

Jakten på det gode øyeblikk

Fokusgruppeintervju med ansatte om erfaringer med bruk av alternative og komplementære behandlingsmetoder i sykehjem.

Gitte Garvik

Veileder

Berit Johannessen

Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

Universitetet i Agder, #[2013]

Fakultet for #[Helse- og idrettsvitenskap]

Institutt for [Folkehelse, Idrett og Ernæring]

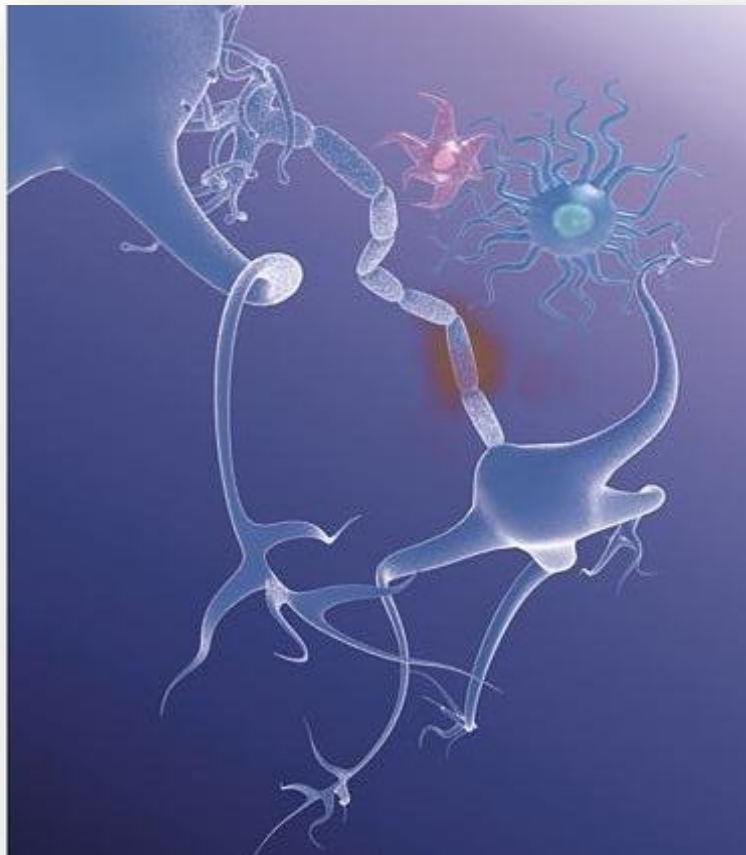
Jakten på det gode øyeblikk

Fokusgruppeintervju med ansatte om erfaringer med bruk av alternative og komplementære behandlingsmetoder i sykehjem.

Gitte Garvik

Masteroppgave

Universitetet i Agder, Fakultet for helse og idrettsvitenskap, Institutt for Folkehelse, idrett og ernæring, Master i Folkehelsevitenskap, Kristiansand Kull 2011



Forord

Det oppleves som å ha vært med på en reise som endelig nærmer seg slutten. Ja visst, har det vært krevende å ta fatt på studier i voksen alder, men du verden så spennende.

Det har vært en fin reise. Det har åpnet seg nye landskap, med tilgang til forskning fra alle land og fagfelt.

Denne oppgaven vil jeg tilegne min far. Han er en viktig grunn til at jeg valgte å arbeide med «Jakten på det gode øyeblikk». Det å oppleve på nært hold hvordan en kunnskapsrik og livsglad person gradvis blir redusert av demens, er trist for de nærmeste. Men det er fortsatt små glimt som gjør at vi ikke slipper taket helt. Det å se gleden når vi setter på musikk med Jim Reeves, eller det å lokke fram latteren med en velkjent bygdehistorie, gir gode øyeblikk for oss alle. Det ligger mange fine muligheter for hvordan vi kan være sammen og oppleve gode øyeblikk.

Jeg fått innblikk i en arbeidsdag som er krevende for de ansatte. Omsorgen de gir våre nærmeste kan ikke verdsettes høyt nok. Mange har utrolig mye kunnskap og er dyktige i sitt arbeid. Jeg beundrer alle som går inn for oppgaven og gir av seg selv. Takk til dere som stilte opp i fokusgruppene og delte erfaringer og opplevelser med meg.

Takk til min veileder Berit Johannessen, førsteamanuensis ved institutt for sykepleievitenskap som har holdt meg på stø kurs når jeg har vinglet avgårde i «Jakten på det gode øyeblikk.» Jeg er imponert over ditt redaktørtalent og din evne til å få frem det beste i studenten.

Og takk til familie og venner som har fulgt med fra sidelinjen med heiarop mens jeg arbeider meg gjennom alle faser i studiet. Dere har hatt tro på meg, og det har betydd alt i perioder hvor jeg selv ble overveldet av tvil.

Takk til Frida og Anette for at dere har ventet på at mamma skal komme ut fra kontoret og delta i hverdagslivet igjen. Og takk Oddvar, som løser alle problemer og er der når det trengs som mest!

Jeg vil fortsette jakten, fortsette å lete etter muligheter og metoder, samle inn erfaringer fra inn og utland for å se om jeg finner noe vi kan ha glede av i omsorgen for demente. Det får bli «Jakten på det gode øyeblikk 2»

Mandal, 21.05.13

Gitte Garvik

Øyeblikket – Kari Bremnes

Øyeblikket e av glass
ingen av dem tør å røre ved det
klare tanka melde pass
begge veit den andre godt kan se det
Spør dem ikkje nu om kor de går
begge to er barbeint
og har angst for glass med skår

Tia er en jordbæris som smelte
øyeblikket er et glass
og glass kan velte

Håpet står med åpen dør
kanskje lukkes den i dette rommet
begge to har vært her før
begge veit når øyeblikk er omme
Glasset er et gjennomsiktig speil
begge ser et ukjent landskap
og kan lett gå feil

Tia er en jordbæris som smelte
øyeblikket er et glass
og glass kan velte

Innhold

Sammendrag norsk.....	3
Abstract English.....	3
1.0 Introduksjon	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema «jakten på det gode øyeblikk»	5
1.2 Hensikt og Problemstilling.....	6
1.3 Begrepsavklaringer	6
1.3.1 KAM	6
1.3.2 Miljøterapi	7
2.0 Teori og aktuell litteratur	8
2.1 Brukere av omsorgstjenester med fokus på demens.....	9
2.2 Endringsprosesser i organisasjoner.....	11
2.2.1 Endringsteori	12
2.2.2 Den lærende organisasjonen og dens disipliner	12
2.2.3 Hensiktsmessig lederfokus	14
2.3 Tidligere forskning	15
3.0 Metode	16
3.1 Fokusgruppeintervju	16
3.1.1 Utvalg.....	17
3.1.2 Intervjuguide	17
3.1.3 Gjennomføring	18
3.2 Metode for analyse og fortolkning.....	20
3.2.1 Databehandling	22
3.2.2 Systematisk tekstkondensering.....	22
3.2.3 Danne helhetsinntrykk	23
3.2.4 Fra tema til koder	23
3.2.5 Fra kode til mening.....	24
3.2.6 Fra kondensering til beskrivelse og begreper	24
3.3 Etiske hensyn.....	25
3.4 Krav om konfidensialitet	26
3.5 Konsekvensene forskningen vil gi.....	26
4.0 Resultater	27
4.1 Presentasjon av funn.....	27
4.1.1 Ansatte opplever KAM som spennende.....	27
4.2 Ansatte har en positiv og åpen holdning til KAM.....	29

4.2.1	Ansatte har tro på KAM.....	30
4.2.2	De er åpne for kunnskap og erfaring.....	31
4.2.3	Holdninger fra ledelsen	32
4.3	Ansattes erfaringer med KAM behandling som virker	33
4.3.1	Miljøterapi	33
4.3.2	Musikkterapi.....	34
4.3.3	Dyreassistert terapi	35
4.3.4	Aromaterapi	36
4.3.5	Ansattes opplevelser med utfordringer ved bruk av KAM metoder	38
5.0	Diskusjon	42
5.1	Diskusjon av funnene	42
5.2	En lærende organisasjon allerede?	42
5.2.1	Senges første prinsipp	42
5.2.2	Senges andre prinsipp,	43
5.2.3	Senges tredje prinsipp	44
5.2.4	Senges fjerde prinsipp	44
5.2.5	Senges femte prinsipp	45
5.3	Diskusjon av dokumenterte KAM metoder	46
5.3.1	Miljøterapi	46
5.3.2	Musikkterapi.....	47
5.3.3	Dyreassistert terapi	49
5.3.4	Aromaterapi	49
6.0	Konklusjon	51
7.0	Referanseliste	52
	Vedlegg.....	56
	Vedlegg 1: Informasjonsskriv institusjon	56
	Vedlegg 2: Informasjonsskriv ansatte	57
	Vedlegg 3: Samtykkeerklæring.....	58
	Vedlegg 4: NSD	59
	Vedlegg 5: Intervjuguide	60
	Vedlegg 6: søkelogg.....	61

Sammendrag norsk

Bakgrunn: Tallet på mennesker med demenslidelser vil kunne fordobles i løpet av 35 år. Regjeringens Omsorgsplan mener fremtidens tjenester må fokusere på innovasjon og kompetanse. Enkelte sykehjem har tatt i bruk alternative og komplementære behandlingsformer i behandling av demenspasienter.

Hensikt og problemstilling: Hvilke metoder benyttes og hva opplever ansatte i forhold til å bruke komplementære og alternative metoder? Studien vil utforske mulighetene med bruk av metodene.

Utvalg og metode: Studien har et deskriptivt, eksplorerende og tolkende design. Datainnsamlingen ble gjennomført ved hjelp av fokusgruppeintervju med til sammen 12 ansatte ved 3 sykehjem. Lydopptak av intervjuene ble transkribert i sin helhet og analysert ved hjelp av Malteruds (2003) analysemetode, systematisk tekstkondensering.

Resultater: Ansatte opplever det som spennende å lære om og bruke alternative og komplementære metoder som dyreassistert terapi, musikkterapi, miljøterapi og aromaterapi. Ansatte viser til vellykkede eksempler med bruk av alternative og komplementære metoder. De er åpne for ny kunnskap, har tro på alternative og komplementære metoder og deler egne erfaringer på jobb og privat. Det er utfordringer med bruk av komplementære og alternative metoder i sykehjem, i forhold til pasientgrupper, praktiske problemer med dyrehold, negative holdninger fra andre medarbeidere og organisering av prosjekter i turnusavdelinger.

Konklusjon: Ansatte som benytter komplementære og alternative behandlingsmetoder er åpne og lærevillige og oppfyller kriterier som beskriver endringsvilje i en lærende organisasjon. Ansatte erfarer at flere metoder har god effekt overfor pasientgruppen demente. Det er ingen studier som viser utbredelsen av komplementær og alternativ behandling i norske sykehjem. Det åpner for videre forskning på dette området.

Nøkkelord: Alternativ behandling, KAM, sykehjem, demens, holdninger, lærende organisasjon, Omsorgsplan2020

Abstract English

Background: The number of patients diagnosed with dementia may double in the next 35 years. The health authorities meet the challenge with innovation and competence. Some nursing homes have started using alternative and complementary methods in caring for patients with dementia.

Purpose: What methods are applied? How do the employees experience the use of complementary and alternative methods? This study will explore the possibilities associated with such methods.

Methods: The study has a descriptive, explorative and interpretive design. Data were collected in focus group interviews, with a total of 12 employees from three nursing homes. Recorded interviews were transcribed verbatim, and Malterud's (2003) "systematic text condensation" was used to analyze the data.

Results: The employees are excited about learning and using the alternative and complementary methods, such as animal assisted therapy, music therapy, milieu therapy and aromatherapy. They have experienced successful results from using complementary and alternative methods. Employees

are open towards new knowledge and they believe in alternative complementary methods. They willingly share their experience both at work and private. There are challenges using complementary and alternative methods in nursing homes with various groups of patients, problems keeping animals in institutions, negative attitude from coworkers and organizing projects at shift wards.

Conclusion: Employees using complementary and alternative methods are open and teachable, fulfilling criteria described in learning organizations with willingness to change. They experience several methods having positive effect patients with dementia. There are no studies on the prevalence of complementary and alternative methods practice in Norwegian nursing homes. This calls for further research.

Key words: Alternative therapy, CAM, nursing homes, dementia, attitude, learning organization, Care Plan2020

1.0 Introduksjon

Pleie og omsorgstjenesten står overfor store utfordringer de neste årene og ansatte opplever ofte at det er manglende samsvar mellom ressurser og oppgaver. (1-3). Dette er en situasjon som bekymrer mange av oss og etter hvert kan presset i helsevesenet gi en betydelig belastning på de ansatte. For å møte både dagens behov og morgendagens utfordringer, har regjeringen lagt frem sin nyeste Omsorgsplan i Stortingsmelding nr.29 «Morgendagens omsorg» (4).

Planen inneholder tre hovedmål som er sammenfattet i punktene: 1) Lete frem, mobilisere og ta i bruk samfunnets omsorgsressurser på nye måter, 2) Utvikle nye omsorgsformer gjennom ny teknologi, nye faglige metoder og arbeidsformer og endringer av organisatoriske og fysiske rammer og 3) Styrke kommunenes forsknings-, innovasjons- og utviklingsarbeid.

Gradvis avløses dagens Omsorgsplan 2015 (5) av de nye tiltakene som bidrar til å utvikle og innarbeide nye og fremtidsrettede løsninger.

Beregninger fra Folkehelseinstituttet viser at i Norge regner vi med at gruppen over 67 år vil mer enn dobles frem mot 2060, fra 0,6 millioner til 1,5 millioner. Det ventes også at antall svært gamle, de over 80, vil tredobles i samme periode. (6) De fleste eldre er friske, men de fleste syke er eldre, heter det i Omsorgsplanen og det vil særlig gjelde for personer som utvikler demens.

Det er i dag om lag 70 000 personer med demens i Norge og vi regner med at om lag 250 000 personer, både syke og pårørende, er berørt av sykdommen. Om lag 10 000 personer rammes årlig av demens. (4).

1.1 Bakgrunn for valg av tema «jakten på det gode øyeblikk»

Jeg opplevde å stå overfor et veiskille; - etter å ha arbeidet mer en tjue år i oljeindustrien som offshorepsykepleier, ønsket jeg å bidra til innovasjons- og utviklingsarbeid i omsorgstjenesten. De senere år er flere av mine nærmeste rammet av demenssykdom og jeg har som pårørende erfart hvor viktig det er å bidra til at denne gruppen blir sikret kvalitativ god omsorg i fremtiden. Sykepleiergjerningen strekker over et vidt spekter og det er langt fra min egen yrkeserfaring med vekt på akuttmedisin og forebyggende helsetiltak for arbeidstakerne, til de utfordringer som møter sykepleiere og annet personell som har sitt virke innen demensomsorgen. Demente har på grunn av sine sviktende kognitive evner liten mulighet til selv å ivareta sine rettigheter. (7) Dette stiller pasientgruppen i en svak posisjon og det er derfor ekstra viktig at helsepersonell tar ansvar som pasientens talsmann. I årene fremover forventes det økt etterspørsel etter kvalifisert helsepersonell og det blir derfor viktig å vise de mulighetene og utfordringer som oppleves å eksistere i demensomsorgen. (5) Ved å se på de gode og meningsfulle sidene ved å jobbe med denne pasientgruppen, kan fokuset endres fra den tradisjonelle medisinske problemorienterte tilnærmingen til et mer løsningsorientert fokus. Det kaller jeg «jakten på det gode øyeblikk».

Oljebransjen gjennomfører jevnlig omorganiseringer og endringsprosesser for sine ansatte. Jeg vil forsøke å relatere mine erfaringer i dette arbeidet til omsorgsinstitusjoner ved hjelp av anerkjente teorier innen organisasjon og endring. (8-11) Jeg vil være med å utforske mulighetene og lete etter nye måter å løse omsorgsoppgavene på. Den nye Omsorgsplanen «Morgendagens omsorg» har valgt å åpne med sitatet:

«Omsorgskrisen skapes ikke av eldrebølgen, men av forestillingen om at omsorg ikke kan gjøres annerledes enn i dag.» Kåre Hagen

Dagens pleiepersonell gir uttrykk for at de kommer til kort med tilgjengelige ressurser, på bekostning av kvaliteten i omsorg og pleie. (3) Flere studier med bruk av komplementære, alternative behandlingsformer (KAM) har vist oppløftende resultater, (12-16) (17, 18) noe som også bekreftes av mine egne funn i studien.

1.2 Hensikt og Problemstilling

Litteratursøk viser at det finnes en del forskning på ulike KAM metoder og effekten av disse, men det er svært begrenset hva som finnes om ansattes erfaringer med bruk av KAM på sykehjem. Er fokusgruppene i denne studien representative og gjenspeiler det som foregår ellers i norske sykehjem? Det vet vi fortsatt lite om. Denne studien kan danne grunnlag for å lage en pilotstudie som kartlegger utbredelse av KAM praksis i omsorgstjenesten.

Hvilke KAM metoder benytter de ansatte og hva opplever de i forhold til å ta i bruk KAM metoder? Jeg vil utforske mulighetene og lete etter nye måter å løse omsorgsoppgavene på. Ligger forholdene til rette for bruk av alternative, komplementære behandlingsformer som kan benyttes i sykehjem i det daglige?

For å forske etter svar har jeg utformet følgende problemstilling:

Hvilke erfaringer og opplevelser har ansatte med bruk av alternative og komplementære behandlingsformer i sykehjem?

1.3 Begrepsavklaringer

1.3.1 KAM

Det finnes flere definisjoner på hva som menes med alternativ behandling og jeg velger å benytte Helse- og Omsorgsdepartementets lovtekst fra §2, Lov om Alternativ behandling mv. (19)

"Med alternativ behandling menes helserelatert behandling som utøves utenfor helsetjenesten og som ikke utøves av helsepersonell. Behandling som utøves i helsetjenesten eller av autorisert helsepersonell, omfattes likevel av begrepet alternativ behandling når det brukes metoder som i all vesentlighet anvendes utenfor helsetjenesten"

Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling (NIFAB) har bidratt til å definere begrepene Komplementær behandling og KAM:

«Komplementær behandling kan beskrives med de samme kjennetegn som alternativ behandling. Ingen behandlingsformer er altså "komplementære" pr. definisjon, men begrepet forklarer mer om *hvordan* behandlingen brukes – altså *i tillegg til, samtidig og/eller sammen med* annen behandling/ medisin - og da gjerne den skolemedisinske behandlingen man får i det offentlige helsevesenet. Komplementær bruk bunner oftest i pasientens egne

valg av ulik helsebehandling, uten mye påvirkning fra lege/helsepersonell og alternativbehandler.»(20)

Begrepet KAM omslutter både alternativ og komplementær behandling. I Norge og i utlandet brukes ofte samlebetegnelsen Komplementær og Alternativ Medisin, gjerne forkortet til KAM (i utlandet CAM - Complementary and Alternative Medicine). (21)

Verdens helseorganisasjon, (WHO) bruker følgende definisjon:

”En vid gruppe av behandlingsmetoder som ikke er en del av landets egne tradisjoner og som ikke er integrert i det dominerende behandlingssystemet” (22).

Denne definisjonen ser man ofte brukt om alternativ behandling i Norge. Komplementær behandling innebærer at pasientene bruker både skole medisinsk og alternativ behandling parallelt. Dette er det mest vanlige i Norge. Begrepet kan også forstås ved en ikke-skole medisinsk behandling, som brukes symptomlindrende og for å øke livskvaliteten(21).

