

Bevegelse fra hjertet- det som kommer fra hjertet går til hjertet

En kvalitativ studie av ansatte sine opplevelser med «Bevegelse fra hjertet» i bruk hos mennesker med demens på sykehjem.

Aslaug Skarsaune Svenning
Master i Helsevitenskap
Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap
NTNU
Høsten 2010

Jeg vil rette en stor takk til min mann Haavard, familie, venner, kollegaer og veileder for støtte og hjelp i den avsluttende fasen av denne oppgaven.

Innhold

Innhold.....	3
SAMMENDRAG.....	5
Kapittel 1. Innledning.....	7
1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling.....	8
1.2 Formål og problemstilling.....	9
1.3 Begrepsavklaring.....	10
Beboere.....	10
Miljøterapi.....	11
«Bevegelse fra hjertet - et prosjekt om bevegelsesveiledning i demensomsorgen».....	11
1.4 Oppgavens oppbygging.....	12
Kapittel 2. Teori.....	13
2.1 Demens.....	13
Hva er demens?	13
Behandling av demens	14
Kommunikasjon med mennesker med demens.....	15
Se individene.....	17
Personsentrert demensomsorg.....	18
Demens og livskvalitet.....	19
2.2 Sykehjem.....	19
Ansatte innen demensomsorgen og mennesker med demens.....	21
3.2 Miljøterapi til mennesker med demens.....	22
Dans.....	23
Fysisk aktivitet.....	23
Musikkterapi.....	24
Sittedans.....	24
Sansehage.....	25
2.4 Kropp og kroppshukommelse.....	25
Kapittel 3. Metode og design.....	27
3.1 Metodevalg.....	27
Semistrukturerte intervju.....	28
Informanter.....	29
Datamaterialet.....	30
Transkribering.....	31
Analyse.....	32
Fenomenologisk analyse.....	32
Fremgangsmåte i analysen.....	32
3.2 For forståelse.....	34
3.3 Reliabilitet, validitet og generaliserbarhet.....	36
Reliabilitet	36
Validitet.....	37
Generaliserbarhet.....	38
3.4 Refleksjoner.....	38
Etiske refleksjoner.....	38
Metodiske refleksjoner.....	40
Kapittel 4. Empiri og analyse.....	43
4.1 «Bevegelse fra hjertet»- prosjekt og metode.....	43
Miljøterapi.....	47
Kontakt og kommunikasjon.....	52

Kroppshukommelse.....	55
Følelsene sitter i kroppen.....	56
Lære nye ting gjennom kroppen.....	59
4.2 Beboere.....	61
Individuell tilrettelegging.....	61
Tid alene.....	65
Mestring.....	66
Gode øyeblikk.....	68
Effekt og virkning.....	70
4.3 De ansatte.....	74
Kurs og opplæring.....	74
De ansattes syns på demens.....	78
Ansattes bruk av metoden.....	81
Påvirkning på ansatte og avdelingene.....	89
Kapittel 5. Drøfting.....	92
5.1 Hvordan opplever og erfarer de ansatte «Bevegelse fra hjertet» som miljøterapeutisk metode?.....	93
Prosjektet og metoden.....	93
Miljøterapi.....	94
Kommunikasjon.....	96
Kropp og kroppshukommelse.....	98
5.2 Hvordan opplever og erfarer ansatte sine beboere som er med i prosjektet eller sine beboere de selv har brukt metoden på?.....	100
Å se individene og tilrettelegge for dem.....	100
Livskvalitet.....	101
5.3 Hvordan ansatte opplever og erfarer prosjektets undervisningsopplegg og de ansattes egen bruk av metoden?.....	103
Opplæring og kurs.....	103
Holdninger og syn på demens.....	103
Bruk av metoden.....	105
Berører og påvirker de ansatte.....	107
Kapittel 6. Oppsummering og avsluttende refleksjoner.....	107
Referanser.....	111
Vedlegg.....	119
Vedlegg 1: Informasjonsskriv til SKBO og kontaktpersoner... 119	
Vedlegg 2: Informasjonsskriv til informanter og informert samtykke.....	120
Vedlegg 3: Avtale med prosjektansvarlige.....	121
Vedlegg 4: Intervjuguide til ansatte.....	122
Vedlegg 5: Intervjuguide til prosjektlederen.....	124
Vedlegg 6: Kvittering fra NSD.....	127

SAMMENDRAG

Bakgrunn for oppgaven

«Bevegelse fra hjertet» er et av mange miljøterapeutiske tiltak rettet mot mennesker med demens. Bakgrunn for denne undersøkelsen var å få innblikk i hvordan ansatte opplever og erfarer «Bevegelse fra hjertet».

Problemstilling

Opgavens problemstilling er *«Hvordan opplever ansatte ved sykehjem «Bevegelse fra hjertet» som prosjekt og metode i bruk blant mennesker med demens?»*

Metode

Datamaterialet er basert på ni semistrukturerte kvalitative intervju av ansatte samt intervju av de to prosjektlederne for «Bevegelse fra hjertet». Det har vært sentralt i denne masteroppgaven å se på hvordan ansatte har opplevd og erfart «Bevegelse fra hjertet» både som prosjekt drevet av prosjektleder og som metode i bruk hos mennesker med demens. Det er brukt en fenomenologisk metode for å analysere datamaterialet.

Konklusjon

De ansattes beskrivelser av «Bevegelse fra hjertet» viser at metoden og prosjektet er godt tilpasset mennesker med demens; Den skaper livskvalitet, gir meningsfylte hverdager og gode opplevelser gjennom at metoden tar utgangspunkt i hvert enkelt individ, bruker ulike miljøterapeutisk tiltak og tilpasser alt til hver enkelt beboer. Metoden oppleves som en god måte å skape kommunikasjon og kontakt med beboerne på, og metoden bruker aktivt kroppens hukommelse, både i form av at man kan lære beboerne nye fysiske ting og at man kan skape gode øyeblikk her og nå som setter seg i kroppen som følelser. Som effekt og virkning opplever de ansatte alt fra gode øyeblikk, ro, glede, og evnen til å gjøre ting selv, for eksempel bedret gangfunksjon og spise selv. «Bevegelse fra hjertet» kan bidra til å forsterke det individuelle og personsentrerte fokuset innen demensomsorgen på sykehjem. De ansatte er positive til selv å bruke metoden og ønsker mer opplæring i metoden for slik å øke bruken av den.

Nøkkelord: Mennesker med demens, ansatte på sykehjem, miljøterapi, livskvalitet, kroppshukommelse og personsentrert demensomsorg.

SUMMARY

Background

«Bevegelse fra hjertet» (“Movement from the heart”) is one of many milieu therapeutic initiative towards people with dementia. The background for this study has been to explore how nursing home staff experience «Bevegelse fra hjertet».

Research question

This study asks the following question: *«How do the staff members who work at nursing homes involved in «Bevegelse fra hjertet» experience the project and method in use among people with dementia?»*

Method

The study is based on nine semi structured qualitative interviews with staff members and two with project managers from «Bevegelse fra hjertet». The aim of study has been to look at how the staff members experience «Bevegelse fra hjertet» as a project done by the project manager and as a method in use among people with dementia. The analysis has been done with use of a phenomenological method.

Conclusion

The staff members' descriptions of «Bevegelse fra hjertet» show that the method and project is well adapted to people with dementia. «Bevegelse fra hjertet» promotes quality of life in the daily life, it creates good experiences through methods suited for each individual, and it uses different milieu therapeutic methods and adjusts itself to each nursing home resident. The method is experienced as a good way to create communication and contact with people with dementia and it actively uses embodied knowledge: People with dementia can learn new physical things and can create good ongoing moments that embody themselves as feelings. The effect and influence the staff members experience is good moments, calmness, joy, and the ability to do more on their own, for example gaining a better ability to walk and eat by themselves. «Bevegelse fra hjertet» can contribute to strengthening the individual and person centred focus within dementia care in nursing homes. The staff members are positive towards using the method themselves and request more education about the method to increase the use of it within the staff.

Keywords: People with dementia, nursing home staff, milieu therapy, quality of life, embodied knowledge, and person-centred dementia care.

Kapittel 1. Innledning

Ifølge beregninger gjort av Hjort og Waaler (2010) vil antall aldersdemente i Norge stige fra rundt 60 000 i 2010 til rundt 94 000 i 2030 og antallet vil igjen stige til rundt 142 000 i 2050. Denne beregningen forutsetter at det ikke skjer noe avgjørende i forbedring av forebygging og behandling av demens. Antallet mennesker med demens i Norge vil mer enn fordoble seg på 40 år.

Demensplan 2015, «Den gode dagen», er en del av regjeringens Omsorgsplan for 2015. Gjennom planen erkjennes det at dagens omsorgstjeneste til mennesker med demens ikke er tilstrekkelig og at regjeringen ser at det er et større behov for mer forskning og bedre organisering av tilbudet til mennesker med demens og deres pårørende. Denne planen skal sørge for at det blant annet satses på aktivitetstilbud på dagtid, tilpassing av botilbud, samt økt kunnskap og kompetanse om demens og demensrammede (Helse- og omsorgsdepartementet 2007)

«I (demens)planen står det blant annet at den enkelte skal få oppleve livskvalitet, mening og mestring i hverdagen på tross av sykdom og funksjonssvikt, og dette er mål som prosjektet "Bevegelse fra hjertet" ønsker å gjennomføre og oppfylle.»
(www.bymisjonen.no/Prosjekter/Bevegelse-fra-hjertet2/Den-gode-dagen/ (19.10.2010))

«Bevegelse fra hjertet» er et prosjekt som drives av to prosjektlederne med støtte av Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo (SKBO) og Helse- og omsorgsdepartementet og prosjektet er en del av regjeringens Demensplan 2015, «Den gode dagen» (Høgaas & Skjønberg 2009). Prosjektet «Bevegelse fra hjertet» tar for seg beboere på sykehjem og arbeider med å skape en bedre hverdag gjennom å fokusere på beboerne som enkeltindivid gjennom å ta utgangspunkt i deres ressurser og behov er målet å skape gode øyeblikk og en bedre hverdag. Det tar sikte på å fremme den emosjonelle, kognitive, sosiale og fysiske tilstanden hos enkeltindivid bosatt på sykehjem som er rammet av en demenssykdom (Instruksjonsheftet).

«Bevegelse fra hjertet» som prosjekt har utviklet seg fra å være de to prosjektlederne som bruker metoden bevegelsesveiledning til å gi deltagerne i prosjektet individuelle veiledninger to ganger i uken, til også å omfatte at de to prosjektlederne reiser rundt og gir opplæring og kursing slik at ansatte innen demensomsorgen også kan bruke metoden. Tanken at metoden skal kunne integreres i arbeidshverdagen til de ansatte og slik skape en bedre hverdag både for beboere og ansatte. Gjennom å bruke Undervisningssykehjemmene¹ i Norge som utgangspunkt for kurs til ansatte har prosjektlederne også fått mulighetene til å nå ut til store deler av landet.

1. Hver helseregion har et undervisningssykehjem som fungerer som et hovedsenter for et faglig nettverk for sykehjem i region (www.undervisningssykehjem.no).

1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling

I masteroppgaven hadde jeg lyst til å se på hva som kan gjøre hverdagen bedre for mennesker og hva som kan fremme helse og skape livskvalitet. Men hvorfor har jeg valgt å skrive om mennesker med demens bosatt på sykehjem? Gjennom mitt arbeid som sykepleier har jeg møtt mennesker med demens, men jeg har ingen faglig tilknytning til denne gruppen. Da jeg skulle velge tema for masteroppgaven hadde jeg flere aktuelle tema å velge mellom. Det var av stor betydning for meg å velge et tema og en gruppe jeg selv syntes det var viktig å sette fokus på, og som på denne måten kunne motivere meg i de ulike fasene av arbeidet. Valget falt på en gruppen i dagens velferdssamfunn jeg opplever som forsømt, en gruppe man ofte ikke ser ute i samfunnet og som er så lett å glemme, en gruppe som er avhengige av hjelp for å klare seg i det daglige: Mennesker med demens. Av denne gruppen mener jeg at de som er bosatt på sykehjem er de som forsvinner mest fra samfunnet og jeg hadde lyst å se mer på denne gruppen: Jeg ville vite mer om denne gruppen og hva som kan bidra til å fremme livskvalitet for dem.

En bekjent av meg er idag en av de to prosjektlederne i «Bevegelse fra hjertet», og for flere år siden fortalte hun meg om et prosjekt hvor hun arbeidet med mennesker med demens da hun var dansestudent. Det var en fortelling om en gammel dement dame som var så urolig og utrygg på sykehjemmet. Hun ropte mye og skapte uro for de andre på avdelingen. Denne dansestudenten hadde vært sammen med denne damen over lengre tid, og forsøkt å skape en bedre hverdag for denne damen gjennom å bruke de gjenværende ressursene hennes, ta seg tid til å se henne for den hun var. Metoden hun hadde brukt stammet fra danseterapien på utdanningen og omfattet alt fra massasje og berøring til dans og musikk. Det jeg husker aller best, var at denne damen ble roligere av å få besøk av prosjektlederen, hun ropte mindre, sov bedre og så ut til å ha det godt. Grunnen til at jeg husker dette så godt er at da jeg først hørte om prosjektet var jeg selv i praksis på et på et sykehjem hvor bodde det en lignende beboer. Jeg visste ikke om hun var dement eller ikke, men hun var også urolig og ropte hele døgnet. Sykepleieren hadde mye arbeid med å gi denne damen beroligende tabletter for å skape ro for de andre beboerne på avdelingen. Jeg husker jeg tenkte at kanskje damen på mitt sykehjem kunne fått det godt dersom noen tok seg tid til «å se» henne, og ikke bare benytte seg av raske løsninger, som medisiner, på «problemene» hennes uro skapte for de andre på avdelingen.

Når jeg skulle velge tema for masteroppgaven, hadde prosjektlederen i årene mellom videreutviklet prosjektet til «Bevegelse fra hjertet» og jeg følte at dette kunne være noe som kombinerte mine

ønsker for masteroppgaven: både det å skape et godt liv og fremme livskvalitet samtidig som det tok for seg en gruppe jeg synes var viktig å se på. DTanken min var at dersom «Bevegelse fra hjertet» kan gjøre en forskjell for mennesker med demens som bor på sykehjem og det virkelig går an å lære bort en metode som er lett og enkel i bruk som ansatte integrerer som en del av arbeidshverdagen og som kan bedre hverdagen på sykehjem, så ønsker jeg å vite det Dersom «Bevegelse fra hjertet» kan gjøre en forskjell for mennesker med demens som bor på sykehjem og det virkelig går an å lære bort en metode som er lett og enkel i bruk som ansatte integrerer som en del av arbeidshverdagen og som kan bedre hverdagen på sykehjem, så ønsker jeg å vite det.

Med de kunnskaper jeg har tilegnet meg gjennom masterstudiet i helsevitenskap opplever jeg at miljøterapi til mennesker med demens er et viktig felt å fordype seg i, både med tanke på dagens situasjon, og økning i forekomst av demens i fremtiden. Kunnskap om tiltak som kan bedre livskvalitet og hverdagen til mennesker med demens er viktig både med tanke på individene som er rammet, men også på et mer samfunnsorientert nivå.

1.2 Formål og problemstilling

Formålet med denne undersøkelsen har vært å se på prosjektet «Bevegelse fra hjertet» og metoden bevegelsesveiledning som et miljøterapeutisk tiltak, og lære hvordan menneskene som til daglig har kontakt med deltagere i dette prosjektet opplever tiltaket og undervisningen om metoden. Prosjektet har rettet seg mot opplæring av ansatte, og et av målene for denne undersøkelsen er å få et innblikk i hvordan opplæringen og metoden erfarer av de ansatte som på sikt skal bruke metoden selv. Fokuset med undersøkelsen er ikke primært å evaluere prosjektet, men å se hva metoden kan tilføre sett med de ansattes øyne. Gjennom intervju er målet å få innblikk i hvordan de ansatte som arbeider ved sykehjem knyttet til «Bevegelse fra hjertet» opplever og erfarer prosjektet og metoden. Ni ansatte, ved fem ulike sykehjem har stilt opp til intervju. For å forstå metoden/ prosjektet bedre er det også utført intervju med de to prosjektlederne bevegelsesveilederne.

Hovedproblemstillingen er:

-«Hvordan opplever ansatte ved sykehjem «Bevegelse fra hjertet» som prosjekt og metode i bruk blant mennesker med demens?»

Da hovedproblemstillingen er bred og omfatter flere tema har jeg valgt å arbeide med tre forskningsspørsmål:

– *«Hvordan opplever og erfarer de ansatte «Bevegelse fra hjertet» som miljøterapeutisk*

metode?»

- *«Hvordan opplever og erfarer ansatte sine beboere som er med i prosjektet eller sine beboere de selv har brukt metoden på?»*
- *«Hva opplever de ansatte at er viktig for beboerne i bruk av miljøterapi og hvordan opplever de ansatte at metoden påvirker beboerne?»*

1.3 Begrepsavklaring

Beboer, miljøterapi og «Bevegelse fra hjertet» er begrep som brukes mye i oppgaven.

Begrepene ansatt og informanter brukes om hverandre i oppgaveteksten, men begge begrep refererer til de ansatte som deltok på intervju.

Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo forkortes til SKBO er den private organisasjonen som driver sykehjemmene hvor de ansatte i undersøkelsen arbeider.

Beboere

I denne oppgaven har jeg bevisst valgt å bruke benevnelsen «beboer» som betegnelse på mennesker som bor på sykehjem. Intervjuene omfatter mennesker med demens som bor på sykehjem, og når det refereres til beboere er det mennesker med demens på avdelingene det refereres til. Enkelte av informantene og noen av teoretikerne bruker betegnelsen «pasient». En beboer er for meg noen som bor på en institusjon, for eksempel en som har sykehjem som fast bosted. En pasient er et menneske som er på et opphold og får behandling, for eksempel på et sykehus, eller annen institusjon. Hjort (2002) ser at begrepene «beboer» har tatt over for «pasient» i offentlige utredninger. Han velger å bruke «pasient» (en som lider) da sykehjemsbeboere er syke og som regel i livets slutfase, men han mener hensikten er god ved å bruke «beboer», da det bygger på at beboere har autonomi og at sykehjemmet skal være et hjem og ikke en institusjon.

I steden for å bruke betegnelsen dement om disse personene har jeg valgt å bruke mennesker med demens for å tydeliggjøre at det er mennesket som er i fokus og ikke diagnosen. Litteraturen på området veksler mellom å bruke mennesker og personer med demens.

Flere av informantene prater om sine primærbeboere. Dette kommer fra et system hvor en ansatte som primærkontakt har et spesielt ansvar for å følge opp sin primærbeboer. Dette ansvaret går

utover den daglige pleie og omsorg.

Prosjektlederne bruker begrepet deltager om de beboerne som deltar i prosjektet gjennom ukentlige veiledninger med prosjektleder.

Miljøterapi

Miljøbehandling eller miljøterapi blir hos Jakobsen (2007) definert som miljø eller omgivelser som er spesial tilpasset med tanke på å skape forutsetninger for å ivareta mennesker som ikke kan ivareta seg selv. Miljøterapi er en systematisk utforming av atmosfære, tid, rom og menneskelige relasjoner på en slik måte at personer med demens kan utvikle, opprettholde og bevare sin funksjonsevne og beholde sitt selvbilde og sin selvfølelse. Miljøterapi er i seg selv ansees som aktivt terapeutiske med den hensikt å fremme positiv bekreftelse, dekke grunnleggende behov og skape trygghet. Miljøterapeutisk arbeid eller tiltak kan beskrives som et miljø som omfatter beskyttelse, støtte, struktur, engasjement og gyldiggjøring på en måte som gir rom for individuell tilnærming og relasjonsbygging. Det gir plass til fleksibilitet og skaper trygghet for pasienter, pårørende og ansatte (ibid).

«Bevegelse fra hjertet - et prosjekt om bevegelsesveiledning i demensomsorgen»

Prosjektet «Bevegelse fra hjertet» startet opp i 2007 ved to sykehjem i Oslo, og målet var da å utvikle bevegelsesveiledning som metode til bruk hos mennesker med demens på sykehjem. Arbeidet har etter hvert utvidet seg, fra å omfatte at de to prosjektlederne veileder de faste deltagerne i prosjektet til at de også reiser rundt og har undervisning og kursing av ansatte, frivillige og pårørende, slik at flere kan benytte metoden som verktøy i møte med mennesker med demens.

Prosjektet bruker metoden bevegelsesveiledning som et miljøterapeutisk tiltak rettet mot mennesker med demens på sykehjem. I prosjektets instruksjonshefte blir det beskrevet som en metode som springer ut fra bevegelsesbevisstgjøring og danseterapi¹.

«Metoden tar i bruk bevegelse og dans for å fremme emosjonelle, kognitive, sosiale og fysiske tilstander hos enkeltindivid. Metoden er bygget på konfluent pedagogikk, det jobbes i prosess og tas utgangspunktet i øyeblikket.» (Instruksjonsheftet)

1. Metoden bevegelsesveiledning som «Bevegelse fra hjertet» bygger på, er utviklet av danse- og bevegelsesterapeuten Anette Torgersen, som var lærer for prosjektlederne under deres utdanning ved Den Norske Balletthøyskole.

Veiledningene, som møtene mellom mennesket med demens og prosjektleder kalles, foregår en-til-en, og fokuset er på hver enkelt deltagers ressurser. Dette gjør at innholdet blir personlig tilpasset og kan bestå av bevegelse, musikk, sang, rytme, massasje, avspenning eller samtale. Det tas hensyn til deltagerens interesse, kapasitet og behov. Metoden stiller ingen krav til deltagerens psykiske og fysiske funksjon. Prosjektleder tror at opplevelser lagres i kroppen, en kroppslig hukommelse, og at opplevelser kan tas frem igjen gjennom dans, bevegelse, berøring og massasje. Dette gjelder både positive og negative følelser. Dette ser de blant annet ved at øvelser de gjør i veiledningene blir husket fra gang til gang ved gjentakelse (Instruksjonsheftet).

Prosjektlederne ser på metoden som en tilnæringsmåte til mennesker med demens. Hvordan man tilnærmer seg kan gjøre hele forskjellen i samværet. Respekt for personlige grenser og tydelig kroppsspråk og tale er viktige stikkord i metodens kommunikasjon. Målene med veiledningen er at deltagerne blir tatt på alvor i forhold til egne muligheter og begrensinger, at de blir utfordret, får mestringsfølelse, styrket selvfølelse og identitet, bedre fysikk og økt livskvalitet (Instruksjonsheftet).

1.4 Oppgavens oppbygging

Denne oppgaven tar i kapittel to for seg teori knyttet til problemstillingen og relevante tema i empirien. Sentrale tema i dette kapittelet er demens, sykehjem og ansatte, miljøterapeutiske tiltak og kroppens hukommelse.

I kapittel tre gjennomgås design og metode for oppgaven. Her gjøres også rede for forforståelse, reliabilitet, validitet og generaliserbarhet samt etiske og metodiske refleksjoner. I kapittel fire tar for seg empirien og analysen i oppgaven. Kapittel fire er delt inn i tre hovedkategorier: 4.1 «Bevegelse fra hjertet» har «Miljøterapi», «Kontakt og kommunikasjon» og «Kroppshukommelse» som undertema. 4.2 «Beboere» har «Individuell tilrettelegging», «Tid alene», «Mestring», «Gode øyeblikk» og «Effekt og virkning» som undertema, og 4.3 «Ansatte» har «Kurs og opplæring», «De ansattes syn på demens» og «Ansattes bruk av metoden» som undertema. I kapittel fem drøftes empirien og knyttes til teorien i kapittel to med utgangspunkt i de tre forskningsspørsmålene. Oppgaven avsluttes og oppsummeres i kapittel seks.

Kapittel 2. Teori

I denne delen av oppgaven vil jeg gjøre rede for teori knyttet opp mot de sentrale elementer som inngår i denne oppgaven. Samtlige kilder om mennesker med demens og miljøterapi, livskvalitet og sosial deltagelse oppgir at det er behov for mer forskning. Dette er også noe av bakgrunnen for at Demensplan 2015 ønsker å sette fokus på mennesker med demens og miljøterapi og ønsker å satse på forskning på dette området. Jeg har valgt å strukturere dette kapittelet slik at jeg viser til tidligere forskning og kunnskapsstatus under de ulike tema underveis i kapittelet. Dette er mest hensiktsmessig siden temaene dekker mange ulike områder.

2.1 Demens

Hva er demens?

Mange forbinder nok demens med nedsatt hukommelse og glemske eldre mennesker. Men demens omfatter så mye mer enn hukommelse, det påvirker alle faser av livet til den som er rammet. Demens er sykdom eller skade på hjernen som resulterer i mental svikt. Sykdommen fører etter hvert til at de som er rammet ikke lenger kan ta vare på seg selv. De vanligste symptomene er:

- Hukommelsessvikt
- Sviktende språkfunksjon
- Angst og depresjoner
- Sviktende evne til å utføre praktiske handlinger
- Manglende evne til å gjenkjenne gjenstander
- Endring i atferd

Nasjonalforeningen for folkehelsen (2007)

Mennesker med demens er en gruppe som vil komme til å øke drastisk i fremtiden. En studie av Ferri, Prince, Brayne, Brodaty, Fratiglioni & Ganguli (2005) viser at det på verdensbasis er det anslått å være 24 millioner mennesker med demens i dag og at dette antallet vil fordoble seg hvert tyvende år. I 2020 vil det være 42 millioner, og i 2040 vil det være 81 millioner mennesker med demens. Disse tallene er beregnet ut fra en antagelse om at mortaliteten ikke endrer seg og det ikke oppdages effektive preventive strategier eller kurerende behandling. Tall fra Sosial- og Helsedepartementets utgivelse «Glemsk- men ikke glemt!» fra 2007 viser at det da var om lag 66 000 personer med demens i Norge og at forekomsten av demens er stigende med økende gjennomsnittlig levealder. Utgivelsen spår at man fra 2020 må regne med en kraftig vekst i antall innbyggere over 80 år. Forutsatt at forekomsten av demenssykdommer og den høye levealderen i

Norge holder seg på dagens nivå, vil antallet personer med demens i Norge være om lag 130 000 innen 2040. Med dette som utgangspunkt har dagens helsevesen og forskere en del utfordringer å arbeide med fremover for å sikre seg kunnskap om blant annet effektiv pleie-, omsorg- og behandlingsformer for denne økende gruppen.

Demens defineres som følgende i klassifikasjonssystemene Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) og International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD- 10):

«Et syndrom som skyldes sykdommer etter skader som primært påvirker hjernen, som vanligvis er kronisk eller progressiv av karakter, kjennetegnet ved svikt i en rekke kortikale funksjoner som hukommelse, orientering, evne til å oppfatte og tenke, innlæring, språk, regning og dømmekraft. Den kognitive svikten er ledsaget av svikt i emosjonell kontroll, sosial adferd, endret personlighet eller motivasjon. Det forlanges at den kognitive svikten, spesielt redusert hukommelse, har ført til tap av evne til å utføre dagliglivets aktiviteter eller influerer på sosialt liv.» (Engedal og Haugen 2005: 18).

Det er mange ulike former for demens, hvor Alzheimers er den mest utbredte, men jeg skal ikke gå mer inn på definisjoner og ulikheter av disse diagnosene da «Bevegelse fra hjertet» ikke skiller mellom demensdiagnoser.

Demens rammer ikke bare personen som får sykdommen. Ifølge Nasjonalforeningen for folkehelse (2007) bor over halvparten, over 30 000, av demens-syke mennesker i Norge hjemme, og de fleste får tilsyn og hjelp av slektninger. De anslår at det er ca 280 000 pårørende til demens-syke i Norge. Dette er interessant da prosjektet på sikt ønsker å utvide undervisningen til også å omfatte pårørende og frivillige i demensomsorgen.

Behandling av demens

Det finnes ingen behandling som med sikkerhet kan kurere eller stoppe demens. De mulighetene man har i dag er å arbeide forebyggende, og det finnes ulike medisiner som kan bedre symptomene i en begrenset periode. Denne oppgaven tar ikke for seg forebyggende tiltak mot demens, men fokuserer på de som allerede er rammet av sykdommen¹. Mange lever med demens i mange år, og det er viktig å se lenger enn bare å tilby et godt tilbud for å dekke grunnleggende behov. Mennesker med demens trenger også å ha et godt liv. Det er viktig for livskvaliteten til mennesker med demens

1. Man kan med sikkerhet si at det er tre risikofaktorer for demens: Høy alder, arvelige forhold og Downs syndrom. Miljømessige forhold som lav utdanning, inaktivitet, hjerte- og karsykdommer, depresjon, røyking og bruk av nytelses- og legemidler kan også spille inn (Engedal og Haugen 2005).

å bli møtt med forståelse, og at mennesker rundt dem, både pårørende og helsepersonell, har solide kunnskaper om demens og hvordan sykdommen utvikler seg (Engedal og Haugen 2005).

Engedal og Haugen (2005) legger vekt på at det har vært en økende anerkjennelse av at man må møte mennesker med demens ved å ta utgangspunkt i deres følelser og reaksjoner på å bli mentalt redusert. Engedal og Haugen (ibid) trekker også frem Tom Kitwoods¹ begrep personsentrering og Richard Cheston og Michael Benders sin personfokuserende tilnærming til mennesker med demens. I begge disse teoriene er det fokus på personen, ikke på hjerneskaden. Fokuset er på personens opplevelser, ønsker og forståelse, istedenfor på den kognitive svikten. Man skal se personen i relasjon til andre mennesker og med fokus på personens verdier, livsførsel og normer. En slik personsentrering betyr at man må individualisere behandlingen. Engedal og Haugen (ibid) mener første skritt er å lytte, forsøke å forstå reaksjoner og fange opp behov og ønsker. «Ikke-medikamentell behandling» miljøbehandling og miljøterapeutiske tiltak brukes av mange synonymt (Wogn-Henriksen 2007). Tidligere har miljøbehandling vært fokusert på teknikker og behandlingsprinsipper som realitetsorientering², valideringsterapi³ eller stimulering og aktivitet. Engedal og Haugen (2005) mener det må legges mer vekt på hvordan ulike behandlingsteknikker virker inn på den enkelte som har demenssykdom.

Feiring (2010) viser til en studie gjort av Oscar Sommer hvor 30–50 % av alle som får en demenssykdom, kan utvikle uro og aggresjon. Ved uro og aggresjon behandles mennesker med demens ofte med legemidler. Studien til Sommer viser at ekstra oppmerksomhet minsker behovet for medisiner hos mennesker med demens. Konklusjonen er at det ikke bare trengs bedre legemidler, men også flere kompetente hender i eldreomsorgen for å hindre uro og aggresjon.

Kommunikasjon med mennesker med demens

I kommunikasjon er det avgjørende at man er to: en mottager og en avsender av et budskap. Et møte krever minst to personer, og Kari Lislerud Smedby (2008) skriver om tilnærming til personer med demens, at vår oppfatning av den andre er avgjørende for hvordan møtet mellom oss blir. Man kan ha en «jeg- det- tilnærming», hvor man ser på den andre og behandler den andre som et objekt.

1. Tom Kitwood (2006) introduserer begrepet personsentrert demensomsorg med fokus på hver enkelt som en unik person med unike muligheter. Mer om dette i avsnittet om «Personsentrert demensomsorg» senere i dette kapitlet.

2. Realitetsorientering er en kommunikasjonsform som skal være orienterende og informasjonsgivende og man støtter opp under forsøk på å orientere seg her og nå (Kibsgaard Larsen 2008).

3. Valideringsterapi er en form for kommunikasjon med den emosjonelle hukommelsen til mennesker med demens som skal styrke beboernes identitet og selvspekt. Det viktigste er å skape trygghet gjennom respekt for og aksept av beboernes følelser og opplevelser (Solheim 2009). Mer om dette i avsnittet om «Kommunikasjon med mennesker med demens» i dette kapitlet.

Man har da et utgangspunkt hvor man vet bedre enn den andre og gir den andre en passiv rolle. Dette forholdet kan man ofte ha som pleier ovenfor en pasient eller man kan ha det ovenfor et menneske med demens, hvor man ser diagnosen og ikke enkelt-individet. Konsekvensen av en slik tilnærming er at personen man møter mister selvbestemmelsesretten og menneskeverdet. Videre skriver Smedby (2008) at du kan ha en «jeg-du-tilnærming», et gi-og-ta forhold hvor det er dialog mellom to personer. Her ser man lengre enn sykdommen, og ser personen. Man tar individuelle hensyn og møtes som like med utgangspunkt i at man ønsker å bevare den andres identitet og selvfølelse.

Det å bruke tid når man kommuniserer med mennesker med demens er viktig. Nedsatt syn og hørsel, manglende konsentrasjon og lite tid til å bearbeide det som blir sagt og det man skal si kan være med på å påvirke hvordan mennesker med demens kommuniserer med andre. Hans Ketil Normann (1999) forklarer utfordringer i kommunikasjon med mennesker med demens med at det ofte kan virke som om mennesker med demens har mistet evnen til å forstå andre, men at de også har mistet evnen til å gjøre seg selv forstått. Han legger også til at kommunikasjon med mennesker med demens ofte preges av at man prater MED og ikke TIL personen, og ofte forventer man ikke et svar eller tilbakemelding. I et møte mellom mennesker utvikles en relasjon mellom partene. I møtet med et menneske med demens har dette mennesket ofte fått en merkelapp på seg knyttet til diagnosen og denne merkelappen vil med stor sannsynlighet prege interaksjonen og relasjonen (Normann 1999). Det understrekes også at man må rette fokuset mot det mennesket med demens erfarer som sin virkelighet, og at man i omgang med mennesker med demens må ha fokus på den konteksten personen er i, på personens livsverden og historie for best å kunne forstå personenes referanseramme.

Tankene bak «Bevegelse fra hjertet» om å se hver enkelt og å bruke den tilnærmingen som er best for den enkelte beboer minner mye om validering. Validering tar sikte på å styrke beboernes identitet og selvrespekt og det viktigste er å skape trygghet gjennom respekt for og aksept av beboernes følelser og opplevelser (Solheim 2009). Hovedprinsippene med validering er at man gjennom empati kan skape trygghet og opprettholde verdighet. Man må akseptere mennesker med demens for de de er, og se dem som unike individ og anerkjenne at all handling har en årsak, uansett kognitiv funksjon og at man ikke kan tvinge mennesker med demens til å endre adferd uten at de selv ønsker det (Feil 2002).

Både Benner og Wrubel (2002) og Kitwood (2006) vektlegger relasjonens betydning i

kommunikasjon. Å støtte pasienten i å skape mening forutsetter en aktiv tilstedeværelse fra pleierens side, og en dyp forståelse av hvordan pasienten opplever sin situasjon (Benner og Wrubel 2002).

Solheim (2009) skriver at mennesker med demens med stor sannsynlighet oppfatter mer av kroppsspråket i kommunikasjon enn av tale, og at de fleste mennesker med demens har lettere for å uttrykke seg gjennom kroppen enn verbalt. Man må observere pasienten og følge med vedkommendes kroppsspråk for å se om man anvender riktig tilnæringsmåte for så å kunne justere seg selv ut fra den responsen man får. I kommunikasjon med andre må arbeide med å bli kjent med seg selv, og arbeide med å bli bevisst sin egen adferd og oppførsel som kan påvirke menneskene rundt en (ibid).

Det er ikke bare demensdiagnosen som spiller inn i tilnærmingen til beboerne at de er beboere vil også prege hvordan man kommuniserer med dem. Det at de er fast bosatt på institusjon, og er avhengige av hjelp fra de ansatte, setter dem også i et avhengighetsforhold til de ansatte¹.

Se individene

Man kan få inntrykk av at de mange sier at han eller hun «er dement» når man prater om en person med demens. Det å omtale mennesker for demente sier noe om holdning: Man setter diagnosen over personen. Det er diagnosen som er i fokus, det er det man legger vekt på og menneskene reduseres til en diagnose: de er demente. Ved å bruke menneske eller person med demens viser man at man ser en person og at denne personene er rammet av en demens som sykdom: Man ser personen ikke bare sykdommen.

Utviklingen av miljøbehandling innen demensomsorg må snu fokus fra å bruke tiltak som passer for alle beboere til å ta utgangspunkt i hva den enkelte beboer ønsker og trenger, og god miljøbehandling er å lage en plan for den enkelte beboer og legge opp tiltak ut fra den (Haugen 2008). Behandling og utredning av mennesker med demens må individualiseres, da de enkeltes behov er svært ulike selv om sykdommen har fellestrekk (Høie 2005). Granbo og Helbostad (2006) legger vekt på at man aktivt må bruke beboernes gjenværende funksjoner for at de skal ivaretas, og at man gjennom kartlegging av den enkelte beboers funksjon, interesser og tidligere liv kan forhindre at beboerne blir passive og frarøves muligheter for deltakelse i aktiviteter.

1. Mer om avhengighetsforhold i avsnittet «Ansatte innen demensomsorgen og mennesker med demens» i dette kapitlet.

I en oversikt over ikke-medisinske tiltak rettet mot mennesker med demens finner Cohen-Mansfield (2001) at individuelt rettede aktiviteter med verktøy fra ulike tiltak er best egnet i bruk hos mennesker med demens. Tiltakene kan være alt fra bevegelses-, musikk- og kaffegrupper, eller aromaterapi, sanse- eller erindrings-rom. Det er viktig å tilby individuelle aktiviteter basert på beboernes preferanse og personlige interesse, og lage system for og måter for å implementere kunnskapen om slike tiltak.

Personsentrert demensomsorg

Audun Myskja¹ (2006) presenterer Tom Kitwoods filosofi som grunnlag for personsentrert omsorg og bygger på et tydelig verdivalg der personer med demens blir sett på som likeverdige mennesker med rettigheter, behov, tanker og følelser. Fokuset i personsentrert omsorg er på velvære, uavhengighet og empowerment², slik at personen kan føle seg støttet, verdsatt og få opprettholdt og bygd et godt selvbilde. Kjennetegnet på god demensomsorg er at den vil opprettholde personlig integritet uansett grad av mental svikt. Personsentrert demensomsorg legger vekt på hele mennesket, og på å styrke gjenværende evner og muligheter, personenes kontekst med familie, psykososial bakgrunn og samfunnet både personen og omsorgskulturen er en del av er også viktig. Prinsippet er at individets unike personlighet, livserfaring og nettverk verdsettes og tas i bruk i omsorgen med mål om å oppnå optimalt resultat. Det motsatte av personsentrert demensomsorg er sykdomssentrert demensomsorg. Her ignoreres de unike behov en person med demens har og vedkommendes selvbilde skades. Demens sees her på som et biomedisinsk fenomen, og fokus er på oppgaver i stedet for relasjon samt kontrollteknikker med kjemiske og fysiske begrensninger for å løse adferdsproblem (ibid).

Hazel, Edwards & Brooker (2009) finner fire elementer som går igjen i de ulike definisjoner av personsentrert demensomsorg:

- Verdssetting av mennesker med demens og de som arbeider med dem
- Individuell tilnærming, som er unikt for hver enkelt
- Ser verden fra mennesket med demens sitt perspektiv
- Anerkjenner at alt menneskelig liv er forankret i relasjoner, og det å skape et sosialt miljø

1. Audun Myskja er lege og har arbeidet mye med musikk som ikke-medikamentell behandling av mennesker med demens. Innenfor musikkterapi har han utviklet individualisert musikk som forener fordelene ved å ta utgangspunkt i beboerens preferanser og samtidig sette opp et musikkprogram ut fra fastlagte faglige kriterier. Individualisert musikk kan støtte opp under orienteringsevnen, ved å koble sammen meningsfulle minner, eller ved å ha en musikalsk oppbygning som i seg selv fremmer trygghet, orden og struktur i tilværelsen (Myskja 2006).

2. Empowerment bli på norsk oversatt med myndiggjøring og refererer til menneskers evne til å utvikle forståelse for situasjonen å kunne handle målrettet for å bedre sin livssituasjon (Hummelvoll 2004).

som fyller psykologiske behov

I arbeid og kommunikasjon med mennesker med demens har man gjennom å ta utgangspunkt i individet og tenkte personsentrert den beste forutsetningen for å skape en god hverdag for mennesker med demens.

Demens og livskvalitet

Hva som er livskvalitet vil variere fra person til person. Etikk, moral, holdninger, livssyn, psykisk og fysisk helse, boligforhold, økonomi og sosialt nettverk spiller inn på hvordan man opplever sin livskvalitet. Kjersti Solheim (2009) skriver at det å bevare selvfølelse, egenverd og et positivt selvbilde er avgjørende for å oppleve livskvalitet. Det å finne mening, gjøre egne valg, føle lykke og glede og ha tilpassede utfordringer er viktig for den enkelte uavhengig av sykdom eller skade. Det er nødvendig å ivareta personalet rundt pasientene for å stimulere dem til å skape livskvalitet for beboeren.

Solheim (2009) beskriver hovedmålsettingen for miljøbehandling som å bedre livskvaliteten for hvert enkelt individ i øyeblikket. Dette gjøres ved å :

- bidra til å bevare identitet, egenverd og selvstendighet
- bidra til trygghet og se de ressursene man har
- skape rom for å bevare egne vaner og ferdigheter
- opprettholde orienteringsevne
- identifisere og kompensere for svikt i egenomsorg
- informere og støtte personer i pasientens omgivelser
- ha et godt og nært samarbeid med sentrale personer i pasientens liv
- skape et miljø av ro og trygghet.

Livskvalitet er mer enn bare å ha dekket sine grunnleggende behov det er en subjektiv opplevelse av å ha det bra.

2.2 Sykehjem

Pensjonisttilværelsen kalles ofte for den tredje alder. Etter hvert som levealderen øker har man fått en ny alderskategori, den fjerde alder (Laslett 1991). Denne alderskategorien er preget av sykdom og at man blir hjelpetrengende. For mange i Norge tilbringes den fjerde alder på sykehjem, og mange bor på sykehjem i mange år. Dette er en av årsakene til at det er interessant å se nærmere på

tilværelsen til mennesker bosatt på sykehjem.

