt for blant annet refleksjonsfasen i etterkant av at man har sett et scenario i VR brillen.

«Det er ikke prosedyretrening på tekniske ferdigheter som det å finnes programmer på, men dette her er ikke-tekniske ferdigheter som går på alt ifra samhandling, kommunikasjon ... til å se muligheter».

Som en del av læringsmetoden beskriver deltakerne at det ikke nødvendigvis handler om å gjøre noe rett eller galt, men det handler om å kunne se muligheter, også beskrevet som ikke-tekniske ferdigheter.

Opplevelsen av VR som læringsmetode for helsepersonell. (VR og læringsverdi for helsepersonell)

«det er liksom litt annerledes når du får det så nærme, du opplever situasjonen på en helt annen måte.»

Deltakerne i testgruppen beskrev nærhet som en viktig faktor. Følelsen av lyd og bilde ga en nærhet og skapte en følelse av virkelighet, noe som skilte seg fra tradisjonelle opplæringsfilmer. Troverdigheten og det gjenkjennbare i scenarioet bør ligge nært egen arbeidshverdag. Testgruppen forteller at dette øker følelsen av å være der på ekte.

«også er det det med trygghet i situasjoner igjen da! Det smitter jo over, så lenge du er trygg i situasjonen din så er sannsynligheten mindre for det blir utagering enn om du skulle stå der å være livredd og usikker på hva du driver med»

Trygghet blir av testgruppen fremhevet som viktig i møte med vold og trusler. Gjennom eksponering av troverdige scenarioer i en VR brille, kan dette medføre økt trygghet i ekte situasjoner. Samtidig beskriver testgruppen hvordan trygghet kan ha smittende effekt på pasienter.

«Blir litt forberedt på ubehaget som kan komme»

Mengdetrening i møte med vold og trusler blir beskrevet som viktig. Testgruppen forteller at VR basert simulering kan være med å gjøre helsepersonell forberedt på krevende situasjoner. Ved å se etter farlige gjenstander, vurdere kroppsspråk eller trene på overblikk i utfordrende situasjoner kan dette være viktig oppgaver for å øke kompetanse og forberedelsen til helsepersonell.

«debriefingsbiten, den syntes jeg var ålreit. Det å sitte å snakke sammen og høre hva de andre opplevde»

«kan oppleve situasjonen helt totalt forskjellig, så det er jo veldig viktig å få snakka om det».

Testgruppen forteller at refleksjonen i VR basert simulering er viktig. Her kunne gruppen diskutere ulike synspunkter fra scenario og dele erfaringer fra opplevelsen i VR brillen.

«Man blir jo vel aldri vant til å ha kjempesinte mennesker som står å skriker deg opp i ansiktet, men det er noe med har du sette det såpass nærme og trent litt på det så blir det jo lettere».

Det beskrives også at selv om man blir presentert for scenarioet i rolig omgivelser, får man allikevel en reaksjon når man får det så nært i en VR brille. Denne nærheten blir nevnt som en fin måte å lære på. Eksponeringen sammen med en refleksjonsdel i etterkant, blir beskrevet som sentral for læring. Deltakerne beskriver forberedelse som viktig i møte med voldelig og truende atferd.

5. Diskusjon

Målsettingen med studien var å se nærmere på hvordan VR basert simulering kunne være en tilnærming til læring for helsepersonell i møte med vold og trusler. Det ble gjennomført en kvalitativ studie med intervju av to grupper fra prosjektet Mun-light. Funn fra denne studien ga følgende temaer: Funksjonell tilnærming til læring (læringsinnhold og læringsmetode) og opplevelse av VR som læringsmetode for helsepersonell.

Læringsinnhold

Styringsgruppen forteller at innholdet ble diskutert nøye og at dette var viktig for gruppen det skulle presenteres for. Det ble også diskutert effekten som VR bidrar med innenfor læring. Den omsluttende effekten som VR har medfører muligheter til å gå inn i rom hvor man kan ta innover seg inntrykk på en helt annen måte. Wohlgenant, Simons og Stieglitz (2020, s.457) sin definisjon beskriver VR som, oppslukende teknologi som simulerer en omgivelse av direkte tilstedeværelse og hvor man føler seg involvert. Det ble i tillegg valgt tilpassede briller som skulle passe konseptet for læring bedre. Studien viste at det i prosjektet ble valgt ut spesifikke briller som skulle passe denne type opplæring. Det ble valgt en standalone VR brille omtalt som mobile briller (Helland, 2018, s.39-40). Denne type brille passet både økonomisk og opp mot funksjonalitet for Mun-light prosjektet. Fox et al. (2009, s.97), skriver at det finnes ulike måter å fremvise VR materialet på, alt fra mobiltelefoner og datamaskiner til spesiallagde VR briller også omtalt som *head mounted display (HMD)*. Denne type *HMD* omtales som den teknologien som gir en økt neddykket følelse

Selv om teknologi i form av VR gir en svært god effekt, så er man allikevel avhengig av supplerende faktorer for god læringseffekt. Gjennom det man presenterer i brillen det skapes en tilstedeværelse også omtalt som *Presence*. Fox et al. (2009, s.99) viser til at følelsen av tilstedeværelse er sentral for troverdighet og for å skape en neddykket følelse, jo mer realistisk desto mere var følelsen av tilstedeværelse eller *presence* (Fox et al. 2009, s.99).

Styringsgruppen fortalte at det fordrer videre at innholdet er troverdig og av relevans til gruppen det skal vises til. Dette er også noe som Makinen et. al. (2020, s.3) utdyper i sin

beskrivelse av UX – user experience, hvordan følelsen av tilstedeværelse forsterkes gjennom troverdighet og relevans på scenarioene.

Gjennom studien kom det også frem temaer som akademisk læretid. Dette ble ikke med i artikkelen, men er allikevel av relevans for studien. Et aspekt det som ble påpekt i studien var den akademiske læretiden, som er opp mot 100% kontra tradisjonell undervisning. Fox et al. (2006, s.101), skriver at gjennom Virtuelle rom, kan man skape optimale læringsforhold som igjen fører til økt læring. Dette gjenspeiler den informasjonen som kommer frem i studien. I følge Vissgren (2017) ble VR benyttet som akademisk opplæring, og hvor det pektes på faktorer som økt akademisk læretid, samt at forstyrrelser fra andre under læring var fraværende ved bruk av VR briller i opplæring. Dette er også noe som kommer frem i studien, hvor det blir påpekt muligheten til å monotaske, eller være alene med lyd og bilde.

Læringsmetode

Gjennom studien kommer det frem at det pedagogiske rammeverket var inspirert fra medisinsk simulering. Læring gjennom blant annet refleksjon er sentralt innenfor simulering (Østergaard, Dieckmann & Lippert, 2011, s.243) og uten selve refleksjonen vil simuleringstrening være en mindre effektiv læringsmetode (Svamo, 2019, s.13).

Muligheten til å skape praksisnære scenarioer og trene på disse er funksjonelt hva angår simulering (Svamo, 2019, s.27). Denne formen for praksisnært fokus på scenario, var også sentralt i utarbeidelse av scenario til VR basert simulering. Svamo et. al. (2019, s.27), skriver at simuleringstrening kan være med å øke samhandlingskompetanse i møte med utageringssituasjoner. Dette skjer gjennom refleksjon på blant annet handlingsalternativer og er med på å øke kunnskap på individ og gruppenivå.

I likhet med tradisjonell simulering, viste studien at det innenfor VR basert simulering også var fokus på lærings i grupper for å sikre refleksjonsfase i etterkant. Østergaard, Dieckmann & Lippert (2011, s.243), beskrivelse av læringsprosessen knyttet til simulering, omhandler tradisjonell simulering som for eksempel rollespill. Det er ikke beskrevet læringsprosesser direkte til VR basert simulering. Men det vil være å anta at opplevelsen i simuleringen, er det sentrale for den videre læringsprosessen. Brown, (2008, s.638) underbygger dette med at

deltakerne innenfor medisinsk simulering, øke sin kompetanse gjennom både aktiv og passive deltaker.

I tillegg til relevante scenarioer og refleksjon, blir også fasilitatorrollen fremhevet for å sikre læringsutbytte. Fasilitator har som formål å styre gruppen og det påpekes at en god fasilitator er avgjørende for refleksjonsfasen kvalitet (Lilletun, 2017, s.14).

En kritikk til simulering som også kan være gjeldene for VR basert simulering, er faren ved å lære studenter eller helsepersonell å opptre på en bestemt måte, i stedet for å praktisere ekte oppførsel (Brown, 2008, s.639). Det legges til at dette må følges opp og måles. Svamo, (2019, s.16) fant i sin studie ut at simulering ikke må sees på som enkeltsituasjoner, men som kontinuerlig læringsprosess for å sikre implementeringen av kunnskapen som simulering kan gi.

Opplevelsen av VR som læringsmetode for helsepersonell.

Testgruppen formidlet sin erfaring om bruk av VR som opplæringsmetode gjennom studien. Det var i tillegg til kunnskap om etablering av læringsmetode, viktig å høre testgruppen sin opplevelse av materialet som ble presentert for dem.

Nærhet ble av testgruppen formidlet som sentralt innenfor denne læringsformen. Følelsen av å få reelle situasjoner presentert nært, var viktig. Her spilte lyd og bilde en viktig rolle, samtidig presiserte testgruppen at materialet måtte være gjenkjennbart. Det gjenkjennbare skaper en tilstedeværelse som er sentralt innenfor denne type læring. I teorien kommer Presence frem som en beskrivelse av denne tilstedeværelsen (Fox et al. 2009, s.99).

Viktigheten av et troverdig materiale spores også tilbake til tradisjonell simulering hvor scenarioets kvalitet har betydning for læring. Her nevnes det at ved fravær av troverdig scenario, kan dette få negative konsekvenser for refleksjonen i simuleringen Østergaard, Dieckmann & Lippert, 2011, s.243).

Trygghet og stabilitet ble fremhevet som sentralt innenfor møte med vold og trusler.

Testgruppen var klar på at muligheten til å forberede seg på krevende situasjoner var viktig.

Det kom også frem at det kollegiale samarbeidet var viktig. Svamo et al. (2019, s.37) viste til

i sin studie at når helsepersonell blir kjent med hverandres kompetanse, kan dette være med å øke samarbeid og forståelse. Testgruppen nevner spesifikt refleksjonsdelen som viktig for å lære av kollegaenes opplevelser.

