

Midlertidig tittelside

Runa Matre

En evaluering av implementeringsprosessen til opplæringsprogrammet «Musikkbasert miljøbehandling»

Masteroppgave i statsvitenskap

Veileder: Jon Arve Nervik

Trondheim, 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap

Institutt for sosiologi og statsvitenskap

Sammendrag

Masteroppgaven studerer og evaluerer implementeringsprosessen til opplæringsprogrammet «Musikkbasert miljøbehandling». Opplæringsprogrammet gjennomføres av Nord universitet og Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg, på oppdrag fra Helsedirektoratet. Gjennom deltakelse skal ansatte og ledere i helse- og omsorgssektoren lære hvordan å strategisk integrere musikk, sang og bevegelse som miljøbehandling i daglig pleie- og omsorgsarbeid. Hensikten med masteroppgaven er å undersøke hvorvidt deltakere på det samlingsbaserte kurset av opplæringsprogrammet viderefører kunnskapen og verktøyene de lærer tilbake til arbeidsplassen i etterkant av deltakelse. Tar kursdeltakerne i bruk behandlingsmetoden i praksis på arbeidsplassen etter deltakelse? Hvilke katalysatorer og barrierer i prosessen påvirker resultatet? Det ble også undersøkt om musikkbasert miljøbehandling læres videre til ansatte som ikke har deltatt på opplæringsprogrammet, slik at metoden implementeres helhetlig.

Det samlingsbaserte kurset startet hovedsakelig med deltakelse av ansatte på sykehjem, som er utgangspunktet for studien. Dybdeintervju av syv ansatte som har deltatt på opplæringsprogrammet, samt deres ledere, ble gjennomført på fire ulike sykehjem med geografisk spredning i Norge. I tillegg ble ansatte i Helsedirektoratet og Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg intervjuet. Studien viser at alle kursdeltakerne var svært fornøyde med opplæringsprogrammet, de ønsker å ta i bruk behandlingsmetoden etter deltakelse. Ledelsen på sykehjemmene var positive i prosessen, men forholdsvis lite involvert i implementeringsarbeidet. Omtrent tre måneder etter deltakelse brukte alle kursdeltakerne i studien musikkbasert miljøbehandling på arbeidsplassen, og de ser positiv virkning av behandlingsmetoden på brukerne.

Over ett år etter kursdeltakelse har flere av kursdeltakerne i studien utfordringer med bruk og videreføring av musikkbasert miljøbehandling på sykehjemmene. Utfordringene som særlig påvirker er tid og utstyr. Ansvarliggjøring og mangel på oppfølging virker også å påvirke i negativ retning. Ledere og avdelingsledere virker fortsatt å være forholdsvis lite involvert i arbeidet med implementering, ut over positive holdninger til bruk. Kursdeltakerne har derfor mye ansvar i implementeringsarbeidet. De er positive og ønsker å bruke behandlingsmetoden over ett år etter, men overnevnte faktorer gjør det utfordrende. Det er altså strukturelle faktorer som blir barrieren. Alle sykehjemmene har med ulikt omfang hatt opplæring om musikkbasert miljøbehandling for ansatte som ikke deltok på kurset. Likevel informerer kun én kursdeltaker fra ett sykehjem i studien at andre ansatte utreder brukere på egenhånd over ett år etter.

Summary

This master thesis studies and evaluates the implementation of the public programme “Musikkbasert miljøbehandling” (music therapy). The programme is run by Nord University and National Centre for Culture, Health and Care, commissioned by the Directorate of Health. Through participation, employees and managers in the health and social service sector will learn how to strategically integrate music, song and movement in daily care. The purpose of this master thesis is to investigate whether participants start to use the tools and the knowledge they have obtained through participation, in their work place. Which catalysts and barriers in the process affects this implementation? Further, is music therapy taught to employees who have not participated in the music programme, so that the treatment is implemented holistically?

The training programme started with a course for employees at nursing homes, which is the basis for this study. Four nursing homes, geographically spread in Norway, were chosen. In-depth interviews with seven employees who participated in the training program, as well as interviews with their respective leaders, were conducted. In addition, interview of an employee at the Norwegian Directorate of Health and an employee at the National Centre for Culture, Health and Care were carried out. The study shows that all course participants were very pleased with the training program and want to use the treatment afterwards in their work. They also experienced that their leaders were positive in the process. Three months after the course was finished, all course participants in this study used music therapy in their work. And they stated that they see great effect of the treatment method on the patients.

More than one year after course participation, however, several of the course participants have challenges with using music therapy in the nursing homes. The challenges that particularly affected this was lack of time and sufficient/enough equipment. Lack of accountability and follow-up also affected the decline in use. The leaders and department managers seemed to be little involved with the implementation and use, apart from having a positive attitude and communicating that they want it to be used. The course participants thus had a lot of responsibility with the implementation. The participants expressed one year later that they still want to use music therapy in care, but the challenges named above makes it difficult. All nursing homes have, with varying degrees, trained employees who did not attend the course in music therapy. In one of the four nursing homes, the course participant interviewed informs that they have managed to train other employees to independently assess patients and use the treatment one year after course participation.

Forord

Da er masteroppgaven ferdigskrevet, og markerer slutten på masterprogrammet i statsvitenskap ved NTNU. I den anledning ønsker jeg å rette en stor takk til alle informantene som deltok i studien. Deres velvillighet til å stille opp, dele erfaringer og informasjon, har vært avgjørende for prosjektets utvikling og resultat. Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg og Nord universitet tildelte meg et stipend, som gjorde det mulig for meg å reise rundt i landet og innhente data.

Takk rettes også til min veileder, Jon Arve Nervik, for veiledning og tilbakemeldinger på oppgaven underveis. Takk til dere som har lest korrektur. Medstudenter på masterkullet og på instituttet har vært en stor og viktig del av studiehverdagen. Særlig takk til Matalliansen for utallige kaffepauser, lunsjer og middager.

Takk til familie og venner for all hjelp og støtte.

Trondheim, 2019

Runa Matre

Innholdsfortegnelse

Midlertidig tittelside	i
Sammendrag	iii
Summary	iv
Forord	v
Innholdsfortegnelse	vii
Forkortelser	ix
1.0 Innledning	1
1.1 Problemstilling	2
1.2 Begrunnelse og aktualisering av evalueringsstudiet	3
1.3 Studiens innhold og struktur	4
2.0 Opplæringsprogrammet og behandlingsmetoden musikkbasert miljøbehandling	5
2.1 Hva er musikkbasert miljøbehandling?	5
2.2 Om opplæringsprogrammet musikkbasert miljøbehandling	7
2.3 Tidligere forskning på implementering av miljøbehandling på sykehjem.....	11
3.0 Teori	13
3.1 Helsepolitikk	13
3.1.1 Organisering og ansvarsfordeling i helsesektoren	13
3.1.2 Eldreomsorg og sykehjem	14
3.2 Organisasjonsformer i offentlig sektor	15
3.2.1 Den byråkratiske organisasjonsformen.....	15
3.2.2 Profesjonsbyråkratiet	16
3.2.3 New Public Management	19
3.3 Elementer i organisasjoner – hva påvirker organisasjonsatferd?	20
3.3.1 Organisasjonskontekst: formelle og uformelle trekk	21
3.3.2 Organisasjonsatferd og prosesser	22
3.3.3 Ledelse	26
3.4 Implementering av politikk	26
3.4.1 Helhetlig implementeringsmodell.....	27
3.4.2 Implementeringsmodellens faser	29
3.5 Bakkebyråkrater	32
3.6 Programlinje	35
4.0 Metode	37
4.1 Evaluering av tiltak	37

4.1.1	Rammeverk for iverksettingsanalyser	38
4.2	Forskningsmetoder	41
4.3	Datagrunnlag og innhenting av data	42
4.3.1	Valg av informanter.....	42
4.3.2	Gjennomføring av intervjuer.....	46
4.3.3	Analyseprosessen.....	49
4.3.4	Utfordringer og erfaringer i datainnsamlingsprosessen	49
4.3.5	Refleksjoner rundt forskningens kvalitet	51
5.0	En empirisk kartlegging av implementeringsprosessen.....	53
5.1	Den politiske prosessen	53
5.1.2	Spredning og mottakelse	55
5.2	Informantenes forståelse av musikkbasert miljøbehandling	57
5.2.1	Tidligere erfaringer med musikkbasert miljøbehandling	59
5.3	Kursdeltakelse	60
5.3.1	Rekruttering og finansiering.....	61
5.3.2	Kursdeltakerne sine opplevelser og oppfatninger av kurset.....	62
5.3.3	Oppsummering.....	65
5.4	Implementering og ledelse på sykehjemmene	66
5.4.1	Oppfatninger av ledernes rolle i prosessen.....	66
5.4.2	Implementeringsplaner på sykehjemmene.....	69
5.4.3	Oppsummering.....	75
5.5	Bruk av musikkbasert miljøbehandling etter kurset	76
5.5.1	Bruk rundt tre måneder etter kursdeltakelse	77
5.5.2	Potensielle utfordringer med bruk og implementering	79
5.5.3	Virkninger av bruk på pasienter – kursdeltakernes opplevelser	81
5.5.4	Kursdeltakerne om mottakelsen blant ansatte.....	84
5.5.5	Implementering og bruk over ett år etter kurset.....	87
5.6	Oppsummering av implementeringsprosessene på sykehjemmene	95
6.0	Analyse og drøfting av sentrale funn – katalysatorer og barrierer i prosessen	97
6.1	Kurset	97
6.2	Ansatte	99
6.3	Ledelse	104
6.4	Arbeidsforhold	108
6.4.1	Tid.....	108
6.4.2	Utstyr.....	109
6.5	Oppsummering og resultater av implementeringsprosessen	110

6.6 Forslag til videre arbeid med kurset og implementeringsarbeid på sykehjem	114
6.7 Overføringsverdi av funn i studien	115
7.0 Konklusjon	117
7.1 Videre forskning	117
8.0 Litteraturliste	119
9.0 Vedlegg	123
9.1 Bakgrunnsinformasjon om sykehjemmene og informantene	123
9.2 Forespørsel om deltakelse	125
9.3 Intervjuguider.....	126
9.4 Kartleggingsskjemaer for musikkpreferanser og uro	138
9.4.1 Musikkpreferanseskjema	138
9.4.2 Uroskjema	140
9.5 Ledernes aktivitet.....	141

Forkortelser

HOD	Helse- og omsorgsdepartementet
Hdir	Helsedirektoratet
NKKHO	Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg
USHT-Sør Trøndelag	Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Sør-Trøndelag
MMB	Musikkbasert miljøbehandling (behandlingsmetoden)
NPM	New Public Management

1.0 Innledning

Helsevesenet i Norge står ovenfor store utfordringer i årene som kommer, knyttet til kapasitet, ressurser og en aldrende befolkning. Personer i befolkningen over 65 år utgjør en stadig større andel av befolkningen, og dermed øker antall personer med behov for institusjonalisering (Myskja og Håpnæs, 2010). Dette skaper behov for variasjon og kreativitet i arbeidet med eldre- og demensomsorgen, i tillegg til økt kompetanse. I Regjeringens kompetanseløft 2020, fremlegges plan for kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, u.å). En av flere strategier er kompetanseheving blant ansatte i helsesektoren, med mål om å styrke forskning, innovasjon og kunnskapsbasert praksis. Et tiltak innen kunnskapsbasert praksis er opplæringsprogrammet Musikkbasert miljøbehandling (MMB heretter) som startet i 2016 i flere kommuner i Norge. Nord universitet og Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg (NKKHO heretter) gjennomfører opplæringsprogrammet på oppdrag fra Helsedirektoratet (Hdir heretter). Formålet med opplæringsprogrammet er å heve kompetansen til ansatte i helsesektoren innen musikk, sang og bevegelse. MMB skal brukes av helsepersonell i daglig omsorg og som strukturert behandling, tilpasset den enkelte. Formålet er blant annet å gi helsearbeidere nye verktøy, bedre hverdagen til pasienter, øke livskvalitet, dempe uro og redusere medikamentbruk.

Denne masteroppgaven er en prosessevaluering av opplæringsprogrammet MMB, som er studiens case. Det skal undersøkes om helsearbeidere som deltar på deler av opplæringsprogrammet tar i bruk MMB i praksis på arbeidsplassen etter deltakelse. Dette er viktig for at de ansvarlige for programmet skal kunne dokumentere nytten av slike opplæringstilbud. Opplæringsprogrammet startet i demens- og eldreomsorgen, som er utgangspunktet for evalueringen. Det er valgt fire sykehjem som enheter, med ansatte som har deltatt på det samlingsbaserte kurset i MMB. Ansatte i helsedirektoratet, NKKHO og de valgte sykehjemmene er informanter, dette for å inkludere flere aktører i implementeringsprosessen. Micheal Fullan (2007, s. 84) definerer implementering som: "Implementation consists of the process of putting into practice an idea, program, or set of activities and structures new to the people attempting or expecting to change.". Datagrunnlaget bygger på metodetriangulering, med bruk av kvalitativ dokumentanalyse og 12 semistrukturerte intervjuer med aktuelle aktører tre måneder etter kursdeltakelse. Deretter oppfølgingssamtaler med kursdeltakerne over ett år etter. Studien har hovedvekt på hvilke erfaringer helsearbeidere og ledere ved fire sykehjem har med arbeid med og bruk av MMB underveis og etter deltakelse på opplæringsprogrammet. Hensikten er å finne individuelle erfaringer med deltakelse på kurset, og med bruk og

implementering av MMB på sykehjemmene i etterkant. Men også om det er likhetstrekk i faktorer som påvirker prosessen med implementeringen av MMB, på tvers av informantene og sykehjemmene som deltar i studien. Det blir hovedfokus på bakkebyråkratenes perspektiv, med innslag av teori fra top-down forskning. Det teoretiske rammeverket er Winter og Nielsen (2008) sin implementeringsmodell, samt Lispky (1980) sin bakkebyråkratiteori. I tillegg til relevant teori fra helsevesenet og organisasjonsteorien. Tiltaket som blir studert er lite i forhold til mange andre tiltak iverksatt av det offentlige. Behandlingsmetoden baserer seg på tankemåter, teori og teknikker som kan være uvante eller ukjente for mange helsearbeidere. Studien undersøker derfor om ansatte som har deltatt på kurset tar i bruk kunnskapen i etterkant, og om MMB blir implementert helhetlig på arbeidsplassen.

1.1 Problemstilling

Hovedproblemstillingen som skal undersøkes i evalueringen er:

I hvilken grad tar ansatte på sykehjem som deltar på opplæringsprogrammet MMB i bruk kunnskapen i praksis på sin arbeidsplass etter kursdeltakelse?

De ansvarlige for opplæringsprogrammet har som mål at MMB skal gi helsearbeiderne egnet kompetanse, at de skal integrere kunnskapen i det daglige pleie- og omsorgsarbeidet, gjennomføre bruk av MMB tilpasset den enkelte bruker, og det skal dokumenteres gjennom journalføring på lik linje med andre tiltak inkludert medisinsk behandling. Målene som beskrives over er en operasjonalisering av tar «i bruk kunnskapen i praksis» i evalueringsspørsmålet.

Underproblemstillinger som skal undersøkes i evalueringen er:

- Hvilke faktorer hemmer eller fremmer bruk av kunnskapen i praksis på arbeidsplassen etter kursdeltakelse?

Når det er klart i hvilken grad de ansatte bruker MMB, hva er det som fører til utfallet? Hva påvirker hvorvidt de bruker MMB eller ikke?

- På hvilken måte foregår organisatorisk læring innad på sykehjemmene slik at ansatte som ikke har deltatt på kurset tar i bruk kartleggingsverktøyene og MMB?

Det tredje evalueringsspørsmålet handler om behandlingsmetoden blir omsatt til praksis av sykehjemmet som helhet, om de klarer å implementere MMB slik at det blir en systematisk og helhetlig del av behandlingstilbudet. MMB krever ikke sertifisering og kan dermed brukes av ansatte etter opplæring fra kursdeltakerne. Når lederne på sykehjemmene sender ansatte på kurset for å lære en ny behandlingsmetode, ligger det også en forventning om at de ønsker at det skal spre seg innad i organisasjonen. Det skal derfor undersøkes om sykehjemmene har implementerings- og opplæringsplaner, og hvorvidt disse har blitt satt i gang og fungert. Underproblemstillingene skal se på hvilken måte sykehjemmene utnytter seg av den kunnskapen man får gjennom kurset, og vil være med på å gi svar på hovedproblemstillingen.

Oppsummert skal det undersøkes hvilke faktorer som fremmer eller hemmer bruk av MMB og helhetlig implementering på sykehjemmene, og dermed hva som påvirker utfallet på evalueringsspørsmålene.

1.2 Begrunnelse og aktualisering av evalueringsstudiet

Internasjonal og nasjonal evalueringsforskning viser at offentlige tiltaks intensjoner og mål ofte ikke samstemmer med utfallet av implementeringsprosessen (Winter og Nielsen, 2008, s. 15). Det kan oppstå vanskeligheter i den praktiske anvendelsen (Pressman og Wildavsky, 1984, s. xv). Avstand mellom beslutningstakere og iverksettere kan også skape utfordringer. Lipsky (1980, s. 3) sin bakkebyråkratiteori poengterer hvordan bakkebyråkrater som har direkte kontakt og utøver offentlige tjenester til befolkningen, kan utøve stor grad av skjønn i utførelsen av arbeidet. Sammen med arbeidsforhold som kan preges av utilstrekkelige ressurser, manglende bemanning og tid, kan det påvirke hvorvidt de utfører den offentlige politikken som er satt. Dette kan potensielt føre til avvik mellom målsettinger/retningslinjer og resultater i praksis. For det offentlige apparatet er det avgjørende at tiltak som besluttes og iverksettes fungerer. Det motsatte utfallet vil ramme grupper som trenger det, og tiltaket kan potensielt benyttes med liten effekt. Med dette som bakteppe er det interessant å undersøke om opplæringsprogrammet har de ønskede implementeringsresultater som er fastsatt, og at kursdeltakerne bruker MMB i sitt arbeid i etterkant av kursdeltakelsen.

Bruk av implementeringsanalyse på et slikt tema og tiltak er lite brukt i statsvitenskap. Det vekket en interesse å skulle anvende implementeringsprinsipper fra statsvitenskap sammen med et helsepolitisk tiltak med fokus på musikk og kreativ omsorg. Bruk av musikk i behandling har fått stadig større fokus de senere år, og det satses fra politisk hold på denne typen

behandling. Formålet er at ulike yrkesgrupper innen helse skal anvende musikk som strukturert behandling, yrkesgrupper som gjerne ikke har brukt denne typen behandling tidligere. Hvordan overgangen med å lære opp helsepersonell med muligens lite eller ingen erfaring med bruk av MMB forløper seg, virket som et interessant case for en implementeringsstudie, spesielt på en arbeidsplass som kjennetegnes av ressursmangel.

1.3 Studiens innhold og struktur

Studien starter med en introduksjon av behandlingsmetoden og opplæringsprogrammet (kapittel 2). Først informasjon om hva MMB er og skal bidra med i arbeidet til helsearbeiderne. Deretter presenteres opplæringsprogrammet, hvilke parter og organisasjoner er involvert, hva innholdet og formålet er, målgrupper og lignende. Avslutningsvis noe tidligere forskning på implementering av miljøbehandling på sykehjem. Kapittel 3 danner det teoretiske grunnlaget for oppgaven. Først en presentasjon av hva som kjennetegner helsesektoren, eldreomsorg og sykehjem i Norge, og organisasjonsgrunnlaget som preger disse. Deretter vil Jacobsen og Thorsvik (2013) sin teori om elementer i organisasjoner gjennomgå, som viser hvilke faktorer som påvirker organisasjoner og ansattes atferd. Videre vil hva som kjennetegner implementeringspolitikk presenteres, for å gi et bilde av hva som har vært viktig i evalueringsforskningen og implementeringsstudier i senere tid. Deretter kommer vi til oppgavens teoretiske fundament, som er Winter og Nielsen (2008) sin implementeringsmodell, som gir et utgangspunkt for hva som kan være fokus i en implementeringsstudie. Sist vil Lipsky (1980) sin bakkebyråkratiteori gjennomgå, som beskriver bakkebyråkrater og deres atferd og arbeidsforhold. Kapittel 4 er en presentasjon av den metodiske tilnærmingen i studien. Først evaluering av tiltak og iverksettingsanalyser i et metodisk lys, og begrunnelse for valg av evalueringsform. Her vil Bakliens (2000) rammeverk for iverksettingsanalyser være sentral. Deretter en redegjørelse for valg av metode, valg av datagrunnlag og prosessen med innhenting av data. Følgende hvordan gjennomføring av analyse foregikk, og metodiske utfordringer og erfaringer det ga. I kapittel 5 vil de empiriske data som ble innhentet presenteres. Her legges hovedvekt på implementeringsprosessen fra kurset til arbeid på sykehjemmene i etterkant, og hva informantene forteller om denne. I kapittel 6 vil studiens funn drøftes, med fokus på hvilke pushfaktorer og barrierer som har dukket opp. Samt besvarelse på problemstillingene. Kapittel 7 gir en oppsummerende konklusjon og forslag til videre forskning.

2.0 Opplæringsprogrammet og behandlingsmetoden musikkbasert miljøbehandling

I kapittelet skal vi se på konteksten for studien. Først presenteres behandlingsmetoden MMB. Hva forteller forskning om behandlingsmetoden, hva skal den bidra med for helsearbeidere og pasienter. Deretter vil informasjon om opplæringsprogrammet introduseres. Hvordan programmet drives og av hvem, hvem som deltar, hva deltakerne lærer på kurset og hva som er formålet med deltakelse. Til slutt vil også tidligere forskning om implementering av behandlingsmetoder og miljøbehandling generelt på sykehjem presenteres.

2.1 Hva er musikkbasert miljøbehandling?

Musikk er en del av menneskets psykologi, samfunn, kultur og vår biologi (Ridder og Stige, 2016, s. 111). Musikk kan bevege oss og framkalle emosjoner, vi kan blant annet bli rolig, få energi, bli glad, rørt og trist av å høre på musikk. Det kan også skape negative følelser, uro og irritasjon. Musikk er kunst og underholdning, men også en form for samvær mellom mennesker. Det kan uttrykke identitet, og for mange er musikk en viktig del av hverdagen, gjennom hele livet. Musikk er noe mennesker knytter minner til, og det musikalske minnet er noe av det siste som forsvinner (Skogum, 2009, s. 8). Derfor kan musikk vekke minner fra tidligere i livet, og forskning viser at hjernen responderer på musikk også dersom man opplever kognitiv svikt. Bruk av sang og musikk i eldreomsorg er ikke nytt. Ulike utdanninger som musikkterapeuter og aktivitører bruker musikk i arbeidet. Kulturtiltak har også lenge vært en del av tilbudet på sykehjem, med blant annet besøk av musikanter, kor og felles sangstunder (Kvamme, 2008, s. 489). Musikkterapi ligger i skjæringspunktet mellom kultur og helse, og ønsker å forbedre helse og livskvalitet. Musikk kan brukes som en ressurs i hverdagen, være en del av en bred miljøterapeutisk praksis eller som et behandlingstilbud (Ridder og Stige, 2016, s. 16).

Linda Gerdner var den første til å utvikle og teste bruk av individualisert musikk som et alternativ til styring av agitasjon hos personer med Alzheimers sykdom og tilhørende demens. Resultatene fra forskningen viste at ved bruk av individualisert musikk så de en større grad av reduksjon i agitasjon hos pasientene. Individualisert musikk defineres som musikk som er integrert i personens liv og er basert på personlige preferanser hos den enkelte (Gerdner, 2012, s. 7). Blant annet ble lege Audun Myskja inspirert av Gerdner sin dokumentasjon (Myskja, 2006a, s. 175). Det var mangel på en systematisk metode som helsearbeidere kunne ta i bruk for å supplere arbeidet til musikkterapeuter, aktivitører og kulturarbeidere. Antall musikkterapeuter ansatt i eldreomsorgen var lav, og det var ønskelig at bruk av musikkbehandling skulle være tilgjengelig i behandlingstilbudet også når musikkterapeutene

ikke var på jobb. Derfor ble det utarbeidet en metode med musikk som supplerende behandling, en brobygger mellom musikkterapi og medisinsk behandling (Myskja, 2006a, s. 195). Ifølge Myskja (2006a, s. 7): «Musikkmedisin og individualisert musikk er former for musikkterapi som kan utføres av helsearbeidere uten musikalske kvalifikasjoner etter opplæring». Dette er nå behandlingsmetoden kursdeltakerne lærer på opplæringsprogrammet MMB.

Behandlingsmetoden MMB er bruk av miljøbehandling med integrert bruk av musikk, sang og bevegelse i helhetlig omsorg (Haugdal, 2017). Behandlingsmetoden henter kunnskap fra musikkterapi og nevrologisk musikkterapi. Forskning viser at MMB kan bedre hukommelsen, styrke evnen til å planlegge og organisere handlinger, opprettholde språk- og talefunksjoner, bedre psykososiale funksjoner, bearbeide følelser og redusere uro (Myskja, 2009). Forskjellige typer musikk kan bidra til å påvirke kroppslige funksjoner som hjerterytme, blodtrykk, puls med mer. Musikk kan også påvirke stemningshormoner, motvirke stress og styrke immunforsvaret, og bidra til å frigjøre endorfiner. Ved sykdommer som depresjon, demens og schizofreni har virkninger av behandlingsmetoden vært at pasientene viser større evne og vilje til kommunikasjon og omsorg, det øker deltakelse fra pasientene (Myskja, 2007, s. 56). Ved psykiske lidelser og demens er det funnet at musikkterapi kan hindre utagering og uro, øke velvære, mestring og livskvalitet, og hjelpe ansatte til å forstå beboernes behov (Myskja, 2006a). Bruk av musikk i behandling har vist gjennom forskning at kan skape trygghet, kontakt, positiv relasjon og kommunikasjon (Ridder og Stige, 2016, s. 176). Det har vist å fungere mot utagering ved stell og daglige aktiviteter. I tillegg til terapeutiske målsettinger innen velvære arbeider man altså for endringer i konkrete kliniske symptomer (Myskja, 2006b, s. 23)

I Stortingsmelding «Morgendagens omsorg» (2012-2013) henvises det til forskning på systematisk bruk av musikk, og viktigheten av at slike modeller spres. I den forbindelse ble det foreslått en etablering av et kompetansemiljø som kan ha ansvar for utvikling og spredning av miljøterapeutiske behandlingstiltak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 85). Derfor ble NKKHO i Levanger etablert. De siste 20-35 årene har forskning på hvordan musikk kan bevege og påvirke mennesker, og videre bli brukt i behandling, økt betraktelig. Forskningsgrunnlaget om musikkterapi og MMB har ført til at politikerne ønsker å integrere dette i større grad i helsevesenet (Ruud, 2008, s. 16). Det politiske apparatet skulle derfor videreutvikle og spre opplæringsprogram om miljøbehandling og integrert bruk av musikk og sang til ansatte i omsorgstjenestene. Etter en anbudsrunde fikk Nord universitet og NKKHO oppdraget. Formålet er at helsearbeidere generelt, og ikke kun musikkterapeuter spesielt, skal lære å bruke

behandlingsmetoden. Det skal ikke erstatte musikkterapi og musikkterapeuter, som de ansvarlige for opplæringsprogrammet presiserer i et debattinnlegg. Utøvelse av musikkterapi krever utdanning og musikkterapeut er en faglig tittel. Mens miljøbehandling med integrert bruk av musikk, sang og bevegelse er noe som skal gi helsearbeidere nye verktøy i arbeidet nært brukerne, i daglig pleie og omsorg. Det skal være et supplement til musikkterapeutene og andre yrkesgrupper sitt arbeid med musikk i helsesektoren (Håpnes og Rangul, 2018).

2.2 Om opplæringsprogrammet musikkbasert miljøbehandling

Opplæringsprogrammet i MMB er delt inn i tre ulike kurs (Musikkbasertmiljøbehandling, u.å.a):

1. «ABC Musikkbasert miljøbehandling»: består av en fagdag på arbeidsplassen. Grunnopplæring som omhandler musikk, sang og bevegelse i eldre- og demensomsorgen. På fagdagen får man seks studiehefter. Deretter følger selvdrivne studiegrupper på arbeidsplassen med samling én gang i måneden, i seks måneder etter fagdagen.
2. «Samlingsbasert kurs i Musikkbasert miljøbehandling»: er en fordypning i MMB. Kurset er mer omfattende enn kurs 1, og graden av spesifikke ferdigheter økes. Kursdeltakerne fra ulike sykehjem møtes til sammen seks dager over tre samlinger, i ca. fire måneder.
3. «Høyere utdanning i Musikkbasert miljøbehandling»: det tilbys videreutdanning i to fag ved Nord universitet. Et masteremne i MMB er under utvikling. MMB tilbys også som tema for bachelor sykepleierstudenter ved høyere utdanningsinstitusjoner i Norge.

Verken kurs 1 eller 2 krever forhåndskunnskaper, ferdigheter eller erfaringer innen musikk, sang eller MMB. Ulike stillingstyper og utdannelser kan delta. Kursene bygger ikke på hverandre, men har ulikt omfang og opplegg for gjennomførelse. Helsearbeidere kan delta på kurs 2 uten å ha deltatt på kurs 1. I masteroppgaven er kurs 2 valgt som grunnlaget for evalueringen. På kurs 2 har deltakerne en mer omfattende opplæring under veiledning fra fagekspert, sammen med andre helsearbeidere. Fokus er på metode og verktøy, praksisveiledning og fagfelleevaluering. Kursdeltakerne får tilgang til webportal med eksempler på musikktiltak og erfaringsutveksling. Mellom samling én og to skal deltakerne gjennomføre en praktisk oppgave, hvor de skal gjennomgå teoretisk materiell og gjennomføre tiltak på egen arbeidsplass. Deltakerne jobber detaljert med case hvor de skal utrede en pasient eller flere, og må presentere resultatene og erfaringene på samling to. Deretter har de oppfølgingstiltak mellom samling to og tre (Musikkbasertmiljøbehandling, u.å.b). Til slutt en implementeringsoppgave til samling tre, blant annet om hvordan de har klart å implementere MMB over tid og fått med seg andre ansatte.