Tanken er at sykehjem skal ha en dobbeltfunksjon, det skal tilby heldøgnspleie og -omsorg, gi medisinsk behandling, og være et hjem for de av beboerne som må leve der resten av livet (Sosial- og helsedepartementet 1999 og Nord, Eilertsen og Bjerkheim 2007). Å drive sykehjem i Norge er et kommunalt ansvar. Noen steder er dette løst med at private aktører driver sykehjem. «Bevegelse fra hjertet» er knyttet til Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo (SKBO) som driver sykehjem i Oslo Kommune. Sykehjem er en spesiell plass, med ulik mening for de ulike aktørene her, og stedet fyller mange ulike behov og roller. Det er et sted hvor noen gamle mennesker bor fast, noen er der på avlastning og kortere opphold, de ansatte har dette som arbeidsplass, og de pårørende har det som et besøkssted (Hauge og Jacobsen 2008). Trolig vil nær halvparten av mennesker med demens i fremtiden ha behov for plass i sykehjem (Selbæk 2006). En studie av Selbæk (2008) som tar for seg kognitive, atferdsmessige og psykiske symptomer hos pasienter i norske sykehjem viser at 81 % av beboerne har demens ved måling med Klinisk demensvurdering. Studien viser videre at 72 % av beboerne hadde klinisk signifikante adferdsmessige eller psykiske symptomer, disse symptomene var økende med jo lenger sykdommen var kommet. Det konkluderes i studien med et behov for systematiske programmer for å utvikle ansattes ferdigheter i miljøbehandling samt lage retningslinjer for evaluering av behandlingen. Nygaard (2002) fant at sykehjem i Norge først og fremst fungerer som pleieinstitusjoner og at andelen beboere med mental svikt er oppe i 80 %. Østby (2006) avdekker i en rapport fra Hedmark at gjennomsnittsalder og pleiebehov er stadig stigende blant pasientene ved sykehjemmene, men midlene og kompetanse som blir bevilget til sykehjemmene går i motsatt retning.

I Pasientrettighetsloven står det:

«Pasienter som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern».

I løpet av sykdommen vil personer med en demenssykdom ha behov for langvarige helsetjenester (Breien, Lillesveen og Brækhus 2002). Fysioterapi er en tjeneste som mange sykehjem tilbyr i Norge og ifølge «Kommunehelsetjenesteloven» (§ 1-3) har alle i Norge krav på tilgang til fysioterapitjeneste. Dette gjør at fysioterapi tradisjonelt har vært det tilbudet for aktivisering, trening og rehabilitering norske sykehjem har tilbydd. Østby (2006) viser i en rapport at tilbudet om rehabilitering og aktivitet er tilnærmet fraværende på sykehjem og viser videre at kun ti av de forti

undersøkte sykehjemmene hadde aktivitetstilbud til beboerne.

Mange sykehjem har egne avdelinger som er spesielt tilrettelagt for mennesker med demens. Ofte kalles slike avdelinger skjermede enheter. Slike tilbud skal tilrettelegge for trygghet og øke funksjonsnivået til beboerne. I 2005 var det kun 20 % av sykehjemsplassene som var tilrettelagt for mennesker med demens (Engedal og Haugen 2005). Dette er lite når man tenker på Selbæk (2008) påstand om at 81 % av beboerne i sin undersøkelse har en demenssykdom.

Ansatte innen demensomsorgen og mennesker med demens

«Institusjonalisering som et negativt fenomen, der personalet ikke tar inn over seg individuelle hensyn og ikke ser de syke eldre som hele mennesker, kan være en fare både i hjemmebasert omsorg og i omsorgsarbeid på institusjon.» (Hauge & Jacobsen 2008).

Ifølge Berger og Luckmann (2006) er institusjonalisering en helt naturlig del av det å være menneske i et samfunn, det betyr enkelt at handlinger og rutiner blir en vane, og at det forventes av alle parter at man forholder seg til dette. Det betyr at kunnskap er tilgjengelig for alle og at man konstruerer sin virkelighetsforståelse gjennom en sosial interaksjon. Garsjø (2008) viser at å bli institusjonalisert på sykehjem kan komme av at personalet overtar for mange oppgaver, slik at miljøet blir «for trygt» og komfortabelt og på denne måten gjør beboere uselvstendige. Som profesjonelle omsorgsutøvere kan pleierne opparbeide en holdning hvor deres meninger blir sett på som mer verdt enn pasientens, en såkalt paternalistisk holdning, at de som profesjonelle har en bedre innsikt inn i hva som gagnar pasienten. I mild forstand kan en slik holdning være positivt ettersom man tar over i situasjoner hvor pasienten ikke klarer seg selv, men det kan også føre til uselvstendighet, umyndiggjøring og avhengighet. Gjennom å være avhengig av hjelp blir beboerne avhengig av de ansatte. Denne avhengigheten skaper et maktforhold mellom beboer og ansatt. De ansatte har makt og handlefrihet til å ta avgjørelser på vegne av andre, og makten er basert på beboeres avmakt og avhengighet. Max Weber (1990) definerer makt som et menneskes mulighet til å påtvinge andre ens egen vilje. Det er viktig at de ansatte er klar over at de er i en maktposisjon slik at dette ikke utnyttes i negativ forstand.

En studie fra Bergen gjort av Kada, Nygaard, Mukesh og Geitung (2009) om ansattes holdninger ved sykehjem viser at det generelt er høy grad av tro på mennesker med demens sine mestringsmuligheter og en personorientert holding blant ansatte. Studien viser også at grad av utdanning er med på å påvirke troen på mennesker som er rammet av demens og deres mestringsmuligheter. For eksempel viser den at sykepleiere som har videreutdanning har mer tro på

mestringsmuligheter enn vanlige sykepleiere, og at sykepleiere har mer tro på dette enn andre ansatte med lavere utdanning. Undersøkelsen viser også at alder blant de ansatte har noe å si for holdningene til beboerne. Ansatte over 50 år hadde mindre tro på mennesker med demens sine mestringsmuligheter og har en mindre personorientert holdning enn de ansatte under 40 år (ibid).

3.2 Miljøterapi til mennesker med demens

Det er mange ulike former for miljøterapeutiske tiltak som er rettet mot mennesker med demens. ”Bevegelse fra hjertet” har sitt utgangspunkt i dans, men har videreutviklet seg til å ha fokus på individet og deres behov. De bruker elementer fra andre miljøterapeutiske tiltak som musikkterapi, sansehager, sittedans, «Grønn omsorg» og taktil berøring, for å nevne noen.

En grunnleggende tanke i miljøbehandling i demensomsorgen er at mennesker med demens er mer enn sine tap og svikter. Svikten er ikke definitiv og absolutt men kan variere innenfor gitte grenser fra dag til dag og fra situasjon til situasjon (Wogn-Henriksen 2007).

Kultur, trivsel og mestring som viktige satsningsområder innen demensomsorgen (Helse- og omsorgsdepartementet 2006). Miljøterapeutiske eller ikke-medikamentelle tiltak brukes mye i arbeidet rettet mot mennesker med demens. En gjennomgang av forskningslitteratur viser at det er sammenhenger mellom kulturdeltagelse og kulturopplevelse og helse målt på ulike måter (Knudtsen, Holmen og Håpnes 2005) og mange av de miljøterapeutiske tiltakene er kulturtiltak. Sang, dans og musikk regnes for å være kultur i samfunnet. Man finner også i denne litteraturgjennomgangen at mennesker med demens kan få bedre livskvalitet gjennom musikkstimulering og drama, og at dans og bevegelse kan fungere som kommunikasjonsform for mennesker med demens.

Det å bli kjent med personene man kommuniserer med er nøkkelen til å kunne kommunisere godt sammen. Kommunikasjon er å etablere en felles mening og forståelse, det å forstå og bli forstått. Miljøterapi er prøving og feiling, det er tidkrevende arbeid for å tilpasse og «kalibrere» dose og type kontakt til hvert enkelt tilfelle (Wogn-Henriksen 2007).

Det er ikke tidligere gjort noen forskning på «Bevegelse fra hjertet». I annen forskning på ulike tiltak til mennesker med demens, etterlyses det ytterligere forskning på området. Miljøterapi er en

form for ikke-medikamentell behandling. Cochrane-reviews¹ har i sin vurdering av ikke-medikamentell behandling blant mennesker med demens vist at mange av studiene blir utelukket da de ikke oppfyller de strenge kravene til metode (Nygaard 2007).

Mennesker med demens kan bli engasjert til deltagelse gjennom å stimuleres og de mest effektive formene for stimuli finner de å være en-til-en sosialisering og individuelt tilrettelagt stimuli basert på personens selvbylde (Cohen-Mansfield, Marx, Dakheel- Ali, Regier & Thein 2010). Det anbefales at sykehjem tilrettelegger for et tilbud hvor man implementerer tid til en-til-en sosialisering for beboerne og at ansatte på sykehjem bør ha opplæring til å utnytte de daglige aktivitetene som stell og måltider til å stimulere beboerne sosialt (ibid).

Dans

Dans på institusjon stekker seg fra hygge til terapi, med flytende overgang. Dans kan gi eldre økt balanse og bedre holdning, og kan bryte ned en ond motorisk sirkel ved demens. Regelmessig dans til rytmisk musikk stimulerer til aktivitet og gir økt sosial oppmerksomhet, samt bedre kroppsholdning og utholdenhet. Dans som inkluderes i øvrige aktiviteter har særlig gunstig virkning på eldre. Selv små bevegelser kan hindre ytterligere funksjonstap når de blir gjentatt regelmessig, og det gjør at også rullestolbundne kan føle seg inkludert (Myskja 2006).

Nyström (2002) skriver i sin doktorgradsavhandling i filosofi om demens og dans, at dans kan ha flere aspekt, både sosialt og psykologisk. Den gir adspredelse og sosial samhörighet, kan bearbeide følelser og kan utvikle kroppsbevissthet og kroppsbylde. Kommunikasjon, både språklig og ikke-språklig, stimuleres gjennom dans og bevegelse. Danseterapi tar utgangspunkt i mennesker med demens som sansende, relasjonelle og historiske personer som fortsetter å søke etter mening også i vanskelige situasjoner (Hill 2006). I en studie om danseterapi og mennesker med demens indikerer Nyström og Lauritzen (2005) at det kan finnes en rik og variert kommunikasjon med mennesker med demens, både i utfoldelse og innhold, dersom forholdene er lagt tilrette for ulike måter å uttrykke seg på.

Fysisk aktivitet

Råd om fysisk aktivitet gis til befolkningen generelt, og gjelder også mennesker med demens, de har samme behov for fysisk aktivitet som friske personer, men klarer ofte ikke å gjennomføre det på egenhand (Helbostad, Taraldsen og Saltvedt 2009). Fysioterapeutens fokus er på kropp, bevegelse og funksjon og fysioterapi kan tilbys både som individuelle behandlinger og trening i grupper.

1. Cochrane Reviews er systematiske gjennomganger av litteratur gjort utifra strenge kriterier.

Det er en rekke studier som er gjort på fysisk aktivitet og trening blant mennesker med demens. Et av hovedbudskapene i en oversiktsartikkel av Jorunn Helbostad (2005) er at trening kan bedre fysisk funksjon og kognisjon og minske negativ adferd ved demens, men at trening for personer med demens er utfordrende med tanke på redusert evne til å motta instruksjoner og varierende motivasjon. Heyn, Abreu & Ottenbacher (2004) konkluderer med at trening hadde effekt på fysisk form, fysisk funksjon, kognitiv funksjon og adferd hos personer med demens. Resultater fra andre land gir en pekepinn på at trening for sykehjemsbeboere er mulig og nytter selv med mange og sammensatte sykdommer og at store funksjonsvansker, og at negativ adferd ved demenssykdom reduseres ved fysisk aktivitet (Helbostad 2005). En randomisert studie viser en moderat bedring i den kognitive funksjonen hos personer med Alzheimers etter et seks-måneders program med fysisk aktivitet (Lautenschlager 2008) og at fysisk aktivitet, som det å gå turer og spasere, kan bevare kognitive funksjoner og redusere risiko for demens hos menn (Abbott, White & Ross 2004).

Musikkterapi

Det mest kjente miljøterapeutiske tiltaket på norske sykehjem er musikkterapi. Musikk fremmer sosial interaksjon (Forbes 1998) og kan være et middel for pleiere til å oppnå kontakt med pasientene (Norberg m.fl 2003). Riktig sansestimulering er et nøkkelord i håndtering av uro, ifølge Myskja (2006), som har erfart at kombinasjonen av sang, musikk og berøring har visst seg å være særlig gunstig.

Musikalske minner er lagret i dypereliggende deler av hjernen enn intellektuell kunnskap. Disse delene av hjernen er lenge intakte til tross for en demensutvikling. Musikk gir økt oppmerksomhet og våkenhet, noe som er viktig for å få mennesker med demens til å forholde seg til bevegelsesmønstrene i dansen og til sosial samhandling. Hukommelse knyttet til musikk er dessuten langt bedre for pasienter med Alzheimers enn hukommelse knyttet til det talte ord (Myskja 2006). Prosjektene til Myskja (2006) viser at desto grundigere beboerens musikkpreferanse er kartlagt på forhånd, jo raskere og mer målrettet kan man gripe inn i stressituasjoner og uro. Mennesket gjør sin verden forståelig gjennom tankevirksomheten, mennesker med kognitiv svikt har i stor grad mistet denne evnen til å forstå sine sanseintrykk mentalt, og er utlevert til de stimuli de mottar, fra situasjon til situasjon.

Sittedans

Sittedans er en metode mange av informantene refererer til og dette er et tilbud innenfor demensomsorgen som brukes på 70 ulike institusjoner i Norge i dag. Formålet med sittedans er å

øke trivsel mellom pasienter og ansatte, men også å bedre livskvaliteten til de eldre (Berg 2010).

«Sittedans består av dansebevegelser som utføres mens deltagerne sitter i en ring. Danselars er en tykk fingerhekket rød snor som binder ringen sammen. Danselars skaper en dominoeffekt ved at når den beveges vil bevegelsen forplante seg videre fra deltager til deltager og på denne måten hjelpe bevegelsen i gang. I sittedansen er lysten til og gleden ved å danse viktigst, og det er ment som mosjon for hjerte og hjerne, helse og humør.»

(<http://www.bymisjon.no/Prosjekter/Sittedans-i-demensomsorgen/19.10.2010>)

Et av målene med sittedansen er å støtte egenskaper som svekkes etterhvert som demenssykdommen utvikler seg, for eksempel spontanitet og sosial samhandling (Høgaas og Skjønberg 2009). Dansene utføres i samspill med musikk, og det benyttes internasjonale og nasjonale folkedanser samt gamle slagere som er lett gjenkjennelig for de fleste. Bevegelsen og dansen er den samme fra gang til gang.

Sansehage

Sansehager er terapeutiske hager med natur, vegetasjon og vann, og hjelper pasientene å orientere seg om årstider og opprettholde ferdigheter gjennom kjente aktiviteter. Det er utarbeidet egne retningslinjer for utforming av sansehager (Rokstad 2008). Sansehage er en terapeutisk hage som har som mål å bedre den daglige livskvaliteten og livsgleden gjennom at beboere kan fortsette med kjente sysler etter sitt individuelle funksjonsnivå. Hagen skaper en avveksling fra miljøet inne (Grefsrød 2002). Utforming av elementer og valg av planter i hagen hjelper beboeren å oppleve lukter, lyder, synsinntrykk, smaker, samt føle forskjellige strukturer og former på for eksempel bladverk. Beboeren skal kunne bevege seg, balansere, berøre ting med huden og bruke muskler og ledd i hagen (ibid).

2.4 Kropp og kroppshukommelse

«Gjennom bevegelsesveiledning jobber vi aktivt med kroppens hukommelse. Vi tror at opplevelser mennesker har lagres i kroppen og at vi kan nå frem til denne hukommelsen gjennom dans, bevegelse, berøring og massasje. Vi opplever denne kroppslige hukommelsen hos deltagerne ved at de blant annet husker bevegelsene vi gjør sammen.» (Instruksjonsheftet).

En av grunntankene i kroppsfenomenologien er at man erfarer verden gjennom kroppen, og slik kan man si at forandring i kroppen forandrer hvordan man erfarer verden (Merleau-Ponty 1994). Ved for eksempel sykdom vil kroppen forandre seg, og dermed vil verden også oppleves annerledes enn i en frisk kropp. Maurice Merleau-Ponty har en fenomenologisk kroppsforståelse. Hans teori om kroppen går ut på at kroppen lagrer kunnskap, at våre erfaringer avleires i kroppen og at disse huskes uavhengig av bevisst tanke. Mennesket erfarer verden gjennom kroppen: *«Det er gjennom min kropp, jeg forstår andre, ligesom det er gjennom min kropp jeg perciperer mig»* (Merleau-Ponty

1994: 153).

Når et menneske rammes av en demenssykdom reduseres konsentrasjons- og oppfatningsevnen, men også innprentingsevnen: Evnen til at ny kunnskap fester seg til hjernen svekkes (Solheim 2009). At mennesker med demens ikke kan lære ettersom innprentingsevnen svekkes strider mot Merleau-Ponty (1994) og også Bourdieu (2005) sine teorier om at kroppen også har en hukommelse og at kunnskap avleires i kroppen. Pierre Bourdieu bruker begrepet habitus om å kroppsliggjøre kunnskap: Det man lærer blir en del av kroppen en del av ens habitus eller en kroppslig hukommelse. Habitus oppleves som om ting er naturlig for oss og er utenfor bevissthetens rekkevidde, for eksempel at det er naturlig å kunne sykle når man først kan det (ibid).

Det finnes ifølge Benner og Wrubel (2002) ingen teoretisk redegjørelse for hvorfor mennesker kan sykle eller svømme, men man bruker den habituelle, eller vanemessige og erfarne kroppen vår hver dag når man åpner dører, slår på lys, osv. Den habituelle kroppen har en evne til å reagere automatisk på situasjoner. Man kan se dette som en representasjon av at kroppen rasjonaliserer kunnskap og bidrar til at en person kan utvikle et handlings repertoar som kan tas i bruk uten at man planlegger det (Moe 2001). Mennesket har en kroppslig «know how», som er der selv om den ikke aktiviseres, man setter den ene foten foran den andre når man går uten at man tenker på det (Benner og Wrubel 2002).

Når man har lært seg å beherske et verktøy, for eksempel en blind som bruker stokk eller en skrøpelig gammel dame som bruker rullator, blir dette verktøyet som en del av kroppen. Molander (1996) generaliserer dette til at innlært kunnskap blir en del av kroppen. Den kunnskapen, eller det kroppen lærer blir en del av kroppen, en taus kunnskap man besitter. Ved læring hos mennesker med demens er det viktig å ta utgangspunkt i det som er kjent, kartlegge funksjonsnivå, tenke «relæring» istedenfor «nylæring» og at man følger faste mønster (Solheim 2009).

Molander (1996) uttrykker det slik at vi er våre kropper og kroppen er vår åpenhet mot verden, og når man skal tilegne seg ny kunnskap i handling er øving og gjentagelse sentrale moment. Deltagere i prosjektet som lærer seg øvelsene har gjort disse mange ganger, og kroppen deres har erfart disse øvelsene igjen og igjen. Gjennom gjentagelse har denne kunnskapen blitt en del av kroppen deres, en del av deres ubevisste, tause kunnskap.

I vestlig tradisjon tenker man på personlighet og individualitet som noe knyttet til det kognitive.

Twigg (2010) og Kantos (2005) ønsker å endre fokus fra å være rettet kun mot det kognitive og rasjonelle til at man også omfatter kroppen og det sosiale når man tenker på personlighet og individ. Kantos (2004) skaper en ny trend innen studier av demens, det tas utgangspunkt i teoriene til Merleau-Ponty og Bourdieu om kroppsliggjøring av individet, og man ser bort fra den tradisjonelle måten å tenke på individet på som knyttet til hjernen og bevisstheten. Individualitet utspiller seg også i og gjennom kroppen ved vanemessige bevegelser og handlinger, og finnes også hos individ som har dårlig kognitiv funksjon, som mennesker med demens (Twigg 2010). Kantos (2004) sin studie på mennesker med demens, viser at deltagere i studien kan kommunisere og samhandle med verden gjennom å være i verden gjennom kroppen sin. Kantos (2005) ønsker at man innen demensomsorg skal se bort fra at individet og personligheten svinner hen og blir borte etter hvert som sykdommen progredierer og er opptatt av at kroppen er en kilde til personligheten og individet som ikke har utgangspunkt i kognitiv kunnskap.

Kapittel 3. Metode og design

3.1 Metodevalg

Det er alltid undersøkelsen og dens hensikt som bestemmer hvilken metode man skal bruke for å komme frem til hensiktsmessige og relevante data (Dalen 2004, Kvale 2001). For å kunne gi svar på problemstillingen om ansattes erfaringer og opplevelser av prosjektet og metoden «Bevegelse fra hjertet» har jeg valgt å bruke kvalitative intervju av ansatte. Det kunne det ha vært brukt kvantitative spørreskjema på et større utvalg enn de ni som er intervjuet. Spørreskjema kunne bekreftet eller avkrefte antagelser om ansattes tanker rundt prosjektet, men ville ikke gitt svar på deres egne erfaringer og opplevelser. Gjennom å bruke en kvalitativ metode med semistrukturerte intervju kan man utforske informantenes synspunkter. Det er informantene som forteller med egne ord, i stedet for ved et spørreskjema hvor man krysser av på svaralternativ som forskeren har tatt for gitt at er relevante.

Thagaard (2009) beskriver at man gjennom fenomenologien kan ta utgangspunkt i enkeltpersoners subjektive opplevelse og at man ønsker å oppnå en dypere forståelse av enkeltpersoners erfaringer. Det er viktig at forskeren er åpen for informantens erfaringer og at verden beskrives slik informanten beskriver den (ibid). Tanken med undersøkelsen var gjennom et fenomenologisk perspektiv å få innsikt i de ansattes subjektive tanker rundt «Bevegelse fra hjertet». Fenomenologi tar sikte på «å se det samme» som andre, og for å oppnå dette må man sette seg inn i det andre

menneskets situasjon (Dalen 2004). Et fenomenologisk perspektiv fokuserer på personens livsverden og søker etter de sentrale betydninger i informantenes beskrivelser (Kvale 2001).

Semistrukturerte intervju

Et semistrukturert eller halvstrukturert intervju baserer seg på en intervjuguide som mal, med overordnede tema og forslag til spørsmål (Vedlegg 4 og 5). For å skaffe grundig bakgrunn for tema og spørsmål til intervjuguiden, har jeg vært deltager på kurs i metoden, på lik linje med ansatte, og satt meg inn i skriftlig og visuelt materiale utgitt av prosjektlederne for «Bevegelse fra hjerte», samt publiserte artikler og mediaoppslag om prosjektet forøvrig.

Det er samtalen mellom intervjuer og informanten som avgjør hvordan hvert enkelt intervju utvikler seg. Intervju er godt egnet til å få innsikt i informantens egne erfaringer, tanker og følelser og metoden gir mulighet til å få en dypere innsikt i hvordan mennesker forholder seg til sin livsverden. Livsverden omfatter personens opplevelse av hverdagen og hvordan vedkommende forholder seg til denne (Dalen 2004). Bruk av denne metoden gir spillerom for improvisasjon, og dette øker muligheten for at intervjueren påvirker informanten er større enn ved strukturerte intervju (Ringdal 2007). Dette er ikke til å unngå da det er forskeren selv som i stor grad brukes som verktøy for data innsamling, og det er derfor viktig med en klar redegjørelse for alle faser av forskningsprosessen for å sikre reliabilitet og validitet i forskningen. Gjennom hele forberedelsen til datasamlingen og under intervjuperioden førte jeg logg slik at jeg for min egen del kunne følge med på mine tanker underveis i prosessen og slik fange opp eventuelle endringer i mine tanker rundt prosjektet. I avsluttende del av oppgaven tar jeg for meg de endringer som har forekommet i mine oppfatninger av prosjektet.

Gjennom alle intervjuene er det brukt en felles intervjuguide (Vedlegg 4) som veiledende redskap, denne har noen endringer i intervjuguiden som ble brukt til å intervju prosjektlederne (Vedlegg 5). Intervjuguiden er en hjelp til å huske de temaene som skal tas opp (Dalland 2004). Spørsmålene i intervjuguiden har vært åpne for å få frem de ansattes egne fortellinger av deres opplevelser i arbeidshverdagen knyttet til «Bevegelse fra hjertet». Å bruke semistrukturerte intervju har gitt muligheten til å følge de svar informantene kommer med i form av at strukturen er åpen for forandring underveis i intervjuene. Svarene og fokuset til informantene har gjort at hvert enkelt intervju varierer i rekkefølge og spørsmålsform. Jeg har utført alle intervjuene selv, samt stått for transkriberingen og analyseringen.

Det ene intervjuet ble et gruppeintervju, da to av informantene ved et sykehjem ønsket å være sammen under intervjuet fordi informantene følte de kunne utfylle hverandre og at det passet bedre med tidspunktet for intervjuet at det foregikk samtidig.

Informanter

Datamaterialet baserer seg på intervju av elleve personer. De to prosjektlederne for «Bevegelse fra hjertet» er intervjuet, samt ni ansatte ved sykehjem som enten har vært eller er med i prosjektet. SKBO har gitt sin tillatelse til at det er gjort en undersøkelse på deres sykehjem og med deres ansatte og har vært hjelpelige med å videresende et informasjonsskriv fra meg til sykehjemmene og skaffe en kontaktperson ved hvert sykehjem. Kontaktpersonene var fagansvarlige ved sykehjemmene og har rekruttert informanter for meg blant de ansatte. Jeg tok først kontakt med de ansatte at de hadde meldt seg til intervju gjennom kontaktpersonen. Prosjektlederne ble spurt direkte av meg om de ønsket å delta på et intervju om prosjektet, mens de ansatte som var informanter, foruten en, ble rekruttert via en kontaktperson. Vedkommende som ikke gikk via en kontaktperson ble kontaktet direkte av meg. Årsak til dette er at sykehjemmet ikke lenger er med i prosjektet, men prosjektleder gav tips om at vedkommende hadde vært med fra den aller første fasen i prosjektet og var en av de ansatte som hadde mye kjennskap til prosjektet og metoden over tid.

Kontaktpersonen var utnevnt etter kontakt med ledelsen ved de ulike sykehjemmene og de fikk et informasjonsskriv (Vedlegg 1) og muntlig informasjon per telefon om kriterier for inkludering av informanter. Kriteriene var:

- at de har kjennskap til prosjektet
- at de har primærfunksjon eller har daglig oppfølging av en deltager i prosjektet eller at de selv har vært deltager med på kurs.
- at det er frivillig deltagelse, det vil si at informantene må melde seg selv. Dette var årsaken til behovet for en kontaktperson. Alle informanter har underskrevet et informert samtykke før starten av intervjuet.

Alle informantene fyller kriteriene for deltagelse. Det er bevisst valgt løse kriterier for å sikre at jeg fikk nok informanter og min vurdering er at ansatte kan si noe om metoden og prosjektet både om de har tett oppfølging av beboere i prosjektet eller har opplæring i metoden.

Alt i alt ble ni ansatte ved fem forskjellige sykehjem i Oslo intervjuet. Stiftelsen Kirkes Bymisjon Oslo (SKBO) eier og driver seks sykehjem i Oslo idag, og prosjektet drives i intervjuperioden på

fire av disse seks sykehjemmene. Det femte sykehjemmet med en ansatte representert blant informantene var også drevet SKBO når prosjektet pågikk der. Prosjektet drives per idag kun på sykehjem knyttet til SKBO, men metoden undervises på flere andre sykehjem. Alle informantene var kvinner og hadde arbeidet ved det nåværende sykehjemmet fra to og et halvt år til snart tre år, og alle hadde vært ansatte på sykehjemmet siden starten av prosjektet. Sju av informantene har norsk bakgrunn og informantene er fra ulike yrkesgrupper. Det er en fysioterapeut, en avdelingssykepleier, en miljøarbeider og seks hjelpepleiere. Tre av dem arbeider på en demensavdeling eller skjermet enhet. Fem av informantene er primærkontakt for en deltager i prosjektet og fem har deltatt på kurs. Det er fire som både har primærkontaktfunksjon og samtidig har deltatt på kurs. Alle informanter er anonymisert og alle sykehjem omtales som sykehjemmet.

De to prosjektlederne skilles ikke fra hverandre, men blir begge kalt prosjektleder for å anonymisere mellom de to siden det kun finnes to prosjektledere i dette prosjektet. Prosjektlederne samarbeider tett og intervjuene omhandlet deres felles prosjekt. Min vurdering er at det ikke er nødvendig å skille mellom disse to, da deres uttalelser er i tråd med hverandre.

For å få bedre flyt i teksten har jeg valgt å gi informantene fiktive navn. Informant A er kalt Anita, informant B- Berit, C- Cathrine, D- Dina, E- Elin, F- Frida, G- Grete, H- Hilde og informant S er kalt Siv.

Datamaterialet

Data er blitt samlet inn i løpet en uke i januar 2010. Alle intervjuene er utført på informantens arbeidssted, foruten et intervju som foregikk på et offentlig bibliotek. Det ble brukt lukkede rom, uten andre tilstede. Alle foruten én informant ble intervjuet i arbeidstiden sin, som ble intervjuet før hun startet på aftenvakt. For at jeg skulle slippe å reise til hvert sykehjem flere ganger hadde flere av informantene på eget initiativ byttet vakter for at begge informantene skulle være tilstede på sykehjemmet samme dag. Kontaktpersonene som rekrutterte informantene var med på å organisere sted og tidspunkt for intervjuene. Jeg valgte bevisst å intervju prosjektleder etter å ha intervjuet de ansatte for å ha mulighet til å kunne spørre prosjektleder om deres tanker rundt det de ansatte fortalte.

Jeg hadde hatt telefonisk kontakt med de fleste informantene før intervjuet for å avklare tid og sted for intervju. Før lydbåndet ble satt på gav jeg en kort forklaring av hva som skulle skje og at det ble tatt opp bånd som skal slettes ved undersøkelsens slutt. Det ble også lagt vekt på at man ikke var på

jakt etter fasit svar, men informantens egne opplevelser og erfaringer rundt prosjektet.

Informantene fikk også lese informasjonsskrivet og skrive under på et informert samtykke (Vedlegg 2) før intervjuet. Alle informantene ble spurt om de hadde noen spørsmål før intervjuet begynte og om de hadde noe å legge til før intervjuet ble avsluttet. Det ble brukt en laptop til å ta opp intervjuet, alle intervjuene ble direkte lagret på mitt hjemmeområde hos NTNU, og laptopen var låst med passord.

Intervjuene varte fra 27 minutter til 1 time og 45 minutter. For å skille intervjuene fra hverandre fylte jeg etter hvert intervju ut følgende punkt: Hvordan ble jeg mottatt? Hvordan var stemningen? Hvordan ble intervjuet avsluttet? Forhold som kan påvirke intervjuet? Hovedpoeng /fokus i intervjuet. Hva husker jeg spesielt? Disse notatene var gode knagger å henge opplevelsene av intervjuene på når jeg skulle arbeide med analysene og skille informantene fra hverandre.

Transkribering

Intervjuene ble transkribert over en periode på to måneder. Totalt ble transkripsjonene på 181 sider, og etter oversettelse fra tale til skrift varte intervjuene fra 8 til 26 sider. Det var en tidkrevende prosess å transkribere da deler av lydopptakene var av dårlig kvalitet. Det ble ikke brukt noe form for transkriberingsprogram under prosessen.

For å sikre at datamaterialet ikke består av unødige tolkninger er de uttalelsene hvor det er usikkerhet om betydning av uttalelsen og usikkerhet om hva som er blitt sagt blitt utelukket. Transkripsjonene ble sammenlignet med lydbåndet etter endt transkribering for å forsikre mest mulig grad av korrekt oversetting fra lyd til tekst. Tanken har hele tiden vært at teksten bare er en oversettelse, en fortolkning av intervjuet og lydbåndet. Malterud (2006) minner om at man aldri må forveksle teksten med virkeligheten, selv de mest nøyaktige transkripsjonene er en avgrenset del av virkeligheten, og at oversettelser alltid betyr at mening går tapt eller forvrenges underveis.

I transkriberingsprosessen er det lagt vekt på nøyaktighet. Derfor har sitatene fra de ansatte et muntlig preg, med dialekt istedenfor å oversette til bokmål. Gjennom å oversette til bokmål gjennomgår data nok en oversettingsprosessen som kan være med på å endre innhold og mening. Det er forsøkt å gjøre transkripsjonene så ordrette som mulig. Ved bruk av sitat fra prosjektledere så jeg allikevel nødvendigheten av å oversette disse til bokmål. Her måtte jeg veie anonymisering mot nøyaktighet. Siden det kun er to prosjektledere og for at disse to ikke skal kunne gjenkjennes i oppgaven, er begge sitert på bokmål. Sitatene som er brukt i oppgaven er blitt «vasket» for å gjøre

dem mer lesbare. Støy, latter, knys og alle andre lyder (for eksempel åhh, ehh, mmm) samt gjentakelse av setninger og ord er blitt fjernet.

Analyse

Fenomenologisk analyse

Det er valgt å bruke en fenomenologisk tilnærming i analysen av transkripsjonene. En fenomenologisk studie beskrives av Creswell (1998) som meningen flere individ gir av deres opplevelser rundt et fenomen. Videre beskrives en fenomenologisk analyse som en metodologisk reduksjon, hvor man reduserer individuelle opplevelser av et fenomen gjennom analyse av utsagn og tema, til en beskrivelse av den universelle essensen. Man skal forsøke å forstå det individuelle perspektivet informanten har og de erfaringer personen uttrykker og ikke la analysen av materialet styres av ens egen forforståelse (Malterud 2003). Kvale (2001) forklarer den fenomenologiske, empiriske analysen ut fra 5 trinn:

- 1) Først leses hele intervjuet for å få en følelse av helheten,
- 2) så bestemmes meningsenhetene av forskeren,
- 3) så uttrykkes temaet som dominerer meningsenhetene så klart og enkelt som mulig,
- 4) så sees meningsenhetene meningsenheten i lys av forskningens hovedspørsmål,
- 5) så bindes de viktigste emnene sammen til et deskriptivt utsagn.

Utfordringer med denne metoden er at forskeren må ha kjennskap til fenomenologi, at deltagere i studien må ha opplevd fenomenet, og at forsker må sette tilside sine personlige erfaringer og avgjøre hvordan og på hvilken måte egne erfaringer skal introduseres i studien (Creswell 1998). Disse utfordringene er møtt gjennom at jeg har lest om fenomenologi som metode, og at kriteriene for å delta på intervju er å kjenne til prosjektet gjennom daglig kontakt med deltagere, eller gjennom å ha vært med på kurs. Jeg har videre forsøkt å sette min forforståelse til side og se prosjektet og metoden gjennom informantenes øyne. Loggføring før og under datainnsamling har hjulpet på å holde orden i mine tanker rundt de erfaringer jeg har gjort meg i prosessen.

Fremgangsmåte i analysen

Trinn 1: Her er målet at man skal skape et helhetsinntrykk av datamaterialet. Rett etter at intervjuene var utført gikk jeg gjennom intervjuene og gjorde meg korte notater om hovedpoeng i hvert av intervjuene. Dette var viktig for senere å kunne gå tilbake og se mine umiddelbare tanker

om informasjonen jeg hadde fått gjennom intervjuene. Etter at alle intervjuene var fullført ble de transkribert og etter transkribering av hvert intervju gjorde jeg meg på nytt notater av hovedpoeng.

Så ble alle transkripsjonene lest gjennom for å notere stikkord om det jeg satt igjen med av umiddelbare hovedtrekk i datamaterialet. Dette ble mine første tanker om hovedtrekk og gjennomgående tema i det samlede datamaterialet.

Trinn 2: Etter at man har fått et helhetsinntrykk av datamaterialet skal man arbeide med å trekke ut meningsbærende enheter. Med problemstillingen i bakhodet tok jeg for meg hvert enkelt intervju og trakk ut de delene av teksten som gav uttrykk for informantenes sentrale tanker. Jeg valgte i denne omgang å være raus og heller ta med for mye enn for lite for å forhindre at jeg unnlot å ta med noen som kunne være av verdi senere. Jeg valgte å gjøre denne prosessen to ganger, da datamaterialet var så stort at jeg fort oppdaget at jo bedre kjent med materialet jeg ble, jo mer ønsket jeg å ha med videre i denne prosessen. Jeg var redd at dersom jeg snevret inn materialet for mye i denne fasen ville jeg gå glipp av verdifull informasjon fra informantene mine. Fokus var dog hele tiden på å holde meg til problemstillingen min, og ikke ta med informasjon som ikke var relevant for denne.

De utsagn som ble trukket ut av hvert enkelt transkripsjon ble klippet ut av transkripsjonen og limt inn på et nytt dokument for at disse setningene skulle være identiske gjennom hele prosessen. Etter å ha gått gjennom alle intervju hadde jeg tanker om noen meningsbærende enheter eller kategorier som stakk seg frem fra mengden utsagn. Jeg begynte å sortere utsagnene som jeg hadde trukket ut, og sorterte disse først i 21 ulike underkategorier. Jeg samlet både utsagn fra prosjektleder og fra de ansatte, slik at alt materialet ble sortert ut fra de samme kategoriene. Jeg gikk gjennom disse kategoriene flere ganger for å forsikre meg om at de ulike utsagn var plassert på rett sted.

Datamaterialet var nå snevret inn til 63 sider med tekst.

Trinn 3: Etter å ha funnet de meningsbærende enhetene må man finne hovedtema i datamaterialet. Jeg brukte mye tid på å slå sammen underkategorier for å se om hovedtema da ble tydeligere for meg. Dette var en fin måte å gå ytterligere inn i materialet og det ble enklere å skille ut de viktigste tema innenfor materialet og få bedre oversikt over hva som var hovedtema blant svarene fra informantene.

De ansattes opplevelser og erfaringer kunne deles inn i tre hovedtema med flere undertema: Hovedtema «BEVEGELSE FRA HJERTET» har undertema miljøterapi, kontakt og

kommunikasjon og kroppshukommelse. «BEBOERE» har individuell tilrettelegging, tid alene, mestring, gode øyeblikk og effekt og virkning som undertema. «DE ANSATTE» har undertema kurs og opplæring, syn på demens og bruk av metoden.

Trinn 4: Etter å ha arbeidet med å bryte ned og forstå hovedtema i datamaterialet må man tilbake til å se om dette stemmer med helheten i datamaterialet. Etter å ha funnet hovedtema gikk jeg gjennom alle delene og lagde meg en samlet oversikt over hovedtrekk for å finne helheten i datamaterialet. Jeg brukte hovedproblemstillingen¹ og forskningsspørsmålene² aktivt for å holde fokuset på helheten.

Trinn 5: Binde sammen de viktigste tema til et deskriptivt utsagn. Jeg startet å skrive på kapittel 5 om empiri og analyse for å beskrive mine funn.

3.2 Forforståelse

Hver enkelts forforståelse er forskjellig fra andre menneskers og denne forforståelsen preger vår fortolkning. Det er viktig å gjøre rede for ens forforståelse, ens tanker i forkant for fortolkning, slik at de som kommer etter og skal se på fortolkningen kan se hvilket utgangspunkt man hadde. Min forforståelse vil prege min fortolkning av datamaterialet. Gilje og Grimen (1993) forklarer at fortolkning er i stor grad basert på personlig utøvelse av skjønn, erfaring og dømmekraft og fortolkning kan være styrt av vår egen forforståelse på måter vi ikke har kontroll over, fordi alle deler av vår forforståelse ikke trenger å være artikulert og bevisst reflektert. Forforståelsen er alltid med oss, det er som en ryggsekk med tidligere erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og teoretisk referanseramme som hele veien påvirker måten vi samler og leser våre data på (Malterud 2003). Forskeren må fortolke all informasjon i datamaterialet, og i dette tilfellet er det intervjupersonenes utsagn og beretninger om opplevelser og hendelser som fortolkes av forskeren (Dalen 2004). Det har vært et bevisst valg å skrive logg om mine tanker gjennom hele prosessen, for slik i etterkant å kunne følge med på eventuelle endringer i min forforståelse, tanker og holdninger rundt «Bevegelse fra hjertet» og mine informanter.

Som sykepleier har jeg møtt mennesker med demens, både på sykehjem og på sykehus. Jeg har vært med på å arbeide sykdomsfokusert med pleie og omsorg, hvor sykdom og diagnose er i fokus,

1. Hvordan opplever ansatte ved sykehjem «Bevegelse fra hjertet» som prosjekt og metode i bruk blant mennesker med demens?

2. - Hvordan opplever og erfarer de ansatte «Bevegelse fra hjertet» som miljøterapeutisk metode? - Hvordan opplever og erfarer ansatte sine beboere som er med i prosjektet eller sine beboere de selv har brukt metoden på? - Hva opplever de ansatte at er viktig for beboerne i bruk av miljøterapi og hvordan opplever de ansatte at metoden påvirker beboerne?

men også med mer personsentrert omsorg, hvor individet står i fokus. Jeg ser at det er et stort potensiale for å forbedre helsevesenet i Norge med tanke på mer individuell og personsentrert omsorg til pasienter generelt, men også mot mennesker med demens. I eldre mennesker finner man et langt liv av historier, erfaringer og opplevelser. Jeg kjenner godt til sykehjemshverdagen etter tre år som ansatt ved et sykehjem i Oslo. Jeg har i intervjuene informert om at jeg er sykepleier, bakgrunn for dette var at jeg ønsket at informantene skulle se at jeg hadde forståelse for og kjennskap til deres arbeidshverdag. Dette kommer jeg tilbake til i avsnittet om metodiske utfordringer.

Min forforståelse var at jeg ville finne blandede meninger om prosjektet. Siden jeg selv har arbeidet noen år på sykehjem, har jeg opplevd at det kan være motstand mot endringer, og spesielt endringer som fører til nye eller endrede arbeidsoppgaver, slik som å lære en ny metode man skal bruke på beboerne. Jeg hadde også tanker om at de ansatte kunne føle irritasjon over at det kom noen utenfra å ville innføre noe nytt. Jeg håpet jeg ville få høre fortellinger og historier om beboere som kunne gi meg et ansikt av hvem som deltok i prosjektet og var spent på om noen av informantene ville fortelle om opplevelser av beboeres reaksjoner på «Bevegelse fra hjertet». Noe av det som gjorde meg interessert i prosjektet i utgangspunktet var historiene om beboere jeg hadde hørt, sett og lest om gjennom publiseringer fra prosjektleder i tidsskrift og aviser. De reaksjonene jeg da tenker på kan for eksempel være mennesker som får økt gangfunksjon, smilende mennesker, som så tydelig hadde fått det bedre gjennom metoden, mennesker som til vanlig er svært urolige, men som blir roligere. Opplever de ansatte også dette? Jeg ønsker å vite det dersom dette er en metode som er enkelt kan integreres i arbeidshverdagen som kan skape livskvalitet og en bedre hverdag for mennesker med demens på sykehjem.

Mine erfaringer fra å arbeide i helsevesenet er at det er mye bruk av ufaglærte ansatte og ansatte med fremmedkulturell bakgrunn. Dette kan by på flere utfordringer. Ufaglærte arbeider ofte som ekstravakter og har ikke faste pasienter som de følger opp. Dette tenker jeg at byr på utfordringer når man skal lære seg en metode og tilrettelegge hverdagen utfra beboernes individuelle behov. Man må da ha tid til å bli kjent med beboeren og dette krever tett oppfølging. Ansatte med fremmedkulturell bakgrunn kan ha utfordringer med at de ikke kjenner norsk historie og kultur og dermed kan ha vansker med å forstå beboerne, for eksempel kjenne til gamle norske sanger osv. Dette tenker jeg forøvrig også er en utfordring når de ansatte er mye yngre enn beboerne. Man er ikke vokst opp i samme generasjon og har derfor ulik forståelse av ting. Når man tenker Norge som et flerkulturelt land har man også en utfordring i fremtiden, når flere fremmedkulturelle eldre

rammes av demens og havner på norske sykehjem.