1.3.2 Miljøterapi

Det er etter hvert utviklet ulike miljøtiltak som kan brukes terapeutisk mot uro og depresjon ved emens eller mot utagering ved stell og daglige aktiviteter(4). En definisjon i Store Norske Leksikon oppsummerer miljøterapi som:

«systematisk og gjennomtenkt tilrettelegging av miljøets psykologiske, sosiale og materielle/fysiske betingelser i forhold til individets og gruppens situasjon og behov. Hensikten med miljøterapien er å fremme individenes muligheter for læring, mestring og personlig ansvar. Miljøterapi kan brukes både overfor hemmede pasienter for å øve opp deres evne til sosial deltagelse og utfoldelse og overfor ulikevektige, affektlabile eller atferdsforstyrrede pasienter for mer grensesettende formål og trening. Denne terapiformen forsøkes gitt i et miljø som mest mulig ligner på det naturlige og som bidrar til mestring av nye samhandlingsferdigheter mellom pasienten og omgivelsene. Miljøterapi kan finne sted ved et psykiatrisk sykehus eller i en annen type behandlingsinstitusjon.»

http://snl.no/.sml_artikkel/milj%C3%B8terapi

I fokusgruppeintervjuene, når informantene snakker om erfaringer og opplevelser med bruk av KAM, kommer de inn på mange metoder og tiltak som ligger i en gråson mellom begrepene KAM og miljøterapi. De definerer i denne oppgaven bruk av sansehager, utendørsaktiviteter, musikk- og dyreassistert terapi som komplementær alternativ behandling, på lik linje med for eksempel

aromaterapi. Helsemyndighetene vier også miljøterapi stor oppmerksomhet i Demensplan 2015 (5), hvor det ligger klare føringer på at kvaliteten på miljøterapeutiske tilbud i demensomsorgen skal bedres. I tillegg til bedre målinger av effekt av iverksatte miljøterapeutiske tiltak, skal det også utvikles systemer som sikrer at ny kunnskap tas i bruk som første valg i behandling og pleie. I denne sammenhengen velger jeg å inkludere miljøterapi i KAM metodene.

2.0 Teori og aktuell litteratur

Tall fra Folkehelseinstituttet viser at rundt 70 000 personer lever med demens i Norge i dag. Dette antallet vil stige mye i årene som kommer fordi vi blir flere eldre. (6) Samfunnet står overfor store omsorgsoppgaver i forhold til det økende antallet med demens. Jeg har derfor valgt å trekke frem erfaringer og opplevelser de ansatte formidler om denne pasientgruppen. Dette vil jeg drøfte opp mot teori og aktuell litteratur innen helsemyndighetenes prioriteringer, fagmiljøets anbefalinger, organisering av omsorgsarbeidet og internasjonal forskning på området.

Samtlige fokusgrupper hadde daglige arbeidsoppgaver i forhold til pasienter med diagnosen demens, selv om noen ansatte var tilknyttet avdelinger som ikke var skjermet enhet eller demens avdelinger. Derfor velger jeg å se på funnene i forhold til helsemyndighetens prioritering for en bedre demensomsorg. Det finnes mye dokumentert kunnskap om demensdiagnoser og behandlingstiltak. Jeg har i hovedsak benyttet faglitteratur som brukes i undervisning i norske høyskoler og universitet. (7) Det er forsket på flere områder som kommer inn under «erfaring med KAM i sykehjem». (15, 23-28) Universitetet i Agder har gjennom sitt forsknings og utviklingsarbeid gjennomført flere prosjekt i kommunehelsetjenesten med bruk av alternative og komplementære metoder som aromaterapi mot depresjon og søvnløshet og naturmidler i sårbehandling. (ikke publisert)

Flere studier har tatt for seg ansattes holdninger til demente og holdninger til bruk av KAM, (29-32) Det å identifisere holdninger danner et viktig grunnlag for hvilke tiltak vi har tro på og hva som kan endres for å oppnå resultater.

Å bruke KAM metoder er å gjøre ting på nye måter. Dette krever endring av praksis gjennom organisering og nye måter å løse omsorgsoppgavene på. Ved bruk av endringsteori (9, 33) vil jeg belyse studiens funn og dermed bidra til bedre forståelse av ansattes erfaringer og opplevelser.

2.1 Brukere av omsorgstjenester med fokus på demens

Det er kommunene som har ansvar for å sørge for gode og forsvarlige helsetjenester til alle som trenger det, uavhengig av alder eller diagnose. Staten har ansvar for å sikre like rammevilkår gjennom regelverk og økonomiske tilskudd.

For å møte både dagens behov og morgendagens utfordringer, har regjeringen lagt frem sin nyeste Omsorgsplan i Stortingsmelding nr.29 (4):«Morgendagens omsorg». Som tittelen avspeiler, er planen meget fremtidsrettet og den vier mye oppmerksomhet til hvordan vi kan tenke nytt, med innovasjon og endring av dagens organisering.

Meldingen legger vekt på hvordan vi skal utvikle nye omsorgsformer gjennom ny teknologi, nye faglige metoder og arbeidsformer og endringer av organisatoriske og fysiske rammer. Planen inneholder tre hovedmål:

- Lete frem, mobilisere og ta i bruk samfunnets omsorgsressurser på nye måter
- Utvikle nye omsorgsformer gjennom ny teknologi, nye faglige metoder og arbeidsformer og endringer av organisatoriske og fysiske rammer
- Styrke kommunenes forsknings-, innovasjons- og utviklingsarbeid.

Gradvis avløses dagens plan av de nye tiltakene som bidrar til å gi arbeidet en mer innovativ retning og det er valgt å åpne «Morgendagens omsorg» med sitatet:

«Omsorgskrisen skapes ikke av eldrebølgen, men av forestillingen om at omsorg ikke kan gjøres annerledes enn i dag.» Kåre Hagen

Ved å studere planlagte strategier og viktige tiltak i omsorgsplanen, ser man at satsningsområdene er å lage et innovasjonsprogram frem mot år 2020. Det vil legges vekt på en aktiv og fremtidsrettet pårørendepolitikk, samt å lage en strategi for frivillig arbeid i helse- og omsorgssektoren. Videre skal det satses på faglig omlegging hvor miljøterapi, aktivitet og hverdagsrehabilitering er prioritert. I tillegg skal det lages et nasjonalt program for velferdsteknologi, samtidig som det skal bygges sykehjem og omsorgsboliger for fremtidige behov.(4)

Hvilke endringer disse planene vil få for ansatte på sykehjem som har pleie og omsorg for pasientgruppen demente, er uvisst. Men det er av betydning at Omsorgsplanene kommuniseres helt ut til de som utfører det daglige arbeidet i førstelinje. Det å omsette helsepolitiske mål til praktisk virkelighet for ansatte og pasienter må være overordnet.

Demensplan 2015 «Den gode dagen» ble lagt frem i Stortingsmelding nr. 25 (5)

Planen beskriver utfordringer vi møter med økende antall pasienter med demens, mangler i omsorgskjeden og hvilke strategier og tiltak vi skal møte utfordringene med. Det legges vekt på grunnleggende prinsipper for en bedre demensomsorg, med økt kunnskap og kompetanse i alle ledd. Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging med langsiktig strategi, er hovedinnholdet i planen. Jeg vil diskutere fokusgruppedeltakernes erfaringer og opplevelser ved bruk av KAM i sykehjem i lys av regjeringens strategi til å oppfylle målene i Omsorgsplanene.

Demens og demensomsorg

Internasjonal forskning har de senere årene ført til en rivende utvikling i forståelsen av demenssykdommene og behandling av dem som er rammet. (34) Behandling og omsorg av eldre med demens krever kunnskap. Knut Engedal og Per Kristian Haugen har skrevet læreboken «Demens- fakta og utfordringer» (7) som benyttes i undervisning om demens i grunn- og videreutdanninger på universiteter og høyskoler

I kapittelet som omhandler Miljøtiltak - beskrives fire målsettinger som viktige i behandling i forbindelse med kognitiv svikt hos demente;

- Å tilby oversiktlige og trygge omgivelser, med et stabilt og begrenset antall beboere og personale.
- Å legge opp til stimulering og aktiviteter som bygger på pasientenes tidligere erfaringer og interesser og unngå stimuleringer som virker forvirrende og uforståelig.
- Å øke muligheten til samhandling og samvær med andre.
- Å sette i gang tiltak for å fremme muligheten til å leve og fungere i et miljø som er mest mulig normalt og under så vanlige betingelser som mulig. Dette innebærer å bli møtt med normale reaksjoner fra andre mennesker. (7)

Demens kan ha ulike årsaker med forskjellig sykdomsforløp, og pasientene kan ha behov for ulike tilnæringsmåter fra omsorgsyterene. Pasienter med vaskulær demens vil ofte trenge motivering, trening og støtte til selvoppfatning. Personalrollen får da preg av å ligne en trener. Demens ved Alzheimers sykdom er den vanligste formen, hvor minst 60 % av alle med demens lider av denne typen. Pasientene har behov for noen som forklarer situasjoner, og angst og forvirring gjør at personalet må være den trygge, stabile som lytter og forstår. Pasienter med symptomer på Fronttemporallappdemens har behov for mer skjerming og grensesetting. Personalrollen bærer her

mer preg av struktur og beskyttelse (7) Cheston og Bender(34) mener at den viktigste oppgaven for helsepersonell ikke er å gjette seg til hvilke deler av hjernen som er skadet, men forsøke å forstå den subjektive verden til den som har fått demens. (7)

Selv om personer med demens har fellestrekk med andre mennesker med samme lidelse, er det viktig å huske på at alle mennesker er forskjellige. Personfokusering bidrar til å individualisere omsorgen slik at det unike ved hvert enkelt menneske blir sett og ivaretatt. Engedal og Haugen viser til Cheston og Bender (7, 34) som gir en oversikt over hva personfokuserert tilnærming forutsetter, her oppsummert i fire punkter:

- At man fokuserer på person, - ikke på hjerneskaden.
- At man fokuserer på personens opplevelser, - ikke på kognitiv svikt.
- At man fokuserer på at personen er i relasjon til andre mennesker som ektefelle, mor/far, sønn/datter.
- At man fokuserer på personens verdier, livsførsel og normer.

Funnene fra fokusgruppeintervjuene vil sees i sammenheng med Engedal og Haugens lærebok (7)

2.2 Endringsprosesser i organisasjoner

Organisasjonsutvikleren Peter Senge mener at det er mulig å få til endringer gjennom læring i en gruppe eller virksomhet gjennom systematisk arbeid. En kombinasjon av personlig mestring, utvikling av mentale modeller, felles visjoner og gruppeprosesser og ikke minst en overordnet forståelse for helheten i en organisasjon, er vesentlige for å få til varige endringer. Et viktig suksesskriterium er at ansatte forstår hensikten med endret arbeidsmåte. Med utgangspunkt i disse teoretiske perspektivene tenker vi at pleiekulturen på den ene siden kan være forholdsvis stabil og uforanderlig, samtidig som den bærer i seg muligheter for endring og utvikling.

I boka «Den femte disiplin» (9, 33) presenterer Senge teorien om utviklingen av Lærende Organisasjoner. Teori om endring i organisasjoner kan overføres til en sykehjemsavdeling for å forstå hvordan KAM kan integreres som en del av behandlingen. Fastlåste mønster i pleiekulturen kan legge hindringer for å skape utvikling. Teorien kan brukes til å forstå hvilke personalerfaringer som kan identifiseres der KAM er en del av tilbudet. I følgende avsnitt følger en presentasjon av teorien:

2.2.1 Endringsteori

Teorien om dobbelkretslæring er utgangspunktet for Peter M. Senges teori, som bygger på den kjente organisasjonsutvikleren Chris Argyris (8) handlingsteori om dobbelkretslæring. Denne kjennetegnes ved at organisasjonens individer ser hensikten og vet hvorfor endringer er nødvendige og at endringene vedlikeholdes gjennom systematisk oppfølging og veiledning av ansatte. Senge (9, 33) har samme utgangspunkt, men har en mer konkret beskrivelse av utviklingen. Et viktig element i hans teori er å kunne løfte blikket for å lære å få oversikt og se helheten, som en vesentlig egenskap for å kunne utvikle *lærende organisasjoner*. Den femte disiplin er nettopp den helhetlige oversikten. Det er enkeltindividene som må påvirkes mot å endre sitt tankesett og felles refleksjonsprosess bidrar til endringsprosesser. Senges teori om å gjennomføre systematiske endringsprosesser for å skape varig endring, er valgt for å kunne tolke mekanismer som oppstår i endringsprosesser.

2.2.2 Den lærende organisasjonen og dens disipliner

Endringsteorien (9, 33) er tuftet på fem gjensidig avhengige disipliner.

Ordet «disiplin» som begrep i teorien brukes som en betegnelse på en utviklingsvei. En disiplin er teori og teknikker som personalet skal bruke som verktøy. De fem disiplinene for å skape en lærende organisasjon presenteres her i en komprimert framstilling:

I. *Personlig mestring*

Personlig mestring handler om hva den enkelte har av bestemte kunnskaper og ferdigheter, å være klar over sine styrker og svakheter og å ta initiativ til å lære seg nye ting. Hver ansatt må kartlegge og utdype egen visjon og trene på å oppfatte virkeligheten på en objektiv måte. Som eksempel brukes barnets vilje som kjennetegnes ved stadig å ville lære nytt, som et menneskelig fenomen. Læring sees som noe lystbetont og er en livslang prosess. Å utvikle personlig mestring handler om å få erfaring om de positive sidene ved å lære noe nytt. Personlig vilje til å skape en utvikling er grunnleggende for å skape den lærende organisasjon. (9, 33)

II. *Mentale modeller*

Mentale modeller handler om å endre sitt tankesett, som tradisjonelt preges av grunnleggende og inngrodde antakelser, generaliseringer og tankebilder, som påvirker våre oppfatninger av verden. Forskning viser at vi oftere er fanget av våre tankemønstre enn av systemet når vi utfordres av problemstillinger som synes uløselige. Denne tankemåten må endres slik at det kan åpne for læring, slik det er beskrevet under personlig mestring. Det er derfor behov for å snu speilet innover for å granske våre indre bilder og diskutere dem med andre. (9, 33) Man må trene opp en evne til å

gjennomføre lærende samtaler der man tør å blottstille seg og samtidig tør ta imot påvirkning fra andre.

III. Felles visjon

Felles visjon handler om å skape et bilde av en ønsket fremtid og dette har vært en viktig inspirasjonskilde i alle organisasjoner i tusenvis av år. Man trenger å skape felles identitet rundt noe man strekker seg etter og som knytter personer sammen. Et felles bilde av organisasjonens fremtidige profil og mål. I endringsarbeidet bør også hver enkelt ansatt utvikle sin egen, personlige visjon som en egen drivkraft og denne må henge sammen med den overordnede visjonen. (9, 33) En visjon er ingen oppskrift, men et sett av prinsipper og retningslinjer. For at ansatte skal ha et eierforhold og føle en forpliktelse overfor den overordnede visjonen må den være laget av felleskapet. En felles visjon blir en levende kraft først når folk virkelig tror de kan skape sin egen framtid. Bærekraftige visjoner blir skapt gjennom prosesser der alle gjør sine personlige verdsett synlige for hverandre.

IV. Gruppelæring

Gruppelæring skjer når enkeltindivider skaper endring i felleskap med andre. Man skaper ikke endring alene. Utfordringen ligger i å arbeide som et team og spille sammen. Det er summen av intelligensen som blir gruppens styrke. (9, 33) Hensiktsmessig gruppelæring kjennetegnes av det gamle greske ordet dia-logos der tanker og ideer skulle flyte fritt i gruppen slik at den kunne «oppnå innsikt som medlemmene ikke kunne finne frem til hver for seg» (9, 33). I hensiktsmessige grupper må deltakerne sette sine grunnleggende antakelser til side og på en genuin måte lære seg å tenke i felleskap. Det krever at man er oppmerksom, bevisst og tar ansvar for hva som hemmer og fremmer utvikling i gruppeprosesser. Det er svært menneskelig å gå i forsvarsposisjoner når man blir utfordret og dette må gruppen ta hensyn til i sin utvikling. Ordet «dialog» er nærmest motsatsen til «diskusjon» som har sine røtter i ord som percussio (banke), concussio (risting) – ord som henger mer sammen mer en debattkonkurranse der en vinner skal kåres. Diskusjon skaper ikke selverkjennelse hos individet, som er en av kjerneverdiene for å skape læring (9, 33)

Organisasjonsutvikling ved bruk av disiplinene kalles for en «innovasjon i menneskelig atferd», fordi dette i følge Senge er en annen måte å tenke på enn i tradisjonelle forandringsprosesser. Å få til hensiktsmessig gruppeutvikling er omfattende og svært krevende, både tidsmessig, ressursmessig og menneskelig.(9)

V. Systemisk tenking

Systemisk tenking er Senges femte disiplin.(33) Alle disiplinene utvikles parallelt, men det er den femte, systemtenkningen, som skal integrere komponentene og legge til rette for effektive løsninger og organisasjonsmodeller. Gjennom arbeidet med å utvikle de andre disiplinene blir det tydelig at helheten kan bli større enn summen av de enkelte komponenter. For å bli en lærende organisasjon må man øve seg på å se seg selv og omverden i et helhetsperspektiv. Man må forstå sammenhenger og mønster i organisasjoner. Virkeligheten er satt sammen av sirkulære og sammenhengende funksjoner, mens vi ofte tenker for avgrenset ut fra en lineær og kausal forståelsesramme. Målet er å trene organisasjonens medlemmer til å identifisere de underliggende strukturer framfor å henge seg opp i enkelthendelser. I tillegg må man se på hendelsene som prosesser framfor øyeblikksbilder. Man må søke innsyn i helhet og deler på en og samme tid. Menneskene i organisasjonen må stimuleres til å se mennesker som proaktive deltakere som skaper sin egen virkelighet, som personer som går fra å reagere på nåtiden til å skape fremtiden. Aktørene må se på seg selv som en del av utfordringene og løsningene, slik at blir en del av utviklingen av egen organisasjon fremfor å fordele skyld utenfor seg selv. (9, 33)

2.2.3 Hensiktsmessig lederfokus

Organisasjoner som ønsker å endre seg mot å bli lærende trenger fokus på ledelse for å få gjennomført disiplinene i praksis. Manglende gjennomføring av endringsprosesser skyldes svikt i ledelse, hvor ledelsen mangler forståelse og /eller ikke forplikter seg til nødvendig innsats for å skape en lærende organisasjon.

Det er derfor behov for et nytt syn på lederskap, hvor også lederen må endre sin tenkemåte. Når deltakerne i hensiktsmessige gruppeprosesser har utviklet sin personlige visjon og motivasjon for å lære, ønsker de ikke lenger og «gjøres motivert» av en leder, slik ledere tradisjonelt har gjort. Dette skyldes at man som enkeltindivid allerede er blitt engasjert- i tråd med disiplinene (9, 33) Det tradisjonelle lederssyn, hvor ansatte trenger en leder «som viser vei», som en general i krig, eller en kaptein på skuta, er ikke gjeldende når gruppen i organisasjonen utvikler sine ferdigheter mot funksjonelle gruppeprosesser og blir lærende. Det krever en helt annen oppfølging og motivasjon og lederen må derfor tørre å delegere ansvar. (9, 33)

Lederen som lærer kjennetegnes ved å frigjøre kreativitet. For å motvirke tenkningen blant ansatte i organisasjoner om at de må holde ut virkeligheten med dens begrensninger, press og mas, trengs det ledere som tar ansvar for å motivere ansatte mot å realisere visjonen gjennom å klare å frigjøre de

kreative prosesser. Alle mennesker har kreative prosesser bare det blir lagt til rette for å realisere dem (9, 33)

Ledere i lærende organisasjoner har hovedfokus på systemstrukturer og på visjonen som kan skape hensikt med endringen, en slags hensiktshistorie og de lærer sine ansatte til å gjøre det samme. (9, 33)

Ved å ta i bruk nye behandlingsmetoder med KAM i sykehjem vil pleiekultur og personalets mentale modeller utfordres. Endringsteoriens funksjon belyser både pleiekultur og praksislæring i felleskap gjennom de ulike disiplinene. Å belyse studiens funn ved bruk av endringsteori kan bidra til bedre forståelse av ansattes erfaringer og opplevelser.