Kurs 2 gir ferdigheter innen diagnostikk, klinisk observasjon, kartlegging og utforming av individualiserte tiltak (Musikkbasertmiljøbehandling, u.å.b). Deltakerne skal lære om de nevrologiske og terapeutiske innvirkninger musikk har på hjernen. Om forskjellen mellom musikkterapi og MMB. De lærer om bruk av musikk, ord, tonefall og hvordan lydmiljø påvirker pasientene (Håpnæs og Rangul, 2018). Helsearbeiderne skal lære å utrede pasienter for å finne ut hvilken musikk og sang(er) som den enkelte pasient responderer på. I utredningsarbeidet med MMB brukes blant annet kartlegging av musikksmak, uroskjema, videoanalyse, og systematiserte samtaler med pasienter. Se vedlegg 9.4 «Kartleggingsskjemaer for musikkpreferanser og uro» for eksempler. Musikkpreferanseskjema innebærer kartlegging av musikksmak. Helsearbeideren skal ha samtaler med pasienten om dens forhold til musikk, sang og dans. Pasientene blir spurt blant annet om de er glad i sang og musikk, hvor viktig sang og musikk har vært i livet, om de liker å synge og/eller danse, og om de kan komme på musikk som de setter særlig pris på. Deretter følger en liste med musikkjangre og tilhørende sanger som helsearbeideren kan bruke for å finne ut hva pasienten responderer på. Slik som barnesanger, viser, ballader, klassisk, rock, country og så videre. Det er viktig å finne ut hva pasienten liker best, og også hva pasienten ikke liker. Det anbefales også at man har en samtale med pårørende på forhånd om spørsmålene hvis mulig. Skjemaet skal fungere som en rettleiding til å finne hva som treffer den enkelte pasient. Det kan være én spesifikk sang, «nøkkelsang» (eller omsorgssang), som skaper en reaksjon hos pasienten. Slik som at pasienten endrer atferd fra urolig til rolig under situasjoner som vanligvis kan skape uro, eksempelvis under stell. I skjemaet understrekes det også at det ikke betyr at pasienten kun ønsker å høre på den sjangeren og/eller sangen som ga særlig positiv respons. Pasienter kan ønske ulik musikk til forskjellige situasjoner og stemninger. Et annet skjema som helsearbeiderne får opplæring i er uroskjema. Skjemaet brukes til å registrere og få oversikt over døgnrytme og atferd, for å kartlegge om det er et mønster i hvilken tid på dagen ulik atferd fremkommer, og eventuelle endring av atferd over tid. Ulik atferd har forskjellige fargekoder, slik at det er lettere å få oversikt. Eksempelvis er blå rolig/normal atferd, rød er fysisk aggresjon, grå er forvirring og så videre. Deltakerne får også utdelt eksempler på spillelister og sangtekster, samt CD-er med sanger.

Da arbeidet med masteroppgaven startet hadde arrangørene hatt kurs i omtrent ett år, hovedsakelig for ansatte i demens- og eldreomsorgen. Derfor er kursdeltakere som er ansatt på sykehjem valgt som informasjonskilde, heretter kalt informanter. Bruk av MMB på pasienter på sykehjem har som formål å bedre livskvaliteten for beboerne, redusere medikamentbruk,

forbedre gangfunksjon, samt bedre arbeidssituasjon for ansatte gjennom å få tilgang til nye verktøy. Det skal blant annet være med å dempe uro, utagering ved stellesituasjoner og løfte pasienten fra passivitet. Det ønskes også å kunne påvise at pårørende opplever større grad av verdighet hos sine nærmeste. Helsearbeiderne skal ikke bruke mer tid på pleie, men de skal bruke MMB som et supplement, og også delvis som erstatning for tradisjonell medisinsk behandling.

En del av evalueringsplanene av opplæringsprogrammet til Nord universitet og NKKHO er en tredelt evaluering:

1. Evaluering av gjennomføring av kurs og studier i kurs 1-3, gjennom standardiserte skjema som kursdeltagerne og studentene svarer på – deltakertilfredshet knyttet til forventet læringsmål med mer.
2. Det må gjennomføres systematisk kartlegging/evaluering om deltakerne som gjennomfører deler av opplæringsprogrammet tar i bruk kunnskapen i praksis på sin arbeidsplass.
3. Systematisk og metodisk måle effekt på institusjoner/avdelinger som tar i bruk miljøterapeutiske metoder som behandlingsform.
Kilde: Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg

Nord universitet/NKKHO hadde allerede startet evaluering punkt 1 ved kursoppstart, gjennom kontinuerlige undersøkelser av deltakertilfredshet etter hvert kurs på siste kursdagen. I denne studien er evaluering punkt 2 valgt ut. Evalueringen gjelder for både ansatte som har deltatt og deres ledere. Målet med opplæringsprogrammet er, gjengitt fra NKKHO sine nettsider:

Målet med opplæringsprogrammet er å gi ansatte i helse- og omsorgstjenestene kompetanse slik at musikk, sang og bevegelse kan integreres systematisk og helhetlig i behandlingstilbudet. Deltakerne i det nye opplæringsprogrammet gis verktøy og metoder til å kartlegge behov og preferanser hos de som mottar omsorg. Med utgangspunkt i kartleggingen skal det legges til rette for at musikk og sang tilpasset den enkeltes behov tas i bruk og dokumenteres gjennom journalføring på lik linje med andre typer behandling og medikamentbruk. (Radwan, 2016)

Beskrivelsen over blir som nevnt operasjonalisering av “tar i bruk kunnskapen i praksis” i evaluering punkt 2. Studien skal undersøke om kursdeltakerne oppfyller målene over etter kursdeltakelse. MMB skal i hovedsak legges til rette for den enkelte, men samlingsstunder med musikkstimulering kan også regnes som en del av MMB. Rytme som støtte ved forflytning og fallforebygging er også en del av opplæringen. MMB skal også integreres i behandlingstilbudet på en systematisk og helhetlig måte. Dersom det skal bli en del av behandlingstilbudet må det

være systematikk i utredningen og bruken, slik at de pasientene som kan ha nytte av MMB blir utredet. Og at flere ansatte enn kursdeltakerne tar det i bruk på sikt. Selv om det er en fordel å ha deltatt på kurset selv, trengs det ikke sertifisering for å bruke MMB. Derfor er det mulig for kursdeltakerne å lære opp kollegaer på egenhånd i etterkant.

Målene for deltakelse på opplæringsprogrammet og målene for bruk i etterkant er bakgrunn for valg av problemstillingene, og kriteriene for suksess. Suksesskriteriet går derfor på om det samstemmer med NKKHO sine målsettinger. Når begrepet «tar i bruk» anvendes menes det om kursdeltakerne bruker MMB som operasjonaliseringen over henviser til. Når begrepet «implementering» anvendes, menes det at også andre ansatte kartlegger og tar i bruk MMB, og at det har blitt en daglig rutine på arbeidsplassen for mange og ikke få enkeltpersoner. At det er rutiner som gjør at arbeidet kan vedvare ut over de enkelte kursdeltakerne. Lokale tilpasninger på de fire sykehjemmene må tas i betraktning, det er sannsynlig at det vil variere hvordan sykehjemmene velger å implementere tiltaket i etterkant av deltakelse, men hvorvidt de oppnår målene til NKKHO er hovedfokus. Det vil også diskuteres om prosessen med bruk og implementering er forskjellig på de fire sykehjemmene, hvordan det kan påvirke resultatet, og om det er gode ideer til implementering og oppnåelse av målene.

Politisk forankring og samarbeidspartnere

Opplæringsprogrammet er 1 av 52 tiltak i Kompetanseløft 2020. Tiltakene varierer med ulike opplæringsprogrammer, men også tiltak for rekruttering og bemanning, sikre kvalitet i utdanning, lederutvikling, tilskuddsordninger og så videre (Helsedirektoratet, u.å). I første omgang gjaldt programmet MMB for en treårsperiode, 2015-2017, og var forankret i Statsbudsjettet for 2015. Det var bevilget fem millioner kroner på statsbudsjettet per år. Perioden gjaldt for tre år, men med opsjon på å fortsette i 2018-20. Videre midler ble innvilget også i 2018 og 2019. Nord universitet er prosjektleder og står økonomisk ansvarlig for avtalen. Sammen med NKKHO har de fått i oppdrag å utarbeide og drive opplæringsprogrammet. NKKHO er et partnerskap mellom Helse Nord-Trøndelag HF, HUNT forskningssenter (NTNU), Levanger kommune, Trøndelag fylkeskommune og Nord universitet (Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg, u.å.). NKKHO har som formål å videreutvikle samspillet mellom forskning, utdanning og praksis innenfor kultur, helse og omsorg. Nord universitet og NKKHO samarbeider med Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, og Bergen Røde Kors sykehjem om opplæringsprogrammet.

Det foreligger ingen statlige føringer ovenfor kommunene eller sykehjem om deltakelse på opplæringsprogrammet og bruk av MMB i behandling. Selv om det ikke er bindende føringer, er opplæringsprogrammet i tråd med senere års politisk satsning på kreativ omsorg, og viser et ønske om at MMB skal bli en del av behandlingstilbudet. Det er altså frivillig for kommunene og sykehjemmene å melde seg på, og institusjonsledelsen kan bestemme om de velger kurs 1 eller kurs 2. På kurs 2 er det en deltakeravgift per ansatt på 4000 kr. Sykehjemmene har mulighet til å søke midler hos fylkesmannen for kompetanse- og innovasjonsmidler, for å kunne dekke blant annet deltakeravgiften. Kurs 2 hadde oppstart mai. 2016, og i løpet av 2016 ble det gjennomført 5 kurs med ulike starttidspunkter. Sykehjemmene i studien deltok på kurs i 2016.

2.3 Tidligere forskning på implementering av miljøbehandling på sykehjem

I delkapittelet presenteres noen erfaringer fra tidligere forskning på implementering av miljøbehandling og læring av ny kunnskap på sykehjem. Dette for å gi et bakteppe av faktorer som har påvirket og vært viktig i tidligere implementering av miljøtiltak på sykehjem.

I 2005 startet seksjon for alderspsykiatri ved Sykehuset Telemark et pilotprosjekt om å integrere systematisk bruk av sang og musikk i behandlingstilbudet (Skogum, 2009, s. 4). I en rapport fra 2009 om arbeidet er erfaringene at musikk kan ha effekt på pasienter, også pasienter som ikke selv oppga at musikk var viktig for dem. Det kom fram at det var en høy terskel for pasientene å si at musikk er viktig, derfor må en også utrede de pasientene som ikke oppgir musikkinteresse. Erfaringene viste at for de ansatte kunne det være utfordrende å bruke døgnobservasjonsskjemaene, fordi det skulle fylles ut kontinuerlig i 14 dager. På grunn av høy arbeidsbelastning og vikarer uten tilstrekkelig opplæring, ble dette utfordrende. Prosjektlederen så at selv om personalet hadde fått opplæring, var det behov for undervisning og veiledning underveis. For å få det integrert i avdelingen trengtes det mer planlegging, undervisning og oppfølging enn de hadde antatt (Skogum, 2009, s. 22). Det å ha en prosjektleder, én person med hovedansvar, ble viktig i prosessen. Dette for å holde engasjementet oppe, få til drøftinger, og hjelpe til med å bruke metoden i praksis. Det understrekes i rapporten at det forutsetter at det blir satt av tid til arbeidet for personen med hovedansvar, fordi det i en travel hverdag ellers ikke blir prioritert. I tillegg var en erfaring at ikke alle ansatte mente at de selv kunne bruke sang og musikk i daglig omsorg for pasientgruppen. Prosjektleder Skogum sitt motivasjonsarbeid og sterke overbevisning om at alle kan bruke sang og musikk, ble av avgjørende betydning for gjennomføringen av prosjektet (Skogum, 2009, s. 3). Fordi mange

ikke var trygge nok, og det krevde mot for noen å ta i bruk musikk, uttrykket personalet at det er behov for kontinuerlig undervisning og praktisk trening.

I artikkelen til Augustsson mfl. (2013, s. 390) evalueres utfallet av en organisatorisk læringsintervensjon på en arbeidsplass og utfordringer med å overføre individuell læring til organisatorisk læring i eldreomsorg. Resultatet viser at en læringsintervensjon ga noen effekter på individnivå, men at det ikke ble funnet noen forbedringer i organisatorisk læring. Faktorer som hindret organisatorisk læring var dårlig læringsklima, lederes usikkerhet om deres rolle, mangel på eierskap og ansvar blant ansatte og ledere, lederes syn på personlighet som viktigere komponent enn personalutvikling i arbeid med eldreomsorg, samt mangel på systemer for å fange opp tilegnet kunnskap.

I 2015 gjennomførte forskere ved Høyskolen i Gjøvik en undersøkelse av helsepersonells erfaringer med endring av praksis i sykehjem (Storlien og Sørli, 2015, s. 17). Bakgrunnen for studien var at forskning på kompetansehevende tiltak i sykehjem viste at endringsprosesser møter motstand. To sykehjem som hadde innført miljøbehandling ble derfor studert. Forskerne gjennomførte fokusgruppeintervjuer, hvor hensikten var å belyse personalets erfaringer med å innføre strukturert og individuelt rettet miljøbehandling. Resultatene viste at den viktigste faktoren som fremmet innføring av miljøbehandling var engasjement. Det var særlig viktig med motiverte ledere og at ansatte har medbestemmelse og en arena for refleksjon (Storlien og Sørli, 2015, s. 20). At alle ansatte involveres kan gi positivt arbeidsmiljø, skape gjensidig respekt mellom yrkesgrupper og hindre hemmende prosesser. Helst arbeid i fellesskap med mulighet for åpen dialog og refleksjon. Lederes interesse og anerkjennelse er viktig for å opprettholde engasjement. Forfatterne skriver at det er en forutsetning ved endringsarbeid at ledere er tydelige om hensikten, engasjerer seg og følger opp de ansatte. Og at de også viser støtte og respekt for ansattes meninger og forslag. Faktoren som hemmet innføring var manglende engasjement, eksempelvis at ledere er utydelige og at de ansatte opplever motstand mot endring. Forskerne konkluderte med at forhold som påvirker personalets engasjement har stor betydning for hvorvidt endringsprosesser i sykehjem lykkes (Storlien og Sørli, 2015, s. 17). Her er særlig ledelsens deltakelse, ansattes reelle medvirkning, refleksjonsmuligheter og personalets holdninger av betydning. Det må skapes forhold som er forpliktende, og en viktig faktor som oppfordrer til endring av praksis er at lederne følger nøye og eksplisitt med på implementeringsprosessen. Samt delegerer ansvar.

3.0 Teori

I teorikapittelet presenteres oppgavens teoretiske rammeverk. Det presenteres teorier som er relevante for oppgavens tema og dens problemstillinger. Ved å se på flere nivåer i implementeringsprosessen vil det kunne belyse ulike aktørers roller for at et slikt tiltak kommer i gang og videreføres. Informasjonen skal gi et bilde på hva som kjennetegner og kan påvirke bakkebyråkrater i deres arbeid, og hva som kan være viktige elementer i implementeringsarbeid. Først presenteres hva som kjennetegner norsk helsepolitikk og det politiske systemet som preger eldreomsorg og sykehjem. Deretter hvordan organisasjonsformene byråkrati og profesjonsbyråkrati har påvirket helsesektoren og tilhørende organisasjoner. Videre presenteres New Public Management (NPM heretter) sin påvirkning på offentlig sektor de siste tiårene, med sine styringsprinsipper fra markedsorienterte modeller. Det politiske og organisasjonsmessige bakteppe til helsesektoren og sykehjem skal vise hvordan dette kan påvirke styringen av sykehjem og arbeidsforhold innad. Deretter vil Jacobsen og Thorsvik (2013) sin organisasjonsmodell om hvordan organisasjoner fungerer introduseres. Videre vil teori om implementering av politikk gjennomgås. Winter og Nielsen (2008) sin implementeringsmodell er sentral, som viser til de ulike nivåene i implementeringsprosesser og hvilke aspekter som kan vies oppmerksomhet i implementeringsstudier. Fordi ansatte er hovedfokus i studien vil bakkebyråkratiteorien til Lipsky (1980) anvendes.

3.1 Helsepolitikk

Norge er en velferdsstat, som innebærer at staten skal sikre befolkningen mot sosial utrygghet og fattigdom, og velferdsstaten har stor betydning for samfunnsutviklingen og befolkningens velferd (Halvorsen, 2010, s.18). Helse inngår som en betydelig del, og i 2016 brukte Norge rundt 10 prosent av bruttonasjonalprodukt på helsetjenester, hvor det offentlige finansierte om lag 85 prosent av helseutgiftene (Vold, 2017). Helsepolitikk innebærer det offentliges ansvar for befolkningens helse. Helsevesenet er et omfattende apparat som favner befolkningen som helhet, og sykehjem er en del av helsetilbudet for eldre (Halvorsen, 2010, s. 202). Videre presenteres hvordan helsesektoren er inndelt og organisert, hvem som har ansvar for sykehjemstjenesten, og hva som kjennetegner norske sykehjem i dag.

3.1.1 Organisering og ansvarsfordeling i helsesektoren

Myndighetene påvirker tilbudet av helsetjenester, økonomiske rammer, profesjonsproblemer, prioriteringsspørsmål og styringsspørsmål (Halvorsen mfl., 2013, s. 30). En av tjenestene staten tilbyr er pleie- og omsorgstjenester, som inkluderer hjemmehjelp, hjemmesykepleie, sykehjem

og andre boformer med heldøgns pleie og omsorg (Halvorsen, 2010, s. 18). Sykehjem er derfor en del av pleie- og omsorgstjenestene.

Grunnstrukturen i helsetjenesten er delt opp i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten (Halvorsen, 2010, s. 210). Sistnevnte er desentralisert til kommunehelsetjenesten. Kommunene plikter å sørge for disse tjenestene, som omfatter blant annet distrikthelsetjeneste, legevaktjeneste, helsestasjon, skolehelsetjeneste, ergoterapi, sykehjem og så videre (Halvorsen, 2010, s. 215). Gjennom samhandlingsreformen fikk kommunene økt ansvar og oppgaver overført fra spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017, s. 36). I tillegg har organiseringen et desentraliserende prinsipp ved at kommunene i større grad kan prioritere innenfor gitte budsjettammer, og dermed imøtekomme lokale behov bedre. For å unngå uønskede ulikheter i helsetilbudet, skal overføringer fra staten påvirke inntektsfordelingene mellom kommunene (Halvorsen, 2010, s. 255). Rammetilskuddene skal dekke en rekke lovpålagte oppgaver, deriblant eldreomsorg, og staten ønsker også å påvirke kommunenes prioriteringer. Finansieringen gjenspeiler at kommunene er et eget forvaltningsnivå med selvstyre, og samtidig et instrument for å gjennomføre lovpålagte oppgaver og nasjonal politikk. Senere tids kraftige økning i antall eldre sammen med økt levealder gjør at kommunal eldreomsorg blir stadig en større del av den kommunale sosialpolitikken (Halvorsen, 2010, s. 193). Kommunene kan velge blant tiltakene i Kompetanseløft 2020, ut i fra hvilke behov og prioriteringer de har (Helsedirektoratet, u.å). Derfor vil det variere fra kommune til kommune hvorvidt fokus på MMB forekommer.

3.1.2 Eldreomsorg og sykehjem

Tidligere var omsorg for eldre hovedsakelig tilknyttet familien, men de siste 50 årene har det offentlige i større grad overtatt ansvaret (Ingstad, 2011, s. 11). Det er et utpreget mål å sikre likeverdighet i tilbudet til den eldre befolkningen, uavhengig av sosial status, bosted og inntekt (Halvorsen, 2010, s. 194). Eldreomsorgen og sykehjem innebærer tiltak som er rettet mot hjelp til eldre som ikke klarer seg selv, og organiseres i hovedsak av det offentlige eller private organisasjoner (Kirkevold, 2014). En rekke hjelpetiltak favner dette, som dagsenter, eldresenter, egne transporttilbud, hjemmebaserte tjenester, sykehjem og så videre. Sykehjem ble formelt etablert som helseinstitusjon på 1950-tallet i Norge, og er en institusjon hvor pasienter får heldøgns opphold, behandling og pleie, rehabilitering og avlastning (Ingstad, 2011, s. 12). Dette gjelder pasienter som ikke behøver å være på sykehus, men som trenger behandling og oppfølging som det ikke er faglig forsvarlig eller praktisk mulig å gjennomføre

i deres eget hjem (Braut, 2009). På sykehjem jobber blant annet leger, sykepleiere, helsefagarbeidere (tidligere hjelpepleiere/omsorgsarbeidere) og ansatte med annen videregående helseutdanning, alle er en del av velferdsprofesjonene (Halvorsen, 2010, s. 117).

Politikerne ønsker som nevnt å øke kapasitet og kvalitet i omsorgstjenestene, blant annet ved kompetanseheving, for å sikre en faglig sterk tjeneste (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Helse- og omsorgstjenestene står overfor flere utfordringer, og særlig en aldrende befolkning skaper utfordringer for bærekraften i velferdsordningene (Finansdepartementet, 2017). Behovet for helsehjelp øker særlig fra 80 år, og det beregnes en stor økning i antall eldre, og en økning i kroniske og sammensatte sykdommer (Folkehelseinstituttet, 2017; Helsedirektoratet, 2017). Med eldrebølgen som kommer og fødselsrater som synker, vil antall innbyggere som er yrkesaktive gå ned, og dermed vil skattegrunnlaget som er med å finansiere tjenestene være mindre. Dette skjer samtidig som helseutgiftene øker og veksten i antall helsepersonell vil være mangelfull i forhold til veksten i etterspørselen etter helsetjenester (Helsedirektoratet, 2017, s. 3). Utfordringene har ført til økte diskusjoner og krav om bedre effektivisering av dagens organisering for å utnytte de begrensede ressursene bedre, hvor markedsorienterte prinsipper har vært i fokus. Dette vil presenteres ytterligere i delkapittelet 3.2.3 om NPM.

I eldreomsorgen har det skjedd et skifte de siste årene, hvor det politiske fokuset har gått over til at eldre skal bo lengst mulig i eget hjem (Kirkevold, 2014). De hjemmebaserte omsorgstjenestene har blitt prioritert, som har bidratt til at gjennomsnittsalder og sykdomsbildet til brukerne på sykehjem har endret seg. Organiseringen innad på sykehjem har også endret seg fra store enheter med ulike pasientgrupper, til at man i større grad samler pasienter i små enheter med lignende behov og lidelser (Ingstad, 2011, s. 11). Disse endringene stiller større krav til de ansattes kompetanser, samtidig som det legges økende vekt på kreativ omsorg. Sykehjem er en behandlingsinstitusjon, men det skal også være et hjem for de eldre (Ingstad, 2011, s. 12). Videre skal vi se på hva som har kjennetegnet organisasjonsgrunnlaget i offentlig sektor og tilhørende helse- og sosialtjenester, den byråkratiske organisasjonsform.

3.2 Organisasjonsformer i offentlig sektor

3.2.1 Den byråkratiske organisasjonsformen

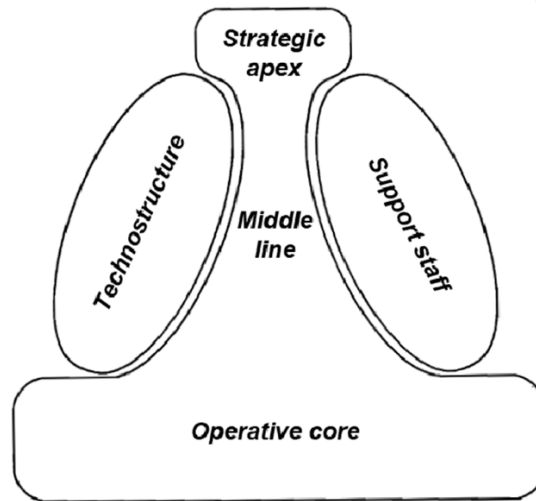
Grunnlaget for forståelsen av dagens organisasjoner er sterkt påvirket av klassisk organisasjonsforskning, og kjennskap til de mest sentrale bidragene er viktig for innsikt og

forståelse for moderne organisasjoner (Flermoen, 2001, s. 54). Byråkratiet er den mest sentrale organisasjonsformen, som bygger på Max Webers idealbyråkrati, og danner grunnlaget for måten statsapparatet og tilhørende organisasjoner er organisert (Flermoen, 2001, s. 38). Byråkratiet kjennetegnes av formalisert arbeidsdeling og spesialisering, hierarkisk autoritetsstruktur, tydelig autoritetsfordeling, teoretisk skolering, skriftlig regelverk hvor gjøremål er styrt av regler og instruksjoner, med mer. Weber anså fordeler med byråkratiet til å være blant annet effektivitet, forutsigbarhet, objektivitet og hurtighet (Flermoen, 2001, s. 42).

Ifølge Flermoen (2001, s. 44) trekker faglitteraturen ofte frem dysfunksjoner som samordningsproblemer, forskjellsbehandling og målforskyvning når byråkratiet diskuteres. Samt fokus på at det ikke er like effektivt og konfliktfritt som antatt (Eriksson-Zetterquist mfl., 2014, s. 72). Mange av dagens byråkratiteoriforskere gir støtte til Webers tanker, men trekker også fram sosialpsykologiske og emosjonelle aspekter ved byråkratiet (Eriksson-Zetterquist mfl., 2014, s. 81). Hvordan medarbeidernes følelser og forhold til klienter spiller en viktig rolle. Studier på 1950- og 60-tallet av byråkratiet begynte å rette fokus mot temaer som kultur, kommunikasjon og følelser, som ble viktig i organisasjonsforskningen senere i 1980- og 90-årene (Eriksson-Zetterquist mfl., 2014, s. 81). Organisasjonsformen påvirker organisasjonene i kommunene i ulik grad, men byråkratiet har vært en grunnleggende logikk i organiseringen av offentlig sektor (Rødvei, 2004, s. 9). Sykehjem er også kjennetegnet ved spesialisering, hierarki, regler og prosedyrer. Samtidig er arbeidet preget av omsorg, pleie og behandling, hvor det sosialpsykologiske og emosjonelle er viktig. Sykehjem har en stor operativ kjerne, som påvirker organisasjonens atferd. Profesjonsaspektet gjør at slike organisasjoner skiller seg fra det klassiske byråkratiet på enkelte områder.

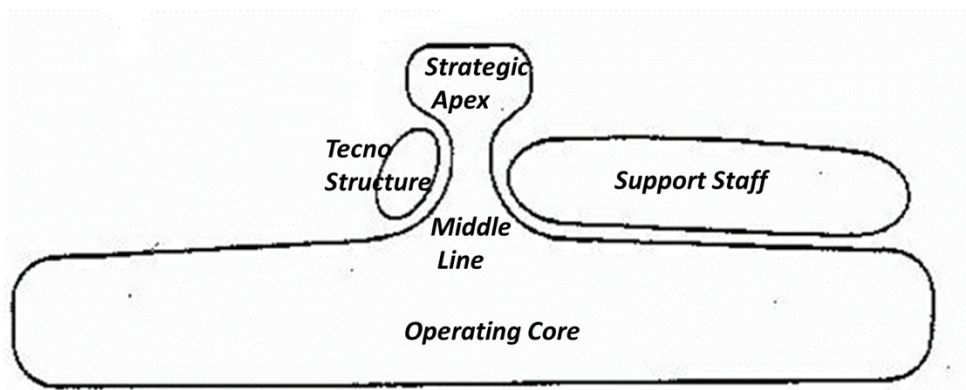
3.2.2 Profesjonsbyråkratiet

Organisasjonsforskeren Henry Mintzberg (1979, s. 20) utviklet et rammeverk som beskriver forskjellige organisasjonsstrukturer. Organisasjoner består av fem hoveddeler/komponenter: strategisk toppunkt, administrativ mellomledelse, teknostruktur, støttestab og operativ kjerne, som vist i figur 1.



Figur 1: "The Five Basic Parts of Organizations", (Mintzberg, 1979, s. 20).

Ut i fra ulike sammensetninger av delene, strukturell utforming, vil det komme frem seks forskjellige arketyper av organisasjoner. Profesjonsbyråkratiet er et av dem, og sammensetningen av delene ser slik ut:



Figur 2: "The Professional Bureaucracy", (Mintzberg, 1979, s. 355).

Figur 2 viser altså en arketype av figur 1. En tydelig forskjell er at den operative kjernen utgjør en stor del av organisasjonen i profesjonsbyråkratiet. Helse- og sosialsektoren sine tjenesteytende organisasjoner med profesjonsbyråkrati skiller seg fra den vanlige byråkratiske organisasjonen ved det store innslaget av arbeidstakere med profesjonsbakgrunn. Det er tett kobling mellom yrke og profesjon, og de har gjerne en yrkesetikk og ideologi som skal være retningsgivende for utøvelsen (Flermoen, 2001, s. 172). Profesjonelle arbeidstakere har en

faglig ekspertise som gir dem stor tyngde i saker som kan defineres som faglige. Autoritet innenfor organisasjoner i helse- og sosialsektoren vil derfor ikke kun være knyttet til formell posisjon i hierarkiet, men også til fagkunnskap og ekspertise (Flermoen, 2001, s. 47).

I de tjenesteytende organisasjonene i helse- og sosialsektoren finner vi også byråkratiske strukturer som i offentlig forvaltning på kommunalt, fylkeskommunalt og statlig nivå. Arbeid i samsvar med offentlig lov- og regelverk, formell likebehandling av brukere, og hierarkisk autoritet er eksempler (Flermoen, 2001, s. 47). Profesjonsbyråkratiet, som det klassiske byråkratiet, er kjennetegnet av stor grad av arbeidsdeling og spesialisering, standardisering av oppgaver, en standardisering basert på faglige normer og verdier. Ifølge Flermoen (2001, s. 48) vil de profesjonelles lojalitet i første rekke være knyttet til faglige normer og verdier. Profesjonelle har en tendens til å identifisere seg mer med yrket enn organisasjonen de jobber innenfor (Mintzberg, 1979, s. 357). Fellestrekket i organisasjonsformene er uansett at oppgaver skal bli løst med stor grad av forutsigbarhet, uavhengig av om autoriteten er basert på faglig ekspertise eller hierarkisk posisjon.

I profesjonsbyråkratiet er det typisk at organisasjonene også har en administrativ stab. De administrativt ansatte håndterer arbeidsoppgaver som faller utenfor de profesjonelles område (Flermoen, 2001, s. 48). Dette innebærer at det fungerer to parallelle hierarkier samtidig i organisasjonen, faghierarki med egenkontroll og tradisjonelt hierarki for administrasjonen med styring ovenfra og ned. I tillegg kan også flere profesjonshierarkier operere parallelt innad i en organisasjon, med stort fokus på eget fag (Flermoen, 2001, s. 48). Det kan derfor oppstå vanskeligheter når nye utfordringer og oppgaver krever løsninger eller samarbeid på tvers av faggrensene (Flermoen, 2001, s. 48). Samarbeid- og styringsproblemer kan følge ved rivalisering og konflikter mellom ulike faggrupper, for eksempel uenighet over grensene mellom profesjonenes ansvar og arbeidsområde (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 99). Sykehjem er kjennetegnet av en stor operativ kjerne med ulike utdannelsesløp blant de profesjonelle.