Testgruppen belyste flere faktorer som var sentralt for læring i møte med vold og trusler. Mengdetrening av scenariobasert trening ble fremhevet. Muligheten til å trene på overblikk i ulike situasjoner, vurdere kroppsspråk eller se etter farlige gjenstander ble nevnt.

Testgruppen mente at dette kunne gjøre helsepersonell skjerpet og forberedt i reelle hendelser. Bråten og Falkum, (2019, s.141) vektlegger trygghet og stabilitet som viktig i møte med aggressiv atferd, og legger til at helsepersonell som har ro og fremstår trygge i krevende situasjoner, har en dempende effekt.

Studien viste også at måter å takle egen frykt er viktig læring for helsepersonell. Det kom frem at VR basert simulering kunne være en funksjonell tilnærming til dette. Lillevik og Øien, (2014, s.135) skriver at vår væremåte i møte med truende atferd kan være dempende og triggende, det vil derfor være viktig å ha kompetanse på eget toleransenivå og øke kompetanse på dette. Testgruppen forteller hvordan et skjerpet blikk kan gjøre helsepersonell bedre rustet i krevende situasjoner. Dette fordrer gjenkjennbare og gode scenarioer som også er gjeldene innenfor tradisjonell simulering. Marín-Morales et al. (2020, s.4), skriver at gjennom gjenkjennbare scenario presentert med riktig teknologi, kan dette fremkalle følelser og reaksjoner som om man er der på ekte.

5.1 Metodediskusjon

Gjennom metodediskusjonen vil jeg kritisk vurdere studien opp mot gjeldene kriterier for kvalitet i forskingsprosessen. Det er tatt utgangspunkt i tre sentrale kriterier, validitet, reliabilitet og generaliserbart.

Reliabilitet eller pålitelighet som Tjora, (2012, s.202) omtaler det som, ser på hvordan forskerens kunnskap om tema det forskes på, påvirker studien. En annen tilnærming til reliabilitet handler om et forskningsresultat kan produseres av andre forskere og komme frem til tilsvarende resultat. (Kvale og Brinkmann, 2015, s.276).

Påliteligheten foregår i flere ledd gjennom et forskingsarbeid, og gjør seg gjeldene i intervju, transkribering og analysearbeidet (Kvale og Brinkmann, 2015, s.278). I denne studien ble viktige valg som kan påvirke påliteligheten drøftet med støttepersoner. Rekruttering av deltakere til studien, ble drøftet med prosjektansvarlig og deltakerne ble plukket ut på bakgrunn av denne drøftingen. Det ble utarbeidet en intervjuguide i forkant av fokusgruppeintervjuene, som ble drøftet med veileder. Det var fokus på at åpne spørsmål best kunne sikre refleksjoner og beskrivelser til temaene. En svakhet knyttet til utarbeidelse av Intervjuguiden, kan være at den ikke ble testet ut i forkant av intervjuet, noe som kunne fanget opp eventuelle justeringer for best mulig resultat.

Som beskrevet i pkt. 3.2 ble det i denne studien benyttet fokusgruppeintervju fremfor individuelle intervjuer. Jeg som forsker kjente alle personene som ble valgt ut. Personlig kjennskap til deltakerne kan ha påvirkning på påliteligheten (Tjora, 2020, s.237). Bakgrunnen for å benytte fokusgruppeintervju var blant annet å hindre eller minimere påvirkning av intervjuobjektene. Ved å la gruppen holde samtalen kunne jeg ha en tilbaketrukket profil utover å føre spørsmål fra intervjuguiden. Intervjuene ble gjennomført med veileder som moderator, som ikke hadde kjennskap til deltakerne fra studien.

Validitet og gyldighet handler ifølge Tjora, (2012, s.206) om hvorvidt svarene som fremkommer i studien faktisk er svarene på det vi spør om. Gyldighet handler om faglighet og at metodikk samsvarer med problemstilling og forskningsspørsmål (Tjora, 2012, s.207). Studien som ble gjennomført har som formål å fange erfaringer knyttet til valgte problemstilling. Det ble benyttet kvalitativ metode for å fange nærhet og informantenes opplevelser til beskrevet tema. Det ble her benyttet intervju i form av fokusgruppeintervju og en intervjuguide som styrende i disse intervjuene. Johannessen et. al. (2010) skriver at validitet handler hvordan fremgangsmåten i en studie reflekterer formålet.

Overførbarhet for studien handler om hvorvidt resultatene kan overføres til lignende undersøkelser Johannessen et. al. (2010, s.230). Studien som ble gjennomført tok utgangspunkt i et prosjekt med både en styringsgruppe og en testgruppe. Begge gruppene inneholdt få personer noe som kan være en svakhet. Det er viktig å legge til at personene som deltok i studien var nøkkelpersoner fra prosjektet som det ble forsket på. Kvale og Brinkmann, (2015, s.289-290), skriver at all informasjon som innhentes må ikke

nødvendigvis være universell, men også skaffe til veie eksplisitt kunnskap som beskrevet innenfor naturalistisk generalisering. Selv om studien inneholdt få deltakere, kan de personlige erfaringene tilføre viktig kunnskap til et spesifikt tema.

En svakhet med studien som kan ha innvirkning på kvalitet, er tidsaspektet fra prosjektet ble avsluttet til studien ble gjennomført. Det gikk tre år fra prosjektet ble avsluttet til det ble gjennomført intervjuer. Dette kan medføre at viktig informasjon ikke kom med på grunn av tiden som var gått. Denne utfordringen ble diskutert med veileder og medstudenter, det ble blant annet diskutert hvorvidt intervjuguiden kunne blitt delt ut i forkant, sånn at deltakerne kunne forberedt seg ytterligere. Det ble i denne studien vurdert til ikke å gjøre dette i frykt for å miste spontaniteten i svarene. Det ble i stedet informert om overordnede temaer for intervjuene, uten å gå i dybden i spørsmålene.

6. Konklusjon

Det har gjennom studien kommet frem viktige elementer for hvordan VR basert simulering kan være et godt bidrag innenfor opplæring knyttet til vold og trusler.

Det kommer blant annet frem at troverdighet og at elementer må være gjenkjennbart for å skape en *presence* i scenario. Muligheten til å være omsluttet av et læringsmateriale, vises til som viktig for økt læring og for å kunne gi effekten av immersive VR. Gjennom studien kommer det frem at et rammeverk for læring er svært sentralt. Dette er hentet fra medisinsk simulering hvor prebrief, gjennomføring og debrief er grunnleggende. Det kommer frem i studien at debrief eller refleksjonsdelen i rammeverket er der hvor mye av nye kunnskap dannes. For helsepersonell i møte med vold og trusler, kan denne type opplæring og eksponering være viktig verktøy i møte med krevende situasjoner. Studien viser at gjennom denne type simulering, kan helsepersonell øke kompetanse på blant annet vurdering av kroppsspråk, overblikk og ikke minst håndtere egne følelser i krevende situasjoner. Mengdetrening på utfordrende situasjoner kan i tillegg være med å skjerpe blikket til helsepersonell som igjen kan kjenne igjen ekte situasjoner på et tidligere stadium. Det er viktig å legge til at ytterligere forskning må tilstrebes på større grupper, for å gi ytterligere svar hvorvidt denne opplæringsmetoden er funksjonell god.

7. Litteraturliste

Arbeidstilsynet (2017). Vold og trusler. Arbeidstilsynet.no.

<https://www.arbeidstilsynet.no/tema/vold-og-trusler/>

Berg, L.P., Vance, J.M. Industry use of virtual reality in product design and manufacturing: a survey. *Virtual Reality* **21**, 1–17 (2017).

<https://doi-org.ezproxy.inn.no/10.1007/s10055-016-0293-9>

Braun, V., Clarke, V. (2008). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3:2, 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Brown, J.F. (2008). Applications of simulation technology in psychiatric mental health nursing education. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 638–644.

<https://doi-org.ezproxy.inn.no/10.1111/j.1365-2850.2008.001281.x>

Bråten, O., Falkum, A. (2019). Håndbok i konflikthåndtering i helse og sosialsektoren. Forebygging av trakassering, trusler og vold. Cappelen Damm Akademisk. Oslo

Eriksson, B., Hummelvoll, J. K. (2015). Psykisk helsearbeid som fagområde – en fremvoksende disiplin. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2015.

<http://hdl.handle.net/11250/2430550>

Fox, J., Arena, D. & Bailenson, J.N. (2009). Virtual reality: A survival guide for the social scientist. *Journal of Media Psychology*, 21(3), 95-113. doi: 10.1027/18641105.21.3.95

Helland, U., E. (2018). VR og AR – en norsk introduksjon til virtual og augmented reality. Cappelen Damm as. Oslo

Helsedirektoratet. (07/2017). Kartlegging av vold mot helsepersonell og medpasienter. Helsedirektoratet.

Johannesen., E., F, L., Rafoss, W., T., Rasmussen, B., E. (2018). Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse. Universitetsforlaget. Oslo

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*: Oslo, Gyldendal akademiske forlag.

Lilletun, A. G. E. (2017). Simulering som læringsarena. En kvalitativ studie av operasjonssykepleiestudenters erfaring med tverrfaglig simulering som læringsmetode. (mastergradsoppgave). Norges arktiske universitet, UIT.

Lillevik, O., Øien, L. (2014). Miljøterapeutisk arbeid i møte med vold og aggresjon. Gyldendal Akademisk. Oslo

Malterud, K. (2017). Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utgave. Universitetsforlaget. Oslo

Marín-Morales J, Llinares C, Guixeres J, Alcañiz M. (2020). Emotion Recognition in Immersive Virtual Reality: From Statistics to Affective Computing. *Sensors* (14248220). 2020;20(18):5163. doi:10.3390/s20185163

Mäkinen H, Haavisto, E., Havola, S., Koivisto Kovisto, J.,M. (2020). User experiences of virtual reality technologies for healthcare in learning: an integrative review. *Behaviour & Information Technology*. <https://doi.org/10.1080/0144929X.2020.1788162>

Ode, R., Chapman, S., Harrison, R., Ackerman, S., Hong, O. (2020). Frequency of violence towards healthcare workers in the United States inpatient psychiatric hospitals: A systematic review of literature. *International Journal of Mental Health Nursing*.
<https://doi.org/10.1111/inm.12812>

Olsson, H., Sørensen, S. (2013). *Forsknings-prosessen Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Gyldendal Norsk forlag. Oslo

Svamo, N.T.Ø. (2019). *Simuleringstrening som metode i psykisk helsevern- En kvalitativ studie av erfaringer med implementering av simuleringstrening for bedret praksis*. (Masteroppgave). Høgskolen i Innlandet, INN.