2.3 Tidligere forskning

Med utgangspunkt i problemstillingen, *hvilke erfaringer og opplevelse har ansatte med bruk av alternative og komplementære behandlingsformer i sykehjem*, var det viktig å finne tidligere forskning så nær opp til min egen problemstilling som mulig. Jeg benyttet søkeord som «alternativ behandling», «sykehjem», «holdninger, erfaringer» og ved hjelp av kontrollerte emneord dannet det en søkestreng for kombinasjoner av disse. Anbefalte databaser som for eksempel Medline(Ebsco) og Cochrane Library ble foretrukket, men jeg var innom mange andre for å finne frem til resultater innen mitt tema. Se egen søkelogg. (vedlegg 6)

En studie fra USA har undersøkt kunnskap, holdning og bruk av komplementær alternativ behandling hos sykepleiere på et medisinsk behandlings senter. 76 sykepleiere var med i en spørreundersøkelse. Resultatene viste utstrakt bruk av KAM overfor pasienter og til eget bruk. (32)

Det har vært gjennomført studier som viser at aromaterapi kan være et virksomt alternativ eller supplement til mennesker med demens som for eksempel lider av uro og søvnproblemer. En kinesisk Cross-over randomized trail studie testet ut effekten av Lavendel olje overfor demente med utagerende atferd. (23) Aromaterapi som alternative til psykofarmaka utforsket i en større engelsk review, i håp om å finn en behandling som gir færre bivirkninger. Resultater resultatene indikerer effekt, men et tilbakevendende problem er at svært få studier holder mål med design og metode til at resultatene kan generaliseres. (12)Australia har flere år markert seg aktivt innen forskning på KAM. Det er nylig gjennomført en oversikts review om bruk av KAM i australske omsorgsboliger, der man så på forskjellige faktorer rundt bruk av M.(28)

Innen områdene musikkterapi og dyreassistert terapi skjer det mye forskning de senere år Jeg vil komme nærmere inn på begge disse feltene under punkt 5.3 diskusjon .

3.0 Metode

Min problemstilling fokuserer på ansattes erfaringer og opplevelser ved bruk av alternative og komplementære behandlingsformer i sykehjem og jeg mener derfor at et kvalitativt beskrivende design er formålstjenlig.

Med kvalitative forskningsmetoder kan vi utvikle vitenskapelig kunnskap preget av mangfold og nyanser. Den bygger på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk). Kvalitative forskningsmetoder omfatter et bredt spekter av strategier for systematisk innsamling, organisering og tolking av tekstlig materiale fra samtale, observasjon eller skriftlig kildemateriale. Målet er å utforske meningsinnholdet i sosiale og kulturelle fenomener, slik det oppleves for de involverte selv innenfor sin naturlige sammenheng (35).

Metoden jeg har valgt å benytte vil være basert på Halkier (36) og Malterud (37)

3.1 Fokusgruppeintervju

Fokusgruppeintervju ble valgt som metode for å samle inn data. Fokusgrupper hører hjemme blant de kvalitative forskningsmetodene, der det empiriske materialet består av tekster som representerer menneskers samtaler eller samhandling. I et fokusgruppedesign benyttes gruppeintervjuer til å utvikle kvalitative data om et tema. Samhandling mellom deltakerne står sentralt. Intervjuene skal gjennomføres slik at dynamikken mellom deltakerne åpner for innsikt av en annen karakter enn den vi får ved individual intervjuer. Med kvalitativ metode kan vi bearbeide og analysere slike empiriske intervjudata med sikte på en vitenskapelig sammenfatning av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomenene som skal studeres (35)

Fokusgruppeintervju har fem karakteristiske kjennetegn:

- Fokusgrupper involverer 4-12 deltakere,
- Personene innehar definerte felles kjennetegn,
- Homogeniteten er bestemt ut fra hensikten med studien,
- Fokusgrupper utvikler kvalitative data,
- Det er en fokusert diskusjon om et forutbestemt tema(38)

Intensjonen med fokusgruppeintervju er at det legges til rette for dataskapning ved at deltakerne samtaler og at det dermed fremkommer informasjon fra en gruppedynamisk interaksjonsprosess. (39, 40) Fokusgruppeintervjuer er spesielt hensiktsmessige når det gjelder å avdekke ny kunnskap

innen et komplekst fagområde og brukes stadig mer innen helsefag. (39) Fokusgruppeintervju er også godt egnet i studier der mennesker med felles erfaringsbakgrunn samles for å diskutere et gitt tema og hvor intensjonen er å studere holdninger og erfaringer. Metoden kan videre bidra til læring og refleksjon over egen klinisk praksis.(37)

3.1.1 Utvalg

Aktuelt forskningsfelt ble bestemt til ansatte ved fire sykehjem, som hadde deltatt i forskningsprosjekt med alternative og komplementære behandlingsformer i regi av Universitetet i Agder (UIA). UIA har de siste fem årene gjennomført ulike samarbeidsprosjekt mellom utvalgte institusjoner, innen for temaet KAM. Etter veileders anbefaling falt valget på fire bo og omsorgssenter hvor flere ansatte hadde deltatt i et eller flere prosjekt. Utvalget skulle ikke begrenses til en yrkesgruppe, da det er flere medarbeidere som deler oppgaver og ansvar i utføringen av prosjektet. Derfor ble kriteriet: *ansatte som har opplevelser og erfaringer etter å ha deltatt i KAM prosjekt*. Det vil si et strategisk utvalg.

Den første fokusgruppen bestod av 3 deltakere, etter at en deltaker ble utelatt kort tid før gjennomføringen da det viste seg at hun ikke oppfylte inkluderingskriteriet: *å ha deltatt i KAM prosjekt*. Jeg hadde strevd med rekrutteringen og bestemte meg for å akseptere gruppen med tre deltakere og likevel gjennomføre fokusgruppeintervjuet, slik Malterud beskriver at det kan gjøres.(37)

Casey og Kreuger sier at det ideelle antallet i en fokusgruppe er fra 5 til 8 deltakere. Mindre grupper, såkalt mini-fokusgrupper, med 4-6 deltakere, blir ofte benyttet på grunn av at det er lettere å rekruttere deltakere og lettere for forskeren å lede og mer komfortabelt for deltakerne.(38) Første gruppen bestod av 2 sykepleiere, 1 hjelpepleier, kvinner, aldersgruppe 30-50 år, med arbeidserfaring i nåværende stilling i henholdsvis 2, 10 og 25 år.

Den andre fokusgruppen besto av 4 deltakere, 1 sykepleier, 3 hjelpepleiere, kvinner i aldersgruppen 25 til 60 år, med arbeidserfaring i nåværende stilling fra 2 til 40 år

Tredje fokusgruppe bestod av 5 deltakere, 1 hjelpepleier, 4 sykepleiere, kvinner i aldersgruppen 30-50 år, med arbeidserfaring i nåværende stilling fra 2 til 20 år.

3.1.2 Intervjuguide

Det skal være nøye sammenheng mellom intervjuguiden og studiens problemstilling (37) (vedlegg 4) Sosiologen David L. Morgan har arbeidet med fokusgrupper som forskningsmetode i flere tiår. Hans lille blå håndbok *Focusgroups as Qualitative Research* (41) regnes fortsatt som grunnleggende for planlegging og utforming av fokusgruppens forsknings design. Der gir han praktiske og konkrete råd

hvordan spørsmål kan formuleres og stilles, for å lede intervjuet innen for det valgte tema. Det er av største betydning å kunne stille åpne spørsmål, med oppfølgingsspørsmål som kan få frem tilleggsdata, slik at vi får fatt i data som informantene sitter inne med. Morgan gir nyttige eksempler på formuleringer moderator kan benytte for å styre gruppen. Redegjørelse for sentrale begreper i problemstillingen var det som utformet intervjuguiden, som består av fem temaområder.(vedlegg 4)

Det at jeg som forsker ikke hadde inngående kjennskap til institusjonene, med pasientgrupper og rutiner, førte til at disse temaene ble en innledning til de 5 temaområdene som jeg ønsket å få belyst. Det er en avveining mellom å få svar på nok spørsmål og å få tilstrekkelig diskusjon rundt hvert enkelt tema.(36) Hvert tema fulgtes opp med utfyllende underspørsmål og stikkord som kunne få deltakerne på gli. Ved gjennomgang av lydopptak etter første fokusgruppe var det tendens til at moderator stilte flere spørsmål på en gang, gjerne fire samtidig, for å forvise seg om at deltakerne forsto spørsmålet. Kreuger påpeker at datakvaliteten svakkes når moderator prøver å stille for mange spørsmål i løpet av intervjuet (42) Med erfaring i intervjusituasjoner avtok dette og allerede etter tredje fokusgruppe viser lydopptakene at moderator lar informantene få anledning til å la spørsmålet synke inn før hun forventer svar. Intervjuguiden ble utarbeidet etter anbefalinger fra Morgan og Casey & Kreuger,(38, 41, 42) med et semi strukturert design; sentrale tema blir berørt, men man må ha åpenhet for hvor informantene vil styre diskusjonen.

Jeg hadde satt opp et tidsskjema for hvert tema eller spørsmålsområde, hvor lang tid som var til disposisjon løpet av de 90 minuttene som var avsatt til hoved intervjuet.

Intervjuguiden ble ikke prøvd ut som pilot før det første intervjuet, slik det er anbefalt i metodelitteraturen (36, 37, 42) noe som førte til at denne gruppen ble avgjørende for hvilke endringer som ble nødvendige. Et spørsmål om reaksjoner på en TV programserie utgikk, da deltakerne ikke hadde kjennskap til serien.

3.1.3 Gjennomføring

Søknad om å få gjennomføre fokusgruppeintervjuer ble sendt til enhetsledere ved institusjonene, hvor de ble bedt om å formidle kontakt med ansatte som kunne være aktuelle for mitt prosjekt. (vedlegg 1) Responsen fra ledelsen var positiv ved samtlige henvendelser og kontakt med ansatte ble formidlet via fagutviklingsledere og personalmøter.(vedlegg 2) I ettertid ser jeg en ubenyttet informasjonskanal som ligger i institusjonenes *felles@mail* system, hvor min søknad om deltakere kunne nådd ut til alle ansatte. Utfordringen lå i få samlet 4 eller flere deltakere, som alle arbeidet turnus, til å kunne møtes på samme tid.

Det ble utført tre fokusgruppeintervjuer ved tre forskjellige institusjoner i løpet av 2 uker. Det fjerde og siste intervjuet måtte utsettes i flere uker før vi kunne finne tid til å møtes. På grunn av juleferie og tidsrammen for oppgaven, valgte jeg å avlyse den fjerde fokusgruppen. Et brev til ledelsen ved institusjonen ble sendt, med takk for positiv respons på min henvendelse om å gjennomføre fokusgruppeintervju med ansatte og informasjon om at planene var endret.

Medhjelperen som det var informert om i invitasjon til deltakerne og i samtykkeerklæringen, kunne ikke delta i den aktuelle datainnsamlingsperioden. Størrelsen på fokusgruppene varierte fra 3 til 5 deltakere, til sammen 12 informanter og det var mulig å gjennomføre intervjuer uten medhjelper.

Utfordringen ble å finne et tidspunkt som passet for alle ansatte i turnus ordninger som hadde sagt seg villig til å delta. Det å legge intervjuene til et tidspunkt som overlappet dag- og ettermiddags vakt resulterte i at noen deltakere ble fristilt i arbeidstiden, mens andre deltok i sin fritid. Mange tekstmeldinger og telefoner gikk fram og tilbake i ukene før vi hadde fastsatt en møtedato for fokusgruppene. En kontaktperson ved hver institusjon ordnet med egnet møtelokale og vi benyttet møterom, konferansekontor og en avskjermet dagligstue. Deltakerne var plassert rundt et bord, slik at alle hadde øyekontakt med hverandre og med moderator ved enden av bordet. Navneskilt ble laget og plassert på bordet foran deltakerne, og alle fylte ut samtykkeerklæring med dato, navn, telefonnummer og email adresse for de som ønsket å få kopi av masteroppgaven. Lydopptakene ble foretatt ved hjelp av iPhone, som var plassert strategisk i midten av bordet. Det ble servert te og kaffe og mineralvann og i de to siste intervjuene var det servert frukt og sjokolade og kaker.

Det ble utført tre halvstrukturerte fokusgruppeintervju med hjelp av intervjuguide.(vedlegg 4) Intervjuene startet med at moderator ønsket velkommen og fortalte kort om retningslinjer for fokusgruppeintervju. Det ble gjort oppmerksom på når lydopptakene sattes i gang. Moderator startet med en presentasjonsrunde av prosjektet og litt om seg selv og sin egen bakgrunn. Deretter fulgte en presentasjonsrunde av alle deltakere, hvor moderator stilte et par tilleggsspørsmål der det syntes relevant.

Jeg hadde studert teorien om den praktiske gjennomføringen av fokusgruppeintervjuet i forkant av møte med gruppen(36, 37, 41, 42) Likevel er egen rolle som forsker og moderator noe som må erfares. Jeg opplevde blant annet å komme for seint til den første avtalen, noe som førte til at jeg ikke kunne følge den stramme regien jeg hadde lagt opp til; alt fra servering, klargjøring av papirer og intervjuguide, til åpningsreplikken, hva jeg skulle si til deltakerne. Etter en litt forsinket oppstart, førte denne situasjonen til at det oppstod en positiv, avslappet tone mellom gruppedeltakerne og meg som forsker og moderator. Samtalene i intervjuet foregikk strukturert og i henhold til oppsatt temaplan. Det var lite avbrytelser eller at folk snakket i munnen på hverandre. Gruppen hadde til

sammen mye erfaring med tema, *bruk av KAM i sykehjem* og en av deltakerne hadde erfaring med å lede fokusgruppeintervju, så her fikk jeg mange verdifulle bidrag til det videre arbeidet. Lydopptak varte 97 minutter. Transkribert lydopptak utgjorde 22 sider

I den andre fokusgruppen, som besto av 4 deltakere, var jeg allerede tryggere i min moderator rolle. Møtet fant sted i hyggelige, uformelle omgivelser i en dagligstue som sto ledig og jeg hadde ankommet tidlig nok til å forberede lettere servering og ta imot deltakerne etter hvert som de ankom. Alle gruppedeltakerne kjente hverandre godt fra arbeid på samme avdelinger i perioder. En deltaker ankom gruppen 15 minutter etter oppstart, fortsatt mens presentasjonsrunden pågikk. En deltaker måtte forlate gruppen 15 minutter før oppsummering og avslutning. Lydopptak varte 93 minutter. Transkribert lydopptak utgjorde 14 sider

Tredje fokusgruppe bestod av 5 deltakere. Intervjuet fant sted i et møterom. Ved to anledninger kom det annet personale inn i rommet, uten at det ble nevneverdig avbrudd i samtalen. To deltakere hadde ansvar for vakttelefon på sine avdelinger, med to oppringninger i løpet av intervjuet. Vakthavende gikk ut av rommet for å snakke i telefonen. Dette medførte korte avbrekk i intervjuet for hele gruppen. Det var tydelig at informantene var opptatt av temaet. Det var mange kommentarer og mye latter og av og til flere som snakket samtidig. I noen svært få tilfeller ble det ikke mulig å få relevant transkripsjon, selv om opptaket ble hørt mange ganger. Lydopptaket varte 80 minutter. Transkribert lydopptak utgjorde 15 sider

3.2 Metode for analyse og fortolkning

Kvalitativ analyse skal foregå slik at andre senere kan følge den veien vi har gått, anerkjenne vår systematikk underveis og forstå våre konklusjoner. En gjennomarbeidet og veldokumentert analyse er det som skiller den vitenskapelige tilnærming fra overfladisk «syensing» (35)

Rett etter intervjuene gjennomgikk jeg intervjuene i hukommelsen og noterte funn relatert til interaksjonsprosessen og gruppeprosessen. Når det gjaldt gruppeprosessen ble det fokusert på interesse, engasjement, atmosfære og hvor fritt diskusjonen løp mellom deltakerne. I en spesiell kontekst som et fokusgruppeintervju er det naturlig at en er oppmerksom på prosessen mellom grupped medlemmene.

Er enkelte informanter for dominerende i forhold til andre? Kommer alle til orde? Hvordan går diskusjonen mellom informantene? Hvordan takles uenighet? Slike spørsmål ble gjennomtenkt etter alle intervjuene.

Transkriberingen av lydopptakene ble utført kort tid etter hvert intervju for å huske mest mulig av stemningen og hoved utsagnene.

I følge Malterud (43) er det i prosjekt av denne typen *beskrivelsene* som utgjør resultatene og skal representere ny kunnskap om innhold, mening og særpreg ved begreper vi kjenner fra før. En forutsetning for at disse resultatene representerer vitenskapelig kunnskap, er at det blir gjennomført en systematisk sammenfatning av kunnskap fra materialet fram mot de nye beskrivelsene. Målet er å utvikle analytisk tekst.

Etter gjennomføringen av analysen vil en sitte igjen med nye beskrivelser eller begreper som kan deles med andre. Malterud er inspirert av Giorgi (1985)(44) sin fenomenologiske analyse og skriver blant annet at:

”Vi leter etter essenser eller vesentlige kjennetegn ved de fenomener vi studerer og forsøker å sette våre egne forutsetninger i parentes i møtet med data (*bracketing*)” (43).

Samtidig understrekes det at dette er uoppnåelig, men at vi heller skal gi leseren innblikk i vår innflytelse på materiale uten å legge våre tolkninger som fasit.

3.2.1 Databehandling

NVIVO 10 er et tekstbehandlingsprogram,(45) som blant mye annet muliggjør en strukturert flytting og krysskobling av tekst mellom ulike dokumenter, hvor kildehenvisning til det opprinnelige dokumentet følger teksten som klippes ut.

Jeg ville bruke teknologien i analysen og startet med å legge de transkriberte sidene inn i NVIVO 10 under prosjektnavnet *Masteroppgaven*. Hvert av de tre intervjuene fikk eget navn og ble deretter lagret under *SOURCES*. Her ble tekstene gjennomlest flere ganger og stikkord og kommentarer ble notert underveis i *Memos*, som knyttes direkte til funnsted i teksten. For å sortere den delen av teksten som kunne tenkes å besvare problemstillingen og for å få oversikt over materialet, ble det utarbeidet *NODES* som samlet tema fra de enkelte intervju. Hver *NODE* ble delt inn i undergrupper, *Sub Nodes*, hvor meningsbærende enheter ble samlet i valgte kategorier. Etter mange uker med tekstbehandling i NVIVO måtte jeg innse at jeg fortsatt sto fast med analysen.

3.2.2 Systematisk tekstkondensering

Etter å ha lest ulike teorier for analyse, valgte jeg å følge Malteruds metode for systematisk tekst kondensering. Malterud beskriver at metoden er godt egnet for deskriptiv tverrgående analyse av fenomener som beskrives i et materiale fra mange ulike informanter for utvikling av nye beskrivelser og begreper (43) og jeg så derfor at systematisk tekstkondensering var egnet til studiens problemstilling.