Jeg gikk også nøye gjennom mine tanker rundt mennesker med demens, hvorfor ønsker jeg å se på denne gruppen og kan min forforståelse være til hinder, eller senke objektiviteten min? Det kan gjøre meg mindre objektiv at jeg synes at demens- og eldre omsorg er et viktig område å satse på, men jeg har hatt et bevist fokus på å ikke la dette prege oppgaven. Samtidig så tenker jeg at det er naturlig å ønske og forske på noe man syns er viktig og interessant.

3.3 Reliabilitet, validitet og generaliserbarhet

For at forskning skal gi troverdig kunnskap må kriterier for validitet og reliabilitet oppfylles.

Validitet betyr at det som måles må ha relevans og være gyldig for problemstillingen som undersøkes og reliabilitet handler om å utføre målinger riktig, at de er pålitelige, og at eventuelle feilmarginer oppgis (Dalland 2004). Generalisering vil si at resultatene kan overføres til andre situasjoner og andre steder (Ringdal 2007). Ringdal (ibid) og Thagaard (2003) bruker begrepene troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet på kvalitative metoder istedenfor begrepene reliabilitet, validitet og generaliserbarhet.

Reliabilitet

Reliabilitet eller troverdighet sier noe om at forskningen er utført på en tillitvekkende måte, om det er tilfeldige målefeil. I kvalitative metoder vil forskerens refleksjoner med sikte på mulige feilkilder under datainnsamlingen være vurdering av reliabiliteten (Ringdal 2007). Innen kvalitativ forskning vil kravet om reliabilitet dreie seg om synlighet. Man bør kunne beskrive de ulike delene i forskningsprosessen slik at leseren kan vurdere påliteligheten (Kvale 2008).

Reliabilitet kan påvirke både intervjustadiet, transkripsjonsstadiet og analysestadiet. For å styrke reliabilitet har det gjennom alle faser av denne undersøkelsen vært en bevisst holdning om å se på de faktorene som kan være med på å påvirke reliabiliteten. Hvordan spørsmålene er blitt formulert ved de ulike intervjuene er nøye tenkt gjennom underveis og i etterkant av intervjuene. Ved usikkerhet ble spørsmålene spurt på nytt under intervjuene, eller på en annen måte dersom svarene var tvetydige eller der det var vanskelig å få klarhet i hva som lå bak dem. Det var også en bevisst tanke ikke å styre samtalen for mye, men å la informantene få styre mot hvilke tema intervjuet beveger seg og få prate så fritt som mulig. Det er i hovedsak forsøkt å bruke åpne spørsmål som

ikke er verdiladede og som ikke gir føringer for hvilke svar som er ønsket.

For å sikre reliabilitet i transkriberingen er det brukt tid på å gjøre denne prosessen så nøyaktig som mulig. I transkripsjonsfasen kan tolking av tale føre til ulike skriftlige oversettelser.

Transkripsjonene er en oversettelse fra muntlig til skriftlig språk (Kvale 2004). For å sikre at transkripsjonene inneholder minst mulig feil valgte jeg å sammenligne transkripsjonene og lydbåndene etter transkriberingsprosessen. Usikre moment og utydelig tale er utelatt fra datamaterialet.

I analysefasen kan måten man kategoriserer personers svar være med på å påvirke reliabiliteten (Kvale 2004). Det er hatt fokus på å forsøke å forstå informantene og hva hver enkelt har ment med det de har sagt gjennom analysefasen for å plassere utsagn i riktig kategori.

Det er også en del av å sikre reliabiliteten at det i dette metodekapittelet er forsøkt å gjøre rede for de ulike prosessene i undersøkelsen og på denne måten sikre åpenhet og gjøre forskningsprosessen tydelig for leseren.

Validitet

Validitet eller bekreftbarhet tar for seg kvaliteten i de tolkninger som gjøres, og ser på om den innsikten som gis kan støttes av andre undersøkelser. Den ser på om det som faktisk er målt er det som er ment og måles (Ringdal 2007). Validitet handler om gyldighet og hva man egentlig har funnet ut noe om. Validitet skal overveies i alle faser av forskningen, både planleggingen og underveis. Det skal være en logisk forbindelse mellom problemstilling og teorier, metoder og data som fører frem til kunnskapen (Malterud 2003). Validitet er riktig bruk av riktig verktøy for å få frem en gyldig representasjon av fenomenet, det handler om at forskeren har et etisk pålegg om å være sannferdig i hele forskningsprosessen. Dette gjelder både i litteraturbehandling og henvisning, utvalg og informasjon fra informanter, samt fortolkning og analyser (Sætre 2009).

Det er viktig at forskeren gjør rede for sin tilknytning til fenomenet som studeres, da dette kan være med å påvirke validitet i forskerrollen. Det er viktig med en tydelig forforståelse for at leser skal kunne vurdere kritisk om forforståelsen kan påvirke tolkningen, ettersom forskeren subjektivt tolker og analyserer data (Dalen 2004).

Å validere er å kontrollere, å være kritisk til sine funn, og å stille spørsmål om hva man har funnet

og hvorfor man har funnet det man har. Gjennom hele forskningsprosessen har det vært et fokus på å være kritisk til alle faser av undersøkelsen. Hvorfor ønsker jeg å spørre om dette? Hvorfor spurte jeg på den måten? Hva kan være grunn til at hun svarte det?

Jeg mener valg av metode og spørsmål har gitt svar på problemstillingen. Undersøkelsens retning er noe endret fra utgangspunktet, men dette må man regne med da man ikke kan forutsi hvilke svar man kommer til å få i et kvalitativ intervju. Svarene man får danner grunnlag for oppfølgingsspørsmål, som er med på å styre fokuset i intervjuet.

Generaliserbarhet

Generaliserbarhet blir også kalt ytre validitet, man tenker ofte på store utvalg som er representative for befolkningen som studeres (Dalen 2004). Er det intervjuet nok informanter til å kunne overføre resultatene til andre ansatte ved norske sykehjem? Det er vanskelig å generalisere så vidt. Det må tas hensyn til ulikheter i by og bygd, ulike former for ledelse og politikk, både innen offentlig og privat men også mellom offentlige og private sykehjem. I den grad resultatene fra denne undersøkelsen kan overføres vil det være til andre sykehjem i Oslo eller andre sykehjem knyttet til Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo (SKBO). For ikke å generalisere for vidt er det ved generalisering her tatt sikte på å overføre resultatene til andre sykehjem i Oslo som er eid av SKBO. Da ekskluderer man ulikheter mellom by og bygd, og mellom offentlige og private sykehjem. Siden alle sykehjem er drevet av samme private virksomhet kan man anta at de har det samme verdigrunnlag. Alle sykehjem som var eller er med i prosjektet "Bevegelse fra hjertet" er representert med en eller to ansatte i undersøkelsen, samt at det er flere yrkesgrupper representert blant de ansatte. Dette styrker generaliserbarheten og overførbarheten av resultatene til å kunne si noen om alle ansatte ved sykehjem som er drevet av SKBO og som er knyttet til «Bevegelse fra hjertet».

3.4 Refleksjoner

I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for de etiske og metodiske refleksjonene rundt denne oppgaven.

Etiske refleksjoner

Oppgaven er meldt NSD¹ og alle intervjuobjekter har skrevet under på et informert samtykke (Vedlegg 6). Det er en klar regel i norsk og internasjonal rett at deltagere i forskning må samtykke til å delta i forskningen. For at samtykket skal være gyldig må det være frivillig, informert,

1. Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) er Personverombudet for forskning. Siden undersøkelsen involverer oppbevaring av personopplysninger fra informantene er den meldt til NSD (Vedlegg 6).

uttrykkelig, dokumenterbart og avgitt av en kompetent person (Simonsen og Nylenna 2005). For å gi informert samtykk, skal informanten være trygg på at anonymitet er ivaretatt, kjenne forskningsprosjektet godt nok til å ta stilling til om han eller hun ønsker å bidra i dette og ikke føle seg presset til å delta (Malterud 2003). Hovedregelen for å kunne avgi gyldig samtykke er at vedkommende er myndig og mentalt habil. Det vil si at de skal ha nødvendige personlige forutsetninger for å kunne forstå situasjonen og konsekvensene av samtykke (Simonsen og Nylenna 2005).

Mennesker med demens regnes som forskningsetiske sårbare. En sårbar person i forskningsetisk sammenheng er en person som enten har manglende evne eller redusert evne til å avgi samtykke slik lover og retningslinjer krever (Ekern 2005). Dersom problemstillingen hadde vært annerledes kunne jeg valgt å forske på beboerne selv eller pårørende til deltagere i prosjektet. Siden mange beboere på sykehjem ofte har lite besøk, ikke alle har pårørende og prosjektet ikke har startet opp med å undervise pårørende var ikke dette aktuelle informanter. Da prosjektet også er rettet mot å inkluderes i ansattes hverdag og alle deltagere i prosjektet har kontakt med ansatte har jeg valgt å se på prosjektet fra de ansattes øyne. Jakobsen (2008) opplever at trenden i forskningsetikken har snudd nå er det etisk riktig og viktig å forske på de sårbare. Litteraturen viser at flere nå mener det er galt å la være å forske på mennesker med demens for å skåne dem. Hellström, Nolan, Bjerkheimenefelt og Lundh (2007) viser at det er til større skade å ikke inkludere mennesker med demens, men legger også vekt på at man må ta hensyn i forskningen sin og tilrettelegge fremgangsmåten når mennesker med demens er forskningsobjekter.

For å sikre informantenes anonymitet har lydband og alle skriftlige dokument blitt behandlet konfidensielt, og alle informantene er anonymisert ved transkribering. Informantenes navn er byttet ut og ingen av sykehjemmene eller avdelingene identifiseres i oppgaven.

Før oppstart av masteroppgaven var det et bekjentskap mellom meg og en av de to prosjektlederne for «Bevegelse fra hjertet». Jeg tok kontakt med REK og hadde samtaler med flere ansatte på instituttet før den endelige avgjørelsen ble tatt om at dette ikke er et nært nok bekjentskap til å kunne påvirke objektivitet i oppgaven. Det er også tatt opp i samtale med begge prosjektlederne at masteroppgaven skal være objektiv. Etter samtale med begge prosjektlederne ble vi enige om å sette opp en avtale om samarbeidet (Vedlegg 3). Prosjektlederne fikk også mulighet til å lese første utkast av masteroppgaven for å sikre at informasjon om selve prosjektet og metoden stemte. Resten av oppgaven var aldri noe samtale emne mellom oss. Jeg ønsket tilbakemelding på

faktaopplysninger om prosjektet og metoden var korrekte fordi jeg var usikker på om mine tolkninger av informasjonen var i tråd med den mening de hadde lagt i sine utsagn. Det var kun to små feil å rette på etter deres gjennomgang: det ene var antall sykehjem de hadde prosjektet på som var feil, samt at navnet på den ene utgivelsen var skrevet feil. Feilene ble rettet opp.

Metodiske refleksjoner

Valg av kvalitative metoder i stedet for kvantitative metoder er gjort for å vise bredden og dybden i opplevelsene og erfaringene. En slik bredde og dybde vil ikke en kvantitativ metode kunne tilføre. Undersøkelsen kunne vært gjort på deltagere i prosjektet, og slik sagt noe om hvordan ”Bevegelse fra hjertet” påvirker mennesker med demens. Da kunne man brukt skalaer for måling av grad av kognitiv svikt hos mennesker med demens, for eksempel Mini Mental Status (Engedal og Haugen 2000) og Klinisk Demens Verktøy (Engedal og Haugen 1993) for å se om deltagernes kognitive svikt preges av metoden. Slike standardiserte verktøy er ofte brukt i vurdering av tiltak rettet mot mennesker med demens (Strandli 2008). Siden undersøkelsen primært ikke er av evaluerende art, men tar sikte på individuelle og personlige opplevelser og erfaringer, er semistrukturerte kvalitative forskningsintervju den metoden som best kan brukes for å få svar på problemstillingen.

Gjennom intervju kan man bruke både visuell og auditiv kommunikasjon og metoden gir stor fleksibilitet og mulighet for å oppklare misforståelser underveis. Ulempene er at det er lavt personvern, siden intervjuer og informant møtes ansikt til ansikt og at intervjueren ubevisst kan påvirke svarene og skape intervju effekter (Ringdal 2007). Et intervju er en mellommenneskelig situasjon, en samtale om et tema av felles interesse for begge parter og forskeren bruker seg selv som instrument for å få tilgang til informantens livsverden (Kvale 2001). Lydbåndet og dokumenter med persongjenkjennbar informasjon er blitt oppbevart på ulike steder, og alt elektronisk materiale er passordbeskyttet. Det er foretatt en anonymisering under transkribering for at ikke informantene skal være gjenkjennbare.

Jeg ble godt mottatt ved alle sykehjemmene, stemningen under intervjuene var god, selv om noen av informantene opplevde det som litt stressende å bli intervjuet og tatt opp. Ved noen av intervjuene ble vi avbrutt fordi vi satt på rom som var tilgjengelig for de andre ansatte, og båndet og intervjuet ble da stoppet til vi var alene igjen.

Jeg informerte alle informantene om at jeg var sykepleier. Bakgrunn for dette var at jeg ønsket at de

skulle forstå at jeg kjente til og hadde forståelse for deres arbeidsdag. Om informantene oppfattet dette slik kan jeg ikke med sikkerhet si. Jeg tenkte på det i etterkant at dette kunne være uheldig dersom noen av informantene opplever problemer på tvers av yrkesgruppene, spesielt mellom sykepleiere og hjelpepleiere kan det være en konflikt iforhold til arbeidsoppgaver og ansvarsområde. Siden jeg ikke har opplysninger om dette, vil jeg ikke gå mer inn i en slik problemstilling.

I etterkant av intervjuene har det visst seg at enkelte deler av lydopptaket ikke kan benyttes pga for dårlig kvalitet på lydbåndet. Dette kan være med på å svekke datasamlingen. For å unngå feiltolking av intervjuene er det i alle ledd av prosessen, er både intervjuene, transkriberingen og analysen, utført av samme person. Gjennom å følge alle deler av prosessen har tanken vært at man utelukker en del misforståelser og omgjøringer oversettelsen fra tale til tekst. Samtidig har jeg vært klar over at dette igjen fører til at eventuelle mistolkninger følger alle prosesser av databehandlingen. All nærkontakt med materialet innebærer måter forskeren kan påvirke meningen i teksten (Malterud 2006). Jeg har vært bevisst på at min egen forforståelse ikke skal stå i veien eller prege prosessen mer en nødvendig. Transkripsjonene er gjennomgått flere ganger og sammenlignet med lydbåndet og alle sekvenser som har vært usikre i sin betydning har blitt utelatt fra analysene.

Det er valgt å benytte fire ulike kontaktpersoner, et ved hvert sykehjem, for at årsak til rekruttering ikke skal være knyttet kun til en person. Kontaktpersonene har blitt oppfordret til å være hjelpelige av SKBO. Dette vil kunne ha noe å si for motivasjon til rekruttering av informanter. Det ble ikke gått nærmere inn i prosessen med rekruttering og motivasjon, annet enn at det i en telefonsamtale jeg hadde med kontaktpersonene, i tillegg til informasjonsskrivet, ble informert om at det var ønskelig med to ansatte som fyller kriteriene¹ for deltagelse. Kan det tenkes at fordi SKBO har skaffet kontaktpersoner har gjort at kontaktpersonene har funnet «gode» informanter som uttaler seg i tråd med prosjektet? Hadde jeg valgt andre informanter om jeg hadde rekruttert dem selv? For å skape en klarhet i årsakene til at informantene selv har stilt til intervju har dette vært et direkte spørsmål om dette under alle intervjuene. Samtlige informanter oppgir at de er blitt spurt av ledere eller fagansvarlige ved sine sykehjem som grunn til deltagelse. Flere oppgir også interesse for prosjektet, fagområdet og målgruppen som grunn til at de ønsket å stille til intervju.

1. Kriterier for å stille til intervju: Å ha primærfunksjon eller tett oppfølging av beboer i prosjektet eller selv har vært med på kurs.

Som informanter kunne både beboere, pårørende og ansatte være aktuelle. Pårørende ble ekskludert da ikke alle mennesker med demens på sykehjem har pårørende som er jevnlig på besøk, og at den daglige opplevelsen av metoden oppleves som viktig for å si noe om opplevelse og erfaring av metoden. Beboerne selv er ikke tatt med som informanter da det forskningsetisk og tidsmessig ble vurdert som for krevende for en masteroppgave. Denne årsaken er ifølge Engedal (2009) ikke helt ukomplisert. Man kan på den ene side hevde at gjeldende lover og regler for forskning setter betydelige hindringer i veien for at forskning skal kunne utføres blant mennesker med redusert eller manglende samtykkekompetanse. På den annen side skriver Engedal (ibid) at man også kan si at dersom man aldri skal kunne utføre forskning blant personer med demens som mangler samtykkekompetanse vil denne gruppen kunne bli enda mer sårbar fordi man ikke finner frem til nye behandlingsmetoder for gruppen. Det er ikke en god nok grunn til ikke å inkludere mennesker med demens fordi de er forskningsetisk sårbare. Vurderingen i denne undersøkelsen har vært at ansatte vil kunne gi mer relevante svar på problemstillingen.

Valg av ansatte som informanter er gjort da de som målgruppe for undervisning og fremtidig bruk av metoden er de eneste som kan si noe om hvordan de selv oppfatter metoden. Det er også relevant å høre deres tanker rundt metoden da de selv skal bruke den. Ansatte på sykehjem er fagpersoner med kunnskap, erfaring og daglig kjennskap til deltagere i prosjektet, og kan på denne måten si noe om sine erfaringer og opplevelser ut fra deres fagkunnskap og deres daglige arbeid med beboerne. Kriteriene for å delta på intervju kunne vært mer innsnevret. Kriteriene ble utformet på bakgrunn av at det var ønskelig både med ansatte med primær funksjon, men også ansatte som selv bruker metoden og som hadde deltatt på kurs. Det er kun fire sykehjem som er inkludert i prosjektet «Bevegelse fra hjertet» idag, noe som reduserer muligheten for å finne nok informanter da populasjonen av mulige informanter ikke er så veldig stor.

Noen av informantene er blitt sitert mer enn andre i oppgaven. Dette kommer av at noen av informantene har bedre språkbruk og har uttrykt seg tydeligere enn andre, samt at noen intervju var lengre og inneholdt mer relevant informasjon enn andre. Alle informantene er representert i oppgaven og alle intervju er behandlet likt i analysen.

Det er ikke gjort noe skille mellom yrkesgrupper i kriteriene for rekruttering av informanter i undersøkelsen. Dette fordi det er ønskelig med en faglig bredde i datamaterialet. De ulike faggruppene kan ha ulike faglige og arbeidsmessige innfallsvinkler til prosjektet og forståelsen av dette. Det er ikke nødvendig å ha kjennskap til hvilken yrkesgruppe de ulike informantene hører til:

det er med bakgrunn i at alle har arbeidet innen demensomsorg i flere år og gjennom deres arbeidshverdag og daglige kjennskap til beboere over lengre tid gir dem et godt grunnlag for å si noe om deres syn på metoden når det gjelder bruk på deltagere i prosjektet.

Kapittel 4. Empiri og analyse

I dette kapittelet har jeg brukt strukturen som er gitt i metodekapittelet og dette kapittelet er delt inn i tre ut fra de hovedtema og deres undertema¹ som kom frem under analysen av datamaterialet.

4.1 tar for seg de ansattes erfaring og opplevelse av «Bevegelse fra hjertet» og av miljøterapi til mennesker med demens. Her er også en dypere forklaring på prosjektet og metoden basert på intervjuene med prosjektleder.

4.2 tar for seg hvordan de ansatte opplever beboerne de kjenner som er med i prosjektet eller som de selv har brukt metoden på. Hva opplever de ansatte at er viktig for beboerne i bruk av miljøterapi og hvordan opplever de ansatte at metoden påvirker beboerne?

4.3 tar for seg hvordan de ansatte selv opplever og erfarer at metoden og prosjektet påvirker dem og avdelingen, samt hvordan de ser på demens og sin egen bruk av metoden. Her er også kurset i metoden en del av hvordan de ansatte påvirkes.

4.1 «Bevegelse fra hjertet»- prosjekt og metode

I en artikkel i magasinet «Bymisjon» (2007) skriver prosjektlederne:

«Vi får umiddelbar respons. Mennesker med demens sensurer ikke seg selv på samme måten som andre. Følelsene er ekte.»

Det er en rekke artikler skrevet om prosjektet «Bevegelse fra hjertet» og om metoden bevegelsesveiledning, men jeg ønsket å få en dypere forståelse av hva prosjektet og metoden går ut på. Derfor valgte jeg å intervju prosjektlederne:

«Jeg har et ønske om å kommunisere med mennesket. Og hjertet er ofte et symbol på levende liv.(...) Så tenker jeg at det å se mennesket, det handler om hjertet. Følelser blir jo ofte symbolisert med hjertet.(...)Vi bruker dans, bevegelse, musikk, massasje, avspenning. På en måte blander vi en del av de miljøterapeutiske metodene som det går an å bruke inn i bevegelsesveiledningen da. I «Bevegelse fra hjertet» har vi jo tilpasset metoden en-til-en.(...) Man tilpasser det hele tiden de

1. - «Bevegelse fra hjertet»: miljøterapi, kontakt og kommunikasjon og kroppshukommelse. - Beboere: individuell tilrettelegging, tid alene, mestring, gode øyeblikk og effekt og virkning. - De ansatte: kurs og opplæring, syn på demens og bruk av metoden.

man jobber med.» (Prosjektleder)

Bakgrunn for prosjektet er at prosjektleder litt tilfeldig valgte eldre mennesker som sin målgruppe for en praksisperiode¹. De skulle da bruke metoden bevegelsesveiledning på en selvvalgt gruppe i samfunnet. Grunnen til at mennesker med demens ble den spesifikke gruppen i prosjektet er at denne gruppen eldre på sykehjem ofte er i bedre fysisk form i forhold til andre sykehjemsbeboere. De to prosjektlederne startet med ukentlige møter, som de kaller veiledninger, med faste sykehjemsbeboere uten spesiell kjennskap til demens som medisinsk diagnose og underveis har kunnskapen om diagnosen utviklet seg. Målet har hele tiden vært å bruke bevegelsesveiledning til å bedre hverdagen for enkeltmennesker, fokuset har aldri vært på demensdiagnosen.

Prosjektleder forklarer at navnet «Bevegelse fra hjertet» ble valgt fordi dette sier noe om at det handler om mer enn bare fysisk aktivitet og bevegelse, det er også ønsket om å formidle at mennesket har en emosjonell og psykisk side som man ønsker å kommunisere med. Gjennom å ha med «*hertet*» ønsker de å si noe om at det er noe ekte og ærlig de arbeider med.

«Det handler om hva det fysiske er, bevegelsen, samtidig den emosjonelle bevegelsen. At man kan ha fysisk og psykisk kommunikasjon, eller mental kommunikasjon.(...) Bevegelse, fysisk aktivitet er viktig for hjertet, samtidig så handler det om det å bli sett som et menneske.» (Prosjektleder)

Utgangspunktet for prosjektet var selve veiledningene som prosjektlederne hadde med deltagerne under praksisperioden i utdanningen. Fortsatt har prosjektlederne faste deltagere på veiledning hver uke. Flere av deltagerne har vært med siden prosjektet startet. En veiledning er bygd opp på en bestemt måte:

«Men det vi gjør er at vi deler en veiledning, som vi kaller det, i tre. Åpnefase, en prosessfase og en lukkefase. Så i åpnefasen så forbereder vi kropp og person på at noe skal skje.(...) Og prosessdelen, den er veldig personlig rettet, veldig individuelt. Hvis det er en person som er veldig glad i musikk, så jobber vi mye med musikk, kanskje litt bevegelse. Hvis en person har vært veldig aktiv og har vanskelig med å fortsette å være aktiv, så jobber man kanskje med fysiske øvelser.(...) Også har man den lukkedelen, som er som en avslutning, en avrundning.(...) Den lukkedelen gjør vi jo også for at vi har gjort mange fysiske øvelser, vi har sunget, vi har ledd, har gjort ganske mye. Vi har satt i gang mye. Vi gir mye stimuli. Og da tror vi også at det er viktig å roe ned og forebygge en eventuell uro. Å bare slapp helt av igjen, på samme måte som når man har trent, at man trener ned. For å unngå støl muskulatur.»(Prosjektleder)

Det som startet med å ha fokus på at prosjektlederne arbeidet med mennesker med demens har utviklet seg til at prosjektet har bli todelt.

1. Under bachelorutdanningen som bevegelsesveiledere ved Den Norske Ballethøyskole startet de å arbeide med mennesker med demens, og etter endt utdanning i 2007 fikk prosjektlederne muligheten til å videreutvikle arbeidet med mennesker med demens på sykehjem gjennom et samarbeid med Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo og «Bevegelse fra hjertet» er resultatet av dette.

«Vi har en bevissthet mot de ansatte med å skape kanskje andre holdninger. Men så er vi også rettet mot de som har demens, hvor vi ønsker å skap en god dag og gode øyeblikk. Å være med å gå litt i gangen eller korridoren, eller å være med å ta noen knebøy, selv om at det er mer fysioterapi, å ta knebøy, men å gjøre det for å skape en god følelse da.(...)Det er jo det hele visjonen er, at vi skal få en bevissthet om hva man sier, hva man gjør og hva ens egen person kan gjøre med det møtet med mennesker med demens. At man er forskjellige, at det ikke finnes noen fasit på det.»
(Prosjektleder)

Prosjektleder ønsker at metoden skal være et verktøy for kommunikasjon, et verktøy som kan brukes for å finne individuelle måter å skape kontakt med mennesker med demens med. Verktøyet man bruker til å tilnærme seg og skape kontakt med mennesker med demens kan være alt fra bevegelse og dans til musikk eller berøring. Noe av det som stadig kommer opp i intervjuet er at prosjektleder har stort fokus om å skape en bevissthet om hvordan man tilnærmer seg mennesker med demens. Man må finne andre måter å tilnærme seg et menneske på enn å bruke språk. Man kan lære seg hvordan man skaper kontakt når språket og forståelsen av verden sviker.

«At man er bevisst den tiden man bruker. Fordi man har tid, hvordan bruker man den tiden? Det er viktig. Og generelt det med tilnærming. Med tilnærming så mener jeg, hvordan jeg møter et annet menneske. På hvilken måte og med hvilke metoder. Hvordan jeg møter deg i forhold til hvordan jeg møter mammaen min for eksempel, eller møter en deltager i prosjektet. Jeg møter dere på forskjellige måter.» (Prosjektleder)

Prosjektet er i stadig utvikling og har de siste årene fokusert mer og mer på å undervise i bruk av metoden slik at flere kan benytte seg av den. Fem av de ni ansatte som er blitt intervjuet har deltatt på kurs i metoden. Et av hovedmålene fremover er å skape mer kunnskap om demens i samfunnet. De fokuserer på hvordan man tilnærmer seg mennesker med demens og ønsker at det skal bli mer fokus på enkeltindividene og ikke bare på diagnosen demens. Mine stadige spørsmål under intervjuene med prosjektleder omhandlet mange spørsmål om demens og menneskene rammet av denne sykdommen. Det ble for meg veldig tydelig at min forforståelse av at fokuset var på mennesker med demens ikke stemte helt overens med fokuset til prosjektet. Jeg fikk blant annet dette svaret fra prosjektleder:

«Nå er vi liksom tilbake med det med demens.(...) fordi det handler om mennesker, det handler ikke om demensen egentlig.»

Det som skiller denne metoden fra mange av de øvrige miljøterapeutiske tiltakene rettet mot mennesker med demens er at den arbeider en-til-en med beboerne, det er bare de to som er tilstede. Årsaken til at metoden brukes en-til-en er basert på erfaringer prosjektleder har gjort seg gjennom utviklingen av prosjektet.

«Men det jeg og merket var at vi hadde to stykker (beboere) som vi skulle ha samtidig, og vi kunne se at fordi om de var like, sånn fysisk, så var demensdiagnosen så forskjellig at vi måtte bare skille

dem og heller gå en-til-en. Så det er jo sånn det har utviklet seg til å bli et individuelt rettet tilbud og ikke et gruppetilbud da. Selv om de var bare to stykker, så opplevde vi at det var mer konstruktivt å skille de to.» (Prosjektleder)

Jeg valgte i intervjuene å spørre de ansatte direkte om de kunne fortelle meg hva «Bevegelse fra hjertet» var for dem. Jeg presiserte at de skulle tenke seg at jeg ikke visste noen ting om metoden for å få dem til å fortelle det så forklarende som mulig.

Det var veldig tydelig at alle de ansatte tenkte på veiledningene som prosjektleder har med beboere når de tenkte på «Bevegelse fra hjertet». Det var kun en av informantene, Hilde, som også forbandt prosjektet med opplæring av ansatte eller tanken om at de som ansatte selv var ment å bruke metoden. Jeg spurte prosjektleder hva hun tenkte om dette, og hun var ikke overrasket over at de ansatte opplevde at «Bevegelse fra hjertet» var veiledningene hennes med beboerne.

Noen av de ansattes beskrivelse av «Bevegelse fra hjertet»:

«Du møter en person med demenssykdom, kanskje veldig syk, som kanskje ikke klarer å fungere i en gruppe, som egentlig når du møter personen så ser du ingen ressurser i det hele tatt. Kanskje personen kan gå med følge, noen kanskje kan gå alene og gå hele dagen. Personen klarer ikke å aktivisere seg selv, klarer ikke å finne en meningsfylt aktivitet å gjøre alene. Så kommer det en prosjektleder og vil bli kjent med pasienten, finne ut hva slags ressurser og interesser den har, hva de liker og får god kontakt. Prosjektleder merker at den pasienten setter pris på kontakten også. De gjør en del bevegelser sammen. De finner fler og fler ressurser hos pasienten, for eksempel de ville ikke klart å gjøre de bevegelsene på egenhand, ja de får brukt ressursene sine, de får brukt kroppen sin, får brukt hodet sitt, også til å gjøre de øvelsene.» (Anita)

«Lytt på musikk og fremfor alt berøring da. Vi har i hvert fall en beboer hos oss som er med som er blind, som prosjektleder har vært sammen med i dette prosjektet. Og hun seier det fungerer utrolig bra. Hun har utrolig, har veldig respons, det hun gjør med henne da.» (Siv)

«Men jeg forsto sånn at det (Bevegelse fra hjertet) var. At det skulle hjelpe til å få beboeren til å være litt trygg på seg selv, og få gjøre litt bevegelser så man ikke stivne opp og at man kan roe en pasient også.» (Elin)

«Jeg tror nok jeg ville sagt at vi bruker bevegelse, etter musikk, og at jeg som pleier også er veldig aktiv, og prøver å få den andre til å bli aktiv. Og at grunnen til at vi bruker det er å nå fram til beboeren eller pasienten, brukeren. Nå fram og nå inn.» (Hilde)

Jeg spurte informantene hvorfor de opplever at metoden er god i bruk på mennesker med demens. Hilde opplever at mennesker med demens har et helt annet behov enn de som er «klare»¹.

«Det tror jeg kanskje er igjen det med tilstedeværelse og at det er veldig viktig med ro og at de er

1. Flere av informantene bruker betegnelsen «klare» på de beboerne som ikke har demens.

mere obs på både det nonverbale og at de trenger litt mere tid til å, at det å bevege seg sjøl er en god ting for dem da. Å gjøre det samme. Det er enkelt. Det er ikke noe farlig. Tror jeg. Det virker i alle fall sånn. Men jeg er ikke sikker på at det ikke ville virka også på klare.»

Berit opplever at metoden gir beboerne med demens en bedre hverdag. Det skaper trygghet at man har tid til dem.

«Å være nær dem, å ta på dem. Ro og fred, sitte sammen med dem, massere, stryke, prate. Det e jo sånne ting! Ro, trygghet, «Vi er her», «Vi skal hjelpe deg», «Her er du trygg», stemningen på avdelingen, alt sånt. Ikke mye støy og bråk og TV og sånn. Fred og ro! Hygge, masse sang, musikk, levende lys, god mat, ja det e trygghet. Gode holdninga blant personalet.»

Anita opplever at mennesker med demens har godt av metoden fordi de trenger det individuelle, trenger å ha et tilbud som er tilpasset hver enkelt ettersom alle er ulike selv om de har samme diagnose.

Miljøterapi

Miljøterapi dreier seg om å tilrettelegge pasientens omgivelser, med mål om å bedre pasientens selvfølelse og opplevelse av mestring. «Bevegelse fra hjertet» er et av mange miljøterapeutiske tiltak og metoden tilpasses individuelt til hver enkelt og tar utgangspunkt i de ressurser som deltagerne har. I intervjuene spurte jeg de ansatte hvordan de opplevde denne metoden i forhold til andre miljøterapeutiske tiltak. Hva er det som er spesielt med «Bevegelse fra hjertet»?

Prosjektleder opplever at de inkluderer mange andre miljøterapeutiske tiltak i sin metode: man finner element fra musikkterapi, taktil stimulering, berøring, massasje, dans, fysiske øvelser, sansestimulering, samtale osv. Men prosjektet har blant annet fokus på tilnærming som gjør at metoden skiller seg fra andre tiltak.

«Det handler om hele bevisstheten på møtene, de små møtene som man har i stell, under måltid, på stua. For min del er det viktig at man har den bevisstheten på at mennesket er der og da. At man ikke alltid har noe fremfor seg som man skal glede seg til.»(Prosjektleder)

Flere av informantene trekker frem det at «Bevegelse fra hjertet» har med seg elementer som er kjente fra andre metoder som noe positivt.

Berit opplever at metoden «rører ved noe» og at den favner mer enn mange andre metoder.

««Bevegelse fra hjertet» da har du jo musikken. Du har jo litt trimmen og du har jo at du blir tatt på, du har jo, du har hele pakka der. Det er mye bredere etter min mening.»

Grete har erfart at det er en styrke for metoden at de anvender elementer fra andre miljøterapeutiske tiltak. Dette har vært positivt for hennes del fordi hun har «*sett nytten av det selv*» i andre sammenhenger. Hun opplever også at det blir mer fokus på berøring og musikk i arbeidet med mennesker med demens, og at dette er viktig nettopp fordi hun opplever at disse metodene har positiv effekt på mennesker med demens.

Hilde trekker frem at bruken av elementer fra andre metoder gjør det mindre fremmed og dermed kan gjøre at det er enklere å få ansatte til å bruke metoden.

Bruken av elementer fra andre metoder gjør det vanskelig å forske på metoden og si noe om at denne metoden faktisk hjelper. Dette opplever Anita som litt negativt for metoden:

«Det er egentlig synd for metoden, for da vet du ikke hva det var som hjalp. Hele pakken hjelper, eller hjelper det uansett hva du gjør? Hjelper det bare å sitte å synge, det vet man ikke. Sånn ting kommer det til å bli forsket mer på i fremtiden. Hva hjelper mest på hvem?(...) De gikk jo og en del med pasientene sine, de gikk bedre når de var tryggere å roligere. Når de hadde fått bevegelsesveiledning først så gikk de ofte bedre etterpå.»

Videre beskriver prosjektleder prosjektet som individuelt rettet, det er mange av de andre metodene også, men her er fokuset på å integrere det som passer for den enkelte, ikke å bruke en bestemt metode.

«Det at det er de små øyeblikkene som er de viktigste for «Bevegelse fra hjertet». Å det handler om tilnærmingen til mennesket. Ikke å lage en stor konsert, men man skal gå fram å møte den som den personen man er.(...)Jeg tror at kunnskap om demens er viktig da. Og med det prøver vi å formidle hvordan man da kommuniserer, bruker samtale og berøring, massasje og musikk. Som for eksempel bare det å sette på musikk på stua og det å slå av TVen. Altså det er små ting da. Men det kan utgjøre så mye for en person som bare sitter der og ser på en stor skjerm og ikke forstår hva som går over den skjermen i det hele tatt. Så setter man på musikk, også har man kanskje masse minner til musikken, og det kan faktisk skape dialog eller kommunikasjon på stua, blant de som bor der. Jeg tenker det er ganske unikt hvis man kan klare å skape det. For ofte så er det veldig stillesittende. Man snakker kanskje ikke så mye med sidemannen. Man er mest for seg selv, selv om man er den del av et fellesskap.»(Prosjektleder)

I løpet av alle intervjuene kommer de ansatte med erfaringer fra ulike andre miljøterapeutiske tiltak. Det er tydelig at kjennskap til andre metoder gjør det lettere for de ansatte å forstå «Bevegelse fra hjertet» og hvorfor det er viktig å arbeide med miljøterapeutiske tiltak. Anita, Hilde og Grete, som er de tre ansatte som er knyttet til de to sykehjemmene som jeg opplever at har et tydelig fokus på miljøterapi og de er også de ansatte som gir mest inntrykk av å forstå behovet for miljøterapi. Hilde og Anita har ikke hatt opplæring i metoden, men de kjenner godt til metoden og uttaler seg i tråd med tanken til metoden om individuell tilnærming og nødvendigheten av å arbeide aktivt med å

stimulere mennesker med demens.

Av andre miljøterapeutiske tiltak som dukker opp i intervjuene er det musikkterapi og sittedans som nevnes oftest. Det er interessant å se på de andre metodene som nevnes, da jeg opplever at de ansatte bruker ulike metoder i arbeidet sitt, men ikke forbinder dette med at det er i tråd med tanken til «Bevegelse fra hjertet»: Å bruke det som passer best til hvert enkelt individ. Flere av informantene er også inne på at de opplever at miljøterapi kan brukes istedenfor medikamenter ved for eksempel uro eller istedenfor sovemedisin.

Elin nevner andre aktiviteter de har på avdelingen foruten «Bevegelse fra hjertet». Hun er opptatt av fysisk aktivitet, fordi dette er med på å opprettholde beboernes fysiske funksjon, samtidig som det aktiviserer avdelingen og gjør at hverdagen blir mindre passiv og stillesittende:

«For vi har jo aktiviteter her ellers og. Men da har vi sånn fysiske ting som å kaste ball, erteposer og sånne ting. Den er grei for da er dem oppe og beveger seg. Må liksom være fysisk.»

Fysioterapi er en kjent form for aktivisering på sykehjem i Norge og mange beboere på sykehjem har dårlig fysisk helse og trenger aktivitet og trening for å opprettholde sitt fysiske funksjonsnivå. Anita har vært med på gruppetrening for demente med fysioterapeut på sitt sykehjem.

«Trening for demente i grupper fungerer jo veldig veldig dårlig. Det har en bitte liten funksjon, og da er det mange ansatte som må være med og hjelpe de, og da går det helt supert, men da er det så og si 1-til-1. Du sparer jo tid på det og det blir et visst fellesskap kanskje. Men du får ikke en stor treningseffekt av litt da.»

Dina arbeider selv aktivt med erindring¹ på sin avdeling og hun har en egen erindringsgruppe for de beboerne som kan dra nytte av et slikt samtaletilbud:

«Jeg driver en erindringsgruppe her, hvor de er veldig aktive og veldig til å huske tilbake i tid. Hva de hadde på seg 17.mai etter frigjøringen, men hva dem hadde på seg 17.mai i vår, det vet dem ikke.»

Hilde liker at «Bevegelse fra hjertet» er en enkel metode å bruke, og hun trekker også frem at det er stadig mer bruk av berøring innenfor miljøterapeutiske tiltak. Hun ser verdien i dette da det krever lite ressurser av beboerne. Det kan brukes på de aller sykeste og svakeste beboerne uten at de opplever tap av mestring. Hun opplever også at mange av de andre metodene innen demensomsorgen krever mye ressurser, både av beboerne og av de ansatte.

1. Rokstad (2008) legger blant annet vekt på at det i slike reminisens grupper, eller minnegrupper, er viktig med respekt for den enkelte i gruppen, man må involvere alle og finne tema som passer for alle deltagere.

Siv, Anita og Grete har begge vært på kurs i metoden taktil stimulering². Siv forteller om en av sine beboere hvor hun daglig bruker massasje og taktil stimulering for å skape en god stemning for beboeren.

«Det her med taktil stimulering, At man kan stå bak dem og bare å stryke, det ser jeg på henne som inne på min gruppe som er blind. Veldig stiv og anspent og sånn. Og jeg tar henne på sengekanten, så står foran henne da, åsså stryker jeg over ryggen. Jeg kjenner hvordan hun bare slepper. (...) Åsså stryker jeg, kanskje fem minutter bare, på skuldrene og da liksom bare, slapper hun av. Da klarer hun å spenne av, det er utrolig altså. Så det har effekt altså. (...) Så det e klart at man skulle kanskje lære mer om det. Ikke bare i en sånn situasjon som jeg fortelta nu, ved uro for eksempel.»
(Siv)

Anita kjenner godt til taktil berøring og har vært på kurs i denne metoden.

«Det kan virke stimulerende hvis du gjør det på en litt annen måte, på de veldig apatiske, de som sitter og sover. Det er også en individuell metode, men hvis jeg skal velge mellom de metodene ville jeg valgt «Bevegelse fra hjertet», fordi den er aktivt, pasienten deltar sjøl, mens den berøringsmetoden, der er jo pasienten mer passiv.»

Hilde forteller at de deltagere hun kjenner som er med i prosjektet ikke kan dra nytte av de andre miljøterapeutiske tiltak som tilbys til mennesker med demens på avdelingen.

«Disse som jeg nå har snakka om, som er med på «Bevegelse fra hjertet», de hadde ikke greid sittedansen. Det hadde enten blitt for slitsomt psykisk, eller fysisk.»

Sittedans blir nevnt som metode av alle informantene, og det er tydelig at denne metoden er godt kjent på sykehjemmene hvor «Bevegelse fra hjertet» foregår. Siv forteller om sittedans at det er et fint samspill mellom beboere og ansatte, og at beboerne tydelig liker å bevege seg til musikken. Denne metoden opplever hun (i motsetning til Hilde i sitatet over) også som fin fordi alle kan få det til. Man holder bare i Danselars så følger man bevegelsene til de andre i ringen. På denne måten slipper beboerne å føle tap av mestring.