Thornquist, E., (2018). *Vitenskapsfilosofi – vitenskapsteori*. Fagbokforlaget. Bergen

Tjora, A., (2012) *Kvalitative forsknings-metoder i praksis*. Gyldendal Norsk forlag AS. Oslo

Tjora, A., (2020) *Kvalitative forsknings-metoder i praksis*. Gyldendal Norsk forlag AS. Oslo

Vissgren, J. (2017). Virtual reality skal gjøre norsk barn flinkere i matematikk. *Innomag*.
<https://www.innomag.no/virtual-reality-skal-gjore-norske-barn-flinkere-i-matematikk>

Wohlgenannt, I., Simmons, A., Stieglitz, S. (2020). Virtual Reality. *Bus Inf Syst Eng* **62**, 455–461. <https://doi-org.ezproxy.inn.no/10.1007/s12599-020-00658-9>

Østergaard, D., Dieckmann, P., Lippert, A. (2011). Simulation and CRM. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. Volume 25, Issue 2, 239-249. <https://doi-org.ezproxy.inn.no/10.1016/j.bpa.2011.02.003>

8. Artikkel

«VR basert simulering som kompetansehevende tiltak, for helsepersonell i møte med vold og trusler».

VR simulation as an approach to learning,
for healthcare workers encounter with violence and threats.

Stig Ekeberg

Masterstudent

Høgskolen i Innlandet

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Antall tegn: 40 764 – 6095 ord

Virtual reality – Presence – Immersive – Safety – Learning

Virtuell virkelighet – Tilstedeværelse – Omsluttende – Trygghet - Læring

Sammendrag

Denne studien tar utgangspunkt i prosjektet «Mun-light». Prosjektet ønsket å benytte VR teknologi som kompetansehevende tiltak for helsepersonell knyttet til vold og trusler. Studien ønsket å se på viktige faktorer for utvikling og tilrettelegging av denne type opplæringsmetode. Det var også viktig å finne ut hvordan denne type læring oppleves for helsepersonell.

Studien benyttet kvalitative metode og det ble gjennomført 2 fokusgruppeintervjuer, henholdsvis av styringsgruppen og testgruppen knyttet til Mun-light prosjektet. Det ble benyttet tematisk analyse som verktøy i den analytiske fasen.

Resultatene viste at troverdig og praksisnært materialet var viktig scenariobaserte faktorer. Rammeverket for læring var inspirert fra tradisjonell medisinsk simulering. Her blir simuleringsfasens analysedel, fremhevet som sentral for læring. Studien viste at VR basert simulering kan ha kompetansehevende effekt. Økt trygghet, overblikk, vurdering av kroppsspråk og håndtering av egne følelser, var noen av læringsfaktorene som kom frem gjennom studien.

Abstract

This study is based on the Mun-light project. The project's purpose was to test VR technology as a competence-enhancing method for healthcare workers, related to violence and threats. The study searched for factors like, development and facilitation of this type of training method. It was also important to find out how this type of learning is experienced for health professionals.

The study used a qualitative method and 2 focus group interviews were conducted, respectively from the development group and the test group related to the Mun-light project. Thematic analysis was used as a tool in the analytical phase

The results showed that credible and material close to practice was important scenario-based factors. The framework for learning was inspired by traditional medical simulation. The analysis part of the simulation phase was emphasized as central to learning. The study showed that VR simulation can have a competence-enhancing effect. Increased safety, overview, assessment of body language and handling of own emotions, were some of the learning factors that emerged through this study.

Innledning

Denne studien tar utgangspunkt i et prosjekt knyttet til bruk av Virtual Reality (VR) som opplæringsmiddel. Mun-light, som er en forkortelse av *municipal action leading the way towards immersive gamebased healthcare training*, hadde som formål å se nærmere på oppøring av ansatte i helsesektorens møte med vold og trusler, blant annet innenfor kommunal sektor. Dette var et samarbeidsprosjekt mellom spesialisthelsetjenesten, kommune, academia og et privat selskap som var spesialisert på bruk av 360-video og VR.

Ansatte i helsesektoren er de mest utsatte når det gjelder vold og trusler om vold og har de siste årene vært den bransjen med flest tilfeller av vold og trusler (Penzo et. al., 2015). I rapporten *Kartlegging av vold mot helsepersonell og medpasienter* (Helsedirektoratet, 2017, s.7) beskrives en økende grad av vold og trusler i arbeidslivet. Det vises til en moderat økning fra 2009. Tall fra 2015 viser at ca. 203 000 av yrkesaktive har blitt utsatt for vold eller trusler i forbindelse med arbeid. I tidsrommet 2012-2016 ble det alene rapportert over 67 000 tilfeller av vold mot personalet og medpasienter i kommunehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017, s.22). Vold og trusler som samlende begrep, blir ifølge Arbeidstilsynet, (2017) definert som;

«hendelser hvor arbeidstakere blir fysisk eller verbalt angrepet i situasjoner som har forbindelse med deres arbeid, og som innebærer en åpenlys eller antydnet trussel mot deres sikkerhet, helse eller velvære». (<https://www.arbeidstilsynet.no/tema/vold-og-trusler>, 3.avsnitt).

Arbeidstilsynet utdyper at denne definisjonen også omfatter personer som ikke er klar over omfanget av egen handling, på grunn av rus eller psykisk sykdom. Risikofaktorer for å bli eksponert for vold og trusler, beskrives som direkte arbeid med mennesker i sårbare situasjoner knyttet til blant annet rus eller sykdom (Arbeidstilsynet, 2017).

Vold kan komme til syne på ulike måter. *Fysisk vold* som er direkte skade på legemet, *materiell vold* hvor det begås skade på fysiske ting og *psykisk vold* som omfatter verbale krenkelser, trusler og fiendtlighet (Ellingsen et. l. 2019, s. 27). Voldens fellesnevner er at den er

intensjonell og at den har en makt som skaper frykt, redsel og smerte hos den som blir utsatt for det (Lillevik og Øien, 2014, s.17). Ellingsen et. al., (2019, s.27) skriver at vold kan oppleves som kriseaktige ved at den oppstår brått og uventet, i kaotiske situasjoner hvor tap av kontroll kan forekomme.

Helsedirektoratet har vist til ulike satsningsområder, blant annet økte ressurser og høyere bemanning, i sin rapport som omhandlet betydningen av å ha tilstrekkelig med kompetente personalet. Et annet sentralt satsningsområde var erfaring og kompetanse, som direkte handlet om forebygging av voldshendelser (Helsedirektoratet, 2017, s.10).

Arbeid for å forebygge vold og trusler må skje på flere nivåer og være sentral tankegang i organisasjonen (Lillevik og Øien, 2014, s.63). Arbeidsmiljøloven legger vekt på arbeidsgivers ansvar for å forebygge vold og trusler, og arbeidsmiljøloven §4-1 presiserer at det skal være forsvarlige forhold knyttet til det fysiske og psykiske arbeidsmiljøet (arbeidsmiljøloven, 2006, §4-1). Arbeidstaker og arbeidsgiver skal samarbeide vedrørende håndtering og forebyggende tiltak knyttet til vold og trusler (arbeidsmiljøloven, 2006, §2-3) Det vises også til at arbeid for å bedre sikkerhet, helse og arbeidsmiljø skal forbedres og utformes i takt med utviklingen i samfunnet (arbeidsmiljøloven, 2006, §4-1).

Penzo et. al., (2015) skriver at opplæring i møte med vold og trusler må ha en forankring hos ledelsen og at det er svært viktig at det blir satt av tid til opplæringen. Treningen i møte med vold og trusler utvikler tryggere helsepersonell som er bedre rustet i møte med aggresjonsproblematikk. Man ser også at trygt helsepersonell har en dempende effekt på truende situasjoner (Penzo et. al., 2015).

Som en del av viktig og relevant kompetanse i møte med mennesker i sårbare situasjoner, er psykisk helsearbeid sentralt. Psykisk helsearbeid som begrep blir definert som samlende for både den faglige og den praktiske tilnærmingen til mennesker med ulike psykisk utfordringer (Bøe og Thomassen, 2007, s.18). Samtidig legges det vekt på at psykisk helsearbeid skal være dekkende for arbeidsformer og ulike tiltak på ulike nivåer og etater, herunder kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten (ibid).

Simuleringstrening

Simulering som metode, går over 40 år tilbake og hadde da fokus på blant annet kommunikasjon innenfor helse (Brown, 2008, s.639). Simulering har inntil nylig vært utbredt hovedsakelig ved somatiske sykehus, hvor formål har vært å trene på komplekse hendelser (Moldal, 2016). Simulering som metode er scenariobasert trening som ligger tett inntil arbeidshverdagen til helsepersonell, noe som gjør det mulig å trene på utfordrende situasjoner uten risiko for personell eller pasient (Svamo, 2019, s3). Simulering har som målsetting å øke kompetansen både på individuelt nivå og gruppenivå, i møte med komplekse og utfordrende situasjoner (Svamo et. al., 2019, s15).

Gjennomføringen av simuleringen blir styrt av fasilitator og foregår i tre faser, prebrief, gjennomføring og debrief (Moldal, 2016).

- *Prebrief* - her presenterer relevant scenario som tema og nødvendig informasjon om gjennomføring blir formidlet.
- *Gjennomføring* – Selve scenario gjennomføres ved at personalgruppen spiller ut et presentert scenario i møte med markør og skal møte oppgaven i fellesskap.
- *Debrief* – Denne delen av simuleringen handler om refleksjoner fra selv gjennomføringen. Spørsmål som hva skjedde og hvordan scenario ble gjennomført er sentralt (Moldal, 2016).