Utfordringer og problemer knyttet til profesjonsbyråkratiet er altså samordning og koordinering mellom faggrupper og hierarkier. Beslutninger kan bli konfliktfylte, det kan oppstå problemer med bruk av skjønn, evnen til fornyelse, innovasjon og endring er svak (Flermoen, 2001, s. 180). Ifølge Mintzberg (1979, s. 375) er det en lite fleksibel struktur, som er godt egnet til å produsere standardoppgaver, men dårlig egnet til å tilpasse seg nye. De er konservative organer som er nølende med å endre sine veletablerte rutiner. Makten til strategisk forandring er mer

diffus, og alle må være enig om endring, ikke bare noen få ledere eller profesjonelle representanter (Mintzberg, 1979, s. 376). Disse aspektene blir viktig å fokusere på i studien.

3.2.3 New Public Management

Organisasjonene i offentlig sektor har også blitt påvirket av nye trender og reformbølger, og særlig NPM har hatt betydning de siste tiårene (Høst, 2014, s. 163). Økende kritikk ble rettet mot at ekspertene fikk for stor makt, særlig administrativt, fordi mange mente offentlig sektor var for stor, dyr, ineffektiv og vanskelig å styre (Fimreite og Grindheim, 2007, s. 227). En trengte effektivisering og nyteknung. Hovedtanken var at en skulle overføre virkemidler fra mer markedsbaserte organisasjoner. NPM påvirket norsk forvaltning fra tidlig 1990-tallet, med økt markedsorientering, desentralisering, horisontal spesialisering, økt vekt på ledelse (Managerialism) og mål- og resultatstyring (Christensen, 2010; Rasmussen, 2011). Disse prinsippene har også påvirket velferdssektoren, og Flermoen (2001, s. 194) påpeker hvordan det har skjedd en betydelig deregulering, altså privatisering, av helsetjenestene de siste 20 årene. Den vesentlige delen blir finansiert over offentlige budsjetter, men det legges altså stadig større vekt på markedsøkonomiske modeller som politisk styringsinstrument. Prinsippene fra NPM har også påvirket kommunale tjenester (Aarseth, 2009; Rasmussen, 2011). For sykehjem har det også påvirket måten organisasjonen ledes på, og følgende hvordan arbeid organiseres og rapporteres. Ved å gi ansvar nedover i systemet får lederne større mulighet til å lede tjenestene, men samtidig blir lederne i større grad styrt av budsjettkravene fra kommunen og av evnen til å levere gode tjenester innenfor kravene (Rasmussen, 2011, s. 62). Med lederoppgaver i økende grad rettet mot økonomi, vil det kunne påvirke mulighet til fokus på faglig utvikling og sosiale relasjoner til medarbeiderne (Nessæther, 2007, s. 7).

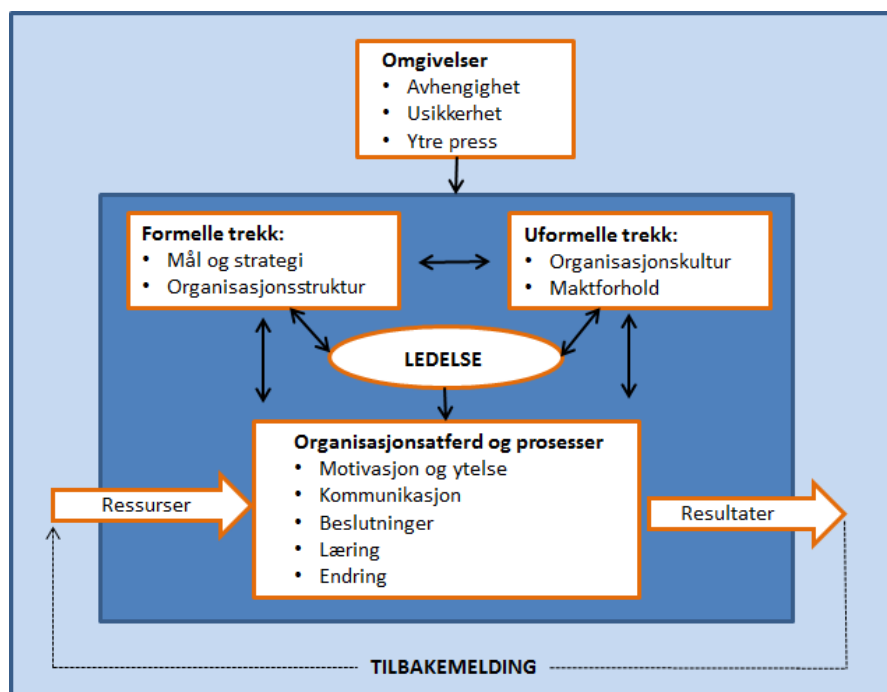
Når det gjelder sykehjem har det i mediene og innen forskning også vært fokus på hvordan mange ansatte de siste tiårene opplever et økende krysspress mellom effektivitetskrav og faglige verdier (Bergsagel, 2016). Økte krav til rasjonalisering, rapportering og resultater har også hatt negativ innvirkning på arbeidsmiljøene (Nessæther, 2007). I doktoravhandlingen til Margrete Kristiansen undersøkte hun hvordan ansatte på sykehjem forholder seg til krysspresset med tilsynelatende motstridende styringskrav, dette forteller hun om i et intervju med Bergsagel (Bergsagel, 2016). Hennes konklusjon fra studiet av 18 ansatte på tre ulike sykehjem, er at det er mye frustrasjon som følge av arbeidssituasjonen, men at de ansatte får det til å fungere. De ansatte viste forståelse for nødvendigheten av kontroll og innstramminger. Kristiansen forteller: ”De finner en balanse, utvikler nye mestringsstrategier og skaper ny mening i arbeidet.”

(Bergsagel, 2016). Kristiansen mener at kravene kan oppleves motstridende, men det er mulig å sameksistere, og de ansatte tar slike krav inn som en del av profesjonslogikken deres. Kristiansen påpeker at NPM-logikken kan ha sine begrensninger i sykehjemsdrift, nettopp på grunn av at de skal ivareta hele brukeren. De senere år har en sett motreaksjoner til noen av prinsippene til NPM, eksempelvis post-NPM reformer med et mer helhetlig perspektiv på offentlig forvaltning. Det har vært økt fokus på kvalitet, samarbeid, horisontal koordinering og tillit i offentlige virksomheter. Problemstillingene presentert i delkapittelet kan påvirke ledelsen, de ansatte og arbeid med MMB. Videre vil fokus rettes mot organisasjonsteorien, og de ulike elementene som påvirker atferd i organisasjoner.

3.3 Elementer i organisasjoner – hva påvirker organisasjonsatferd?

"... en organisasjon er et sosialt system som er bevisst konstruert for å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål." (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 18)

Organisasjonsteorien er svært omfattende og innebærer en rekke teorier, retninger og ”skoler”. Jacobsen og Thorsvik (2013, s. 25) har forsøkt å samle de mest sentrale bidrag til en helhetlig og forenklet modell, for å vise hvordan de ulike elementene i en organisasjon henger sammen:



Figur 3: ”Modell for bokens helhetlige og overordnede perspektiv”, (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 25).

En organisasjon har variabler som vil påvirke organisasjonens atferd, og modellen i figur 3 viser forhold som har betydning for hvordan organisasjoner fungerer (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 25). Variablene påvirker hverandre gjensidig og opererer i et samspill. Modellen er generell, og variablene er viktige for enhver type organisasjon. Likevel er det vanlig å gjøre to viktige skiller mellom organisasjoner: vareproduserende og tjenesteytende organisasjoner, og mellom offentlig og private organisasjoner. Tjenesteytende er immaterielle, arbeidsintensiv, innebærer sosial samhandling, og mennesker er viktige faktorer (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 28). I den direkte kontakten mellom mennesker blir det følelsesmessige innholdet i jobben sterkere vektlagt. Relasjonen fører også til at det er vanskeligere å skape rutiner av arbeidet enn i vareproduksjon (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 29). Sykehjem er som nevnt tjenesteytende og i hovedsak offentlige. Jacobsen og Thorsvik (2013, s.30) forteller at det gjerne er snakk om gradforskjeller heller enn fullstendige motsetninger mellom offentlige og private organisasjoner. De blir stadig likere hverandre på grunn av reformene offentlig sektor har gjennomgått de siste 20 årene. Organisasjonsteorien kan ikke komme frem til absolutte sannheter om hvordan og hvorfor mennesker handler som de gjør. Det er likevel mulig å si noe generelt om hvordan mennesker handler i organisasjoner (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 31). Videre presenteres de ulike variablene i modellen.

3.3.1 Organisasjonskontekst: formelle og uformelle trekk

Organisasjonskontekst deles det opp i to hovedelementer: formelle trekk og uformelle trekk (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 22). Formelle trekk er mål og strategi og organisasjonsstruktur. Disse er ofte nedfelt skriftlig og er bevisst besluttet. Mål forteller hva ansatte skal jobbe mot, og strategi er hvordan dette skal oppnås. Mål kan ha motiverende effekt, styrende funksjon, fungere som legitimitetsfaktor overfor omgivelsene, og fungere som evalueringskriterier (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 36). Strategi i offentlig sektor vil være mindre skarpe og målrettede sammenlignet med private organisasjoner, men offentlig sektor må stadig gjøre grep for å forbedre og effektivisere tjenesteproduksjonen. Den strategiske tankemåten er derfor oversatt og tilpasset offentlig sektor i stor grad (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 49). Struktur definerer hvordan arbeidsoppgaver skal fordeles, grupperes og koordineres, og hvordan beslutningsmyndighet skal fordeles (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 70). Arbeidsdeling og spesialisering definerer handlingsfrihet i arbeidet, samt styring og koordinering, som enten begrenser utførelse av arbeidsoppgaver eller gir beslutningsmyndighet (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 22). Jacobsen og Thorsvik (2013, s. 94) tar utgangspunkt i Mintzberg som viser til hvordan ulike typer formelle strukturer påvirker arbeidsdeling, koordinering og styring.

Når det gjelder uformelle trekk er spesielt to trekk viktig: organisasjonskultur og maktforhold. Disse er i mindre grad bestemt og vil gjerne vokse frem i organisasjonen over tid (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 23). Organisasjonskultur består av gruppenormer, verdier, sosialt samhold og gruppepress. Maktforhold er grupper eller individer som har private mål knyttet til egeninteresse. Det kan blant annet være fokus på personlig opprykk i organisasjonen, eller at ulike grupper er uenige om hva som bør prioriteres (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 23). De uformelle elementene kan både være en styrke og svakhet. Det kan utvikle seg uformelle regler eller motkulturer som motsetter det organisasjonen ønsker, eller de kan støtte opp under organisasjonens ønsker. Subkulturer og kulturelt mangfold kan også eksistere, og potensielt skape rivalisering og konflikt mellom grupper (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 159). Organisasjonskultur, slik som organisasjonsstruktur, kan ha sterke effekter på medlemmene i organisasjoner. Det kan skape tilhørighet og fellesskap, gi motivasjon og skape tillit, og disse faktorene kan igjen påvirke samarbeid og koordinering, samt styring (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 126).

Hvilke mål, strategier og struktur en organisasjon bestemmer seg for og anvender, samt dens organisasjonskultur og maktforhold som oppstår, påvirker atferden. Hvordan foregår og oppleves dette for de ansatte på sykehjemmene i studien, og påvirker det arbeidet med MMB?

3.3.2 Organisasjonsatferd og prosesser

Jacobsen og Thorsvik (2013, s. 25) har særlig fokus på menneskers atferd, og hvilke forhold som er antatt å påvirke denne atferden. Organisasjonsatferd og prosesser innebærer motivasjon og ytelse, kommunikasjon, beslutninger, læring og endring.

Motivasjon

Jacobsen og Thorvik (2013, s. 241) poengterer at like viktig som å tilegne seg og holde på kompetanse, er det at organisasjoner utnytter kompetansen. Motivasjon kan føre til at ansatte ønsker å yte ekstra, gjøre det de tror er til det beste for organisasjonen, og videre bruker kompetansen de har til å løse problemer på egenhånd. Noen fellestrekk for hva som kan skape motiverte ansatte og at organisasjonene utnytter de menneskelige ressursene bedre, er blant annet å tilegne seg ansatte med riktig kompetanse og utvikle disse ferdighetene, ha varierte karriereveier, forme jobbene slik at de tillater deltakelse, utfordring og variasjon (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 272). Det viktigste resultatet fra motivasjonsforskningen er ifølge Eriksson-Zetterquist mfl. (2014, s. 112) at motivasjon fører til arbeidstilfredstillelse. Ifølge

organisasjonspsykolog Jan Christophersen (2014) er selvstendighet, mestring og meningsfylt arbeid det som motiverer mennesker mest. Han mener at lederskap i dag er for kontrollerende med for stort fokus på måling, hvor målingen i seg selv er målet, mer enn middelet til endringer. Måling er også i større grad knyttet til kostnads- og effektivitetsfaktorer, heller enn å ta utgangspunkt i motivasjon og relatere til medarbeiderne (Christophersen, 2014). Det er viktig at lederne har dialog med ansatte om hva som skal til for å nå gitte mål. Hva de sammen må legge til grunn og hvilke forutsetninger som er nødvendig for at den ansatte skal kunne levere det som er ønskelig. Relasjons- og motivasjonsfaktorer er viktig, fordi det knytter ansatte sammen om oppgaveløsning og øker motivasjon (Christophersen, 2014). Utnytting av kompetanse, motivasjon, grad av frihet og rammer, samt dialog mellom ledere og ansatte blir viktige aspekter også i denne studien.

Kommunikasjon

Mennesker i en organisasjon må i varierende grad samarbeide og samhandle, og Jacobsen og Thorsvik (2013, s. 21) forteller at det er den viktigste prosessen i alle organisasjoner. Stadige krav til koordinering og teamarbeid gjør kommunikasjon viktig. Fordi flere av verktøyene i MMB krever kartlegging på ulike tidspunkt i løpet av et døgn, er det viktig at de ansatte kommuniserer godt. Kommunikasjon er viktig for innhenting og formidling av informasjon, gjennomføre planlegging, formulering av mål og utvikle strategi. Kommunikasjon styrer atferd, koordinerer atferd, bygger relasjoner, utvikler kultur, og er viktig for læring og så videre (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 278). Kommunikasjon handler også om overføring av holdninger, ideer og følelser, og mye av kommunikasjonen er også ikke-verbal (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 280). Effektiv kommunikasjon er at mottaker av informasjonen oppfatter budskapet slik sender hadde tenkt, og at de utvikler en felles forståelse (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 282). Dermed kan kommunikasjon ha avgjørende betydning for samhandling, påvirkning og resultater av de ulike elementene i organisasjoner som er inkludert i kapitlet. Kommunikasjon er strategisk viktig, og kan være avgjørende for om man lykkes med å gjennomføre planer og realisere organisasjonsmessig mål. For ledelsen er kommunikasjon også et viktig virkemiddel for styring, koordinering og kontroll (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 301). Gjennom målrettet kommunikasjon og motiverende samarbeidsformer, utvikles kompetanse (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 301). Kommunikasjon kan bli viktig i implementering av MMB, spørsmålet er om de ansatte kommuniserer godt og utvikler felles forståelse og planer?

Beslutninger

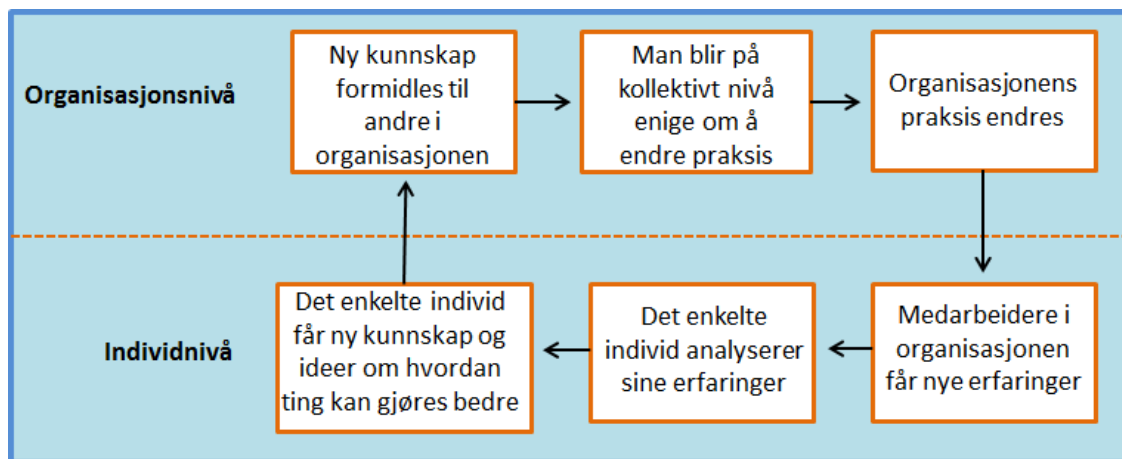
I organisasjoner vil beslutningsprosesser kontinuerlig finne sted, både på mer overordnet plan eller i daglige gjøremål, og beslutninger er dynamiske (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 21). Beslutninger påvirker effektivitet, hvordan mål, strategier og strukturer utformes, organisasjonskultur, maktforhold, ledelse og så videre (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 306). Organisasjonsforhold vil til gjengjeld også påvirke valget mellom alternativer og hvilken informasjon som er tilgjengelig når beslutninger skal tas. Eksempel vil hvorvidt det er organisert oppmerksomhet rundt et område, være avgjørende for i hvilken grad det blir trukket inn i vurderingen av konsekvenser og alternativer (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 317). Beslutninger kan være rasjonelle, men de kan også være resultat av tilfeldigheter, tidligere hendelser eller eksisterende rutiner (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 346). De ansattes beslutningsatferd påvirkes av en rekke forhold, som organisatoriske forhold, personlige forhold og trekk ved situasjonen (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 315). Hvor stor oppmerksomhet det er rundt MMB og hvilke beslutninger som tas eller ikke, kan påvirke arbeidet med MMB.

Læring og endring

Det blir stadig økt fokus på læring i organisasjoner, fordi innovasjon, endring og omstilling blir en større del av samfunnet og organisasjonene (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 21). Selv om sykehjem er en mer stabil og forutsigbar organisasjon enn mange andre organisasjoner i samfunnet, må de fortsatt forholde seg til ny lærdom og utvikling i sektoren de tilhører. Nye arbeidsmetoder og behandlingsformer, ny teknologi, omorganisering av struktur, krav om effektivisering og så videre er en del av sykehjemsdriften. Jacobsen og Thorsvik (2013, s. 353) definerer læring som en prosess der mennesker og organisasjoner tilegner seg ny kunnskap og dermed endrer atferd, det vil si bruker ferdighetene. Ferdigheter er evnen til å bruke kunnskapen til å få noe til å fungere eller skje. De ansatte på sykehjemmene må tilegne seg tilstrekkelig med kunnskap, og evne å bruke kunnskapen til å få noe til å skje og dermed endre praksis.

Det er en rekke forutsetninger som må være til stede for at læring skal finne sted (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 354). Organisasjonen må oppmuntre til læring og legge til rette for at individer kan lære (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 379). Noen i organisasjonen erfarer dermed noe som er av relevans for organisasjonen, reflekterer og er i stand til å lære. Deretter må det som enkeltindividene har lært synliggjøres og spres til andre i organisasjonen slik at kollektiv læring oppstår. Intern kommunikasjon og kunnskapsoverføring er nøkkelbetingelser for læring. Til slutt må den kollektive kunnskapen omsettes til kollektiv atferd av

organisasjonsmedlemmene, det vil si den må tas i bruk av andre i organisasjonen (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 354). Kunnskapen må omsettes til praksis, det er ikke tilstrekkelig at noen få i organisasjonen vet hva som bør gjøres. Ifølge Jacobsen og Thorsvik (2013, s. 355) må en på organisasjonsnivå få formidlet kunnskapen og bli kollektivt enige om å endre praksis. De viser til sammenhengen mellom læring på individ- og organisasjonsnivå:



Figur 4: "Lærings sirkel - sammenheng mellom læring på individ- og organisasjonsnivå", (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 355).

Figur 4 viser viktigheten av at individuell kunnskap blir en del av kollektivet, og at en tydelig kommuniserer til kollektivet at kunnskapen og ferdighetene skal tas i bruk for at hele organisasjonen skal endre praksis. Her spiller lederne en sentral rolle. Læring og endring henger tett sammen, og når man analyserer læring er det naturlig å se på hvilke endringer læringsprosessene fører til. Ifølge Jacobsen og Thorsvik (2013, s. 385) er endring når: "organisasjoner utviser forskjellige trekk på ulike tidspunkt". Dette kan være endring av oppgave, teknologi og/eller mål og strategi, endring i organisasjonsstruktur, kultur, demografi eller prosesser. Endring dekker altså bredt, og kan brukes for å forbedre og effektivisere, som innovasjon og skaffe legitimitet. Men endring kan også lett få motstand og skape konflikt innad fordi det alltid berører ansatte (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 384). Det kan skape konflikt mellom de som ønsker endring og de som ikke mener det er ønskelig eller nødvendig. Endring er også ofte tvunget frem av endringer i organisasjonens omgivelser (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 411). Endring på organisasjonsnivå skjer som oftest som følge av aktørers valg. Ifølge Jacobsen og Thorsvik (2013, s. 412) er lederne best egnet til å gjennomføre endringer i organisasjoner, som følge av deres stilling. Videre skal vi se nærmere på ledelse og endring.

3.3.3 Ledelse

Ledelse er også en helt sentral forklaringsfaktor i organisasjonen (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 23). Fagområdet er omfattende og får stor oppmerksomhet, det finnes en rekke forfattere og teorier som har preget litteraturen (Flermoen, 2001, s. 133). Det er flere kombinerte faktorer knyttet til lederen og den situasjonen personen befinner seg i, som avgjør hvordan den enkelte leder fungerer. Ifølge Jacobsen og Thorsvik (2013, s. 416) er det bred enighet om at: «Ledelse er en spesiell atferd som mennesker utviser i den hensikt å påvirke andre menneskers tenkning, holdning og atferd». Ledelse har som hensikt å få andre til å arbeide for å realisere mål, motivere, og å få ansatte til å trives. Ledere kan påvirke medarbeidernes gjennom samhandling og kommunikasjon, som for eksempel gjennom samtaler, møter, ordrer, støtte og så videre (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 417). Men de kan også påvirke indirekte og strategisk gjennom utforming av mål, strategier og formelle strukturer. De kan anvende formelle program for opplæring, sosialisering og rekruttering. En annen form for indirekte ledelse er å påvirke kultur (verdier og normer) og håndtere uformelle maktforhold (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 418). Har ledelsen ved sykehjemmene tatt i bruk noen av disse påvirkningsmulighetene i forbindelse med MMB og i hvilken grad?

I helse- og sosialsektorens organisasjoner er situasjonen og betingelsene en leder står overfor rammen for hva lederne må forholde seg til (Høst, 2014, s. 61). Rammen er som nevnt under profesjonsbyråkratiet virksomheter som ofte står i en situasjon preget av uklare eller komplekse mål. Dette kan forsterke en allerede uklar beslutningsstruktur, preget av fagbyråkrati med parallelle autoritetslinjer (Høst, 2014, s. 62). Den normative konteksten, oppgavene som skal utføres, de ansatte og den organisatoriske konteksten gjør at ledelse i det offentlige og i helse- og sosialsektoren, innebærer å ivareta struktur, kultur og politikk. Tor Høst (2014, s. 62) påpeker hvordan rammene legger sterke føringer på ledelsesjobben, samtidig som ledere kan påvirke situasjonen. Hva som er avgjørende er hvordan lederne benytter handlingsrommet sitt, preget av ansattes autonomi og ledelsens hierarkiske styring (Høst, 2014, s. 74). Videre presenteres politikkomplementering og Winter og Nielsen sin implementeringsmodell.

3.4 Implementering av politikk

De første amerikanske implementeringsstudier på 1970-tallet var preget av casestudier med teoretisk interessante ideer (Winter og Nielsen, 2008, s. 22). Pressmann og Wildavsky (1984, s. xv) skriver hvordan det på starten av 1980-tallet ble en økende vektlegging av implementerings- og evalueringsfasene ved policy-prosesser. Årsaken var at mange policies

basert på tilsynelatende fornuftige ideer møte på vanskeligheter i den praktiske anvendelsen. Derfor ble det fokus på at en policy også må vurderes i lys av implementeringen. Dette skulle avdekkes ved å observere forskjellen mellom tiltenkte og faktiske konsekvenser, altså ved evaluering (Pressman og Wildavsky, 1984, s. xv). Kunnskap om selve implementeringen kan brukes til å kontrollere fremdrift eller endre programmer og/eller deres implementeringsformer. Tanken var at man skulle åpne ”The black box”, det vil si det som foregår innad i statsapparatet, og se på prosessen derfra og ut til brukerne.

I jakten på å utvikle en generell implementeringsteori, oppsto det en stillingskrig mellom top-down-forskere og bottom-up-forskere på 1980- og 1990-tallet (Winter og Nielsen, 2008, s. 22). Top-down la vekt på politiske styrings- og kontrollmuligheter i implementeringsprosessen, og vektla politiske beslutningsprosesser. Bottom-up vektla viktigheten av samspillet mellom bakkebyråkrater og målgrupper på bunnen av implementeringssystemet, og også bakkebyråkratenes negative innstilling mot de politiske og administrative beslutningstakerne på toppen (Winter og Nielsen, 2008, s. 22). Søren Winter utviklet den integrerende implementeringsmodell, som forsøker å samle de teoretiske mest interessante implementeringsfaktorene. Winter understreker at det ikke er en sammenfatning av de to retningene, implementering er et for komplekst fenomen til at det kan munnes ut i én enkelt teori. Modellen skal vise omfanget av en implementeringsprosess og hvilke sentrale punkter eller steder det kan være interessant å undersøke. Eller hvor en befinner seg i et større implementeringssystem i forbindelse med et gitt problem eller en gitt analyse (Winter og Nielsen, 2008, s. 23). Både hele eller deler av modellen kan være fruktbart å bruke i ulike analyser. Modellen viser til de ulike delene som utgjør en implementeringsprosess, og er brukt som utgangspunkt og rammeverk for denne studien. Som følge av evalueringens problemstilling vil hovedfokus være på ledelsen og de ansatte på sykehjemmene, men NKKHO som driver tiltaket med Nord universitet, og Helsedirektoratet som har ansvar for dem, er supplert for å få et bredere innsyn i prosessen. Videre vil Winter og Nielsen sin modell og grunnleggende perspektiver utdypes.

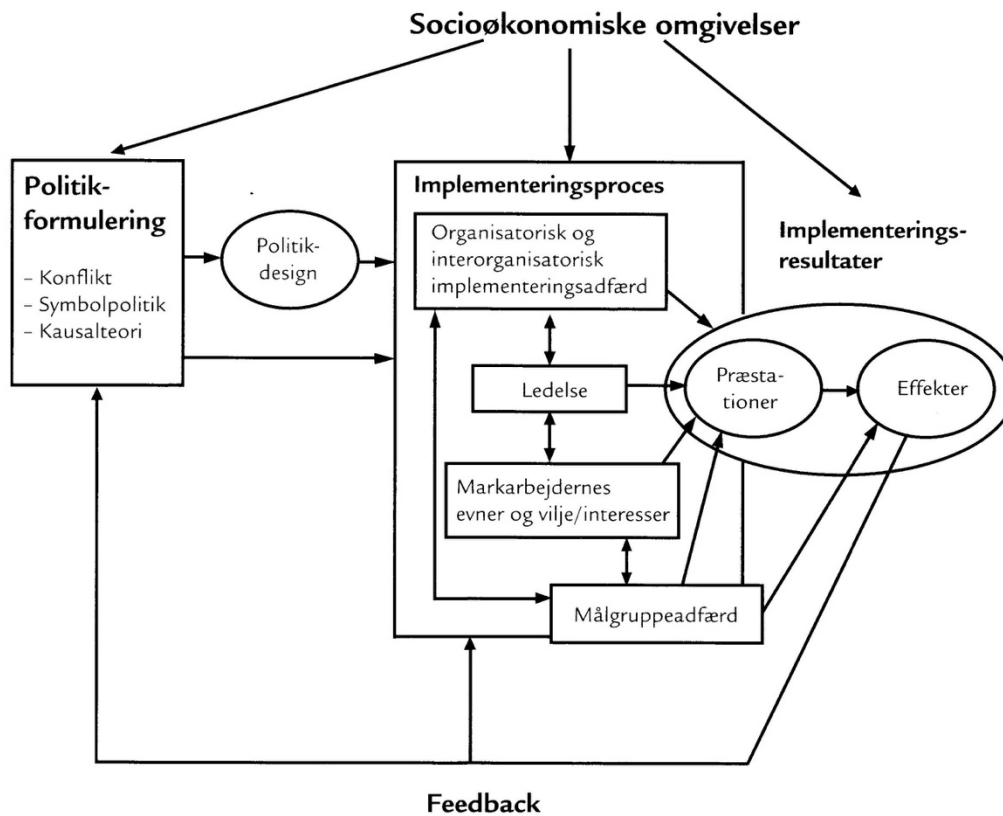
3.4.1 Helhetlig implementeringsmodell

Winter og Nielsen (2008, s. 5) belyser hvordan implementering av politikk er en politisk prosess som verken er apolitisk eller automatisk, det er ikke kun forvaltning av lovgivning. Implementering foregår i samspill mellom mange forskjellige aktører med forskjellige interesser. I prosessen vedtas en rekke viktige beslutninger som kan omforme lovgivningen, slik

at sluttproduktet som leveres til borgerne avviker noe, og en kan få effekter som ikke var tilsiktet. Arbeidet i implementeringsprosesser innebærer skjønnsutøvelse, fordi innenfor lovgivningens rammer er det forskjellige handlingsmønstre for forvaltningen og tjenesteytende enheter (Winter og Nielsen, 2008, s. 13).

For å belyse denne problemstillingen tar Winter og Nielsen (2008, s. 14) for seg prosessen hvor lovgivning og andre politiske beslutninger føres ut i livet. Med et prosessuelt perspektiv argumenterer de for at iverksettelsen og gjennomførelsen av politikk kun er en delprosess i et lengre forløp. Forløpet starter med at politiske problemer defineres og settes på dagsordenen. Deretter går det over i en politikkformuleringsfase, som ender med en beslutning. Prosessen foregår videre under iverksettelsen, implementeringen, hvor det leveres prestasjoner eller ”output”. Det vil si når politikken i en form leveres til borgerne, enten som tjeneste eller myndighetsutøvelse (Winter og Nielsen, 2008, s. 14). Dette er ment å få et ”outcome” på målgruppene i samfunnet, og opplysninger om hvordan det fungerer og eventuelle effekter føres tilbake til politiske og administrative aktører. Hendelsesforløpet er dog en analytisk modell, virkeligheten er mer kompleks hvor noen faser ikke eksisterer, flere foregår samtidig eller i en annen rekkefølge (Winter og Nielsen, 2008, s. 15).