Siden dette var min første forskningsprosess var det viktig å ha klare retningslinjer for hvordan analysen kunne utføres, noe denne analysemetoden hadde. Den var forståelig og enkel å følge gjennom alle fire analysetrinn: skaffe helhetsinntrykk, identifisere meningsdannende enheter, abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene og sammenfatte betydningen av dette.

Malterud (43) sier:

«Analysen skal bygge bro mellom rådata og resultater ved at materialet blir organisert, fortolket og sammenfattet. Med utgangspunkt i problemstillingen stiller vi spørsmål til materialet. Svarene er de mønstrene og kjennetegnene som vi gjennom systematisk kritisk refleksjon kan identifisere og gjenfortelle.»

Nedenfor vil det bli gitt en oversikt over analysens forskjellige trinn og de refleksjoner og valg som ble foretatt underveis som har ført til resultater og konklusjoner.

3.2.3 Danne helhetsinntrykk

I det første analysetrinnet (43) ble de transkriberte sidene gjennomlest på nytt for å danne et helhetsbilde. Teksten ble lest med en forventning om at den kunne gi noe nytt og si noe om problemstillingen og forskningsspørsmålene. Hele intervjusituasjonen med alle tre fokusgrupper ble tatt i betraktning, for ikke å stykke opp helhetsbildet. Helheten var viktigere enn detaljene. Etter gjennomlesning av hvert intervju noterte jeg tema som var tydelige og som kunne relateres til problemstillingen. Da alle intervjuene var gjennomlest, ble tema sammenfattet og navngitt. Til slutt ble de lest opp mot notater gjort i forbindelse med intervjuene og etter transkripsjonene. Flere av de samme tema gikk igjen.

3.2.4 Fra tema til koder

I dette analysetrinnet ble de transkriberte sidene lest på nytt og teksten vasket. Det vil si at språket ble gjort mer leservennlig og etisk tilfredsstillende, ved at grammatiske feil ble korrigert og talespråket skrevet med stilistisk konsekvent uttrykk.

For å sortere den delen av teksten som kunne tenkes å besvare problemstillingen og for å få oversikt over materialet, ble det laget en tabell. Den vaskede teksten ble lest linje for linje for å finne meningsbærende enheter. Tekst som på en eller annen måte kunne si noe om problemstillingen eller kunne knyttes til tema fra første trinn, ble kopiert over i tabellen. Jeg leste data på mange forskjellige måter, med sikte på å få øye på ulike versjoner av de svar som materialet kunne gi.

Dekontekstualisering vil si å løfte ut deler av stoffet og se det sammen med andre elementer som sier noe om det samme. (43)

Noen meningsbærende enheter var lange historier, andre var korte og presise svar. Det ble heller tatt med for mye enn for lite tekst. De meningsbærende enhetene ble lest igjen for å lete etter kjernen i det de formidlet og det ble satt stikkord eller koder på dem, alt etter hva de omhandlet. Slik ble alle fokusgruppeintervjuene bearbeidet.

De lengre meningsbærende enhetene fikk i noen tilfeller flere koder, mens noe tekst ikke fikk koder og falt bort, da teksten ikke var relevant for problemstillingen og forskningsspørsmålene. Kodingen fungerte som merking av de meningsbærende enheter, slik at de kunne leses i sammenheng med beslektede tekstelementer. For å sette kodene som var beslektet sammen i en mer overordnet gruppe, ble det utarbeidet en ny tabell. Koder som omhandlet det samme tema ble satt i samme kodegruppe. Dette utgjorde fjorten kodegrupper. Noen koder ble satt sammen, mens andre falt bort,

da de ikke var relevante. Kodingen ble kontrollert opp mot de opprinnelige intervjuene og tema fra første trinn.

3.2.5 Fra kode til mening

Fra Sitater- til meningsfortetting-til kodegruppe-til kode

Det tredje analysetrinnet hadde som mål å abstrahere den kunnskapen som hver kodegruppe representerte. De enkelte kodegruppene var ikke en ensartet gruppe, men inneholdt forskjellige nyanser innenfor samme tema. I lesingen av de meningsbærende enhetene innenfor hver kodegruppe, ble det sett etter likheter og mønster. Det ble også tilstrebet å se etter erfaringer i det som sto skrevet.

Det ble spurt om hva teksten fortalte om tema og ulike nyanser i kodegruppene kom frem. Når det dukket opp nye nyanser i teksten ble resten av datamaterialet vurdert på nytt, for å se om dette ble bekreftet andre steder. Spørsmålene følger av problemstillingen, mens svarene bestemmes av både spørsmålene, det empiriske materialet og den teoretiske referanse rammen.(43)

På den måten beveget analysen seg fra del til helhet og tilbake til del igjen, som den hermeneutiske sirkel beskriver. (46) De meningsbærende enhetene ble gruppert etter mønster og nyanser som passet sammen og materialet ble sortert inn i sub grupper. For å kondensere og fortette innholdet i hver sub gruppe, lagde jeg et sammendrag som gjenfortalte det konkrete innholdet i de meningsbærende enhetene. Deltakernes egne ord og begreper ble brukt.

I utarbeidelsen av sammendraget ble det hele tiden lagt vekt på hva disse beskrivelsene kunne fortelle om problemstillingen og forskningsspørsmålene. Det ble skrevet sammendrag til alle sub gruppene og det endelige navnet ble bestemt etter at sammendragene var utarbeidet og gjennomlest. Sub gruppene og sammendragene dannet nå det materialet som ble brukt i den videre analysen, samtidig som materialet ble sjekket opp mot helheten.

3.2.6 Fra kondensering til beskrivelse og begreper

Fjerde og siste analysetrinn hadde som mål å sette delene sammen igjen og sammenfatte det i gjenfortellinger som kunne deles med andre, gi grunnlag for nye beskrivelser og begrep.(43)

Det ble nødvendig med ytterligere abstrahering siden det fremdeles var et stort datamateriale. Kodegruppene med de tilhørende sammendragene ble gjennomlest, med tanke på hva teksten kunne si. Deretter ble de sortert i underkategorier. Noen kodegrupper falt bort da de ikke var relevante, mens andre ble slått sammen. Underkategorier og tilhørende sammendrag dannet

grunnlaget for **presentasjon av funn og** passende sitater fra teksten som kunne tydeliggjøre innholdet ble brukt. Sitatene ble omgjort til skriftlig form, men det ble forsøkt å være lojal mot deltakernes stemmer. Alle fokusgruppene ble representert, men noen ble brukt hyppigere enn andre, da de gav rikere muntlig bidrag. Da alle underkategoriene var gjennomarbeidet, ble det tydelig at de hadde forbindelse til fire hovedkategorier, som ble slutførselen av analysen. Til slutt ble funnene lest opp mot de opprinnelige intervjuene og de transkriberte tekstene og prosessens deler kunne gjenkjennes i det endelige resultatet. Det er dette Malterud beskriver som Rekontekstualisering, det å se på svarene fra dekontekstualisering at de fortsatt stemmer overens med den sammenheng de er hentet fra og validere deler opp mot helheten. Rekontekstualisering er vårt viktigste tiltak for å forebygge reduksjonisme, bevare forbindelseslinjen til feltet og informantenes virkelighet. Teoretiske perspektiver kan bidra til kritisk tolking og forebygge teknisk empirisme.(43) Funnene fra fokusgruppeintervjuene presenteres i sin helhet under avsnitt 4.0

3.3 Ethiske hensyn

The World Medical Association har utarbeidet Helsinkideklarasjonen(1964)(47), som sammenfatter etiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker.(43)

Jeg som forskeren har ansvar for etiske overveielser og at gjeldende lovverk blir fulgt.

Helseforskningsloven med forskrift oppstiller noen minimumskrav. Formålet med dette er å synliggjøre en del sentrale elementer som planlegging, formalisering, datainnsamling, databearbeiding, rapportering og avslutning av forskningsprosjekter (48) I loven heter det:

Et frivillig informert samtykke innebærer at informasjonen som er gitt er forstått og at samtykke er frivillig uten press. Dette må dokumenteres. Ref. §13 Informasjon om hensikt, risiko og nytte av studien, samt muligheten til å trekke seg fram til analysen, må legges frem skriftlig Ref §16

Alle deltakerne i studien skrev under på et informert samtykkeskjema.(vedlegg 1)og(vedlegg 2) Innholdet i informasjons brev til ansatte om prosjektets mål og metoder, ble gjentatt muntlig før intervjuene, for å sikre at innholdet var kjent for deltakerne. En annen etisk avveining var frivillighet. Det var viktig at de spurte ikke følte seg presset til å delta.

3.4 Krav om konfidensialitet

Informantene i denne studien er faggruppene sykepleiere og hjelpepleiere i sykehjem. Enhver som yter tjenester for et forvaltningsorgan, er bundet av reglene om taushetsplikt i forvaltningsloven. (49) I tillegg er helsepersonell bundet av profesjonsbestemt taushetsplikt etter Helsepersonelloven § 21:(47):

«Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.»

Informantene i fokusgruppene anonymiseres fordi sensitive opplysninger fremkommer. Siden utvalget besto av et lite antall mennesker på tre arbeidsplasser, ville det kunne være mulig å kjenne igjen den enkeltes meninger og uttalelser. Derfor ble det viktig å finne måter å behandle dataene på som ikke skadet de involverte. Ved transkribering ble datamaterialet aidentifisert ved at navn, årstall og dialekter ble tatt bort. Alt datamateriale tilhørende studien ble oppbevart i låsbart skap og alle datafiler lagret med kodebeskyttelse, som beskrevet i søknaden til NSD (Vedlegg 3) I tillegg skal alle person- og institusjonsopplysninger slettes når masteroppgaven er skrevet, senest 01072013

3.5 Konsekvensene forskningen vil gi

Risikoen for belastning ble vurdert opp mot hvilken nytte studien kunne gi. Jeg var på forhånd klar over at informantene kom fra utvalgte institusjoner som er Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i fylkene, noe som kunne medføre at de opplevde prosjekt slitasje etter flere år med prosjektmedvirkning. Samtidig kunne denne gruppen bidra med sine erfaringer som jeg var ute etter. Nyten var verdien av ny kunnskap og at deltakerne opplevde at de var med på noe meningsfullt. De opplevde å være til nytte, det var styrkende for selvfølelsen at deres opplevelser og erfaringer ble verdsatt.

4.0 Resultater

4.1 Presentasjon av funn

4.1.1 Ansatte opplever KAM som spennende

På ulik måte snakket de ansatte om at KAM var et spennende felt som de var nysgjerrige på.

Funnene viser at de opplevde det som spennende å lære om KAM, å jobbe med KAM og at de metodene som ble beskrevet som KAM var spennende.

De to siste punktene vil beskrives under ett.

4.1.1.1 Det er spennende å lære om KAM.

Deltakerne forteller at det å lære om nye behandlingsformer som dyreassistert terapi, musikkterapi, miljøterapi, aromaterapi var spennende.

En av dem sier: «Musikkterapeuten lærte oss hvordan vi skulle bruke musikk i forhold til pasientene, noe jeg synes var veldig spennende.»

En annen forteller om bruk av aromaterapi med lavendel for demente med søvnproblemer: «det var utrolig spennende å se den tydelige effekten Lavendel hadde på en spesiell pasient»

Positive oppdagelser som deltakerne har gjort ved bruk av de nevnte metodene gjør at de forteller om det med glød og overbevisning.

To deltakere hadde tatt videreutdanning og de hadde valgt å skrive prosjektoppgaver om tema som faller inn under KAM, en skrev om bruk av hund i forhold til demente med utagerende atferd, en annen skrev om erfaring med å danne sangkor på demensavdeling. Begge opplevde det som spennende å lære om tema de hadde valgt.

Fokusgruppedeltakerne forteller om nye erfaringer de har gjort om hva som kan fungerer med pasientgruppen demente. Det å være deltaker i et KAM prosjekt opplevdes som ryddig og greit. Det at metodene ikke hadde bivirkninger, var overbevisende for de ansatte. En ansatt uttrykker det slik:

«Man blir jo ikke ustø på beina av Lavendel»

En annen deltaker fant det spennende at de demente utgjør en brukergruppe som ikke er aktuelle for placeboeffekten. Det at virkningen av aromaterapi ikke kunne forklares med placebo effekt hos gruppen demente, styrket hennes overbevisning.

Ved en avdeling hadde de ansatte hatt en spennende læringsprosess ved å legge om rutiner og miljø i forhold til en utagerende pasient. En ansatt forteller:

«Vi må ta oss god tid, følge pasientens tempo og beregne at rutiner tar lengre tid. Da funker det egentlig i stell og rutiner uten utagering. Bare vi bruker god tid.»

4.1.1.2 Det er spennende å jobbe med ulike KAM metoder

Betydningen av å jobbe med KAM i et fagmiljø kommer til uttrykk hos flere deltakere i fokusgruppene. Det er flere uttalelser som bekrefter at det å ha en jobb som får anerkjennelse og aksept fra ledelsen og omgivelsene virker inn på hvordan de ansatte trives. Det å kunne påvirke egne valg av metoder og være med å oppdage nye behandlingsmuligheter oppleves som faglig utvikling, som gjør arbeidet mer spennende og givende.

Flere deltakere har opplevd å få positive tilbakemeldinger fra omgivelsene på at de benyttet KAM i arbeidet. I følge en deltaker ga det en positiv opplevelse å fortelle om KAM metoder som de benyttet;

«det er jo litt gøy å fortelle om det privat også. Jeg får jo høre at vi er litt modige inni mellom.»

En deltaker uttrykker at hun tror at folk generelt er stolte av å jobbe ved en institusjon som profilerer bruk av KAM. Det er flere som forteller om positive reaksjoner når de formidler at de benytter KAM fremfor beroligende medikamenter i situasjoner med utagerende atferd.

Det å kunne identifisere seg med andre institusjoner som blir fremstilt i media som eksemplariske, gir yrkes stolthet og øker selvfølelsen. Deltakerne har mange uttalelser som beskriver at de opplever å være del av et godt arbeidsmiljø. De ansatte forteller at institusjonen har en positiv innstilling til å prøve nye metoder som de ansatte synes høres spennende ut.

En deltaker opplever at hun passer godt inn på sin arbeidsplass, en institusjon som har en forenelig innstilling til bruk av KAM med det hun selv har.

«Jeg synes det er veldig spennende med komplementær alternativ behandling også på sykehjem. Så da passer jeg veldig godt inn her!»

Flere uttaler seg om at det er KAM metoder som er vitenskapelig dokumentert som anvendes på arbeidsplassen. En gruppe samtykker i at det ligger vitenskapelig dokumentasjon bak de metodene de har benyttet, som dyreassistert terapi, lavendel olje og Tetre olje, som har forskning som viser at det har effekt. En deltaker tilføyer:

«Og absolutt musikkterapi og massasje og erindringsterapi, det har jo forskning som dokumenterer at det faktisk fungerer.»

Det å gjøre egne erfaringer hvordan KAM behandlingen virker første gangen metoden benyttes, virker spennende og inspirerende på de ansatte. En deltaker forteller om når hun oppdaget muligheten med musikk;

«Ja, beboeren likte å danse og jeg kunne danse med henne til musikken. Det ble positivt for oss begge. Det ble en positiv hverdag for meg også når jeg kunne bruke musikken.»

En annen forteller hvordan hun oppdaget effekten av Tetre olje i sårbehandling;

«Etter få dager var hælen helt annerledes og jeg var bare nødt til å dele det med de andre som var på jobb. Hælen var helt annerledes.»

Andre ganger kan det være selve metoden som virker spennende for de ansatte. I et prosjekt med å ruge fram kyllinger beskriver en av deltakerne det slik:

«det er jo den spenningen når de klekkes. De skulle vært kyllinger litt lenger... Det er jo veldig kos med de skjønne, små kyllingene.»

Flere deltakere syntes det var overraskende å se hvilken positiv effekt kjæledyr kan ha på pasienter med utagerende atferd. Mange av eksemplene beskriver når de ansatte første gang forsøker en KAM metode, for å prøve ut om det kan hjelpe og i slike situasjoner følger det spenning med å se om man oppnår resultater. En i fokusgruppen uttrykker det slik:

«Å jobbe med demens synes jeg er fantastisk. Det er noe av det mest spennende. Og jeg ser jo at innen demens kan vi bruke enormt mye alternativt.»

4.2 Ansatte har en positiv og åpen holdning til KAM

De ansatte forteller om sine holdninger til KAM, hva de tror på av metoder og hvordan holdninger har endret seg over tid.

Fokusgruppedeltakerne er åpne for ny kunnskap og de er åpne for å formidle kunnskap og erfaringer til sine med kollegaer.

De ansatte snakker også om erfaringer innen tema som åpen ledelse, hvem bestemmer, holdninger fra ledelsen og lederansvar.

4.2.1 Ansatte har tro på KAM

Deltakerne i alle fokusgruppene gir uttrykk for at de har opplevd en eller flere positive erfaringer med bruk av KAM i pasientbehandlingen og flere benytter KAM metoder privat. En deltaker beskriver det slik:

«det er ikke alltid det skal så mye til for å oppnå de små øyeblikkene, de gode øyeblikkene som kan sitte i en stund. Det samme gjelder for det negative også. Men vi er jo veldig på jakt etter å finne de små gode stundene...»

En annen forteller at det har skjedd en holdningsendring blant ansatte siden de først begynte å ta i bruk KAM metoder. Flere ansatte har erfart at metodene fungerer og nå oppleves mange av tiltakene som helt vanlige. Men det har ikke skjedd uten innsats fra de som hadde tro på det fra begynnelsen.

En deltaker forteller at det har vært en utvikling over tid:

«Før var det mer tvil og skepsis og det er fortsatt litt reaksjoner som; *har du tro på det?*»

Ved en av institusjonene forteller de ansatte at de har fortsatt å bruke aromaterapi etter at prosjektet var avsluttet fordi det gir god lukt på arbeidsplassen.

En forteller: «Det gir god lukt for oss som jobber her og jeg tror det har innvirkning på oss også. Vi har det veldig greit på avdelingen.» og flere i gruppen samstemmer, «det gjør noe med oss.»

Ikke alle fokusgruppedeltakerne svarer like overbevisende, men de har ikke funnet negative effekter av KAM metodene.

Ved deltakelse i KAM prosjekt er de ansattes observasjoner og vurdering viktige parameter. Noe ganger var det vanskelig for den ansatte å konkludere med om behandlingen virket eller ikke. En deltaker sier det slik: «Vi merket ikke tydelig stemningsendring på pasienten. Men kanskje hun sov bedre? Kanskje var hun kvikkere?»

Fokusgruppene har flere eksempler på hvordan KAM metoder kan føre til gode samhandlinger med pasientene. De ansatte prøver å få frem gode følelser hos pasienten. Følelser har effekt som sitter i en stund, slik en deltaker uttrykker det:

«Det er noe med demens, de husker jo ikke ting, men de husker følelsen. Følelsen sitter lenge. Den gode følelsen og den dårlige følelsen sitter. Den gode følelsen hvis man kommer og får klem og opplever noe fint sammen, den sitter veldig lenge. Og den vonde følelsen sitter også.»

4.2.2 De er åpne for kunnskap og erfaring

Fokusgruppedeltakerne er åpne for ny kunnskap og de er åpne for å formidle kunnskap og erfaringer til sine med kollegaer.

Deltakerne forteller at de får kunnskap og erfaring om KAM ved å delta i prosjekt på arbeidsplassen.