Simuleringstrening blir benyttet i opplæring av studenter og helsepersonell med ulikt erfaringsgrunnlag (Dieckmann, 2009, s19). Målsettingene for opplæringen strekker seg fra grunnleggende tekniske ferdigheter og ikke-tekniske ferdigheter til trening av mer komplekse prosedyrer (Dieckmann, 2009, s19). Erfaringene viser at denne tilnærmingen er med på å øke både verbale og nonverbale ferdigheter. Et annet fokus kan være på identifisering av tidlige tegn på stress eller annen endring i atferd. (Bråten og Falkum, 2019, s.60).

VR-basert simulering

VR som teknologi har vært tilgjengelig i mange år og ideen om VR-teknologien kan spores 50 år tilbake (Berg og Vance, 2017, s.2). Det tok allikevel noen år før selve teknologien kunne tas i bruk kommersielt og fra 1990-tallet begynte flere aktører å ta i bruk denne type teknologi, blant andre NASA, Boeing og flere universiteter i USA (Berg og Vance, 2017, s.2).

VR blir ifølge Wohlgenant, Simons og Stieglitz (2020), definert som:

«VR leverages immersive technologies to simulate interactive virtual environments or virtual worlds with which users become subjectively involved and in which they feel physically present». (Wohlgenant, Simons og Stieglitz, 2020, s.457)

Denne definisjonen av VR sier at å benytte seg av altoppslukende teknologi, kan simulere ulike verdener og omgivelser, noe som gir brukeren en følelse av fysisk tilstedeværelse. Opplevelsen av å være et annet sted og i en annen virkelighet, er kjernen av det som omtales som *sens of presence*, eller på norsk, tilstedeværelse (Helland, 2018, s.150). Marín-Morales et al. (2020, s.3), skriver at *presence* er den subjektive følelsen av å «være der». En høy grad av *presence* gir brukeren en følelse av fysisk tilstedeværelse, en illusjon om å samhandle eller reagere som i den virkelige verdenen. Makinen et al. (2020, s.3), utdyper faktorer knyttet til *presence* videre, og har fokusert på *user experience (UX)*. Det er flere punkter som er viktig for å sikre *UX*, blant annet den subjektive følelsen av tilstedeværelse, kontekst for hvor man befinner seg i scenario, relevans og troverdighet.

For å kunne skape følelsen av tilstedeværelse i et digitalt rom, er typen teknologisk hjelpemiddel sentralt. Helland (2018, s.22) beskriver hvordan riktig teknologi kan skape en omsluttende, eller *immersive*, effekt, noe som igjen tillater brukeren å leve seg inn i materialet som blir presentert. Fox et al. (2009, s.99) peker på at økt *immersive*, avhenger av hvordan det digitale rom blir presentert. *Immersive* VR blir best presentert i et lukket system som kan presentere 360 video med tracking, slik at man får følelsene av å kunne se seg rundt. I tillegg er 3D lyd en viktig komponent (Drewett et. al 2019, s.2). Head mounted display (HMD) er den type teknologi som nå blir brukt for å øke denne typen følelse av *Immersive* som gir en komplett simulerende effekt (Morales et. al. 2020, s.2). *HMD* er det vi kjenner som VR-briller,

med en LCD-skjerm montert som en type brille sammen med tilhørende hodetelefoner (Helland, 2018, s.148). Ved å skape en *presence* gjennom *immersive* VR, kan man vekke følelser som angst, frykt og avslappelse som i en ekte situasjon (Morales et. al. 2020, s.4). Humør kan også påvirkes ut fra de situasjonene man blir presentert for (Fox et. al. 2009, s.99

Opplæringen når det gjelder møte med vold og trusler har frem mot 2000-tallet handlet primært om ulike teknikkbaserte treninger uten noen form for terapeutisk tilnærming (Hanssen et. al., 1999, s.13-14). I de senere årene har fokus på forebyggende tiltak vært sentralt, nettopp for preventivt å jobbe for å redusere antall konflikter. Tidlig intervensjon er et av fokusområdene og handler om å kunne gripe inn så tidlig som mulig for å hindre eskalering av potensielle voldelige eller truende hendelser (Lillevik og Øien, 2014, s.49).

Medisinsk simuleringstrening har blitt nevnt spesifikt som effektiv læringsmetode. Helsedirektoratets rapport om kartlegging av vold mot helsepersonell og medpasienter fra 2017, beskriver simulering som ett av flere effektive tiltak for å redusere voldelig og truende situasjoner (Helsedirektoratet, 2017, s.10). Mun-light-prosjektet blir sett på som et tilskudd til dette. Her var ønsket å utprøve simulering ved å benytte VR briller som en del av eksponeringen av scenario til den enkelte helsearbeider. Det finnes lite forskning på VR som opplæringsmetode i møte med vold og trusler. I denne studien var det viktig å fokusere både på relevant innhold i opplæringen og brukererfaringen til helsepersonell som har testet ut metoden. Derfor er følgende problemstilling valgt:

Hvordan kan VR-basert simulering være en funksjonell tilnærming for læring, og hvordan oppleves denne læringsmetoden for helsepersonell i møte med vold og trusler?

Metode

Denne studien bygger på subjektive beskrivelser fra deltakere knyttet til et VR-prosjekt. Studien har en kvalitativ tilnærming hvor materialet ble innhentet gjennom to fokusgruppeintervjuer. Studien er eksplorativ som kjennetegnes av at man beveger seg inn på nye områder og ser dette opp mot problemstilling i studien (Olsson og Sørensen, 2013, s.33).

Rekruttering

Det ble foretatt et strategisk utvalg av informanter hvor formålet var å rekruttere deltakere som kunne belyse problemstillingen på best mulig måte (Malterud, 2017, s.58).

For å kunne finne et utvalg som best kunne gi nye tolkninger og funn, ble det i samarbeid med prosjektansvarlig avklart nøkkelpersoner fra Mun-light prosjektet. Det ble videre strategisk plukket ut personer som kunne dekke hele fagfeltet for prosjektet. Deltakerne ble valgt ut fra funksjon og representerte alle samarbeidende parter fra prosjektet, kommune, akademia, teknologi og ledelse. Den ene prosjektgruppen besto av styringsgruppen, som hadde det overordnede ansvaret for å utarbeide opplæringsmaterialet. Den andre gruppen besto av representanter fra en testgruppe, som testet ut sluttproduktet.

Datainnsamling

Datainnsamling ble gjennomført i to fokusgrupper. Her var formålet at en gruppe informanter samles, for å drøfte ulike temaer som er relevant for forskningen (Tjora, 2017, s.122). De to fokusgruppeintervjuene representerte ulike deler av prosjektet. Den første fokusgruppen besto av sju sentrale medlemmer av prosjektets styringsgruppe. Den andre fokusgruppen besto av fire medlemmer fra prosjektets testgruppe som testet ut materialet utarbeidet av styringsgruppen. Personene fra testgruppen hadde alle helsefaglig bakgrunn med arbeidspraksis hvor møte med vold og trusler kan forekomme.

Det ble utarbeidet to ulike intervjuguides fordi gruppene hadde forskjellig funksjon i prosjektet. Intervjuguidene var strukturert og inndelt i temaer. For styringsgruppen var planlegging, gjennomføring samt evaluering sentrale temaer. For testgruppen var målsetting å fange erfaringer, opplevelser og relevans for eget arbeid. Intervjuene ble gjennomført over zoom siste halvdel av 2020. Moderator deltok på begge fokusgruppeintervjuene. Begge intervjuene hadde en samlet varighet på cirka 100 minutter og det ble transkribert totalt 31 sider.

Analyse

Denne studien har benyttet tematisk analyse som metode. Brown og Clark (2006, s.87) viser til 6 trinn innenfor denne metoden. Johannesen et. Al., (2018, s.282) har forenklet disse trinnene og komprimert dem til 4 trinn for gjennomføring av analyseprosessen. I denne studien ble disse 4 trinnene benyttet:

Forberedelse

Første trinnet i analysefasen handler om å bli kjent med materialet (Johannesen et. al., 2018, s.301). Etter transkribering ble materialet lest gjennom flere ganger, med mål om å danne et overblikk over innholdet.

Koding

Materialet ble her gjennomgått nøye. Det er her viktig å finne innhold og poenger i datamaterialet (Johannesen et. al., 2018, s.301). Materialet ble sett opp mot problemstilling, informativt materialet ble videre notert på gul lapper.

Kategorisering

Her ble materialet som var notert på gule lapper, satt sammen til foreløpige temaer. Dette trinnet handler om å systematisere materialet og dele opp i temaer (Johannesen et. al., 2018, s.301). Problemstillingen var her sentral for sorteringen og utarbeidelse av tema.

Rapportering

Er det avsluttende trinnet, hvor temaene fra datamaterialet skrives frem i oppgaven (Johannesen et. al., 2018, s.301). Funn fra analyseprosessen ble videre skrevet inn i både artikkel og rammeberetning som følger masteroppgaven.

Etiske hensyn

I forkant av intervjuprosessen ble det utdelt infoskriv som belyste rettigheter knyttet til deltagelsen. Her ble det spesifisert deltakernes rett til å trekke seg samt gitt informasjon om opptak av intervjuene. Deltakerne fikk informasjon om planlagt opptak og at dette ble gjort i henhold til gjeldene forskrifter. Datamaterialet ble behandlet gjennom Universitetet i Oslo (UIO) diktafon-applikasjon og lagret på sikker forskerserver hos UIO, sammen med anonymiserte transkripsjoner. Før intervjuene startet ble det innhentet samtykke som ble registrert på opptak. Studien ble godkjent av NSD med referansenummer 779775. Deltakerne og deres respektive arbeidsteder er anonymisert i artikkelen.

Funn

Det ble gjennom analyseprosessen arbeidet frem følgende to temaer; *Funksjonell tilnærming for læring og opplevelsen av VR som læringsmetode for helsepersonell.*

Funksjonell tilnærming for læring

Selv om VR i seg selv er et sterkt medium, blir det presisert at når det gjelder VR og læring, at dette handler om mer enn teknologi. Det nevnes flere punkter som ansees å være viktig for at VR-opplevelsen skal kunne være viktig hva angår læring. Det er her delt inn i to punkter; læringsinnhold og læringsmetode. Begge punktene baserer seg på svar hentet fra styringsgruppen i prosjektet.

Læringsinnhold

Deltakerne forteller at de brukte mye tid i prosjektet på å diskutere hva som skulle presenteres i brillen i form av scenario. Innholdet i scenario beskrives som viktig, og denne formen for 360 graders film skal igjen trigge opplevelser som skal føre til fruktbare og gode refleksjoner i etterkant.