Winter og Nielsen (2008, s. 15) fremhever at implementeringsforskning har vist at det ofte er betydelig avstand mellom beslutning og iverksetting. Når et politisk vedtak blir satt i gang er det ikke gitt at intensjonene man har på forhånd blir realiteten av implementeringen. Implementeringsforskning har vist at en del lovgivning og tiltak ikke gjennomføres som tilsiktet, at det ofte er betydelig forsinkelser ved implementering av nye reformer, betydelige variasjoner i resultater fra sted til sted, og også mellom bakkebyråkrater innenfor den enkelte myndighet (Winter og Nielsen, 2008, s. 19). Implementeringsarbeid er utfordrende. Derfor er det viktig å se på prosessen som bidrar til utfallet av implementeringen. Med dette som bakteppe har Winter laget en samlet modell eller analyseskjema, som forsøker å integrere både top-down og bottom-up prosesser. Modellen i figur 5 viser hvordan implementeringsprosessen påvirkes av de fem fasene eller leddene i figuren over: politikkformulering og design, organisatorisk og interorganisatorisk atferd, ledelse, bakkebyråkrater og målgrupper. Modellen presenterer nøkkelfaktorer eller mekanismer som kan være relevante til å forklare variasjoner i implementeringsresultater over tid og sted, og er ikke en streng kausalmodell (Winter og Nielsen, 2008, s. 22). Det er en generell forklaringsramme av implementeringsprosesser.



Figur 5: «Den integrerende implementeringsmodell», (Winter og Nielsen, 2008, s. 18).

Den avhengige variabelen, implementeringsresultatet, kan være prestasjoner i form av forvaltningsapparatets atferd (output) eller effekter på målgruppens atferd (outcome) (Winter og Nielsen, 2008, s. 17). I boken fokuserer Winter og Nielsen på atferd som er rettet mot innbyggerne eller virksomheter, og som utføres oftest av frontpersonalet/bakkebyråkrater (markarbejderne), som har den direkte innbygger- eller virksomhetskontakten. Winter og Nielsen sin implementeringsmodell og bakkebyråkratperspektiv passer dermed godt til problemstillingen og evalueringen her, hvor implementeringsprosessen og hvorvidt ansatte har tatt med seg kunnskapen de har lært på kurset tilbake på arbeidsplassen er hovedfokus. Videre utdypes implementeringsmodellens faser.

3.4.2 Implementeringsmodellens faser

Fase en er *politikkformulering og design*. Både politikkformulering og design påvirker implementeringen av politikk, dens resultater og effekter. Politikkdesignet vil få betydning fordi implementeringen er avhengig av hvilke politikkinstrumenter som stilles til rådighet, og bestemmelser om organisering og finansering kan være avgjørende (Winter og Nielsen, 2008, s. 19). Gjennom politikkformulering settes saker på dagsorden, og det kan forekomme

konflikter og symbolpolitikk. Politikernes standpunkter skaper den politikken som senere skal implementeres. Samtidig blir politikerne påvirket av interesseorganisasjoner og andre former for lobbyisme. Winter og Nielsen (2008, s. 100) forteller at forskning på implementerings-effekter av samarbeid er mangelfull, selv om det er mye samarbeid i implementeringen av offentlig politikk. Evalueringen vil inkludere disse aspektene, om enn i liten skala, for å se hvordan det kan ha påvirket tiltaket.

Fase to handler om hvordan *organisatorisk og interorganisatorisk atferd* overfor tiltaket og dens mål vil påvirke implementeringsresultatene (Winter og Nielsen, 2008, s. 19). Det vil vanligvis delta forskjellige myndigheter og organisasjoner med forskjellige interesser i implementeringen av en politisk beslutning. Det er mange muligheter for forvrenging av tiltakets intensjoner, både når den utføres av enkeltorganisasjoner eller mellom flere. De ulike som deltar reagerer enkeltvis og i innbyrdes samspill og konflikt når det gjelder intensjonene til politiske beslutninger (Winter og Nielsen, 2008, s. 23). At de ulike aktørene har samsvarende atferd, oppfatning, holdning og intensjon om tiltaket og dens mål kan påvirke utfallet av implementeringsprosessen.

Fase tre omhandler *ledelsen*, og om hvordan ledere har en selvstendig betydning når mål på organisasjonsnivå skal omsettes til handling blant bakkebyråkratene (Winter og Nielsen, 2008, s. 20). Transformasjonen fra mål til handling påvirkes av graden av informasjonsasymmetri mellom ledere og bakkebyråkratene, samt ledelsesinstrumentene den politisk-administrative ledelsen tar i bruk. Ledelsens påvirkning på bakkebyråkrater er utsatt for sterk konkurranse av bakkebyråkratenes egen faglige kunnskap og deres preferanser vedrørende politikk, instrumenter og arbeidsbyrden. Effekten av politisk og administrativ ledelse er også i høy grad avhengig av konteksten. Hvordan konteksten rundt arbeidssituasjon er og oppleves for de ansatte og ledelsen på sykehjemmene, og hvilken rolle ledelsen har i prosessen, kan påvirke implementeringsresultatene. Det er ulike metoder lederne kan bruke for å påvirke bakkebyråkratene. Winter og Nielsen (2008, s. 115) viser til fire metoder for styring av bakkebyråkraters atferd:

1. Rekrutter de du har tillit til
2. Definer oppgaver, rammer og forventninger og kontroller dem
3. Skap incentivstrukturer, som motiverer de til å gjøre som du ønsker
4. Påvirk dem regelmessig via holdningsarbeid for å etterstrebe samme politikk som deg

Winter og Nielsen påpeker at ledelsen også kan gjøre indirekte påvirkning, ved holdningspåvirkning, etterutdannelse og organisering av innsatsen. Studien vil derfor undersøke om lederne på sykehjemmene bruker noen av metodene over for å påvirke og kontrollere at ansatte følger opp tiltaket.

Fase fire handler om at *bakkebyråkratene*, de som daglig jobber helt nede i det aktuelle politikkområdet, og som ofte har en selvstendig rolle når det gjelder ytelsen som leveres til innbyggerne (Winter og Nielsen, 2008, s. 20). Bakkebyråkratene er viktige politiske beslutningstakere med betydelig innflytelse på implementeringsresultatene, fordi de ofte utøver betydelig skjønn i den direkte kontakten med innbyggerne/virksomheter. Deres ytelser påvirkes av deres kunnskaper, evner og vilje, som igjen er preget av deres holdninger og interesser (Winter og Nielsen, 2008, s. 20). Utøver de ansatte betydelig skjønn når det gjelder bruk og implementering av MMB?

Fase fem omhandler *målgruppen*, som kan ha betydning for implementeringen. Deres atferd kan ha avgjørende betydning for effekten av et tiltak, og målgruppen inngår også ofte i et samspill med bakkebyråkratene som kan påvirke den offentlige sektor sine prestasjoner (Winter og Nielsen, 2008, s. 20). Hvorvidt målgruppen reagerer positivt på behandlingsmetoden eller ikke kan tenkes å påvirke bakkebyråkratene og deres vilje og ønske om bruk.

Implementeringen og dens resultater kan også påvirkes av *omgivelsene*. Endringer i sosioøkonomisk situasjon, den offentlige opinion, oppgangs- og nedgangstider, samt kommuners økonomi vil kunne påvirke (Winter og Nielsen, 2008, s. 20). Omgivelsene og politikerne ønsker mer kreativ omsorg. Er dette et generelt fokus på sykehjemmene, og hvordan påvirker det arbeidshverdagen til de ansatte? Siste påvirkning i implementeringsprosessen er *feedback*. Det kan oppstå prosesser med feedback og læring, hvor erfaringer fra implementeringsprosessen og eventuelle resultater kan føre til læring. Feedbackprosesser kan også være relevant for implementeringsaktørene, som kan endre organisering og samarbeid, ledelsesinstrumenter og bakkebyråkratipraksis basert på slike erfaringer (Winter og Nielsen, 2008, s. 20). Som igjen vil kunne påvirke resultatene av implementeringen.

Modellen til Winter og Nielsen (2008, s. 21) er generell og kan brukes på de fleste politikkområder. De ulike fasene og faktorene vil variere, men felles for delprosesser som gjelder organisatorisk og interorganisatorisk atferd, ledelse, bakkebyråkrater og målgruppens

rolle, er antakelsen om at implementeringens suksess avhenger av interessene til aktørene som deltar. En av hovedårsakene til implementeringsproblemer vil være at en eller ofte flere av de involverte aktørene har et insentiv til å handle på en måte som hemmer realiseringen av politiske mål eller krav (Winter og Nielsen, 2008, s. 21). Det handler om aktørenes vilje til å gjennomføre etter tiltakets intensjoner og mål, altså lysten til å få implementeringen til å lykkes. Implementeringens suksess avhenger også av kapasiteten til de involverte implementeringsaktørene, fokus her vil særlig være på myndighetene og bakkebyråkratene. Kapasitet handler blant annet om ressurser hos implementeringsaktørene, og medarbeidernes faglige bakgrunn (Winter og Nielsen, 2008, s. 21). Vilje og evne vil inngå i et komplekst samspill, og dette viser seg i hvordan prestasjoner kan være av meget ulikt omfang og kvalitet. Er interessen, viljen, lysten og kapasiteten til stede slik at implementeringen kan bli en suksess?

Hovedbudskapet til Winter og Nielsen (2008, s. 15) er at som følge av denne prosessen er lovgivning og andre politiske beslutninger kun papirvedtak, gjennomslagskraften til disse er avhengig av hva som skjer under implementeringen, og mye kan gå galt underveis. Det politiske apparatet vedtar en mengde tiltak, og dersom flere av disse kun ender som papirvedtak vil det kunne ha negativ betydning både for det politiske apparat, tilhørende organisasjoner, finansielt, og befolkningen generelt. Hovedformålet med denne evalueringen er å se om tiltaket og kurset forblir et papirvedtak, eller om de ansatte bruker MMB i det daglige arbeidet. Hovedfokus er på startfasen, iverksettelsesfasen, på sykehjemmene. Videre presenteres teori som spesifikt omhandler personer som jobber på bakkenivå i offentlig sektor. Hva kjennetegner en bakkebyråkrat og deres arbeidssituasjon?

3.5 Bakkebyråkrater

I offentlig sektor er størstedelen av de ansatte bakkebyråkrater. De siste 20-30 årene har det vært en økning i forskningsfeltet om bakkebyråkrater, hvor deres jobbkarakteristikk, atferd og betydning for implementering av politikk har vært i fokus (Winter og Nielsen, 2008, s. 103). Michael Lipsky utfordret den klassiske implementeringslitteraturen på 1980-tallet ved å tillegge bakkebyråkratene stor vekt, og fremhevet dem som de virkelige beslutningstakerne som leverer tjenester til borgerne (Winter og Nielsen, 2008, s. 103). Bakkebyråkratene er siste ledd i implementeringskjeden, og ifølge Lipsky (1980, s. 3) er de: "Public service workers who interact directly with citizens in the course of their jobs, and who have substantial discretion in the execution of their work (...)". Bakkebyråkrater er altså tjenestearbeidere for det offentlige, og jobber med å gjennomføre og håndheve tiltak som er påkrevd av lover og offentlig politikk.

De utgjør en betydelig del av offentlig virksomhet på lokalt nivå. Befolkningen opplever gjerne staten i stor grad gjennom bakkebyråkratene, som for eksempel gjennom lærere, politibetjenter, offentlige advokater, helsearbeidere og andre offentlige ansatte. Med lignende arbeidsvilkår og mulighet for skjønnsutøvelse, har bakkebyråkratene mye til felles (Lipsky, 1980, s. 4). Ansatte på sykehjem anses som bakkebyråkrater. De er i direkte kontakt med brukerne, tar del i ansvaret for deres hverdag, og kan utøve stor innflytelse på enkeltindividenes liv. Ofte er bakkebyråkratenes målgruppe frie agenter som de inngår i et samspill med, og som kan påvirke bakkebyråkratene tilbake. For eksempel har politibetjenter en helt annen målgruppe å forholde seg til enn ansatte på sykehjem. Til forskjell fra mange andre arbeidsplasser har ansatte på sykehjem en målgruppe som kan være passiv. Pasientene er mennesker som er i sine siste leveår og som gjerne har sykdommer som gjør de fullstendig avhengig av pleien de får. Rammene for hvordan ting skal iverksettes og bestemmes vil være annerledes på et sykehjem enn på for eksempel en skole. Likevel vil ulike bakkebyråkrater ha fellestrekk i atferd som følge av deres arbeidssituasjon, og påvirkes av målgruppen.

Karakteristisk for bakkebyråkrater er altså arbeid med relativt høy grad av skjønn og autonomi fra organisasjonsmyndighet (Lipsky, 1980, s. 13). De håndterer situasjoner som ofte krever respons på menneskelige atferd, som bidrar til at de kan utøve skjønn. Hvor stor grad av skjønn de besitter avhenger av hvilken sektor de jobber i og deres personlige holdninger til ledelse og arbeidet. I tillegg har de som nevnt både regler og forskrifter som de må overholde, samt normer og praksiser fra deres yrkesgruppe som de må forholde seg til (Lipsky, 1980, s. 14). Deres arbeidsforhold er også vanligvis preget av kronisk utilstrekkelige ressurser i forhold til arbeidsoppgavene de skal utføre. Kravet til tjenesten øker for å møte etterspørselen, målsettinger kan være vage, tvetydige eller motstridene. De to viktigste ressursene det er mangel på er antall arbeidere i forhold til klienter/saker, og tid (Lipsky, 1980, s. 30). Dersom nevnte arbeidsforhold ikke er gjeldende, vil gjerne struktur og rutiner være årsaken til manglende implementering. Dersom karakteristikkene forekommer kan det påvirke arbeidet med MMB for helsearbeiderne.

Ifølge Lipsky (1980, s. xii) opptrer ofte organisasjoner i strid med egne mål og regler. Hvilke avgjørelser bakkebyråkratene tar, rutiner de skaper, og verktøyer de bruker for å håndtere usikkerhet og arbeidspress, *blir* den offentlige politikken de utfører, som derfor kan være ulikt det som er vedtatt. Lipsky (1980, s. xii) mener derfor at offentlig politikk best kan forstås i det daglige arbeidet og møtene bakkebyråkratene har med befolkningen. For å forstå hvordan og

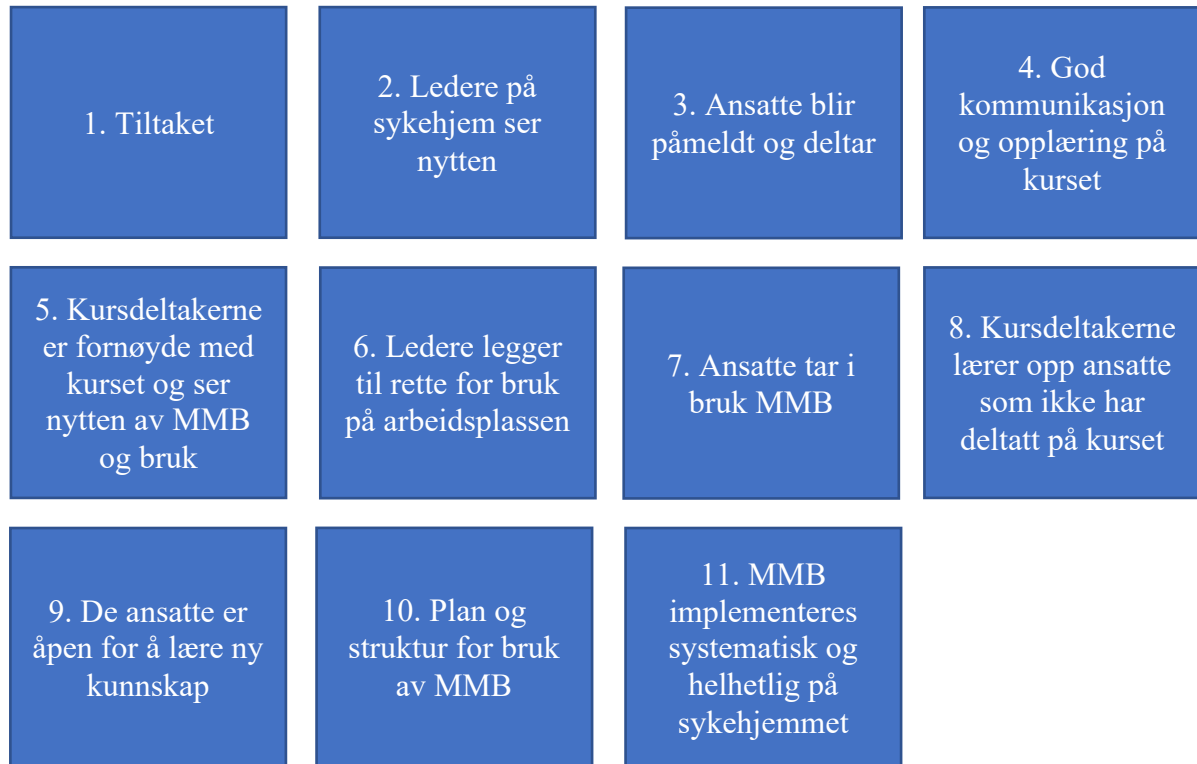
hvorfor dette skjer må vi vite hvordan reglene oppleves for arbeiderne i organisasjoner, samt hvilke andre press de blir utsatt for (Lipsky, 1980, s. xi). For å takle presset fra deres arbeidssituasjon og ansvaret de besitter utvikler bakkebyråkratene ofte snarveier og forenklinger i deres arbeid. Idealet i slike jobber er å respondere på individuelle behov og karakteristikk. Men ofte blir det fokus på massene istedenfor enkeltindividene fordi arbeidsvilkårene hindrer en individuelt tilpasset tjeneste (Lipsky, 1980, s. xxi). En avgjørende faktor ved MMB er at det i hovedsak skal være individuelt tilpasset behandling.

Når det gjelder ledelse og bakkebyråkrater er samsvar om mål, perspektiver og preferanser viktig for utførelsen av retningslinjer i arbeidet (Lipsky, 1980, s. 16). Dersom arbeidere på lavere nivå ikke deler de samme perspektivene og preferansene som sine overordnede, kan det i noen tilfeller påvirke hvorvidt de ansatte jobber mot de oppgitte målene fra ledelsen. Noe forskjell mellom ordre og gjennomføring er vanlig, oftest på grunn av dårlig kommunikasjon eller uenighet om organisasjonsmål, noe som vil være overkommelig for organisasjoner (Lipsky, 1980, s. 16). Men det kan forventes en tydelig grad av mangel på overenstemmelse dersom det er avvik mellom interessene til arbeidere på lavere nivå og interessene til de på høyere nivå. Samt hvis insentivene og sanksjonene fra høyere nivå ikke er tilstrekkelig til å lede de ansatte (Lipsky, 1980, s. 17). Jo klarere mål og jo bedre utviklet resultatmålinger, desto mer finjustert kan veiledningen fra ledelsen være. Jo mindre klare mål og mindre nøyaktige tilbakemeldinger, jo mer vil individer i et byråkrati være på egenhånd (Lipsky, 1980, s. 40). Felles interesser, perspektiver og mål, samt god kommunikasjon og rettleiding, kan derfor bli avgjørende i implementeringsprosessen.

Definisjonene til Lipsky (1980, s. xvi) er satt på spissen for å kunne komme med generelle karakteristikk og tendenser for generalisering, og er skrevet med USA som kontekst. Hans analyse bygger på tilstedeværelsen av de overnevnte arbeidsforhold, noe som ikke nødvendigvis er tilfelle i samme grad på sykehjem i Norge (Lipsky, 1980, s. 28). I tillegg vil målgruppen til ansatte på sykehjem være ulik en del andre bakkebyråkraters målgrupper. Men poengene til Lipsky er fremdeles relevante, bakkebyråkrater og ansatte på sykehjem i Norge kan oppleve motstridende krav, press, ressursmangel, fokus på effektivisering, konflikter og så videre.

3.6 Programlinje

Her følger en programlinje (Figur 6) over tenkte deler i prosessen som er viktig for å ende opp med sluttmålet om innført bruk av MMB på arbeidsplassen, ut i fra den teoretiske gjennomgangen.



Figur nr. 6: Tenkt programlinje for tiltaket

I arbeidet med evalueringen vil den teoretiske gjennomgangen vurderes i sammenheng med det empiriske materialet, for å forsøke å finne forklaringer og svar på evalueringsspørsmålene. Teorikapittelet er med å danne grunnlag for hvilke spørsmål som kan være relevant å stille helsearbeidere og ledere på sykehjem i en implementeringssituasjon, og hva som kan påvirke de ansvarlige for politikken og programmet. I neste kapittel vil metoden i studien og det empiriske innsamlingsarbeidet gjennomgås.

4.0 Metode

I metodekapittelet presenteres hva policy-analyse er, og skillet mellom hovedformene for policy-analyse, effektanalyse og prosessanalyse. Deretter vil Bakliens metodiske rammeverk for prosessanalyser gjennomgås, som viser til struktur- og aktørbetingelser for prosessanalyser. Videre vil kvalitativ forskning og casestudie, samt studiens datainnsamlingsmetoder, dokumentanalyse og dybdeintervju presenteres. Til slutt gjennomgås studiens datagrunnlag og datainnsamlingsprosess, og refleksjoner rundt prosessen.

4.1 Evaluering av tiltak

Evalueringsforskning har stor bredde og mangfold, og evaluering er et mangetydig begrep (Halvorsen mfl., 2013, s. 15). En kan bruke følgende definisjon på evaluering:

[Evaluering er] En systematisk datainnsamling, analyse og vurdering av en planlagt, pågående eller avsluttet aktivitet, en virksomhet, et virkemiddel eller en sektor. Evalueringer kan gjennomføres før et tiltak iverksettes (ex ante), underveis i gjennomføringen, eller etter at tiltaket er avsluttet (ex post). (Finansdepartementet, 2005, s. 8)

I denne masteroppgaven blir det brukt systematisk datainnsamling gjennom dybdeintervjuer, påfølgende analyse av datamaterialet og vurdering av evalueringsspørsmålene med utgangspunkt i dataene. Kurset er en pågående aktivitet, evalueringen gjennomføres dermed underveis.

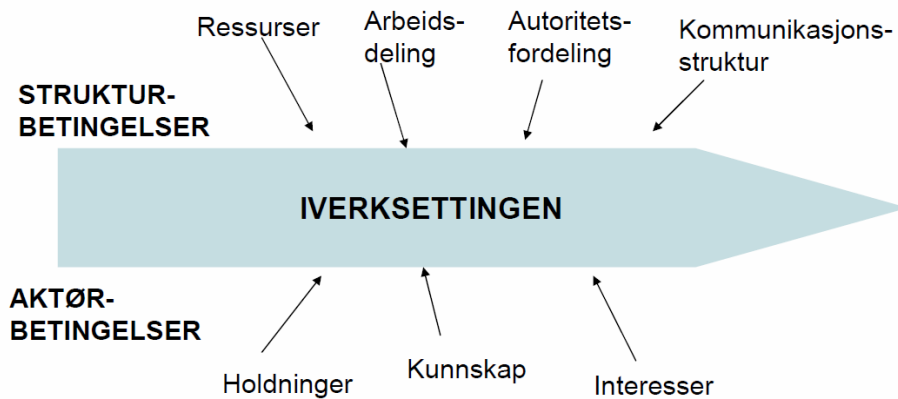
Omfanget av evalueringer av offentlige aktiviteter har økt de siste tiårene (Mønnesland og Foss, 2000, s. 11). Evalueringer er en stor del av styringsverktøyet i statlig sektor, blant annet for å få informasjon om gjennomførelse, effektivitet, måloppnåelse og effekt (Halvorsen mfl., 2013, s. 23). I evalueringsforskning er det vanlig å skille mellom effektevalueringer og prosessevalueringer. Effektevalueringer tar sikte på å vurdere resultatet av et tiltak. Det er en sammenligning av hva som skjedde etter implementeringen av et program, med hva som ville skjedd dersom programmet ikke hadde blitt implementert, kalt kontrafaktisk utvikling (Mohr, 1995, s. 4). Differansen mellom faktisk utvikling og kontrafaktisk utvikling vil være effekten av tiltaket. Prosessevalueringer derimot, ønsker å undersøke hvordan noe har foregått eller foregår, ved å se på politikktutforming og implementeringsprosessen (Halvorsen mfl., 2013, s. 17). En ønsker å åpne «den svarte boksen», statsapparatet, og se på betydningen prosessene har for gjennomføringen av et tiltak, og forsøke å finne barrierer og pushfaktorer som påvirker (Baklien, 2000, s. 53). I denne studiens prosessevaluering er fokus på iverksettingen av tiltaket

fra kurset til arbeidsplassen. Iverksettingsstudier skal undersøke det som finner sted etter et offentlig vedtak er fattet (Vik-Mo og Nervik, 1999, s. 44). Det handler om å lete etter likheter eller avvik mellom målsettinger og praksis. I masteroppgaven er det avgrenset til målsettingen om at kursdeltakerne skal ta i bruk MMB på arbeidsplassen i etterkant av kurset. Og at det skal bli en systematisk og helhetlig del av behandlingstilbudet på sykehjemmene.

Innenfor iverksettingslitteraturen kan vi ifølge Vik-Mo og Nervik (1999, s. 43) skille mellom to dominerende retninger, beslutningsorienterte og prosessorienterte tilnærminger. Tilnærmingene har ulike syn på organisasjoner og hvordan en politisk prosess bør studeres. Den beslutningsorienterte tilnærmingen ser på byråkratiets rolle som nøytrale instrumenter, og har en top-down tilnærming. Den prosessorienterte ser på byråkratiets rolle i iverksettingsprosessen som aktive påvirkere i et mer brukerorientert desentraliseringsperspektiv, med bottum-up tilnærming (Vik-Mo og Nervik, 1999, s. 43). Både NKKHO som driver tiltaket og bakkebyråkratene som deltar vil ha stor påvirkningskraft på hvorvidt tiltaket blir en inkorporert del av hverdagen på sykehjemmene. I dette tiltakets tilfelle taler det for et mer brukerorientert perspektiv, heller enn å fokusere i hovedsak på beslutningstakerne. Vik-Mo og Nervik (1999, s. 43) tilfører et tredje alternativ, et prosessorientert perspektiv som kombineres med elementer fra den beslutningsorienterte tilnærmingen. Slik Winter og Nielsen sin implementeringsmodell også viser til. En kombinert tilnærming er derfor fruktbar i denne studien, fordi vi ønsker å se det hovedsakelig fra bakkebyråkratenes perspektiv, med innslag av top-down. Det endelige målet for tiltaket, effekten som er ønsket på pasientene, eller beslutningsprosessen som førte til tiltaket er ikke hovedfokus, men heller prosessen som bidrar til gjennomføring. Hvordan kurset blir mottatt av kursdeltakerne, og om og hvordan bakkebyråkratene på sykehjemmene iverksetter MMB på arbeidsplassen. Samt fokus på beslutningstakere, som lederne på sykehjemmene og Hdirs kontakt og samspill med NKKHO.

4.1.1 Rammeverk for iverksettingsanalyser

Et rammeverk for metoden iverksettingsanalyse er Bakliens rammeverk for betingelser (Figur 7). Her vektlegges hvordan strukturer og aktører avgjør hva som skjer i iverksettingsprosessen, og hvordan strukturene skaper handlingsrom for de individuelle aktørene (Baklien, 2000, s. 63). Iverksettingens rammebetingelser er samlet i en modell:



Figur 7: «Bakliens rammebetingelser for iverksetting» (Baklien, 2000, s. 53)

Det skilles mellom ulike betingelser knyttet til strukturer og ulike betingelser knyttet til aktører, og det er dette som skaper handlingsrom og utviklingen av et felt (Baklien, 2000, s. 63). Strukturbetingelser er delt inn i ressurser, arbeidsdeling, autoritetsfordeling og kommunikasjonsstruktur. Ressurser er de økonomiske rammene rundt tiltaket. Ifølge Baklien (2000, s. 63) blir ressurser ofte ansett som ekstra viktig, og det kan være et punkt det er lettere å skylde på dersom suksess med et tiltak uteblir. Både for lite og for mye ressurser kan skape utfordringer både med gjennomførelse og holdninger. Arbeidsdeling innebærer spørsmålet om hvem som skal gjøre hva. Ifølge Baklien (2000, s. 64) kan spørsmålet føre til problemer når: «forskningsordninger skal supplere en allerede veletablert struktur». Et eksempel er at det blir gnisninger mellom de som allerede har kompetanse og de som i en tidsperiode har ansvar for å bygge opp og spre kompetanse, problemer mellom prosjekt og vertsorganisasjon. Autoritetsfordeling handler om hvem som har myndighet og makt til å treffe beslutninger og gjennomføre tiltak (Baklien, 2000, s. 65). Hvem som har denne myndigheten, hvordan de tar beslutninger, og deres forhold til de ulike gruppene på de ulike nivåene må identifiseres. Siste strukturbetingelse er kommunikasjonsstrukturen, som kan gi tiltaket legitimitet, både innenfor og utenfor egne grenser, og er derfor en viktig brikke (Baklien, 2000, s. 65). Det er viktig at aktører på alle nivåer har samme oppfatning av hva tiltaket og målsettingen er, og ønsker samme utfall, som avhenger av kommunikasjonsstrukturen.

Aktørbetingelser er personfaktorer. Disse henger sammen med de strukturelle betingelsene, fordi strukturbetingelsene må være tilstede for at personfaktorene skal få utfolde seg. Eller som

Baklien (2000, s. 66) beskriver: «(...) for at ildsjelene skal kunne iverksette ideene sine». Den første aktørbetingelsen er hvilke *holdninger* de ulike aktørene har til hverandre og selve ideologien og visjonen bak tiltaket. Aktørene må se nytten og verdien, ha positive holdninger, og arbeide med å implementere tiltaket. *Kunnskap* er neste. Aktørene i prosessen må ha kunnskap og evne til å lære denne bort, samt tilegne seg tilstrekkelig kunnskap. *Interesser* er siste aktørbetingelse. Aktørene må ha interesse for prosjektet, tro at det gir lønn for strevet og gå aktivt inn for å realisere interessene sine (Baklien, 2000, s. 66).

Baklien (2000, s. 66) forteller at aktørbetingelsene kan ha en kulturell effekt, som gir rammer for tiltaket og er grunnlaget for motivasjon. Aktørbetingelser er viktig for hva som skjer, og i søken etter forklaringer på hvordan prosesser utvikler seg er hva aktørene bringer inn ofte et startpunkt. Spørsmål om aktørenes virkelighetsoppfatninger blir ofte starten, som er knyttet til holdninger (Baklien, 2000, s. 67). Det kan få store konsekvenser for hvordan tiltak utvikler seg avhengig av hvordan aktørene tolker kontekst og handlingsrom. Nervik og Vik-Mo (1999) påpeker viktigheten av en felles forståelse for hva vellykket iverksetting er, som må formidles gjennom alle ledd i prosessen. En felles forståelse og oppslutning er essensielt, hvor samhandling og kommunikasjon er viktige faktorer for oppnåelse. Dersom de ansvarlige for tiltaket bygger identitetsdanning og former en felles kultur, kan de klare å definere en felles virkelighetsoppfatning (Baklien, 2000, s. 68). Aktørenes virkelighetsoppfatninger gir handlingsrom, skaper spenningsfelter, og kan gi mye av forklaringene på at prosessen utvikler slik den gjør (Baklien, 2000, s. 69).