Når Berit arbeider med sittedans så bruker hun dette til en anledning for «å vekke kroppen til liv»:

«(om sittedans)Av og til så gjør vi så mye at de ska få lov å kjenne hjertet sitt slå. (...) De ska bli svett, og men det skal være så enkelt at de fikse det. Det va ei som sa til meg « Åh det e så deilig at eg kjenne hjertet mitt slå». Det syns eg va så morsomt! Det syns eg var så fint. Så no prøve vi det. Eg sier det « No skal vi kjenne hjertet, få hjertet til å slå». Å bli litt svett. Ikke sant, vekke kroppen.»

Sansehager er også en metode som er godt kjent blant informantene.

«Vi har ikke noen voldsom sansehage. Men vi bruker jo det vi har. Og det har heller ikke vært noe sånn heldig for det hun er veldig urolig. For hun veldig urolige hun gikk ut og så på blomstene, hun

2. Taktil berøring er en form for myk og bevisst massasje som er økende i bruk innen demensomsorgen, ettersom mange mennesker med demens på institusjon har begrenset tilgang på kroppskontakt og behovet for berøring og menneskelig kontakt er nedfelt i oss alle (Rokstad 2008).

syns det var godt. Men det krever liksom litt mere ressurser da. Fra alle parter liksom.(...) Men jeg liker alt som er enkelt, som du kan ta med inn i hverdagen som ingen blir redd av. Og det er sånn «Bevegelse fra hjertet er.»(Hilde)

På sykehjemmet til Frida har de en liten hage og en balkong som de bruker som sansehage samt at de de laget et alternativ for sine beboere for kompensere for mangel på uteområder.

«Vi har ikke sansehage men vi har fine samlinger.(...) Da lager vi sansebord. I høst for eksempel og i sommer. Epler og(...) pepperkake og blader og kastanjer og.(...) Det spør litt på tema, da er det litt sånn sansing. Men vi skulle gjerne hatt en liten sansehage. Vi har jo terrassen her ute. Men vi har jo eplehage, med epler og pærer åsså er det noe mer. Åsså har vi lavendel en plass.(...) Prøver å plante planter og blomster som man kjenner til.»

På sykehjemmet hvor Anita jobber har de stort fokus på miljøterapi og ulike tiltak for mennesker med demens. De har mange prosjekt gående for å finne ulike måter å stimulere ulike pasienter på. Dette sykehjemmet er også flinke til å benytte ny teknologi i arbeidet med mennesker med demens.

«Vi har fått masse penger til å drive med You-Tube til demente. Som stimuleringsmetode da. Filmer; Frank Sinatra, det har de kjørt skolearrangement med og også en-til-en. Så kan vi vise dem en snutt fra You-Tube åsså kan det vekke et minne om noe annet. Enten Leif Juster eller. Vekke følelser. Det er kjempegøy.(...) Morsomt å prøve å tenke nytt.»

Bruk av musikk som miljøterapi er kanskje den mest kjente metoden i Norge. Det er også den metoden det er forsket mest på i bruk hos mennesker med demens. Grete bruker mye musikk når hun er sammen med sine beboere. Hun opplever at musikk har best effekt på beboerne når det er musikk de kjenner fra før.

«Åsså det at dem hører igjen, det som er viktig er jo å få tilpassa musikken som dem er gla i. Det er jo viktig med musikk preferanse, å få tak i, å vite hva dem har likt av type musikk. Så det er liksom det første du må gjøre, så sette på den musikken.(...)Så kan dem begynne å synge med og liksom ser dem smiler og slapper av. Så kan man liksom føre litt, prøve å danse.»

På sykehjemmet hvor Siv arbeider har de deltatt i et prosjekt i regi av Audun Myskja. Dette prosjektet gikk ut på «å bruke musikk istedenfor tabletter» og tilbakemeldingene til de ansatte etter dette prosjektet var at musikk hadde god effekt på mennesker med demens.

Berit bruker mye musikk i sitt arbeid, både med mennesker med demens og beboere som er «klare».

««Det er det med musikken». Det kan ho si en halvtime etter at de er ferdige, den musikken den er inni meg ennå. Så sitter ho sånn (vugger til side og side og holder rundt seg selv). Og ho er klar. Men stort sett så har det en kjempe effekt på alle.»

Prosjektleder trekker frem at det brukes mye medisiner for å berolige urolige pasienter. Hun har fått

tilbakemeldinger fra pleiere som bruker for eksempel lavendellys, massasje og berøring istedenfor medisin og har opplevd god effekt av dette hos sine beboere.

«Det å bruke miljøterapeutiske tiltak i situasjoner der man kanskje enkelt bruker medisiner. At man kan bruke berøring, massasje, musikk, enkle bevegelser, sånn at man får noen sånne verktøy da, som man kan bruke i forskjellige situasjoner, som man kan prøve ut. I stedet for alltid å gi medisin. Kan man gjennom å ha en aktivitetssekvens i løpet av dagen, kort ned på søvnperioder i løpet av dagen, slik at søvnperiodene i løpet av natta, eller altså søvnen og blir bedre?»

Elin har tro på at det kan fungere å prøve miljøterapeutiske tiltak for «de det fungerer på» istedenfor medisiner ved uro. På hennes avdeling er det mange urolige beboere, og de bruker mye tid på å roe ned beboere.

«For jeg veit jo det når vi har urolige at de da, må rett og slett sleppe alt du har i henda fordi vi må sette oss ned med de som blir urolig eller være med inn på rommet og snakke med dem. Å da veit du at du roer dem. Men en vet også at dette er noe hjelper kanskje en halvtime en time. Så kan de bli urolige igjen, men da har vi væffal prøvd ting før du går videre med, at du kanskje går videre med å gi medisiner. Jeg tror vi har blitt ganske flinke på det på min avdeling. Vi har veldig mange urolige. At isteden for å tenke på at det er ryddig så går vi heller og roer ned. Så det funker sånn syns jeg. Det er ikke så farlig åssen det ser ut, da er vi bare to, i stedet roer personen.»

Grete er godt vant til å bruke miljøterapi istedenfor medisin. Hun ser på dette som en naturlig del av jobben med mennesker med demens.

«Du må liksom være detektiv på en måte, å finne ut hva den har behov for, hva funker best, og prøve ut forskjellig for å finne ut hva som er årsaken til uroen og hva som kan dempe den. Ikke bare gi en pille med engang liksom, det blir for lettvent.(...) Vi hadde jo en beboer som alltid gikk med walkman, som var veldig urolig, men klassisk musikk likte han da. Så da var det på med walkman og skrudde på, og da var han rolig på kvelden. Det var sånn, etter at han hadde lagt seg, istedenfor å gi sovemedisin, så prøvde vi det i stedet. Så det hadde effekt.»

Siv og Frida opplever at deres selskap og den tryggheten beboerne ofte føler når de tar seg tid til å være sammen med beboeren en-til-en fungerer bedre enn beroligende medisiner. Men de poengterer at det ofte i en travel hverdag, spesielt med lite bemanning på kveld, er vanskelig å ha tid til å være sammen med beboerne en-til-en og at det derfor ofte blir medisiner som blir løsningen på uro.

Kontakt og kommunikasjon

Ofte kan vi forbinde kommunikasjon med språk, gjerne ord og verbal tale. «Bevegelse fra hjertet» er en form for tilrettelagt kommunikasjon, som ikke alltid kan uttrykkes muntlig og er en metode som kan brukes til å tilnærme seg mennesker med demens. Alle informantene tar opp at de opplever en spesiell kontakt mellom prosjektleder og deltagere i prosjektet. Prosjektlederne har valgt å bruke video som en måte og formidle metoden på da de ønsker å gi et visuelt bilde av hvordan man kan

skape kommunikasjon uten språk.

Prosjektleder forteller om en deltager i prosjektet som ikke har språk. Her er hun også inne på at god kommunikasjon gir gode øyeblikk.

«Blant annet har jeg en deltager som ikke har noe språk. Det er bare lyd og grimaser, det er den andre prosjektleder som jobber med henne da. Å når jeg ser de to sammen, så opplever jeg bare at de har så mye god kommunikasjon sammen uten at et eneste ord er sagt. Å det er gode øyeblikk syns jeg. Når de har fått formidlet seg selv. At de har sagt noe, selv om de kanskje ikke har et språk da.»

Anita opplever at «Bevegelse fra hjertet» skiller seg fra andre miljøterapeutiske tiltak ved at det handler med om kommunikasjon:

«Bevegelse fra hjertet» syns jeg er mye mere kommunikasjon. Mens den sittedansen er mer et sosialt fellesskap At det er det viktigste der. Det er mere at man gjør noe sammen mens «Bevegelse fra hjertet» virkelig er 1-til-1 kommunikasjon. veldig god kommunikasjon. Det er det jeg syns er så bra med det tiltaket.(...) Den kontakten med pasienten. Det får du aldri med sittedansen på den måten.»

Hilde sier om «Bevegelse fra hjertet» at metoden for henne handler om «å nå frem, å nå inn» til mennesker med demens. At det er en «ærlig måte å kommunisere på med og uten ord». At man istedenfor å snakke bruker bevegelser, musikk og seg selv aktivt for å få med den andre i kommunikasjonen.

Grete har brukt lignende verktøy før hun fikk opplæring i metoden og har prøvd ut ulike ting på beboere hun er primærkontakt til. Hun opplever at metoden hjelper henne å «kommunisere med beboerne i stedet» og på denne måten får dem til å slappe av og gjøre stedet til en bedre opplevelse.

«Jeg har prøvd på de jeg hadde før det prosjektet («Bevegelse fra hjertet») kom i gang, og da hadde jeg to primær (pasienter) som jeg brukte det på alt i daglig stell.(...)Så hadde veldig god effekt av. Det var både bevegelser i seng og musikk i tillegg. Og den andre var det bare musikk (...) som var veldig effektivt.»

Dersom man skal ha god kommunikasjon med et annet menneske trenger man å få respons, å være i dialog, noe som involverer begge parter. Den kontakten informantene forteller om opplever jeg at kan tolkes som at man oppnår respons gjennom metoden og at å oppnå kontakt og få respons er viktig for å kunne bruke metoden. Hos deltagerne som ikke gir respons, som man ikke får kontakt med, avslutter man veiledningen. Prosjektleder sier om kontakt og respons at:

«Hvis deltageren ikke responderer på det, så prøver jeg kanskje en gang til, med forskjellige ting. Prøver ut alle metoder, og hvis de ikke responderer på noen ting, så avslutter jeg veiledningen. Det har skjedd noen ganger, og ofte så er det fordi personen har gitt opp, ikke vil noen ting. Eller så er

det fordi man ikke får noen kontakt. At personene bare sitter der, med armene ned, og ser en annen vei.»

Både Frida og Siv poengterer at det nettopp er denne kontakten mange av beboerne med demens trenger. De opplever også at det er lettere å skape kontakt med beboeren når man er en-til-en. Når Frida tenker på prosjektet tenker hun på kontakten mellom prosjektleder og beboer.

«(Prosjektleder)Får dem til å åpne seg, åsså en som jeg har sett har vært veldig forknytt.(...) Åsså når de er sammen så, som hun åpner seg. Hun puster litt bedre, åsså kan hun smile.»

Dina forteller at hun opplever kontakten mellom prosjektleder og beboer som et fint samspill, et samspill *«med glede for beboeren»*.

Cathrine har brukt metoden selv med sin primærbeboer på avdelingen. Hun opplever også kontakten som viktig forutsetning for å kunne bruke metoden. Hennes primærbeboer har mye indre uro som gjør at man enkelte ganger ikke *«når inn»* og klarer å skape kontakt.

«Hvis jeg ikke får kontakten så slutter jeg med en gang.»

På grunn av hennes uro, som spesielt er tydelig på kveldene, er det vanskelig å skape kontakt med primærbeboeren til Cathrine på kvelden. Hun opplever også at det at man er en-til-en gjør det lettere å få kontakt slik som Frida og Siv har erfart. Hun opplever også det å trekke seg bort fra avdelingen gjør det lettere å oppnå denne kontakten, da forstyrrende faktorer på avdelingen kan skape uro som gjør kontakten vanskelig. Dagsformen til hennes primærbeboer varierer mye og det er vanskelig å vite når hun er mottagelig for å prøve metoden. Men det er viktig å fortsette å prøve, for når man *«når inn til henne»* og klare å opprette kontakten responderer hun med latter og hun *«lyser opp»*.

Grete forsøker å forklare hva hun mener med å oppnå kontakt med et menneske med demens. Hun er inne på at man må ha erfaring med mennesker med demens for å klare å forstå at man har opprettet kontakt eller nådd inn til et menneske med demens. Hun vektlegger at man må være var kroppsspråket til beboerne og at kroppsspråk er en viktig del av vår kommunikasjon.

«Oppnå øyekontakt og tillit, det merker du jo fort, om beboeren har tillit til deg eller er reservert og vil vekk, og at du kan slappe av. Det er jo den kontakten. At du kanskje ikke får øyekontakt, men at du får en type annen kontakt. Du må liksom ha jobba litt først. For å klare å skjønne at du får den kontakten. Det har med erfaring å gjøre. Så jeg merker veldig fort det, det er veldig viktig for tilliten.(...) Hvis du ikke får noen respons tilbake, hverken no sang eller smil eller noe, så er det kanskje ikke noen vits å gjøre det. Da er det å prøve noe nytt eller noe anna.(...) På en eller annen måte skal du merke det, enten en bevegelse eller at dem slapper av. Bli ansent, da er det kanskje ikke så lurt å gjøre det i dag. Så kan du begynne med berøring, og kjenner beboeren blir litt stram, så da er det kanskje ikke noen vits. Syns det er ekkelt uten at dem klarer å uttrykke det. Det er

masse sånn kroppsspråk du må følge med, når dem ikke har noe sånn særlig språk. Å være veldig obs på det når man skal kartlegge ting. At du finner den rette måten.»

Anita forbinder kontakt med å være på bølgelengde, at du oppfatter at pasienten skjønner hva du vil. Hun opplever også at man trenger erfaring og må kjenne pasienten for å skape kontakt og at det er vanskelig å lære bort eller forklare denne typen kontakt. Det må erfares.

«Noen får man jo ikke kontakt med, man kommer ingen vei.(...) Man kan ikke lære det på kurs, man må oppleve det.(...) Noen pasienter får jeg fortsatt ikke kontakt med, men det kan en annen pleier som er her gjøre. Men det å lære å kjenne pasienten. Man må være veldig sånn følsom. Det som fungerer i dag fungerer kanskje ikke i mårra.»

Hun forteller at en av hennes første tanker om prosjektet var den gode kontakten hun opplevde prosjektleder hadde med beboeren. Slik jeg opplever hennes utsagn trekker hun linjer mellom metodens fokus på individuell tilnærming og holdninger til mennesker med demens generelt og den gode kontakten prosjektleder klarer å skape med deltagere i prosjektet. Anita legger også vekt på at det er viktig å tenke på aldersgruppen beboerne er når man skal gå frem og skape kontakt. De er fra en annen generasjon enn pleierne, samt at mange av dem er institusjonaliserte.

«Den aldersgruppa er jo veldig veloppdragne og veldig høflige, hvis man får god kontakt, så når noen kommer inn med et kjempestort smil som bare vil de vel så blir de med på mer ting enn de ville ellers. Å de kan si ja til ting som, eller gjøre ting da, gjøre bevegelsan, gjøre veiledninga for å glede(...) Men det vet man aldri. Men det gjelder jo ikke bare demente, det gjelder jo også generelt andre mennesker. Men generelt eldre er jo veldig høflige og ordentlige så, andre menneska, også yngre kan også være veldig veloppdragne og vennlige. Å glede andre å gjøre andre til lags, å være flink pike å gjøre som man får beskjed om. Det kan jo også være et tegn på at du er litt institusjonalisert.»

Informantene gir uttrykk for at man må arbeide med å oppnå kontakt og respons hos mennesker med demens og at man for å få til denne kontakten og responsen må prøve seg litt frem. Kontakten og responsen er kommunikasjon med beboerne, med eller uten tale.

Kroppshukommelse

Prosjektleder skriver:

«Den kognitive hukommelsen svikter når man får demens og derfor fokuserer vi på kroppens hukommelse. Med kroppens hukommelse menes det som er blitt automatisert i kroppen. Som at når vi først har lært å sykle så glemmer man det aldri.»(Høgaas og Skjønberg 2009)

Alle informantene er spurt direkte om de har noen erfaringer med at kroppen husker ting, selv om personen kognitivt ikke husker det. Mange av eksemplene som kommer frem i intervjuene er knyttet til sittedansen. De ansatte opplever at kroppen kan huske bevegelser som gjentas, at opplevelser og stemning setter seg i kroppen og kan vare etter at følelsen har oppstått, selv om man

ikke kan huske det. De opplever også at mennesker med demens kan lære nye ting, kroppen deres kan tilegne seg nye bevegelsesmønstre for eksempel. Det er flere som legger vekt på at det kreves tilrettelegging og gjentakelse dersom mennesker med demens skal kunne lære nye ting, men de opplever det som mulig.

«Vi tror at opplevelser mennesker har lagres i kroppen og at vi kan nå frem til denne hukommelsen gjennom dans, bevegelse, berøring og massasje. Vi opplever denne kroppslige hukommelsen hos deltagerne ved at de blant annet husker bevegelsene vi gjør sammen.»(Introduksjonsheftet)

Jeg velger å dele kroppshukommelse inn i to deler. Den første er at kroppen husker stemning og gode øyeblikk. Den andre er den hukommelsen av fysiske bevegelser kroppen lagrer og automatiserer. Den første delen er ikke like direkte uttrykt blant informantene som den siste, men jeg ser tydelig at flere av informantene har utsagn knyttet til gode opplevelser som varer, og at beboeren ikke husker hvorfor man har det godt. Kroppen husker at det har hendt noe godt, men man kan ikke huske hva det var. Dette gjelder også ved negative følelser og hendelser.

Følelsene sitter i kroppen

Om følelser forteller prosjektleder at følelser kan sitte i kroppen over tid. Her er hun tydelig på at man ikke bare skal fokusere på de gode følelsene man skaper, men også på de dårlige følelsene man kan skape hos et menneske med demens. Alle følelser kan bli sittende i kroppen. Negative følelser som mennesker med demens opplever, for eksempel det å ikke mestre, tap og mindreverdighet, vil også kunne sette seg i kroppen selv om man ikke husker hvorfor man har en negativ følelse.

«Det å kunne skape en god følelse så kan man, så er det varierende hvor lenge den gode følelsen sitter i kroppen, men så kan man også skape en dårlig følelse. Og den sitter i kroppen også! Det og plante en god følelse, i løpet av hele dagen, for mennesker med demens på en måte skape en følelse av verdi og mestring.»(Prosjektleder)

Hilde opplever at «Bevegelse fra hjertet» er en av flere ting som kan gjøre godt i øyeblikket. Hun er også opptatt av at det er viktig å være bevisst de negative følelsene man skaper hos mennesker med demens. De «*legger seg også i kroppen*». Hun har også tro på at man gjennom å bruke kroppen kan hente frem minner og hukommelse som har gått tapt.

«Åsså virker det også på de vi har sett, at det er noe som legger seg i kroppen holdt jeg på å si. Og at det er det som gjør at de får, at de har glede av det seinere da. Den første ikke sant, vi så det på ansiktet. Og også hun som var veldig urolig, var i alle fall noen ganger roligere. Og det er jo kanskje noe med at de husker kanskje ikke hvis at jeg har lovt noe. Så husker de da ikke om ti minutter at jeg har lovt det. Det er ikke sikkert at de kan, men kroppen tror jeg at hvis jeg gjør det stadig, så tror jeg nok at hvis de ser mitt ansikt så tenker de, hun der var ikke noe særlig. Altså det tror jeg. Og da er det kanskje når de bruker kroppen mer at de husker mer, jeg vet ikke.»

Cathrine, Frida og Siv opplever også at følelsene av å ha hatt det godt kan vare utover dagen for mennesker med demens, at det «*henger i*» utover øyeblikket. For Cathrines primærbeboer kan en god opplevelse vare utover selve øyeblikket.

Anita har også hatt opplevelser av at man kan påvirke beboerne på godt og vondt over tid. Hun har opplevd at dårlig kommunikasjon og lite oppmerksomhet kan skape uro, og at når uroen først oppstår så kan den vare lenge. Hun forteller også at nattevaktene kan merke hvordan beboerne har hatt det på dagen. Selv om beboerne ikke husker hva som har skjedd i løpet av dagen kan nattevakten merke om det har vært noe positivt eller noe negativt.

«Nattevakten var veldig fornøyd når pasientene har hatt en veldig god dag, det merker man på natten.(...)De husker ikke hva som har skjedd, men husker at det har skjedd noe.»

Grete opplever at noe av meningen med «Bevegelse fra hjertet» er at det man gjør skal ha «*positiv ettervirkning*» på beboeren, at det skal også merkes etterpå at man har «*gitt dem*» en god opplevelse. Hun bruker bevisst massasje og berøring i morgenstell hos en av de hun er primærkontakt til. Hun opplever at hvordan man starter dagen har mye å si, og det har positiv virkning på hvordan dagen til beboeren blir når hun får ekstra oppmerksomhet på morgenen.

«Å det merkes jo da på beboeren utover dagen. Væffal hvis den ene av dem som jeg bruker litt sånn berøring på, da går det så bra resten av dagen ofte. Du merker at da har du en god start på dagen. Hvis du får den roa og litt sånn massasje og, ja, litt sånn, så er det en veldig god start på dagen. Da får du en bra dag.»

Hos andre av Gretes beboere er det ikke alltid at opplevelsene beboerne erfarer sitter i kroppen, også dette er individuelt. Når hun ikke har mulighet til å drive aktivt med miljøterapi istedenfor å bruke medisiner forsøker hun å skjerme beboere fra uro i avdelingen. Dette opplever hun også at kan ha effekt.

Prosjektleder opplever at kroppen husker når de arbeider med «åpningsfasen» i veiledningene. Da er det de samme øvelsene som går igjen hver gang.

« Med de fleste så bruker vi en oppvarmingsøvelse som er den samme hver gang. Det er for å kunne dokumentere det med kroppens hukommelse. Faktisk så husker personene, eller deltagerne øvelsene fra gang til gang. Ofte med at vi ser på hverandre og de kan begynne øvelsen eller fortsette. Så tenker jeg at de husker ikke meg når jeg kommer, de husker ikke situasjonene, eller husker ikke meg, og vet ikke hvem jeg er. Så kommer vi opp til rommet, så husker de kanskje rommet, så husker de hvor de skal sette seg ned, de setter seg på samme stol de alltid sitter på og begynner å bevege seg. Så da tenker jeg at det er noe som sitter i kroppen. Kroppen kan huske det, huske det når det kognitive sviker.»

Når det gjelder erfaringer av at mennesker med demens kan huske ting har Anita flere eksempler på

det. Hun har vært med på å gi beboere individuelt tilrettelagt styrketrening en-til-en.

«De huska ikke treninga fra gang til gang, men du skulle øke belastning fra gang til gang. Øvelsan, kroppen huska øvelsene. De husker fra ikke gang til gang at de noen sinne har gjort disse øvelsene før. Men husket for eksempel den knebøyøvelsen, opp og ned. Etter en knebøy: «Åja, sånn var det» åsså huska hun det.»

På spørsmål om Anita vet noe om kroppens hukommelse forteller hun om opplevelser hun har hatt med beboere og sittedans.

«Jeg vet ikke så mye om det, men jeg har sett det her og har blitt veldig overraska. For eksempel når vi driver med sittedans. En gang i uka har de fleste vært på det, som har vært med og de hver gang de kommer å spør har du lyst til å være med på sittedans, har du lyst til å være med på noe hyggelig. ”Nei, det har jeg aldri hørt om”. Det er nytt hver gang. Når man setter på plata med musikk. Å vi setter i gang, så kan de alt. Kan alle melodiene, alle bevegelsene. Alt det sitter der. Man blir helt utrolig overraska. Og der også ser man folk som ikke kan spise sjøl og ikke kan kle på seg selv, men de klarer å danse, de klarer huske alle bevegelsene. Veldig alvorlig demente som synger med. Som ikke kan snakke, men kan synge..»

Dina har også opplevelser med mennesker med demens som kan ting de ikke selv vet hva er, og ikke vet at de kan. Hun opplever at fysisk kunnskap lagrer seg i kroppen og kommer fram igjen hos mennesker med demens gjennom riktig stimuli:

«Hvis at du tar en dement ut i bassenget her for eksempel som kan svømme fra før av, så svømmer jo han.(...) Så det har vi jo opplevd. Å de fleste her hos oss veit vel hva å danse er. Å som du sier skjønner det når musikken kommer på. At det er innøvd i kroppen.»

Grete har flere opplevelser med at kunnskap sitter ubevisst i kroppen hos beboere. Spesielt har hun erfart dette i forhold til sanger. Gjennom å stimulere beboere med kjente sanger kan man «hente frem» kunnskap som er glemt men som har vært der tidligere. Hun har også erfart at beboere «kommer tilbake» og har klare øyeblikk når de finner frem kunnskap som har vært glemt, sånn som kjente sanger.

«Det merker man jo særlig i forhold til sanger, gamle sanger, det kommer igjen. Så det prøver vi. Det kan liksom brukes i stellsituasjon for å roe henne når ho er veldig urolig er å synge med a. De sangene som hun sang før, så er a veldig opptatt av det, så går stellet mye bedre.(...) Sånn er et med sang, når vi skal synge og sånn. Da husker de. Hvis du sier sangen så nei, åsså setter du på og begynner å synge så, da kommer det. Sånn som vi har ei som har helt demens, hu husker jo, har ikke korttidsminne heller lenger. Men da setter vi på sanger, synger sanger. Starter å synge, så komme hu etter. Det er både på engelsk og norsk. Da synger a lissom hele sangen. Da kommer a tilbake.»

Prosjektleder kan gi både eksempel på at deltagere i prosjektet kan huske dem igjen og at man gjennom å se individet og hver enkelts behov kan hente frem kunnskap som har vært glemt lenge. For eksempel en dame som begynte å snakke, og som begynte å spise maten sin selv igjen etter en lengre periode med «Bevegelse fra hjertet». Prosjektleder fikk tilbakemelding om at det eneste i

hverdagen til denne beboeren som var endret var at hun var med i prosjektet.

«Når vi gjentar noe, flere ganger, to ganger i uka, så automatiseres det i kroppen. Så hvis vi gjør de samme bevegelsene med arma, hver gang, så automatiseres det i kroppen.(...) Det var ei dame med langtkommen demens som akkurat begynte å fortelle meg hvor jeg skulle gå. Ikke med ord, men at hun tok meg med fysisk.(...) Å da hadde hun gått den ruten så mange ganger, i kanskje et halvt år da, to gang i uka.(...)At det ble automatisert i hennes kropp at når vi gikk sammen, så gikk vi den ruten.(...)Jeg hadde en person som nesten ikke noe språk. Hun hadde lite bevegelse, hun satt i rullestol. Første gang jeg var sammen med henne så hun veldig skeptisk ut, og etter hvert så begynte hun å smile og si «Hei» til meg når jeg kom. Og jeg tenker at da har jeg lagt igjen et godt, et positivt bilde av meg.(...)Hun hadde ikke noe språk, hun beveget seg nesten ikke, og hadde masse kontrakturer¹. Hun satt og holdt hendene i kors hele tiden, og når jeg prøvde og løft handene hennes, så holdt hun seg fast i skjorten, eller i genseren eller i hva det skulle være. Veldig angstfylt i ansiktet. Og det jeg gjorde med henne var egentlig kun lett berøring.(...) Og etter hvert så fikk jeg lov å løfte armen hennes, fikk jeg lov å løfte beinet hennes. Hun tittet seg rundt, hun sa «Hei» når jeg kom. Hun begynte å si «Ja» og «Nei». Pleiepersonalet fortalte at hun spiste på egenhånd, og det hadde hun ikke gjort på veldig veldig lenge. Å jeg tenker at det er en kroppslig, en tillit og en god følelse blir plantet i hennes kropp, når jeg kom sammen med henne, så visst hun at hun kunne slappe av. At hun kunne være seg selv. Det kan være en form for kroppslig hukommelse.»

Eksemplene som blir gitt viser at informantene opplever det prosjektleder ønsker å oppnå med metoden, at kroppen kan huske selv om beboeren ikke kognitivt forstår det.

Lære nye ting gjennom kroppen

En annen historie som blir fortalt av prosjektleder er om en dame som ikke kunne gjøre øvelsene selv, hvor prosjektleder holder hendene og «fører» bevegelsene for deltageren når de gjør øvelsene i «åpnefasen» av veiledningen. Etter en lang periode med å utføre øvelsene på denne måten opplevde prosjektleder at deltageren slapp hendene hennes og begynte å bevege seg på egenhånd.

Prosjektleder forklarer at hun opplevde at beboeren var blitt trygg på situasjonen og bevegelsene, og kunne dermed bevege seg på egenhånd. Kroppen hennes hadde husket hvordan man gjorde dette.

«Så slapp jeg hendene hennes, før holdt jeg alltid hendene hennes, så slapp jeg hendene hennes åsså fortsatte hun å bevege seg, uten meg. Hun beveger seg aldri uten noen støtte fra noen. Uten meg, og strakte seg opp å gjorde alle de tingene vi pleide å gjøre sammen. Så jeg var veldig imponert, for hun kunne det.»

Anita forteller også at mennesker med demens kan lære nye ting, selv om hun har lært av fagfolk at de ikke kan det. Hun opplever også at mens sykdommen utvikler seg så kan nye ferdighet hos beboerne forsvinne igjen.

«Jeg opplever at demente kan lære nye ting selv om, på evaluering og foredrag og sånn sier at de ikke kan det. Men de lærer; de kan lære med kroppen, og i sittedans for eksempel så har de lært

1. Kontrakturer er at man har innskrenket bevegelse i ledd (Store Norske Leksikon). Mange eldre har dette for eksempel i albue eller kneledd pga immobilitet eller forandringer i leddet eller i området rundt leddet. Det er veldig smertefullt når leddene «tvinges» til bevegelser som for eksempel ved påkledning.

bevegelsene. De husker ikke at de kan det, men setter i gang med første bevegelsen så kan de resten av plata altså, så kan de alle bevegelsa, vi har forskjellige bevegelser for hver dans. Vi gjør den første bevegelsen til en melodi, så vet de resten. De kan lære å finne rommet(sitt). Det kan ta et halvt år før de skjønner.»

Berit synger ofte med de demente beboerne sine, hun forteller at hun opplever at de kan finne igjen gamle sanger og synge med, bare man startet opp sammen med dem. De kan synge fordi om de ikke kan prate. Hun holder også på med sittedans og da blander hun de som har demens sammen med de som er klare i sine grupper. Hun opplever at mennesker med demens også kan lære bevegelsene, og at dansen går bedre for hver gang.

«For i sittedansen har vi tre danser, altså tre bevegelser, som vi gjør hver eneste gang. Å det går mye enklere nå, med de demente og. Jeg ser det. At de kjenner det igjen. De husker det ikkje. Ofte så husker de ikkje det tauget (Danselars) engang som jeg kommer med. «Å dette har vi ikke vært med på før.» «Jaja, dette blir spennende». Åsså ser eg at dem husker det. Det e jo alltid stas holdt jeg på å si. Å fikse noen som dæm ikkje har tru på, de blir nesten litt overraska. Sjø!»

Grete erfarer også i sin jobb at mennesker med demens kan lære nye ting. For at dette skal gå må man repetere og bruke lang tid. Her ser hun at det er viktig at personalet på avdelingene er samkjørte og følger opp de tiltakene som er satt i gang. Kunnskap og ferdigheter som har blitt borte i løpet av årene med sykdommen kan læres på nytt igjen, dersom alle følger de samme rutine med en beboer.

«Når du er dement så kan du faktisk lære nye ting. Da er det viktig for personalet da, at alle gjør det samme, hver dag. I et system som beboeren klarer å følge. Å det har jeg også beskrevet ganske strengt hos hun jeg har som primær på, å driver med massasje på.(...) Hvis alle gjør det samma, så klarer faktisk hun å gjøre veldig veldig mye. Det med kommunikasjon og veiledning og sånn, så kan beboeren klare veldig mye. Hvis de får det tilrettelagt på sin måte. Så hu skjønner hva som skal gjøres da. Så det er også viktig å prøve at en kan klare det, mestre det lille som er igjen ved å trene opp litte grann, sånne små ting som å klare å stelle seg oventil, å holde og lære den rytmen der og det åsså klare å smøre maten, hvis det blir tilrettelagt riktig hver dag, det er jo det som er viktig. Blir satt i skikkelig system, at alle gjør det samme. Så kan man lære, ja ikke nye ting, men det er jo ting som hun IKKE klarte når hun kom hit. Som du kan prøve å få dem til å lære igjen på en måte.»

Elin har også vært med på å oppleve at man kan lære mennesker med demens nye ting og hjelpe dem å finne tilbake til ferdigheter, som å spise selv, som har vært borte i flere år. Hennes erfaring er at det er kroppen som husker det, for hun opplever tydelig at ikke beboeren husker eller forstår hva hun holder på med. Man kan lære kroppen til å finne frem ferdigheter som har vært tapt på grunn av demens.

«Vi hadde ei som, sluttet å spise selv. Så vi måtte bynne å gi henne.(...) Så begynte vi å legge ting til for henne, legge brødskiva i handa og sånn, åsså begynte a å spise sjøl.(...) Kroppen huska det, men vi så jo det, på blikket hennes at ikke hun. «Nå må du spise» (sa pleieren), «Ja» sa a bare. Åsså skjedde det ingenting. Åsså tilslutt så kom automatisk, det har jeg opplevd. Vi har jo hatt mange

som har vært med ned på de kulturkveldene vi har her. Plutselig så går dem rundt å danser, fordi om de sier de ikke kan å danse. Plutselig så kan dem danse som bare det.(...) Men det er jo litt rart at man skal huske sånt.(...) Også er det bare å legge forholdene tilrette åsså, at du legger det oppi henda.(...) og da går det automatisk.» (Elin)

Prosjektleder forklarer slike opplevelser med at ting blir automatisert i kroppen og at dette er kroppslig hukommelse.

«Det tror jeg er en kroppslig hukommelse, fordi vi har gjentatt den så mange ganger at det har blitt automatisert. Hver gang hun åpner døren til den erindringsstua så da, «Åh, det er her vi skal gjøre gymnastikk». Og hun gikk alltid på egen initiativ og satte seg på samme stol. Aldri den stolen jeg pleide å sitt på, kun den stolen hun selv pleide å sitte på. Dette var jo noe som kom etter hvert. Og hun pleide og, når jeg sa at nå ska vi bikke litt på hodet, opp i taket, så hun opp. Også pleide hun, før jeg fikk sagt det, å se ned i gulvet, på en måte neste øvelse.»

4.2 Beboere

Individuell tilrettelegging

Et av de tema som dukker opp ofte i intervjuene er det med individuell tilrettelegging, det å gjøre noe for en beboer og ta utgangspunkt i den ene det gjelder. Det er individet som gjelder i denne metoden. Informantene opplever at metoden nettopp fordi den er individuelt tilpasset er spesielt bra til bruk hos mennesker med demens.

Prosjektleder opplever den individuelle tilnærmingen som viktig, de ønsker å skape en kommunikasjon basert på at hver enkelt skal kunne være seg selv og at de følelsene man har blir anerkjent og tatt på alvor. Dette opplever de som en forutsetning for å skape gode øyeblikk. De understreker også at mennesker med demens har en dagsform som varierer slik som alle andre. Man må være var på dette og tilrettelegge ut fra dagsformen, ikke bare de opplysninger man har om beboerens musikkønsker. Det er ikke beboeren som skal tilpasse seg prosjektleder eller ansatt, det er de som skal tilpasse seg beboeren. De skal være der for å styrke beboeren, ikke for å gjøre en spesiell aktivitet. *«Det er ikke hva man gjør, men hvordan man gjør det.»* Den individuelle tilnærmingen beskrives av prosjektleder som å finne riktig nøkkel til hver enkelt, en nøkkel som passer for å *«låse opp»* og skape god kommunikasjon.

«»Skal vi sette på Erik Bye?» (sa prosjektleder) «Ja, det gjør vi»(sa beboeren) Da var det bare sånn at da var det så tydelig at hun lata som hun sov og ikke ville noe, åsså var det Erik Bye som var nøkkelen inn der. Å da var hun med, da våknet hun. Hvordan kunne jeg vite det? Fordi det vet man ikke, man hadde jo prøvd alt mulig. Så det er liksom hele tiden om å finne ut hva som fungerer og hva fungerer ikke.»

Prosjektleder er også opptatt av man må se individene i mengden. Se de som er innadvendt og som ikke roper om oppmerksomhet også. Se de som ikke krever mye oppmerksomhet. Metoden passer for alle.

«Men jeg tenker det er så lett da, som mennesker å vende oss mot de som er utadrettet. Jeg var med på å merke dette på en avdeling, hvor det er ei dame der som er veldig utadrettet. Og hun får så mye oppmerksomhet fra pleierne, fordi hun er «lett» da. Mens mange andre, som kanskje er innadrettet da, som ikke prater da. Som ikke har mulighet til å si at «Hei, jeg vil ha noe jeg også». (...) Men sånn er det jo for mennesker generelt, at de som roper høyest får mest oppmerksomhet.»

Jeg spurte prosjektleder om hva «Den perfekte deltageren» er. Hun opplevde at dette var helt feil spørsmål. Alle deltagere er perfekte på sin måte. Man må se individene som de er og tilpasse metoden til hvert enkelt. Det finnes ingen fasit her. Når de velger deltagere til prosjektet er det de ansatte på avdelingen som foreslår de beboerne som trenger noe ekstra. Enten de trenger mye stimuli og ikke kan dekkes av de tilbud avdelingen har, eller trenger lite stimuli og derfor ikke har noe tilbud, eller beboere som har lite besøk og er ensomme, eller som trenger å opprettholde aktivitetsnivå osv. Prosjektleder ønsker stor variasjon blant deltagerne, slik at de blir utfordret i å tilrettelegge individuelt og bruke metoden i flest mulig situasjoner. Ingen blir ekskludert før de har forsøkt om metoden kan være noe for vedkommende.

På sykehjemmet hvor Anita jobber er det stort fokus på individuell tilrettelegging. Sjefen for sykehjemmet er ifølge Anita viktig for å holde på et slikt fokus. Hun opplever at det er viktig med individuell tilrettelegging, og at det å arbeide med mennesker med demens i grupper kun «går til et visst kognitivt nivå». Dersom tiltak skal fungere i grupper må de være med mange ansatte som kan følge opp slik at man i prinsippet nesten blir en-til-en. Videre har hun erfaringer fra ulike typer aktiviteter som ikke har vært individuelt tilrettelagt for mennesker med demens gjennom sin lange erfaring fra arbeid på sykehjem.

«Det var ei som var hos oss som var på matlagingsgruppe på et annet sykehjem, på Oslos vestkant, skulle lage julemat da og de satt på og skulle høre musikk. Men de damene hadde aldri lagd mat, de hadde hushjelpere som gjorde det, de skjønnte ikke poenget med det i det hele tatt.» (Anita)

Siden dette tiltaket ikke tok hensyn til beboernes tidligere liv og interesser gav ikke tiltaket beboerne noe. De hadde ingen forutsetning for å forstå eller ha glede av det. På sykehjemmet hvor hun jobber blir alle beboerne kartlagt slik at man kan skape en hverdag hvor man tilrettelegger for hver enkelt. Hun legger til at det er viktig at man lærer opp nyansatte til å tenke slik, og hun opplever at å tenke individuell omsorg ikke alltid er noe som kommer av seg selv. Anita er også opptatt av at det å kjenne beboeren kan gjøre at man slipper å skape følelser av tap og lite mestring ved at man stadig spør beboerne om ulike ting. Ofte blir beboere urolige og triste av at de ikke

forstår hva de blir spurt om, de husker ikke, de klarer ikke å svare på alle spørsmål. Anita opplever at å bli kjent med en beboer handler om å skape en verdig tilværelse for beboeren, tilrettelegge hverdagen ut fra de individuelle behov man har.

«Vil du være med på dans eller?» Men ho skjønne jo ikke det spørsmålet. Nei, så det å spørre «skal vi gå en tur først», åsså havna vi tilfeldigvis i den situasjonen. Så slapp ho liksom å svare på spørsmålet ho ikke skjønnte. Man kan ikke spørre folk, vil du være med på sittedans, de vet jo ikke hva det er.»

Grete opplever at prosjektleder er flink til å velge ut de beboerne som har mest behov og nytte av å være med i prosjektet. Metoden tar utgangspunkt i hvert enkelts behov og ressurser. Hun synes det er fint at de beboerne som trenger lite stimuli også får et tilbud. For disse beboerne passer ofte ikke gruppeaktiviteter eller store arrangement, og Grete opplever at slike tiltak blir «for voldsomt» for de beboerne som trenger lite stimuli og hun opplever at disse beboere blir veldig urolige av slike tiltak. Men de trenger også stimuli og et tilbud til å bli aktivisert, bare at dette må være godt tilrettelagt for hver enkelt.

«Dem tar jo åsså og prøver ut hvilken type teknikk som passer til den og den. Vi velger da ut de to på avdelingen som kanskje har behov for det. Og da er det prosjektlederen som tar og prøver ut visse teknikker og hva som passer best for den typen, kan du si. Åsså går hun for den. Kanskje hun etter hvert må bytte teknikk eller noe sånn, og eller må bryte for at det ikke går. Og vi gir tilbakemelding på hvordan behandlingen har vært og sånn åsså, noen ganger så er det liksom ikke noen positiv respons tilbake, og da er det like greit å avslutte, og heller prøve med en annen, som kanskje har mere behov.»

I arbeidet med mennesker med demens opplever Grete at man må arbeide spesielt med å finne ressurser og bli kjent med hver enkelt. Finne ut hvilken «preferanse» de ulike individene har innenfor for eksempel musikk og dans og finne ut hva som skal til for å gi den enkelte gode opplevelser.

«Prøve, feile litt.(...)Du må liksom være detektiv på en måte, å finne ut hva den har behov for, hva funker best. Å prøve ut forskjellig for å finne ut hva som er årsaken til uroen og hva som kan dempe den»

Grete er også opptatt av at alle må følge de tiltakene man setter i gang for at det skal fungere. Om alle arbeider ut fra beboernes individuelle behov vil det ha stor effekt på hverdagslivet til beboeren og på de ansatte. Hun forsøker å henge opp plakater på rommene hos beboerne slik at andre ansatte kan gjøre det samme når hun ikke er tilstede selv. Det er viktig at alle som arbeider med hver enkelt beboer kjenner personen. Grete trekker også frem at det er viktig å tilrettelegge individuelt for tidspunkt for miljøterapi, ikke bare innholdet.