«Det er jo ikke teknologien i seg sjøl som lærer, det er jo en blanding mellom teknologi og veldig mye menneske bak»

Deltakerne forteller at erfaringene ved å lage scenarioet som blir presentert i VR-brillen, handler om flere faktorer. Storyen som blir presentert i filmens scenario må være troverdig. For å skape en god film må innholdet være relevant for den gruppen det skal presenteres for, samtidig som storyen er gjenkjennbar. Effekten av å kunne ha vellagede og tilpassede opplæringsfilmer i VR fremheves som svært viktig hva angår læring. Her blir man plassert inn i en verden med tilpasset opplæringstilbud som fjerner både dagsform til tradisjonell lærer og andre forstyrrende elementer. Erfaringene gjort her beskrives som generaliserbart til andre arenaer som helse, skole eller for eksempel forsvaret.

«... som har kjent det her på kroppen i fra før, som har stått i lignende situasjoner, jeg tror at det kan gjøre det enda mer ekte, enn ved innleide skuespillere».

Deltakerne mente at fagfolk, som i dette prosjektet var helsepersonell, må ha eierskap til teknologien. Dette utdypes blant annet med at det vil bidra til å sikre at innholdet er realistisk og troverdig. Det er også en stor fordel om man benytter seg av helsepersonell som skuespillere fordi de har ekte kunnskap på feltet. Dette er ifølge deltakerne med på å gi økt naturlig preg på filmen.

«Noe av det vi måtte tenke på, og som vi tenkte ganske mye på, det var å plassere kamera troverdig i rommet»

En viktig faktor for selve filmen var ifølge deltakerne plasseringen av kamera under opptak. Dette kunne gå på høyde, hvor i rommet kameraet skulle være plassert og hvilken funksjon

det skulle ha. Deltakerne forteller at kameraet blir deg når du tar på deg brillen, så her ble kameraets rolle å være en observatør i en samhandling mellom en kollega og en tjenestemottaker.

«Det var jo en ideell måte å gjøre det på, ettersom kamera da er en observatør.. derfor ble det også en naturlig rolle med å være tilbaketrasket»

Denne rollen som virtuell observatør gir en følelse av å være deltager som om man selv er med i handlingen. Selv om man ikke kan gjøre noe, blir man fanget av det som blir sagt utover selv handlingen.

Læringsmetode

Når det gjelder metoden for læring til helsepersonell, beskriver deltakerne fra styringsgruppen klare punkter som må være til stede for å sikre god læring.

«Men det er til slutt menneskene og hva vi putter inn den brilla som er med å påvirke hva du sitter igjen med»

Deltakerne forteller at VR gjør mye for læring, men at resultatet og hva du sitter igjen med til slutt er avhengig hva du viser i brillen. Deltakerne forteller at troverdighet både på story og film er viktig, samtidig som det også må være fokus på lyd. Dette nevnes som minst like viktig som selve filmen. Det kommer frem i studien at det var fokus på å etablere et rammeverk for gjennomføring fokusert på å sette læring i system. Det kommer også frem at inspirasjon til dette rammeverket er hentet fra medisinsk simulering som har fokus på prebrief, gjennomføring og analysedel. Gjennomføring for dette rammeverket styres av trent fasilitator som beskrives som en viktig del av den VR-baserte opplæringen.

«i medisinsk simulering så er det litt avhengig av skuespiller prestasjoner og hvem som er på jobb, hvor godt en har lært seg rolla, eller hvordan en velger å spille rollen for den saks skyld»

Det beskrives også forskjeller på de to tilnærmingene. Selv om rammeverket er inspirert fra medisinsk simulering, nevner deltakerne viktige forskjeller på VR-basert simulering kontra medisinsk simulering. Primært handler det om scenario-oppbygging for å sikre god troverdighet. Dette kan være bedre å tilpasse innenfor VR-basert simulering, da scenario kan skapes optimalt før det presenteres for gruppens som skal lære.

«Det er ikke prosedyretrening på tekniske ferdigheter, men dette er ikke-tekniske ferdigheter som går på alt ifra samhandling, kommunikasjon ... til å se muligheter».

Som en del av læringsmetoden beskriver deltakerne at det ikke nødvendigvis handler om å gjøre noe rett eller galt, men det handler om å kunne se muligheter, også beskrevet som ikke-tekniske ferdigheter.

«vi kjører alltid simulering i grupper og det kommer vi alltid til å gjøre, det er på grunn av refleksjonsfasen etterpå. Det er veldig begrenset refleksjon når du sitter alene, da blir det mer opplevelsen».

Det å gjennomføre læringen i grupper blir nevnt som viktig. Arbeid i grupper blir beskrevet som essensielt for blant annet refleksjonsfasen i etterkant av at man har sett et scenario i VR-brillen. Gjennomføring av læring i grupper, var også viktig når det ble valgt ut briller, disse måtte passe denne formen for et klasseroms konsept.

Opplevelsen av VR som læringsmetode for helsepersonell.

Når det gjelder effekten av VR-basert simulering og læringsverdi, blir det fra deltakerne fra begge grupper beskrevet flere faktorer knyttet til læring og eksponering av relevant materiale for økt kunnskap. Det er her tatt utgangspunkt i svar gitt av testgruppen som primært utgjorde helsepersonell med erfaring fra arbeid i felt hvor vold og trusler forekommer.

«det er liksom litt annerledes når du får det så nærme, du opplever situasjonen på en helt annen måte.»

Deltakerne fra testgruppe beskrev nærhet relevans for egen arbeidssituasjon som viktig. Her handlet det om episoder som i virkelighet kan være utfordrende, og som blir gjenspeilet i en VR-brille. Følelsen av lyd og nærhet fremheves som viktig for opplevelsen og at dette skiller seg fra tradisjonelle opplæringsfilmer. Deltakerne forteller også at denne nærheten gjør opplevelsen mer virkelig. Det legges også vekt på troverdighet i materialet som blir presentert i VR brillen. Testgruppen forteller at det må være gjenkjennbart, og situasjonene som blir presentert i brillen bør være noe som er synonymt med egen arbeidshverdag. Det beskrives at den tilstedeværelsen som VR-basert simulering muliggjør gir deltakerne følelsen av å være der på ekte.

«Også er det det med trygghet i situasjoner igjen da! Det smitter jo over, så lenge du er trygg i situasjonen din så er sannsynligheten mindre for det blir utagering enn om du skulle stå der å være livredd og usikker på hva du driver med»

Trygghet fremstår som sentralt i møte med vold og truende situasjoner. Deltakerne fra testgruppen nevner flere faktorer som fremstår som sentrale for trygghet i møte med voldelig og truende atferd. Eksponeringen som skjer i VR-simuleringen og den opplæring som skjer i etterkant kan ifølge deltakerne medføre økt trygghet i ekte situasjoner. Dette kan basere seg

på økt kollegialt samarbeid, samt forutsigbarhet. Trygghet beskrives også som dempende i potensielt truende situasjoner, i motsetning til om man er redd og usikker på hva man holder på med. Denne type trygghet beskrives også som noe som smitter over på pasientene.

«Forberedt på ubehaget som kan komme»

Gjennom en VR-basert simulering forteller deltakerne om ulike læringseffekter knyttet til møte med voldelig og truende atferd. Det beskrives videre at mengdetrening er en viktig faktor. I tillegg nevner deltakerne at man kan øve på å se scenarioet på ulike måter og tildeles ulike arbeidsoppgaver for å øke kompetansen sin egen og felles kompetanse. Dette kan være alt fra å se etter farlige gjenstander i et rom, få overblikk over situasjonen eller vurdere kroppsspråk. Denne måten å trene blikket på gjør helsepersonell mer skjerpet, og det fortelles videre at dette gjør helsepersonell bedre forberedt når de kommer opp i potensielt krevende situasjoner.

«Kan oppleve situasjonen helt totalt forskjellig, så det er jo veldig viktig å få snakka om det».

Deltakerne forteller at gjennom refleksjonsdelen får de som gruppe pratet sammen om ulike synspunkter fra scenarioet som har blitt vist i brillen, noe som er viktig for videre læring. Deltakerne nevner refleksjonsdelen som vesentlig for å få snakket om hva man opplevde og tenkte gjennom scenarioet, samt hva man kunne gjort annerledes.

«Man blir jo vel aldri vant til å ha kjempesinte mennesker som står og skriker deg opp i ansiktet, men det er noe med har du sett det såpass nærme og trent litt på det, så blir det jo lettere».

Det beskrives også at selv om man blir presentert for scenarioet i rolig omgivelser, får man allikevel en reaksjon når man får det så nært i en VR-brille. Ifølge deltakerne er dette en fin måte å lære på. Denne eksponeringen sammen med en refleksjonsdel i etterkant blir beskrevet som sentral for læring. Deltakerne beskriver også forberedelse som viktig i møte med voldelig og truende atferd.

Diskusjon

Hensikten med denne studien er å finne ut hva som er viktig og sentrale elementer innenfor VR-basert simulering og hvordan denne simuleringsformen oppleves som kompetansehevende metode for helsepersonell i møte med vold og trusler.

Funksjonell tilnærming til læring – Læringsinnhold

Deltakerne fra styringsgruppen forklarer at i tillegg til tilrettelagt teknologi, er utvikling av innhold viktig. Når det gjelder det teknologiske aspektet, var målsettingen å gjøre materialet gjenkjennbart fra egen arbeidssituasjon som i teorien bidrar til å skape følelsen av *presence*. Fox et al. (2016) viser til at følelsen av tilstedeværelse er sentral for troverdighet og for å skape en neddykket følelse. Jo mer realistisk, desto mere var følelsen av tilstedeværelse eller *sense of presence* (Fox et al. 2009, s.99). Litteraturen beskriver følelsen av *immersive* som viktig, hovedsakelig for å kunne skape en omsluttende følelse til materialet som blir presentert.

Denne studien nevner flere punkter som er relevant for hva teorien beskriver som *presence*. Fokus på troverdighet og en story som er gjenkjennbar har vært svært viktig for å skape relevans og troverdighet. Denne studien beskriver hvordan story, filming og skuespill hadde inspirasjon fra å lage en gjenkjennbar virkelighet for helsepersonell.