Prosjektene formidles til avdelingene via fagutviklingsleder eller forespørsel fra undervisningsinstitusjoner i landsdelen. Det er en demokratisk avgjørelse ved avdelingen som avgjør om de vil delta. Det kan også være at ansatte har lest rapporter om KAM som gjør at de vil prøve det selv. Andre ganger kan det være KAM metoder som får mye oppmerksomhet i samfunnet.

Fokusgruppene forteller også at det er avgjørende for hvordan forslag til KAM metoder blir mottatt hvis man kan begrunne hvorfor man gjør dette og at det er trygt.

En av informantene sier det slik:

«Utfordringen ligger i at man skal vite hvorfor man gjør ting. Det gjør det så mye lettere å forklare og begrunne. Det har hatt mye å si for hvordan du blir møtt»

Flere utsagn viser hvordan fagautoriteter påvirker de ansattes valg av metoder.

En av gruppene har hatt stor innflytelse fra en leder som formidlet kunnskap om eteriske oljer på en inspirerende måte. De uttrykker stor tillit til lederens kunnskap. En av deltakerne sier: «Vi har på en måte hatt et leksikon»

I et annet eksempel førte et innlegg fra geriater under et fagseminar til at ansatte ville prøve ut Lavendel olje overfor søvnproblemer ved avdelingen.

På spørsmål hvordan de hadde anskaffet husdyr ved et sykehjem, forteller de ansatte at avdelingsleder kom på avdelingen og formidlet positive erfaringer om dyrehold. Kort tid etter kom hun med en halv voksen katt til avdelingen.

Deltakerne forteller videre at kunnskapsoverføring av KAM skjer ved muntlig informasjon og praktisk opplæring i pasientbehandling, hvor det legges vekt på å forklare og gi praktiske råd. Ansatte, vikarer og i noen tilfeller legene som er tilknyttet avdelingen deltar i opplæringen. Den ene gruppen beskriver legene som åpne og interessert i å lære. En deltaker uttaler seg slik:

«Jeg tror ikke legene i utgangspunktet, når de begynner her er noe særlig annerledes enn ellers. Men de blir jo påvirket og har lyst til å lære mer»

En annen deltaker tilføyer: «Det kan jo også være våre holdninger som gir resultater, at vi rett og slett er gode på det vi gjør?»

4.2.3 Holdninger fra ledelsen

De ansatte beskriver et arbeidsmiljø hvor de opplever å kunne ta avgjørelser i felleskap om hvilke metoder de ønsker å benytte i avdelingen. En gruppe poengterer at avdelingsleder ville følge de ansattes avgjørelse, ved for eksempel anskaffelse av husdyr, siden det er de ansatte som må organisere oppgaven med dyr.

To av institusjonene har delt ut aromaterapiutstyr til alle ansatte til privat bruk.

Fokusgruppedeltakerne tolket det som en positiv og åpen holdning til KAM fra ledelsen.

Ved den ene institusjonen ble det informerte ved ansettelsesintervjuene om holdning til KAM som behandling. En deltaker forteller at hun ble spurt på intervjuet hva slags holdning hun hadde til KAM. Det har vært diskutert i fagmiljøet om det at de benytter KAM (husdyr) på sykehjemmet kan ekskludere kvalifiserte jobbsøkere som har allergi.

En institusjon har åpnet opp for at beboerne skal ha mulighet til å ha kontakt med dyr, noe som også er et av kriteriene for å kunne kvalifisere som *Livsglede Sykehjem*.

To av fokusgruppene har god erfaring med husdyr på avdelingen, hvor ledelsen har lagt forholdene til rette ved anskaffelse av flere hundebur til besøkshunder, eller ansattes private hunder som er med på jobb. Den ene gruppen mener de ville sagt ja hvis en beboer ønsket å ha med katt på institusjonen: En deltaker sier: «vi hadde i alle fall sagt; *vi prøver!*»

Den tredje fokusgruppa har flere deltakere som uttrykker et ønske om å ha katt på avdelingen. Flere av deltakerne uttrykte begeistring ved muligheten til å anskaffe hundebur til avdelingene slik at de kunne ta med egne hunder på jobb.

Alle fokusgruppene beskriver samarbeidet med legene som er tilknyttet avdelingen som positivt og åpent. Flere deltakere bekrefter at de synes de er heldige som samarbeider med leger som er faglig engasjert og vil følge opp pasientene. Legene er ikke negative til bruk av KAM, men det er nytt og ukjent område. Et par av legene viser interesse ved å delta på kurs og å lære fra de ansatte. En deltaker sier at det som betyr mest i samarbeidet mellom legene og de ansatte, er at de har en faglig interesse for pasienter med demens.

Flere utsagn fra gruppene beskriver en organisasjon med flat lederstruktur og stor grad av arbeidstakermedvirkning på avdelingsnivå.

En deltaker sier: «Hos oss har det fungert slik at hvis vi vil delta i KAM prosjekt, så informerer vi legene at vi er med. Når vi er med i prosjekt, følger vi retningslinjer for informert samtykke med pasienter eller pårørende. Legene blir informert om at det er gitt tillatelse.»

4.3 Ansattes erfaringer med KAM behandling som virker

Alle fokusgruppedeltakerne referer til en del vellykkede eksempler fra sin erfaring med KAM

KAM begrepet omfatter her fem behandlingsformer som de ansatte har benyttet i pasientbehandlingen ved sykehjemmet, enten som deltakere i forskningsprosjekter eller ved metoder de bruker på eget initiativ.

Metodene deles inn i miljøterapi, musikkterapi, dyreassistert terapi og aromaterapi som presenteres med eksempler fra samtlige kategorier.

4.3.1 Miljøterapi

Når gruppene henter frem eksempler fra miljøterapi bruker de positivt ladete ord som; *god følelse, trygg, trivsel, gode øyeblikk, sosialt samvær, skape ro, høy stemning, glede* som blir brukt i beskrivelsene. Deltakerne gir flere eksempler hvordan miljøterapi kan legge til rette for opplevelser og grensesprengende aktiviteter for pasienter og ansatte. En gruppe forteller at de hvert år reiser med en gruppe demenspasienter på utenlandsreiser til sol og varme. På spørsmål om pasientene har utbytte av en slik tur svarer en ansatt:

«Det vil jeg påstå at de gode øyeblikkene de har i ferien, den gode varmen og en-til-en- kontakt med personalet som gjør at de føler seg trygge, det har de riktig godt utbytte av.»

Miljøterapi kan også bety å skape ro og trygge omgivelser på avdelingen. En ansatt forteller at de har forandret interiøret ved utgangsdørene på den skjermede avdelingen;

«Vi har begge utgangsdørene våre tapetsert med «bokhylle tapet», bare bilder av bokrygger. En dør er alltid et sånt uromoment. De skal jo hjem! Alle skal hjem. Og nå står de og teller bøker og snakker om fine bøker!»

På en annen avdeling forteller deltakerne at de serverer egne smoothies som faller i smak hos de fleste. Det blir skapt en liten stemning rundt servering, med stett glass og at man sitter ned sammen. Pasientene gir positiv respons på at sunn ernæring kombineres med det sosiale.

En av deltakerne sier: «Bær og frukt faller godt i smak hos de fleste og så er det litt stas når de får et glass, vi gir de gjerne stettglass og de setter seg ned med den lille drinken. Da gir de uttrykker for at de koser seg.»

En fokusgruppe forteller om flere miljøterapi tiltak som foregår utendørs. Gjennom kommunen er det organisert en besøkstjeneste, som tar med beboere ut på tilrettelagte turer for den enkelte. Dette beskrives som et veldig godt fungerende tilbud som gleder de som er med. Lokale barnehager besøker jevnlig institusjonen, hvor sansehagen er et egnet møtested på tvers av generasjonene. Her kan man oppleve ting fra gamledager, sånn som melkerampe og spann og andre erindringsobjekt fra miljøet omkring. Sansehagen har bål plass, med vaffeljern for bål, det kan legges til rette for vedhogst for beboere. Institusjonen har ordnet med gode vinterklær, slik at de som er glade i å være ute kan gjøre det hele året. En ansatt gir et eksempel på en pasient som har glede av å være ute: « Han går ut i sansehagen og får ut å bevege seg der. Og vi ser på hele mannen at han har det bra. Han smiler mye, ler mye og det vises at han er trygg »

4.3.2 Musikkterapi

Musikkterapi benyttes aktivt av alle fokusgruppene. Det er en metode som er enkel å anvende som ikke krever forberedelser eller utstyr i mange sammenhenger.

Musikk gir umiddelbar effekt, som påvirker pasienten og den ansatte. Ansatte ser reaksjoner hos pasientene, som glede og velvære, mening og mestring. En av fokusgruppedeltakerne forteller at hun har god erfaring med musikkterapi hvor hun leder en gruppe pasienter i allsang:

«Effekten ser du der og da; gleden med det, ansiktsuttrykket, de synger med og de klapper og de er i bevegelse til musikken. Musikk gir veldig mye effekt.»

De ansatte legger vekt på betydningen av å kartlegge pasientens preferanser for musikk, som er avgjørende for hvordan musikken virker som terapiform:

«Og da er det jo veldig viktig å vite hva slags musikk de liker, for det er ikke bare å spille bedehusmusikk for alle sammen. Det er jo noen som er glad i jazz, ikke sant»

Felles for alle fokusgruppene er at musikkterapi benyttes i daglige rutiner. Ved enkelte avdelinger er det plassert cd spillere på de fleste pasientrom og fellesrom. En ansatt forteller ved deres avdeling setter de gjerne musikken på under morgenstellet.

«Vi setter på litt musikk helt fra morgningen, det er jo bare å trykke på knappen. Ja, det er en god start på morgningen, vil jeg si.»

Gruppene har mange eksempler på hvordan musikk benyttes som avledning i utfordrende tilfeller med sårbehandling eller hjelp til personlig stell og påkledning. Det å treffe med riktig musikk kan være en god avledning, som i neste steg fører til mestring og velvære. En deltaker forteller:

«Det var en pasient som ikke ville dusje og vi var to pleiere inne på badet. Vi begynte å synge, etter hvert alle tre og akustikken var god, ja det var utrolig høyt volum. Og vi kunne forbausende mange vers, mens dusjen ble gjennomført uten problemer. Etterpå er en så fornøyd.»

4.3.3 Dyreassistert terapi

Dyreassistert terapi kan ses på som en myk overgang fra miljøterapi. To av fokusgruppene hadde flere gode erfaringer med husdyrhold. Den tredje gruppen hadde ikke husdyr, men flere ga uttrykk for at dette var et ønske fra de ansatte.

Når deltakerne snakker om sine erfaringer med dyrehold på institusjonene uttrykker de at det øker kommunikasjonen, gir bedre humør, øker positive følelser, styrker sosiale bånd og øker deltakelse i aktiviteter, utsagn som kan sammenfattes i bedre helse og økt livskvalitet for pasientene. Husdyrene beskrives som miljøfaktorer, samtaleemner og noen pasientene kan utøve omsorg for.

En ansatt tar frem et eksempel fra noen år tilbake: «Husker du fru L? Hun hadde katt i flere år. Hun viste sånn omsorg for katten, hun hadde noen å bry seg om som var glad i henne. Hun var ellers alene uten pårørende. I denne perioden sluttet hun med en del medisiner og det tror jeg var mye på grunn av katten.»

Fokusgruppe deltakerne hadde erfart at kjæledyr ga beboerne noe å være opptatt av, de fikk andre ting å tenke på.

En deltaker forteller: « De lurer jo veldig hvis det er en stund siden de har sett katten, eller de har glemt at de nettopp har sett han; hvor er Pus hen? Og de er veldig opptatt av om Pus har fått mat, om Pus skal ut eller om Pus skal inn, så den er jo et samtaleemne.»

Med unntak av ferskvannsakvarium, kyllinger og høns, er det katt som deltakerne har erfaring med som husdyr som hører til på avdelingen. Gruppene kommer med flere bekreftelser på at katt er egnet til å bo på institusjonen og en av deltakerne gir et eksempel på det: « Vi fikk en kattunge nå i

sommer som de eier alle sammen. En beboer kjører katten rundt i kurven på rullatoren og den blir kjørt inn på do og overalt og den ligger på rullatoren. Den er helt utrolig, den katten.»

Gruppene beskriver hundehold som en besøksordning på institusjonen, oftest med ansattes egne hunder, i tilrettelagt forhold med hundebur.

Det er flere utsagn fra deltakerne som bekrefter at hunden, ved dens evne til å virke beroligende og fjerne angst og uro, er en helsegevinst. I tillegg har de eksempler som beskriver at hunder har bidratt til å gi pasienter opplevelse av mestring og en positiv virkning på humøret.

En deltaker forteller om et prosjekt hvor de benyttet hund i forhold til en meget utagerende pasient over en tidsbestemt periode. Pasienten reagerte positivt på kontakt med hunden og deltakeren beskriver det slik: « Hun ble jo kjempe rolig, vi fikk til og med klippet håret hennes, mens hun satt og klappet hunden i fanget.»

Sesongaktiviteter som kyllinger i rugekasse, er godt egnet til aktivitet på sykehjemmet. Det skaper engasjement og er samtale emne for hele avdelingen. Rugekassen blir mål for gåturer og pasienter og ansatte synes det er spennende å følge utviklingen. Små kyllinger ble tatt med i kurv rundt på flere avdelinger til de som ikke kunne gå, en aktivitet som omtales som veldig morsom. Kyllingene fungerer i kommunikasjon på tvers av språkbarriere og bringer frem glade minner og følelser hos pasientene. En deltaker forteller: « en pasient med utenlandsk opprinnelse fikk holde en kylling. Og jeg snakket norsk og hun snakket utenlandsk og koste med denne kyllingen og smilte fra øre til øre. Og vi snakket sammen, vi skjønnte ikke et ord, men vi visste jo at vi snakket om kyllinger. Hun var veldig glad. Og jeg så at hun koblet det sammen med noe hun hadde erfart før. Det var et veldig positivt øyeblikk. Man trenger ikke snakke samme språk så lenge man forstår at man snakker om samme situasjon.»

4.3.4 Aromaterapi

Aromaterapi har hovedsakelig blitt introdusert til fokusgruppedeltakerne ved at de har deltatt i prosjekter ved institusjonen. En av gruppene hadde mer erfaring enn de andre ved at en tidligere ansatt var utdannet aromaterapeut og formidlet sin kunnskap til de ansatte over flere år. De ansatte ble inspirert av aromaterapeuten og opplevde at metodene var trygge og virksomme. En forteller: «Hun blandet en krem til noen som hadde veldig tørre legger og tilsatte noen aromaoljer og avokado olje. Det hadde utrolig god effekt på gammel, tørr hud.»

Metodene deltakerne beskriver er hånd-, fot- og ansiktsmassasje med eteriske oljer, sårbehandling og inhalasjon med bruk av aromamus. De har i hovedsak benyttet Lavendelolje, Bergamottolje og Te

treolje og deltakerne har flere eksempler på at aromaterapi hadde positiv virkning på mennesker med demens som lider av uro og søvnproblemer.

En studie som ble gjennomført ved institusjonene, med bruk av Bergamott overfor mennesker med demens for å heve stemningsleiet ved mild depresjon, støttet tidligere funn som viste at pasienter ble roligere og sov bedre. En av fokusgruppedeltakerne forteller om to av pasientene som var plaget av angst og søvnproblemer, hadde merkbare endringer etter noen døgn med aromaterapi, hvor de pårørendes reaksjon beskriver det slik: «Hva i all verden er det som har skjedd? Alt er jo greit for tiden!»

Flere deltakere forteller om pasienter som har hatt overbevisende effekt av aromaterapi med Te treolje ved hudlidelser som sopp og utslett. I et par tilfeller var det pårørende som supplerte oljene, dersom behandlingen måtte gjentas. Et prosjekt som gikk på Tetre olje i kombinasjon med Aloe Vera i sårbehandling hadde også positive resultater.

Lukten fra de eteriske oljene har ulik virkning på ansatte. De negative reaksjonene blir omtalt under overskriften 4.0 utfordringer

Alle fokusgruppene forteller at det er benyttet aromamus på avdelingene generelt for å skape en god lukt i lokalet. Flere har fått kommentarer som: «det lukter så godt her på huset, det lukter ikke sykehjem». Deltakerne bruker ord som «god stemning» «positiv opplevelse» «lukter veldig godt» «i vertfall ikke noe negativt» «det gjør noe med oss» «det er jo spennende» Flere deltakere forteller at de benytter aromamus hjemme privat, fordi det gir en god lukt i huset.

Det blir gitt eksempler på at aromaterapi kan erstatte medikamenter i enkelte situasjoner. Alle fokusgruppene har erfart pasientsituasjoner hvor beroligende medisiner ble trappet ned eller seponert, mens pasientene fikk eteriske oljer i prosjektet.

Fokusgruppedeltakerne snakket også om at flere tiltak påvirker hverandre. En pasient som deltok i Bergamott prosjektet fikk positiv effekt av behandlingen. Hun var mer oppvirket og humøret var bedre. Samtidig seponerte hun antidepressive medikamenter. Det ble satt i gang flere miljøtiltak overfor pasienten i den samme perioden, noe som også har effekt. Deltakeren sier: «Men jeg tror hun hadde mer overskudd til miljøtiltak på grunn av den eteriske og lignende oljen.»

I de ulike prosjektene måtte deltakerne benytte registreringsskjema for å dokumentere effekten av behandlingen. Bedre søvn var det som oftest ble rapportert og en ansatt forteller: «Jeg så at det virket. Det var snakk om flere typer sovemedisin som ble tatt vekk, nei, for de virket i vertfall ikke.»

4.3.5 Ansattes opplevelser med utfordringer ved bruk av KAM metoder

Alle gruppene har erfaringer og opplevelser med bruk av KAM hvor de beskriver at det kan være vanskelig å gjennomføre planer i forhold til plutselige endringer hos pasientgruppen, eller praktiske problemer i arbeidsdagen på grunn av ressursmangel. Enkelte deltakere viser til forutsetninger som må være tilstede for at dyrehold på institusjon skal la seg gjennomføre. Og alle deltakere har eksempler på negative holdninger til KAM fra kollegaer og andre involverte. Jeg har samlet funnene under overskriften *utfordringer*, hvor følgende fire tema beskrives nærmere i teksten under; utfordringer i forhold til pasientgruppen, utfordringer med dyrehold, utfordringer med å delta i prosjekt og utfordringer med negative reaksjoner fra andre.

4.3.5.1 Utfordringer i forhold til pasientgruppen

De fleste av deltakerne i fokusgruppe intervjuet arbeider i forhold til pasientgrupper med demens. Et par deltakere har sin arbeidsplass innen rehabilitering og to stykker arbeider innen pleie og lindring. Felles for alle er at situasjonen på avdelingen kan endre seg raskt, med utvikling av sykdom og død, noe som gjør at de ikke kan følge planlagt program.

En deltaker sier:

«Det er viktig å utnytte de mulighetene som ligger i det å ha en grei dag. Vi prøver å planlegge dagen, slik at vi kan fokusere på mulighetene når de er der.»

En annen deltaker forteller at det er lagt opp til å følge en ukeplan på hver enkelt pasient med tilpasset aktivitet, men at dette ikke alltid lar seg gjennomføre på grunn av tidspress. Da er det ofte miljøtiltak som blir utsatt eller avlyst.

De ansatte har en arbeidshverdag som innebærer at pasientens sykdom raskt kan utvikler seg til det verre, eller fører til at pasienten dør. Dette er også en utfordring når kandidater blant pasientene skal velges ut til å være med i et KAM prosjekt som har en avgrenset varighet. Det at utvalget som deltar i prosjektet er lite og helsetilstanden er ustabil, er utfordringer som må legges inn i planene når en gjennomfører denne type prosjekt i sykehjem.