«(På en beboer)kan vi gjøre det midt på dagen. Å få en positiv effekt da. Så det og er litt sånn individuelt da. Hvem det passer best for når. Noen blir urolige på ettermiddagen og på kveld. Så hadde vi hatt, hatt ekstra ressurser til å gjøre sånne ting, det hadde vært en drøm.(...) Det er mange demente som blir mer og mer slitne, jo mer slitne dem blir utover dagen, jo mer og mer urolige blir dem. Spesielt etter vaktskifter og sånne ting.(...) Dem har liksom fullt fokus på oss og skal inn på

vaktrommet og sånn, og da er dem veldig rastløse og urolige og ska hjem og. Så da er det jo åsså et veldig fint tidspunkt og hatt noe sånn, fordi de trenger det så veldig.»

Siv opplever at det er viktig at metoden er tilpasset hver enkelt og at det er en-til-en, spesielt siden metoden arbeider med mennesker med demens. Hun opplever at de som er stille og forsiktige er de som ofte får minst oppmerksomhet og at metoden er spesielt viktig for de som ikke krever oppmerksomhet:

«Det har jo liksom vært det her tidspunktet da de har vært sammen da. Veldig koselig da. Det har liksom vært beboernes tid da. Hennes egen tid. (...)Jeg synes det er et flott tiltak jeg.(...) Det er atte en sitter en-til-en og får den derre kontakten som så mange trenger. Som er dement og kanskje er sjuke, som kanskje bare sitter om dagen å kanskje ikke har dom derre som ikke er så pratsamme.»

Hun er også opptatt av at man må ha fokus på å ivareta de funksjonene beboerne har. Det er viktig at man tilrettelegger slik at man kan ivareta det de klarer så lenge som mulig. De skal få «*vaske seg selv, pusse tenner og gre håret*» selv så lenge de klarer det. Dette er viktig for å ivareta selvfølelsen og mestringsevnen til beboerne. Dersom de ikke får føle mestring ved å klare ting selv vil hverdagen være enda mer fylt av nederlag og tap.

Både Elin og Frida opplever «Bevegelse fra hjertet» som mer individuelt tilrettelagt for mennesker med demens enn andre miljøterapeutiske tiltak og at dette er en av grunnene til at beboerne har så godt av det. Dina opplever at metoden tar utgangspunkt i beboernes individuelle situasjon og behov.

«Det er bare snakk om henne, og da ikke bare et romnummer, du er liksom et menneske. Det synes jeg er veldig hyggelig.»

Elin er opptatt av at alle mennesker har ulike intimgrenser, grenser for hvor mye kroppskontakt man synes er greit. Her er det spesielt viktig å være var med mennesker med demens som har vanskelig for å uttrykke sine behov og ønsker. Hun mener man bør kjenne en beboer godt før man startet opp med metoden på vedkommende. Man må kjenne vedkommende så godt at man kan tilrettelegge opplegget individuelt til å passe akkurat for den det gjelder, og det tar tid å bli kjent med noen og skape trygghet og tillit:

«Jeg vet jo det at ofte så enten tar du, så stryker over handa eller på kinnet og gir dem en kos eller en klem eller. «Åh tusen takk for det.» Dem (beboerne) er jo veldig takknemlige for det. Men du merker fort hvem du ikke skal ha så veldig mye fysisk kontakt med. Det spør hva du er vokst opp med.(...) At hender og kinn er det første vi liksom har kontakt, nærkontakt med. Å etter hvert så lærer man å kjenne dem og kanskje man kan ta litt mer på skuldra. Vi har jo ei som er veldig, som synes det er veldig godt når vi kommer og stryker a på skuldra når a sitter i stol. Så slutter vi, så sier a «Jeg sovner snart». Så man må da lære å kjenne personen først, ganske godt før man begynner.»

Tid alene

Samtlige informanter opplever at en av styrkene til «Bevegelse fra hjertet» er at tilnærmingen til metoden har utgangspunkt i og brukes en-til-en og gir beboerne tid alene. Flere av de andre metodene kan også brukes en-til-en, men i «Bevegelse fra hjertet» er det en-til-en som i hovedsak er arbeidsformen. Det er også en forutsetning for å kunne gi et individuelt tilrettelagt tilbud til den man arbeider med, ha fullt fokus på vedkommende og dens behov.

Hilde mener det er positivt at det er en-til-en. Man må selv være veldig tilstede å bruke seg selv.

«Du kan ikke lure deg unna sjøl heller. Asså jeg tror at det blir en veldig ærlig måte å kommunisere på. For så vidt både med og uten ord. Og det at det er satt av tid, selv om det ikke er satt av tid spesielt til det. Jeg tror at en blir litt skjerpa sjøl også!»

Grete opplever at beboerne har stort behov for å bli sett som individ og at de ansatte ikke alltid har kapasitet til å gi beboerne stimuli en-til-en.

«Så en-til-en er veldig viktig for demente, for det får vi da muligheten til når prosjektleder er her. De får litt ekstra som vi sårt vet vi burde ha gjort.(...)Fordi demente får jo en sånn derre tap av mestring, og det kan være veldig, veldig tungt for mange. Føler seg mindreverdige og latterliggjort og alt det der. Så at dom føle sånne der ting inneslutta, og atte dem kan reagere på mange måter, med forvirring og ja både, uro og innesluttahet, og mange blir deprimerte. Så det er liksom, å få den alenekontakten, det tror jeg er viktig, og det tror jeg er den største forskjellen.(...) Det der med en-til-en, sånn for seg sjøl og en kanskje klare å mestre mere da, åsså prøve, at det ikke er så flaut.(...)At det blir mer intimt da. Det tror jeg er den største forskjellen.(...)Og at prosjektlederen går inn til beboeren og er fokusert bare på beboeren og oppnår en sånn en-til-en kontakt med, med stimuli da.»

Frida opplever at det er lettere å opprette kontakt med en beboer når man er en-til-en, når man tar seg tid å se den enkelte for den personen man er.

Cathrine opplever at beboeren har mer nytte av en-til-en kommunikasjon enn av gruppetilbud. Hun nevner også dette med at det er enklere å opprette kontakt med beboeren når man er inne på beboeren sitt rom, der det ikke er andre beboere som stjeler oppmerksomheten.

Siv har en beboer som er med på mange aktiviteter på avdelingen. Men for henne er det veldig nyttig å få et tilbud som bare er tilpasset henne i tillegg. Denne beboeren har et stort behov for kontakt og stimuli.

Elin opplever at noen av sine beboere ikke fungerer godt i grupper fordi de har vansker med å dele oppmerksomheten fra de ansatte med de andre beboerne. Både fordi noen blir sjalu, men også fordi

det er urolig på avdelingen: noen er oppe og går i gangene, noen snakker høyt osv. De ansatte er i en slik setting nødt til å fordele seg mellom alle beboerne, og da blir det ofte de som krever oppmerksomhet som får oppmerksomheten til de ansatte.

«Når man sitter i en gruppe, så er det, et eller annet. Det er faktisk noen som er sjalue. Litt sånn også skjønner du. Hvis da en får litt mere oppmerksomhet da. «Se på hu nå får ho nå, nå får ho litt mer oppmerksomhet.» Å, å det er lettere å da kanskje å få med seg, få personene med på ting når det er inne hos dem selv. For når du sitter i grupper så er de, enten så blir du forstyrret av andre urolige. Så må vi ansatte reise oss opp å fly og kanskje roe ned den. Så blir ikke ting som planlagt som det skal. Å så blir det, prosjektet egentlig ødelagt. Og da får vi til det vi skal egentlig gjøre da. Så da syns jeg det er mye lettere en-til-en. Ikke noe sånn gruppe.»

Elin opplever også at hun selv som ansatt blir roligere når hun vet at hennes beboer har det godt og får oppmerksomhet fra prosjektleder.

«At hun får litt mer, virkelig nærkontakt, og at det er noen som har hennes oppmerksomhet. For da. Jeg føler meg roligere, for da vet jeg at det er noen som tar hand om henne og. Bare henne. Og at hun har et eget prosjekt med henne. Bare henne.(...) At hun har en, noen for seg sjøl i tre kvarter. Og det trenger hun.»

Også Dina opplever virkelig at tiden en-til-en er kvalitetstid for beboeren og at dette er godt for henne som ansatt å vite at beboeren har det bra. Det er satt av for å skape en god opplevelse. Ikke for å gjøre noe konkret, stell eller tannpuss, men noe som skal være spesielt og bare for den ene.

«Jeg tror det var veldig viktig for henne, altså hun følte det å bli veldig sett. At det var satt av en tid til bare henne. Hun kjente igjen prosjektleder hver gang hun kom og visste at hver gang hun kom så var det, var det til henne da. Og det var veldig godt syns jeg.»

Mestring

Andre tema som stadig kommer opp når informantene prater om «Bevegelse fra hjertet» er mestring og det å få bruke ressursene sine. Både ansatte og prosjektleder forteller om tap av mestring hos mennesker med demens fordi de ikke klare ting og ikke husker ting. Prosjektleder opplever at det er viktig å se hver enkelt, og de mulighetene og ressursene de ulike personene har og at fokuset ikke skal være på tap og det man ikke kan. Det er ikke diagnosen som teller, det er ressursene til vedkommende. Mestring trenger ikke å være å mestre noe helt konkret, det kan være å mestre å være sammen med et annet menneske, det å klare å ha kontakt med noen andre, det å gi noe til andre.

«Å ta utgangspunkt i det de er gode på for å styrke liksom individet og mestringfølelsen, og samtidig gi en utfordring da. Jeg tror det er viktig uansett om de har en diagnose eller ikke da. (...)Får man ikke den mestringsfølelsen, så tror jeg det er sånn at man prøver og finne et annet tiltak. Det skal gi noe.(...) Er jeg der for at den personen skal gjøre de konkrete bevegelsene jeg gjør, eller er jeg der fordi jeg ønsker å gi en god følelse og mestringsfølelse? For å gi en

mestringsfølelse så må jeg jo tilpasse det til hver enkelt. Jeg tror at mestringsfølelsen ofte starter de gode øyeblikkene.(...) Fordi vi fokuserer på ressursene, eller de ressursene hos de personene det gjelder. Å da kan man jo gjøre det hvor som helst. Uansett om man sitter på rommet, eller verandaen eller sitter inn på stua. Jeg tenker at det er jo styrken til prosjektet, at man kan gjøre det hvor som helst, når som helst, med hvem som helst.»

Hilde opplever at beboerne skjønner at de ikke får til noe, de skjønner at de glemmer, de kan føle at de ikke mestrer noe selv om de ikke kan huske hva det er. Følelsene sitter igjen. Hun tror mestringsfølelse er avgjørende for å føle glede. Hun tror ikke dette gjelder bare de beboerne som har demens. De som er «klare» er også veldig syke og opplever tap av funksjon og mestring, og de har også individuelle behov.

«Men det er de (beboerne med demens) som har fått glede av det nå. Men jeg syns også at det hadde vært fint å prøve det på klare også, for de er jo veldig syke da. Veldig mange av dem. Så det kan være godt også for dem å bevege seg litt åsså. I hvert fall på vår avdeling så er det så mange som syns det er så kjedelig med den trimmen.»

Grete opplever at de ansatte kan skape mestringsfølelse hos beboerne gjennom å ta utgangspunkt i deres individuelle behov og det at alle ansatte følger opp og tilrettelegger for at beboeren skal kunne gjøre mest mulig selv og få bruke sine ressurser.

Elin har en beboer som har vært vant til å klare alt selv, hun har vært familiens «klippe» og støtte i alle år. Det er så viktig for denne beboeren å oppleve mestring, da hele hennes hverdag er preget av at hun «ikke kunne gjøre noen ting selv».

«Hu var klar og begynte å glemme, og ikke orka gjøre noen ting. At hu var sprek, hu var rundt 95 år. Å da syns ho at livet var trist, at hu ikke kunne få. Å ho hadde passa veldig mye barnebarn. Å bodd i sånn generasjonsbolig.(...) Åsså plutselig så klarer a ikke gjøre noen ting selv. Syns a livet var uutholdelig.»

Dina opplevde at en av sine beboere som hadde dårlig gangfunksjon fikk oppleve mestring gjennom at man brukte tid på å bedre gangfunksjonen og tilrettelegge med hjelpemidler slik at hun kunne gå selv. Alle trenger å føle at de klarer ting, at de mestrer noe:

«Og veldig lei seg fordi atte det var dårlig gangfunksjon da. Skjønnte jo det. Å ut og inn fra rommet og alt mulig sånn så må du jo gjøre. Hektisk og. Så rullestol blei jo mye brukt. Rullator brukte vi og hun bruker jo det i dag, hun trengte jo hjelpemidler. Det er ikke det. Men den mestresituasjonen hvor du hadde tid til å gå ved siden av en halvtime. «Flytt beinet, løft på det». Nei, det er positivt.»

Berit opplever også en stor glede hos sine beboere når de mestrer noe de ikke hadde forventet:

«Åsså ser eg at, ser at dem husker det. Det e jo alltid stas holdt jeg på å si. Å fikse noe som dæm ikkje har tru på, de blir nesten litt overraska.»

Anita opplever at mestringsfølelse kan komme bare man blir tatt på alvor. Man føler seg mer verdt

når noen tar deg på alvor og viser respekt for deg og dine behov. Hun opplever også at veiledningene med prosjektleder er verdifulle for mange pasienter da dette kan være eneste gangen i løpet av en uke at de opplever mestring.

«Da vil pasienten oppleve mestring, og det har den kanskje ikke opplevd på den siste uka i det hele tatt. Klarer ikke kle på seg, klarer ikke spise selv, klarer ikke å finne noen ting. Det er bare nederlag. Akkurat i sånne situasjoner er det viktig å bare se ressurser, å gjøre det vi kan, å ha den kontakten. Det er det som ikke så mange andre har da, en positiv kontakt og at de får brukt ressursene sine da. Og de oppdager nye ressurser og sånt og. Pasienten kan slippe seg litt løs og de viser dem ting de ikke visste at de kunne gjøre.(...) At de ikke bare melder seg helt ut, fordi de føler de ikke at de får til noen ting.»

Gode øyeblikk

Når man ikke husker, da blir opplevelsene «her og nå» viktige. Dette er det mange av informantene som tar opp. Det er tydelig at flere opplever at de øyeblikkene er viktig for mennesker med demens.

Prosjektleder forteller:

«Jeg som person kan jo sitte å glede meg masse til sommeren, også glemmer jeg hvordan jeg har det her og nå. Jeg tenker at det er så viktig, når man har, i møte med mennesker med demens da, som så veldig tydelig lever i nuet. Det er viktig å skape de gode øyeblikkene.»

Jeg spurte prosjektleder hva de tenkte om de gode øyeblikkene de ansatte hadde fortalt at de opplevde var viktige for mennesker med demens. De opplever at gode øyeblikk varierer fra person til person: hva som er et godt øyeblikk er individuelt. For noen kan det være å klare å dele noe med et annet menneske, mimre om en historie, le eller bare prate sammen: det å ha god kommunikasjon. For andre kan det være å slappe av og finne ro i en hverdag preget av usikkerhet.

«Hos enkelte så er det nok for meg å se at den personen har hatt det, har hatt gode øyeblikk i løpet av veiledningen. Fordi jeg vet at den personen kun sitter på stua og er passiv i løpet hele dagen. Også er vi sammen. Også har vi kanskje ledd eller kanskje pratet om et minne om da hun og mannen var på reise i Finland eller eventuelt, at man har sunget en sang. At man har delt noe da. At jeg og den beboeren har delt noe sammen, kan i enkelte tilfeller være mer enn nok. Å det er på en måte, så enkelt det er. Å skape et godt øyeblikk. Å da er jeg fornøyd.(...) Av og til så er det konkret tilbakemelding om at de har hatt det bra. Av og til så kan man gi massasje der man merker at den personen bare blir helt avslappet. Den personen kanskje sovner. Eller har kanskje høye skuldre, der den personen får slappa helt av. Det trur jeg er gode øyeblikk.»

Prosjektleder opplever også at hvor lenge disse gode øyeblikkene varer varierer fra person til person, men erfarer at følelsen av å ha opplevd et godt øyeblikk kan vare utover det øyeblikket.

«Hos enkelte så er det bare de gode øyeblikkene, så er det kanskje glemt. Men da håper jeg at jeg har plantet en god følelse i den personen, som kan vare i kanskje ti minutter, eller en hel dag. Det vet jeg jo ikke.(...) Det varierer. Veldig individuelt. Derfor er vi en-til-en også. For hver person er ulik.»

De ansatte opplever stort sett at disse gode øyeblikkene er knyttet til det å finne ro og å slappe av. Anita forteller om en dame som hadde et godt øyeblikk da hun var med på en konsert med et danseband. Damen klarte å være med på konserten gjennom to av melodiene, og var rolig denne stunden før hun ble urolig igjen, det var det hun hadde overskudd til.

«Det var liksom den gode opplevelsen ho fikk den dagen. Resten av dagen så var ho engstelig, huska ikke, nervøs.»

Hilde opplevde at en av sine beboere tidlig i prosjektet hadde gode øyeblikk i nuet.

«At de blir så usikre på hvem og hva. Bare det å våkne på morra og ikke huske navnet ditt, og aldeles ikke huske hvem som kommer inn å skal hjelpe seg å sønn. Altså det sier seg sjøl, at det må være fryktelig forvirrende å da blir de øyeblikka viktige.(...) Åsså var det en annen åsså av de første som vi valgte ut, hun var en som gikk veldig mye og var fryktelig engstelig. Det var hun nok hele tiden mens hun var her, men hun også så vi at ble roligere og hadde glede av det der og da. Og det er jo det også med demente at, vi tror kanskje at de skal bli veldig rolig hele tiden eller, det er det jo veldig mange som ikke gjør, for de glemmer jo så fort. Men at øyeblikket er veldig godt for de.»

Berit forteller om en ro som fyller stemningen blant beboerne når de arrangerer velværedagen¹ på avdelingen. Da arbeider de med å tilrettelegge for en slik rolig stemning, slik at de kan lage gode øyeblikk for beboerne.

«Åsså passer vi da på at det skal være rolig, personalet veit at nå, nå må det være stilt. Ikke noe skravling i gangen og bråking med oppvaskmaskin. Åsså sett vi på musikken åsså går vfra den ene til den andre. Og da pleier roen å senke seg sønn gradvis, til slutt er det ganske stilt. Så sitter de der med vinglasset sitt og lytter til nydelig musikk, og venter på tur på en måte. Å det har fungert alle gangene. Dørm får massasje. Ja vi har jo, jeg pleier å begynne med ansiktet, åsså går jeg over til skulderen, tar de, åsså tilslutt hendene.»

Anita forteller også om gode stunder hos sine beboere når de får oppmerksomhet og blir møtt med riktig tilnærming:

«Det ser man jo også med pasienter med angst, eller uro. De går dårlig, setter seg og støtter seg til vegger og sønn. Men når de har fått roa seg ned og fått oppmerksomhet.(...) Det ser jeg hver dag, pasienter som går og virrer rundt i gangene og klamrer seg fast til veggene, åsså går man bort til de og får kontakt, snakker litt til de, så kan de fint gå en tur rundt huset uten at det gjør noe.»

Elin forteller om en beboer på sitt sykehjem som har god effekt av prosjektet, og at roen disse gode øyeblikkene gir varer etter at veiledningene har tatt slutt. Eksempelet med denne beboeren går også på at bruk av beroligende medisiner har blitt mindre etter bruk av «Bevegelse fra hjertet».

«Det hadde jo vært morsomt om alle hadde kunna det her («Bevegelse fra hjertet»). For det er jo en måte å roe også en beboer på. For enn har jo hørt at dem har hatt en beboer her. Jeg husker ikke hvilken etasje det var som var veldig urolig. Veldig dårlig til beins, åsså tror jeg var veldig sønn. Jeg tror hun var litt sengeliggende, litt oppe bare.(...) Tror dem gjorde disse bevegelsene i

¹ Velværedag er et tiltak som er satt igang av prosjektleder som en del av «Bevegelse fra hjertet», her er fokus på en rolig stemning og velvære. Massasje, neglestell og fotpleie er av tiltakene man bruker på velværedagen.

senga.(...) Og da vet jeg at da ble hun rolig. Etterpå. Mye roligere hørte jeg hun var. Så da er det jo en fin måte, å få demente til å bli rolig på istedenfor å gi dem masse medisiner.»

Prosjektleder forklarer at noe av grunnen til at de ansatte opplever at «Bevegelse fra hjertet» gir ro er at de benytter seg av avspenning i «lukkefasen» av veiledningen. Dette gjør de bevisst for å skape ro hos de beboerne som trenger å føle seg rolige.

«Jeg tror at fordi vi har sånn avspenning, og massasje og rolig musikk på slutten. At det er for å roe ned. Å da blir de fleste rolig, eller som vi ser på slutten av kurset, så blir alle ansatte som er på kurs også sånn «Åh». Så jeg føler at det har litt sånn effekt. Ja, for jeg tror ikke det er fordi det er spesielt slitsomt.(...) Mens med andre som sover veldig mye og trenger litt mer piff da, så gjør vi ikke det. Da har vi litt mer sånn opp- tempo musikk og litt mer bevegelse og mye med ansiktet.»

Effekt og virkning

Selv om denne oppgaven ikke tar for seg om «Bevegelse fra hjertet» virker eller har noen effekt på mennesker med demens, er det tydelig at de ansatte opplever effekt og virkning av metoden. Dette er de ansattes subjektive opplevelse og erfaringer. Mange av informantene sier de opplever effekt og «at det virker» uten at de helt klarer å sette ord på hva de mener med effekt og virkning av prosjektet og metoden.

Prosjektleder forteller at hun selv måler velvære før og etter veiledning med sine beboere. De bruker et «velværeskjema» og gir en score på positive og negative følelser. Jeg spurte prosjektleder hva hun opplevde som suksess eller god effekt av metoden. Hva som er effekt og virkning er individuelt: noen har man utvikling med og man ser endringer over tid, mens andre har de gode øyeblikkene uten at dette påvirker livet deres ellers. For noen kan det bare være at det skjer noe som skaper mening i en forvirret tilværelse at de skal noe.

«Men samtidig så er det jo enkelte man har konkret utvikling med. Som for eksempel har blitt mere sosiale etter et tiltak har blitt satt i gang. At ansatte og kanskje pårørende legger merke til at personen spiser alle middagene, alle måltidene på stuen istedenfor å sitte alene på rommet sitt. At en person har fått mere språk, er mer utadrettet, positiv i løpet av dagen. Slike ting som er veldig konkrete, som er konkret utvikling, som man da ikke får målt. Men som pårørende og ansatte gir tilbakemelding på at den eneste forskjell, i vedkommendes liv er at vi er sammen med dem to dager i uken. Og da relatere jeg det til de tiltakene jeg har satt i gang.»

Effekt kan for prosjektleder også være at man vedlikeholder de funksjoner og klarer å gjøre de samme øvelsene man bruker i veiledningen over tid. I et eksempel har deltageren tydelig blitt dårligere og sykdommen har utviklet seg, men gjennom å være med på veiledning to ganger i uken klarer hun fortsatt de øvelsene hun startet med for to år siden, selv om mye annet av funksjon har gått tapt.

«Eller så var det en deltager som jeg har hatt i flere år, som blir så glad hver gang jeg kommer.

Som sier «Hei» til meg, og hun har blitt veldig mye dårligere, og hun husker meg fortsatt. Det blir jo som et sånt familiemedlem på en måte. Vi er der oftere enn pårørende ofte. Det blir jo som en liten connection.(...) Ja, hun gjør fortsatt alle de samme tingene nå, hun har ikke språk. I begynnelsen så hadde hun språk, hadde hun, men hun gjør akkurat de samme tingene som for to år siden.»

Hilde forteller om en beboer som hadde svært lite språk, men som begynte å prate litt igjen etter at hun hadde vært med i prosjektet en stund. En annen av hennes beboere ble roligere og visste mer glede etter å ha deltatt på veiledningene.

Elin og Grete trekker også frem at de opplever som effekt av metoden mer glede og ro hos sine beboere. Elin legger også vekt på at hun har opplevd effekt av metoden som det at hun kan se at de mestrer ting og at beboeren selv kan få til småting i hverdagen sin.

Dina vil anbefale flere å ta metoden i bruk blant mennesker med demens fordi hun ser at det gjør beboerne så godt både fysisk og psykisk. Det er med på å prege hele hverdagen og bryte opp dårlige vaner av passivitet på avdelingene. Slik som mange av de andre informantene opplever hun også at det skaper ro for de urolige pasientene.

«Jo mere dem får brukt kroppen jo bedre er det. Det er ikke å stikke under en stol at det på en døgnavdeling er det ofte passivt. Det blir jo mye passivitet for beboerne. Selv om vi har trim en halvtime i løpet av dagen. Så har de da 12 timer i senga og ti timer i stolen.(...) Ikke minst når du ser den gleden det gir for beboeren din, som kan sitte langt nede i en depresjon, hva som helst. Og se gleden ved å bli sånn godt ivaretatt.»

Hun opplever også gleden det skaper hos beboeren som får mer oppmerksomhet som effekt av metoden. En av hennes beboere var veldig deprimert og orket ikke noe, men gjennom å få henne med i prosjektet har denne beboeren fått flere gode øyeblikk som er synlige for de ansatte. For en annen av beboerne til Dina var det «å bli sett» og få tid alene med noen det viktigste for beboeren. Dette merket hun tydelig. Men kan kunne også merke at denne beboeren enkelte ganger ble rolig av veiledningene:

«En av disse beboerne som hun brukte da i oppstarten, det var jo en som var veldig veldig urolig. Til tider. Dette med at prosjektlederen kom hver mandag klokken halv ett, det var innprentet i hennes hode, og til og med i mannen sitt da, ektefelle. Så hun hadde nok stor utbytte av det.(...) Jeg tror det var veldig viktig for henne. Hun følte det å bli veldig sett. At det var satt av en tid til bare henne. Hun kjente igjen prosjektleder hver gang hun kom og visste at hver gang hun kom så var det, var det til henne da. Og det var veldig godt syns jeg. Og hun har hatt veldig utbytte av det, syns jeg da. Ikke bare det at det var det samspillet, men det at det faktisk også, at de trente på forskjellige ting da som gjorde at hennes fysikk. Om det ble bedre eller ikke det kan ikke jeg svare på. Men væffal, hun følte at det var kvalitetstid når hun var der. Det er jo det viktigste.(...) Jeg tror at, at vedkommende vi snakker om nå var veldig sliten etter den seansen, etter at hun hadde vært der altså, litt sånn utlada. Det mener jeg på, på bare en positiv, at det er positivt da.(...) Jeg kan ikke akkurat si at det var rolig hver gang hun hadde vært der. For så enkelt er det ikke med demente

men at det hadde en positiv effekt, det hadde det!»

Dina har også fått tilbakemeldinger fra pårørende om at de synes det er godt at deres foreldre blir «ivarettatt og får kvalitetstid.» og hun erfarer at kartleggingen i forkant for bruk av metoden er viktig for resultatet. Dina er opptatt av den gleden metoden tilfører beboerne når de opplever at de mestrer noe og når noen gir dem oppmerksomhet.

«At en annen dame som var med fra oppstarten som var veldig veldig glad i å danse. Hun kunne sitte å sove og var veldig tung, en stor dame. Og veldig dorsk og trøtt, men lyste opp når prosjektleder kom. Og dansa og, ja hun hadde veldig utbytte av det da.(...) Jeg synes det var veldig positivt.»

Cathrine opplever ikke selv noen ingen effekt hos sin primærbeboer, men hun har hørt at andre beboere på sykehjemmet har hatt effekt av metoden uten at hun går nærmere inn på hvordan denne effekten har vært når hun blir spurt direkte om dette. Hun sier hun ikke vet om metoden har effekt fordi hun ikke er med på veiledningene. Ved å se på de svarene hun gir forteller Cathrine at hun opplever at metoden skaper ro og får andre beboere til å slappe av etter veiledning.

Siv og Frida opplever også at det er forskjell på beboere. For noen fungerer det å arbeide med metoden, mens for andre fungerer det ikke. Man må bli kjent med beboeren og prøve seg frem. Hun opplever at metoden gir ro og nærhet som mange savner i hverdagen. Siv har også en beboer som har fortalt om veiledningene rett etterpå, og denne beboeren fortalte at det var «kjempebra» og at både beboeren og datteren hennes er glade beboeren får være med i prosjektet fordi det gjør henne glad.

For Berit er det også en positiv virkning og en god effekt at beboerne kjenner velvære og føler seg bedre gjennom bruk av metoden. Spesielt tenker hun da på hvordan beboerne koser seg når det arrangeres velværedag.

Grete har også opplevd god effekt av velværedagen. At beboerne opplever velvære og at det skjer noe ekstra den dagen, at de får mer oppmerksomhet.

«Det var sånn koselig atmosfære på stua å alle satt der på rekke og rad å venta. Og synes det var så deilig da.»

Prosjektleder opplever også at velværedagen er et godt tiltak på avdelingene. Gjennom å skape en stemning som gjør beboerne godt og som skaper en god kontakt mellom pleierne og beboeren kan man oppnå en tillit som gjør at andre pleieoppgaver som neglestell blir lettere å utføre.

«Det er «Bevegelse fra hjertet» det også.(...) Og en pleier kom og sa til meg, at «Det er så fantastisk med den timen her, fordi at etterpå kan jeg stille neglene til den personen, og det skjer aldri ellers.» For da har man gjort en tilnærming som er riktig og man har skapt tillit og en avslappet stemning slik at man kan utføre noe som ikke er, som er vanskelig og få gjort uten det. Da har den personen sagt at, «Nå har jeg anledning til å gjennomføre negle stell, fordi at stemningen på hele avdelingen og stuen er så rolig.» Og alt er så bygget opp rundt ro da, og velvære.»

Anita opplever god effekt på beboere med tanke på gangfunksjon hos de beboere som har fått bevegelsesveiledning med fokus på gange i «prosessdelen». Kombinasjon av tryggheten i veiledningene og treningen av gangfunksjon er viktig for å oppnå slike resultat. Hun vektlegger også at all aktivitet pasientene får gjennom miljøterapi er til hjelp. Alternativet er ofte passivitet, sengeleie eller stillesittende hverdag. Det viktigste er ikke alltid hva man gjør, men at man gjør noe med beboerne.

Elin tenker også at den nærkontakten beboerne opplever gjennom metoden er noe mange savner og dette kan være et nyttig tilskudd i å berike beboernes hverdag. Hun ser også på det med gleden og smilene hun opplever at metoden gir beboerne som en positiv effekt. Hun referer til beboerne hun kjenner som er med i en av videoene om metoden. En beboer de ansatte opplever som trist og som er tydelig lei av livet, så ser de på videoen at denne beboeren smiler og har det bra under veiledningen. Hun har det tydelig bra og er lykkelig i øyeblikket. Noe av grunnen til dette tror Elin er at det er tid til beboeren alene. Denne beboeren opplevde så mye nederlag og tap og var usikker på seg selv og utrygg på alt hun gjorde. Men i settingen tilrettelagt gjennom «Bevegelse fra hjertet» klarte man å skape en situasjon hvor beboeren var trygg og glad. Effekten av metoden var å skape mestringsfølelse som gjorde beboeren glad.

«Fordi hu følte alltid at hu dumma seg ut.(...)Åsså var a livredd for å gjøre ting feil.(...)Og når vi hjalp henne på morgenen, så måtte vi alltid si at «Du gjør riktig nå, alt er riktig, du gjør ingenting galt.» (...) «Dette livet...» sier a. Så når ho va med på dette og så at ho smilte.»

Elin opplevde også med denne beboeren at man måtte arbeide for å få henne med på veiledningene. Hun husket ikke hva det var og hadde ikke lyst til å være med på noe. Så de ansatte måtte hjelpe prosjektleder med å «få a i gang». De visste hun hadde så godt av veiledningene, både fysisk og psykisk, bare hun kom i gang og ble med på det.

«For henne så er det jo veldig positivt, men det er veldig vanskelig å få a i gang. Fordi hun også er veldig deprimert. At hun orker ingenting og. Hun vil helst ligge, hvis a får sjansen til det. Men så fort hu kommer seg opp, så fort hun er med på ting, så vet jeg at da er hun er i DET gode humøret. Jeg vet at prosjektleder hadde vanskelig for å få a i gang. Så ho ba oss om hjelp for å bli med å få a i gang da. Men da vet jeg atte da, etterpå var det veldig god effekt på henne. At hun syns det var deilig allikevel. Åsså hun holdt på med masse bevegelser. (...) Humøret hennes ble jo mye bedre,

blant annet. Hun kommer ut mye blidere og har en bedre holdning, i kroppen blant annet. Bare humøret hennes ble mye mye bedre. Det var det jeg merka mest i væffal.» (Elin)

Det Elin også har erfart er at tidspunktet på dagen har noe å si for effekten på de beboerne hun kjenner. En beboer hadde stort sett veiledning på ettermiddagene, dette begynte tilfeldig da prosjektleder hadde mye å gjøre, men det visste seg at det fungerte kjempegodt. De ansatte fikk da hjelp til å få beboeren opp av sengen etter middagshvil og gav beboeren en fin kveld.

Grete opplever at hun gjennom å kjenne beboeren kan fremkalle gode minner og glede. Hun har brukt dans og musikk hos en beboer for å fremkalle gode minner fra ungdomstiden hennes og fått beboeren til «å lyse opp». Det å være detektiv og bli kjent med beboerens fortid og personligheten forut for demensdiagnosen gav henne muligheten til å bruke «Bevegelse fra hjertet» til å skape et godt øyeblikk for beboeren.

«Hun ene jeg hadde, hun elska, hu dansa med mannen sin, og gikk ut og skikkelig på dansefoten, når dem var yngre i byen. Men hu satt i rullestol, og hadde masse kontrakturer og stiv og anspent og sånn. Så ho tok jeg øvelser med, for å prøve å mykgjøre samtidig som vi har musikk, og at vi dansa i senga hennes. Tok arma hennes og dansa.(...) Å tok handa og så at ho bare lyste opp og hadde neste ikke noe språk og da liksom «Oi». Veldig gjenkjennende.»

De ansatte opplever at individuell tilrettelegging, tid alene og mestring er viktig for å skape gode øyeblikk for beboerne. Hva som oppleves som effekt og virkning av metoden varierer. Faktorer som bedrer livskvalitet, for eksempel glede, er sentrale i de ansattes historier.

4.3 De ansatte

Kurs og opplæring

Som nevnt er prosjektet «Bevegelse fra hjertet» under stadig utvikling, og fokuset fremover er på å spre metoden ut i samfunnet. For å oppnå dette har de startet med undervisning av pårørende samt ansatte og frivillige innenfor demensomsorgen. Alle sykehjem knyttet til SKBO har hatt kurs i metoden, og alle sykehjem i Oslo Kommune har fått tilbud om kurs.

Et av de ønskede kriteriene mine ved rekruttering av ansatte var at de hadde deltatt på kurs i metoden. Av informantene hadde fem av ni deltatt på kurs i metoden. De som ikke hadde vært på kurs i metoden fortalte alle at de enten ikke hadde fått tilbud om kurs, var på ferie eller var borte fra arbeidsplassen på tidspunktet da kurset ble holdt, og at de hadde deltatt på kurs dersom de hadde fått mulighet til det.

Av de fem som har deltatt på kurs bruker fire av dem metoden. To bruker den i stor grad, og disse to bruker metoden på flere beboere. Det som er felles for disse to er at de har arbeidet med miljøterapeutiske tiltak tidligere og at de er interessert i området. To av informantene som har kurs bruker metoden kun på en konkret beboer som de har fått opplæring på å bruke metoden på. Det er bare en av dem med kurs om forteller at hun ikke bruker metoden. I alt bruker seks av informantene metoden i større eller mindre grad.

Av de fire som ikke har hatt kurs er det to som bruker metoden selv om de ikke har kurs. Det kan se ut som om kultur rundt miljøterapi på de ulike sykehjemmene har noe å si her. De to som bruker metoden og som ikke har deltatt på kurs forteller at det jobbes mye med miljøterapeutiske tiltak på avdelingene og at de ansatte er flinke til å lære bort til hverandre. Det virker å være stort fokus på individet og på å tilrettelegge for beboere på disse to sykehjemmene. Disse to kommer fra to ulike sykehjem. Av de to som ikke har opplæring i metoden og som ikke benytter seg av metoden, er det en som til daglig ikke har kontakt med beboere på avdelingen, denne informanten er veldig opptatt av metoden og ser verdien av den, men får ikke mulighet til å bruke den slik arbeidsdagen hennes er lagt opp.

Jeg har selv deltatt på kurs i metoden for å skaffe meg et bedre grunnlag for å forstå både metoden og ansattes opplevelse av kursene. En del av intervjuet tok for seg hvordan de ansatte opplevde kursene i metoden, og om et slikt kurs har hatt noe å si for deres forståelse av og bruk av metoden.

Det som tydelig kom frem i løpet av intervjuene var at det kurset jeg var med på høsten 2009 og de kursene de ansatte jeg intervjuet hadde deltatt på var noe ulike. Forklaringen på dette var at siden de ansatte er knyttet til SKBO var de kursene de deltok på en del av et pilotkurs. Etter pilotkurset ble kursene endret til de kursene som brukes idag. Med bakgrunn i pilotkurset ble det også laget undervisningsmateriale som brukes i de nye kursene. Dette materialet, «Instruksjonsheftet» skal være tilgjengelig på alle avdelinger knyttet til SKBO.

«Nå er det sånn at de som har vært på kurs i Bymisjon, de har vært på et tidlig kurs, det som var et pilotkurs for å utvikle et kurs. Nå har vi et kurs som er helt annerledes bygd opp. Der vi har en kursdag, åsså går det seks uker og da er det et oppfølgingskurs. I mellomtiden så skal deltagerne prøve ut metoden. Da ser vi jo at de fleste har gjort det. Fordi de har fått i oppgave og gjøre det, også har de gjort seg noen erfaringer. Som på en måte har vært positivt da.(...) Også tenker jeg at de (som deltok på pilotkurs) har bare fått en masse kunnskap, også har de egentlig ikke lært hvordan de skal gjennomføre det i praksis.»

Alle informantene forteller at de fikk litt informasjon om prosjektet før det startet opp på

sykehjemmet. Men det kommer tydelig frem at de fleste ikke forsto hva prosjektet gikk ut på etter første møtet med det. Flere av informantene forteller at de først etter kurset forsto hva metoden og prosjektet gikk ut på. Før dette visste de lite om hva prosjektleder holdt på med inne på rommene til beboerne. Det kommer tydelig frem at deltagelse på kurs skaper større forståelse og interesse for prosjektet.

«Jo jeg forsto det mye bedre etter at jeg hadde vært på kurset. Man fikk jo lissom bare en beskrivelse på hva det var, før man skulle på kurset, åsså så vi en video.» (Elin)

Prosjektleder har bevisst valgt bruken av video for å visuelt kunne kommunisere hva de arbeider med. Mye av det de opplever i sin bruk av metoden kan være vanskelig å uttrykke med ord.

«Så pleier jeg alltid å si når vi viser den¹ på foredrag eller kurs eller hva det skal være er at det som er fint med filmen er at den viser ressurser. Det er ingen som kan se at han der har demens. Fordi vi fokuserer på ressursene og det de kan. Folk kan gå lange strekninger, lage egne rytmer til musikk, ta eget initiativ. Det er så mye ressurser da. Jeg tenker at det er bare muligheter. Det er bare om å finne frem til hva den personen kan og har lyst til. Og ta utgangspunkt i det. Å det er det vi pleier å gjøre og da. Å ta utgangspunkt i det de er gode på, for å styrke liksom individet og mestringfølelsen, samtidig gi en utfordring da. Jeg tror det er viktig uansett om de har en diagnose eller ikke.(...) Samtidig så er det jo en fysisk, altså kommunikasjon er jo både synlig og usynlig. Og det er jo derfor vi også har valgt å bruke film og, som et formidlingsredskap. Fordi man igjen ved å se det forstår bedre hva det handler om. Å det får du innblikk gjennom filmene vi har laget. Det er et godt bilde av hva det dreier seg om. Absolutt om verbal- og non-verbal kommunikasjon. Fysisk og mentalt.»

Flere av informantene forteller om at de fikk se denne videoen som ble visst om prosjektet.

«Det første jeg fikk se var et videoklipp da. Jeg husker jeg tenke «Åh så flink de er og så store leddutslag». Så liksom en arm opp der og. Åsså tenkte jeg så elegant og pent å se på også. Det var en estetisk opplevelse rett og slett også. Å det med blikkontakten mellom pasienten og prosjektlederen syns jeg også var utrolig. Det syns jeg også var veldig fint.» (Anita)

Flere av informantene refererer til denne videoen og kjenner godt til sine beboere som er tatt med i denne videoen. Det er tydelig på de informantene som har sine beboere med i filmen at dette har gjort inntrykk på dem. De gir inntrykk av at de har fått en annen forståelse av beboerne sine enn den de hadde fra før. De ser en annen side av beboerne sine enn den de kjenner fra sin arbeidshverdag på avdelingen.

«Hu første som var med, hu syns at livet bare var så trist, at ho ville heller ikke leve. Det var når vi så videoen, når ho var med på ting, så såg vi faktisk at ho smilte! Å det var ikke ofte du så hu

1. Denne videoen «Bevegelse fra hjertet», gir først generell informasjon om diagnosen demens, forekomst av den og symptomer knyttet til diagnosen. Deretter forklarer den gangen i veiledningene gjennom å demonstrere dette med klipp fra ulike deltagere i prosjektet. De viser hva som foregår i «åpnefasen», i «prosessdelen» og i «lukkefasen».

smilte. Så det var veldig hyggelig opplevelse, at ho væffal hygga seg og hadde det koselig og syns kanskje det var litt rart med disse bevegelsene.(...) Åsså vet jeg at hu, når dem holdt på en stund, da vet jeg at hun begynte å huske litt av bevegelsene. Sånn jeg forsto ut fra prosjektleder da, og den videosnutten og hva prosjektleder sa. Å neida, så det var morsomt at hun kom med et smil.» (Elin)

«De visste film for de ansatte, det var flere som gråt.(...) de var så stolt av seg sjøl, og stolt av pasientan sine, jobben sin. Å opplevd det som verdige situasjoner med pasientene.» (Anita)

Jeg var interessert i hvordan de ansatte opplevde kursene, siden dette er en stor del av deres kilde til kunnskap om metoden. Jeg spurte alle informantene som hadde vært på kurs hvordan de syntes kurset var, og om det var noe de ønsket mer av eller mindre av.

Alle informantene som var med på kurs synes kurset var bra, spennende, nyttig eller interessant. På kurset får man prøve ut de ulike teknikkene to-og-to. De fleste synes dette var en fin måte å lære metoden på, at man fikk «*føle teknikken*» som Grete forklarer det.

Fire av de som hadde deltatt på kurs ønsket seg mer kursing, de følte seg usikre på metoden etter bare ett kurs¹. Cathrine forteller at dersom hun skal kunne bruke metoden på flere enn den beboeren hun er primærkontakt til så må hun ha et oppfriskningskurs. Hun benytter metoden på sin primærbeboer etter opplæring hun har fått direkte rett mot denne beboeren. Flere av informantene ønsker seg opplæring i metoden direkte på en beboer, gjerne en av sine egne beboere.