Eierskap til teknologien og mulighet for at helsepersonell er delaktig i selve innspilling blir fremhevet som sentral. Makinen et al. (2020, s.3), beskriver dette som *user experience* som

handler om hvordan den subjektive følelsen av tilstedeværelse blir ivaretatt, blant annet gjennom troverdighet og relevant scenario.

Troverdig og relevante scenario er også noe som blir fremhevet hos testgruppen. De mente at innhold burde være gjenkjennbart fra egen arbeidspraksis og at fokus på lyd og bilde var viktig for å gi det et troverdig preg. Lyd og bilde er viktige faktorer i hva som kan skape *immersive* VR. Denne formen for omsluttende effekt blir best skapt med teknologi som kan vise 360 graders bilde og 3d-lyd i en tilpasset VR-brille (Drewet et. Al. 2019, s.2). *Immersive* VR forsterker den simulerende effekten (Morales et. al. 2020, s.2) og kan vekke følelser som om man var i en ekte situasjon (fox et. Al. 2009, s.99). Kombinasjonen mellom et godt utarbeidet scenario, som skaper tilhørighet til gruppen det presenteres til er viktig. Teorien er i tillegg klar på hvordan materialet presenteres hvor fokus på lyd og bilde er sentralt for å skape god *immersive* VR.

Funksjonell tilnærming til læring – læringsmetode

VR-basert simulering er direkte inspirert fra medisinsk simulering. Rammeverket skal sikre læring gjennom refleksjon og analyse fra hva man har blitt presentert i en VR-brille. Salas et al. (2009, s.329), skriver at simulering er en effektiv opplæring som gir en mer realistisk tilnærming til den problematikken man kan møte i den «ekte» verden. Scenariobasert trening som ligger tett til arbeidspraksis gjør det også mulig å trene på ulike situasjoner, med fravær av risiko, for både personell og pasient (Svamo et al., 2019, s.3). Forfatterne påpeker at veiledning satt i system før, under og etter simulering er viktig for læringsprosessen.

Østergaard, Dieckmann & Lippert (2011, s.243), forklarer at læringsprosessen i simulering er viktig og analysefasen betegnes som sentral. I analysefasen diskuteres innhold og valg som ble tatt i scenarioet. Det legges vekt på at fasilitator styrer diskusjonen med spørsmål, for på den måten å fremheve følelser og reaksjoner knyttet til scenarioet. Simuleringen er kompetansehevende både på individ- og gruppenivå i møte med komplekse utfordringer (Svamo et. al. 2019, 17) Refleksjonen blir sett på som selve gullet i læringsprosessen det er derfor viktig at det er en gruppe som kan reflektere sammen fra opplevelsen i VR-brillen. Det

trekkes derfor klare paralleller til teori vedrørende dette. Det fordrer videre at scenario og opplevelse er troverdig og praksisnært. Østergaard, Dieckmann & Lipperts (2011, s.243) beskrivelse av læringsprosessen knyttet til simulering omhandler tradisjonell simulering som for eksempel rollespill. Det er ikke beskrevet læringsprosesser direkte til VR-basert simulering. Men det vil være å anta at opplevelsen i simuleringen er det sentrale for den videre læringsprosessen.

Østergaard, Dieckmann & Lippert, 2011, 243) skriver at debrief eller analysedel kan påvirkes negativt hvis scenario ikke er optimalt. Ved å fjerne utfordringer som dagsform og hvor godt man har lært seg rollen, noe som blir nevnt som utfordringer med tradisjonell simulering, kan VR-basert simulering være med å gi økt kvalitet på scenarioene. Dette kan igjen bidra til å skape svært gode utgaver av tilspissede og relevante scenarioer, som av styringsgruppen ble omtalt som «verdensmester» utgaver.

Læringsverdi for helsepersonell i møte med vold og trusler

Når det gjelder læringsverdi knyttet til VR-basert simulering, handler dette om ikke-tekniske ferdigheter som omfatter kommunikasjon, samhandling samt å se muligheter i det som blir presentert. Gjennom studien ble det gjennomført intervju av både styringsgruppe og fra deltakere i testgruppe. Læringsverdi, eller den effekten som VR-basert simulering kan gi helsearbeidere, handler mye om følelsesmessig engasjering og den engasjeringen som skjer gjennom opplevelsen i refleksjonen.

Marín-Morales et al. (2020, s.4) skriver at den følelsesmessige engasjeringen som skjer i en VR-brille kan fremkalle ulike følelser avhengig av innhold, angst og avslapning. Det er videre beskrevet at man gjennom en følelse av «presence» kan fremkalle respons som om man er i ekte omgivelser. Deltakerne beskriver nærhet og tilstedeværelse som sentrale faktorer innenfor VR-basert simulering, som videre er med å gjøre opplevelsen mer virkelig. En kritikk til simulering som også kan være gjeldene for VR basert simulering, er faren ved å lære studenter eller helsepersonell å opptre på en bestemt måte, i stedet for å praktisere ekte oppførsel (Brown, 2008, s.639). Det legges til at dette må følges opp og måles. Svamo, (2019,

s.16) fant i sin studie ut at simulering ikke må sees på som enkeltsituasjoner, men som kontinuerlig læringsprosess for å sikre implementeringen av kunnskapen som simulering kan gi.

Trygghet og stabilitet blir nevnt som viktige faktorer i møte med aggressiv atferd. Når personalet fremstår trygge og rolige, kan dette ha en svært god og dempende effekt i møte med denne type atferd (Bråten og Falkum, 2019, s.141). Dette er også erfaringer fra studien som er gjennomført. Testgruppen vektla muligheten til å forberede seg på krevende situasjoner samt øke det kollegiale samarbeidet. Selv om VR-basert simulering skiller seg fra annen simulering ved at man ikke selv er delaktig, kan personalet øke kompetanse på viktige områder. Lillevik og Øien, (2014, s.135) skriver at personlig kompetanse i krevende situasjoner står sentralt. Kompetanse som tålmodighet, empati og toleranse for egen frustrasjon. Vår væremåte i møte med truende atferd kan både være triggende og dempende, det er derfor viktig at personalet gis mulighet å øke sin kompetanse på disse områdene (Lillevik og Øien, 2014, s.147).

I studien kom det frem at måter å takle egen frykt på i møte med truende situasjoner var viktig og at VR-basert simulering var en god tilnærming til dette. I VR-basert simulering får deltakerne kun en observasjonsrolle og ingen mulighet til å innvirke direkte på situasjonen som de ville måtte gjøre i medisinsk simulering. I VR-basert simulering vil fokus være på ikke-tekniske ferdigheter som fordrer at man har fokus på observasjon og debrief. Muligheten som VR-basert simulering gir for blant annet å trene på vurdering av kroppsspråk, øve på overblikk i ulike situasjoner samt å se etter farlige gjenstander, blir av testgruppen trukket frem som viktig. Det har en smittende effekt i møte med andre mennesker at du selv er trygg (Penzo et. Al. 2015), og funn i denne studien viser at gjennom VR-basert simulering kan man skape denne tryggheten gjennom mengdetrening og fokus på ulike deler i en presentert situasjon i en refleksjonsfase i etterkant av et scenario. Dette er viktige punkter for læring knyttet til møte med vold og trusler, men man ser at man er avhengig av mange faktorer for at dette skal fungere faglig godt. Følelsen av tilstedeværelse blir trukket frem som viktig, samtidig som at refleksjonsfasen er sentral for læring. Teorien er klar på at kvaliteten på refleksjonsfasen kan forringes hvis scenarioet ikke er tilstrekkelig troverdig.

I studien kommer det frem at overblikk i ulike situasjoner er viktig. Bråten og Falkum (2019, s.180) viser til viktigheten av man øver på ulike scenario, blant annet overblikk, når man kommer inn i en leilighet. Spørsmål som evakueringsmuligheter og farlige forhold er viktig å orientere seg om. Det er også viktig å kjenne eget reaksjonsmønster i møte med farlige situasjoner samtidig som det nevnes betydningen av at ansatte samles for aktivt å bevisstgjøre seg om forebyggende tiltak (Bråten og Falkum, 2019, s171).

Konklusjon

Studien viser viktig elementer for hvordan VR-basert simulering kan være et godt bidrag innenfor opplæring knyttet til vold og trusler.

Troverdighet og at storyens elementer må være gjenkjennbart for å skape en *presence* i scenario. Muligheten til å være omsluttet av læringsmaterialet, vises til som viktig for økt læring og for å kunne gi effekten av *immersive*, eller omsluttende VR. Rammeverk for læring er svært sentralt. Dette er hentet fra medisinsk simulering hvor prebrief, gjennomføring og debrief er grunnleggende. Debrief, eller refleksjonsdelen, er der hvor mye av den nye kunnskapen dannes. Denne type opplæring og eksponering kan være et viktig verktøy for helsepersonell i møte med krevende situasjoner. Studien viser at gjennom denne type simulering kan helsepersonell øke kompetanse på blant annet vurdering av kroppsspråk, overblikk og ikke minst på å håndtere egne følelser i krevende situasjoner. Mengdetrening på utfordrende situasjoner kan i tillegg bidra til å skjerpe blikket til helsepersonell, noe som igjen gjør at de kan kjenne igjen ekte situasjoner på et tidligere stadium. Det er viktig å legge til at det må forskes ytterligere på større grupper for å gi ytterligere svar på hvorvidt denne opplæringsmetoden er funksjonelt god.