Studiet av hvorvidt kursdeltakerne tar i bruk MMB på sine arbeidsplasser etter kursdeltakelse er godt egnet for en prosessevaluering. For å undersøke årsakene til resultatet av evalueringsspørsmålene, og eventuelle forskjeller i implementeringsresultatene. Lipsky (1980) vektlegger bakkebyråkratene, noe evalueringen også vil gjøre. Samtidig er det viktig å dekke bredt i implementeringsprosessen slik som Winter og Nielsen (2008) viser til. Og som Baklien (2000) poengterer, hente informasjon om både strukturbetingelser og aktørbetingelser i arbeidet med innhenting av data, for å få mest mulig informasjon om hva som påvirker kursdeltakerne. Videre følger informasjon om forskningsmetoder, og hva som kjennetegner kvalitativ forskning, casestudier og dybdeintervju.

4.2 Forskningsmetoder

Det er vanlig å skille mellom to forskningsstrategier, kvantitativ og kvalitativ (Ringdal, 2013, s. 24). Kvantitativ metode bruker talldata, beskriver i tall og tabeller, og krever et relativt stort antall enheter. Kvalitativ metode derimot bruker tekstdata, for eksempel fra intervju, observasjon, dokument og lignende. En har ofte få enheter eller informanter, og en ønsker «rik og dyp» informasjon om disse (Ringdal, 2013, s. 24). Kvalitative studier søker etter mekanismer og prosesser, og metoden passer godt til eksplorerende studier hvor forhold og fenomener i liten grad er forsket på (Tjora, 2012, s. 22). Forsknings spørsmål hvor en skal beskrive, hva eller hvordan, lener mot en kvalitativ forskningsstrategi (Ringdal, 2013, s. 25). I prosessevalueringer er det også vanlig å bruke kvalitative metoder for innhenting av data. Dette fordi en skal beskrive hva som skjer i prosessen og dermed hvordan det påvirker hva som skjer i implementeringen. Kvalitativ forskning er kjennetegnet ved at en ønsker å få forståelse for forskningsspørsmålet, nærhet til det man forsker på, og få fram informantenes meninger og opplevelser (Tjora, 2012, s. 18). Disse aspektene er helt sentrale i denne studien for å undersøke evalueringsspørsmålene. Med dette som bakgrunn er derfor kvalitativ metode valgt som metodegrunnlag i masteroppgaven.

Det er ulike tilnærminger eller design i kvalitativ forskning. Organisasjonsstudier er typiske casestudier i kvalitative undersøkelser, og fokuserer for eksempel på aspekter som arbeidsmiljø, kultur, ledelse og lignende. Dette er elementer som denne undersøkelsen vil ha fokus på (Ringdal, 2013, s. 26). En casestudie kjennetegnes ved et lite antall caser, analyseenheter, som kan være individer, tiltak, bedrifter, organisasjoner eller land og lignende (Ringdal, 2013, s. 107). Casestudier blir gjerne brukt som en avgrensning i kvalitative studier, slik at studien allerede har en eksisterende grense for hva og hvem den skal inkludere og ekskludere (Tjora, 2012, s. 35). Opplæringsprogrammet MMB er valgt som case, som med en gang avgrenser tema og aktuelle informanter. I studien forelå det ikke data om evalueringsspørsmålene fra før, så dette måtte dermed samles inn, noe som er vanlig i kvalitative studier (Ringdal, 2013, s. 26).

Det er ulike innsamlingsmetoder en kan bruke i kvalitativ forskning, for eksempel intervju, observasjon og innholdsanalyse. Ved valg av metode må blant annet problemstilling og studiens formål være avgjørende. Det vil også være pragmatiske hensyn som spiller inn og styrer, som praktiske muligheter for gjennomførelse av ulike metoder, tilgang, etiske problemer, ressurser og lignende. (Tjora, 2012, s. 30). Innledningsvis ble ulike metoder vurdert i masteroppgaven. Observasjon kunne vært nyttig for å se hvordan de ansatte jobbet med MMB, og samhandlet

med andre ansatte og pasienter. Særlig når det gjelder effekter av MMB kan observasjon være nyttig, men dette er ikke fokuset i oppgaven. Observasjon krever også tid og tilgang, og har andre etiske hensyn å ta stilling til. Det var informantenes opplevelser, erfaringer og meninger som var hovedfokus, noe et uavbrutt intervju ble vurdert til å kunne fange opp på en bedre måte. Spørreskjema ble også vurdert som metodegrunnlag. Men formålet med studien er å finne faktorer som skaper eller hindrer bruk, og hvilke personlige erfaringer kursdeltakerne har. Dette vil kunne kreve en større grad av dybde som intervju og kvalitativ metode passer bedre til å avdekke. Som vil passe som første steg. Dersom studien hadde hatt tid og ressurser nok, ville et supplerende spørreskjema etter analyse av intervjumaterialet blitt gjennomført. Oppsummert ble det vurdert at dybdeintervju ville være dekkende og utfyllende nok når det gjelder problemstillingene og hensikten med studien, innenfor de rammene som var mulig.

I tillegg til intervju ble det brukt dokumentanalyse, ved å lese om og bruke relevant teori samt dokumenter om MMB og helsesektoren. Resultater fra et spørreskjema utarbeidet og gjennomført av NKKHO vil også benyttes som tilleggsinformasjon. I løpet av 2016 svarte 127 deltakere fordelt på seks ulike grupper fra kurs 2 på ulike spørsmål om kurset. Dette foregikk på siste kursdag, med spørsmål om hva de synes om kurset som helhet og de ulike delene. Resultatet av spørreskjemaene vil bli brukt for å sammenligne med svarene til de seks kursdeltakerne i denne studien. Videre skal vi se på datagrunnlaget i studien og innhenting av data.

4.3 Datagrunnlag og innhenting av data

Implementeringsstudier og forskning vektlegger viktigheten av å ha med flere ledd i evalueringen, fordi de ulike leddene utgjør helheten og muligheten for vellykket implementering. Derfor er ansatte på sykehjem som har deltatt på kurset i MMB, lederne deres, NKKHO og Hdir valgt ut som datagrunnlag. Videre følger informasjon om prosessen med utvelging av informanter, gjennomføringen av innsamlingen og analyseprosessen.

4.3.1 Valg av informanter

Før datainnsamlingen starter må en foreta et utvalg av enheter som skal studeres. Tiltaket og kurs 2 er studiens case, og dermed vil informanter naturlig velges ut i fra at de har en tilknytning til kurset. Hvor mange informanter man trenger avhenger av prosjektet og omfanget av studien, for eksempel om det er en masteroppgave eller en artikkel. Ifølge Tjora (2012, s. 33) vil empiriske masteroppgaver med dybdeintervju typisk trenge 8-15 intervjuer. Et antall som ble

siktemålet for oppgaven. Det ble valgt ut fire sykehjem hvor to ansatte, leder og en kursdeltaker, skulle intervjues. En ansatt i Hdir og en ansatt i NKKHO med tilknytning til tiltaket ble også valgt. Til sammen ti informanter. Underveis i prosessen utvidet det seg til 14 informanter, utvidelsen beskrives senere. Informantene ble valgt ut i fra kriteriet om at de var en del av prosessen til tiltaket, og at helsearbeiderne som skulle intervjues hadde deltatt på kurs 2. Slik at det var informanter som kunne bidra til å svare på problemstillingene. Lederne på sykehjemmene ble også valgt fordi de er ansvarlige ved arbeidsplassen hvor deltakerne skal implementere og bruke MMB. Lederne har stor påvirkningskraft på hva og hvordan ting foregår på et sykehjem, og det ble ansett at lederne også kan ha en rolle og innvirkning på hvorvidt de ansatte tar i bruk og viderefører MMB fra kurset til arbeidsplassen.

NKKHO bidro i prosessen ved å foreslå og gi informasjon om hvilke kommuner og sykehjem som hadde deltatt på kurs 2 i 2016. Flere sykehjem ble valgt for å få et sammenligningsgrunnlag og større bredde. Samtidig måtte antallet være overkommelig for omfanget. Etter samtaler med NKKHO kom det fram at på noen sykehjem deltok lederen/ledergruppen på kurset. Dermed var det ønskelig med to sykehjem hvor leder hadde deltatt og to hvor leder ikke deltok, for å kunne sammenligne. Sykehjemmene ble valgt med geografisk spredning i Norge, med ulik størrelse på kommunene: Oslo, Voss, Grimstad og Trondheim. Slik at kursdeltakerne ikke deltok i den samme kursgruppen. På to av sykehjemmene var det gjennomført en mer omfattende deltakelse ved at et større antall ansatte samt ledelse var involvert. I utvalget er det sykehjemmene på Voss og i Grimstad dette gjelder, her deltok det henholdsvis 8 og 21 deltakere samt ledere. På sykehjemmene i Oslo og Trondheim deltok to ansatte fra hvert av sykehjemmene. Størrelsesmessig har Grimstad og Trondheim rundt 50 beboere, mens Oslo og Voss nærmere 100 beboere. Sykehjemmene i Grimstad og Trondheim er livsgledesykehjem, mens sykehjemmene i Oslo og på Voss er det ikke. I vedlegg 9.1 følger en tabell med oversikt over sykehjemmene sin kursdeltakelse, samt intervju- og samtaletidspunkter.

På sykehjemmet i Oslo ble kulturlederen intervjuet. Hun har ansvar for aktivisering av beboerne på hjemmet, som innebærer å tilrettelegge dagsprogram, små og store musikkstunder, konserter, turer og så videre. Hun er dermed ikke tilknyttet en spesifikk avdeling. Kulturlederen har musikkfaglig bakgrunn. På sykehjemmet på Voss ble det gjennomført gruppeintervju med tre aktivitører som jobber på dagavdelingen, samt en helsefagarbeider som jobber på en korttidsavdeling. Aktivitørene har en utdanning og en jobb med fokus på aktivisering, musikk og kreativ omsorg. Helsefagarbeideren på Voss hadde ikke ansvar for noe kultur eller

musikktilbud. På sykehjemmet i Grimstad ble en sykepleier på en langtidsavdeling intervjuet. Hun hadde ingen ansvar for kultur eller musikktilbud. På sykehjemmet i Trondheim ble en helsefagarbeider intervjuet. Hun jobber på en langtidsavdeling og er livsgledesjef for sin etasje, og har dermed erfaring med musikk, kultur og kreativ omsorg og organisering av dette. Dermed har kulturlederen i Oslo og fagarbeideren i Trondheim begge kulturansvar i jobben, mens sykepleieren i Grimstad og hjelpepleieren på Voss har det ikke. Alle kursdeltakerne inkludert i studien har jobbet lenge i helsesektoren og er dermed godt kjent og vant med arbeidet her. Kursdeltakerne i studien henvises til videre i oppgaven etter arbeidstittel og sykehjemmet de arbeider på, eksempelvis «sykepleieren i Grimstad». Helsefagarbeiderne i Trondheim og på Voss har lik utdannelse men skilles videre i teksten ved å henvises til fagarbeideren i Trondheim og hjelpepleieren på Voss. Alle enhetslederne på de fire sykehjemmene ble også intervjuet. Når det henvises til for eksempel «lederen i Grimstad» i løpet av oppgaven menes lederen for hele sykehjemmet, ikke lederne for de ulike avdelingene kursdeltakerne jobber på.

I tillegg til de ansatte på sykehjemmene ble en ansatt på NKKHO og en i Hdir valgt ut. De ble valgt ut i fra at de har en aktiv rolle i prosjektet, for å få mest mulig informasjon. I Sør-Trøndelag hadde NKKHO et samarbeid med en ansatt fra utviklingscenteret i fylket, en arbeidsstilling som innebærer å være en pådriver for kvalitet og kompetanseheving blant helsepersonell i hele fylke, på oppdrag fra Hdir. Kontaktpersonen hadde gjort en god jobb med å rekruttere kursdeltakere gjennom ledere ved å gi lederne spesifikke krav for å delta, som var interessant. Derfor valgte jeg å kontakte henne om deltakelse i studien, for å høre hvordan hun hadde gått frem i arbeidet med rekruttering og hvilken rolle hun hadde hatt. Se vedlegg 9.1 for mer informasjon om informantene.

For å rekruttere informanter fra sykehjem ble lederne ved sykehjemmene kontaktet via e-post, med forespørsel om intervju, se vedlegg 9.2. Forespørselen inneholdt en kort forklaring av prosjektet og hensikten med intervjuene, med praktisk informasjon. Det ble spurt om intervju av leder samt en ansatt som hadde deltatt på kurs 2. Alle svarte positivt på den første henvendelsen. Ved å velge ut fire kursdeltakere og deres respektive ledere var håpet at en kunne finne sammenligningsgrunnlag, mulige likheter og forskjeller mellom sykehjemmene, som bidrag til belyse evalueringsspørsmålene.

At utvalget endrer seg er en del av prosessen med intervju som forskningsmetode. Det kan oppstå uforutsette ting som man må håndtere underveis. I noen studier er det enkeltpersoner

som er helt avgjørende for forskningsspørsmålet, som for eksempel sentrale og profilerte politikere i en sak (Tjora, 2002, s. 146). I denne studien var det avgjørende at jeg fikk intervju ansatte som hadde deltatt på kurset. Underveis ble det et par endringer i hvilke informanter som deltok. På sykehjemmet på Voss skulle jeg intervju en aktivitør, som ble til et gruppeintervju av tre aktivitører. Etter samtalen med aktivitørene ble jeg også tilbudt på stedet om jeg ønsket å intervju flere, eksempelvis en hjelpepleier fra en annen avdeling. Noe jeg sa ja til fordi aktivitørene ikke jobber i pleien. Derfor ble det et tilleggs-intervju med en hjelpepleier på en annen avdeling som aldri hadde vært borti MMB før tatt med, og dermed en ekstra informant på Voss sammenlignet med de tre andre sykehjemmene. Over ett år etter intervjuene hadde jeg oppfølgingssamtaler per telefon med alle sykehjemmene. På sykehjemmet i Oslo, Grimstad og Trondheim snakket jeg med de samme tre kursdeltakerne som året før. På Voss fikk jeg snakke med en av de samme aktivitørene. Hjelpepleieren på Voss var ikke tilgjengelig så en sykepleier på samme avdeling som henne, som også hadde deltatt på kurset, kom med oppdatert informasjon. På Voss fikk jeg også snakke med to avdelingsledere som ikke deltok i intervjuene tre måneder etter kurset. På grunn av usikkerhet om graden av implementering ble det gjort en oppfølgingssamtale med lederen i Grimstad.

I kvalitativ metode vil man altså få enkeltpersoners erfaringer og holdninger. Dermed ligger det til grunn at hvilken informasjon som hentes fram avhenger av de få man prater med, som kan endre seg fra informant til informant. Hvilke erfaringer og informasjon andre informanter ville fortalt, særlig innad på sykehjemmene, blir en uvisshet og begrensning som er konsekvensen av kvalitativ analyse. En masteroppgave vil også føre til begrensninger i antall informanter og intervjuer som kan gjennomføres. Utvalget i masteroppgaven ble heller basert på geografisk lokalisering og hvorvidt lederne for sykehjemmene hadde deltatt eller ikke. Det var også ønskelig å få ulike yrkesbakgrunner, noe jeg fikk ut i fra hvilken ansatt som ble valgt av leder. Det eneste sykehjemmet som bevisst ble valgt ut på grunn av en ansatt som hadde deltatt på kurset, var sykehjemmet i Trondheim. Jeg deltok på siste kursdag i Trondheim for å få inntrykk av hvordan kurset foregikk. De to ansatte som deltok fra det valgte sykehjemmet i Trondheim kom med konkrete og tilsynelatende gode implementeringsplaner, som jeg ville høre mer om. Og som kunne være nyttig informasjon for å sammenligne med andre sykehjem.

4.3.2 Gjennomføring av intervjuer

Forberedelser

Et forskningsintervju foregår som oftest ansikt til ansikt mellom informant og forsker. Det er en målrettet samtale som er fleksibel fordi en kan stille oppfølgingsspørsmål og følge samtalen avhengig av hvilken informasjon som dukker opp (Ringdal, 2013, s. 27). Som forsker ønsker en å skape tillit og ha en avslappet stemning, samt god tid til intervjuet. Slik at informanten får mulighet til å reflektere og føler det er greit å snakke åpent og tenke høyt (Tjora, 2012, s. 110). I et dybdeintervju er det vanlig å stille for det meste åpne spørsmål, slik at informantene kan gå i dybde der de har mye å fortelle (Tjora, 2012, s. 105). Dette er også for å ikke lede informantene i sine svar, men at de kommer med egne synspunkter. Metoden kan gi god og utfyllende informasjon, men det gjør at sammenligningsgrunnlaget ved intervju kontra spørreundersøkelser er betraktelig mindre. For å håndtere dette er det mulig å ha noen sentrale spørsmål som stilles forholdsvis likt til alle. Det er også mulig å ha en intervjuguide som sjekklister og rettleiding (Ringdal, 2013, s. 243). Intervjuguiden kan gi struktur og veiledning, men også virke forstyrrende på en åpen og uformell samtale. Ifølge Tjora (2012, s. 135) vil informantene forvente konkrete spørsmål og styring av samtalen, og dermed kan en forhåndsplanlagt guide være nyttig. Dette bli ofte referert til som semistrukturert intervju (Tjora, 2012, s. 229). Som innebærer at intervjuguiden gir struktur, samtidig som forskeren er åpen for at samtalen kan styre.

Fordi det var ønsket å sammenligne likhetstrekk og forskjeller mellom informantenes uttalelser, ble intervjuguiden med spørsmål utarbeidet i forkant av gjennomførelse av intervjuer. Intervjuguidene kan sees i vedlegg 9.2. De ulike intervjuguidene ble tilpasset de ulike informantene i implementeringsprosessen, samtidig som det var viktig å ha noen gjennomgående spørsmål til alle informantene uavhengig av stilling og rolle i prosessen. Dermed kunne de ulike intervjuene og temaene sammenlignes. Det ga også en trygghet underveis at jeg hadde formulert spørsmål, og dermed visste at de mest sentrale tema ville bli dekket. Intervjuguiden hadde også sjekkpunkter under spørsmålene som kunne krysses av dersom informanten nevnte dette, eller spørre dem om, uten at punktene ble lest opp for informanten. Det blir ofte anbefalt at man i intervjuguiden åpner med lette spørsmål, deretter refleksjonsspørsmål, og så enkle avslutningsspørsmål (Tjora, 2012, s. 112). Det blir også anbefalt at en gjennomfører intervjuer på et sted der informanten kan føle seg trygg, gjerne på arbeidsplassen hvis studien er knyttet til arbeidet, slik den er i studien her (Tjora, 2012, s. 120). Alle informantene, bortsett fra USHT-Sør Trøndelag, ble intervjuet på arbeidsplassen, for å

gjøre det enklest mulig for informantene og for at de skulle være i kjente omgivelser. Samt at det rent praktisk var enklere når kursdeltaker og leder på sykehjemmene var på samme sted.

I tillegg til å utarbeide intervjuguide, bør man i forberedelsene bestemme spørsmålet om åpenhet overfor respondentene. Ifølge Grønmo (2016, s. 169) bør det i utgangspunktet være mest mulig åpenhet, dersom studien tillater det. Temaet og informantene som er valgt ut, tilsier ikke at det er nødvendig å tilbakeholde eller gi lite informasjon om hensikten med studien. Derfor ble det i forespørselen om deltakelse og før intervjuet startet informert om prosjektet og bakgrunnen for forespørselen. Samt at jeg hadde fått støtte av NKKHO til blant annet reiseutgifter, men at oppgaven er et selvstendig arbeid. Deltakerne ble spurt om de ville ha ytterligere informasjon eller om de lurte på noe i den forbindelse.

Det finnes også generelle etiske betraktninger og avgjørelser i forskning som må tas hensyn til. Slik som tillit, konfidensialitet, respekt og gjensidighet, samt formelle juridiske krav (Tjora, 2012, s. 39). Disse skal prege kontakten man har med informanter og aktører. Den nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap og humaniora har nedfelt et generelt krav til etikk i samfunnsforskning, som innebærer at man skal ha deltakernes informerte og frie samtykke, og at deltakerne har til enhver tid rett til å bryte deltakelse uten at det får noe negative konsekvenser (Tjora, 2012, s. 40). Dersom tema er sensitivt eller svært omdiskutert, har en egne regler for gjennomførelse. Oppgavens tema og vinkling vurderes som lite belastende eller sensitivt for deltakerne, og at det derfor ikke måtte tas spesielle hensyn til en slik problematikk. Prosjektet ble likevel meldt inn til Norsk senter for forskningsdata. Informantene ble informert i forespørselen og under intervjuet at de vil være anonyme i studien, at det er frivillig, og at de kunne trekke seg når som helst underveis i intervjuet eller i etterkant, dersom det var ønskelig. De sa svarte ja på spørsmål om jeg hadde deres informerte samtykke. Alle ble spurt om det var i orden at jeg brukte lydopptak, som kun jeg ville ha tilgang til i etterkant, og som ville bli slettet etter sensur av oppgaven. Anonymitet ble vurdert som hensiktsmessig, både for at spesielt kursdeltakerne skulle ønske å delta, og at det er lettere å dele informasjon når man vet at eget navn ikke kommer på trykk. Samt at navnene til informantene ble vurdert til å ikke ha betydning for denne spesifikke studien.

Gjennomføring

Intervjuene ble gjennomført mars-april 2017. Først fikk informantene som nevnt praktisk informasjon om anonymitet og deltakelse, deretter startet intervjuene. De utarbeidede

intervjuguidene ble brukt i alle intervjuer. Jeg begynte med enkle spørsmål om bakgrunnsinformasjon og deres arbeidshverdag. Deretter fulgte generelle innledningsspørsmål for hvert tema. Først om kurset, og deretter om prosessen etter deltakelse. Her ble mer reflekterende spørsmål stilt som hva som må til for å ta i bruk kunnskapen i etterkant, og hvilke faktorer som påvirker dette. Avhengig av hvor utfyllende svar informantene ga, og dersom det var nødvendig og naturlig for samtalen, ble mer konkrete oppfølgingsspørsmål stilt. Noen av informantene som var ekstra utfyllende i svarene, kunne svare på flere spørsmål eller være innom flere temaer/problemstillinger i ett svar. Dermed måtte rekkefølgen i intervjuguiden varieres, slik at de kunne få utdype et tema som var av interesse for dem. Guiden fungerte som et holdepunkt og en sjekkliste, slik at intervjuet kunne styres til at alle temaer ble dekket. Til slutt ble informantene spurt om det var noe mer de ville legge til, og deretter takket jeg for at de stilte opp.

Jeg forsøkte å ha en lett og ledig tone, slik at informantene var avslappet og følte de hadde en forholdsvis uformell samtale. Og dermed ikke var for påvirket av settingen, og at de ble tatt opp på lydopptak. Lydopptak var hensiktsmessig slik at jeg kunne følge samtalen, og at ikke det skulle være forstyrrende med iherdig notering. I intervjusituasjoner må forskeren evne å skape god relasjon og kommunikasjon. En må også i den forbindelse vurdere om egne egenskaper vil påvirke intervjusituasjonen (Tjora, 2012, s. 110). For eksempel alder, kjønn og kunnskap innen tema, og dermed forståelse for deres situasjon. Derfor ble det viktig å få mest mulig kunnskap om tiltaket, de ulike arbeidsplassene og prosessene de er en del av før intervjuene ble gjennomført. Fordi masterstudiet er statsvitenskap og ikke helserelatert, kan det tenkes at informantene på sykehjemmene oppfatter at jeg har liten kjennskap til deres bakgrunn og arbeid. Dermed måtte jeg passe på å være lyttende, og forsøke å vise interesse og være spørrende om dem som helsearbeidere.

Målet med intervjuene var altså å sammenligne informantenes erfaringer med og oppfatninger av opplæringsprogrammet og videre implementering på arbeidsplassene. Dette for å kunne avdekke samspill eller variasjoner mellom dem, i ulike deler av prosessen, som kunne fortelle noe om hvorfor eller hvorfor ikke de ansatte klarte å ta med seg MMB og bruke det på arbeidsplassen i etterkant av kurset.

4.3.3 Analyseprosessen

Analyseprosessen startet allerede underveis i datainnsamlingen. I løpet av intervjuene kom ulike aspekter og poenger frem som var relevante for problemstillingen. Jeg fikk et inntrykk av innholdet underveis. Deretter startet prosessen med å transkribere alle intervjuene, slik at datamaterialet ble til tekst. Ved å høre alle intervjuene på nytt og skrive ned det informantene fortalte, ble det på nytt skapt et inntrykk av datamaterialet og innholdet. Transkriberingen av intervjuene er valgt å skrives på bokmål. Det er forsøkt å være oppmerksom på å ikke fjerne betydninger eller lignende som følge av fjerning av dialekt. Intervjuene er også nøye skrevet ut, slik at latter, pauser og lignende er med. Dette ble gjort for å kunne senere gå tilbake i den utskrevne teksten og få et helhetlig inntrykk. Med et stort datamateriale er det mulig å glemme slike nyanser. De 12 lange intervjuene ga omtrent 250 sider tekstmateriale. Transkriberingsprosessen var omfattende og tidkrevende, men ga også en dyp innsikt i datamaterialet.

Først ble hvert sykehjem gjennomgått, for å finne hovedlinjer. Det utskrevne materialet ble deretter inndelt etter spørsmål/tema, som var mulig på grunn av at hovedspørsmålene i intervjuguiden var forholdsvis lik for alle informantene. Materialet ble så delt inn i tre grupper: kursdeltakere, ledere og administrativt/politisk nivå, slik at det ble lettere å sammenligne de innenfor hver gruppe og på tvers av gruppene. Implementeringsprosessen fra politikk til aktiv bruk på sykehjemmene har en tilnærmet kronologisk rekkefølge, dette ble utgangspunktet for empiriinnndelingen og analyseringen. Datamaterialet ble så analysert, for å se om det fantes likheter og ulikheter, og potensielle aspekter som var relevant for evalueringsspørsmålene. Analyseprosessen var flytende, hvor en måtte veksle mellom analyse av materialet, teorisammenligning og skriving. Datamaterialet ble gjennomgått flere ganger, for å sikre at meninger og sitater som var relevante ikke ble oversett, eller at materialet ble feiltolket/husket feil. Direkte sitater er brukt i kapittel fem, empiri, for å illustrere funnene.

4.3.4 Utfordringer og erfaringer i datainnsamlingsprosessen

Det er flere erfaringer man får i et arbeid med en masteroppgave. Intervjuprosessen var lærerik. Nord universitet og NKKHO ga et stipend for at oppgaven skulle kunne gjennomføres. Mange masterstudenter opplever at det er vanskelig å få informanter til å ta seg tid til å stille opp på intervju. I forespørselsbrevet som ble sendt til lederne på sykehjemmene, var daglig leder på NKKHO sin kontaktinformasjon med for å gi tyngde bak forespørselen. Derfor prøvde jeg å få frem ovenfor informantene før intervjuene startet at jeg skrev masteroppgaven på egenhånd.

Og vektla at jeg ville få frem de faktorer som informantene anså som viktig og som påvirket, det være seg positive og/eller negative. Blant annet da kursdeltakerne på sykehjemmene i studien ble spurt om deltakelse på kurset, og noen av dem kun nevnte positive faktorer, spurte jeg oppfølgingsspørsmål om det var noe de savnet eller synes burde være annerledes ved kurset, for å få de til å reflektere over begge sider. Dette var et spørsmål forholdsvis tidlig i intervjuene og første refleksjonsspørsmål om selve prosessen, og ga dermed en pekepinn på at jeg var opptatt av begge deler. Andre utfordringer ved intervju er at erindringsproblemer blant informantene kan oppstå, som betyr at informanten husker feil eller selektivt i hukommelsen. Det er lett for å huske enten bare de positive eller de negative sidene ved hendelser som du har fått avstand fra, bevisst eller ubevisst, og dermed vil nyanser forsvinne. Derfor ble det forsøkt underveis i intervjuene å få informantene til å reflektere og få god tid til å tenke seg om. Samtidig foregikk intervjuene tre måneder etter kursdeltakelse, og dermed kort nok tid til at de sannsynligvis ville huske mye. Hovedfokus var også på hva som gjøres på sykehjemmene i etterkant av kurset.

Det kan også være utfordringer knyttet til hvorfor informantene velger å stille opp på intervju. Det kan tenkes at de informantene som sier ja, er de som er svært positive eller negative til tema. Eller at de har politiske eller faglige grunner for å delta (Tjora, 2012, s. 153). Informanter som velger å delta kan være mer utadvendte og pratsomme enn de som sier nei. Lederne på sykehjemmene kan også bevisst eller ubevisst velge de ansatte som er særlig engasjerte i arbeidet med MMB. Det kan også oppleves at informantene prøver å fremstille seg selv i et bedre lys, ved å svare det de tror er «riktig» på spørsmålene eller overdrive positive aspekter (Tjora, 2012, s. 118). Det er en forventning at kursdeltakerne skal ha tatt i bruk MMB i etterkant av kurset, og de ønsker kanskje å gi et godt inntrykk i forhold til forventningene. Som forsker må en gå ut i fra utsagnene til informantene, men også reflektere over om dette representerer en inderlighet, om det sier noe om informanten utover intervjuet. Det var viktig å være bevisst på dette under gjennomgangen av datamaterialet. Eksempelvis om en og samme kursdeltaker ga motstridende svar på spørsmålene. NKKHO har som nevnt tatt i bruk evalueringsskjema for utfylling under siste kursdag. Svarene er anonyme, og i tillegg til å svare på flervalgsspørsmål, hadde deltakerne mulighet til å gi egne kommentarer i åpent felt. Dersom svarene fra 127 kursrespondenter fordelt på 6 kursgrupper fra kurs 2 fra samme år spriker stort fra svarene kursdeltakerne har gitt i denne studien om kurset, kan faktorene nevnt øverst i avsnittet tenkes å ha betydning, noe som deretter må vurderes.