Elin ønsker også opplæring direkte på sine beboere. Hun reagerer også på at det er mye kroppskontakt i metoden og på kursene. Hun forteller også at de pratet mye om det blant de ansatte som var med på kurset, og at de syntes kurset var bra, men at det var uvant å skulle ha fysisk kontakt og ta på hverandre. Hun er også opptatt av at man må være var på at også beboere kan ha vansker med fysisk kontakt. Det er ikke alle som er komfortable med det og synes det er naturlig med kroppskontakt.

«Det var litt rart å gå på kurs. For du måtte sitte å gjøre ting. Åsså måtte du ta på en medarbeider. Selv om jeg kjente alle dem som var på kurset og vi var vi her på sykehjemmet. Den fysiske kontakten den var litt vanskelig syns jeg. Jeg kjente at jeg ble litt tilbakeholden. Men så gikk det bra etter hvert. Det tok litt tid. Jeg måtte bli, liksom å kjenne litt, å ta litt på hverandre og sånn. Det syns jeg var litt merkelig.(...) Litt skummelt ja.(...) Skulle vært morsomt å vært med prosjektleder, og vært sånn flue på veggen, å vært litt sånn i bakgrunnen. Å vært med en gang, bare for å se hvordan man utfører det med en beboer. Selv om jeg har sett det på video da. Er det litt lettere å få den inn.»

1. Slik kursformen i «Bevegelse fra hjertet» er idag er det lagt opp til et oppfølgingskurs etter seks uker. Informantene har kun vært på et Pilotkurs med kun en kursdag.

Berit forteller at det var deler av kurset hun ikke likte. Det er en del i starten av kurset som går ut på at deltakerne gjøre noen øvelser selv med øynene igjen. Man skal kjenne etter hvordan det føles på kroppen å gjøre disse øvelsene, og kjenne etter om man kjenner varme eller kulde, eller føler en spesiell farge etter øvelsene. Dette føler Berit ble for diffust, hun fikk ikke grep på det og sier hun ønsker «*mindre av det med farger, meditasjon og følelser*».

De ansattes syns på demens

Et av prosjektets mål er å endre holdninger og tilnærming man har til mennesker med demens. Jeg spurte alle informantene om de følte at prosjektet har påvirket deres syn på demens, men ingen opplevde dette. De forklarte at de hadde lært om demens under utdanning, og arbeidet tett med mennesker med demens til daglig og derfor følte de kunne nok. Mine informanter er alle faglærte, foruten en: miljøarbeideren. De andre er enten sykepleier, fysioterapeut eller hjelpepleier. Det kan tenkes at de som har stilt til intervju er de som skiller seg ut, de som faktisk har god tilnærming til mennesker med demens, eller det kan være at de ikke selv har innsikt til å vurdere om de burde hatt en bedre tilnærming eller holdning til mennesker med demens. Slik jeg opplever det er det Anita, Hilde, Grete og Elin som tydeligst gjennom sine utsagn viser at de har en god tilnærming og holdning til mennesker med demens, men dette er min tolkning, og det kan hende at de andre informantene ikke er like flinke til å uttrykke seg. Det kan også være at de nevnte informantene vet hva som er «riktige» svar på de ulike temaene og slik fremstår som ansatte med de riktige holdningene og en riktig tilnærming til mennesker med demens. Har de forberedt seg på å uttale seg i tråd med metoden? Det er vanskelig å si hva som er hva.

Prosjektleder opplever en annen hverdag, en hverdag hvor det bør være fokus på tilnærming og holdninger til mennesker med demens. Prosjektleder nevner blant annet mange ufaglærte på avdelingene som et eksempel på at mennesker med demens ikke behandles med riktig tilnærming.

«Åsså synes jeg at det er mange av personalet som har lite kunnskap om demens, som også kan være «skadelig». Det sier jeg med hermetegn. Fordi jeg merker at det er kommunikasjon med ufaglærte og mennesker med demens er. Altså enkelte situasjoner har jeg opplevd som veldig krenkende for de med demens.(...) Her en dag så var jeg sammen med en deltager i prosjektet og hun har veldig mye angst. Hun trenger å vite hvem som skal legge henne på kvelden. Og da pleier pleierne av og til å skrive det ned på en serviett, som hun kan få holde i. Det syns jeg er fint, at de kan gjøre det. For hun roer seg alltid da. Når jeg skulle komme og være sammen med henne, så var hun veldig urolig, og hun fikk stotret fram at hun trengte å vite hvem som skulle legge henne. Så gikk vi bort til pleierne, og når vi kommer bort dit, så sier hun jeg har vært sammen med at «Jeg må vite hvem som skal legge meg i kveld». Også er det ei dame, en pleier, som begynne å le, og slår seg på låret og sier at «Du stoler ikke på oss, du må stole på oss, og du må ikke være så bekymret». Også ler hun. Jeg opplevde dette som veldig krenkende i forhold til det mennesket som satt der og hadde angst. Som trengt å vite hvem som skulle være sammen med henne.»

Prosjektleder ønsker mer fokus og forståelse på mennesket bak diagnosen. Det legges også vekt på hvordan man omtaler mennesker. Når man sier «menneske med demens» ser man mer enn diagnosen, sier man «den demente» så har man «*presentert hele mennesket i diagnosen*». Diagnosen er bare en del av mennesket. Her opplever prosjektleder at det er ledelsen ved avdelingene som må ta ansvar og sette fokus på økt kunnskap om demens og holdninger til beboerne.

På Hilde sin avdeling har de hatt fokus på holdninger, og det har vært arrangert kurs om demens for alle ansatte. Det har vært et av satsningsområdene til ledelsen å ha fokus på mennesker med demens. Hilde forbinder demens med tap, og at man mister noe av seg selv:

«Mister en del av det kjente, altså fordi de glemmer så mye. De vet kanskje ikke hvem de er engang, hvorfor de er her. Veldig mye utrygghet og smerte og savn. Fordi de vet, de aller fleste. Og skjønner det, at de er har barn «Åja, jeg har det ja». Så det er nok mye det, tap av selvfølelse, veldig mye tap. Det å ikke mestre, selvbilde fullstendig. Ja det er mye det, åsså masse mer altså. Men jeg tror nok det at det er det jeg synes er verst med å bli dement. At de blir så usikre på hvem og hva og. Bare det å våkne på morran og ikke huske navnet ditt, og aldeles ikke huske hvem som kommer inn og skal hjelpe seg og sånn.»

På sykehjemmet hvor Anita kommer fra har de lang tradisjon for å ha fokus på demens og individuell omsorg. Hun mener alle fagområder kan lære noe om holdning og tilnærming fra prosjektet. Hun opplever at demens har noe med hukommelse å gjøre, men det er så mye mer enn det. Hun legger også vekt på at man må se individet og ikke generalisere alle med diagnosen demens som like.

«Først og fremst så er det det med hukommelsen, kan fortsatt være veldig veldig intelligent og smart og lur, selv om de har demens. Det er det første som slår meg, noen husker ganske bra, overraskende bra, og har kanskje mer problem med tid og sted. Noen trenger hjelp til alt selvfølgelig. Men først og fremst det med hukommelsen. Det er viktig at man ikke blir utsatt for det hele tiden. At man belaste pasientene med å påpeke at de ikke vet, ikke kan huske ting «Husker du ikke det, det har jeg sagt» og så videre. Det ser man når det kommer nye her at de glemmer sånne ting, som er helt logiske for de som har jobbet med demens lenge. At man hele tiden hjelper pasienten til å mestre, det de har mista.»

Frida opplever demens som glemsel. Men hun nevner også det å være gammel og trenge hjelp til stell.

Siv tenker på demens som det å miste mye, og å glemme. Man kan huske det som skjedde langt tilbake i tid, men ikke det som skjedde i formiddag eller i går. Hun snakker også om at demens har flere faser etter hvert som sykdommen utvikler seg.

Elin tenker også på glemsel og å ikke huske, «å glemme nye ting». Hennes første opplevelse med demens opplevde hun som skremmende. At beboere våknet om morgenen og ikke husket, at de glemte hele tiden. Hun synes det er en grusom sykdom.

Dina opplever også å ha lært mye om demens gjennom jobben. Hun visste ikke helt hva det var før hun utdannet seg til hjelpepleier i voksen alder. Hun oppdaget at demens er mye mer enn hun trodde, det har et mye større spekter. Hun opplever også at mange av symptomene på demens er like symptomer på psykisk sykdom, og opplever at mange beboere endrer adferd og personlighet ettersom sykdommen utvikler seg:

«Jeg synes veldig mange av de demente er veldig blide. Vanskelig å skille kanskje mellom demens og psykiatri. Det er vel ofte også en kombinasjon, som gjør at det kan være litt vanskelig å forstå. Men det som jeg synes er leit det er jo, vi har jo forskjellige kategorier her, fra sikkert høy til lav demens, men det er jo de som husker at de ikke husker. Det er dem liksom som jeg synes på en måte kanskje har det verst. De er jo i den fasen hvor dem begynner å oppdage at dem blir et hakk satt tilbake. Og er plassert på en institusjon. Det synes jeg kan være vanskelig. Men det går jo på glemskhet, jeg forbinder jo demens med afasi, vanskelig med å finne ordene, vanskelighet med å uttrykke seg. Vanskeligheter med å orientere seg rundt i avdelingen, kun på små enheter. Noen har også et sinne som er ukjent for, som er ukjent fra før av. Altså som sykdommen gjør. Som også gjør det utfordrende for oss pleiere, og ikke minst pårørende. Å se sine i den situasjonen.»

Cathrine tenker utrygghet og redsel når hun tenker på demens, men også på det å glemme.

Berit tenker også på det ikke å kunne huske. Hun legger til at hun opplever at mennesker med demens er hjelpeløse.

«Ofte er de jo helt bortreist ikke sant. Hvor er jeg? Hvem er jeg? Hva gjør jeg her? Kan du hjelpe meg? Helt hjelpeløs.»

Grete tenker at et menneske med demens kan være så mye, at det er mange typer demens. Hun tenker ikke først og fremst på det å glemme eller hukommelse slik som de andre informantene gjør. Hun forbinder demens mer med det praktiske som sykdommen fører til.

«Det er en som er ut av sitt sinn. Pleier jeg å si. Det er jo en sykdom, i hjernen som gjør atte en mister de vanlige normale funksjoner. Som svikter mer og mer. Tap av evner.(...) Det er jo en som, ikke klarer å mestre de dagligdagse situasjonene lenger. For å si det enkelt. På grunn av en hjernesykdom, som da ikke klarer å stelle seg.(...) Sette på kaffen lenger, vaske opp, dekke bord, smøre maten, finne frem til do. Re opp senga.(...) For dem har jo litt hukommelse, korttidsminnet som svikter først. Så klart det å ikke finne frem til do, ikke klare å vaske, det har jo med hukommelse å gjøre, på en måte det og da.»

De ansatte forbinder demens i hovedsak med hukommelse og glemsel, men tap er også noe flere er

inne på. Tap av evner, tap av minner osv. Redsel, hjelpeløshet og endret adferd og personlighet er andre element de forbinder med beboere med demens.

Ansattes bruk av metoden

Det er mye som spiller inn på hvordan de ansatte bruker metoden, og om de bruker metoden. De ansatte har gitt uttrykk for at de opplever at ledelsens holdning, vilje og prioritering blant ansatte og organisering og planlegging av arbeidsdagen spiller inn på hvor mye metoden er i bruk. Det at de ansatte ser at metoden virker, at metoden er enkel, kan integreres i arbeidshverdagen og kan skape mer tid er også med på å påvirke om de bruker metoden eller ikke. De opplever også at undervisning og kunnskap om metoden påvirker bruken, og at flere hadde brukt metoden dersom de hadde fått opplæring og oppfølging av prosjektleder direkte på sine beboere. Flere av informantene oppgir at det er en klar fordel for de ansatte at de kjenner beboerne godt og at de ser at metoden kan gi beboerne, men også de ansatte en bedre hverdag.

Årsakene til at de ansatte ikke bruker metoden er blant annet at de ikke har tid og at de er for få på jobb. De ønsker ikke å skape merarbeid for sine kollegaer, eller bruke mer tid på en beboer slik at man får mindre tid til de andre beboerne. Flere er også usikre på bruken av metoden og savner mer opplæring.

Hilde opplever at det er mye vilje som avgjør om ansatte bruker metoden eller ikke. Hun opplever at mange klager over dårlig tid og lite bemanning, men at det ikke har vært noen forandring i dette fra tidligere. Hun tror man kunne gjort jobben enda bedre dersom man var flere på jobb, men fortsatt vil det stå på viljen til de ansatte hva de ønsker å prioritere tiden sin til.

«Av og til så er det jo bare å si «Nå tar jeg meg litt tid til dette her.»(...) Litt vilje og litt innstilling.»
(Elin)

Grete opplever det samme som Hilde og Elin: hun tror absolutt man kan finne mer tid til å være sammen med beboerne og bruke metoden, men det må settes i system og noen må få ansvar for å gjøre det.

Det er ikke bare vilje fra de ansatte som kreves for å innføre en ny metode på en avdeling.

Prosjektleder og Anita er enige med de over, men opplever det er et lederansvar å prioritere hva man skal bruke tid på i en avdeling og at lederen er viktig for å skape den riktige innstilling.

«Det går på vilje. Med vilje kan man få til utrolig mye. Sånn gjør vi det å sånn skal det være, bare lederne sier det, så blir det sånn. Men det er opp til lederne, så lenge lederne ikke ser til at det blir

brukt, eller så blir det ikke noe av. Det ser man med alle disse metodene.(...) Jeg føler at folk blir kjempeglad for å få et verktøy. Det må selyfølgelig tilrettelegges. At det blir brukt og blir en del av hverdagen.«Nå går du å bruker den metoden på de to pasientene der, så går du og gjør den på de to»».

Berit opplever også at dersom man skal klare å innføre noe nytt så må det komme fra ledelsen. Men hun er opptatt av at det «ikke må prakkes på dem (de ansatte) heller». Det holder ikke at lederne bestemmer at noe skal gjøres, det må være strukturert, men det er også viktig med vilje blant de ansatte til å ville være med på nye avgjørelser.

Det er flere av de ansatte som føler seg usikre på metoden og derfor ikke har brukt den så mye. Dette opplever også prosjektleder. Hun opplever mange ansatte bruker elementer fra ulike miljøterapeutiske metoder uten å være klar over det, det trengs at det settes i system for at man skal bruke det mer aktivt og skape økt bevissthet om hvorfor man gjør ting.

«For det er mye usikkerhet tror jeg, i forhold til hvordan man, eller hva man skal gjøre. Som for eksempel det med at det er mange som har sagt på kurs, som sier at: «Jeg synes at det er litt flaut å synge». Men de merker at når de synger «Napoleon med sin hær» så går det mennesket bedre eller det blir enklere å få personen inn i dusjen, eller hva det er det skal være da. Man har liksom slike små redskaper som man benytter seg av, men så er man liksom ikke sikker på om det er helt legitimt.»

Elin opplever at hun har en liten sperre for å bruke metoden, hun er usikker på hva hun skal gjøre. Hun føler seg usikker i bruk av metoden fordi det kommer til å bli «knota og feila» mye. Hun ønsker seg opplæring fra prosjektleder slik at hun kan bli trygg på hvordan hun utfører metoden og hvordan hun skal begynne med en beboer.

«Væffal vært med en gang å sett hvordan man begynner. Så for meg væffal å få begynt, så vet jeg at da er jeg trygg på meg selv. For da trenger jeg ikke ha med noen neste gang.»

Anita opplever også at det er en terskel for de ansatte å bruke metoden: det å tørre å gi av seg selv. Men hun opplever også at det at metoden er en-til-en gjør at de ansatte kanskje kan ha enklere for å bruke denne metoden enn andre metoder.

«Å tørre, men samtidig når du er en-til-en så er du tryggere enn. Ansatte tør ikke i gruppe. Det skal veldig mye til tror jeg. At det er en-til-en inne på rommet det kan de gjøre, men ikke som gruppe.»

Cathrine har prestasjonsangst for å bruke metoden selv om det ikke skal være vanskelig å bruke den. Hun føler hun ikke kan gjøre det like godt som prosjektleder. Hun leser rapporten som prosjektleder skriver om veiledningene til beboeren, men føler at dette ikke gir så god innsikt i hvordan hun selv kan bruke metoden selv. Hun er sikker på at om hun får opplæring på konkrete beboere, eller får være med på en veiledning og se hva som foregår, så vil metoden bli mye mer

brukt.

Metoden er tenkt å være et enkelt verktøy, noe som kan brukes integrert i hverdagen når man møter mennesker med demens. Prosjektleder prøver å tilrettelegge for dette med instruksjonshefte som har øvelser og tips til gode samvær som kan brukes i alt fra fem til tyve minutter. Det viktigste er ikke at det tar lang tid. Det er små tiltak som alle kan bruke.

Elin tror også at det er lettere å gjennomføre denne metoden fordi det kan tilpasses både beboerens behov og den tiden ansatte har til rådighet. Den krever ikke utstyr eller planlegging slik mange andre metoder gjør.

«Lettere å kanskje gjennomføre det fordi det ikke er så veldig stort. Åsså er det det at man, da ikke trenger å ha en masse ting med seg inn på rommet og der var det en stol eller en seng eller, og en kassettpiller med rolig musikk. At man ikke skal ha med seg en hel haug med ting for å utføre et prosjekt. Det er bare beboeren og meg selv. Og en stol. Så man får brukt seg sjøl. Ja, så det er en stor fordel.»

Anita opplever metoden som enkel fordi man kan prøve seg frem, men du kan ikke gjøre noe feil og du kan ikke skade beboeren.

Prosjektleder opplever at metoden kan brukes til å bedre arbeidshverdagen til de ansatte så vel som hverdagen til beboerne. Et eksempel som gis er at man ved å bruke massasje og myke bevegelser kan mykgjøre stive ledd og åpne kontrakturer og slik kan man gjøre et stell enklere og på denne måten spare arbeidstid for de ansatte samtidig som man unngår at beboeren får en vond og smertefull start på dagen.

«Å få åpnet opp i kontrakturer og slikt. Det er mange som si at det har vært enklere og gjennomføre påkledning, og da vil det si at man kanskje ikke trenger å være tre stykker som tvinger klærne på. Da har man allerede skapt en forferdelig situasjon både for pleiere og beboeren. Det at det kanskje blir litt enklere og gjennomføre påkledningen da, det er jo enda en situasjon hvor man får tid, i steden for og ta tid. Å jeg tenker at ved å bruke et verktøy fra «Bevegelse fra hjertet», så kan man i enkelte tilfeller lage seg tid i stedet for at det tar tid.» (Prosjektleder)

Grete opplever at prosjektleder avlaster personalet når hun er tilstede på avdelingen. Spesielt når hun har velværedag. Hun opplever at det avlaster de ansatte fra å ha dårlig samvittighet for ikke å kunne gi beboerne all oppmerksomheten de trenger.

«For da samla ho dem inn på stua og da var dem liksom der og da hadde ho fokuset. Klart det merkes, for det er ting vi kunna gjort sjøl, men tia strekker ikke til til sånne ting.(...) Å stresssituasjoner er jo som å be om bråk mange ganger. Så det å være rolig og bruke god tid, å informere hele tiden er veldig viktig. Å det samme er det jo da, når man bruker bevegelser og stryker å, ja har musikk som roer og som demper og som avleder.»

Hun opplever at det må mer bemanning og endret organisering av hverdagen til for at de ansatte skal kunne bruke metoden mer selv. Hun har opplevd at bruk av miljøterapi og «Bevegelse fra hjertet» har skapt tid istedenfor å ta tid. I et eksempel hun gir er det en ufaglært ekstravakt som ikke fulgte tiltak som var laget i et morgenstell. Dette førte til at beboeren var urolig og krevde mer ressurser gjennom hele dagen. Tilnærmingen til beboeren hadde vært helt feil, og ført til at beboeren fikk en dårlig start på dagen. Denne følelsen skapte uro og mer arbeid for de ansatte som varte hele dagen.

«For mange (ansatte) så blir det jo en stressituasjon, og beboeren er urolig og aggressiv og stritter imot og alt er bare kræs. Så får man kanskje rapport om uro, at dem skriker og er aggressive og «bla bla bla», åsså har dem stelt og gjort det helt feil med beboeren, de som ikke kjenner beboeren, sånn som de faste ofte gjør. Så blir det liksom helt kræs. Åsså sier jeg, «Men det er jo ikke noe rart i det, at det blir sånn. Når dem gjør det helt feil» Så det i hvert fall viktig å få flest mulig til å bli kjent med de tiltakene som er satt i gang, og alle gjør det samme. Det er, det er veldig viktig.»

Anita opplever at når beboerne får verdig og god pleie og at fokuset blir på mer enn bare å dekke grunnleggende behov som mat og stell, så påvirker dette de ansatte til å være stolte av jobben sin, og til å ønske å bli bedre.

«Vi har oppskrifter på hva vi skal gjøre for at den pasienten skal ha det bra. Hvis de (ansatte) ikke har det, at man bare tenker at det er stell og mating og grunnleggende behova, så blir de lett demotivert og deprimert av å jobbe.»

Det at man kjenner beboeren oppleves både fra de ansatte og fra prosjektleder som en av fordelene de ansatte har i bruk av metoden. Prosjektleder må bruke tid på å lese seg opp om bakgrunn til beboeren og ha samtaler med pårørende og ansatte for å bli kjent med hver enkelt beboer. De ansatte har mye av denne kunnskapen fra før.

«Vi (prosjektledere) har jo en lang «Bli-kjent-periode» for å se hvordan de (beboerne) reagerer på forskjellige ting, selv om det kan forandre seg, så har personalet en kunnskap om personen, som er veldig viktig, og det er der jeg tenke at de har en fordel og et fortrinn.»

Elin opplever at metoden er nyttig for de ansatte fordi den skaper tillit mellom ansatt og beboer og det er en fin måte å bli mer kjent med beboeren på ettersom man får nærkontakt og skaper en relasjon på et annet nivå enn det man vanligvis gjør.

«Jeg tror heller at det er bedre at det er vi som er her fast kommer inn og gjør det, enn at det hele tiden kommer inn utenfra. For at vi kjenner jo de best! Dem er jo mere trygge på oss. Det vet jeg under andre situasjoner også. «Er det du som kommer. Gudskjelov for det.» Så da er det kanskje lettere når vi kommer inn så gjør et prosjekt på dem, så er det lettere å få dem med.»

Prosjektleder opplever endring hos ansatte på en av avdelingene etter at de ansatte var på kurs. Men det er ikke sikkert de ansatte selv tenker over at de endrer tilnærming etter kurset.

«At de tar seg mer tid, og er mer oppmerksomme til de som er der, er mere oppmerksom i forhold til meg og inkluderer meg mer i, at de vil at jeg skal ha flere deltager, og sånne ting, åsså spør meg i forhold til råd og tips og sånne ting. En dag så jeg en, som hadde fem minutter ekstra tid, som fikk stelte føttene til en mann der. Og det husker jeg at jeg synes var så fint. Fordi hun (den ansatte) er sånn som løper rundt hele tiden, så bare satt hun der å gjorde det, og tok seg tid. Og hadde det fint, og synes at det var så givende, og han synes det var kjempedeilig ikke sant.»

Berit bruker metoden noe selv. Spesielt i forbindelse med velværedagen og sittedans. Hun tror «dessverre ikke» at mange av de andre på sykehjemmet bruker metoden. De har det for travelt på avdelingene. Hun opplever at alle nye ting tar tid å få under huden på de ansatte. Man må være tålmodig og ikke gi opp.

Siv bruker metoden på sin primærbeboer hver morgen. Hun føler hun har behov for mer kurs dersom hun skal bruke metoden på flere. Hun kunne spesielt tenke seg å lære mer om bruk av metoden ved uro.

Elin kunne tenke seg å bruke metoden, men hun har ikke gjort det. Hun tror hun skal klare det og har kursmateriale som hun kan bruke, men det har bare ikke blitt slik. Men hun er helt overbevisst om at det kan lages tid til å bruke tyve minutter på en beboer innimellom. Man må bare planlegge arbeidsdagen og alliere seg med de andre ansatte om at man blir borte med en beboer en stund.

Grete tror de fleste vet hva metoden dreier seg om, og hun har sett flere andre som bruker element fra metoden. Hun håper at de ansatte på hennes sykehjem skal klare å ta opp metoden og videreføre den når prosjektleder avslutter prosjektet på sykehjemmet, men sier de nok må ha mer opplæring før dette. Hun forteller også at det er utskiftninger på avdelingen med jevne mellomrom, og at det derfor kan være behov for kurs innimellom slik at de nye også kan lære seg metoden. Hun sier også at hun og de andre som kan metoden har et ansvar for å lære det videre til andre ansatte. Hun opplever også at metoden underbevisst kan ha påvirket avdelingen.

«Jeg tror nok sånn, at de som jobber her kanskje bruker det litt mer sånn inne sammen med beboerne, kanskje ubevisst. Og at dem kanskje bruker litt mer musikk å, litt berøring og sånn i still å.»

Cathrine bruker metoden på sin primærbeboer. Prosjektleder har lært henne noen konkrete ting hun kan gjøre på denne beboeren, og dette følger Cathrine opp, men hun bruker ikke metoden på noen andre.

Hilde tror at flere bruker metoden på sykehjemmet hennes: de har selv tatt initiativ til å henge opp

plakater med forslag til tiltak som kan gjøres. Hun tror at den enkleste måten å motivere ansatte og få dem til å bruke metoden er at de ser at det virker. Det må være lov til at stellet tar ti minutter ekstra, slik at man får tid til å integrere metoden og se at man kan skape gode opplevelser for beboeren. Det er også viktig at det ikke tar tid fra de andre beboerne, at dersom en beboer får noe ekstra så får en annen mindre enn vanlig, eller at ens kollegaer får merarbeid fordi du bruker metoden.

«Det handler vel om som det meste annet, å motivere, informere og undervise åsså, hvorfor gjør vi det.(...) Å det aller meste får man gjennom at de ansatte synes at det er gode argumenter. Dette her går vi for. Asså dette er bra for beboeren, og jeg tar ikke livet av meg på det lissom. Det er mulig å få gjennomført, UTEN at det andre skal lide for det.»

Hilde opplever også at man med metoden bruker mye av seg selv og at man selv er aktiv. Hun opplever også at den beste motivasjonen for de ansatte er å se at det virker, og at det er godt for beboeren.

«Og at du er «her og nå», du kan på en måte ikke holde på med andre ting så mye i alle fall, når du holder på med det. For du må tenke på dine egne bevegelser, du må tenke på å få den andre med deg, du skal se på blikket.»

Mange av informantene opplever at de har det for travelt på arbeid, og at de er for lite bemanning på sykehjemmet de jobber på. Mange av dem føler at det ikke er tid til å gi mennesker med demens den ekstra oppmerksomheten de trenger. De varierer litt i hvordan de gir uttrykk for at de opplever hverdagen på avdelingen i intervjuene. De som bruker metoden finner tid til det, men de forteller også at det er for travelt til å bruke metoden. Det er vanskelig å vite hvorfor de gir uttrykk for to så ulike synspunkt om hverdagen på sykehjem. Jeg skal ikke gå nærmere inn på hva som kan være årsak til dette. Jeg velger å ta med årsaker de ansatte oppgir på hvorfor metoden er lite brukt uten å gå nærmere inn på hvorfor informantene i andre deler av intervjuet gir uttrykk for at de har tid til å bruke metoden.

Jeg vil legge til at de ansatte jeg intervjuet som har stillinger som involverer annet arbeid enn bare beboerrelaterte oppgaver på avdelingen helt tydelig har et annet inntrykk av travelhet og bemanning enn de som arbeider direkte med beboerne. Avdelingssykepleier, fysioterapeut og ledende hjelpepleier legger mye vekt på at organisering, planlegging og prioritering er viktig når det kommer til å få tid til å bruke metoden.

Prosjektleder opplever også at det er tid til å bruke metoden. Hun reiser rundt på to ulike sykehjem

hver uke¹ og ser arbeidshverdagen på de ulike avdelingene med andre øyne enn de ansatte som arbeider der daglig.

«Det er veldig mange (av de ansatte) om har dårlig tid, også er det mange som kjenner at dæm har dårlig tid og kanskje ikke har dårlig tid. For min del så ser jeg veldig mye stillesitting fra pleiepersonalet. Det med ueffektiv arbeidstid, som godt kunne vært brukt på en annen måte.»

Hilde opplever at mange ansatte klager over dårlig tid og lite bemanning, og at dette brukes som årsak når man ikke rekker å gjøre arbeidsoppgaver eller ikke får brukt metoden.

«Asså er jeg veldig opptatt av at vi har ikke noe mindre tid nå enn før. Mye er jo det samme gamle. Men det kan, og vi er jo liksom åtte timer på jobb. Men det kommer an på hva vi velger å gjøre med dem. Det er klart at bruker du en time på å klage over at du har dårlig tid, så er en time nok.»

Anita opplever også at mange skylder på dårlig tid, men hun ser at man kan organisere seg annerledes og planlegge dagen bedre, og da få til å gjøre mer enn de grunnleggende arbeidsoppgavene som stell, mat og medisiner.

Dina opplever at hverdagen på jobb er travel, og dersom man skal kunne bruke metoden mer må man tenke flere enn en-til-en. Hun opplever at det ikke er tilrettelagt for å bruke metoden en-til-en på hennes avdeling.

«Men med den type bemanning som er på dagens sykehjem i dag, så må man nok når man skal rette det ut mot personalet på en døgnavdeling, så må man tenke flere enn en-til-en.(...) Det å gå fra en halvtime og stå å danse med EN beboer på et rom. Det er SVÆRT vanskelig. I det daglige. For at det skal fungere en-til-en så må det være mer bemanning. Mer tid.»

Cathrine opplever det samme som Dina, at man trenger mer tid og mer bemanning for å bruke metoden mer. Hun føler de har for lite tid og ro til å ivareta behovene menneskene med demens har på sykehjemmet, men legger til at kunnskap om metoden også er viktig for at den skal kunne brukes mer.

Siv opplever at det skjer så mye på dagvakt, at man ikke har tid til å bruke metoden spesielt mye da, og på kveldsvakt så er bemanningen så lav at man ofte er alene med de seks beboerne hun har ansvar for. Man må organisere og planlegge for å få muligheten til å bruke metoden på kveldsvakt. Man har ansvar for mange beboere og kan ikke bare gå fra de andre.

«Sånn situasjonen er på kveldsvakt så er det jo vanskelig å få hjelp i fra en annen gruppe, for vi er jo bare en på hver gruppe, og seks beboere. Og har man et par stykker som går rundt og er urolige så har du noen som er sjalu på at noen andre får mer oppmerksomhet. Så det er ikke så lett altså. Det e ikke så lett å be noen komme inn å ta over, at man ska sitte da kanskje ti minutter, tju

1. Tilsammen har de to prosjektlederne deltagere i prosjektet de har ukentlige veiledninger for på fire ulike sykehjem.

minutter.»

Elin opplever at hverdagen er travel, men sier at man må bare ta seg tid til å gi beboerne ekstra oppmerksomhet da det er også en del av jobben deres på avdelingene.

Berit er sikker på at årsaken til at metoden ikke blir brukt på avdelingene hos henne er at hverdagen er travel for pleierne.

«Det er det at det er så stritt! For de som er pleiere, det er så stritt hver dag. Og har de fem minutt så orker de nok ikke å begynne med. Nå skal ikke jeg si at folk ikke gjør det her på huset, men jeg tviler på det. Jeg tror at de har mer enn nok med å få de ut av senga og vaska de, og kledd på de, og opp i stol. Åsså er det de skal fylle ut skjema, de skal ha lintøyrom og skyllerom og alle de tinga de har. Å det er ikke lite. Å da er det. De orker ikke mer! Dessverre. Arbeidshverdagen den er så tøff for de pleierne.»

Prosjektleder opplever at siden metoden ikke har noen begrensninger og at den kan brukes overalt så kan man lett integrere den i arbeidshverdagen.

«I og med at vi fokuserer på de ressursene hos de personene det gjelder. Og da kan man jo gjøre det hvor som helst. Uansett om man sitter på rommet, eller verandaen eller sitter inne på stua eller. Jeg tenker det er jo styrken til prosjektet at man kan gjøre det hvor som helst, når som helst, med hvem som helst.»

Prosjektleder har opplevd at en ansatt gjennom å integrere tanken om å skape velvære i et stell gav beboeren en opplevelse av at å bli smurt med krem på ryggen etter dusj «*var det beste han hadde opplevd i hele sitt LIV!*» Beboeren skulle smøres med krem på ryggen uansett, men fordi pleieren brukte litt mer tid og masserte samtidig ble denne rutinen gjort om til en god opplevelse for både beboer og pleier.

Hilde mener det ikke er vanskelig å integrere metoden i arbeidshverdagen. Hun opplever at dette er en av styrkene til metoden.

«Ja, i alle fall med dette er at det er enkelt. Det er noe en kan gjøre i hverdagen, uten at du bruker noe mere tid. Men jeg tror du bruker tia bedre.(...) Det er ikke noe vanskelig vettu, og det er ikke sånn at du liksom må sette av en time ekstra. Dette er noe vi kan gjøre i stellsituasjon, i matsituasjon.(...) Fordi det er en-til-en, men man kan legge det inn i de tidspunktene man er sammen likevel. Så sånn mener jeg at det ikke tar noe mere tid.»

Grete opplever også at metoden lett kan integreres. Hun bruker metoden i stell daglig på sine primærbeboere.

«Å det kan liksom brukes i stellsituasjon for og roe henne når ho er veldig urolig er å synge med a. De sangene som hun sang før, så er a veldig opptatt av det så går stellet mye bedre.»

Lite tid, dårlig bemanning, og usikkerhet rundt bruk av metoden er årsakene til at de ansatte ikke bruker metoden. For at metoden skal brukes mer opplever de ansatte at man må se at det virker og ha kunnskap og opplæring i metoden. Det aller beste for å øke bruken av metoden oppleves av de ansatte som at de får opplæring direkte på sine beboere. Det er positivt for metoden at den er enkel og kan integreres i hverdagen og at den kan skape tid istedenfor å ta tid.

Påvirkning på ansatte og avdelingene

Berit opplever at metoden berører de ansatte, ikke bare beboerne. Det er som *«balsam for sjelen»* for både beboer og henne selv.

Anita tenker tilbake på videoen om metoden som ble visst for de ansatte, hvor flere gråt og var rørt over å se beboerne sine i en annen situasjon enn de var vant til. En situasjon hvor de fikk oppleve mestring og fikk visst ressursene sine. Hun tror også at metoden kan gjøre de ansatte bedre til å gjøre jobben sin. De legger vekt på tilnærming og er mer bevisst hva de gjør. På hennes sykehjem har de hele tiden hatt fokus på individuell tilnærming, kultur og miljøterapi.

Siv opplever at de på hennes avdeling er flinke til å bruke tid på beboerne sine og at dette kan ha blitt enda bedre etter at prosjektet startet opp.

«På våres vakter, utan på morran møte og kveldmøte, (...). Det har jo faktisk folk reagert på, at det aldri er folk på vaktrummet hos oss. At det e monga faktisk pårørende som har sagt det. At man hela tiden sitter der og er med beboerna.»

Cathrine opplever ikke at prosjektet påvirker arbeidsdagen hennes når alt går som planlagt. Da kan hun planlegge dagen sin ut fra det tidspunktet prosjektleder skal være der, og gjøre klart beboeren til det tidspunktet. Når det blir forsinkelser, for eksempel at prosjektleder kommer sent i gang, så kan det påvirke arbeidsdagen på en slik måte at man for eksempel ikke får gitt beboeren måltidene til rett tid og at middag kan bli utsatt. Dette skaper merarbeid for henne.

Informantene oppgir ulike måter prosjektet og metoden påvirker de ansatte og avdelingen på. Det som går igjen er at prosjektleder avlaster de ansatte i en travel arbeidshverdag, og det er en ressurs for dem at noen kommer utenfra. Det er med på å skape bevissthet og inspirasjon for de ansatte, og at de kan lære av å se andre yrkesgrupper arbeide og kommunisere med mennesker med demens.

Informantene er også inne på hvordan samarbeidet med prosjektleder er med på å påvirke deres opplevelse av metoden. De fleste ønsker et nærmere samarbeid med prosjektleder, og spesielt det å kunne være med på en veiledning med en beboer de kjenner er det mange som ønsker. En av informantene, Cathrine, føler et stort behov for å vite mer om veiledningene og ønsker mer informasjon fra prosjektleder. Hun opplever tvetydige signal fra sin primærbeboer angående veiledningene, og ønsker derfor å se på dette sammen med prosjektleder.

Prosjektleder føler at det at de kommer utenfra med nye metoder og nye arbeidsformer kan være med på å endre bevisstheten til de ansatte. De opplever tilbakemeldinger på at de er en ressurs for de ansatte gjennom at de avlaster personalet:

«Selv om de på avdelingene sier at det er deilig at de kommer utenfra så tror jeg det har påvirket dem på en eller annen, eller avdelingen da, på en eller annen måte da. Det er plutselig noen som synger, det er plutselig noen som skrur av TV-en.(...) Det er noen som tar dem (beboerne) med inn på rommet og gjør massasje og dans og bevegelse, og skriver om det i brevene (rapportene¹) dagen etterpå. At man blir preget av det. Selv om man kanskje ikke utfører det selv.(...) Jeg opplever for det meste, at de syns at det er en ressurs at vi kommer.»

Anita tror det kan være både bra og dårlig at det kommer noen utenfra. Hun opplevde at mange ansatte synes det var godt at noen kom utenfra, men at dette kan føre til at de ansatte trekker seg bort og bruker tiden til å slappe av osv.

«Når kommer det noen å gjør noe, da kan vi trekke oss ut litt, gjøre mindre.»

Cathrine opplever at beboerne har en kjedelig hverdag, og at de er viktig at noen kommer og gjør det pleierne ikke rekker. Pleierne trenger avlastning for å gjøre jobben sin bedre. Det er *«flott at noen hjelper til»*.

Dina merker avlastningen godt ved at en beboer med demens er ute av avdelingen. Dette hjelper de ansatte veldig. Hun tror også at man har blitt påvirket på avdelingen av at det har kommet noen utenfra:

«Du merker atte en dement er ute fra avdelingen en halvtime.(...)Asså de som har kommet utenfra de har jo tatt bort litt for oss også. Vært til hjelp og sånne ting.(...) Avlaster også.(...) Det påvirker oss åsså se hvordan andre typer jobber. Hvordan de går inn på hver beboer og kartlegger ut fra deres behov og ønsker. Slik at de skal ha en god kvalitetstid den tiden de er sammen. Det er klart det er lærerikt for oss å se.»

Grete opplever at det at prosjektleder og andre kommer utenfra har en positiv innvirkning på både

1. Prosjektlederne skriver rapporter for hver veiledning de har med beboerne slik at de ansatte skal kunne følge med på hva som foregår på veiledningene.

beboere og avdelingen. Det er en veldig ressurs. Hun opplever også at man lærer av andre, at man blir inspirert av å se hvordan andre arbeider og hvordan metoden virker.

«Å prosjektlederen er jo i sivil. Så når det kommer noen i sivil så er det liksom, virker veldig allright. Da er dem kanskje litt mer prater, «Hallo og hei på deg» «Hva gjør du her?». Åsså i steden for å se oss her i arbeidstøyet vårt. Dem oppfører seg litt annerledes.(...) Det er jo sånn når dem får frivillige på besøk åsså, da er dem så gla når dem kommer, de kan slå av en prat. Det er noe med det. Vi haster forbi hele tiden og dem kan sitte ned å prate litt. Så det er bare positivt.(...) Det tror jeg, det blir jo ofte å gå i vanlige gamle tralten, væffal de som jobber mye og har vært her lenge. At det kommer noe nytt inn. Det er bare positivt.(...) Å det påvirker oss, det tror jeg.»

Frida opplever at det er godt for de ansatte å se at beboeren «får oppmerksomhet». Beboerne liker at det kommer noen andre, og ikke bare de vanlige kjedelige pleierne. Det er viktig at det er samme person som kommer hver gang slik at beboerne kan kjenne dem igjen.

Siv opplever at beboerne kjenner igjen pleierne også, men tror det er godt for beboerne å oppleve at det er mennesker tilstede som ikke er der hver dag, mennesker som er opptatt av andre ting enn pleierne.

Hilde tror at det at noen kom utenfra har gjort at de ansatte ikke har følt at prosjektet var enda en oppgave de ble pålagt i en travel arbeidshverdag. Hun tror at dette kan ha gjort at flere på hennes sykehjem har hatt lyst til å prøve det selv. Hun ser at det har påvirket avdelingen og at prosjektet har satt sine spor:

«Det var ikke sånn at dette blir nok en oppgave som dere skal gjøre. Både det at det var noen andre som skulle gjøre det, det frigjør jo noe av vår tid. Det gjør at vi får litt mindre dårlig samvittighet, for at vi ikke fikk til å gjøre det vi skulle med disse to. Når vi så at det virka, så tror jeg nok at både jeg og de ansatte ble enda mer positive. Og det var flere som sagt som gikk på kurs og brukte det i ettertid. Hvor mye de bruker det i dag tør jeg ikke si, men lappen henger inne på de romma væffal. Men jeg ser jo litt at det er den, at de ikke bruker de øvelsene som står der, så er det litt mer den at vi tør å bruke oss sjøl.»

Fra starten av har prosjektleder oppholdt seg mye på rommene til beboeren eller har tatt med seg beboeren ut av avdelingen under veiledningen. De opplevde at på enkelte avdelinger skapte dette avstand mellom prosjektet og de ansatte. De har vært mer bevisste på å være mer synlige når det passer for den beboeren de jobber med:

«Det blir jo veldig skjerma, sånn at da er det ingen som får med seg hva vi gjør. Så det nye nå er å være mer ute og gjøre mer ute på stua og avdelingen.(...) Det spørres hvem det er vi jobber med. Fordi, er det mye uro så er det jo, da er jo effekten borte.(...) For vår del har utfordringen vært at vi kommer også går vi. Det å få komme i gang med kommunikasjon med pleiepersonalet i forhold til hvordan har utviklinga skjedd, hvordan har utviklingen vært på veiledning.»(Prosjektleder)

Grete opplever at de på hennes avdeling er flinke til å gi tilbakemeldinger til prosjektleder og til å bruke dem aktivt når de er på avdelingen. Gjennom å samarbeide klarer de sammen å gjøre hverdagen til beboerne bedre. De lærer av hverandre.

Siv ønsker et nærmere samarbeid med prosjektleder, gjerne i form av å få delta på en veiledning.