Litteraturliste

Arbeidsmiljøloven. (2006). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.* (LOV-2005-06-17-62). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>

Arbeidstilsynet (2017). Vold og trusler. Arbeidstilsynet.no.
<https://www.arbeidstilsynet.no/tema/vold-og-trusler/>

[Brown, J.F. \(2008\)](https://doi-org.ezproxy.inn.no/10.1111/j.1365-2850.2008.001281.x). Applications of simulation technology in psychiatric mental health nursing education. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 638–644.
<https://doi-org.ezproxy.inn.no/10.1111/j.1365-2850.2008.001281.x>

Bråten, O., Falkum, A. (2019). *Håndbok i konflikthåndtering i helse og sosialsektoren. Forebygging av trakassering, trusler og vold.* Cappelen Damm Akademisk. Oslo

Drewet, O., Hann, G., Gillies, M., Sher, C., Delacroix, S., Pan, X., ..., Fertleman, C. (2019) A Discussion of the Use of Virtual Reality for Training Healthcare Practitioners to Recognize Child Protection Issues. *Frontiers in Public Health*. 7/255.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00255>

Ellingsen P., Hafting, T., Ranglund, O.J. (2019). Vold og trusler om vold i førstelinjen – Om lederskap og trygt arbeidsmiljø. *Fagbladet samfunn og økonomi*, 25-40.
<http://hdl.handle.net/11250/2637888>

Fox, J., Arena, D. & Bailenson, J.N. (2009). Virtual reality: A survival guide for the social scientist. *Journal of Media Psychology*, 21(3), 95-113. doi: 10.1027/18641105.21.3.95

Hanssen, B. P. (1999). *Sikkerhet og omsorg: møte med aggresjon og vold*. Fagbokforlaget. Bergen

Helland, U., E. (2018). *VR og AR – en norsk introduksjon til virtual og augmented reality*. Cappelen damm as. Oslo

Helsedirektoratet. (07/2017). *Kartlegging av vold mot helsepersonell og medpasienter*. Helsedirektoratet.

Johannessen, L. E. F, Rafoss, T. W., Rasmussen, E. B. (2018) *Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Universitetsforlaget. Oslo

Kirkpatrick, D.L. & Kirkpatrick, J.D. (2006). *Evaluating Training Programs: The Four Levels: Third Edition*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*: Oslo, Gyldendal akademiske forlag.

Lillevik, O., Øien, L. (2014). *Miljøterapeutisk arbeid i møte med vold og aggresjon*. Gyldendal Akademisk. Oslo

Malterud, K. (2017). Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utgave. Universitetsforlaget. Oslo

Marin-Morales, J., Llinares, C., Guixeres, J., Alcaniz, M. (2020) Emotion Recognition in Immersive Virtual Reality: From Statistics to Affective Computing. Sensors. <https://doi.org/10.3390/s20185163>

Moldal, E. (2016). Simulering demper uro og gir mindre tvangsbruk. *Sykepleien*. 10 (01), 46-48. Hentet 18.01.18 fra <https://sykepleien.no/forskning/2015/12/simulering-i-psykiskhelsevern>

Mäkinen H, Haavisto, E., Havola, S., Koivisto Kovisto, J.,M. (2020):

User experiences of virtual reality technologies for healthcare in learning: an integrative review. Behaviour & Information Technology. <https://doi.org/10.1080/0144929X.2020.1788162>

[Olsson, H., Sørensen, S. \(2013\). Forsknings-prosessen Kvalitative og kvantitative perspektiver. Gyldendal Norsk forlag. Oslo](#)

[Penzo, T., Skaare, Ø., Instefjord, T. B. \(2015\). Trener seg til høyere sikkerhet. Fagutvikling. DOI: 10.4220/Sykepleiens.2015.55152](#)

Salas, E., Rosen, M.A., Held, J.D. & Weissmuller, J.J. (2009). *Performance measurement in simulation-based training: A review and best practices. Simulation & Gaming, 40(3), 328-376. doi:10.1177/1046878108326734*

Svamo, N.T.Ø. (2019). Simuleringstrening som metode i psykisk helsevern- En kvalitativ studie av erfaringer med implementering av simuleringstrening for bedret praksis. (Masteroppgave). Høgskolen i Innlandet, INN.

Svamo, N.T.Ø., Stensrud, B., Lofthus, A.M. (2019). Medisinsk simulering som metode i psykisk helsevern: en kvalitativ studie av psykisk helsearbeideres erfaringer med simuleringstrening. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2019-03-13, Vol.16 (1), p.16-27. DOI: 10.18261/issn.1504-3010-2019-01-03

Østergaard, D., Dieckmann, P., Lippert, A. (2011). Simulation and CRM. Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2011.02.003>.

9. Vedlegg

9.1 Forfatterveiledning

https://www.idunn.no/tidsskrift_for_velferdsforskning#/authors

INNLEVERING AV MANUS

Før du sender inn ditt manuskript til redaksjonen ber vi om at du leser forfatterveiledningen nøye, og sjekker at:

- Forfatteropplysningene er fullstendige
- Antall tegn med mellomrom ikke overskrider maksimumsgrensen
- Noter og referanser er i henhold til veiledningens standard
- Et kort abstrakt og nøkkelord på engelsk og norsk/svensk/dansk er inkludert

Manuskript sendes inn via vår ScholarOne-side:

<https://mc04.manuscriptcentral.com/uf-velferd>.

KRAV TIL MANUS

Et krav for å bli publisert i Tidsskrift for velferdsforskning er at bidraget tar opp viktige spørsmål og at de holder et høyt faglig nivå. Tidsskriftets artikler skal være på et av de skandinaviske språkene.

Formelle krav

- Vitenskapelige artikler, inkludert sammendrag, noter, referanser og litteraturliste, bør ikke overskride 46.000 tegn (med mellomrom).
- Kommentar- og debattartikler bør ikke overstige 18.000 tegn (med mellomrom).
- Bokanmeldelser bør være under 9000 tegn (med mellomrom).

Redaksjonen kan godta lengre kommentarer eller bokessays, knyttet til viktige velferdspolitiske debatter.

En vitenskapelig publikasjon må presentere ny innsikt, og være i en form som gjør resultatene etterprøvbare eller anvendelige i ny forskning.

Sjekkliste før innsending

1. Tittel (gjerne kort og poengtert)
2. Forfatternavn, med tittel, institusjon, e-postadresse
3. Sammendrag på hovedspråk og engelsk (maksimum 200 ord).
4. Sammendragene skal innholdet bakgrunn for studien, metodene som er benyttet, det empirisk grunnlaget, hva som er studiens hovedfunn og konklusjon.
5. Engelsk tittel.
6. Manuskript med litteraturreferanser alfabetisk ordnet til slutt og ev. fotnoter
7. 3–6 nøkkelord på norsk og engelsk (som beskriver artikkelen med ord som ikke forekommer i tittelen)
8. Litteraturliste i henhold til referansestilen APA
9. Figurer og tabeller plasseres i teksten. Forfatter er selv ansvarlig for å innhente ev. tillatelser til bruk av figurer og tabeller

DOI-REFERANSE

Referansene skal alltid inkludere DOI (digital object identifier) for kilder som har dette. DOI skal være en klikkbar URL og plasseres til sist i referansen. Hvis du er usikker på hva DOI-koden til en referanse er, eller om en DOI-kode finnes, kan du gjøre et raskt søk etter tittel, forfatternavn osv.

på <http://search.crossref.org/>

LITTERATURREFERANSER I TEKSTEN

Tidsskriftet benytter referansestilen APA 7. Se her for en kort introduksjon:
<http://www.kildekompasset.no/referansestiler/apa-7th/>

PUBLISERINGSETIKK

Redaksjonen er opptatt av at det som publiseres i tidsskriftene, er av høy faglig kvalitet og følger internasjonale etiske standarder for vitenskapelig publisering. Tidsskriftet følger retningslinjene til [Committee of Publication Ethics \(COPE\)](#).

VURDERINGSPROSESSEN

Tidsskrift for velferdsforskning benytter fagfeller for å sikre den vitenskapelige kvaliteten til artiklene. Innkomne bidrag blir først vurdert av ansvarlig redaktør med tanke på relevans og kvalitet. Tidsskriftet følger tosidig anonymitets-prinsipp: både forfatter og fagfelle er anonyme for hverandre. Derfor må manuset anonymiseres før det sendes inn, dvs. forside med forfatternavn og -omtaler sendes inn som separat dokument og selvreferanser må anonymiseres. Redaksjonen konkluderer på grunnlag av fagfellevurderingene og videreformidler disse kommentarene og eventuelle endringsforslag til artikkelforfatteren.

Redaksjonen har prosedyrer for fagfellevurdering av evt. bidrag fra redaksjonens medlemmer, slik at også disse bidragene blir sikret anonym behandling.

Artikler skal ikke ha vært publisert andre steder tidligere. Innholdet i artikkelen skal heller ikke ha vært publisert i rapporter eller lignende med ISBN-nummer. Selv om artiklene ikke kan sies å være identiske kan ikke redaksjonen akseptere en artikkel der innholdet er publisert andre steder.

Å sende inn et manuskript til et vitenskapelig tidsskrift er et uttrykk for en hensikt om å publisere manuskriptet i dette tidsskriftet. Behandling av innkomne bidrag krever tid og oppmerksomhet i redaksjonen og hos dem som skal vurdere manuskriptet. Det er viktig at bidragsyterne er innforstått med at de ved å sende inn en artikkel aksepterer at ikke andre tidsskrifter kan vurdere artikkelen mens den er til vurdering i Tidsskrift for velferdsforsknings redaksjon.

Tidsskriftet forbeholder seg retten til å avvise uferdige manus.

9.2 Informasjonsskriv

” Vil du delta i forskningsprosjektet ”

Masteroppgave psykisk helsearbeid - VR-basert simulering som opplæringsverktøy for ansatt i møte med vold og trusler. Mun-light

Dette er et spørsmål til deg, om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å *beskrive Hvordan Vr basert simulering kan være et funksjonelt opplæringsverktøy for helsepersonell i møte med vold og trusler*. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med denne masteroppgaven i psykisk helsearbeid, vil være å beskrive prosjektet *Mun-light* sitt arbeid med å implementere VR basert simulering som funksjonelt opplæringsverktøy for helsepersonell. Det vil være viktig å beskrive grunntanken med prosjektet, gjennomføringen og hvilken verdi dette har gitt videre. VR basert simulering er en nyere opplæringsplattform som det er viktig å dokumentere effekten av. Prosjektet *Mun-light* vil være et godt sted på veien til ny kunnskap om viktig opplæring av helsepersonell.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskolen i innlandet er ansvarlig for prosjektet.

Prosjektleder vil som veileder til student være: Ann Mari Lofthus v/høgskolen i innlandet

Student: Stig Ekeberg

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du er valgt ut til å delta på bakgrunn av din deltakelse i gruppen for prosjektet *Mun-light*

Hva innebærer det for deg å delta?