En erfaring og utfordring underveis var at det i intervjusituasjonen kunne være lett for å stille to spørsmål i ett. Det var også en erfaring å passe på at spørsmålene var åpne nok, slik at man ikke fremstår som ledende. Å ha en intervjuguide var til stor hjelp underveis i intervjusituasjonen, både for å ha trygghet til å løsrive seg fra spørsmålene, og også komme tilbake til de underveis. Transkribering og sortering av et stort datamateriale er også en utfordring, dette var en svært tidkrevende prosess. Fordi hovedspørsmålene ble nokså likt stilt til alle informantene, ble det likevel håndterlig, og materialet kunne deles opp i kategorier.

4.3.5 Refleksjoner rundt forskningens kvalitet

Begrepene reliabilitet, validitet og generaliserbarhet er ifølge Ringdal (2013, s. 248) omdiskuterte til bruk i kvalitativ forskning, fordi begrepene er knyttet til kvantitativ måling. Samtidig mener han at begrepene er godt innarbeidet og grunnleggende kjent for å vurdere data, som taler for bruk også i kvalitativ forskning. De er uaktuelle i statistisk forstand, men er likevel nyttige som referanseramme for vurdering av kvalitet (Ringdal, 2013, s. 248). Derfor er begrepene valgt i denne studien også. Reliabilitet handler om målefeil og om datamaterialet er pålitelig. At resultatene er nøyaktige og korrekte, slik at dersom samme måling/undersøkelse gjentas flere ganger kommer man fram til likt resultat. Eksempelvis dersom en informant misforstår et spørsmål, intervjueren noterer feilaktige svar eller taster inn data feil, er det lav reliabilitet (Ringdal, 2013). For å unngå disse problemstillingene ble alle intervjuene tatt opp, og i etterkant nøye transkribert og vurdert. Etter transkribering hørte jeg igjennom alle intervjuene på nytt for å kontrollere at transkriberingen var korrekt. I empirikapittelet gjengis datamaterialet, som har blitt lest og analysert flere ganger.

Validitet handler om datamaterialets gyldighet, om man har målt det man vil måle i forhold til problemstillingen. Intern validitet handler om resultatene er gyldige for utvalget og det som undersøkes. Eksempelvis er dette om spørsmålene som blir stilt er gode og dekkende, og om informantene svarer ærlig. Derfor ble relevant forskning, teori og informasjon om tema og informantgruppen gjennomgått som bakgrunn for spørsmålene som ble stilt. Informantene ble også stilt oppfølgingsspørsmål og utdypende spørsmål.

Generalisering handler om å si noe om gyldigheten til studiet utover de enhetene som har deltatt (Tjora, 2012, s. 203). Man forsøker å si noe allment basert på enkelttilfeller, men dette forutsetter at man studere flere enkelttilfeller. Derfor er statistisk generalisering sjeldent aktuelt i kvalitative studier fordi det krever store utvalg (Ringdal, 2013, s. 248). Likevel kan en

argumentere for at funn i kvalitative studier kan ha en mer generell gyldighet ut over studiets og informantenes ramme, ekstern validitet. Informantene i denne studien forteller sine subjektive meninger og opplevelser, og representerer ikke nødvendigvis resten. Samtidig er alle kursdeltakerne helsearbeidere som jobber på samme type arbeidsplass og som har deltatt på samme kurset, og derfor kan erfaringer være gjeldende for andre i lik situasjon. I denne forbindelse ble det valgt ut informanter fra fire sykehjem istedenfor ett, for å i så stor grad som mulig få erfaringer fra flere arbeidsplasser og dermed kunne sammenligne. De ulike helsearbeiderne i studien jobber alle på sykehjem, men på forskjellige typer avdelinger, har ulik utdanningsbakgrunn, ulike stillinger, ulik størrelse på sykehjemmene og de jobber i forskjellige kommuner. Dersom vi ser likhetstrekk kan det også tenkes å si noe om generelle erfaringer man kan oppleve med implementeringsarbeid på et sykehjem.

Deltakerne ble intervjuet tre måneder etter kurset, dermed var inntrykkene ferske og de var i startfasen av implementeringsarbeidet. Dette ble tatt hensyn til ved å ha en oppfølgingssamtale over ett år etter intervjuene ble gjennomført. Hensikten med studien var å undersøke om kursdeltakerne tar i bruk MMB kort tid etter kursdeltakelse, for så å undersøke om de over ett år etter fortsatt bruker MMB. På denne måten kunne en få et sammenligningsgrunnlag både innad på et sykehjem men også på tvers av de fire sykehjemmene i bruk av MMB. I tillegg ville tidlige implementeringsplaner noen måneder etter deltakelse kunne sammenlignes med potensielt sluttresultat av planene. Og videre om implementeringsplanene ble gjennomført og til hvilken suksess. Slik kunne man se hvor mye som har blitt gjort på ett år, og sykehjemmene hadde fått tid til å få et system på arbeidet. Hvordan det blir på sikt på sykehjemmene etter en del år kan ikke belyses, men vi kan se hvilke katalysatorer og barrierer de fire sykehjemmene har i startfasen av implementeringen av MMB, og hva som potensielt bør fokuseres på.

5.0 En empirisk kartlegging av implementeringsprosessen

Kapittelet skal gi et detaljert innsyn i intervjumaterialet. Informantenes holdninger og interesser, samt deres erfaringer og opplevelser av MMB og opplæringsprogrammet. Materialet som presenteres i dette kapittelet er det informantene fortalte. Når begrepet kursdeltakeren/kursdeltakerne brukes, menes helsearbeiderne i studien på de fire sykehjemmene som har deltatt på kurset, ikke kursdeltakere generelt. Kapittelet starter med den politiske prosessen, for å høre hvordan opplæringsprogrammet ble til, hvordan Hdir og Nord universitet/NKKHO samarbeider, og hvordan det oppleves å jobbe med spredning av opplæringsprogrammet og hvilken respons de har fått. Videre presenteres lederne på sykehjemmene sine valg av opplæringsprogrammet og helsearbeidernes syn på deltakelse. Deretter gjennomgås synspunkter på hvilken rolle ledelsen på sykehjemmene bør ha i prosessen og sykehjemmenes planer for implementering. Så presenteres bruk av MMB på arbeidsplassene omtrent tre måneder etter kurset, og hvilke virkninger kursdeltakerne har sett av bruk. Til slutt presenteres implementering og bruk over ett år etter deltakelse på opplæringsprogrammet. Har det skjedd endringer i bruk og hvor langt har sykehjemmene kommet med sine implementeringsplaner? Gjennom hele den empiriske kartleggingen og analysen vil det være særlig vekt på kursdeltakerne og hvordan de fire sykehjemmene både har opplevd implementeringen og gjennomført praktiske tiltak i etterkant av kursdeltakelse. Tar kursdeltakerne og andre ansatte i bruk MMB på sykehjemmene i etterkant av deltakelse? Har det blitt en del av det helhetlige behandlingstilbudet?

5.1 Den politiske prosessen

Den politiske prosessen, politikkformulering og design, som leder til tiltak vil få betydning for implementeringsprosessen, dens resultater og dens effekt (Winter og Nielsen, 2008, s. 19). Hovedfokus i denne studien er helsearbeiderne og deres erfaringer med kurset, behandlingsmetoden og arbeid med MMB på arbeidsplassen. Det er likevel av interesse å se hvordan opplæringsprogrammet ble til, og hvordan de forskjellige aktørene interagerer med hverandre i implementeringsprosessen.

Informanten fra NKKHO forteller at det har vært et pågående og aktivt arbeid med å bringe musikk, dans og bevegelse, altså kultur, inn i helse og omsorg. I Levanger/Nord-Trøndelag har det vært aktivitet over tid og miljøet har hatt dialog med politikere. Han forteller også hvordan Audun Myskja har vært en sentral figur i spredningen av interesse og oppslutning rundt MMB politisk. Sammen med god forskingsdokumentasjon nasjonalt og internasjonalt, og

kompetansesenterets etablering og virke, har resultert i at MMB har fått mer politisk oppmerksomhet og tildeling, som videre har ført til et større kompetansemiljø. Den ansatte fra Hdir forteller også om Audun Myskja sin forskning og arbeid i feltet, samt Bergen Røde Kors sykehjem sitt kursarbeid og at det var besøk der av politikere, hun tror at det kan ha imponert politikerne. Lobbyvirksomhet og utvikling av et kunnskapsgrunnlag kan ha bidratt til økt politisk oppmerksomhet.

I statsbudsjettet for 2014 fikk Hdir i oppdrag å spre metoden MMB til helsesektoren. På spørsmål om hvilke føringer Hdir fikk av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD heretter) forteller den ansatte at i statsbudsjettet 2014 kom én setning om oppdraget: «Sørg for å videreutvikle og spre eksisterende opplæringsprogram i bruk av musikk og sang.». Ut i fra denne oppdragsteksten startet Hdir å lage en kravspesifikasjon. Arbeidet innebar tverrfaglig samarbeid og kunnskapsdeling innad i Hdir, samt kunnskapssøk og kartlegging av kunnskapsgrunnlaget på feltet. Deretter inviterte Hdir til et dialogmøte med sektoren, hvor de ifølge informanten prøvde å gå så bredt ut som mulig i Norge og fortelle at nå blir det lyst ut et anbud. Etterpå kontrollerte de med HOD om de var på vei i riktig retning sammenlignet med oppdraget.

Dialogmøtet tok sted 12. mai 2015, med mange relevante interessenter til stede. Hdir formidlet at alle var velkommen til å levere tilbud. Det ble også snakket om at det kanskje ville være relevant og aktuelt for flere av fagmiljøene å samarbeide – dersom de selv ønsket det. Litt over en måned senere, 16. juni 2015, ble oppdraget om MMB lagt ut på anbud, med søknadsfrist 10. august. Den ansatte i Hdir forteller at de fikk to gode tilbud:

Og så var vi særlig imponert over dette fordi det bygde på et kunnskapsgrunnlag som virket grundig og fordi de lovte oss at det skulle nå veldig mange. Så det er både det at pasientene skal få denne livskvaliteten gjennom at ansatte hever kompetansen sin, men også at det skal nå mange.

Omtrent 20. august 2015, i konkurranse med andre aktører, fikk Nord universitet oppdraget. Den ansatte fra NKKHO forteller at Nord universitet har det juridiske ansvaret, og er de som har kurset som gir studiepoeng. NKKHO er den mest sentrale faglige bidragsyteren. Opplæringsprogrammet fikk opsjon på perioden 2015-2017, hvor det var avsatt fem millioner på Statsbudsjettet for 2015. Oppstart skulle være høsten 2016. Prosessen fra Hdir fikk i oppdrag

å videreutvikle og spre et opplæringsprogram, til Nord universitet/NKKHO fikk oppdraget, gikk forholdsvis kjapt.

NKKHO hadde møte med oppdragsgiver Hdir 8. september 2015. Den ansatte forteller at Nord universitet og NKKHO har presentert brosjyrer, skrevet detaljerte rapporter, og involvert Hdir i kvalitetssikring av innhold og språk. De har hatt jevn dialog og samarbeidsmøter én gang i året, den ansatte fra NKKHO forteller:

(...) oppfatter det ikke som veldig mye styring fra deres side. Men det er veldig dyktige folk som har høy presisjon, faglig også, i de innspillene de har. Og de driver jo en fortolkning av bestillingen de har fått i fra HOD. Sånn at, istedenfor at det blir viskeleken der HOD sier noe til Hdir og så sier Hdir noe til oss, og så har vi lite direkte dialog med Hdir, da kan jo vi komme litt ut av kurs. Men jeg opplever det ikke som styring, men som en slags nødvendig kvalitetssikring fra et direktorat.

Han presiserer nødvendigheten av å forstå hverandres oppgaver, posisjon og handlingsrom og se det i sammenheng med deres egne oppgaver. Den ansatte i Hdir påpeker at generelt når det gjennomføres anskaffelser kan den som står for oppdraget styre mer enn når det bevilges tilskuddsmidler. Det er innholdet i kravspesifikasjonen som gir føringer for oppdraget og det som skal gjøres. Detaljeringsgraden i kravspesifikasjonen avgjør hvor stor frihet den som får oppdraget har. Hdir presiserte overfor Nord universitet og NKKHO at det var viktig for dem å få spredd og markedsført opplæringsprogrammet fordi dette ble presisert i oppdragsteksten fra HOD. Det var ikke nok å utvikle noe dersom det ikke kommer brukerne til nytte ved at ansatte i tjenestene får mulighet til å ta opplæringen. I tillegg er det positivt med videreutvikling og fagutvikling.

5.1.2 Spredning og mottakelse

Deretter fulgte arbeidet med å sette opplæringsprogrammet ut i praksis. NKKHO er forholdsvis nytt, men de har hatt et nettverk i Nord-Trøndelag og vært kjent i fagmiljøet. Spredning av opplæringsprogrammet skjedde via nettsider, noe annonsering og noe via Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse sitt store nettverk. De sendte også brosjyrer til alle kommuner i Norge og fortalte om opplæringsprogrammet på konferanser og andre steder. Den ansatte fra NKKHO opplevde at interessen for MMB var ganske stor. Helsearbeidere, ledere og ledende politikere viste interesse. Men han utdyper også:

Samtidig opplever vi kanskje en viss distanse til å begynne og bruke musikktiltak, som er ganske fremmed (...) for helsearbeidere, som mange ser på som en fritidsaktivitet. Så det er en transformasjon som skjer nå (...) Den transformasjonen av sang, musikk, rytmisk trening, balanse - over til jobb. Det transformasjonsarbeidet, det er ikke gjort over natten.

Han understreker at musikkterapeutene sitt arbeid ved institusjoner har vært viktig, de har vært viktige forløpere. Også andre institusjoner som har vært tidlig ute med bruk av MMB, har vært viktige for transformasjonsarbeidet. Men endringen og distinksjonen nå er at helsearbeiderne selv skal ta det i bruk. Den ansatte i NKKHO forteller om en helsearbeider de møtte for noen år tilbake som hadde uttalt: «oi, nå får jeg lov til å synge på jobb». Han forteller: «Det er et uttrykk for at innholdet i sykepleie eller helsearbeid er fritt for estetiske uttrykk. Sånn at de, mange blir veldig glade og noen blir utrygg.». Derfor er transformasjonen av holdninger er en viktig del av arbeidet. Å få fram at man ikke trenger en god sangstemme eller musikalsk bakgrunn for å kunne bruke MMB. At det er en behandlingsform som angår helsearbeiderne, som de selv kan bruke. Dette blir et viktig utgangspunkt for analysen. Fordi det er en mindre kjent metode, og/eller noe helsearbeiderne gjerne ikke tidligere har brukt, kan det påvirke interesser og holdninger, både blant kursdeltakerne og andre ansatte på arbeidsplassen. Den ansatte fra NKKHO forteller at transformasjonen handler om forståelsen av hva sang og musikk kan bety, ved å kjenne det på kroppen selv og å se virkningene det har på pasientene. Det kan også skje gjennom å skaffe seg mer kunnskap og gjennom opplæring, samt å se kollegaer som har gått på kurset ta i bruk MMB. Det siste han nevner er at ledelsen ser og har forstått at det kan være et kraftfullt verktøy for å få en bedre arbeidssituasjon, og at det er nødvendig å ta i bruk.

Når det gjelder arbeid med spredning og å få ledere til å ønske å delta, trekker informanten fra NKKHO frem en ansatt fra USHT-Sør Trøndelag, som har vært dyktig i arbeidet med å rekruttere ledere på fagsamlinger i kommunen og sende informasjon til institusjonene. Informanten fra USHT-Sør Trøndelag blir spurt om hvordan rekrutteringsarbeidet ble gjennomført. Hun forteller at de startet med å informere enhetsledere på et nettverksmøte om at det kom et kurs i MMB. De sendte så ut skriftlig invitasjon og sa at det kom til å bli rift om kurset. Lederne måtte deretter begrunne deltakelse og beskrive hvordan de ville at MMB skulle implementeres i etterkant av kurset. USHT-Sør Trøndelag stilte altså krav til lederne, og de måtte sikre at deltakerne fikk arbeidsforhold til å gjennomføre oppgaven mellom samlingene. Hun satte altså i gang en implementeringsbevissthet hos lederne allerede før kurset startet. Den

ansatte fra NKKHO forteller at fremgangsmåten til USHT-Sør Trøndelag gjorde at gruppen i Trondheim var sterk, de visste at det lå et press der. Her deltok blant annet den ansatte fra Trondheim som er informant i studien. USHT-Sør Trøndelag skaffet midler fra fylkesmannen slik at kursdeltakerne fikk dekket deltakeravgiften.

På spørsmål om det har vært utfordringer med gjennomførelse av opplæringsprogrammet, svarer den ansatte fra NKKHO at det kanskje har vært en utfordring å få helsefeltet til å forstå hva det er for noe. Fordi de har ikke så mange referanser til MMB, at det kan bli sett på litt på linje med den «Kulturelle spaserstokken», at noen kommer innom og har noe artig som beboerne våkner av:

Det er her utfordringene er, å få den transformasjonen til å skje. Til at det her kan bli helt naturlige verktøy, som viser seg fungerer mye bedre enn demensmedisin og kan fungere med få bivirkninger. Det betyr ikke at hjertemedisin skal tas fra en beboer, men at du kan få en friskere og mer levende beboer. Men å få de til å forstå det, det er en utfordring, for det er jo en treghet i systemet.

Han mener blant annet at setningen fra opplæringsprogrammet: «Med utgangspunkt i kartleggingen skal de sørge for at musikk og sang tilpasses den enkeltes behov, tas i bruk og dokumenteres gjennom journalføring på lik linje med andre typer behandling og medikamenter», er et sterkt signal og kan utfordre noen. Den andre utfordringen er et kapasitetsspørsmål. Hvor mange sykehjem vil de klare å nå, med de folkene de har. Han forteller at det ikke har vært en utfordring så langt (mars 2017). Det er transformasjonen som utfordrer. Videre skal vi se på implementeringen av selve tiltaket, prosessen fra de ansatte deltar på kurset til de er tilbake på sykehjemmet og skal ta MMB i bruk.

5.2 Informantenes forståelse av musikkbasert miljøbehandling

Teorien viste at lik oppfatning av et tiltaks intensjoner hos de ulike aktørene på forskjellige nivåer kan skape en felles forståelse for implementeringen, felles kultur og virkelighetsoppfatning. Dette kan gi grunnlag for motivasjon, og påvirke holdninger og interesser for et tiltak. Disse faktorene kan tenkes å påvirke hvorvidt kursdeltakerne tar i bruk MMB på arbeidsplassen etter kurset. Informantene ble derfor spurt om hva MMB og opplæringsprogrammet er og skal bidra med. Spørsmålene skulle gi en indikasjon på om de har lik oppfatning og forståelse for hva MMB er, og om det samsvarer med de ansvarlige for

programmet. Har NKKHO klart å formidle godt nok hva MMB og opplæringsprogrammet er og skal bidra med?

Den ansatte fra NKKHO forklarer MMB som en behandlingsform som henter kompetanse og kunnskap fra musikkterapi og nevrologisk musikkterapi. Det første bygger på musikkpsykologi og humanistisk forskning, det andre på naturvitenskap, mer spesifikt hjerneforskning. Den ansatte fra NKKHO utdyper:

Det er miljø*behandling*. Det vil si at det er ikke nødvendigvis terapi, man må ikke være terapeut for å drive med det. (...) det er miljøbehandling med bruk av sang, musikk, rytmisk trening og bevegelse/dans. Men, det som er viktig er at en ser at arbeidet, det systematiske arbeidet, har terapeutiske effekter og. Det vil si at det kan ha en effekt når vedkommende har en diagnose, men tiltakene kan og ha en forebyggende og helsefremmende effekt. Så både forebygging, helsefremming og rehabilitering.

Den ansatte i Hdir har også en lignende forklaring. Hun påpeker at dette skulle handle om noe helt annet enn underholdning, MMB er et tilbud for pasienter med ulike former for lidelser, for eksempel kognitiv svikt, demens og så videre. MMB skal være tilpasset den enkeltes behov og funksjonsevne. Hun påpeker at det er en behandlingsform, som skal bidra til å øke livskvalitet og gi en meningsfull hverdag for både brukerne og ansatte.

Informantene ved sykehjemmene sine svar gjenspeiler i store trekk dette. Alle lederne forteller at det er et hjelpemiddel som brukes med konkrete mål i en utfordrende situasjon. Et miljøbehandlingstiltak som kan brukes i samarbeid med beboerne, for eksempel i situasjoner med uro, som ved stell og spising. Det skal gi brukerne en annen opplevelse hvor man bruker musikk i relasjonen med dem, også som terapi og bidra til å øke aktivitet og skape gode hverdager. Lederen i Grimstad nevner ønsket om en helhetlig implementering av musikk. Lederen i Oslo nevner også at hun håper kurset skal bidra med å få musikk implementert i flere ledd, slik at det ikke bare er kulturansatte som driver med behandlingen. Hun mener tiltaket er bra uavhengig av hvilken stilling du har.

Når det gjelder kursdeltakerne nevner særlig de tre ansatte på sykehjemmene i Oslo, Grimstad og Trondheim at MMB er et hjelpemiddel hvor man konkret skal kartlegge, evaluere og ha et mål man ønsker å oppnå med pasienten. Særlig sykepleieren i Grimstad og fagarbeideren i Trondheim vil i større grad vil bruke MMB individuelt med kartlegging over tid, fordi de har langtidspasienter. Kulturlederen i Oslo tror kurset skal inspirere ansatte ved å vise hva musikk

kan bidra med, og skape refleksjon over systematisk bruk. Sykepleieren i Grimstad forteller også at kurset gikk mye på bevisstgjøring og øke oppfatning av behandlingsmetodens verdi. For eksempel at det kanskje kan gjøre at de kan unngå å bruke sobril [medikament] og heller bruke behandlingstiltaket. Fagarbeideren i Trondheim vektlegger også det å sette det i en ramme, få systematikk, at det handler mer om personsentrert musikk og omsorg heller enn musikk generelt.

Aktivitørene på Voss har dagpasienter og skal aktivisere mer enn å behandle, og vil ikke bruke de individuelle kartleggingsverktøyene i like stor grad som resten. Aktivitør 1 svarer at man kan nå inn til folk, og treffe noe i folk med musikk. For eksempel pasienter som har mistet språket som plutselig begynner å synge med tekst. Det handler om mestring, og at det gir trygghet, tillit, glede og livskvalitet. I tillegg skal MMB spres til pleieavdelingene. Hjelpepleieren på Voss har også større fokus på at man kan engasjere og trene med musikk, og at pasientene finner sin egen takt og livner til. Hun forteller at du når fram til brukerne med musikken. Senere i intervjuet nevner alle kursdeltakerne på Voss hvordan det kan hjelpe mot uro, og at det handler om å sette det i system.

Oppsummert nevner kursdeltakerne og lederne på de fire sykehjemmene ord som refleksjon, nå fram til brukeren, tydelig hensikt, kartlegging, hjelpe i vanskelige situasjoner, inspirasjon, og livsglede på spørsmålet om hva MMB er og skal bidra med, som samstemmer med NKKHO og Hdir. Innledende ser det ut til at det ikke har oppstått organisatorisk eller interorganisatorisk konflikt eller misforståelser om hva MMB er og skal bidra med. Selv om de ulike aktørene er klar på hva behandlingsmetoden er, er det også avgjørende at de har en interesse for og holdninger som støtter opp om MMB som behandlingsmetode. Hvordan dette har blitt blant lederne og de ansatte på sykehjemmene i løpet av prosessen, vil diskuteres senere. Videre presenteres hvilke tidligere erfaringer de ulike informantene hadde med MMB før kurset, for å kartlegge hvilket utgangspunkt de tok med seg inn i deltakelse.

5.2.1 Tidligere erfaringer med musikkbasert miljøbehandling

Når det gjelder generelt musikk- og kulturtilbud blir det nevnt fra alle sykehjemmene at de har et bredt tilbud. For eksempel konserter, kor, dansetimer og andre kulturelle innslag hvor musikk er en naturlig del. Dette viser at fokus på kreativ omsorg er tilstede, i samsvar med politiske intensjoner de senere årene. Bortsett fra hjelpepleieren på Voss som startet i jobben nesten samtidig med kursstart, har de andre helsearbeiderne på sykehjemmene generelt brukt musikk

på jobb, men i varierende grad og med ulik bevissthet. Fem av syv kursdeltakerne forteller at de har brukt musikk som behandling: aktivitørene på Voss, fagarbeideren i Trondheim og kulturlederen i Oslo.

Kulturlederen i Oslo hadde før kurset klar kunnskap om hvilken effekt musikk kan ha, og bruker instrumenter og sang gjennomgående i arbeidet. Hun har musikkfaglig bakgrunn og hadde vært på dagskurs med Myskja tidligere. Dermed hadde hun både erfaring med og positive holdninger til MMB før deltakelse. Lederen på sykehjemmet i Oslo har ingen tidligere erfaringer med MMB. Aktivitørene på Voss har også en utdanning med fokus på kreativ omsorg, og bruker mye musikk og trim i hverdagen. Hjelpepleieren på Voss har ingen erfaring med MMB eller musikk i behandling. Lederen på Voss forteller at sykehjemmet ikke har hatt spesiell erfaring med MMB tidligere, kun generell bruk av musikk som kulturtiltak. Sykepleieren i Grimstad har ingen erfaring med MMB eller musikk som behandling. Tidligere har hun brukt musikk på en generell måte for å skape stemning. Lederen i Grimstad har tidligere vært borti bruk av MMB da en tidligere ansatt brukte dette, men det var ikke en praksis på sykehjemmet før kurset. Fagarbeideren i Trondheim hadde heller ingen tidligere erfaringer med systematisk bruk av MMB. Men hun har brukt musikk i hverdagen, er glad i å synge og er livsgledesjef på sin avdeling. Hun har sunget til enkelte pasienter under stell for å få de på andre tanker, uten å sette det i en ramme. Dette viser som Lipsky (1980, s. xxi) påpeker, at ansatte kan finne snarveier for å takle utfordrende situasjoner, og hennes løsning har vært sang. Lederen på sykehjemmet sine tidligere erfaringer med MMB er at hun vet det er blitt brukt til både psykisk utviklingshemmede og trafikkskadde.

Kulturlederen, aktivtørene og fagarbeideren skiller seg ut som mest interessert i musikk, og har brukt musikk med enkeltpasienter før kurset i MMB. Selv om det er variasjon i bruk og interesse for musikk og miljøbehandling, har ingen av informantene brukt kartleggingsverktøyene og den strukturerte måten å gjennomføre MMB på, før de dro på kurset. Videre presenteres hvilke oppfatninger kursdeltakerne har om kurset og kompetansen de lærte, og senere hvorvidt forskjellen i interesse og bruk av musikk før kurset har påvirket interesse og bruk av MMB etter kurset.

5.3 Kursdeltakelse

I delkapittelet vil informasjon og synspunkter om kursdeltakelse presenteres. Først hvordan rekruttering og finansiering til opplæringsprogrammet foregikk på de fire sykehjemmene.

Deretter vil kursdeltakerne sine synspunkter om kurset og det kurset formidler presenteres. Bakken sine aktørbetingelser handler om holdninger, interesser og kunnskap, og viktigheten av disse i en prosessevaluering. Spørsmålet er om NKKHO har klart å skape positive holdninger til MMB gjennom kurset, om det er interesse og oppslutning for bruk, og om deltakerne mener at de har lært tilstrekkelig. Deler kursdeltakerne troen på MMB, mener de det er en riktig og viktig behandling som de ønsker å ta i bruk i arbeidshverdagen?

5.3.1 Rekruttering og finansiering

Kurset er ikke lovpålagt så sykehjemmene valgte selv om ansatte skulle delta. Kurset må finansieres gjennom egne midler, eller man kan søke om økonomisk støtte fra kommunen. Sykehjemmet i Trondheim fikk dekket deltakeravgiften gjennom kommunen. Noen har blitt tilbudt gratisplasser fordi kurset blir avholdt på deres sykehjem. Dette gjelder for Grimstad og Oslo fordelt på tre sykehjem, som fikk 10 gratisplasser hver. Fordi sykehjemmene selv bestemmer om kurset skal være noe de prioriterer, og de også må dekke vikarutgifter, er det rimelig å anta at ledelsen ønsker at MMB skal bli en del av det helhetlige behandlingstilbudet deres. Og dermed at det skal spres til resten av de ansatte. Dette gir et godt utgangspunkt for tiltaket i forhold til andre politiske tiltak hvor det er motstridende interesser allerede før implementeringsstart, nettopp fordi sykehjemmene velger det selv. Eneste sykehjemmet som skiller seg ut rundt deltakelse er sykehjemmet i Oslo som ble tilbudt gratis deltakelse, uten å på forhånd ha tenkt at de skulle melde seg på. De ble kontaktet av NKKHO i forbindelse med at de ønsket å gjøre videoopptak på sykehjemmet. Deretter ble sykehjemmet spurt om det var mulig å holde kurset der, og om sykehjemmet ønsket å delta. I Grimstad hadde tre ansatte vært på kurs med Myskja tidligere og spurte lederen om de kunne få MMB-opplæring til sykehjemmet. Lederen i Grimstad fortalte at de ønsket å tenke nytt og bli bedre på musikk. På sykehjemmet på Voss forteller lederen at hun har ikke informasjon om påmelding fordi hun var avdelingsleder på dette tidspunktet og dermed ikke tok avgjørelsen om deltakelse. Men hun fikk e-post fra lederen om deltakelse og at MMB var inne på virksomhetsplanen for området Vest i 2016. Lederen i Trondheim var heller ikke leder på avgjørelsestidspunktet. Hun er nå midlertidig leder for sykehjemmet, og vet ikke bakgrunnen for deltakelse da hun ikke arbeidet på sykehjemmet på tidspunktet.

Det varierer hvor mange ansatte som deltok på kurset fra de fire sykehjemmene. Voss og Grimstad hadde flere deltakere, henholdsvis 8 og 21, mens Oslo og Trondheim endte opp med to ansatte hver. Når det gjelder deltakelse fra ledelse deltok ingen i ledelsen på sykehjemmene

i Trondheim og Oslo. I Grimstad deltok alle i ledelsen på samlingene. Mens på Voss deltok ledelsen på siste kursdag og holdt et innlegg om hvordan de skulle implementere MMB i organisasjonen. I Trondheim ble som nevnt daværende leder involvert ved at hun i søknad om deltakelse måtte fortelle hvordan sykehjemmet hadde tenkt å forankre arbeidet etter kursdeltakelse. Spørsmålet er om antall ansatte som sendes på kurset fra en arbeidsplass og fra en avdeling, og hvorvidt ledelsen deltar, vil påvirke bruk i etterkant av deltakelse. Dette skal vi komme tilbake til senere i analysedelen av studien. I vedlegg 9.5 følger en oppsummerende tabell om ledernes aktivitet rundt kursdeltakelse.