«Jag vet inte, jag har inte sett när dom holder på med det her. Men jag hör jo musiken, jag hör jo at dom pratar.»

Frida ønsker også å få tilbud om å være med på en veiledning fordi hun synes det hadde vært spennende å se hvordan prosjektleder jobber med beboerne.

Cathrine ønsker også tettere samarbeid med prosjektleder, da hun savner å vite hva som foregår på veiledningene. Hennes beboer klarer ikke å gi uttrykk for dette selv. Hun tror at hun kan gi bedre tilbakemeldinger til prosjektleder dersom hun visste mer om hva som foregikk, så kunne de sammen ha sett på utvikling og effekt på den beboeren. Hun forsøker å lese i rapporten som prosjektleder skriver, men sier at det er mange slike rapporter man bør lese, og det er ikke alltid tid. Man skal også følge med på fysioterapeutrapport, lege- og sykepleier dokumentasjon osv. Derfor ønsker hun seg muntlig rapport etter veiledningene slik at hun har mer informasjon om sin beboer. Cathrine synes dette er spesielt viktig hos sin beboer, da hun kan gi uttrykk både for at hun liker og ikke liker veiledningene. Dette gjør at Cathrine ønsker å være med for å kunne samarbeide med prosjektleder om hva som er best for beboeren:

«Jeg vet ikke hva de gjør inne, gjør dem det som dem sa?(...)Når dem er inne på rommet ikke sant. Jeg vet ikke hva dem gjør der inne, hvilken metode bruker dem og sånn.(...) jeg blir litt sånn usikker fordi, når det står (i rapporten) at det har gått bra, hun er med, og sånn og sånn, «Åh gud, for noe tull» (sier) beboer kommer ut fra rommet sitt. Så da er det litt sånn, «Hva er det her de har gjort inne?» Hun husker ikke. Men neste gang igjen, så bare «Ja, det er greit». Eller (beboer) er veldig gla, litt sånn, det varierer(...) det som er problemet, fordi beboeren husker ikke, de glemmer veldig fort.»

«Bevegelse fra hjertet» påvirker de ansatte gjennom at de ser andre måter å arbeide med mennesker med demens på, arbeidshverdagen blir mer tverrfaglig når noen uten fra kommer med andre arbeidsmetoder og de ser sine beboere på en annen måte.

Kapittel 5. Drøfting

Jeg vil i denne delen ta for meg forskningsspørsmålene og bruke disse til å knytte empirien og datamaterialet i de meningsbærende enhetene sammen med teorien.

5.1 Hvordan opplever og erfarer de ansatte «Bevegelse fra hjertet» som miljøterapeutisk metode?

Prosjektet og metoden

De ansatte opplever at «Bevegelse fra hjertet» som metode er et godt miljøterapeutisk tiltak rettet mot mennesker med demens. Med bakgrunn i de ansattes beskrivelser av metoden finner jeg at metoden passer inn i definisjonen til Wogn-Henriksen (2007) av et miljøterapeutisk tiltak for mennesker med demens: Metoden ser mennesker med demens som mer enn sine tap og svikt,. Svikten er ikke definitiv og absolutt, men kan variere innenfor gitte grenser fra dag til dag og fra situasjon til situasjon. Samtidig har metoden til hensikt å fremme positiv bekreftelse gjennom å skape mestringsopplevelser hos beboerne, den engasjerer, skaper trygghet og gir rom for individuell tilnærming og relasjonsbygging (Jakobsen 2007). Hva de ansatte legger i et miljøterapeutisk tiltak er det ikke spurt om, men det at deres beskrivelser av metoden passer med definisjonene av et miljøterapeutisk tiltak bekrefter at de ansatte forstår hovedtanken bak miljøterapi.

Metoden er tenkt å være et verktøy for tilnærming og kommunikasjon som kan brukes for å finne individuelle måter å «nå inn til» og skape kontakt med mennesker med demens. De ansatte opplever at metoden skaper kontakt med beboerne gjennom at man bruker det som passer for hver enkelt, og det kan være alt fra bevegelse og dans til musikk eller berøring. Informantene opplever at metoden dreier seg om at man skal finne beboerens interesser og ressurser og hjelpe beboerne med å bruke kroppen sin og de ressursene de har gjennom at samværet legges til rette for hver enkelt. De skal tilrettelegge slik at beboerne føler nærhet, trygghet og ro. Det at metoden bruker element fra mange andre miljøterapeutiske tiltak oppleves som positivt fordi det er gjenkjennbart, og dette gjør det mindre fremmed for de ansatte som skal bruke metoden. Det at metoden favner så mye kan også være negativt da man ikke kan si konkret hva det er som har effekt på beboeren: Er det generelt at man gjør noe, er at beboerne får en-til-en tid, eller er det det verktøyet, for eksempel av musikk eller massasje som gir effekt? Det at metoden er så bred, og omfavner mange andre metoder, vil være en utfordring dersom det skal forskes på effekt og virkning av metoden som et miljøterapeutisk tiltak.

Det at de ansatte skal bruke metoden selv er ikke hovedfokus når informantene beskriver metoden. De fleste informantene forbinder «Bevegelse fra hjertet» med de veiledningene prosjektleder har med beboerne. Det som gjør at prosjektet skiller seg fra de andre miljøterapeutiske tiltakene er at de har fokus på tilnærming og at verktøyene som brukes er helt tilrettelagt til hvert enkelt individ. De

ansatte bruker ulike miljøterapeutiske metoder på ulike beboere og dette er i tråd med metodens fokus på individuelle tilrettelegging, men jeg opplever ikke at de ansatte reflekterer over at dette kan tolkes som å være bruk av «Bevegelse fra hjertet». De ansatte opplever at de må tenke konkret på «Bevegelse fra hjertet» når de bruker metoden. De har mindre fokus på sin egen tankegang og tilnærming til beboerne noe metoden ønsker å vektlegger.

Miljøterapi

«Bevegelse fra hjertet» inkluderer mange elementer fra andre miljøterapeutiske tiltak, da det er beboeren som er utgangspunktet for metoden og ikke hvilket verktøy man skal bruke. De ansatte tar i intervjuene opp flere andre miljøterapeutiske metoder og hvordan dette påvirker beboerne og det jeg opplever at det er tydelig at miljøterapi er godt kjent blant informantene og at flere har kurs i ulike miljøterapeutiske tiltak. Jeg er mindre sikker på hvor mye miljøterapi brukes i arbeidshverdagen. Det er kun to ansatte som bruker ulike former for miljøterapi aktivt i arbeidshverdagen og som har gjort dette siden før «Bevegelse fra hjertet» startet opp på hennes avdeling. De andre som bruker miljøterapi bruker dette på enkelte beboere eller sporadisk. Jeg opplever med bakgrunn i datamaterialet at personlig interesse for miljøterapi og at man selv har opplevd effekten av miljøterapi har mye å si for hvor aktivt miljøterapi brukes av de ansatte.

Andre miljøterapeutiske tiltak som trekkes inn som eksempel på det å bruke kroppen eller «vekke kroppen» og det å bedre fysisk funksjon er blant annet fysisk aktivitet, sittedans og fysioterapi. Dette er i tråd med tidligere forskning (Jorunn Helbostad 2005 og Heyn, Abreu & Ottenbacher 2004). I tråd med tanken til «Bevegelse fra hjertet» vektlegger Cullberg (2006) at man må kartlegge ressursområdet til pasienten for å bevare de funksjonene som ennå finnes i forkant (Cullberg 2006). Tidligere forskning viser også at trening og fysisk aktivitet kan bedre kognisjon og minske negativ adferd ved demens, men det kommer ikke frem i datamaterialet at informantene opplever dette. Informantene opplever at slike aktiviteter ofte foregår i grupper og at mennesker med demens har vansker med å fungere i grupper. Dette er også en av grunnene til at «Bevegelse fra hjertet» oppleves som et godt miljøterapeutisk tiltak, det at det foregår en-til-en med hvert enkelt individ som fokus.

Alle mennesker har behov for berøring og menneskelig kontakt, derfor er massasje og taktil berøring en form for myk og bevisst berøring som er utbredt innen demensomsorgen (Rokstad 2008). De ansatte opplever at berøring og taktil stimulering gir nærhet, ro og kroppskontakt som beboerne har utbytte av. Flere bruker massasje som metode for å roe beboere, noe som er lite

tidkrevende og som krever lite av både de ansatte og av beboerne.

Flere av de ansatte bruker sansehager og sansebord med tema knyttet til de ulike årstidene. Målet med sansehager er å bedre den daglige livskvaliteten og livsgleden til beboerne og at de skal hjelpe beboerne til å orientere seg om årstider og opprettholde ferdigheter gjennom kjente sysler etter sitt individuelle funksjonsnivå (Rokstad 2008 og Grefsrød 2002). Det er ingen som gir eksempel på at sansehager brukes til å opprettholde ferdigheter, eksemplene fra sansehagene går mer ut på at beboerne er ute og at det er ulike trær og blomster i hagen. Slik jeg opplever definisjonen av sansehager skal disse være oppbygd etter spesielle kriterier og skal fylle mer enn bare beboernes behov for å være utendørs. Det er ingen av sykehjemmene som virker å ha en sansehage som fyller disse kriteriene. Derimot er det flere av de ansatte som er kreative til å lage alternative løsninger med for eksempel sansebord slik at beboerne skal kunne bruke sine sanser innendørs for å orientere seg med årstiden. Det at «Bevegelse fra hjertet» ikke krever så mye utstyr og kan brukes overalt blir sett på som positivt av de ansatte, og sammenlignes av flere med at sansehagene kun er i bruk på sommerhalvåret eller når været er godt.

De ansatte opplever at dans, musikk og sang skaper glede hos beboerne. Regelmessig dans til rytmisk musikk stimulerer til aktivitet og gir økt sosial oppmerksomhet og bedre kroppsholdning og utholdenhet, samtidig som det kan hindre funksjons tap (Myskja 2006). Musikk fremmer sosial interaksjon (Forbes 1998), og riktig sansestimulering kan begrense uro ifølge Myskja (2006). Sittedans kombinerer både sang, dans og musikk og flere nevner at beboere har godt utbytte av både det fysiske og det sosiale aspektet ved sittedans. Formålet med sittedans er å øke trivsel mellom pasienter og ansatte, men også å bedre livskvaliteten til de eldre (Berg 2010). Jeg opplever at bruk av musikk og sittedans er de to metodene som er mest kjent og som brukes mest på avdelingene. Bruken av musikk virker på alle sykehjem å være sporadisk blant de ansatte, mens de ved tre av fire sykehjem har noen som kommer utenfra arrangerer sittedans en gang i uken. Kan det være at sittedans oppleves så positivt blant informantene og er så utbredt nettopp fordi det med denne metoden også kommer noen uten fra og avlaster de ansatte? Kan dette være noe av det samme med «Bevegelse fra hjertet», at metoden er godt likt nettopp fordi den også gagnar de ansatte gjennom at de ansatte blir avlastet?

Flere av informantene har opplevelser hvor det å bruke alternativer til beroligende medisiner kan ha effekt på beboerne, spesielt ved uro. Her nevnes aktivitet, musikk og massasje som tiltak for å bedre søvn istedenfor å bruke sovemedisiner, og at musikk og berøring kan skape følelse av trygghet og

velvære istedenfor å benytte beroligende medikamenter. Videre nevnes også at det at man gjennom å ta utgangspunkt i hver enkelt og at beboeren blir sett, får oppmerksomhet og en-til-en kontakt som kan gjøre at man kan unngå uro og heller skape ro, og dermed unngå beroligende medikamenter. Her opplever jeg at de ansatte tydelig ser at metoden virker når de ser at de kan unngå uro med å tenke tilnærming. Det er igjen tid og lite bemanning som oppgis som grunn til at de ansatte må ty til medikament fordi de ikke har kapasitet til å bruke alternative metoder for å hindre uro.

Kommunikasjon

Miljøterapi brukes til kommunikasjon og til å skape kontakt. Nystrøm og Lauritzen (2005) opplever for eksempel at dans skaper en rik og variert kommunikasjon med andre. Norberg, Melin og Asplund (2003) tenker at musikk kan også være et middel for pleiere til å oppnå kontakt med pasientene. Informantene gir uttrykk for at man må arbeide med å oppnå kontakt og respons hos mennesker med demens og at man for å få til denne kontakten og responsen må prøve seg litt frem. Kontakten og responsen man får oppleves som kommunikasjon med beboerne, med eller uten tale. Man må prøve seg frem med ulike tilnæringsmåter for å finne ut hva som passer til hver enkelt beboer. Wogn-Henriksen (2007) beskriver at miljøterapi er prøving og feiling, og at det er tidkrevende arbeid for å tilpasse både dose og type kontakt til hvert enkelt tilfelle. Flere av informantene opplever at «Bevegelse fra hjertet» er en god form for kommunikasjon og samhandling med beboerne nettopp fordi den tilrettelegges individuelt. Metoden oppleves som en ærlig måte å kommunisere på, hvor man bruker verktøy for å nå inn og skape kontakt og engasjement samt for å få respons fra beboeren. En informant uttrykker det som om at man får beboerne til å åpne seg.

Flere av informantene er inne på at «Bevegelse fra hjertet» skaper god kommunikasjon med beboerne nettopp fordi metoden tilrettelegges for å passe de enkelte personene. Det at metoden har fokus på å være en-til-en skaper også bedre forutsetning for god kommunikasjon og gjør det enklere å få kontakt med beboerne. Man bruker en «jeg-du-tilnærming» med fokus på person, ikke på diagnose (Smedby 2008). Man kan gjennom å være en-til-en ha fokuset mot det mennesket med demens erfarer som sin virkelighet og se den konteksten og den livsverden personen er i og historien til personen, slik at man best kan forstå personenes referanseramme (Normann 1999).

De ansatte opplever at det å kjenne beboeren, å vite hva de ulike individene liker, og å vite hvilke nøkler man skal bruke, er en forutsetning for å unngå og skape følelser av tap og lite mestring. Når man kjenner beboeren vet man hva man kan og ikke kan gjøre, prate om eller spørre om. Flere av

informantene opplever at beboere blir urolige og triste av at de ikke forstår hva de blir spurt om. Utfordringer i kommunikasjon med mennesker med demens kan komme av at mennesker med demens har mistet evnen til å forstå andre eller at de også har mistet evnen til å gjøre seg selv forstått (Normann 1999). Gjennom å arbeide en-til-en og å kjenne beboeren kan man tilrettelegge til den man kommuniserer med, og unngå at kommunikasjonen preges av at man prater MED og ikke TIL personen.

Mange av verktøyene i metoden bruker kroppskontakt, blant annet ved bruk av berøring eller det å gjøre øvelser gjennom å fysisk bevege beboerens armer og ben for dem. Det oppleves som viktig at man følger med på kroppsspråk og tegn på at noe oppleves som ubehagelig, da mennesker med demens har vanskelig for å uttrykke sine behov og ønsker. Noen av informantene er opptatte av at man må ha fokus på å ikke trå over beboerne intimgrensener. Slik Merleau-Ponty (1994) uttrykker det er kroppen alltid tilstede og kan også sees på som et verktøy som brukes til å kommunisere med omverdenen. Det er derfor viktig å ha fokus på mennesker med demens sitt kroppsspråk, da de ofte ikke klarer å gi klart uttrykk for sine opplevelser gjennom tale. Det oppleves av noen ansatte som viktig å følge med på kroppsspråk for å se hvordan beboerne bruker dette i kommunikasjonen, de uttrykker følelsene sine gjennom å spenne seg og bli anspente eller bli avslappet og rolige. Man må føle seg frem og tilpasse det man gjør til beboerens kroppsspråk. Det å bruke kroppen er viktig i kommunikasjon og opplevelse (Molander 1996) og mennesker med demens oppfatter antagelig mer av kroppsspråket i kommunikasjon enn av tale, samt at de fleste mennesker med demens har lettere for å uttrykke seg gjennom kroppen enn verbalt (Solheim (2009).

Mennesker med demens får en svikt i evnen til delt oppmerksomhet, det vil si at de ikke kan konsentrere seg om flere ting på en gang (Egeland 2008). Det kommer også frem i intervjuene at store fellesarrangement og gruppetilbud er mye utbredt på sykehjemmene, og at flere av beboerne ikke fungerer i grupper eller på større arrangement. Haugen (2008) er opptatt av at man må snu fokus fra tiltak som passer for alle beboere til å ta utgangspunkt i hva den enkelte beboer ønsker og trenger, og at god miljøbehandling er å lage en plan for den enkelte beboer og legge opp tiltak ut fra den. Det er tydelig utfra informantenes uttalelser at det har endel å si hvor langtkommen demenssykdommen er i forhold til hvor godt beboerne fungerer i store sammenhenger med mange mennesker. Beboerne kan fungere i grupper inntil et visst kognitivt nivå, men når sykdommen utvikler seg blir det vanskeligere med gruppeaktiviteter.

Gjennom å bruke ulike miljøterapeutiske tiltak kan man nå ulike deler av hukommelsen. Flere av de

ansatte opplever at beboerne kan huske sanger og synge hele sangtekster selv om de ikke kan kommunisere gjennom tale. Mennesker med kognitiv svikt har i stor grad mistet denne evnen til å forstå sine sanseinntrykk mentalt og er utlevert til de stimuli de mottar fra situasjon til situasjon. Ifølge Myskja (2006) er hukommelsen knyttet til musikk dessuten langt bedre for pasienter med Alzheimers enn hukommelse knyttet til det talte ord.

Kropp og kroppshukommelse

Det å tilnærme seg et menneske med demens handler om å bruke kunnskap som sitter i kroppen, å bruke den delen av individet utspiller seg i og gjennom kroppen gjennom vanemessige bevegelser og handlinger (Twigg 2010). Mennesker med demens kan kommunisere og samhandle med verden gjennom å være i verden gjennom kroppen sin (Kantos 2004). Samtlige informanter har opplevelser med miljøterapi og sine beboere knyttet til kropp og kroppshukommelse. Om det en bevisst tanke hos informantene at kroppen er mer enn det man ser og at det ikke bare er gjennom bevisstheten og det kognitive man kan uttrykke seg som individ eller om dette er refleksjoner de har gjort seg på bakgrunn av direkte spørsmål om kroppshukommelse er vanskelig å si. Det er kun én informant som tar opp det med kropp og hukommelse i intervjuet før jeg spør direkte om dette temaet.

Hukommelse kan deles i to: den intellektuelle og den emosjonelle. Den emosjonelle hukommelsen minner oss på den følelsesmessige delen av våre opplevelser og kan for eksempel knyttes til de følelser eller stemninger som musikk skaper (Solheim 2009). Noen av de ansatte har konkret opplevd at man kan bruke kroppen til å hente fram minner, og at følelser som skapes kan «henge i» utover øyeblikket og at man slik kan påvirke en beboer både positivt og negativt over tid. Man kan senere på dagen merke at beboeren har hatt en bra eller dårlig start på dagen, eller nattevakten kan merke hvordan dagen har vært. Informantene opplever, som med det meste med mennesker med demens, at det er individuelt om følelser setter seg i kroppen eller ikke. I tillegg til å fortelle at følelser kan lagres i kroppen, forteller flere av informantene om erfaringer der kroppen kan lære fysiske ting selv om man er rammet av demens.

Flere av eksemplene de ansatte kommer med i intervjuene om at beboere lærer nye ting er hentet fra opplevelser de har med sittedans eller øvelsene i «åpningsfasen» av veiledningene. Dette kan sammenlignes med det Molander (1996) kaller taus kunnskap, som Bourdieu (2005) kaller habitus og det Benner og Wrubel (2002) kaller den habituelle kroppen eller kroppslig «know how». Habitus, taus kunnskap og den habituelle kroppen er ting som oppleves som naturlig for oss, som er der selv om man ikke aktiverer det, det som er automatisert i kroppen og som er utenfor

bevissthetens rekkevidde. Et eksempel fra de ansatte på at innlært kunnskap blir en del av kroppen vår er at man opplever at beboerne kan lære å finne veien til rommet sitt med litt tid, at det går automatisk selv om de ikke bevisst oppfatter det. De ansatte har erfart at både fysiske bevegelser eller evner kommer tilbake hos beboerne, at man kan lære det på nytt, for eksempel det å vaske seg, spise selv eller å pusse tennene. Informantene forteller også om at nye øvelser eller andre fysiske bevegelser kan læres eller forbedres selv om beboerne selv ikke kognitivt forstår hva som skjer. Egeland (2008) anbefaler at man ved innlæring av nye ting hos mennesker med demens må benytte seg av det som allerede er innlært og gjøre ting på gamlemåten.

I forbindelse med læring legger flere av informantene vekt på at det kreves tilrettelegging og gjentakelse dersom mennesker med demens skal kunne lære nye ting. Ifølge Molander (1996) er også øving og gjentakelse et sentralt moment ved innlæring hos mennesker med demens. Både Molander (1996), Solheim (2009) og Egeland (2008) vektlegger at det må legges til rette og kartlegges slik at man kan gi hjelp til at beboerne kan klare å gjøre det riktig. Man må trene og gjenta slik at det setter seg i kroppen slik som for eksempel ved å gjenta øvelsene i «åpningsfasen». Egeland (2008) vektlegger også at det viktig med fokus på at det er handlingen som skal læres, ikke forståelsen av hva man gjør når man arbeider med mennesker med demens.

Siden det er lite litteratur rundt nettopp det med kropp, kroppshukommelse og mennesker med demens mener jeg dette er et område det må forskes mer på. Med bakgrunn i de opplevelsene informantene har opplever jeg tydelig at man gjennom bruk av kroppen kan skape livskvalitet hos beboerne. Alle informantene har på en eller annen måte opplevd at mennesker med demens kan huske gjennom kroppen sin, eller at kroppen til mennesker med demens kan lære nye ting. Opplevelser og følelser, både gode og vonde, huskes av kroppen til beboerne, selv om beboerne ikke husker hva som har skjedd eller kan gi uttrykk for hva de føler. Flere av informantene opplever at både gode og vonde øyeblikk kan vedvare i minutter eller timer, selv om beboeren ikke er bevisst årsaken til følelsene. For eksempel kan et godt øyeblikk på dagen kan vare til kvelden og skape en god dag med mindre uro og utrygghet for beboeren. Dette opplever jeg at bekrefter nødvendigheten av å satse på miljøterapi og arbeid med å bedre holdninger og tilnærming til mennesker med demens. Hvordan man behandler mennesker med demens har mye å si for deres livskvalitet og hverdag, da de kan huske gjennom kroppen sin, både følelser og fysiske evner kan sette seg i kroppen.

5.2 Hvordan opplever og erfarer ansatte sine beboere som er med i prosjektet eller sine beboere de selv har brukt metoden på?

De ansatte har mange eksempler om beboere de kjenner og bruk av miljøterapeutiske metoder. Disse eksemplene kommer både fra de ansattes egne erfaringer i bruk av miljøterapi og fra de ansattes opplevelser av beboere som er med i prosjektet og som får veiledning av prosjektleder.

Å se individene og tilrettelegge for dem

Individuell tilrettelegging er et sentralt tema i «Bevegelse fra hjertet», og er et tema både prosjektleder og informantene tar opp. I tråd med tanken til ”Bevegelse fra hjertet” finner Cohen-Mansfield (2001) at individuelt rettede tiltak med verktøy fra ulike tiltak er best egnet i bruk hos mennesker med demens. Det er viktig å tilby individuelle aktiviteter basert på beboernes preferanse og personlige interesse og lage system for og måter for å implementere kunnskapen om slike tiltak. Det er individet som gjelder i denne metoden, og de ansatte opplever at den individuelle tilnærmingen er en styrke for metoden.

Det at «Bevegelse fra hjertet» tilpasses hver enkelt gjør at man kan ivareta de funksjonene beboerne har. Man kan arbeide med gangfunksjon, opprettholde bevegelse i armer, evnen til å spise selv osv. Flere av informantene er inne på at å være «detektiv» eller å kartlegge den enkelte beboers funksjon, interesser og tidligere liv er nødvendig for slik å ha grunnlag for å finne verktøy som kan forhindre at beboerne blir passive og frarøvet muligheter for deltakelse i aktiviteter. Det å bruke beboernes gjenværende funksjoner er viktig for at de skal ivaretas og ikke svinne hen (Granbo og Helbostad 2006). De ansatte opplever også at det at man jobber en-til-en er en forutsetning for å kunne tilrettelegge for individet og for å kunne «se individene». Videre nevner flere av informantene at det å se hele mennesket, ikke bare la beboerne bli et romnummer, er viktig og at prosjektet er bra fordi det arbeider med å styrke gjenværende evner og ressurser beboerne har. Ved å skjerme en beboer og arbeide en-til-en unngår man at uro på avdelingen stjeler oppmerksomheten fra den beboeren som får tilrettelagt miljøterapi og man kan fokusere fullt ut på den man er sammen med. Når det gjelder individuell tilrettelegging er det ikke bare verktøyene i metoden som oppleves som at det er viktig at tilpasses hver enkelt, også tidspunkt på dagen må tilpasses hver enkelt.

”Bevegelse fra hjertet” har som hovedfokus å se mennesket og legger vekt på at det viktigste i arbeid med mennesker med demens er å ha fokus på personen i sentrum. Både Engedal og Haugen (2005) og Myskja (2006) legger vekt på at man må møte mennesker med demens ved å ta utgangspunkt i deres liv og at arbeidet med mennesker med demens må være fokusert på

personsentrert omsorg. Selv om informantene ikke bruker begrepet personsentrert demensomsorg så er det flere av dem som er inne på viktige element i dette begrepet når de snakker om at «Bevegelse fra hjertet» er individuelt tilrettelagt (Hazel, Edwards & Brooker, Edwards & Brooker 2009). Informantene opplever at metoden har fokus på velvære, å bruke de evner og ressurser beboerne har, og å gi beboeren en følelse av trygghet og å være støttet og «sett».

Samtlige informanter nevner uro som en utfordring i arbeidet med mennesker med demens. 30–50 % av alle som får en demenssykdom kan utvikle uro og aggresjon, og det trengs bedre medikamenter, men også flere kompetente mennesker i eldreomsorgen, for å minke grad av uro og aggresjon hos mennesker med demens (Feiring (2010). For mange beboere og ansatte er en bedre hverdag en hverdag med mindre uro og aggresjon. De ansatte opplever at man med mer bemanning og mer tid til å være til stede hos disse pasientene kunne man unngått en del uro og dermed sluppet unødig medisinerings slik Dietrichson (2010) også påstår.

Det er ikke bare de som er urolige og som krever oppmerksomhet som har behov for å bli sett. Flere av informantene nevner også «Bevegelse fra hjertet» som et spesielt godt tilbud til de beboerne som trenger lite stimuli og som ikke selv krever oppmerksomhet. Disse beboerne trenger også et tilbud, og gjennom å tilrettelegge individuelt og arbeide en-til-en er «Bevegelse fra hjertet» godt tilrettelagt for denne gruppen. Store arrangement og gruppetilbud blir ofte for voldsomt for de som har alvorlig demens og kan lett føre til økt uro. Kan man tenke seg at de ansatte vil oppleve mindre uro med beboerne sine dersom de bruker metoden mer, og hele hverdagen på avdelingen tilrettelegges til hvert enkelt istedenfor at hverdagen er preget av å være lagt opp til lite individualitet og aktiviteter som gruppetilbud? Høie (2005) legger vekt på nødvendigheten av at behandling av mennesker med demens må individualiseres. Det er en tankevekker at alle teorier om mennesker med demens støttet opp under individuelle tilbud og tilrettelegging, og at hverdagen fortsatt ikke er tilrettelagt slik på sykehjem idag. Dette er også en tankevekker når man vet at antallet mennesker med en demensdiagnose vil være svært økende i årene som kommer (Hjort og Waaler 2010) og man ser at tall fra 2005 viser at kun 20 % av sykehjemsplassene var tilrettelagt for mennesker med demens (Engedal 2005) og at 81 % av beboerne på sykehjem har en demenssykdom (Selbæk 2008).

Livskvalitet

Når de ansatte beskriver effekten og virkningen av metoden er dette element som er med på å skape livskvalitet hos beboerne. Hva som er effekt eller virkning av metoden er tydelig individuelt hos beboerne. Hos noen beboere kan man se utvikling og endringer over tid, for eksempel at de kan gå

bedre, spise selv, prate mer, mens hos andre beboere er de gode øyeblikkene, ro, glede, velvære, at man oppnår kontakt, at de mestrer ulike ting effekt av metoden. «Glede» og «ro» er de to ordene som flest bruker når de forteller om effekt av metoden. Det de ansatte opplever som effekt og virkning av metoden opplever jeg at er økt livskvalitet. Informantene snakker om glede, «lyse opp», gjøre godt, mestring og gode øyeblikk, dette er noe av det Solheim (2009) trekker frem som sentralt ved livskvalitet ved siden av at man bidrar til å bevare identitet, egenverd og selvstendighet, bevare ressursene, egne vaner og ferdigheter, skape ro, trygghet og mestringsfølelse samt samarbeide med sentrale personer i personen liv (her pårørende og ansatte). Rokstad, Horn, Skarstein og Stendal (1996: 120) skriver om livskvalitet:

«Det er øyeblikkets opplevelser som må være rettesnor for tolkning av hvordan en demens opplever livet sitt. Hvor en aldersdement opplever mange gode øyeblikk, vil dette gi hyppig velvære. Selv om de ikke minnes de gode øyeblikkene, vil det likevel føre til at kropp og psyke oftere slapper av og generelt øker velvære.»

De er viktig for livskvaliteten til mennesker med demens å bli møtt med forståelse, og at mennesker rundt dem, både pårørende og helsepersonell, har solide kunnskaper om demens og hvordan sykdommen utvikler seg (Engedal og Haugen 2005). Tap av mestring går igjen i intervjuene. Både ansatte og prosjektleder opplever at sykdommen fører med seg mye tap, og at hverdagen kan være preget av å ikke klare ting og ikke huske ting. Begge parter ønsker å ha fokus på mestring, å se mulighetene og ressursene fremfor tap. Det å finne mening og oppleve mestring gjennom å ha tilpassede utfordringer samt føle lykke og glede er viktig for den enkelte uavhengig av sykdom eller skade (Solheim 2009). Informantene opplever at man må arbeide individuelt med hver enkelt beboer for å skape mestringsfølelse og at man oppnår dette best gjennom å arbeide en-til-en. Det er viktig med mestringsrettet arbeid og fokus fra de ansatte for å skape glede og gode opplevelser hos beboerne. Flere av de ansatte forteller om tydelig glede hos sine beboere når de klarer noe de ikke hadde forventet og at de opplever at beboerne føler seg mer verdt når noen de blir tatt på alvor og man viser dem respekt. Mestring er et viktig element for å ha livskvalitet (Solheim 2009 og Valset 2005) og ordet mestring dukker stadig opp i intervjuene så det er tydelig at informantene ser at dette er et viktig element for å skape en god opplevelse og livskvalitet for beboerne.

Flere av informantene forteller at når man ikke husker så blir «her og nå» opplevelsene viktige. Hva som er gode øyeblikk og gode «her og nå»-opplevelser varierer fra beboer til beboer, man må kjenne dem for å skape slike situasjoner. Flere opplever at de øyeblikkene som mestringsfølelse og det å bli sett gir er viktig for mennesker med demens. Spesielt med tanke på uro opplever de ansatte at gode øyeblikk kan være med å skape ro og god stemning for beboerne.

5.3 Hvordan ansatte opplever og erfarer prosjektets undervisningsopplegg og de ansattes egen bruk av metoden?

Opplæring og kurs

Jeg opplever med bakgrunn i informantenes utsagn at kurset og filmen om metoden har skapt større forståelse og interesse for prosjektet. Av informantene hadde fem av ni deltatt på kurs i metoden og av de fem som har deltatt bruker fire av dem metoden. De informantene som har sine beboere med i filmen opplever å ha fått en annen forståelse av beboerne sine gjennom filmen. Gjennom visuelt å kunne ta del i en veiledning og se samspillet mellom prosjektleder og beboere er det tydelig at flere av informantene fikk en større forståelse for både metoden og beboerne. De informantene som var med på kurset synes det var bra, spennende, nyttig eller interessant å være med på. Det kommer frem at det er ønskelig fra informantene å få opplæring i metoden direkte på sine beboere, da de opplever at dette vil øke bruken av metoden, dette er strider med de utsagn de ansatte har om at de ansatte opplever at deres resurs i bruk av metoden er at de kjenner beboerne godt gjennom sitt arbeid.

Holdninger og syn på demens

Et av prosjektets mål er å endre holdninger og tilnærming man har til mennesker med demens. Ingen av informantene opplever at «Bevegelse fra hjertet» har påvirket deres syn på demens, men noen av informantene opplever at prosjektet har lært dem mer om arbeid med mennesker med demens og at dette underbevisst kan ha preget deres tilnærming til beboerne. Ansattes holdninger til og tro på demens sine mestringsmuligheter bedres jo høyere utdanning personalet har (Sykepleien Forskning 2009 og Kada, Nygaard, Mukesh og Geitung 2009). Prosjektleder og to av informantene opplever spesielt at stor bruk av ufaglærte innen demensomsorgen er uheldig da dette ofte gir dårlig tilnærming til beboerne. Kun to av informantene mine har høyere utdanning, Hilde og Anita, det er disse to som tydeligst uttrykker seg i tråd med teorier innenfor demensomsorg. Ingen av disse to har opplæring i metoden, men begge gir inntrykk av at de er opptatt av individuell tilnærming og at det er viktig med aktiviteter og stimulering av beboerne. Disse to på to av de sykehjemmene som virker å arbeide mest med individuelle tiltak og miljøterapi, derfor er det vanskelig å si om dette er knyttet til utdanningsnivå eller om det er kulturen ved sykehjemmet de jobber på som er årsak til holdningene som vises i intervjuene. Denne ene informanten uten fagutdanning er den informanten som gir tydeligst inntrykk av å ha minst forståelse for arbeid med mennesker med demens. Alle informantene er faste ansatte med utdanning innen helse, hvordan opplever ufaglærte og vikarer

mennesker med demens? Vil utbredt bruk av ufaglærte og vikarer kunne ha noe å si for redusert livskvalitet? Dette forteller ikke datamateriale noe om, men det kan være interessant å se nærmere på dette.

Det er stor aldersforskjell mellom ansatte og beboere på sykehjem, det kan skape misforståelser når mennesker fra to ulike generasjoner med ulike forståelse av situasjoner kommuniserer sammen. Ansattes alder har noe å si for holdningene til mennesker med demens, og ansatte over femti år har mindre tro på mennesker med demens sine mestringmuligheter og mindre personorientert holdning enn de ansatte under førti år (Kada, Nygaard, Mukesh og Geitung 2009). Jeg har ikke undersøkt alder på mine informanter så det er derfor vanskelig å si om de over femti år har dårligere holdninger til mennesker med demens enn de under femti. Jeg finner heller ingen sammenheng mellom de som har arbeidet lenge inne demensomsorg og holdninger til beboerne i forhold til de som har arbeidet kortere.

Symptomene på demens er hukommelsessvikt, sviktende språkfunksjon, angst og depresjoner, sviktende evne til å utføre praktiske handlinger, manglende evne til å gjenkjenne gjenstander samt endring i atferd (Nasjonalforeningen for folkehelsen 2007). Informantene forbinder demens i stor grad med disse symptomene. Alderdom, utrygghet og redsel, hjelpeløshet, endring av adferd og personlighet, tap av evner, redusert hukommelse og glemsel nevnes når de ansatte skal gi uttrykk for hvordan de opplever demens. Informantene er tydelige på at hvordan demensdiagnosen opptrer hos beboerne er svært individuelt. Selv om beboerne har samme diagnose er de svært ulike og har ulike behov.

Den fjerde alder er preget av økt behov for hjelp (Laslett 1991) og flere av de ansatte beskriver at beboerne er hjelpetrengende, har en hverdag preget av tap og at de er avhengige av de ansatte. Når man fratras ansvar for dagliglivets rutiner ettersom institusjonen dekker alle de grunnleggende behovene man har, og man blir underlagt strukturen på en institusjon, så skapes mer avhengighet enn nødvendig, og man blir initiativløs og passiv. Når man gjentatte ganger erfarer at man fratras kontroll og at andre tar valg for deg skapes lært hjelpeløshet, noe som fører til økt passivitet og mangel på interesse (Peterson, Mayer & Seligman 1993 og Houg 1998). Det er derfor viktig med fokus på å bevare evner og tilrettelegge slik at beboerne kan få brukt sine gjenværende ressurser i hverdagen. En av informantene nevner dette spesielt iforhold til at beboerne skal få gjøre det de kan, for eksempel vaske seg selv, kle på seg selv og så videre. Man må ha fokus på at de skal gjøre mest mulig selv, tross for at de er på institusjon. Rokstad (2008) mener at man med mennesker

med demens må ha som mål å tilrettelegge slik at den enkelte kan bruke sine ressurser maksimalt og bidra til å opprettholde selvstendighet så lenge som mulig, og at målet må tilpasses pasientens forutsetninger. Denne definisjonen av metoden er helt i tråd med det «Bevegelse fra hjertet» arbeider med. Det er viktig med fokus på holdninger for å unngå økt hjelpeløshet blant beboerne. Man kan også tenke seg at økt hjelpeløshet vil kunne skape økt følelse av tap og færre naturlige muligheter for mestringsopplevelser gjennom de daglige oppgavene i hverdagen.

Bruk av metoden

Et av målene til «Bevegelse fra hjertet» er å være et miljøterapeutisk tiltak som systematisk setter tilnærming og mennesker med demens i sentrum gjennom bruk av de ansatte innen demensomsorgen. Selbæk (2008) konkluderer med at det er et behov for systematiske programmer for å utvikle ansattes ferdigheter i miljøbehandling. Haugen (2008) mener man må være opptatt av å ivareta funksjoner og tiltak selv om ressurspersoner forsvinner, og at dette er en utfordring for mange sykehjem. Et av fremtidsmålene i prosjektet er at de ansatte skal fortsette med metoden selv om prosjektledere ikke arbeider på sykehjemmet lenger.

Både prosjektleder og flere av informantene opplever at det er en oppgave for ledelsen på sykehjemmene og på hver enkelt avdeling å se til at metoden blir implementert. Ledelsen må på banen og sette fokus på metoden og sørge for at metoden blir brukt samt at hverdagen organiseres og planlegges slik at de ansatte kan bruke metoden. Det er viktig å ivareta de ansatte slik at de selv ønsker å skape livskvalitet for beboerne (Solheim 2009). Her kommer ledelsen også inn i bildet, da de må ivareta de ansatte slik at de kan gjøre en god jobb for beboerne. Det kommer frem i intervjuene at de ansatte selv må ville bruke metoden. At ansatte får erfare at metoden ikke krever utstyr eller planlegging slik mange andre metoder krever gjør at metoden oppleves som et enkelt verktøy og er viktig for at de ansatte skal bruke metoden. Videre trenger de ansatte å oppleve at metoden kan integreres i arbeidshverdagen og at den kan tilpasses både beboerens behov og den tiden ansatte har til rådighet for at de ansatte skal ville bruke metoden. Flere av informantene har erfart at man gjennom bruk av miljøterapi og «Bevegelse fra hjertet» har skapt tid istedenfor å ta tid og at man kan integrere metoden i arbeidshverdagen om man ønsker dette. Ifølge Cohen-Mansfield, Marx, Dakheel- Ali, Regier & Thein (2010) er de mest effektive formene for stimuli blant mennesker med demens en-til-en sosialisering og individuelt tilrettelagt stimuli basert på personens selvbilde. Det anbefales at sykehjem tilrettelegger for et tilbud hvor man implementerer tid til en-til-en sosialisering for beboerne og at ansatte på sykehjem har opplæring til å utnytte de daglige aktivitetene som stell og måltider til og stimulere beboerne sosialt.

Mange av informantene føler seg usikre på metoden og savner som nevnt mer opplæring i metoden. Spesielt trekker de aller fleste informantene selv fram at de kjenner et behov for praktisk opplæring av metoden direkte på de beboerne de skal bruke metoden på. Man lærer best gjennom praksis (Molander 1996), og kurset i metoden er nå lagt opp til at deltagerne på kurs får prøve ut de ulike teknikkene på hverandre i praksis, samt at de mellom de to kurs dagene skal prøve metoden på en beboer. Målet er at man gjennom praktisk bruk av metoden skal kunne dele erfaringer rundt dette og lære mer med bakgrunn i de erfaringer deltagerne på kurs selv har gjort seg.

Det varierer litt hvordan de ulike informantene gir uttrykk for at de opplever hverdagen på avdelingen i intervjuene. Noen opplever det fryktelig travelt og lite fleksibelt, andre opplever at hverdagen er travel, men at man kan tilrettelegge og organisere seg slik at man får tid til å bruke metoden. Et par av informantene opplever at mange skylder på dårlig tid, men at man med enkle organisatoriske grep og planlegging kan skape tid til det meste. Gjennomgående er at informantene opplever at mennesker med demens trenger mer tid og mer oppmerksomhet enn det det er vanlig å tilrettelegge for på sykehjem. Det er i hovedsak lite tid, dårlig bemanning og usikkerhet rundt bruk av metoden som er årsakene til at de ansatte ikke bruker metoden. Det å ta med seg en beboer ut av avdelingen er med på å skape merarbeid for sine kollegaer, og det at man bruker mer tid på en beboer kan føre til at man får mindre tid til de andre beboerne på avdelingen. Mange av informantene opplever at de har det for travelt på arbeid og at de er for lite bemanning på sykehjemmet de jobber på. Østby (2006) finner at gjennomsnittsalder og pleiebehov er stadig stigende blant pasientene ved sykehjemmene, samtidig som bevilgning av midler og kompetanse til sykehjemmene går i motsatt retning. Dette er i samsvar med at noen av informantene opplever arbeidshverdagen som mer travel enn tidligere.

Gjennom å kjenne beboerne fra før har de ansatte en fordel med at de har kunnskap om beboerne som de kan benytte seg av når de bruker metoden. De har en forkunnskap om hvordan man skal kommunisere med beboerne og eventuelle utfordringer beboerne har med å forstå og oppfatte det som blir sagt, som nedsatt syn og hørsel, manglende konsentrasjon og behov for tid til å bearbeide det som blir sagt. Fokus og refleksjon rundt det man gjør er viktig, og Solheim (2009) er opptatt av at man i kommunikasjon med andre må arbeide med å bli kjent med seg selv, og arbeide med å bli bevisst sin egen adferd og oppførsel som kan påvirke menneskene rundt en. Dersom man ikke har riktig tilnærming til en beboer vil dette for eksempel kunne forsterke uro og følelse av tap. Flere av informantene opplever at metoden kan skape tillit mellom ansatt og beboer og det er en fin måte å

bli mer kjent med beboeren på ettersom man får nærkontakt og skaper en relasjon på et annet nivå enn det man vanligvis gjør.