En ansatt forteller hva hun opplevde da hun deltok i et prosjekt med bruk av aromaterapi:

«Jeg var litt uheldig med de to pasientene jeg valgte ut; den ene døde etter få uker og den andre ble overført til annen avdeling på grunn av forverring i sykdomstilstanden.»

Uro og utagerende atferd blant demens pasientene er en del av sykdomsbildet og flere av deltakerne forteller om perioder med fysisk vold som slag og spark og verbal utskjelling, som en del av sin arbeidsdag. Slike situasjoner krever mye personalressurser og oppleves som svært belastende for de

ansatte, samtidig som flere understreker at de har stor toleranse for uro blant pasientene. Stemningen på avdelingen kan endre seg brått og uroen sprer seg raskt. Det å ha kontinuitet i pleie og oppfølging av personell som er kjent i avdelingen, er av stor betydning. Flere rapporterer at de kan merke at uro og utagering hos pasientene henger sammen med perioder hvor avdelingen er bemannet med deltidspersonell i små stillinger og vikarer som ikke er kjent i avdelingen. Hvis det er kjent personale kan de håndtere situasjonen på en måte de har erfaring med at virker. En av deltakerne tilføyer at det kan bli uro med erfarent fagpersonell også.

Det å følge opp pleieplaner og behandlingstiltak, krever at de ansatte har anledning til å lese gjennom tidligere rapporter eller få erfaringsoverføring direkte fra medarbeidere. Dette er tidkrevende og en deltidsansatt sier det slik:

«Det er jo mer slitsomt å ikke være oppdatert. Det krever at jeg kommer en halv time, tre kvarter før vakta begynner slik at jeg rekker å lese rapporten fra de siste tre ukene.»

Felles for alle fokusgruppene er at de uttrykker at de savner mer bemanning for å kunne utnytte mulighetene de ser med miljøtiltak overfor denne pasientgruppen.

4.3.5.2 utfordringer med dyrehold

Av de tre fokusgruppene er det to grupper som har kjæledyr ved flere av sine avdelinger. Den tredje gruppen har ønske om å anskaffe kjæledyr. Det kan være en utfordring å få ansatte til å samtykke til dyrehold. Allergier blant ansatte er den vanligste årsaken til å si nei, men motforestillinger, hygiene hensyn, angst for hund og katt kan også veie mot anskaffelse av dyr.

Det å sette seg inn i hva det krever å ha for eksempel en avdelings katt, er en annen utfordring. Dyrlegebesøk, fôr budsjett, tilvenning på avdeling, renhold av utstyr, er noe av det som må avklares før man går til anskaffelse.

En ansatt sier det slik: «Hvis det er spørsmål om katten, så er den min. Det er det enkleste at én tar ansvar for den. Jeg er ikke veldig glad i katter, men noen må jo ta ansvar.»

En annen utfordring kan være å beskytte dyret mot mishandling og utagerende adferd fra pasienter.

Den ene gruppen forteller om sin avdelingskatt som er litt sky og nervøs: «Katten har ikke vært veldig kosete. For den har jo gått gjennom forskjellige perioder hos oss, med litt utagering og noen har sparket litt etter den. Men nå er det rolig og nå ligger den i fanget til ei.»

Det er av betydning at dyr, spesielt besøkshunder som kommer på avdelingene, er egnet til oppgaven med å øke positive følelser blant pasienter og ansatte. Et par deltakere forteller om hunder som har vekket frykt hos enkelte pasienter, ved at de har hoppet opp og vært viltre. Det var da snakk om store valper.

En ansatt forteller at hun ble litt nervøs av noen store, kraftige hunder som var med på avdelingen hvor eieren arbeidet.

4.3.5.3 utfordringer med å delta i prosjekt

Samtlige deltakere i fokusgruppene har deltatt i forsknings prosjekt med bruk av KAM i sykehjem. På spørsmål om hva som opplevdes som utfordrende med å gjennomføre prosjektene, svarer deltakerne at den praktiske gjennomføringen kunne by på problemer. I en avdeling hvor ansatte arbeider i turnus, kan det oppstå problemer med kommunikasjon og informasjon mellom deltakere i prosjektet, som gjør det vanskelig å følge opp rutiner. Fokusgruppe deltakerne forteller om enkelte prosjektdeltakere som ikke fikk tilstrekkelig oppfølging. Det førte til at de trakk sine egne slutninger om prosjektgjennomføringen og de mistet engasjementet.

En ansatt forteller: «Prosjektet ble gjennomført i en periode hvor det var veldig stor arbeidsbelastning på den ene av avdelingene, noe som gjorde at jeg ikke selv fulgte de som var med i prosjektet. Det var krevende å få andre medarbeidere til å følge opp med registrering og tilbakemelding. Jeg ser at en annen som var mer til stede på den aktuelle avdelingen, skulle hatt ansvaret.»

De ansatte har erfart at en prosjektgjennomføring krever planlegging, struktur og lojalitet for å oppnå gode resultater. En deltaker mener det er viktig å forankre prosjektet i ledelsen før det starter opp. En annen tilføyer betydningen av å informere deltakerne om prosjektet og retningslinjer. Hun sier: « Det er viktig å være tydelige på at alle må følge opp et prosjekt som avdelingen er med på. Det fungerte på Lavendelprosjektet. Vi appellerte til deltakerne om å følge opp prosjektet. Det var viktig at vi som jobbet mest med prosjektet gikk foran med et godt eksempel.»

Alle gruppene forteller om hvor viktig det er med oppfølgingsmøter underveis i prosjektet. Fokusgruppedeltakerne forteller at det er krevende å få med alle ansatte til å utføre de tiltakene som prosjektet innebærer. Det blir tatt opp på møter med personalet hvor viktig det er at alle følger prosedyren. Noen synes det er strevsomt å ordne med utstyr til prosjektet og å føre lister over registrert effekt.

Deltakerne forteller også at prosjektene krever en pådriver for å få ansatte med og det oppleves som vanskelig å være pådriver. Det kan lett skli ut slik at ansatte mister engasjement og ansatte som ikke er positive til deltakelse i prosjektet kan få støttespillere.

4.3.5.4 utfordringer med å møte negative reaksjoner

Fokusgruppedeltakerne forteller at de har opplevd å møte reaksjoner som skepsis og motstand fra omgivelsene når de snakker om KAM. En deltaker uttrykker det slik:

«Det er ikke alle som er like overbevist om KAM behandling.»

Reaksjoner på lukt av Lavendelolje er det som skaper flest negative reaksjoner, når fokusgruppene snakker om sine erfaringer med bruk av KAM. Det er flere eksempler på at ansatte har klaget over sjenerende lukt fra Lavendel oljen, selv om de utsettes for begrenset eksponering av lukten.

Tilbakemeldinger går ut på at Lavendel lukten gir ubehag i form av hodepine og uvel følelse. Flere nattevakter har reagert med å føle seg trøtte av Lavendel lukta, mens andre synes lukta er direkte vond og sjenerende. Det kommer frem at ingen av pasientene har gitt uttrykk for negative reaksjoner på lukten av eteriske oljer.

En ansatt forteller: « Vi møter motstand her også. Jeg har opplevd at andre ansatte har klaget over hodepine på grunn av lukten når de går gjennom vår avdeling»

Deltakere fra den ene fokusgruppen forteller at de ved sin avdeling arbeider under målsettingen å benytte miljøtiltak fremfor beroligende medikamenter. Avdelingen er tilført ekstra ressurser og flere pasienter har trappet gradvis ned på medikamenter. Det er delte meninger i avdelingen om dette er tilfredsstillende pasientbehandling, noe som har medført mye diskusjon.

En deltaker forteller at en lege ved en annen institusjon var negativ til bruk av aromaterapi og fikk dermed stanset det planlagte prosjektet. Hun uttaler: « Her hos oss har vi tatt avgjørelsen selv. Men det er klart det koster litt krefter å tørre å stå i det. Et behandlingsprosjekt vil alltid møte spørsmål fra de som er usikre.»

5.0 Diskusjon

5.1 Diskusjon av funnene

Jeg har valgt å trekke frem det som beskriver hvordan de ansatte i fokusgruppeintervjuene opplever å være del av en organisasjon som har mange likheter med en Lærende organisasjon. Videre kommer jeg inn på noen metoder som ansatte sier å ha gode erfaringer med i arbeidet med pasientgruppen demente.

5.2 En lærende organisasjon allerede?

Når jeg ser på sammenhengen mellom Regjeringens mål i *Omsorgsplanen 2020 Faglig omstilling og bredere kompetanse*(4) opp mot faglig tilnærming hos mine informanter, er de langt på vei i endringsprosessen til å være i *en lærende organisasjon* slik Senges teori fremstiller det.(9)

Informantene forteller at de opplever KAM som spennende gjennom bruk av nye metoder. De gir uttrykk for en positive innstilling til samarbeid med pasienter og kolleger. Informantene har god selvinnsikt og kjenner egne svakheter og styrke. Yrkes stolthet kommer til uttrykk når de forteller hvordan de har utviklet erfaringer som gjør at de kan oppnå stabilitet og ro i avdelingen, samtidig som de har toleranse for uro hos pasientene og ser alternative muligheter til medisinerings. Senge viser til de fem disiplinene som er forutsetninger for utvikling av en lærende organisasjon.

5.2.1 Senges første prinsipp

Personlig mestring kan kjennes igjen i den måten de ansatte forteller om enkelte erfaringer med begeistring og glede. Slik en av informantene uttrykker det:

«Å jobbe med demens så synes jeg det er fantastisk. Det er noe av det mest spennende og jeg ser jo at innen demens kan vi bruke enormt mye alternativt.»

Når informantene snakker om *utfordringer med å delta i prosjekt* ser jeg situasjoner som beskriver hvordan opplevelsen av mestring uteblir når ansatte ikke får tilstrekkelig oppfølging når nye ferdigheter skal læres. God informasjon, med klare retningslinjer hvordan ting skal gjøres og at hensikten med det man gjør er kjent for de det gjelder, er i følge informantene viktige momenter som må være tilstede for å få med alle når nye prosjekt prøves ut. Dette er grunnleggende i læringsteori slik den beskrives av Beckmann et al(2012). Det å legge til rette for at alle kan komme med tilbakemeldinger, er en måte å ivareta den ansatte i læringsprosessen. Noe som kan være avgjørende for å lykkes. (50)

Selvinnsikt, det å kjenne sine egne styrker og svakheter, er i følge Senge en viktig del av personlig mestring og her uttrykker deltakerne seg som «vi er rett og slett gode på det vi gjør» eller «jeg ser at en annen som var mer tilstede skulle hatt ansvaret». De ansatte må ha tro på og forventninger til egen mestring og denne troen kan påvirkes av andres støtte og involvering(51).

Teorier om veiledning legger nettopp vekt på at det er mulig å påvirke opplevelse av mestring. En studie som undersøkte personalets håndtering av atferds symptomer hos personer med demens, viste at utdanning og veiledning hadde innvirkning på de ansattes holdninger til å jobbe med personer med demens (52). Andre studier viser at sykepleiefaglig veiledning øker opplevelse av mestring og trivsel og er med å skape et godt arbeidsmiljø (53, 54).

I tråd med kompetanseløftet beskrevet i Demensplan 2015 (5), har samtlige av deltakerne gjennomgått videreutdanning på ulike nivåer innen geriatri og demens. Noen har valgt å fordype seg i emner som kommer inn under KAM begrepet. De ansatte er motivert for læring og de beskriver et fagmiljø som er åpen for ny kunnskap og som deler kunnskap med andre. Kunnskapsoverføringen foregår ofte gjennom praksislæring i avdelingene og en ansatt beskrev det slik: «noen ganger lærer vi nesten via osmose.»

Det med at hver ansatt må kartlegge og utdype egen visjon, er ikke like lett å få øye på i intervjuene. Uttalelser som «Jeg føler godt når jeg går hjem. Jeg har gitt av min tid, pasientene har fått mye av min tid. Og det er det jeg kan gi de.» og «jeg er jo veldig på jakt etter å finne de små gode stundene», kan være eksempler på visjoner. Andre utsagn som «Det er viktig å skape et trivelig miljø for beboerne» eller «jeg ønsker mer tid, ja mer tid til å drive miljøtiltak og mer tid til hver enkelt», kan også være uttrykk for visjoner for den enkelte. Senge sier at hver ansatt må kartlegge og utdype egen visjon og trene på å oppfatte virkeligheten på en objektiv måte.(9)

Strands (2000) uttalelse om at det er flere faktorer som påvirker jobbmotivasjonen for pleiepersonell, bekrefter Senges prinsipp om personlig mestring. Hvis de ansatte ikke opplever å lykkes i sitt arbeid, er faren for utbrenning stor, større jo lenger det er mellom gangene man opplever å lykkes, hevder Strand. Jobben må være noe mer enn bare viktig for at man skal trives. «Den bør være spennende, lystbetont, interessant – slik at man utvikles – gis mulighet til både utfordring og mestring (54).

5.2.2 Senges andre prinsipp,

Mentale modeller handler om å endre sitt tankesett slik at vi kan gi slipp på inngrodde antakelser og dermed åpne opp for ny læring. Dette finner jeg et eksempel på i intervjuene når den ene gruppen forteller om forskjellige grunnleggende forestillinger de ansatte hadde til en ny behandlingsform. Den ene avdeling hadde som målsetting å benytte miljøtiltak fremfor beroligende medikamenter. Det var delte meninger blant de ansatte om miljøterapi var tilfredsstillende pasientbehandling og det førte til mange diskusjoner. Dette samsvarer med ulike studier om bruk av miljøterapi i demensomsorgen.(55, 56) Et sitat hentet fra Morgendagens Omsorg lyder: «*Vanskeligheten*

ligger ikke i å få nye idéer, men i å unnsnippe de gamle, som forgrener seg til hver krok av sinnet.»

John Maynard Keynes (4)

Omsorgsplanen sier videre at en faglig omlegging av omsorgstjenestene forutsetter at det utvikles nye arbeidsmetoder og faglige tilnærminger i omsorgssektoren. Og personellet i omsorgssektoren vil stilles overfor nye utfordringer når det innføres nye behandlingsmetoder (54).

Deltakerne i fokusgruppene er beskrevet som endringsvillige og i lys av endringsteorien hadde spesielt to av gruppene utviklet sine mentale modeller (9), fordi avdelingsledere i flere år hadde inspirert til bruk og bidratt til utvikling av kompetanse på KAM metoder, noe som hadde bearbeidet de ansattes holdninger.

5.2.3 Senges tredje prinsipp

Felles visjon, skal være med å danne et felles bilde av organisasjonens fremtidige profil og mål. Et godt eksempel på det er når deltakerne forteller hva de gjør i forhold til det at institusjonen ønsker å kvalifisere seg til Livsglede sykehjem. For å kunne kalle seg Livsglede sykehjem er det en rekke kriterier som må oppfylles. Det første kriteriet lyder: «Alle ansatte skal vite hva sertifiseringsordningen er og hva det innebærer» (57).

Dette samsvarer med Senges disiplin om felles visjon, at hele organisasjonen må engasjeres og at visjonen blir en levende kraft først når folk virkelig tror de kan skape sin egen fremtid. Den ikke er en oppskrift, men et sett av prinsipper og retningslinjer. De ansatte må ha tro på det de er en del av. I endringsarbeidet bør også hver enkelt ansatt utvikle sin egen, personlige visjon som en egen drivkraft og denne må henge sammen med den overordnede visjonen(33).

Dette sammenfaller godt med en av de ansattes uttalelser: «jeg ble spurt allerede på ansettelsesintervjuet hva slags holdning jeg hadde til eteriske oljer og dyr og sånn, så for meg var det veldig gøy å begynne å jobbe her hvor det var så vanlig og ble sett positivt på.»

Det å kunne identifisere sin egen arbeidsplass med andre institusjoner som får positiv omtale i media gir ansatte en god selvfølelse og stolt tilhørighet, noe som styrker gruppetilhørigheten. En av informantene sier det slik: « når andre (institusjoner) blir trukket frem med at her gjør de det så flott og her gjør de sånn og sånn, så vet jeg jo at det gjør da vi også!»

5.2.4 Senges fjerde prinsipp

Gruppelæring skjer når enkeltindivider skaper endring i felleskap med andre. Det å delta i aromaterapiprojekt hvor alle ansatte skulle utføre fastsatte tiltak beskrives som krevende for deltakerne i gruppene. Jeg lar eksempelet illustrere dette. Å få til hensiktsmessig gruppeutvikling er omfattende og svært krevende, både tidsmessig, resursmessig og menneskelig. I aromaterapiprojektet tok enkelte deltakere ansvar og forsøkte å appellere til de andre i gruppen om hvor viktig det var at alle fulgte opp og de valgte å gå foran med et godt eksempel. Det kan bety at de hadde forståelse for at man ikke skaper endring alene og var klar over utfordringen som ligger i å

arbeide i team og spille sammen (9). Det å jobbe i team er velkjent for ansatte ved omsorgsavdelinger på sykehjem. Det å organisere arbeidet på en måte som effektiviserer daglige rutiner på avdelingen er likevel ikke det samme som at teamet har felles mål som medlemmene er avhengige av hverandre for å oppnå. (58) (59) (60) Fokusgruppedeltakerne forteller at det jobbes mye for å skape rom for diskusjon og dialog, i for eksempel personalmøter og de ansatte har erfaring med stor grad av arbeidstakermedvirkning når beslutninger skal tas. Når det kommer til avgjørelsen om avdelingen skal delta i et prosjekt eller ikke, opplever de ansatte at deres demokratiske valg blir tatt til følge. Men hvordan kan de ansatte påvirke sin arbeidsplass til å bli en lærende organisasjon? En av informantene har erfart at utfordringen ligger i at man skal vite hvorfor man gjør ting. Både at det er trygt det man gjør, men også hvilken hensikt, hvorfor man gjør dette? Hun sier: « hvis du har det klart for deg så er det så mye lettere å forklare og begrunne. Det har hatt mye å si for hvordan du blir møtt»

5.2.5 Senges femte prinsipp

Systemisk tenking, er en overordnet forståelse for helheten i en organisasjon, som er vesentlig for å få til varige endringer. Alle disiplinene utvikles parallelt, men det er systemtenkingen som skal integrere komponentene og legge til rette for effektive løsninger og organisasjonsmodeller(9). Betydningen av gode pådrivere for å fremme nye tiltak og gjennomføre prosjekt, kommer til syne når de ansatte beskriver hvilke utfordringer de opplevde når de var med i aromaterapiprojektene.

Gjennom arbeidet med å utvikle de andre disiplinene blir det tydelig at helheten kan bli større enn summen av de enkelte komponenter. Hvordan kan man øve seg på å se seg selv og omverden i et helhetsperspektiv, forstå sammenhenger og mønster i en organisasjon med stor arbeidsbelastningen? Å endre pleiekulturen vil være komplisert på bakgrunn av at personalet har ulik endringsevne til å bearbeide sine mentale modeller eller fokus på personlig mestring (59), samt at pleiekulturen ligger godt forankret i personalets daglige arbeid (61).

Deltakerne i fokusgruppene fortalte om et godt samhold på arbeidsplassen som hadde utviklet seg over tid. Flere ansatte hadde gått fra skepsis til overbevisning og det hadde til tider vært en krevende prosess å komme dit. Den ene gruppen fortalte om institusjonens praksis ved ansettelse intervjuer, hvor både arbeidsgiver og søkerkandidat forventes å gi til kjenne sine holdninger angående bruk av KAM. Dette opplevdes som positivt da det la grunnlaget for bedre toleranse for nye fremgangsmåter.