Ved deltakelse, vil det bli benyttet et fokusgruppeintervjue, som er estimert til å vare ca. 45 minutter. Intervjuet vil inneholde spørsmål knyttet til planleggingsfasen for prosjektet, gjennomføringfasen samt spørsmål knyttet til evaluering og nytteverdi. Selve intervjuet vil bli tatt opp med diktafon for senere å bli transkribert. Det vil være et mål om at svarene fra intervjuene skal behandles og benyttes i publikasjon i artikkelform.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Gjennom prosjektperioden vil dine personopplysninger i form av opptak være oppbevart gjennom diktafon knyttet til UIO. Transkribering av opptak vil bli gjennomført på forsvarlig måte for å sikre anonymitet.

Det vil kun være student og veileder ved høgskolen i innlandet som vil ha tilgang til opptak knyttet til planlagte intervjuer.

Ved en eventuell publikasjon vil deltakende personer ikke offentliggjøres.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er mai – 2021, opptak og annet materiell knyttet til transkribering vil bli slettet senest etter 6 måneder etter prosjektslutt.

Dine rettigheter

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

- - innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- - å få rettet personopplysninger om deg,
- - å få slettet personopplysninger om deg, og
- - å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- *Høgskolen i innlandet* ved Prosjektansvarlig: Ann Mari Lofthus og student: Stig Ekeberg.
- **Vårt personvernombud: Seniorrådgiver Hans Petter Nyberg v/ Høgskolen i innlandet**

E-post: Hans.nyberg@inn.no Tlf: 62 43 00 23

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17. Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig Student (Forsker/veileder)

Samtykkeerklæring

Samtykke kan innhentes skriftlig (herunder elektronisk) eller muntlig. NB! Du må kunne dokumentere at du har gitt informasjon og innhentet samtykke fra de du registrerer opplysninger om. Vi anbefaler skriftlig informasjon og skriftlig samtykke som en hovedregel.

- - Ved skriftlig samtykke på papir, kan du bruke malen her.
- - Ved skriftlig samtykke som innhentes elektronisk, må du velge en fremgangsmåte som gjør at du kan

dokumentere at du har fått samtykke fra rett person (se veiledning på NSDs nettsider).

- - Hvis konteksten tilsier at du bør gi muntlig informasjon og innhente muntlig samtykke (f.eks. ved

forskning i muntlige kulturer eller blant analfabeter), anbefaler vi at du tar lydopptak av informasjon og samtykke.

Hvis foreldre/verge samtykker på vegne av barn eller andre uten samtykkekompetanse, må du tilpasse formuleringene. Husk at deltakerens navn må fremgå.

Tilpass avkryssingsboksene etter hva som er aktuelt i ditt prosjekt. Det er mulig å bruke punkter i stedet for avkryssingsbokser. Men hvis du skal behandle særskilte kategorier personopplysninger og/eller de fire siste punktene er aktuelle, anbefaler vi avkryssingsbokser pga. krav om eksplisitt samtykke.

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [*sett inn tittel*], og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i *Fokusgruppeintervju*
- at mine personopplysninger lagres etter prosjektslutt, til eventuell etterprøving

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

9.3 Intervjuguide styringsgruppe

Intervjuguide til fokusgruppeintervju i forbindelse med masteroppgave

(Styringsgruppe)

Innledning

Det vil i forkant av fokusgruppeintervjuene, bli rekruttert informanter fra prosjektet som danner bakteppe for denne undersøkelsen.

Fokusgruppeintervjuene vil bli gjennomført med 2 grupper, styringsgruppe og testgruppe. hvorav hver gruppe består rekrutterte informanter. Informantenes rolle i prosjektet vil være årsak til inndeling.

Intervjuet

1. introdusere prosjektet /bakgrunn og målsettinger
 - a. Jeg vil her kort introdusere formål med prosjektet og kort brife informantene om den generelle gjennomføringen. Jeg vil her presentere veileder og dens rolle i prosjektet som prosjektleder.
 - b. Jeg vil informere om fokusgruppe intervju som innsamlingsmetode for data og hvilke muligheter dette gir for felles drøftelse over gitte temaer. Det vil også her bli presentert felles kjøreregler og moderators rolle for å guide intervjuprosessen.
 - c. Det vil bli gitt informasjon om informantenes rettigheter hva angår anonymitet og hvordan taushetsplikten blir ivaretatt.
 - d. Som en avrunding mot selve intervjuet, vil det bli informert om opptaket som vil bli gjort under intervjuet, varighet for lagring og hvordan dette blir ivaretatt. Muntlig samtykke til opptak skal skje i forkant av intervjuet.

2. Selve Intervjuet

Intervjuene skal fange de ulike fasene i prosjektet der vil hovedtrekkene for intervjuet fremstå slik:

- **Planleggingsfase**
 - Hva startet prosjektet mun-light?
 - Hva var inspirasjonen til å gjennomføre et prosjekt med bruk av Vr briller som opplæringsmetode?
 - Hvilke samarbeidspartnere var viktig å få med og hvorfor?
- **Gjennomføringsfase**
 - Hva var viktig å få etablert for at VR basert simulering skulle være kompetansehevende?
 - Hvorfor er det et behov for denne type opplæringsmetode
 - Hva skiller VR basert simulering fra annen simuleringstrening?
 - medisinsk simulering
 - Hva var sentralt for å skape læring, i møte med vold og trusler for helsepersonell?
 - E-læringsprogram
 - Troverdige scenario
 - Hvor viktig var teknologi og film for gjennomføring av prosjektet?
 - Vurdering hva angår film?
 - Lys og lyd
 - Hvilke teknologiske vurderinger ble gjort for å nå målsettinger?
 - Type briller?
 - Funksjonalitet
 - Hvilke utfordringer møtte dere underveis?
 - E-læring
 - Scenario
 - etc
 - Hva konkret ble utarbeidet og hvordan ble dette testet?
 - Hva er funksjonelt godt ved å benytte VR i opplæring
- **Avslutning og evaluering**
 - I hvilken grad ble målsettingene for prosjektet nådd?
 - Hvilken effekt har prosjektet hatt?
- **Refleksjon over eventuell verdi**
 - Har prosjektet mun-light vært av verdi for flere?
 - på Hvilken måte?
 - Hva ansees som suksessfaktorer for at VR-basert simulering skal være et godt opplæringsverktøy for blant annet vold og trusler?
 - Verdi for de ulike samarbeidspartnere?

3. Moderator vil avslutningsvis kort oppsummere intervjuet, det vil her være muligheter for tilføyinger fra informantene.

9.4 Intervjuguide testgruppe

Intervjuguide til fokusgruppeintervju i forbindelse med masteroppgave

(Testgruppe)

Innledning

Det vil i forkant av fokusgruppeintervjuene, bli rekruttert informanter fra prosjektet som danner bakteppe for denne undersøkelsen.

Fokusgruppeintervjuene vil bli gjennomført med 2 grupper, styringsgruppe og testgruppe. hvorav hver gruppe består rekrutterte informanter. Informantenes rolle i prosjektet vil være årsak til inndeling.

Intervjuet

4. introdusere prosjektet /bakgrunn og målsettinger
 - a. Jeg vil her kort introdusere formål med prosjektet og kort brife informantene om den generelle gjennomføringen. Jeg vil her presentere veileder og dens rolle i prosjektet som prosjektleder.
 - b. Jeg vil informere om fokusgruppe intervju som innsamlingsmetode for data og hvilke muligheter dette gir for felles drøftelse over gitte temaer. Det vil også her bli presentert felles kjøreregler og moderators rolle for å guide intervjuprosessen.
 - c. Det vil bli gitt informasjon om informantenes rettigheter hva angår anonymitet og hvordan taushetsplikten blir ivaretatt.
 - d. Som en avrunding mot selve intervjuet, vil det bli informert om opptaket som vil bli gjort under intervjuet, varighet for lagring og hvordan dette blir ivaretatt. Muntlig samtykke til opptak skal skje i forkant av intervjuet.

5. Selve Intervjuet

Intervjuene skal fange de ulike fasene i prosjektet der vil hovedtrekkene for intervjuet fremstå slik:

- **Introduksjon**

- Dere var med på et prosjekt (juni, 2018) hvor man skulle benytte VR som opplæringsmetode for i helsepersonell, kan dere beskrive litt hva dere var med på?

- **Gjennomføring**

- Dere ble i forkant presenter et e-lærings program, i hvilken grad fungerte dette kompetansehevende?
- Det ble vist et scenario i VR brillen, hvordan opplevde dere det scenarioet?
- Etter at dere så filmen i VR brillen, så var det en refleksjonsfase. Hvordan opplevde dere denne?
 - ✓ Økt kompetanse
 - ✓ Læring og forståelse for egen væremåte
 - ✓ Samarbeid mellom kollegaer.
- Hvor relevant kan en slik opplæringsform være for dere i dag?
- Hva tenker dere er viktig for at VR skal fungere godt som et opplæringsverktøy?
- Hvis dere kunne endret noe på den VR-baserte opplæringen, hva ville dette være?

6. Moderator vil avslutningsvis kort oppsummere intervjuet, det vil her være muligheter for tilføyinger fra informantene.

9.5 Godkjenning NSD

28.4.2021 Meldeskjema for behandling av personopplysninger



NSD sin vurdering Prosjekttittel

Masteroppgave psykisk helsearbeid - VR-basert simulering som opplæringsverktøy for ansatt i møte med vold og trusler. Mun-light

Referansenummer

779775

Registrert

15.09.2020 av Stig Ekeberg - 222715@stud.inn.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskolen i Innlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Ann-Mari Lofthus, annmari.lofthus@inn.no, tlf: 4790515564

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

stig Ekeberg, Stigeke@online.no, tlf: 48278765

Prosjektperiode

03.08.2020 - 05.05.2021

Status

19.04.2021 - Vurdert

Vurdering (2)

19.04.2021 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 15.04.2021.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 19.04.2021. Behandlingen kan fortsette.

Zoom ble lagt til som databehandler i prosjektet.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/5ec3fc14-a29a-4cca-a879-3a40abce9b45> 1/3

28.4.2021 Meldeskjema for behandling av personopplysninger

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

Kontaktperson hos NSD: Simon Gogl Lykke til videre med prosjektet!

21.09.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 21.09.2020, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 05.05.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

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

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/5ec3fc14-a29a-4cca-a879-3a40abce9b45/2/3>

28.4.2021 Meldeskjema for behandling av personopplysninger

Nettskjema-diktafon ved UiO er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

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

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Simon Gogl
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)