Berører og påvirker de ansatte

Det som går igjen i intervjuene er at prosjektleder avlaster de ansatte i en travel arbeids hverdag, og det oppleves som en ressurs for de ansatte at noen kommer utenfra. Informantene er også inne på hvordan samarbeidet med prosjektledere er med på å påvirke deres opplevelse av metoden. De fleste ønsker et nærmere samarbeid med prosjektleder. Prosjektet er med på å skape bevissthet og inspirasjon for de ansatte, og at de kan lære av å se andre yrkesgrupper arbeide og kommunisere med mennesker med demens. Spesielt trekker flere frem velværedagen, siden prosjektleder da har med mange beboere som da har fokus på henne, og de ansatte at de avlastes og slipper å ha dårlig samvittighet fordi de ikke har mulighet til å gi beboerne all oppmerksomheten de trenger. En av informantene tror de er blitt flinkere på hennes avdeling til å bruke tid på beboerne sine etter at prosjektet startet opp, og de er mer opptatt av å skape livskvalitet og mestringsituasjoner.

De ansatte opplever at beboerne har en kjedelig hverdag, og at det derfor er viktig at noen kommer og gjør det pleierne ikke rekker. En undersøkelse viser at aktivitetstilbud og rehabilitering er tilnærmet fraværende på sykehjem (Østby (2006)). Mitt inntrykk er at de hadde en rekke aktivitetstilbud på alle sykehjemmene jeg var på og det kan tenkes at SKBO har et større fokus på aktivitetstilbud enn hva sykehjemmene i Østby sin undersøkelse har. De ansatte opplever likevel at tilbudet er for lite for de beboerne som har en demensdiagnose.

Kapittel 6. Oppsummering og avsluttende refleksjoner

Målet med denne masteroppgaven var å få innblikk i hvordan de ansatte som arbeider ved sykehjem knyttet til «Bevegelse fra hjertet» opplever og erfarer prosjektet og metoden. Det er gjort ni semistrukturerte intervju av ansatte ved sykehjem som har deltatt i prosjektet. Det har vært de ansattes subjektive tanker rundt «Bevegelse fra hjertet», som har vært i fokus. Det som har vært sentralt i denne masteroppgaven har vært å se på hvordan ansatte har opplevd og erfart «Bevegelse fra hjertet» både som prosjekt drevet av prosjektleder og som metode i bruk hos mennesker med demens. Datamaterialet har gitt en forståelse både av hvordan de ansatte har opplevd selve prosjektet og metoden, men også hvordan de har opplevd metoden i bruk på beboere de kjenner og hvordan de selv erfarer å bruke metoden. Datamaterialet har åpnet for å se på ulike tema knyttet til mennesker med demens, og ulike miljøterapeutiske metoder, kommunikasjon, livskvalitet og kroppens hukommelse har vært sentrale tema. Datamaterialet har også åpnet for å se mer på hva

som skal til for at de ansatte skal bruke metoden mer og hvordan metoden påvirker avdelingen og de ansatte.

«Bevegelse fra hjertet» er en del av Regjeringens satsningsområde innen demensomsorgen gjennom Demensplan 2015 «Den gode dagen», hvor aktiviteter og stimulering til meningsfylte hverdager og gode opplevelser er et av satsningsområdene. Jeg opplever gjennom de ansattes beskrivelser at «Bevegelse fra hjertet» nettopp gir meningsfylte hverdager og gode opplevelser gjennom at metoden tilrettelegger for hver enkelt og tar utgangspunkt i de ressurser og behov hver enkelt beboer har. Jeg opplever videre at de ansatte gir inntrykk av at livskvaliteten til beboerne bedres gjennom at man tar utgangspunkt i hvert enkelt individ og å bruker ulike miljøterapeutisk tiltak og tilpasser alt til hver enkelt beboer. Min oppfatning er at det ikke er noe stort skille mellom det de prosjektansvarlige legger i metoden og det de ansatte opplever at er hovedtrekk ved metoden. De ansatte er godt kjent med tankene og målene til «Bevegelse fra hjertet», selv om ikke alle informantene bruker metoden aktivt.

Metoden har stort fokus på holdninger og tilnæringsmåter i møtet med mennesker med demens, og prosjektet retter seg mot undervisning av ansatte innen demensomsorgen. Selv om mange av de ansatte gir uttrykk for å sette beboeren i sentrum og uttrykker at de har gode holdninger til mennesker med demens så opplever jeg at det fortsatt er viktig å arbeide mer med holdninger og tilnærming blant de ansatte.

Siden alle sykehjem drevet av SKBO er representert blant de ansatte i undersøkelsen og det er to ansatte fra hvert sykehjem opplever jeg at jeg kan generalisere mine funn til å gjelde alle ansatte ved sykehjem drevet av SKBO. Jeg har gjennom arbeidet med datamateriale tenkt mye på om informantenes utsagn kan være påvirket av måten de ble rekruttert på. Har det noe å si for motivasjon til å delta at de ble spurt av kontaktpersoner ved sykehjemmet sitt og at kontaktpersonene har blitt oppfordret til å være behjelpelige med rekruttering av SKBO? Er det at de ansatte ser på prosjektet som en avlastning og en ressurs og slik gagnar dem selv årsak til at de oppgir at metoden er positiv? Disse spørsmål vil jeg aldri med sikkerhet få svar på, men jeg opplever at informantene er ærlige i sine svar og at de også har tenkt på beboernes beste når de har blitt intervjuet.

De ansatte opplever at «Bevegelse fra hjertet» som prosjekt og metode er godt tilpasset mennesker med demens og at det er et godt tilskudd til miljøbehandling av beboerne. De er positive til selv å

bruke metoden og ønsker mer opplæring i metoden for slik å øke bruken av den. Metoden beskrives som noe som er godt for beboeren og som skaper livskvalitet. Det at metoden tilpasses hver enkelt og slik kan bruke element fra andre miljøterapeutiske tiltak oppleves som positivt og gjør at metoden er godt egnet til de fleste beboerne. Metoden oppleves som en god måte å skape kommunikasjon og kontakt med beboerne på. De ansatte erfarer også at metoden aktivt bruker kroppens hukommelse, både i form av at man kan lære beboerne nye fysiske ting og at man kan skape gode øyeblikk her og nå som setter seg i kroppen som følelser.

«Bevegelse fra hjertet» oppleves av de ansatte å ha de element som er viktige i arbeidet med mennesker med demens. I arbeidet med miljøterapi opplever de det som viktig å ha fokus på individuell tilrettelegging, at man arbeider en-til-en og man skaper livskvalitet gjennom å fokusere på det som er viktig for hver enkelt beboer. De ansatte er opptatte av at man gjennom å arbeide med å bli kjent med hver enkelt kan skape mestring, ro og gode øyeblikk, som igjen kan skape glede og livskvalitet for den enkelte beboer.

Prosjektet og metoden oppleves av de ansatte som et positivt tilskudd innen demensomsorgen. For at ansatte skal bruke metoden mer kreves det engasjement fra ledelsen og det er også viktig at ansatte får erfare det som er positivt med metoden: At metoden er enkel å bruke, ikke krever utstyr eller planlegging, kan integreres i arbeidshverdagen og kan tilpasses både beboerens behov og den tiden ansatte har til rådighet. Oppfølging og veiledning av de ansatte er også viktig for å øke bruken. «Bevegelse fra hjertet» påvirker de ansatte og avdelingen gjennom å gi nye impulser, og underbevisst skaper den fokus på miljøterapi og nødvendigheten av å se beboerne som enkeltindivid.

Jeg har ikke spurt beboerne selv hvordan de opplever «Bevegelse fra hjertet», men det hadde vært interessant å undersøke dette for å se om det er samsvar mellom den opplevelsen de ansatte har og den opplevelsen beboerne har av metoden. De ansatte opplever at metoden er bra i bruk hos mennesker med demens siden den har fokus på hvert enkelt individ og dennes behov istedenfor på et konkret verktøy man bruker. Flere av informantene opplever at denne metoden omfatter mer enn de andre miljøterapeutiske tiltakene de er kjent med.

Mine erfaringer etter intervjuene er at sykehjemmene med fordel kan arbeide mer personsentrert. Slik jeg tolker informantenes utsagn er hverdagen preget av rutiner, og jeg opplever at prosjektet forsterker det individuelle fokuset ved avdelingene. Jeg har også inntrykk av at det med fordel

kunne vært enda mer fokus på miljøterapi og individuell tilrettelegging i sykehjemshverdagen enn hva det er i dag. Før datainnsamlingen hadde jeg tanker om at det kunne være motstand mot endringer på avdelingene. Denne tanken er blitt avkreftet etter intervjuene. De ansatte opplever tvert imot at det er en ressurs og at det virker avlastende at prosjektet drives på avdelingen. Dette opplever jeg at er en av de faktorer som har vært viktig for den positive opplevelsen de ansatte har av prosjektet. Jeg hadde før intervjuene forventet at bruken av metoden blant de ansatte selv ikke var så utbredt, men dette visste seg heller ikke å stemme. Av de ni jeg intervjuet var det seks som fortalte at de bruker metoden i større eller mindre grad. Alle informantene oppgir at de ønsker å bruke metoden, men usikkerhet når det gjelder bruk av metoden, dårlig tid og lite bemanning brukes i hovedsak som årsak til at de ikke bruker metoden mer. Jeg hadde også tanker før innsamling av data om at de ansatte kunne føle irritasjon over at det kom noen utenfra som ville innføre noe nytt, men dette ble også avkreftet da de ansatte opplever at det er en ressurs både for dem og for beboerne at det kommer noen uten fra. Det skaper nye impulser, inspirerer og gjør at de ansatte lærer av hvordan andre arbeider med demens, samtidig som beboerne har godt av å forholde seg til flere enn pleierne. Det understrekes at det er viktig at de som kommer uten fra er de samme personene hver gang.

Jeg var interessert i å høre hvordan de ansatte opplevde beboerne som metoden brukes på. Jeg syns jeg fikk mye informasjon gjennom informantenes historier om beboerne. Det kom frem både tanker om effekt og virkning av metoden, samt hva det er med metoden som er så bra for mennesker med demens. Som effekt og virkning opplever de ansatte som alt fra gode øyeblikk, glede, bedret gangfunksjon og evnen til å gjøre ting selv, for eksempel å spise selv.

Med bakgrunn i den informasjonen jeg har tilegnet meg gjennom arbeid med teori og empiri i oppgaven opplever jeg at «Bevegelse fra hjertet» kan gjøre en forskjell for mennesker med demens som bor på sykehjem, og jeg har tro på at det går an å lære bort metoden fordi den er lett og enkel i bruk. Dersom de ansatte får mer veiledning og undervisning direkte på sine beboere kan de integrere metoden som en del av arbeidshverdagen og slik bedre hverdagen på sykehjem både for seg selv, men også for beboerne gjennom et økt fokus på individuell tilrettelegging.

Referanser

Abbott RD, White LR & Ross GW (2004) Walking and dementia in physically capable elderly men. *Journal of the American Medical Association* 292: 1447 – 53

Benner, P & Wrubel J (2002) *Omsorgens betydning i sygepleje- Stress og mestring ved sundhed og sygdom*. København: Munksgaard, 1 utgave, 2 opplag

Berg, LS (2010) Best i test. *Sykepleien* 9; 32-34

Berger, PL & Luckmann, T (2006) *Den samfunnsskapte virkelighet*. Bergen: Fagbokforlaget AS.

Bourdieu, P (2005) Belief and the body I: Fraser, M & Grec, M (red) *The Body- a reader*. New York: Routledge

Breien, AT, Lillesveen, B & Brækhus, A (2002) Demensutredning i primærhelsetjeneste- Kartleggingsverktøy til bruk i pleie- og omsorgstjenesten, *Sykepleien* 21

Cohen-Mansfield, J, Marx, MS, Dakheel- Ali, M, Regier & NG, Thein, K (2010) Can Persons With Dementia Be Engaged With Stimuli? *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 18: 4, 351-365

Cohen-Mansfield J (2001) Nonpharmacological interventions for inappropriate behaviors in dementia: A summary, review, and critique. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9 (4), 361-381

Cullberg, J (2003) *Dynamisk psykiatri*. Oslo: Tano Aschehoug, 5 utgave, 3 opplag.

Dalen, M (2004) *Intervju som forskningsmetode- en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Dalland, O (2004) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 3.utgave, 4. opplag

Dietrichson, S (2010) Økt oppmerksomhet gir mindre uro hos personer med demens.

www.sykepleien.no (30.09.2010)

Egeland, J (2008) Hukommelse ved demens- ny viten om tidlig diagnostikk og behandlingsmuligheter. I: Krüger, RME (red) *Å leve med demens- erfaringsbasert utvikling av tilbud*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse

Ekern, L (2005) Sårbarhetens svøpe, *Forskningsetikk*, 3

Engedal, K (2009) "Personer med demens" (Sist oppdatert: 23. mars 2009). De nasjonale forskningsetiske komiteer. [Online]. Tilgjengelig på <http://etikkom.no/no/FBIB/Temaer/Forskning-pa-bestemte-grupper/Personer-med-demens/>. [Lastet 24.mars 2010].

Engedal, K og Haugen, PK (1993) Klinisk demensvurdering (KDV). Oslo/Tønsberg: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens

Engedal, K og Haugen, PK (2000) *Mini Mental Status*. Oslo: Novartis

Engedal, K & Haugen PK (2005) *Lærebok demens- Fakta og utfordringer*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse

Feil, N (2002) *The Validation Breakthrough. Simple Techniques for Communicating with People with «Alzheimer's- Type Dementia»*. Maryland: Health Professions Press, Inc. 2 utgave.

Feiring, E (2010) Oppmerksomhet like bra som medisin. *Tidsskriftet Norsk Legeforening* nr 18:130

Ferri, CP, Prince, M, Brayne, C, Brodaty, H, Fratiglioni, L & Ganguli, (2005) Global prevalence of dementia: A Delphi consensus study. *Lancet* 366: 2112-2117.

Forbes, DA (1998) Strategies for managing behavioural symptomatology associated with dementia of the Alzheimer type: a systematic overview. *Canadian Journal of Nursing research*. 30(2):67-86.

Garsjø, O (2003) *Institusjon som hjem og arbeidsplass- et bidrag til institusjonsfaglig kompetanse*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Garsjø, O (2008) *Institusjon som hjem og arbeidsplass- et arbeidstaker- og brukerperspektiv*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Gilje, N & Grimen, H (1993) *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger : innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget

Granbo, R og Helbostad, J (2006) Hvordan ivareta sykehjemsbeboeres behov for bevegelse? *Tidsskriftet Norsk Lægeforening* 126:1934-6

Grefsrød, EE (2002) *Eldres liv og hagens visdom : formgivning av terapeutiske hager for personer med demens*. Tønsberg: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens

Hauge, S (2008) Identitet og kvardagsliv i sjukeheimen. I: S. Hauge & F. F. Jacobsen, (Red) *Hjem- Eldre og hjemlighet*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Hauge, S & Jacobsen, FF (2008) *Hjem- Eldre og hjemlighet*, Oslo: Cappelen Damm AS.

Haugen, PK (2008) To skritt fem og på stedet hvil?- Demens og miljøbehandling i institusjon gjennom 30 år. I: Krüger RME (red) *Å leve med demens- Erfaringsbasert utvikling av tilbud. Til Arnfinn Eek på 60- års dagen*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse

Hazel, M, Edwards P & Brooker, D (2009) *Enriched Care Planning for People with Dementia. A Good Practice Guide for Delivering Person- Centered Dementia Care*. London: Jessica Kingsley Publishers

Helbostad JL (2005) Fysisk trening av sykehjemsbeboere. Har det noen hensikt? *Tidsskriftet Norsk Lægeforening* 125:1195-7

Helbostad, JL, Taraldsen, K & Slatvedt, I (2009) Kapittel 20: Demens I: Bahr, R (red) *Aktivitetshandboken- Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Helsedirektoratet

Helse- og omsorgsdepartementet (2006) *Stortingsmelding nr 25: Mestring, mulighet og mening. Framtidas utfordringer*.

Helse- og omsorgsdepartementet (2007) *Delplan til Omsorgsplan 2015. Demensplan 2015- "Den gode dagen"*

Helse- og omsorgsdepartementet: *Kommunehelsetjenesteloven (LOV 2009-12-11-130)*

Hellström I, Nolan M, Nord, Eilertsen Bjerkheimfelt L & Lundh U (2007) Ethical and Methodological Issues in Interviewing Persons With Dementia, *Nurse Ethics* 14;608, 13p

Heyn, P, Abreu, BC, & Ottenbacher, KJ (2004) The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: A meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85, 1694-1704.

Hill, H (2006). Dance therapy as person- centred care. I: Koch, SC & Braüninger, I (Red.) *Advances in dance/ movement therapy - Theoretical Perspectives and Empirical Findings*. (p 166-176). Berlin: Logos Verlag

Hjort, PF (2002) Legens ansvar for kulturen på sykehjem. *Tidsskriftet Norsk Lægeforening* nr. 16,122: 1586–8

Hjort, PF & Waaler, HT (2010) Demens frem mot 2050. *Tidsskriftet Norsk Lægeforening* nr 13-14; 130

Houg, T, (1998) *Med Goffman på sykehjem- En studie av pasienters verdighetsarbeid*. Universitet i Oslo.

Hummelvoll, KJ (2004) *Helt- ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Akademiske

Høgaas, S & Skjønberg JE (2009) Bevegelse fra hjertet. *På spissen* 1; 22-23

Høgaas, S & Skjønberg JE (2009) *Sittedans i demensomsorgen- danseglede på stol*. Oslo: Kirkens bymisjon, Pårørendeskolen i Oslo

Høie, J (2005) Sykehjemmenes roller og legens oppgave. *Tidsskriftet Norsk Lægeforening* 125:1009-10

Instruksjonshefte- Bevegelse fra hjertet. Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo

Jakobsen, R (2007) *Ikke alle vil spille bingo: om teori og praksis i demensomsorg på sykehjem*. Bergen: Fagbokforlaget

Jakobsen, SE (2008) Vi skal forske på sårbare grupper, *Forskningsetikk* 4

Jacobsen, M. & Kristiansen, S., (2002) *Erving Goffman. Sociologien om det elementære livs sociale former*, København: Hans Reitzels Forlag A/S.

Kada S, Nygaard HA, Mukesh BN & Geitung JT. (2009) Staff attitudes towards institutionalised dementia residents. *Journal of Clinical Nursing*, 18:2383-92.

Kantos, P (2004) Ethnographic reflections on selfhood, embodiment and Alzheimer's disease. *Aging and Society* 24:6:829-849

Kantos, P (2005) Embodied selfhood in Alzheimer's disease: Rethinking person-centered care. *Dementia* 4:553

Kibsgaard Larsen, F (2008) Personer med utviklingshemning og demens. I: Rokstad, AMM og Smedby, KL (red.) *Personer med demens- Møte og samhandling*. Oslo: Akribe AS

Kitwood, T (2006) *Dementia reconsidered: The person comes first*. Maidenhead, Berkshire, UK: Open University Press/McGraw-Hill Education.

Knudtsen, MS, Holmen, J & Håpnes, O (2005) Hva vet vi om kulturdeltagelse og helse? *Tidsskriftet Norsk Lægeforening* nr 24 125;3418-20

Kvale, S (2001) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Lautenschlager, NT, (2008) Effect of Physical Activity on Cognitive Function in Older Adults at

Risk for Alzheimer Disease. *Journal of American Medical Association*. 300 (9): 1027- 1037.

Laslett, P (1991) *A fresh map of life: the emergence of the Third Age*, Harvard University Press.

Magasin fra Kirkens Bymisjon 2/2007: *Bymisjon*

Malterud, K (2006) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning- en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget AS. 3.opplag

Merleau-Ponty, M (1994) *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax forlag A/S

Moe, S (2001) Bevegelse i tid og rom. *Fysioterapeuten* nr. 6

Molander, B (1996) *Kunnskap i handling*. Gøteborg: Bokforlaget Diadalos AS

Myskja, A 2006. *Den siste song- sang og musikk som støtte i rehabilitering og lindrende behandling*. Bergen: Fagbokforlaget.

Nasjonalforeningen for folkehelsen (2007) Brosjyre: «*Demens*»

Norberg, A, Melin, E & Asplund, K (2003) Reactions to music, touch and object presentation in the final stage of dementia: An exploratory study. *International Journal of Nursing Studies*, 40:5, 473–479.

Nord, R, Eilertsen, G & Bjerkheim, T (red) (2005) *Eldre i en brytningstid*. Oslo: Gyldendal Akademiske

Normann, HK (1999) Kommunikasjon med personer med alvorlig aldersdemens. *Fysioterapeuten* nr 10, 15-18.

Nygaard, HA (2002) Sykehjemmet som medisinsk institusjon – et fatamorgana. *Tidsskriftet Norsk Lægeforening* 122:823-5

Nygaard, HA (2007) Jeg tenker, altså er jeg- Hjelp meg å huske. Muligheter med pilleløse tiltak? I:

Krüger, RME (Red) *Det går an! Muligheter i miljøterapi*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse

Nyström, K (2002) *Dans på gränsen: demensdrabbades kommunikation i dansterapi*. Stockholm: Pedagogiska institutionen, Stockholms universitet

Nyström, K & Lauritzen SO (2005) Expressive bodies: dementes persons' communication in a dance therapy context. *Health* (London) 9;297

Peterson C, Maier, S & Seligman, M (1993) *Learned helplessness- A theory for the Age of Personal Control*. New York: Oxford University Press, Inc.

Pasientrettighetsloven, Helse og Sosialdepartementet

På spissen 1-2009 (www.norskedansekunstrene.no)

Ringdal, K (2007) *Enhet og mangfold- Samfunnsvitenskaplig forskning og kvantitativ metode*
Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS

Rokstad, AMM (2008) «Miljøbehandling» I: Rokstad, AMM og Smedby, KL (red.) *Personer med demens- Møte og samhandling*. Oslo: Akribe AS

Rokstad, AMM, Horn B, Skarstein, S & Stendal, LH (1996) *Aldersdemens. Kommunikasjon på kollisjonskurs. Når atferd blir vanskelig å mestre*. Sem: INFO- banken

Rokstad, AMM & Smebye KL (red) (2008) *Personer med demens- Møte og samhandling*. Oslo: Akribe AS

Selbæk, G. (2006) Demens- behov for et kvalitetsløft. *Tidsskrift Norsk Lægeforening* 126:1892

Selbæk, G (2008) *Behavioural and psychological symptoms of dementia in Norwegian nursing homes - prevalence, course and association with psychotropic drug use* Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet

Simonsen, S & Nylenna M (2005) *Helseforskningsrett: den rettslige regulering av medisinsk og*

helsefaglig forskning Oslo: Gyldendal akademiske

Smedby, KL (2008) «Å møte personer med demens» I: Rokstad, AMM & Smedby, KL (red) *Personer med demens- Møte og samhandling*. Oslo: Akribe AS

Solheim, K (2009) *Demensguide- Holdninger og handlinger i demensomsorgen*. Oslo: Universitetsforlaget. 2. utgave

Sosial- og helsedirektoratet, *Rapport IS- 1486 «Glemsk- men ikke glemt»*

Sosial- og helsedepartementet (1999) *Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjeneste- analyse av alders- og sykehjemsfunksjoner*.

Store Norske Leksikon (www.snl.no) 19.10.2010

Strandli, EHA (2008) Ut av isolasjonen- Inn på tunet- Alternative arenaer for livsutfoldelse tilrettelagt for personer med demens. I: Krüger, RME (red) *Å leve med demens- Erfaringsbasert utvikling av tilbud. Til Arnfinn Eek på 60- års dagen*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse

Sykepleien Forskning (2009) Sykehjemsansattes holdninger til pasienter med demens. Nr 4(3) 232:233

Sætre, A (2009) *Dyseleksi og selvoppfatning- en kvalitativ intervjuundersøkelse*. Trondheim: Doktorgradsavhandling ved NTNU

Thagaard, T (2009) *Systematikk og innlevelse- En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, 3 utgave.

Twigg, J (2010) Clothing and dementia: A neglected dimension? *Journal of Aging Studies* 24. 223-230

Valset, S (2005) Eldres livskvalitet og samfunnets rammefaktorer I: Nord, R, Eilertsen, G & Bjerkheim T, (red) *Eldre i en brytningstid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Weber, M (1990) *Makt og byråkrati: essays om politikk og klasse, samfunnsforskning og verdier*. Oslo: Gyldendal, 2. utgave

Wogn-Henriksen, K (2007) «Det må da gå an å ha det godt selv om man er glemsk!- Miljøbehandling i demensomsorgen» I: Krüger, RME (red) *Det går an!- Muligheter i miljøterapi*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse. s 18-35

Østby, BA (2006) Lite aktivt på sykehjem, *Sykepleien.no*, 24.03.2006

www.bymisjon.no/Prosjekter/Sittedans-i-demensomsorgen/ (19.10.2010)

www.bymisjon.no/Prosjekter/Bevegelse-fra-hjertet2/Den-gode-dagen/ (19.10.2010)

www.undervisningssykehjem.no (19.10.2010)

Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv til SKBO og kontaktpersoner

**Informasjon om mastergradsprosjektet til SKBO og sykehjem knyttet til
«Bevegelse fra hjertet»**

Jeg er masterstudent ved Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap (ISH) ved Norges Tekniske og Naturvitenskaplige Universitet (NTNU) i Trondheim. Jeg ønsker i masteroppgaven min å se på hvordan helse- og pleiepersonell ved avdelinger som er med i prosjektet «Bevegelse fra hjertet» opplever denne metoden i bruk hos beboere på sykehjem som er rammet av demens.

Med dette informasjonsskrivet vil jeg informere dere om undersøkelsen jeg ønsker å utføre med bakgrunn i det pågående prosjektet «Bevegelse fra hjertet». Her ønsker jeg å se på hvordan helse- og pleiepersonell som til daglig har kontakt med deltagere i dette prosjektet, eller selv anvender metoden etter opplæring i denne, opplever bevegelsesveiledningen. Det er ønskelig med 2 ansatte fra hvert av sykehjemmene som er eller har vært knyttet til prosjektet. Intervjuene vil vare ca en time, blir tatt opp på lydbånd og vil bli utført etter avtale etter nyttår 2010. Det er ønskelig at disse foregår på sykehjemmene dersom dette er gjennomførbart og om det finnes tid og sted for å kunne ha et intervju på tomannshånd.

Det er ønskelig jeg kan få en kontaktperson ved hvert sykehjem og at denne kontaktpersonene kan formidle kontakt mellom pleiere som er interessert i å delta i undersøkelsen, og meg. Dette for å sikre frivillig deltagelse og anonymitet til de ansatte, slik at jeg kun har kontakt med de som selv ønsker å delta i undersøkelsen. De som ønsker å delta vil få et eget informasjonsskriv og må samtykke til deltagelse. Det er frivillig å delta, og man kan når som helst trekke seg fra intervjuet uten å oppgi grunn, opplysninger vil da bli anonymisert. Det er ønskelig at informantene er ansatt i 75% eller mer stilling på en avdeling som har vært med i prosjektet «Bevegelse fra hjertet», og at man har daglig kontakt med beboere i prosjektet eller selv anvender metoden. De som velger å delta vil bli intervjuet av meg om sine egne opplevelser og erfaringer rundt bevegelsesveiledning og «Bevegelse fra hjertet». Jeg påtar meg ansvaret for å behandle datamateriale og anonymisere dette i så stor grad som mulig etter gjeldene regler for håndtering av personopplysninger. Jeg har taushetsplikt og opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Opplysninger og lydfil vil bli slettet ved prosjektets slutt juli 2011.

Prosjektet er meldt til NSD, Personvernombudet for forskning.

Opplysningene som kommer frem på bakgrunn av intervjuene skal brukes i en master oppgave, hvor jeg ønsker å svare på problemstillingen om «Hvordan pleie- og helsepersonell opplever bevegelsesveiledning i bruk på sykehjem blant beboere med demens».

Ved spørsmål ta gjerne kontakt med
Aslaug Skarsaune Svenning,
Masterstudent ved Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap (ISH) ved NTNU,
Tlf 41209399
Epost aslaugsk@hotmail.com

Veileder ved ISH, Berge Solberg kan også kontaktes ved behov. Epost berge.solberg@svt.ntnu.no

Vedlegg 2: Informasjonsskriv til informanter og informert samtykke

Forespørsel om deltagelse til intervju

Jeg er masterstudent ved Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap (ISH) ved Norges Tekniske og Naturvitenskaplige Universitet (NTNU) i Trondheim. Jeg holder på med en undersøkelse hvor jeg ønsker å se på hvordan helse- og pleiepersonell som til daglig har kontakt med deltagere i prosjektet «Bevegelse fra hjertet», eller selv anvender metoden etter opplæring i denne, opplever

bevegelsesveiledning. Jeg vil presentere undersøkelsen, og spørre om du ønsker å delta.

Gjennomføring

Dette skrivet sendes ut til dere som har meldt interesse for å delta til intervju i forbindelse med «Bevegelse fra hjertet». Det var ønskelig med 2 ansatte fra hvert av sykehjemmene som er eller har vært knyttet til prosjektet. I tillegg vil prosjektansvarlige bli intervjuet om prosjektet. Intervjuene vil vare ca en time, blir tatt opp på lydbånd og vil bli utført etter avtale i slutten på januar 2010. Det er ønskelig at disse foregår på sykehjemmene dersom dette er gjennomførbart og om det finnes tid og sted for å kunne ha et intervju på tomannshånd.

Det er ønskelig at informantene er ansatt i 75% eller mer stilling på en avdeling som har vært med i prosjektet «Bevegelse fra hjertet», og at man har daglig kontakt med beboere i prosjektet eller selv anvender metoden. De som velger å delta vil bli intervjuet av meg om sine egne opplevelser og erfaringer rundt bevegelsesveiledning og «Bevegelse fra hjertet».

Frivillig deltagelse

Det er frivillig å delta, og man kan når som helst trekke seg fra intervjuet uten å oppgi grunn. Dersom man trekker seg, blir alle innsamlede opplysninger om vedkommende anonymisert. Underveis i undersøkelsen vil opplysningene oppbevares utilgjengelige for uvedkommende. Jeg har taushetsplikt og opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Lydopptak slettes og datamaterialet anonymiseres når oppgaven er ferdig, innen juni 2011. Jeg påtar meg ansvaret for å behandle datamateriale og anonymisere dette etter gjeldene regler for håndtering av personopplysninger. Opplysningene som kommer frem på bakgrunn av intervjuene skal brukes i en masteroppgave, hvor jeg ønsker å svare på problemstillingen om «Hvordan pleie- og helsepersonell opplever bevegelsesveiledning i bruk på sykehjem blant beboere med demens».

Prosjektet er meldt til NSD, Personvernombudet for forskning.

Ved spørsmål ta gjerne kontakt med Aslaug Skarsaune Svenning, Masterstudent ved Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap (ISH) ved NTNU, Tlf 41209399 eller epost aslaugsk@hotmail.com
Veileder ved ISH, Berge Solberg kan også kontaktes ved behov. Epost berge.solberg@svt.ntnu.no

Samtykkeerklæring

Jeg har lest informasjonsskrivet og ønsker å delta i denne undersøkelsen om «Bevegelse fra hjertet». Jeg er informert om formålet med undersøkelsen, og ønsker å stille til intervju om mine erfaringer og opplevelser rundt «Bevegelse fra hjertet». Jeg er informert om at alle opplysninger vil bli behandlet anonymt og oppbevart utilgjengelig for uvedkommende.

Sted Dato

Navn:

Telefon:

Vedlegg 3: Avtale med prosjektansvarlige

Avtale om samarbeid mellom ansvarlige for prosjektet «Bevegelse fra hjertet» og masterstudent ved ISH

- Dette er en avtale for å sikre begge parter i samarbeidet trygghet og for å unngå eventuelle

tvilstilfeller pga bekjentskap i forkant av samarbeidet. Partene er de to prosjektansvarlige i «Bevegelse fra hjertet» Julie Skjønberg og Silje Høgaas og mastergradsstudent Aslaug Skarsaune Svenning.

- Masterstudenten informere prosjektansvarlige om fremgang, utvikling eventuelle endringer i studien sin.
- All informasjon vedrørende studien skal sendes via mail til alle tre, slik at alle har lik informasjon.
- Aslaug og Silje har tydelige skiller mellom arbeid og privatliv, derfor skal all telefoniske kontakt om prosjektet kun skal gå gjennom Julie og Aslaug, og referat sendes pr mail.
- Masterstudent påtar seg alt det forskningsetiske ansvaret for studien. Prosjektansvarlige får lese endelig resultat for å se at avtalen er overholdt og at bakgrunnsdata om prosjektet stemmer. De har ingen mulighet til å påvirke resultat fra datainnsamling foretatt ved kvalitative intervju av helse/pleierpersonell. Prosjektansvarlige er inneforstått med at masterstudenten må overholde objektivitet og forskningsetiske retningslinjer.
- Masterstudenten skal kun bruke skriftlig korrespondanse og intervju av bevegelsesveiledere som bakgrunnsinformasjon om prosjektet. Annen informasjon som måtte komme opp i møter, samtaler skal ikke brukes uten godkjenning fra prosjektledere.
- Masterstudenten har eierskap på sitt datamateriale, og kan bruke tittelen «Bevegelse fra hjertet» som overtittel i sin masteroppgave dersom dette er ønskelig.
- Prosjektledere er inneforstått med at de vil kunne være identifiserbare i masteroppgaven, men masterstudenten vil anonymisere det så godt som mulig.

Masterstudent

Prosjektleder

Prosjektleder

Vedlegg 4: Intervjuguide til ansatte

Intervjuguide til ansatte

Hei, mitt navn er Aslaug Skarsaune Svenning og jeg skriver masteroppgave i helsevitenskap ved NTNU i Trondheim. Jeg ønsker å intervju deg om dine opplevelser og erfaringer rundt prosjektet «Bevegelse fra hjertet». Her er det ingen fasit svar, jeg ønsker å lære mer om hvordan prosjektet

oppleves av dere som er ansatt på sykehjemmene. Dette intervjuet blir tatt opp på bånd og blir behandlet konfidensielt.

Personopplysninger

- Hvilken **stilling** har du ved dette sykehjemmet?
 - Hvor stor **stillingsandel**?
 - **Turnus**?
- Jobber på en **demensavdeling**?
- **Hvor lenge** har du arbeidet ved dette sykehjemmet?

Prosjektet

- Når fikk du kjennskap **til** prosjektet «Bevegelse fra hjertet»?
 - **Hvordan** fikk du høre om prosjektet?
 - Av **hvem**?
- Hvor lenge har **prosjektet pågått** der hvor du jobber?
- Hva legger du i «Bevegelse fra hjertet» og bevegelsesveiledning?
 - **Hva opplever** du at det er?
 - Kan du **forklare hva det går ut på**?
- Kan du fortelle om en av **dine første opplevelser** med prosjektet?
- Har **avdelingen/arbeidsplassen** din **endret seg** siden prosjektet startet?
 - Hvordan
- Hvordan **påvirker** prosjektet **arbeidsdagen** din?
 - Gi eksempler.
- Kan du si noe om hvilken måte prosjektet **berører dere ansatte**? (endring i rutiner, endring i pasienter)

Beboere

- Hvordan opplever du **demens som sykdom**?
 - Hva legger du i demens?
- Har metoden gjort at du har **endret syn** på demens?
 - Hvordan?
- Hvordan opplever du beboerne som er med i prosjektet?
 - Opplever du at de **påvirkes** av metoden?

Opplæring/ kurs/ egen bruk

Har du vært på **kurs** i metoden?

- **Antall**?
- **Når**?
- Er det noe du skulle ønske det var **mer av/mindre** av i opplæringen?
- Har du **brukt metoden** selv?
 - Kan du **fortelle mer** om dette?
(Hva gjorde du? Hvor foregikk det? Hvilken situasjon? Type beboer?)
- Hvilke **reaksjoner** fikk du?
 - Hvordan **opplevde du å bruke** metoden?
 - Hvilke **følelser** satt du igjen med?
- Har du **forandret mening** om bevegelsesveiledning fra du fikk opplæring til du prøvde ut metoden selv?
 - **Hvorfor og hvordan** forandret det seg isåfall?
- Kan du tenke deg å **bruke** bevegelsesveiledning i arbeidet ditt **videre**?

- **Hvorfor?**
- Vil du **anbefale flere** innen demensomsorg å bruke metoden?
 - Hvorfor?
- Er det **andre områder** enn demensomsorg du mener vil passe for bevegelsesveiledning?
 - Hvorfor?
- Er det noe du vil **tilføre** om dine opplevelser og erfaringer av prosjektet?

Avslutningsvis

- Har **synet ditt på prosjektet** forandret seg siden du først ble kjent med det?
- Hvordan vil du **oppsummere dine opplevelser** av prosjektet?
 - Hvorfor tenker du dette?

Mine notater:

- Hvordan ble jeg mottatt?
- Stemming under samtalen?
- Avslutning?
- Forhold under intervju (sted/tid annet som kan påvirke)?
- Hovedpåeng/ Fokus?
- Hva husker jeg best fra dette intervju?

Vedlegg 5: Intervjuguide til prosjektlederen

Intervjuguide til prosjektansvarlige

Bakgrunn

- Kan dere **beskrive** hva bevegelsesveiledning går ut på?
 - Hva er **tanken bak metoden**?
- **Demens og eldre** har lav status i samfunnet, hvorfor ønsket dere å arbeide med akkurat denne gruppen?
- Hvordan kom dere frem til å bruke bevegelsesveiledning blant **sykehjemsbeboere** med demens?
- Hva var **motivasjon for å starte prosjektet** «Bevegelse fra hjertet»?
 - Hvorfor?
- Hvor kommer **navnet** «Bevegelse fra hjertet» fra?
 - Hva er **tanken bak navnet**?
- Jeg vil anta at mange har en tanke om at demens handler om hjernen, det kognitive som sviker. Ønsker dere å **kommunisere med hjertet istedet for hjernen**?

Mål/Visjon

- Hva er **visjonen bak** «Bevegelse fra hjertet»?
 - Hva **ønsker dere å oppnå**? Hvorfor ønsker dere dette?
 - Det **overordnede målet**?
- Hva vil du si **kjennetegner suksess** for bevegelsesveiledning?
 - Føler du dere oppnår dette?
- Hvorfor mener du det er **viktig å satse på** dette prosjektet?
 - Kan du utdype dette?
- Har prosjektet **endret deres syns på mennesker med demens**?
 - Hvordan?
- Hvor ser dere prosjektet **om 5 år**?
 - Føler dere at dette er **gjennomførbart**?

Deltagere

- Hva legger du i **demens**?
- **Beskriv** hva som for dere er **den perfekte deltager**?
 - **Hvorfor er dette en perfekt deltager**?
- Hvem **kan være deltager** i prosjektet?
 - Hvilke **inntakskriterier** har dere?
 - Hvem har **ansvaret for inntaket**?
- Har alle deltagere den **medisinske diagnosen demens**?
 - Er demensdiagnose **viktig**? Hvorfor/ hvorfor ikke?

Ansatte/ avdeling

- Hvordan opplever dere at prosjektet har **påvirket** sykehjemsavdelingene, de ansatte, andre beboere, deltagere, pårørende?
 - **Hvorfor** tror dere dere har påvirket?
- Ser dere **endring i avdelingen** fra før prosjektet startet?
- Dere underviser både ansatte og pårørende i metoden. Hva kreves for å **få opplæring og kunne bruke** metoden
- Hvordan opplever dere at opplærings prosjektet med ansatte fungerer?
 - Er det noe dere **savner, ønsker** dere kunne gjort mer/ mindre av?
- Opplever dere at dere **får formidlet det dere ønsker** gjennom opplæringa?
 - Hva er det dere ønsker å formidle?
 - Hvordan?
- Hvordan er **tilbakemeldingen** fra ansatte?
 - Gi eksempler
 - Hvilken **situasjon** husker dere best i møtet med ansatte og prosjektet?

Avslutningsvis

- Kan dere gi en **beskrivelse av en veiledning?**
 - Er det noe dere vil **tilføre tilslutt** om prosjektet?

Vedlegg 6: Kvittering fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Berge Solberg
Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap
NTNU
Dragvoll
7491 TRONDHEIM

Vår dato: 11.11.2009

Vår ref: 22842 / 2 / LMR

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 22.10.2009. Meldingen gjelder prosjektet:

22842	<i>Bevegelse fra hjertet. En kvalitativ studie av ansattes opplevelser og erfaringer av bevegelsesveiledning til sykehjemsbeboere med demens</i>
Behandlingsansvarlig	<i>NTNU, ved institusjonens overste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Berge Solberg</i>
Student	<i>Aslaug Skarsaune Svenning</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, vedlagte prosjektvurdering - kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

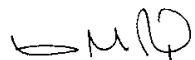
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2011, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim


Linn-Merethe Rød

Kontaktperson: Linn-Merethe Rød tlf: 55 58 89 11

Vedlegg: Prosjektvurdering

✓ Kopi: Aslaug Skarsaune Svenning, Waldemar Aunesvei 7 A, 7027 TRONDHEIM



Utvalget består av 6-10 pleiere og to prosjektledere. Data samles inn via personlig intervju.

Førstegangskontakt skjer via kontaktperson på sykehjemmene, som deler ut informasjonsskriv til utvalget. Videre innhentes skriftlig samtykke. Personvernombudet finner informasjonsskrivet som forelå 9. november 2009 tilfredsstillende, forutsatt at følgende endringer gjøres:

- Ettersom prosjektlederne blir indirekte identifiserbare i den endelige oppgaven, må setningen vedrørende anonymitet ved prosjektslutt presiseres, slik at den blir korrekt. Forslag til ny tekst kan være: "Lydopptak slettes og datamaterialet anonymiseres når oppgaven er ferdig, innen juni 2011, med unntak av personopplysninger i den endelige oppgaven som de aktuelle informantene ettertrykkelig har godkjent at kan stå der".
- Siden opplysningene ikke anonymiseres før ved prosjektslutt, må setningen "Jeg er informert om at alle opplysninger vil bli behandlet anonymt og oppbevart utilgjengelig for uvedkommende", endres eller slettes. Forslag til ev. ny tekst kan være: "Jeg er informert om at alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt i prosjektfasen og at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i oppgaven, med unntak av dem som har fått ettertrykkelig informasjon om dette".

Personvernombudet forutsetter at samtlige av informantene som kan være direkte eller indirekte identifiserbare i den ferdige rapporten gis eksplisitt informasjon og bes om særskilt samtykke til dette.

Det legges videre til grunn at det er avklart med behandlingsansvarlig institusjon (NTNU), at data kan lagres på privat PC.

Prosjektet skal avsluttes 30. juni 2010. Lydopptak skal da slettes, og øvrig materiale skal anonymiseres, bortsett fra personopplysningene i den endelige oppgaven som prosjektlederinformantene har samtykket til at kan stå der. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/navneliste slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller endres.