5.3.2 Kursdeltakerne sine opplevelser og oppfatninger av kurset

Kursdeltakerne i studien ble spurt det åpne spørsmålet «Fortell om deltakelse på opplæringsprogrammet», for å undersøke hvordan de opplevde å delta og hva de forbinder med deltakelse. Deretter ble mer konkrete spørsmål stilt. Svarene vil gi en indikasjon på grad av fornøydhet og engasjement for kurset, og MMB. Dersom deltakerne ikke er fornøyde eller ser nytten av det de lærte, gir det et dårlig utgangspunkt for engasjement og interesse, som videre kan påvirke bruk etter kurset. Og omvendt. Det er også viktig at deltakerne har lært tilstrekkelig om MMB og verktøyene, slik at de føler seg trygg på kompetansen når kurset er ferdig. Har NKKHO klart å skape en felles kultur med et engasjement for kursets formål, hvor troen på musikk som behandlingsform står sterkt?

Alle kursdeltakerne opplevde kurset som nyttig for å kartlegge pasientene og lage tydelige, systematiserte mål for bruk. De beskriver også kurset som inspirerende og engasjerende. Aktivitørene på Voss og kulturleder i Oslo forteller det ga en bekreftelse på eget arbeid, og at det var fint å se den type behandling og omsorg bli løftet opp på et mer systematisert nivå for alle. Aktivitørene tror det ble en vekker for pleiepersonalet med aha-opplevelser. Selv har aktivtørene tilegnet seg litt flere verktøy og ideer i arbeidet. Kartleggingen og det å sette det tydeligere i system var læringsutbyttet. Kulturlederen i Oslo forteller hun at lærte det mer etter boken og mindre på intuisjon. Sykepleieren i Grimstad forteller at hun hadde stor nytte av å delta, det ga bevissthet på bruk av musikk og kartlegging med nøkkelsang var mest nyttig å lære. I likhet med sykepleieren forteller fagarbeideren i Trondheim at det ga en yrkesstolthet å skulle delta, ved at man er aktuell og gjør noe positivt. Hun forteller at erfaringene de fikk underveis på kurset stemte overens med det de lærte, som viser at det er nyttig. Den eneste som nevner at hun ikke var motivert før deltakelse var hjelpepleieren på Voss. Hun var helt ny i jobben og synes ikke det passet helt å dra rett på et kurs. Hun forteller:

Men jeg har blitt skulle til å si veldig mange erfaringer rikere. For det får deg til å tenke på en annen måte. Og tenke på, altså vi blir jo alle eldre, ja hvordan vil vi ha det når vi blir eldre og kanskje kommer på et sykehjem? Vil vi ha noen rundt oss som engasjerer seg, ja. Og det er faktisk veldig viktig å tenke på. Det skal ikke være en oppbevaringsplass, det skal være en plass hvor du har meningsfylte dager. Hvor du føler og hvor du kan få muligheten til å mestre noe, det synes jeg er veldig viktig.

Alle kursdeltakerne virker å ha tro på MMB som behandlingsmetode og er interesserte og engasjerte i etterkant av deltakelse.

Positive fellestrekk

Noen punkter om deltakelse gikk igjen blant kursdeltakerne i studien. For det første nevnte flere verdien av å dele felles erfaringer og diskutere ulike problemstillinger med de andre deltakerne, som oppstod underveis på kurset eller som oppstår på et sykehjem generelt. Sykepleieren i Grimstad forteller at kursdeltakerne kom med mange caser og diskuterte med foredragsholderne. Kulturlederen i Oslo forteller også:

(...) det var et kurs der ikke foredragsholderne står og messer på med masse informasjon. Det ble veldig sånn at de som var med på kurset var delaktige. Så vi fikk høre veldig personlige erfaringer, og da ble det nært fordi man kunne trekke paralleller til de man selv jobber med hele tiden. Jeg tror man lærte veldig av hverandres erfaringer.

Fagarbeider i Trondheim nevnte også hvordan det var inspirerende at andre yrkesgrupper var tilstede på kurset. Blant annet deltok en sangpedagog, noen som jobbet på helsehus og noen aktivitører.

For det andre ble foredragsholderne trukket fram, som særlig engasjerende. Eksempelvis forteller hjelpepleieren på Voss: «De var jo så engasjerende de som var der. Og den første dagen så var det en musikkterapeut som møtte oss der. Og det var jo sånn at du nærmest får gåsehud, når du ser hvor engasjerte og, ja.». Sykepleieren i Grimstad og kulturlederen i Oslo nevner at det var en åpen og fin stemning på kurset, med flyt i kommunikasjonen. Fagarbeideren i Trondheim mener de hadde forståelse for arbeids- og bemanningssituasjon, blant annet ved å vise video fra et annet sykehjem og dermed viste MMB fra bakkenivå: «... men også litt sånn «på gulvet», og forstår hvordan det er å være, hva man sliter med i hverdagen som arbeider. Så det var flott, så slipper det å være sånn ovenfra og ned».

For det tredje nevner kulturlederen, fagarbeideren og aktivitetene oppgaven som de måtte gjennomføre på kurset som veldig positivt og lærerikt, fordi de fikk prøve ut teorien i praksis. De måtte legge fram på neste samling hva de hadde gjort, og hvilke resultater de hadde fått. Dette førte til diskusjoner om bruk, hva som var utfordrende og hva som var positivt. Kulturlederen forteller at hun tror mange ble overveldet over at alle hadde et så godt resultat. Man fikk et nært forhold til det man lærte fordi man ble tvunget til å bruke det. Aktivitør 2 forteller: «Dermed fikk de se egentlig hva han mente. For mange, vi kan jo prate til vi er blå i fjeset vi, men når de ikke prøver det selv sant». Aktivitøren poengterer altså viktigheten av å få eierskap og forståelse for behandlingen som er fremmed for mange, gjennom praktisk øvelse. Fagarbeideren i Trondheim synes det var lærerikt å ha flere samlinger heller enn et enkeltkurs.

Superlativene kursdeltakerne bruker når de prater om MMB og kurset virker overbevisende. Deltakerne er jevnt over veldig fornøyde med kurset og kunnskapen de fikk. I evalueringsskjemaene fra Nord universitet/NKKHO fra siste kursdag viser svarene fra 127 deltakere at de valgte «Bra» eller «Svært bra» og «I høy grad» eller «I svært høy grad» på de fleste spørsmålene. Fritekst-kommentarene viser også at de aller fleste var positive. Dette samstemmer med informantene i denne studien.

Konstruktiv kritikk

Fagarbeideren i Trondheim og hjelpepleieren på Voss synes at teoridelen av kurset ble gjennomgått litt for fort. Fagarbeideren synes teorien var litt rotete med for mange avsporinger fra planen, som gjorde at den røde tråden forsvant litt. På temaer som ikke var teori, synes hun avsporingene fungerte veldig bra. For da kunne foredragsholderne komme med tips eller få en god ide, eller komme på en god historie i den forbindelse. Den inngående teorien om det fysiske aspektet ved MMB var litt vanskelig å skjønne gjennom kurset. Hun forteller at dette ikke har vært hemmende for bruk, men at ved senere anledninger når hun og den andre ansatte skal forklare det fysiologiske til andre, har de måtte lest seg opp på dette. Hun nevner til slutt at teorikritikken er en pirke-ting, hvis hun skal være pirkete.

Kulturlederen på sykehjemmet i Oslo tror den største utfordringen med kurset er at sjangerbestemmelsene er litt for vage. Hun forteller at de diskuterte dette på kurset, og foredragsholderne var enige. Derfor fikk hun og den andre kulturansatte som utfordring å endre sjangerbestemmelsene. Videre forteller hun at det å vite hvilket verktøy man skal bruke når,

samt å lese ansiktsuttrykk, kan være en utfordring, særlig dersom man ikke har musikkbakgrunn:

«Som jeg sa det kan være litt vanskelig å vite hva slags metode man kan benytte seg av da. Men jeg ser jo at noen av deltakerne på kurset bare prøvde seg frem rett og slett. (...) Men det er sånn man må teste. Men det ser jeg kanskje kan bli litt, noen nye eller som ikke har vært på kurs eller har den samme tilnærmingen til musikk som jeg selv har, kan nok synes det er litt utfordrende.»

Kursdeltakerne ble spurt om de synes det er vanskelig å vite hvilke verktøy de skal bruke når. Bekymringen til kulturlederen er ikke noe de andre kursdeltakerne deler. De har ikke samme bakgrunn eller kunnskapsgrunnlag som henne, men de oppfatter selv at de har lært tilstrekkelig til å kunne bruke MMB. Likevel er det et viktig poeng at ansatte på sykehjem som ikke har vært på kurset kanskje kan føle seg usikker dersom de skal begynne å bruke MMB uten å ha deltatt.

To aspekter til ble nevnt som konstruktiv kritikk. Hjelpepleieren på Voss hadde den ene dagen problemer med å forstå en av foredragsholderne. Personen hadde aksent og snakket veldig fort. Dette gjorde at det var vanskelig å forstå hva personen sa, og det ble slitsomt å følge med i lengden. Det andre aspektet fagarbeideren nevner er at det var litt frustrerende at preferanse-CD-ene som de skulle motta fra NKKHO tok lang tid å få levert. Noe hun synes var synd fordi de var motiverte for å komme raskt i gang. Aktivitørene på Voss og sykepleieren i Grimstad hadde ikke noe negativt å fortelle eller noe de savnet på kurset.

5.3.3 Oppsummering

Oppsummert viser informasjonen fra intervjuene at deltakerne er svært fornøyde med kurset. De forteller at det har vært givende, lærerikt og inspirerende. Engasjement, oppgaver, erfaringsdeling og virkninger av bruk blir vektlagt. De syv kursdeltakerne uttrykker engasjement for kurset og MMB, som gir et godt grunnlag for å ta kunnskapen med seg tilbake til arbeidsplassen. At deltakerne selv ser nytten av MMB og er engasjerte etter kurset, gir større sannsynlighet for bruk. Selv om de syv kursdeltakerne i studien hadde ulike utgangspunkt før kurset begynte når det gjelder interesse og erfaringer med bruk av musikk, virker interessen for og kunnskap om MMB å være tilstede hos alle. Kursdeltakerne synes de har fått tilstrekkelig kunnskap om MMB og verktøyene som skal brukes. Senere skal vi gå inn på hvorvidt de har hatt nok kapasitet og evne til å ta MMB med seg tilbake til arbeidsplassen. Og/eller om det er strukturelle elementer som påvirker hvorvidt de tar det i bruk. Først vil hvordan ledelsen er involvert i prosessen presenteres, og hva sykehjemmene har tenkt rundt implementering.

5.4 Implementering og ledelse på sykehjemmene

Alle informantene i evalueringen ble spurt hvilken rolle de mener ledelsen har i prosessen. Dette vil sammenlignes med hva lederne har gjort i praksis og hvor involvert de har vært. Som teorikapittelet viser kan ledelsen ha betydning for mål og resultater. Det å ha en konkret plan for implementering kan være en måte å styre de ansatte til å gjennomføre det en ønsker og engasjere dem. Derfor ble lederne og kursdeltakerne på de fire sykehjemmene spurt om ledelsen har mål og/eller strategier. Her kan man potensielt også avdekke om det er god samhandling og kommunikasjon mellom dem. De ble også spurt hvordan de har implementert, eller tenker å implementere, MMB i etterkant av kurset. Har de aktivt tenkt på implementering, hvem har hatt ansvaret for planlegging og gjennomføring, og hvilke planer har de om bruk av MMB?

5.4.1 Oppfatninger av ledernes rolle i prosessen

Den ansatte i Hdir mener at å få MMB implementert handler om at det er sterk ledelsesforankring. Dette er ikke unikt for MMB, ledelsesforankring er viktig – slik at ikke for eksempel ildsjeler blant ansatte blir alene. Det er viktig at ledere som ønsker å ta inn noe nytt i tjenestene er tydelige, følger med på og legger til rette for at kompetansen tas i bruk og må jobbes med over tid. Det krever systematikk og utholdenhet ved implementeringsarbeid, og her er ledelsen kjempeviktig. Dette har de sett mange ganger tidligere at skal til for å lykkes med implementeringsarbeid. Hun forteller at fordi det er en kompetanse som skal komme mange brukere til gode, må mange ansatte kunne MMB og ha samsvarende oppførsel rundt brukerne. Når det gjelder bruk og forankring er Hdir sine erfaringer at hvis det er flere fra en arbeidsplass som lærer det samme så er det større muligheter for at det tas i bruk etterpå, og blir et mer kontinuerlig tilbud. Det krever mer enn at én ansatt har lært litt. Hvis ansatte får opplæring i noe nytt, må det skapes rom for at de kan ta den nye kunnskapen i bruk, og da er ledelsesforankringen viktig. Dersom den ansatte forventes å jobbe akkurat som tidligere, kan det nye som han/hun har lært bli slukt i de andre, vanlige arbeidsoppgavene. For at brukere skal få nytte av for eksempel MMB, bør flere ansatte jobbe på samme måte. Hvis ikke blir det utfordrende å ta den nye kompetansen i bruk. Hun sier (tenker høyt) videre: «For dette er vel sånne ting som, hvis jeg skal gjette, appellerer det til en del ildsjeler som kanskje liker å spille gitar eller, ja, (...) det er ofte ildsjeler som setter i gang sånne prosjekt og de må man jo ta vare på. Men man kan ikke la det bo i ildsjelen, du må jo ha et system for det.»

Den ansatte fra NKKHO mener også at ledelsen sin rolle er å være tydelige, og at det må ha en forankring. Arrangørene har alltid dialog med ledelsen på de ulike sykehjemmene. Særlig på

kurs 1 er det dialog, fordi det skal være satt i gang av ledelsen. På kurs 2 derimot, har de ikke så mye dialog fordi det kan være mange ledere. Han mener de har forbedringspotensial med tanke på dialog med ledelse, særlig på kurs 2.

Lederen i Oslo mener at ledelsen sin rolle er å legge til rette for at de ansatte som har vært på kurset skal få muligheten til å spre budskapet. Hun tror all implementering må ha en type ledelsesforankring for at man skal klare å få det gjennomført i avdelingene. Det må være ledere som er interesserte og som etterspør. Hun mener ledelsen må sette av tid, og informere ansatte om viktigheten av og bakgrunnen for, slik at alle får en forståelse av hva man kan oppnå med bruk. Hun forteller videre:

(...) det er ikke nok at en ansatt har et brennende ønske eller interesse for et spesifikt område, hvis ikke da leder legger til rette for at den ansatte skal kunne bruke sin kompetanse og sitt engasjement. Så jeg tenker jo at det er det som er ledelsesansvaret i det, å legge til rette for disse tingene. Ja at man ikke bare går på et kurs og så går det i glemmeboken. Men at de må etterspørre.

Kulturlederen i Oslo deler samme oppfatning som sin leder, og nevner satsing, informasjonsdeling, tydelighet og åpenhet. Hun forteller at på sykehjem er det mye som skjer, og at man skal dekke mange behov. Ikke bare medisinsk, men at de skal avslutte livet sitt der. Alle ansatte har forskjellige oppgaver og det er mye som skal inn: «Det er lett at det er litt sånn ”enda et nytt sånn prosjekt” (...). Det må egentlig gjentas hele tiden da. For samtidig som jeg driver med det her så driver kanskje noen andre med prosjekt som handler om palliativ omsorg, det er mye som pågår parallelt.». Kulturlederen fremhever også en sterk tilstedeværelse blant avdelingslederne for å få kontinuitet. Hun mener avdelingslederne har en viktig oppgave med å legge til rette for de ansatte. Eksempel ved å la de få lov til å prøve ut MMB og kartlegge på avdelingen, og å skape engasjement. Hun mener at avdelingslederne skal passe på at de ansatte fyller ut skjema på riktig måte, og forteller hvorfor. Dette viser at kulturlederen synes avdelingslederne skal følge opp de ansatte i bruk av MMB-skjemaer. Hun forteller videre at hun tror for mange ansatte på sykehjem som har vært på kurset blir det opp til dem selv å få med ledelsen sin. Dersom kulturlederen har rett vil dette kunne være en potensiell barriere, det stiller store krav til de ansattes kapasitet og engasjement. Samlet sett har lederen og kulturleder i Oslo forholdsvis likt syn på ledelsen sin rolle.

Lederen på Voss var avdelingsleder på kurstidspunktet og deltok på siste kursdag. Hun forteller at daværende ledelse ikke gjorde noe spesifikt for å legge til rette for bruk utover at de sørget for at kursdeltakerne fikk tid til å gå fra avdelingene. Lederen mener ledelsen generelt må legge til rette for og følge opp, sørge for videre opplæring, samt drive påvirkningsarbeid. Hjelpepleieren på Voss mener det er viktig at ledelsen er interessert, viser at de vil det skal brukes og at de setter av tid. Aktivitørene mener ledelsen må være aktive og være en del av arbeidet, se verdien av behandlingsmetoden og at det må forankres i ledelsen.

På sykehjemmet i Grimstad mener lederen at ledelsen har en viktig rolle når det gjelder å være gode rollemodeller. Ved å vise interesse, være pådrivere og snakke positivt. Videre forteller hun at det er viktig at avdelingslederne er «på» og minner om MMB. Alle avdelingslederne som har vært på kurset blir ressurspersoner inne på sine avdelinger. At de på avdelingene er pådrivere og spør «har du husket å», «har du fylt ut kalenderen», og så videre. Avdelingslederne er en viktig brikke mellom ledelsen og de ansatte, ved å videreføre informasjon. Lederen sier at ledelse er viktig i endringsprosesser når det skal iverksettes nye ting. Det er ikke nok å sende ut en e-post og tenke at ting ordner seg. Ledelsen må holde fokuset, etterspørre, snakke om det på gruppemøtene og i ledergruppen. Sykepleieren i Grimstad mener også at avdelingslederne er viktige i arbeidet. At de har fokus på MMB, har ledelsen i ryggen, er pådrivere og skaper engasjement. Avdelingslederne skal ha ansvar for å spre det videre til de andre ansatte og følge opp, slik at det blir kontinuitet.

Lederen i Trondheim tok ikke del i prosessen underveis på kurset, men uttrykker generelt at ledelsen sin rolle i slike prosesser er at de tilrettelegger, snakker om det og anerkjenner det. Samt at de ansatte får mulighet til å veilede og lære opp andre ansatte, og at ledelsen kjøper inn utstyret som trengs. Fagarbeideren i Trondheim mener at rollen til ledelsen er å legge til rette for arbeidet underveis på kurset og i etterkant, legge til rette for tid og tilstrekkelig utstyr. At ledelsen fremhever MMB, skaper engasjement og gir det verdi på linje med andre behandlinger og områder. Hun forteller at de to fra sykehjemmet som deltok på kurset var veldig nøye med å poengtere for ledelsen at de måtte legge til rette for tid til gjennomføring, særlig for oppgavene underveis. Dette viser at de to ansatte var direkte og kommuniserte med ledelsen om hva de trengte for å gjennomføre arbeidet med oppgaven.

Oppsummert er oppfatninger av ledelsen sin rolle i implementeringsprosessen at de må vise interesse, skape engasjement og snakke om MMB. De må forankre arbeidet, legge til rette for

bruk, følge opp og flere mener også at avdelingsledere har en viktig rolle for å opprettholde arbeidet med ny behandlingsmetode. Det bør ikke avhenge av få ildsjeler, og arbeidet må derfor systematiseres. Videre blir derfor fokus på hvorvidt de fire sykehjemmene har implementeringsplaner for arbeidet med MMB etter deltakelse på kurset. Og hva som er blitt gjort i praksis, både av ledelsen og kursdeltakerne. Har de forankret arbeidet i ledelsen?

5.4.2 Implementeringsplaner på sykehjemmene

I teorikapittelet så vi at en konkret plan for implementering, særlig av ledere, kan være en måte å styre de ansatte til å gjennomføre det en ønsker og engasjere. For at læring og endring skal skje må organisasjonen oppmuntre til læring og legge til rette for at individer kan lære. Det er derfor interessant å finne ut om ledelsen og/eller kursdeltakerne har en konkret plan for gjennomføring eller ikke, hvem som har ansvaret for implementering og hvorvidt dette vil påvirke grad av bruk blant kursdeltakerne og de andre ansatte på sykehjemmene. Har sykehjemmene tre måneder etter kursdeltakelse tenkt igjennom, planlagt og hatt dialog om hvordan de skal få til å ta MMB i bruk og spre behandlingsmetoden i organisasjonen?

Implementering Oslo

Lederen i Oslo forteller at de ikke har fått tatt i bruk MMB på alle avdelingene enda, dette fordi de to kursdeltakerne er i sluttfasen av kurset. Men de har gjennomført kursoppgaven, og dermed testet MMB på noen pasienter. Ledelsen har lagt til rette underveis for at kursdeltakerne fikk tid til å gjennomføre kartleggingsoppgaven med mer. Og andre ansatte hjalp til med registrering. Lederen vet at de to kulturansatte har hatt et prosjekt om implementering på kurset, som de skal ta fatt på etter kursdeltakelse. De kulturansatte har mulighet til å være aktivt inne på alle avdelinger for å videreføre MMB, og det er derfor naturlig at de får et relativt stort ansvar for å spre MMB til sykehjemmet. På spørsmål om de to kulturansatte har mest ansvar for å få MMB implementert, svarer hun:

Ja, det er egentlig det, enda det burde kanskje ikke være det. Men det har litt med at det er de som var på kurset og det er de som har ansvar for kulturbiten. Men vi ønsker jo at avdelingslederne også skal få litt eierskap inn i det. Det er jo de som må som sagt drive dette her på sine avdelinger, det er umulig for kulturleder å passe på at dette foregår på alle seks avdelingene.

Sitatet viser at lederen mener at det er viktig at avdelingslederne får et ansvar for implementeringen. Dette diskuteres senere i analysekapittelet. På intervjuutidspunktet hadde

ikke avdelingslederne fått en konkret rolle eller ansvar i arbeidet, og lederen var lite involvert, men de to kulturansatte hadde fremdeles én samling igjen.

Kulturlederen forteller at hun og den andre kulturansatte har fokusert på og diskutert implementering mye seg imellom. Deres plan for implementering innebærer at de skal kartlegge én pasient på hver av de seks avdelingene og prøve ut MMB, slik at det blir et fokus på alle avdelingene. I omtrent en uke vil de kartlegge én pasient på én avdeling av gangen. Videre forteller hun at dersom de får tydelige resultater vil de presentere det på et avdelingsmøte eller postmøte, evt. en dag de vet mange på avdelingen er samlet. Planen er at de skal presentere resultatene tydelig og direkte til de andre, og si hva de har gjort, hvorfor de har gjort det, og hvordan det ser ut etter tiltaket. Kulturlederen tror at ved å vise de ansatte resultater slik at de kan se det tydelig, og det knyttes til en beboer som de kjenner godt og jobber med hver dag, vil det engasjere og kunne få de ansatte med i videre arbeid med MMB. Det har de egentlig sett litt allerede, bare noen ser veldig tydelig hva som skjer selv og er med underveis, så sprer det seg fort. Hun har også satt MMB inn i undervisningsprogrammet deres, slik at de kan ha internundervisning om MMB til resten av staben.

På intervju tidspunktet hadde de to kulturansatte hatt et møte med alle avdelingslederne om MMB og implementeringsplanene. Kulturarbeiderne tok også opp om de kunne bli med på tverrfaglig møter dersom MMB kan være aktuelt. Sykehjemmet har ofte tverrfaglige møter hvor lege, fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleiere samles for å diskutere en spesifikk beboer som er utfordrende. Forslaget viser at kulturarbeiderne prøver å koble sammen de ulike typer av ansatte og få de til å tenke på MMB som et alternativ. At det skal bli en naturlig del av samtalen dersom en beboer er utfordrende. Kulturlederen forteller også at de har tenkt å involvere pårørende, fordi de er veldig viktig for å få vite mer om hva beboere har likt før, spesielt for beboere som ikke har språk. Hun tror også det er nyttig for pårørende å vite at de prøver. Kulturlederen og den andre kulturansatte har hatt fokus og planer for implementering. Ut over implementeringsplanen har de ikke noen nedskrevne mål eller effektmål når det gjelder MMB.

Implementering Voss

Som nevnt la ledelsen på Voss til rette for at deltakerne fikk arbeide med oppgavene mellom kurssamlingene i arbeidstiden. Avdelingslederne har ifølge lederen ikke vært involvert på noen annen måte enn i form av informasjonsdeling underveis i prosessen. Lederen på Voss svarer tre måneder etter kurset at fallforebyggingstrening på dagavdelingen er implementert, som skal

sprent til de andre avdelingene. Sykehjemmet har fast internundervisning én gang i måneden, med nytt tema for hver gang. Planen for implementering av MMB er at dagavdelingen skal ha internundervisning om fallforebyggingstrening for resten av ansattgruppen senere til høsten. Hun tror fallforebygging med musikk er det som er lettest å kunne innføre i alle avdelingene først. Dette fordi du kan legge det til tider på døgnet der arbeidspresset kanskje er litt mindre for de ansatte oppe i avdelingene. Lederen forteller at for eksempel under morgenstell når alle brukerne vil stå opp, er det lettere for de ansatte å falle tilbake til gamle vaner istedenfor å tenke litt nytt. Kartleggingsverktøyene som de lærer på kurset er til motsetning mer omfattende, og hun ønsker derfor at de heller begynner i en litt mer lystbetont del av MMB. Lederen mener det deretter blir lettere å få implementert andre deler av MMB på et senere tidspunkt.

Når det gjelder konkrete mål med MMB etter kurset, forteller hun at de ikke hadde annet enn et overordnet mål om å forbedre funksjonsnivå og livskvalitet for brukerne. Sykehjemmet hadde ikke iverksatt tiltak på intervjuetidspunktet, men har altså en konkret plan om internundervisning senere på høsten. Lederen har det øverste ansvaret men det fremgår at avdelingslederne er ganske frie i arbeidet frem til lederen bestemmer at dette skal vi iverksette alle sammen. Det var dermed ingen konkret strategi eller oppfølging som avdelingslederne eller ansatte på sykehjemmet måtte følge når det gjelder MMB tre måneder etter kurset. Aktivitørene kunne inkorporere det relevante i eksisterende rutiner. Hjelpepleieren synes ledelsen er tilstede ved å gi dem mulighet til å ordne til opplegg på avdelingen. Hun mener det er klart at ledelsen veldig gjerne vil at de skal bruke MMB. Hjelpepleieren og den andre kursdeltakeren fra samme avdeling, samt en tredje ansatt, møttes på fritiden og diskuterte og planla hvordan de skulle bruke MMB i etterkant av kurset. Initiativet til møtene tok de selv, noe som antyder at det var opp til kursdeltakerne hvordan de løste videre arbeid med bruk og implementering.

Lederen på Voss blir spurt om de ansatte har lett tilgang til informasjon om MMB dersom en person er kartlagt. De som er kartlagt på individnivå er skannet inn i journalen i Gerika-systemet [pasientjournal], men man må lete litt for å finne informasjonen. Dermed vurderes det at MMB på daværende tidspunkt ikke journalføres på samme måte som andre tiltak slik som medisinsk behandling. Hun nevner at de har en arbeidsliste som alle får utdelt, hvor kursdeltakerne skrev litt informasjon om MMB-tiltak. Men det er altså ikke innført strukturert på daværende tidspunkt. På spørsmål om det å ha tid til implementering og prosjekter generelt svarer hun:

(...) vi har hatt veldig fokus på dette nå sant, ”hva gjør vi”. For vi er ganske mange som er nye, både avdelingsledere og også områdeledere. Det har vært en utskiftning der både av alderdom og diverse. Og vi ser bare hvor ufattelig mye prosjekt, det har vært prosjekt på prosjekt på prosjekt på prosjekt. Vi drukner i prosjekt, alle er med i ett-to-tre-fire samtidig, og så havner de i en skuff. Kanskje det var en kjempe god ide, men det er ingen som er ”på” og med-drivere på å få det ut i avdelingene.

Lederen forteller videre at det er en utfordring å være få som skal drive implementeringsarbeid etter å ha vært på et kurs, det er mange som må overbevises. Hun tror en kan løse problemstillingen om at prosjekter ikke skal bli lagt i en skuff ved å opprettholde fokus, formidle de gode aspektene og relatere det opp mot bruker og brukertilfredshet. I prosjektet om MMB skal altså sykehjemmet ha internundervisning om fallforebygging, som etter hvert skal utvides til undervisning om MMB som inneholder individuell kartlegging. Sykehjemmet har dermed en plan, spørsmålet er likevel om undervisning om kartleggingsdelen av MMB lenge etter kurset kan påvirke implementeringsmulighetene på sikt. Må kunnskapen utnyttes når den er nylig tilegnet?

Implementering Grimstad

Lederen i Grimstad forteller at de skal bruke de samme metodene for å innføre MMB som de har gjort med livsgledetiltak tidligere. De som har deltatt på kurset blir ressurspersoner, særlig avdelingslederne. Som nevnt deltok hele ledergruppen på kurset. Hun forteller at sykehjemmet som helhet må gjenta og snakke om metoden. Også i Grimstad bruker de pasientjournalssystemet Gerika, hvor de nå har satt inn musikk som en prosedyre. Dette innebærer at hvis en gjør et tiltak med MMB, skal en rapportere og evaluere. Lederen sier at livsgledepunkter har blitt like viktige som at man huker av for at man har gitt en tablett. De ansatte har altså tilgang til å vite hvilke pasienter som har faste MMB-tiltak som skal gjennomføres. Sykehjemmet har også kjøpt metronomer til alle avdelingene. Hun forteller at de har jobbet litt med prosedyrer og få det inn i systemet, men at det blir som når andre nye ting skal implementeres, et langsiktig prosjekt:

Så, vi tar et steg av gangen. Det tar lang tid å implementere ting på et sykehjem. For her jobber det ikke damer i 100% stillinger, noen er på jobb tredje hver helg, noen er 30%, 40%. Så du kan si, om du har sagt noe en uke så kan du jo holde på en stund og informere og informere og informere. Folk er på jobb til ulike tider på døgnet og ulik størrelse. Så en må tenke lang tid fremover.

Lederen i Grimstad forteller videre at det tar noen år for å få nye ting til å gå av seg selv, til det «setter» seg i organisasjonen. Også lederen på Voss nevner i intervjuet at det tar omtrent to år å implementere noe nytt på et sykehjem.

Lederen i Grimstad forteller at målet er å få MMB og den type tenkning implementert i systemet, de ønsker å bruke det ut i fra individuelle behov. Det blir ikke brukt noen insentiver/sanksjoner fra ledelsen, hun mener at de ansatte ser effekten av det og de har sett at det virker, som gir en egen motivasjon. Samt at de sendte mange ansatte på kurset og bruker kanaler for spredning av informasjon. Sykepleieren i Grimstad har hatt presentasjon om MMB for de andre ansatte på avdelingen for at de skal lære å bruke behandlingsmetoden. Hun viste de ansatte noen videoer og lærte de å bruke uro- og musikkpreferanseskjema. Primærpleierne skal ha ansvar for å kartlegge sine pasienter. Hun har også tatt initiativ til at når nye pasienter kommer inn, skal det under innkomstsamtalen ikke bare stilles spørsmål om de liker musikk, men om pasienten/pårørende også kan nevne tre sanger som pasienten liker. Hun mener at da får en et litt mer konkret utgangspunkt å starte fra, og håper det blir en del av rutinen. I tillegg har de som nevnt fått MMB inn i journalsystemet deres.