En ansatt sier det slik: «de vet jo allerede før de blir ansatt at her bruker vi ulike typer midler og metoder, så de forventer det.»

Kompetanseløftet 2015 har som hovedmål å sikre omsorgssektoren en kompetent og stabil bemanning (5) Det er etablert flere utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester, som skal være pådrivere for kunnskap og kvalitet i omsorgstjenesten.(62) Det er innen for dette fagmiljøet at deltakerne i fokusgruppene ble rekruttert, så deres erfaringer er kanskje ikke representative for den øvrige demensomsorgen? Utviklingssentrene har arbeidet bevisst med organisasjonsmodeller og endringsprosesser siden oppstarten i 2007. Organisasjonsutvikling ved bruk av disiplinene kalles for en «innovasjon i menneskelig atferd» (9), fordi dette er en annen måte å tenke på enn i tradisjonelle forandringsprosesser. Manglende oppfølging av prosjekter må sees i sammenheng med mangel på helhetlig prosess, som er hovedårsak til at endringsprosesser glipper (11). Noe av kritikken mot Senge's teori er at mennesker ikke alltid *ønsker* å endre seg, slik at vi ikke oppnår å komme gjennom alle prinsippene.

Det at vi innser at endringsprosesser er tidkrevende, gjør at vi må starte i dag og løfte frem de gode ideene som kan gjøre en viktig forskjell. Jeg ser en sammenheng med bruk av systematiske endringsprosesser, som kan danne grunnlag for vellykket implementering av KAM prosjekter. Både Argyris (8) og Senge (9) tydeliggjør at alle endringer må starte i ledelsen, fordi lederne er drivkraften for utvikling av endringer i avdelingen.

Det kan dermed se ut som om innslag av gode rollemodeller vil kunne være viktige endringsagenter (9) i avdelingen ved gjennomføring av et KAM prosjekt. Dette er i tråd med det regjeringen legger opp til i sin kommunale innovasjonsstrategi, nemlig at det skal utvikles et utdanningstilbud i kommunalt innovasjonsarbeid for kommunale ledere og fagfolk i sektoren. (4)

For å ta i bruk forskningsresultater om hva som er god demensomsorg, trenger vi derfor mer forskning om hvilke organisatoriske modeller som fremmer god demensomsorg og hvilken kunnskap og rolle ledere må ha (63).

5.3 Diskusjon av dokumenterte KAM metoder

Fokusgruppedeltakerne refererer alle til en del vellykkede eksempler fra sine erfaringer med bruk av KAM metoder som miljøterapi, musikkterapi, dyreassistert terapi og aromaterapi.

5.3.1 Miljøterapi

Samtlige fokusgrupper har eksempler på hvordan miljøterapeutiske tiltak har god effekt på pasientgruppen. Den ene gruppen som i flere år har tatt pasienter med på ferieturer til varmere klima, forteller at det i begynnelsen skapte mye diskusjon og skepsis i fagmiljøet. Dette samsvarer med en studie av ansattes holdninger til sykehjemsbeboere med demens, som antyder at ansatte har liten tro på at denne gruppen har nytte og glede av å delta på aktiviteter(29)

De ansatte forteller om de gode øyeblikkene som gjør at pasienter har godt utbytte av tiltaket. En pasient med dårlig hukommelse uttalte følgende:

«Tenk at jeg har vært med på det her! Jeg har reist med fly, vært med på utflukter og vi koser oss sammen. Det er bare for at jeg er så trygg.»

En slik uttalelse bekreftes av en hollandsk studie, (64), som påpeker at aktiviteter som gir gode opplevelser er like viktige for mennesker med demens som for andre mennesker. En ansatt tilføyer at turene ikke bare er positive, men det er det heller ikke på sykehjemmet i løpet av en hel uke. «hvis du kan øke det positive med over 50 % så har du det jo veldig mye bedre enn i en vanlig uke.»

Stilt overfor en gruppe pasienter hvor Engedal et al (7) hevder at vi fortsatt ikke kjenner til legemidler eller andre behandlingsmetoder som kan kurere demens sykdommen, er det forståelig at mange velger å prøve ut alternative metoder. Vi står ovenfor store utfordringer når det gjelder hva som kan gjøres for denne pasientgruppen og derfor er det viktig å løfte frem hva vi *kan* gi og hvilke *muligheter* pleiere har til å gi den demente en så verdig og meningsfull hverdag som mulig.

Resultater fra en norsk undersøkelse av meningsfulle aktiviteter i sykehjemmet (55) viser at det må legges til rette for at beboerne kan delta i aktiviteter tilpasset egne interesser, fortrinnsvis interesser der beboerne selv er aktive, for eksempel hagearbeid og spaserturer.

Dette samsvarer godt med den form for miljøterapi fokusgruppedeltakerne forteller at de benytter over for pasientene.

I følge stortingsmeldingen Morgendagens Omsorg (4) er det behov for større vektlegging av aktivisering både sosialt og fysisk og økt oppmerksomhet på brukeres sosiale, eksistensielle og kulturelle behov.

Videre sier meldingen at ny kunnskap må tas i bruk i omsorgssektoren, da det finnes ulike miljøtiltak som kan brukes terapeutisk mot uro og depresjon ved demens eller utagering ved stell og daglige aktiviteter.

Deltakerne i fokusgruppene innehar mye kompetanse på dette området, noe som etterspørres av helsemyndighetene når de skal etablere kompetansemiljø som kan ha ansvar for utvikling og spredning av miljøterapeutiske behandlingstiltak (4)

5.3.2 Musikkterapi

Fokusgruppedeltakerne benyttet alle en eller annen form for musikkterapi i daglige rutiner overfor pasientene. Samtlige har erfart gode resultater når de ved hjelp av musikk stimulerer til følgende

reaksjoner som sosiale interaksjoner, redusert agitasjon og uro, håndtering av følelsesmessige problemer og minnearbeid. Dette samsvarende med resultater fra en større review (65) "Music therapy for people with dementia" som konkluderer med at selv om resultatene fra 10 inkluderte studier viser positive effekter av musikkterapi, så er studienes design og metodologi av for dårlig kvalitet til at funnene kan generaliseres.

Myskja (2011) skriver i «Musikk som Terapi i Psykisk Helsearbeid»:

«Der talespråket og kognitive evner blir redusert eller går tapt, trenger man å søke alternative kommunikasjonskanaler. Vi vet at musikalske evner kan holde seg intakt helt til sene stadier av demens. Sang og musikk er et språk med store terapeutiske muligheter i arbeidet med mennesker med demens.» (13)

De ansatte beskriver den umiddelbare effekten som musikken kan gi både pasienter og ansatte i samhandling. For å få optimale resultater trenger de oftest å bruke en kombinasjon av aktive og passive teknikker, inkludert aktiv lytting, sang, improvisasjon og bevegelse. Erfaringene svarer til resultater fra flere studier(66) (16, 67) om musikk terapi i forhold til pasienter med diagnosen Alzheimer.

Ingen av de ansatte oppgir å ha musikkfaglig utdannelse, men flere forteller om stort utbytte av å lære av musikkterapeuter som har vært tilknyttet avdelingene i perioder. En av gruppedeltakerne sier: « Det er så flott hvordan vi noen ganger kan kommunisere med pasientene gjennom musikken. For hjertet husker det hodet glemmer!»

En studie fra Taiwan viser at pleiepersonell trenger mer formell opplæring i musikkterapi overfor pasientgruppen demente, for å enklere kunne nyttiggjøre seg av musikk som en rutine aktivitet slik at det har effekt på mental helse hos demente. (24)

Jeg sier meg helt enig i det som Myskja(2011) konkluderer i boka «Musikk som Terapi i Psykisk Helsearbeid»:

«I og med at musikk har lave kostnader, få bivirkninger og kan virke på en rekke sentrale problemområder i demens, fra motorisk funksjon til egenverd, er det grunnlag for å prioritere forskning på dette området.» (13)

5.3.3 Dyreassistert terapi

Deltakerne i fokusgruppene forteller om erfaringer med dyrehold på institusjonene som bekreftes av forskning på området. Antrozologi er vitenskapen som fokuserer på alle sider ved menneske-dyr-binding og forskningen vil dokumentere og forklare effektene hos begge parter.(68)

Forskningen viser at dyrs innvirkning på mennesket har en positiv effekt på helse og livskvalitet, gir bedre motstandskraft og høyner overlevelse, samtidig som dyr kan dekke et kontrollbehov og gi opplevelse av mestring og selvfølelse. (69) Dyr kan også være overføringsobjekter, gi signaleffekt og være tilknytningsfigurer, i tillegg til at det kan utvikles adaptive strategier. Den fysiologiske effekten og betydningen av berøring er også dokumentert.(70)

På institusjoner er gunstige effekter av dyr at de virker avslappende på beboerne, beboerne beveger seg mer, de får andre ting å tenke på enn sykdommen og de viser svakere sykdomssymptomer, bl.a. mindre smerte.

En av de mest veldokumenterte helsegevinstene ved hunden er dens evne til å virke beroligende og fjerne angst og uro.(71)

(17)

Fokusgruppedeltakerne hadde også erfaringer som vi finner igjen i punktene under risikohåndtering, som er identifisert av International Association of Human-Animal Interaction Organizations (IAHAIO) Dyrevelferd, redsel for dyr, bitt, overtramp, allergier, zoonoser, rapporteringsskjema, bekrefter de ansatte som nødvendig å ta med i planleggingen når institusjonen går til anskaffelse av dyr.

Nå som flere ønsker å kvalifisere seg til Livsglede Sykehjem, vil vi se stadig flere kjæledyr i omsorgsinstitusjoner, da et av kriteriene er at beboerne skal ha mulighet kontakt med dyr. (57)

Fokusgruppedeltakerne har mange års erfaring og kompetanse med dyrehold på institusjon

Enkle, praktiske løsninger, som for eksempel å legge en tynn trestamme skrått mot verandaen i 2.etg, for at katten kan gå ut og inn på avdelingen, eller anskaffe hundebur for at ansatte og pårørende kan ha hunder på besøk legger forholdene til rette for at det skal fungere bra. Dette er erfaringer som også andre kan nytte godt av og verdt å legge inn i kompetansemiljøets idekonto. (4)

5.3.4 Aromaterapi

Deltakerne i fokusgruppene har ulike erfaringer med bruk av aromaterapi overfor pasientgruppen demente. For noen begrenser erfaringen seg til deltakelse i et av forskningsprosjektene med eteriske oljer i aromamus, enten i støttetiltak av tilstander med forstyrret søvnmønster og uro, eller andre forsøk som lindring av depresjon og nedstemthet (ikke publisert). Andre deltakere hadde inkludert

aromaterapi med eteriske oljer i sitt sykepleiefaglige repertoar i flere år under faglig ledelse ved institusjonen.

Felles for fokusgruppene er de problemene de kan stå over for daglig, med atferdsmessige og psykiatriske/psykologiske symptomer(APSD) ved demens. De symptomene som opptrer hyppigst er depresjon og tilbaketrekning, angst og katastrofereaksjon, vrangforestillinger, personlighetsendring, apati, interesseløshet og rastløs motorisk atferd, irritabilitet og aggressivitet, repeterende handlinger, roping og klamring og forandret døgnrytme. (7)

Med tanke på uheldige bivirkninger, finnes det ikke effektive medikamenter overfor denne pasientgruppen ((72), noe som skaper store utfordringer for alle som er berørt.

Fokusgruppedeltakerne beskrives som åpne og på jakt etter løsninger som kan hjelpe pasientene. Det finnes nyere forskning om effekter av aromaterapi i forhold til APSD (12, 14, 15, 23, 73) og flere har resultater som peker i retning at det er en positiv effekt. Men få studiene holder mål til de metodekravene som stilles for inkludering i reviews. Det har vært en utfordring for mange KAM prosjekt å finne et design som egner seg til intervensjonen og samtidig fyller strenge krav til anerkjente metoder. Forskningsmiljøet etterlyser studier som ser på bivirkninger av aromaterapi på lik linje med psykofarmaka. Det blir en forutsetning for å legge frem validerte funn innen feltet aromaterapi.

Kan det å skulle håndtere situasjoner som oppstår med APSD fører til at de ansatte *ønsker at aromaterapi skal virke?* Flere vurderinger de ansatte gjorde av om aromaterapi hadde effekt på pasientene i prosjektet kan tyde på det, slik det beskrives av en ansatt: «Kanskje hadde det litt virkning? Det er ikke godt å si?» Mens andre informanter har erfaringer med effekt av aromaterapi som gjør at de er helt overbevist om at det virker, som i eksempelet med en veldig utagerende dame som fikk Lavendel olje behandling: « og noen ganger sovnet hun og andre ganger satt hun seg ned og roet seg. Det var utrolig spennende å se på. Jeg tror egentlig vi ble litt forskrekket hver gang det hjalp!»

Placebo effekten er viet mye oppmerksomhet i forbindelse med bruk av aromaterapi.(74) De ansatte mener likevel at pasientgruppen demente ikke er mottakelige for placeboeffekt, da de ikke evner å ha forventninger til effekten av behandlingstiltak.

6.0 Konklusjon

Hensikten med denne studien var å finne ut hvilke erfaringer og opplevelser ansatte har ved bruk av KAM i sykehjem. Funnene viser at ansatte opplever det som spennende å benytte KAM metoder, de er åpne for å lære nye ting og de har erfaringer med metoder som kan brukes i det daglige arbeidet i forhold til pasientgruppen demente. I tillegg har de også erfaringer med at KAM metodene kan føre med seg noen utfordringer. Intervjuene viser at ansatte har en positiv innstilling, med god selvfølelse og yrkes stolthet, og de gir mange bekræftelser på at de trives i jobben.

Arbeidsplassene tilbyr utviklende fagmiljø med klare målsettinger, og de ansatte har medvirkning til de avgjørelser som blir tatt. Det dannes et bilde av en omsorgstjeneste som er langt på vei inn i Morgendagens Omsorg. Er dette tilstanden i den øvrige demensomsorgen i landet? Det er i dag ingen oversikt over hva som praktiseres av alternativ og komplementær behandling i norske sykehjem. Her er et område hvor det er behov for kartlegging. utfordringen blir hvordan vi kan videreføre de mange erfaringer og inspirerende løsninger ut til andre omsorgsinstitusjoner som bare sitter å venter på det gode øyeblikk.

7.0 Referanseliste

1. Waaler HT. [Economic crisis and health]. Tidsskrift For Den Norske Lægeforening: Tidsskrift For Praktisk Medicin, Ny Række. 2009;129(8):772-.
2. Rauhala A, Kivimäki M, Fagerström L, Elovainio M, Virtanen M, Vahtera J, et al. What degree of work overload is likely to cause increased sickness absenteeism among nurses? Evidence from the RAFAELA patient classification system. Journal Of Advanced Nursing. 2007;57(3):286-95.
3. Johannessen B. Why do Norwegian nurses leave the public health service to practice CAM? Complementary Therapies In Clinical Practice. 2009;15(3):147-51.
4. Helse- og o. Morgendagens Omsorg Meld.St.29. In: Helse- og o, editor. Oslo2012 - 2013. p. 140.
5. Helse- og o. Demensplan 2015 "Den gode dagen" Delplan til Omsorgsplan 2015. In: omsorgsdepartementet H-o, editor. Oslo2008. p. 26.
6. Folkehelseinstituttet. Helsetilstanden i Norge: status og utviklingstrekk. [Database] Oslo2012 [cited 2012 29.05.]; Available from: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=6039:0:15,4576:1:0:0:::0:0.
7. Engedal K, Haugen PK, Brækhus A. Demens: fakta og utfordringer : en lærebok. Tønsberg: Aldring og helse; 2009. 424 s. : ill. p.
8. Argyris C. Bryt forsvarsrutinene: hvordan lette organisasjonslæring. Oslo: Universitetsforlaget; 1990. 160 s. p.
9. Senge PM, Lillebø A. Den femte disiplin: kunsten å utvikle den lærende organisasjon. Oslo: Egmont Hjemmets bokforl.; 1999. 386 s. : ill. p.
10. Fossey J, James I. Evidence-based approaches for improving dementia care in care homes. London: Alzheimer's Society; 2008. XIII, 145 s. : ill. p.
11. O'Keefe EM, Stewart MC, Senge PM. Tools for conflict resolution: a practical K-12 program based on Peter Senge's 5th discipline. Lanham, Md.: ScarecrowEducation; 2004. VI, 147 s. : ill. p.
12. Nguyen Q-A, Paton C. The use of aromatherapy to treat behavioural problems in dementia. International Journal Of Geriatric Psychiatry. 2008;23(4):337-46.
13. Myskja A. Musikk som terapi i psykisk helsearbeid. Bergen: Fagbokforl.; 2011. p. S. [200]-18.
14. Cook N. Aromatherapy: Reviewing evidence for its mechanisms of action and CNS effects. Br J Neurosci Nurs. 2008;4(12):595-601.
15. Burns A, Perry E, Holmes C, Francis P, Morris J, Howes M-JR, et al. A double-blind placebo-controlled randomized trial of Melissa officinalis oil and donepezil for the treatment of agitation in Alzheimer's disease. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders. 2011;31(2):158-64.
16. Brodtkorb K. Å finne tonen i samspill: musikk som kilde til mening, mestring og velvære i sykepleien til pasienter med demens i sykehjem : et aksjonsforskningsprosjekt. [Nodeland]: Hovedundervisningssykehjemmet for region sør, Songdalen kommune; 2008. 53 s. : fig. p.
17. Barker SB, Wolen AR. The benefits of human-companion animal interaction: a review. Journal Of Veterinary Medical Education. 2008;35(4):487-95.
18. Friedmann E, Son H. The human-companion animal bond: how humans benefit. The Veterinary Clinics Of North America Small Animal Practice. 2009;39(2):293-326.
19. LOV 2003-06-27 nr 64: Lov om alternativ behandling av sykdom mv., (2003).
20. behandling NNifa. Hva er alternativ behandling. Oslo2012 [cited 2012 29.05.2012]; Available from: http://www.nifab.no/om_alternativ_behandling/hva_er_alternativ_behandling.
21. NIFAB, Behandling NIFA. Hva er alternativ behandling. Tromsø: Universitetet i Tromsø; 2010 [updated 09.12.2010; cited 2013 20.05.]; Available from: http://www.nifab.no/om_alternativ_behandling/hva_er_alternativ_behandling.
22. WHO. Complementary/alternative medicine. Geneva: World Health Organization; 2013 [cited 2013 20.05.]; Available from: <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/definitions/en/>.
23. Wan-ki Lin P, Wai-chi C, Fung-leung Ng B, Chiu-wa Lam L. Efficacy of aromatherapy (Lavandula angustifolia) as an intervention for agitated behaviours in Chinese older persons with

- dementia: a cross-over randomized trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2007;22(5):405-10.
24. Sung H-C, Lee W-L, Chang S-M, Smith GD. Exploring nursing staff's attitudes and use of music for older people with dementia in long-term care facilities. *Journal of Clinical Nursing*. 2011;20(11/12):1776-83.
 25. Miskja A. Musikk som terapi i demensomsorg og psykisk helsearbeid med eldre. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 2009 Nr 02 (10):8.
 26. Hellström A, Willman A. Promoting Sleep by Nursing Interventions in Health Care Settings: A Systematic Review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2011;8(3):128-42.
 27. Cohen-Mansfield J, Jensen B. Nursing home physicians' knowledge of and attitudes toward nonpharmacological interventions for treatment of behavioral disturbances associated with dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2008;9(7):491-8.
 28. Bauer M, Rayner J-A. Use of complementary and alternative medicine in residential aged care. *Journal Of Alternative And Complementary Medicine (New York, NY)*. 2012;18(11):989-93.
 29. Kada S, Nygaard HA, Mukesh BN, Geitung JT. Staff attitudes towards institutionalised dementia residents. *Journal of Clinical Nursing*. 2009;18(16):2383-92.
 30. Sewitch MJ, Cepoiu M, Rigillo N, Sproule D. A literature review of health care professional attitudes toward complementary and alternative medicine. *Complementary Health Practice Review*. 2008;13(3):139-54.
 31. Toot S, Hoe J, Ledgerd R, Burnell K, Devine M, Orrell M. Causes of crises and appropriate interventions: The views of people with dementia, carers and healthcare professionals. *Aging & Mental Health*. 2013;17(3):328-35.
 32. Cutshall S, Derscheid D, Miers AG, Ruegg S, Schroeder BJ, Tucker S, et al. Knowledge, attitudes, and use of complementary and alternative therapies among clinical nurse specialists in an academic medical center. *Clinical Nurse Specialist CNS*. 2010;24(3):125-31.
 33. Senge PM. *The Fifth Discipline*. Fiil S, editor. Århus: Klim; 1990. 358 p.
 34. Cheston R, Bender M. Brains, minds and selves: changing conceptions of the losses involved in dementia. *The British Journal Of Medical Psychology*. 1999;72 (Pt 2):203-16.
 35. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
 36. Halkier B, Gjerpe K. *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal akademisk; 2010. 144 s. p.
 37. Malterud K. *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget; 2012.
 38. Kreuger RA, Casey MA. *Focus groups, a practical guide for applied research*. 4th ed. USA: SAGE; 2009. 219 p.
 39. Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2010. XIV, 610 s. p.
 40. Lerdal A, Karlson B. Fokusgruppeintervju brukes i økende grad i kliniske forskningsstudier innen helsefag. *Sykepleien Forskning*. 2008;2008 3(3):172-5.
 41. Morgan DL. *Focus groups as qualitative research*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications; 1997. VIII, 80 s. p.
 42. Krueger RA. *Developing questions for focus groups*. Thousand Oaks, Calif.: Sage; 1998. XX, 107 s. p.
 43. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforl.; 2011. 238 s. : fig. p.
 44. Giorgi A. *Phenomenology and psychological research: essays*. Pittsburgh, Pa.: Duquesne University Press; 1985. X, 216 s. p.
 45. Russell J, Cohn R. *NVivo*. Edinburgh: Lennex Corp; 2012. 136 s. p.
 46. Kvale S, Brinkmann S. *Det kvalitative Forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2009.
 47. *Helsinkideklarasjonen: anbefalte retningslinjer for leger vedrørende biomedisinsk forskning som omfatter mennesker*. Oslo: Universitetsforlaget; 1997. S. 375-8 p.

48. LOV 2008-06-20 nr 44: Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven), (2008).
49. Norge. Lov av 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningsaker (forvaltningsloven) med endringer, sist ved lov av 19. juni 2009 nr. 103 (i kraft 28. desember 2009) samt forskrift med endringer, sist ved forskrift av 21. august 2009 nr.1098. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag; 2010. 42 s. p.
50. Beckmann N, Wood RE, Minbashian A, Taberner C. Small Group Learning: Do Group Members' Implicit Theories of Ability Make a Difference? *Learning and Individual Differences*. 2012;22(5):624-31.
51. Bandura A, Prochaska JO, Velicer WF. The anatomy of stages of change... from: Self efficacy: the exercise of control... from: SELF EFFICACY: THE EXERCISE OF CONTROL by Bandura (c) 1997 by W. H. Freeman and Company. *American Journal of Health Promotion*. 1997;12(1):8-14.
52. Visser SM, McCabe MP, Hudgson C, Buchanan G, Davison TE, George K. Managing behavioural symptoms of dementia: effectiveness of staff education and peer support. *Aging & Mental Health*. 2008;12(1):47-55.
53. Bégat I, Ellefsen B, Severinsson E. Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well-being– a Norwegian study. *Journal of Nursing Management*. 2005;13(3):221-30.
54. Sykepleiefaglig veiledning : et middel til å videreutvikle sykepleierkompetanse? : University Of Oslo 1996; 1996.
55. ÅvrebÅ, Haugland B. Meningsfulle aktiviteter på sykehjemmet. *Sykepleien Forskning*. 2012;7(1):42-9.
56. Richter T, Meyer G, Möhler R, Köpke S. Psychosocial interventions for reducing antipsychotic medication in care home residents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012(12).
57. eldre Lf. Livsgledesykehjem/Sertifiseringsordningen beskrivelse. Trondheim2013 [cited 2013 05-10]; Available from: (https://www.livsgledeforeldre.no/images/statisk/livsgledesykehjem/Sertifiseringsordningen_beskrivelse_2013.pdf).
58. Berg ME, Martinsen ØL, Thompson G. Ledelse, kompetanse og omstilling. Oslo: Universitetsforl.; 1998. 168 s. : fig. p.
59. Hackman JR, Wageman R. WHEN AND HOW TEAM LEADERS MATTER. *Research in Organizational Behavior*. 2004;26(0):37-74.
60. Thompson LL. Making the team: a guide for managers. Upper Saddle River, N.J.: Pearson Prentice Hall; 2008. XX, 476 s. : ill. p.
61. Moser I. Behandlingskulturer i skjermet enhet i sykehjem. *Omsorg*. 2008(Årg. 25, nr. 1):13-8 : port.
62. Helsedirektoratet. Aldring og helse, Nasjonalt kompetansesenter. In: Helse- og o, editor. Tønsberg: Helsedirektoratet; 2011. p. 8.
63. Bang H, Midelfart TN. Effektive ledergrupper. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012. 293 s. : fig. p.
64. Vernooij-Dassen M. Meaningful activities for people with dementia. *Aging & Mental Health*. 2007;11(4):359-60.
65. Vink Annemiek C, Bruinsma Manon S, Scholten Rob JPM. Music therapy for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2003; (4). Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003477.pub2/abstract>.
66. Guétin S, Portet F, Picot MC, Pommié C, Messaoudi M, Djabelkir L, et al. Effect of music therapy on anxiety and depression in patients with Alzheimer's type dementia: randomised, controlled study. *Dementia And Geriatric Cognitive Disorders*. 2009;28(1):36-46.
67. Svansdottir HB, Snaedal J. Music therapy in moderate and severe dementia of Alzheimer's type: a case-control study. *International Psychogeriatrics / IPA*. 2006;18(4):613-21.
68. <dyreassistert terapi.pdf>.

69. Filan SL, Llewellyn-Jones RH. Animal-assisted therapy for dementia: a review of the literature (Structured abstract). *International Psychogeriatrics* [Internet]. 2006; (4):[597-611 pp.]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/cldare/articles/DARE-12007009095/frame.html>.
70. Püllen R, Coy M, Hunger B, Koetter G, Spate M, Richter A. [Animal-assisted therapy for demented patients in acute care hospitals]. *Zeitschrift Für Gerontologie Und Geriatrie*. 2013;46(3):233-6.
71. Sellers DM. The evaluation of an animal assisted therapy intervention for elders with dementia in long-term care. *Activities, Adaptation & Aging*. 2005;30(1):61-77.
72. Ruths S, Straand J. [Antipsychotics against anxiety in dementia: medical treatment or chemical restraints?]. *Tidsskrift For Den Norske Lægeforening: Tidsskrift For Praktisk Medicin, Ny Række*. 2005;125(12):1672-5.
73. Hellström A, Willman A. Promoting sleep by nursing interventions in health care settings: a systematic review. *Worldviews On Evidence-Based Nursing / Sigma Theta Tau International, Honor Society Of Nursing*. 2011;8(3):128-42.
74. Røsjø B. *Helbredernes hemmeligheter: slik virker alternativ behandling*. Oslo: Spartacus; 2012. 224 s. p.

Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv institusjon



Gitte Garvik,

Student Master Folkehelsevitenskap,

Universitetet i Agder,

Omlandsneset 17

4516 Mandal

dato:2012

Til

Søknad om å gjennomføre fokusgruppeintervju med ansatte ved.....

Jeg er masterstudent ved Institutt for folkehelse, idrett og ernæring ved Universitetet i Agder. Jeg holder nå på med den avsluttende masteroppgaven hvor tema er **bruk av alternative og komplementære behandlingsformer (KAM) i sykehjem.**

Hensikten med prosjektet er å få innsikt i ansattes erfaringer med å bruke slike metoder i sin praksis.

Gjennom Berit Johannessen som er min veileder på dette prosjektet har jeg fått vite at dere har prøvd eteriske oljer som komplementære tiltak ved deres institusjon.

På denne bakgrunn søker jeg om å få invitere ansatte som har erfaringer og opplevelser etter å ha deltatt i KAM prosjekt til å være med i et fokusgruppeintervju. Det er tenkt at gruppen skal bestå av 3-5 deltakere og det er planlagt **ett** intervju, med forbehold å kunne ta kontakt på nytt om nye spørsmål skulle dukke opp. Gruppeintervjuet kan vare inntil 2 timer, medregnet 30 min til registrering, spørsmål og oppsummering. Jeg vil trenge hjelp til å formidle henvendelsen til de ansatte som deltok i studien(e), og ber derfor om at vedlagte invitasjon gis til de som er aktuelle.

Data vil bli behandlet konfidensielt og lydopptak slettes ved prosjektets slutt, senest 15.06.2013. Informasjon som kommer frem i undersøkelsen vil være taushetsbelagt, og ingen utsagn eller sitater skal kunne knyttes tilbake til deltaker eller institusjon.

Prosjektet er vurdert av Personvernombudet ved Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste. Dersom tillatelse blir gitt, vil invitasjonsbrev til ansatte sendes ut, og praktisk tilrettelegging i samarbeid for gjennomføring av intervjuer i november 2012 avtales med institusjonen.

Dersom det er spørsmål vedrørende prosjekt og gjennomføring kan jeg kontaktes på:
E-post. Gitteg11@student.uia.no telefon 92257381

Med vennlig hilsen
Gitte Garvik

Vedlegg 2: Informasjonsskriv ansatte



Informasjonsskriv

Bruk av alternative og komplementære behandlingsformer (KAM) i sykehjem.

Jeg er masterstudent ved Institutt for folkehelse, idrett og ernæring ved Universitetet i Agder. Jeg holder nå på med masteroppgaven hvor tema er **bruk av alternative og komplementære behandlingsformer (KAM) i sykehjem.**

Hensikten med prosjektet er å få innsikt i ansattes erfaringer med å bruke slike metoder i sin praksis.

Gjennom Berit Johannessen som er min veileder på dette prosjektet har jeg fått vite at dere har erfaring med bl.a. eteriske oljer som komplementære tiltak ved deres institusjon.

På denne bakgrunn **søker jeg om å få intervjuere dere som har erfaringer med bruk av komplementære metoder.**

Intervjuene vil bli gjennomført i grupper bestående av 3-5 deltakere og det er planlagt **ett** intervju på inntil 2 timer. Jeg vil benytte en medhjelper til å ta notater i tillegg til at det blir gjort lydopptak. Medhjelperen har undertegnet taushetsklæring.

Data fra intervjuene vil bli behandlet konfidensielt og lydopptakene vil bli slettet ved prosjektets slutt, senest 15.06.2013. Informasjon som kommer frem vil være taushetsbelagt, og ingen utsagn eller sitater skal kunne knyttes tilbake til deltaker eller institusjon.

Din deltakelse er frivillig og du kan når som helst trekke deg fra studien uten å oppgi grunn.

Prosjektet er godkjent av Personvernombudet ved Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste. Praktisk tilrettelegging i samarbeid for gjennomføring av intervjuer i november 2012 avtales med institusjonen.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål vedrørende prosjekt og gjennomføring kan jeg kontaktes på: E-post. Gitteg11@student.uia.no eller telefon 92257381 innen 11.11.2012

Med vennlig hilsen
Gitte Garvik



Vedlegg 3: Samtykkeerklæring



UNIVERSITETET I AGDER
FAKULTET FOR HELSE- OG IDRETTSVITENSKAP

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt skriftlig informasjon om studien **bruk av alternative og komplementære behandlingsformer (KAM) i sykehjem** og jeg ønsker å være med på fokusgruppeintervju.

Jeg er informert om at jeg når som helst kan trekke meg fra studien uten å oppgi grunn.

Jeg er informert om at det blir tatt lydopptak av intervjuene og at det vil være en medhjelper tilstede. Medhjelperen har taushetsplikt.

Jeg gir tillatelse til at anonymiserte skriftlige data kan brukes i masteroppgaven i Folkehelsevitenskap.

Dato:

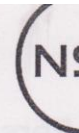
Signatur:

Telefon:

Vedlegg 4: NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Berit Johannessen
Institutt for folkehelse, idrett og ernæring
Universitetet i Agder
Serviceboks 422
4604 KRISTIANSAND S

Harald Hårf
N-5007
Nor
Tel: +47-5
Fax: +47-5
nsd@ns
www.n
Org nr. 98

Vår dato: 23.10.2012

Vår ref:31870 / 3 / LMR

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 18.10.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

31870	<i>Hvilke erfaringer og opplevelser har ansatte med bruk av alternative og komplementære behandlingsformer i sykebjem</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Agder, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Berit Johannessen</i>
Student	<i>Gitte Garvik</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

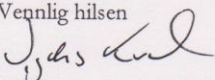
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

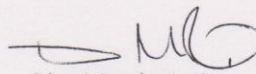
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.06.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Linn-Merethe Rød

Linn-Merethe Rød tlf: 55 58 89 11
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Gitte Garvik, Omlandsneset 17, 4516 MANDAL

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kvrre.svarva@svt.ntnu.no

Vedlegg 5: Intervjuguide

Intervjuguide

Problemstilling: *Hvilke erfaringer og opplevelser har ansatte med bruk av alternative og komplementære behandlingsformer i sykehjem*

Introduksjon ca 15 min

Forklare litt om prosjektet, og om hva som skal skje. Forskningsprosjektets formål og hva dagens intervju skal handle om. Kan bruke invitasjonsbrevet.

Deltakerne får presentere seg, husk navneskilt med tlf.nr Relevant å vite alder? Jobb? Utdannelse? Innledning for å få alle i tale.

Presentere retningslinjene for intervjuet. Fokusgruppe er en form for intervju der deltakerne først og fremst snakker med hverandre, men styres av spørsmål fra moderator.

Intervjuet her i dag dreier seg om erfaringer og opplevelser med bruk av alternative og komplementære behandlingsformer. Dere leder selv diskusjonen. Hvis det sporer av, eller hvis dere går tomme for noe å si, eller hvis ikke alle blir hørt, så pleier en fra gruppen å gjøre noe med det. Hvis ikke skal jeg nok gripe inn! Jeg er først og fremst interessert i deres egne erfaringer, opplevelser og fortellinger, ikke bare holdningene deres. Alle opplevelser er like viktige. Alle opplevelser er like ok, - det finnes ikke riktige eller feil svar. Intervjuet varer ca. 1,5 time, med en liten pause. Det blir tatt opp med iPhone. Ingen andre enn jeg og evt. veileder ser utskriften.

00:00 (90:00) Tema: innledningsspørsmål

Kan dere fortelle litt om hva som kjennetegner pasientgruppen der dere jobber? Hva legger dere i begrepet KAM? Hvilke erfaringer har dere med å benytte KAM? Hvilke metoder har dere brukt? Eteriske oljer, Dyr, Massasje, Musikk, Annet? Hva synes dere var hemmende og fremmede faktorer ved bruk av disse metodene?

Hvem er det som bestemmer hva dere kan bruke av KAM metoder? Opplever du at du har noen innflytelse på valg om å benytte KAM? Medførte prosjektet nye rutiner og oppgaver som belastet /lettet din arbeidsdag? Rapportskrivning, håndtering av utstyr og midler, kommunikasjon med pasient, kolleger, pårørende, ledelse og prosjektleder med mer.

Hvordan var opplæring og informasjon før du fikk oppgaver i prosjektet? Har dere erfart noen bivirkninger eller skadevirkninger?

20:00 (70:00) Tema erfaring med effekt

Kan du fortelle om noen spesielle pasientsituasjoner hvor dere brukte KAM? Søvnforstyrrelser, angst og uro, smerte? Hvordan kan du beskrive effekten? Er dette overaskende for deg? Har du erfaringer med at KAM kan erstatte medikamenter?

45:00 (45:00) Tema hva synes vi:

Holdninger. Har du endret holdning til KAM etter at du har prøvd/ brukt det? Kan du diskutere tema med dine kolleger? Ledelsen? Pårørende? Privat? (KAM er et aktuelt tema i nyhetene etter at TV-serien Folkeopplysningen skaper debatt. Har dette innvirket på din holdning?) - utgår.

60:00 (30:00) Tema Hva har skjedd:

Har rutiner blitt endret etter at KAM prosjekter er avsluttet? Hvis du har vært med i prosjekt- Har du fått del i resultater fra gjennomført prosjekt? Kunne du tenke deg å dele dine KAM opplevelser med andre?

75:00 (15:00) Tema Avslutning Oppsummering, avklarende spørsmål. Annet.

Vedlegg 6: søkelogg

Forklaring til søkestrengene MH = søkt på Mesh (dvs kontrollert emneord) og + etter søkeordet indikerer søk på alle underemner.

Database	Søkestreng	Begrensninger	Dato for søk	Antall treff
Svemed+	(complementary OR alternative OR CAM) AND (attitud* OR perception* OR preference* OR knowledge OR satisfaction* OR experience*)		30.04.2013	107
Cinahl (Ebsco) Søkesett 1	(MH "Alternative Therapies+") AND "nursing home*" AND (attitud* OR preference* OR knowledge OR satisfaction* OR experience* OR perception*)	Peer Reviewed; Research Article	30.04.2013	61 treff
Cinahl (Ebsco) Søkesett 2	(complementary OR alternative OR CAM) AND (therap* OR medicine OR treatment*) AND "nursing home*" AND(attitud* OR perception* OR preference* OR knowledge OR satisfaction* OR experience*)	Peer Reviewed; Research Article	30.04.2013	22 treff
Cinahl 1 OR 2			30.04.2013	74 treff
Medline (Ebsco) Søkesett 1	(MH "Complementary Therapies+") AND "nursing home*" AND (attitud* OR perception* OR preference* OR knowledge OR satisfaction* OR experience*)		30.04.2013	91 treff
Medline (Ebsco) Søkesett 2	(complementary OR alternative OR CAM) AND (therap* OR medicine OR treatment*) AND "nursing home*" AND (attitud* OR perception* OR preference* OR knowledge OR satisfaction* OR experience*)		30.04.2013	83 treff
Medline 1 OR 2			30.04.2013	166
Medline (Ebsc)	aromatherapy AND (dementia OR alzhim*)		30.04.2013	51 treff
Medline (Ebsco)	(MH "Complementary Therapies+") AND (dementia OR alzhim* OR "nursing home*")	Limiters - Clinical Queries: Therapy - High Specificity		189 treff
Medline (Ebsco)	(MH "Complementary Therapies+") AND (dementia OR alzhim* OR "nursing home*")	Limiters - Clinical Queries: Reviews - High Specificity		62 treff
Cochrane library	(complementary OR alternative OR CAM) AND (therap* OR medicine OR treatment) AND (dementia OR alzhim* OR "nursing home")			Reviews: 17 treff Trials: 69 treff
Cochrane	Aromatherapy* AND (dement* OR alzhim* OR "nursing home*")			Review: 1 Trials: 20