På spørsmål om de har fått noen tydelige retningslinjer fra ledelsen nevner hun dokumentasjonssystemet. Videre spør jeg om hvordan ledelsen har lagt til rette for bruk. Hun forteller at de har fått to CD-spillere fordelt på to stuer. Etter oppfordring har noen pårørende kjøpt CD-spiller som pasienten har på rommet. Men dette er få. Hun påpeker deretter at hun ønsker en CD-spiller på hvert rom for å lettere kunne gi individuell behandling. Hun forteller at hun har sagt ifra mange ganger at de ønsker utstyr for å kunne bruke musikk i større grad: “Det er liksom å få sangene ned og få de ut som er utfordringen, som jeg synes gnager mest akkurat nå da.”. Det er altså tilgang til utstyr som muliggjør at hun kan få musikk inn på rommene til pasientene for individuell behandling som er mest utfordrende. Dette skal vi komme tilbake til senere i analysen. Hun får videre spørsmål om hvordan hun opplever kommunikasjon med og oppfølging fra ledelsen. Hun forteller hun opplever de som aktive og engasjerte. Blant annet fikk de en e-post på nyåret hvor ledelsen ba dem se på det nye skjemaet de hadde laget og bruke dette. Hun opplever at særlig enhetslederen følger opp ved at hun snakker med avdelingslederne på ledermøte, og så bringer avdelingslederne informasjon videre til dem på avdelingene. Hun forteller at deretter førte et skifte av hennes avdelingsleder til at det ble mindre oppfølging og fokus på MMB, men det framkommer at det er mangel på teknisk utstyr som er utfordringen heller enn dialogen med ledelsen.

Implementering Trondheim

Midlertidig leder i Trondheim svarer at hun ikke vet om implementeringsplanene til kursdeltakerne, men at hun vet MMB har blitt brukt på sykehjemmet og ansatte har fått opplæring. På spørsmål om de har konkrete mål med bruk av behandlingen, tror hun det viktigste er å bruke det som et alternativ til tvangsmakt. Rent praktisk har hun lagt til rette ved å gi de ansatte tid til å veilede og lære opp andre, samt kjøpe inn utstyr. De ansatte har fått tilgjengelig Ipoder og alle avdelingene har mulighet til å kjøpe trådløse høyttalere og skaffe tilgang til musikkstrømmetjeneste. På sikt skal de også ha en internforelesning.

På sykehjemmet er det de to kursdeltakerne som har ansvaret for å spre MMB til de andre ansatte. Fagarbeideren i Trondheim forteller at på kurset fikk de i oppgave å presentere hvordan de har tenkt å implementere MMB etter kurset var ferdig. Hun og den andre kursdeltakeren fra sykehjemmet fant på en pyramide-ordning for å implementere og videreføre MMB. Pyramide-ordningen går ut på at de to ansatte som deltok på kurset, som er livsgledesjefer på hver sin avdeling, er på toppen av pyramiden. De skal gi undervisning til hver sin ansatt på deres respektive avdelinger. Den ansatte som får opplæring skal velge en beboer for kartlegging, med veiledning fra kursdeltakeren. Når de to ansatte har fått tilstrekkelig opplæring og gjennomført kartleggingen, skal de gjenta prosedyren ved å selv velge en ansatt som de skal gi opplæring til, og som skal kartlegge en ny pasient. Hver ansatt som er ferdig opplært skal altså videre velge én ansatt som skal få opplæring, og slik fortsetter det nedover pyramiden til alle ansatte har fått opplæring.

På intervju tidspunktet rundt tre måneder etter kurset, var de to kursdeltakerne ferdig med å lære opp de første to ansatte, og disse holdt nå på å lære opp hver sin ansatt. Hun forteller de har forsøkt å gi så god undervisning som de klarer, som tar omtrent to-tre timer. De har ikke gått i dybden på hvordan metoden påvirker hjernens fysiologi, men heller at man må ha et konkret mål med beboeren, og hvordan man bruker MMB med tilhørende kartleggingsverktøy. De har også gitt og brukt alle kursheftene de fikk på kurset. Fagarbeideren forteller at de er tydelige på at de står til rådighet dersom noen skulle ha utfordringer med oppgaven, og at de ansatte må spørre dersom de lurer på noe. Hun tror det blir mindre skummelt når det gjennomføres på denne måten. Fagarbeideren synes pyramide-ordningen har fungert veldig godt. Hun mener at dersom det tar litt tid, er det viktigere for dem at det blir ordentlig utført. Hun påpeker:

(...) vi, som livsgledesjef i begge etasjene, så jobber du i motbakke mange ganger. Så man vet jo at noen ikke orker å høre på deg. Det var derfor den ideen falt seg inn, at det er ikke noe vits å stå i forsamlingen selv og prate høyt. For det er sikkert de som lukker igjen ørene og kanskje tenker merarbeid og, hvem vet sant? Sånn at derfor fant vi ut denne løsningen, så kunne de velge og ordne selv.

Hun tror dette er den beste måten å få det implementert på sykehjemmet, ved at andre ansatte får eierskap til MMB selv. Hun ser de blir ivrige på en helt annen måte. Hun forteller at det ikke har vært noen utfordringer med å få det spredt på arbeidsplassen fordi de har kanaler til å spre informasjon, gjennom e-post, personalmøter og plakater man kan henge opp. Spesifikke MMB-tiltak på pasienter skrives ned i huskelister som blir lest opp hver morgen, og på rapportark, på lik linje med andre behandlinger. Hun mener at alle ansatte har lett tilgang til å vite om en pasient har et spesifikt tiltak. Fagarbeideren i Trondheim forteller videre at for å skape engasjement og motivasjon tar ledelsen det opp på personalmøter sånn at alle er klar over at det er forankret i ledelsen. Engasjement fra lederne er også å gi skryt og positiv tilbakemelding. Avdelingslederne går litt inne på avdelingene sånn at de ser mer hva som rører seg: «Og da får man jo litt mer klapp på skuldrene når de liksom ”å så bra at du har satt på sånn og sånn musikk” sant, sånn at det er viktig det». Hun forteller at lederen på sykehjemmet var godt informert og veldig interessert i den forankringen videre som de to kursdeltakerne hadde bestemt. Lederen hadde også fortalt litt om MMB på personalmøter. Hun sier ledelsen har lagt til rette for at det skal fungere både da og nå, og at kommunikasjonen er god.

5.4.3 Oppsummering

Tre måneder etter kursdeltakelse har ledelsen sin rolle i hovedsak handlet om å støtte opp om og vise at MMB er noe som ønskes at skal være et fokus på arbeidsplassen. Lederne har lagt til rette ved at alle kursdeltakerne har eller skal presentere MMB på internundervisning, eller i møte med avdelingen de jobber på. På sykehjemmet i Trondheim har de også tilrettelagt med utstyr og musikktilgang. Alle kursdeltakerne sier de føler de har ledelsen sin støtte og at ledelsen er engasjerte. Inntrykket fra intervjuene er at ledelsen har kommunisert at dette er noe de ønsker at sykehjemmet skal ta i bruk, men flere er lite direkte involvert i arbeidet med MMB på daværende tidspunkt. I tabell 1 på neste side følger en oversikt over planer og status tre måneder etter deltakelse.

Tabell 1: Planlegging og status av implementering tre måneder etter kursdeltakelse

	Oslo	Voss	Grimstad	Trondheim
Plan?	Kartlegge en pasient på hver avdeling Tverrfaglige møter Internundervisning	Planlagt internundervisning, først om fallforebygging	Avdelingsledere og kursdeltakere ressurspersoner Internundervisning Kommunikasjon - gjentakelse	Pyramideordningen Intern forelesning Skaffe utstyr
Tilretteleggelse og støtte fra ledelse	Lite involvert, gitt ansvar til kulturleder så langt Opplever støtte og positivitet fra ledelse	Lite involvert, men leder har laget plan. Kjøpt metronomer. Opplever støtte og positivitet fra ledelse	Positive og engasjerte, men ny avd. leder lite involvert Kjøpt CD-spillere og metronomer Manglende tilrettelegging av utstyr og musikk	Kommunikasjon om planer, lagt til rette for opplæring Kjøpt Ipoder, høyttalere og strømmetjeneste Opplever støtte og engasjement
Hovedansvar for gjennomføring?	Kursdeltakerne	Leder	Ledelsen og kursdeltakere	Kursdeltakerne
Mål	Ingen nedskrevne mål Overordnet: gi ansatte nytt verktøy, hjelpe pasientene	Ingen nedskrevne mål Overordnet: å forbedre funksjonsnivå og livskvalitet	Ingen nedskrevne mål Mål om å få MMB i systemet, ønsker å bruke ut i fra individuelle behov	Ingen nedskrevne mål Dempe uro, unngå tvangsmakt, livskvalitet

5.5 Bruk av musikkbasert miljøbehandling etter kurset

Hovedproblemstillingen i studien er om kursdeltakerne tar i bruk MMB på arbeidsplassen. Målene med deltakelse er at kursdeltakerne skal få egnet kompetanse og integrere kunnskapen i det daglige pleie- og omsorgsarbeidet tilpasset den enkelte bruker. Dette skal dokumenteres gjennom journalføring på lik linje med andre tiltak inkludert medisinsk behandling. Det ble derfor undersøkt om kursdeltakerne aktivt bruker MMB på arbeidsplassen tre måneder etter deltakelse. Hvilke virkninger de har fått ved bruk av MMB på pasienter presenteres også. Videre vil holdninger fra andre ansatte introduseres, basert på kursdeltakernes opplevelser. Påvirker implementeringsprosessen kursdeltakernes bruk, eller er det nok at de er engasjerte og har positive holdninger? Og hvordan går det med kursdeltakernes bruk og sykehjemets implementering av MMB over ett år etter kursdeltakelse, hva fremmer eller hemmer bruk?

5.5.1 Bruk rundt tre måneder etter kursdeltakelse

I Oslo brukte som nevnt kulturlederen MMB på arbeidsplassen fra før, men ikke med den systematiske bruken og med kartleggingsverktøyene som er essensen av kurset. På intervjutidspunktet skulle kulturlederen snart ta fatt på kartlegging av én pasient på hver avdeling. Utover dette blir ikke kartlegging og bruk av MMB en daglig aktivitet for henne, fordi hun ikke er en del av pleien. Men hun vil fremdeles kunne bruke det i arbeidet sitt. Når det gjelder resten av de ansatte på sykehjemmet i Oslo hadde ingen fått opplæring enda, derfor ble MMB på dette tidspunktet brukt på pasientene som var en del av oppgaven på kurset.

For aktivtørene på Voss blir bruk av MMB også som nevnt annerledes, fordi de har dagpasienter som kommer til dagavdelingen i større grupper for aktivisering, og ikke er pasienter de pleier individuelt. Aktivtør 1 forteller de prøver å gi individuell oppmerksomhet til de eldre som er der. Kunnskap om rytme og bruk av metronomer er noe de har tatt med seg videre og blitt mer bevisst på. Etter kurset har de aktivt brukt balanse- og treningsøvelsene de lærte, særlig for pasientene som bor hjemme og kommer innom to ganger i uken. Tidligere har de spurt om interesser og lignende via bakgrunnskjema for pasienter og hjemmeboende, men etter kurset har dette blitt systematisert ytterligere ved å få musikkpreferanser nedtegnet. Aktivtørene forteller at forskjellen fra før og etter kurset er at de har blitt flinkere til å systematisere arbeidet, og at de har fått flere tips og ideer for hvordan å bruke MMB. De forteller at de ser en generell endring på sykehjemmet med mer fokus på kreativ omsorg og aktivisering. Ansatte har begynt å sette seg ned med pasientene, og ansatte har begynt å se at de må gjøre noe med det selv. Aktivtør 2 forteller at før kurset tror hun pasientene satt mye alene. Kreativ omsorg viser seg i større grad.

Hjelpepleieren på Voss hadde som nevnt ingen erfaringer med MMB før kurset, og jobber på en korttidsavdeling. Likevel har hun mulighet til å bruke MMB, selv om pasientgruppen skiftes hyppigere. Hjelpepleieren forteller at etter kurset bruker de musikkartlegging og døgnregistrering, samt fallforebyggingstrening. På intervjutidspunktet hadde de brukt individuelt tiltak på fire pasienter på avdelingen, særlig for å roe ned før morgenstell. Hjelpepleieren har også brukt verktøy fra kurset for pasienter med problemer med gangfunksjon. Hun forteller det fungerer helt utrolig, og at hun bruker det gjerne når de skal forflytte seg til og fra badet. På daværende tidspunkt ble MMB ikke journalført dersom en pasient hadde et tiltak på avdelingen. Hun forklarer at det er fordi det er en korttidsavdeling

med få pasienter. Hjelpepleieren forteller at de bruker MMB aktivt, og sier det handler mye om å engasjere, være oppmerksom og vise at du bryr deg, noe som har økt etter kursdeltakelse.

I Grimstad forteller sykepleieren at hun bruker MMB i det daglige arbeidet. Hun bruker særlig musikkskjema og uroskjema. Etter kurset bruker de rytme og musikk med en helt annen bevissthet. Det å finne den individuelle nøkkelsangen var nytt: ”.. men akkurat den der helt på spissen, *den* sangen for å få gjennomført *den* prosedyren, det fant vi gjennom kurset og lærte på kurset. Så det hadde veldig stor forskjell på hun [pasienten] sin hverdag, og vår og.”. På intervjutidspunktet hadde de tre pasienter med MMB-tiltak på hennes avdeling, og flere som hadde det som livsgledeaktivitet. Hun forteller at ved bruk av musikkpreferanseskjema tar det omtrent en halvtime å spille igjennom rundt 15 sanger og se hvordan pasienten responderer. Hun synes det er ganske lett å finne nøkkelmusikken ved å bruke teknikkene over. Prosessen på jobb tar ikke så mye tid forteller hun, men det som tar litt tid er når hun lager liste med sanger hjemmefra. Sykepleieren bruker altså en del tid og jobber med forberedelser hjemmefra. Dette viser et stort engasjement, vilje og tro på MMB, men det er også arbeid utover arbeidstid, og spørsmålet er om et dette er noe hun kan opprettholde i lengden.

På sykehjemmet i Trondheim bruker fagarbeideren MMB etter kurset. Hun forteller det er en fordel at kursarrangøren har satt det mer i perspektiv: hvem de bruker det til, hvem de har kartlagt, med hvilken type musikk, når det skal brukes og så videre. Dette er nytt for dem. Nå bruker hun musikk mer strukturert og spesifikt. På hennes avdeling har de tre pasienter de aktivt bruker øreklokker med musikk på når de blir urolige. Pasienter med tiltak blir som nevnt oppført i huskelisten og på rapportark slik at alle er klar over hva den enkelte trenger. Hun forteller at i avdelingen hvor den andre kursdeltakeren jobber har de mye mer utfordrende atferd, dermed blir det en helt annen tilnærming til bruk. Særlig benyttes bruk av musikk en halvtime før morgenstell hver dag på enkelte pasienter. Fagarbeideren synes også at det har hjulpet veldig at de har fått utstyr på plass. Slik at man kan finne rette sanger fra rette epoker til beboerne, istedenfor at de har en CD-plate med sanger. De har ikke utstyr på hvert rom, men har fått Ipoder, trådløse øreklokker og Spotify-konto, som gjør tilgang lett tilgjengelig. De har brukt musikkforslag fra pårørende, preferanse-CD fra kurset og egne forslag når de skal finne frem til musikk eller spesifikke sanger som hjelper. I tillegg har de aktivt brukt hefte fra kurset med musikk sjangre, og kartleggingskjema. På kartleggingsdelen har de etter kurset satt en ramme på ti dager, da får man prøvd ut morgen og kveld en periode. Men det vil også variere individuelt om det tar mindre eller mer tid å gjennomføre kartlegging, forteller hun. Fagarbeideren synes

det er enkle grep og at MMB ikke er så tidkrevende. Selve kartleggingen og evalueringen kan kreve sitt, men utførelsen etterpå tar ikke mye tid. Fordi man går svært underbemannet på helsehus mener hun at MMB kan hjelpe mye i mat- og stellesituasjoner. Det skal ikke så mye til før man kanskje også har økt livskvaliteten til pasienter, og at det er godt å gå hjem og føle at du har sett noen smile eller økt livskvaliteten.

5.5.2 Potensielle utfordringer med bruk og implementering

Tid

En av de største utfordringene som nevnes med arbeid på sykehjem er tid, et aspekt nyhetene, teoretikere og ansatte legger vekt på. Tid er noe flere av informantene nevner kan bli en utfordring på sikt med et implementeringsarbeid. Lederne i Oslo, Voss og Trondheim forteller at tid generelt er en utfordring ved implementering av nye tiltak. Lederen i Grimstad nevner at jobben med musikkpreferanser og kartlegging kan være tidkrevende og kanskje litt utfordrende, men at man sparer tid i etterkant. Lederen på Voss sier at det er noe de må arbeide med, at de må forstå at gevinsten kommer lengre fram i tid. Noe som kan være vanskelig å se ved starten av kartleggingen. Hun sier de er veldig presset på tid med lite midler i sving, og at de må prøve å se handlingsrommet dette gir.

Kursdeltakerne ble spurt om tid reduserer eller hemmer bruk av MMB. Ingen av kursdeltakerne på de fire sykehjemmene mener tre måneder etter kurset at tid går veldig ut over muligheten til å bruke MMB på arbeidsplassen. Aktivitør 1, sykepleier i Grimstad og fagarbeideren i Trondheim mener kartleggingen tar litt tid, men at man sparer tid på sikt når en pasient har et tiltak. Fagarbeideren i Trondheim forteller at det er viktig å formidle at det ikke er tidkrevende etter kartleggingen, da gjør det seg selv, dersom man har utstyret på plass. Hun forteller: «.. tid og bemanning på sykehjem kan være fryktelig og krevende, men at man er vant til å jobbe på høygir og tilpasse seg». Den eneste av kursdeltakerne som nevner at tid kan være en utfordring i arbeidet med MMB er hjelpepleieren på Voss. Dette fordi det er variert arbeidsmengde og pasientgruppe på en korttidsavdeling, og uforutsette ting kan skje i arbeidshverdagen. Som gjør at hun ikke kan følge opp det som planlegges like systematisk. Men hun mener at det har en verdi uten systematikk også, ved at man får et samspill med pasienten ved å prate om musikk og teste ut sanger. Kursdeltakerne oppfatter altså ikke selv at tid er en særlig hindring, men flere nevner at de som ikke har vært på kurset kan gjøre det. Kulturlederen i Oslo svarer følgende på spørsmål om det er utfordrende å få til individuell behandling på en arbeidsplass som et sykehjem:

Det kan kanskje være utfordrende å gjøre akkurat den kartleggingen, fordi da kan det hende at en tenker at det tar litt tid, og da bruker man mye tid på én beboer. Så vil det nok være noen som tenker at å gjøre et spesifikt tiltak på en beboer som MMB tar for mye tid.

Også aktivitør 1 på Voss nevner dette: «Men ofte hører du at de har ikke så mye tid, det er vel det som går igjen. Men de har jo planer tror jeg.» Aktivitørene forteller videre at det er tydelig at økonomien har blitt dårligere og at bemanningen har blitt redusert, og dermed blir de ansatte tillagt flere og flere oppgaver. Selv om arbeidet har endret seg og de ansatte har liten tid, mener aktivitørene at det er mulig innenfor den tidsrammen de ansatte har. Sykepleieren i Grimstad nevner også denne problemstillingen, at det er tungt å dra i gang gruppen når det er nye ting som introduseres fordi holdningen er at de ikke har tid til noe nytt. Fagarbeideren i Trondheim tror også at det er en holdningssak, og mener flere klager over at de aldri har tid, men at MMB også er tid med beboeren.

Utstyr

På sykehjemmet i Grimstad og Trondheim nevner begge lederne og kursdeltakerne at de har utfordringer med utstyr og å opprette abonnement på musikkstrømmetjeneste. Lederen i Grimstad forteller på spørsmål om de generelt har møtt utfordringer i arbeidet med MMB:

Nei, det er det tekniske rundt det. Vi er sikkert ikke helt oppdaterte på hvordan vi skal rigge oss til, for eksempel kan et sykehjem ha Spotify-konto? Hvordan skal vi få laget individuelle spillelister? Underveis og etter kurset har vi en utstrakt bruk av private mobiler (...) Det er jo ikke sikkert det er noen store utfordringer, men det er ingen av oss som er gode på det.

Rundt 3 måneder etter kurset er det her implementeringen ifølge lederen nå har stoppet litt opp. Hun forteller at det ikke har noe med verken motivasjonen eller viljen til å bruke MMB som mangler, eller andre hindringer, men at det handler mest om hvordan å få til det tekniske. Lederen forteller at de har midler til Spotify-konto og utstyr og at det skal de prioritere. Sykepleieren i Grimstad nevner tidlig i intervjuet at det hun savner i etterkant av kurset er utstyr og musikktilgang. På daværende tidspunkt brukte hun en liten høyttaler på sin private mobiltelefon. Hun forteller hun veldig gjerne ønsker iPad med Spotify-abonnement for å få tilgang til forskjellig musikk, og for å lage individuelle spillelister til pasientene. Hun forteller videre: ”.. vi vet jo om noen individuelle sanger som vi ikke har fått ned, og det er jo veldig bortkastet egentlig.”

Lederen i Trondheim forteller at deres utfordring så langt med implementering er at de har hatt problemer med å få i gang iPodene og skaffe musikkprogram: «Det er jo ikke bare å bestille, hvem skal det stå på? Bare det er jo et problem som vi har brukt veldig, veldig mye tid på. For jeg som leder vil ikke ha det i mitt navn. For da kommer jo regningen direkte til meg. Det skulle vært en pakke nesten det.”. Sykehjemmet i Trondheim har altså møtt på samme utfordringer som i Grimstad. Lederen i Trondheim sier at det i tillegg er en utfordring at ikke alle ansatte kan med å bruke en iPod og annet utstyr. Fagarbeideren i Trondheim nevner også hvordan manglende utstyr har påvirket starten av implementeringsarbeidet. Målet var å ha utstyret på plass før de startet med opplæring. Midlene til å kjøpe inn utstyr fikk de, men det tok to-tre måneder for å få internettilkobling på iPodene samt Spotify. Ingen visste hvordan et Spotify-abonnement skulle registreres og betales siden det er Trondheim kommune, på tidspunktet kjøpte de derfor heller abonnement på butikken. Fagarbeideren synes det var tidkrevende og vanskelig i ventetiden før de fikk på plass utstyr og Spotify, fordi de ikke kom i gang med opplæringsarbeidet.

Avdelingsledelse

En utfordring som kun sykepleieren i Grimstad nevnte tre måneder etter kursdeltakelse, er at utskiftning av avdelingsleder har ført til mindre fokus på MMB på avdelingen. På sykehjemmet har de i motsetning til de andre sykehjemmene involvert avdelingslederne konkret i arbeidet. Tidligere avdelingsleder på sykepleierens avdeling deltok på kurset og hadde mye fokus på og oppfølging av MMB etter dette. I etterkant av kurset fikk sykepleieren ny avdelingsleder. Hun forteller at den nye avdelingslederen fikk så mye nytt hun skulle lære i stillingen, som gjorde til at det ikke lenger ble så mye fokus på MMB. Sykepleieren presiserer at den nye avdelingslederen ikke er i mot MMB, og at hun prøver å holde fokus på alle gode ting, men at de merket forskjell fordi avdelingslederen ikke har deltatt på kurset. MMB ble ikke i like stor grad videreført og verdsatt når nøkkelpersonene ikke er der lenger.

5.5.3 Virkninger av bruk på pasienter – kursdeltakernes opplevelser

Implementeringsmodellen påpeker som nevnt at målgruppen kan ha betydning for implementeringen og dens prestasjoner. Deres atferd og respons kan påvirke bakkebyråkratene. Målinger av virkninger av MMB på pasienter er ikke en del av masteroppgaven. Det er likevel interessant å få innblikk i kursdeltakernes erfaringer med bruk av MMB, om og hvilke reaksjoner og resultater de ser på brukerne. Nettopp fordi det kan tenkes å påvirke deres

holdninger, villighet til bruk og videre opplæring. Potensielt kan det også engasjere ansatte som ikke har deltatt på kurset til å ville lære og bruke MMB.

Kulturlederen i Oslo forteller at en pasient var urolig om natten. De lagde en egen CD med musikk han likte og responderte på. Dette førte til at han ble mye roligere og tryggere på nattestid. En annen pasient med rask forverring med kognitiv svikt var blitt urolig og vandret mye: ”Når vi synger slike type sanger [barnesanger] så er det akkurat som at hun ikke plages av alt dette. Da sitter hun med og synger og har en helt vanlig dialog.” Hun tror at mange på kurset ble overveldet av resultatene av oppgaven, samtlige presenterte noe som hadde fungert: ”Det var en sånn nærmest undertilstander på noen. Og [man] så at noen hadde fått en person som ingen har fått til å roe seg på lang tid, til plutselig sitte og ja, være helt tilstede. Og så hadde jo du de litt mindre, men også viktige resultatene. Så det var veldig fint og interessant.” Hun mener det er viktig at ansatte som ikke har deltatt på kurset får se dette selv.

Hjelpepleieren på Voss forteller om en pasient som hadde problemer med språk på grunn av sykdom, og som hadde et grovt språk særlig mot pleierne. Målet var å bedre gangfunksjonen og endre den grove munnbruken. De klarte ikke å bedre gangfunksjonen noe særlig, men han ble mye roligere og sluttet helt med grov munnbruk. De observerte: ”Og, hvor glad han var når vi kom inn. Og du så hvordan han lå der helt sånn, han lå og smilte. Istedenfor at du kom inn og gjerne fikk et dask med hånden, altså hele mannen ble mye roligere. Det ble helt vekke. Ja, han ble en helt annen person.” Hjelpepleieren mener det viser hvordan situasjonen endrer seg fra å bare handle om ren pleie til å handle om å se mennesket, hva personen liker. Det er sosialt og skaper omsorg, gir mulighet for kommunikasjon med de uten språk og de ble bedre kjent med pasienten. Hun trekker også frem pårørende, i dette tilfelle konen til pasienten, som var veldig fornøyd med at noen prøvde å gjøre noe for mannen og utfordringene som var der. Konen fikk ifølge hjelpepleieren en trygghetsfølelse til avdelingen, og ble involvert ved at hun skulle komme med musikk som mannen likte. På avdelingen hadde fire andre beboere tiltak. Pasientene var veldig utagerende ved at de knep og slo etter ansatte, noen spyttet også. Her ble det brukt musikk før morgenstell, og de har sett at MMB hjelper, pasientene roet seg. Aktivitørene forteller at de ser god virkning av fallforebyggingstreningen, de har ikke hatt noe fall siden de startet med trening tre ganger i uken, og brukerne har blitt mye sterkere og tryggere i gangfunksjonen sin.

Sykepleieren i Grimstad forteller om en pasient hvor de har fått et veldig klart resultat: «Vi hadde jo en pasient som hadde, kom med to tvangsvedtak, som vi nå har opphørt. Det ene var med stell, og det er jo ofte. Og det har vi opphørt nå, for det går så bra med sang. Så det har veldig stor betydning.» Tidligere var de flere ansatte under stell, to eller tre, på nevnte pasient. Stell går nå som regel greit alene, og dersom en ansatt trenger hjelp er det fordi hun er dårlig til beins, ikke for å holde. Med denne pasienten var det én konkret sang som gikk rett i hjertet. Første verset, som de synger repeterende underveis i stell, er laminert og ligger tilgjengelig på nattbordet og henger på badet. Hun mener at det også kan være andre ting som påvirker endringen, som at ting rundt pasienten har falt på plass, men hun tror MMB er med å bidra. Hun forteller videre om andre pasienter hvor bruk av MMB har fungert. De hadde problemer med å skifte klær på en pasient fordi han var så anspent. Hvis de nå tar på klær i takt med musikken og har myke bevegelser, samarbeider han, og det blir en helt annen stemning. Hun forteller at virkningene varierer, fra de som har kjempe god effekt til de som kanskje ikke har så mye interesse for musikk, som de ikke kommer helt igjennom til. Tilbakemeldinger fra pårørende er at mange har vært veldig fornøyde og noen ble rørt. Hun mener pårørende er viktig å inkludere, og at pasientene burde få med seg musikk hjemmefra. Hun avslutter med å si at MMB kan ha stor betydning og utgjøre en kjempeforskjell for pasienter.

Fagarbeideren i Trondheim forteller om en pasient som ikke snakket mye og var sint. Hun beskriver han som en lang sterk mann som mange ansatte var redde for. Pasienten ble valgt fordi han hadde vært vanskelig. Dette endret seg etter at de fant nøkkelsangen. Han klarer å gjøre seg litt mer forstått, klapper i takten til musikken, smiler og vinker. Hun sier at han ikke har det ytre skumle skallet lenger, de ser at de når inn og ser mennesket bak sykdommen. Hun mener det ikke er et mirakel, men ikke så langt i fra. Hun beskriver det som en glans-historie: “Og man ser jo, man ser at et mennesket som nesten ikke er tilstede lenger plutselig begynner å prate litt, og får litt sånn gnist i øynene. Og, eksisterer mer.” Et annet resultatet er en blind rullestolbruker som var verbalt urolig, forvirret og ropte mye. Fagarbeideren forteller at dette hadde sammenheng med at han var understimulert og satt mye i sin egen verden. Målet var å minske roping og bedre livskvalitet. De ordnet en spilleliste med musikk som han liker. Han sitter med øreklokker og hører på musikken, som hun mener stenger ute lyder som kan gjøre han litt forvirret. Når de prøver å ta øreklokkene av han prøver han å holde de igjen. Hun mener det viser tydelig at det hjelper godt. På intervju tidspunktet hadde hun ikke opplevd at MMB ikke har fungert, hun synes det fungerer veldig godt og at det er mest glanshistorier. Tilbakemeldinger fra pårørende er positive. Musikkforslagene pårørende har kommet med har

vist seg å ikke fungere helt, ofte fordi det er musikk fra tidligere perioder som fenger. Likevel ser de at mange av brukerne responderer på mye av det samme siden de er fra samme generasjon.

Svarene fra kursdeltakerne viser at de har sett gode virkninger og resultater av bruk av MMB, og de fremstår som veldig fornøyde og positive. Masteroppgaven har ikke fokus på å verifisere hvorvidt resultatene stemmer, og man må derfor gå ut i fra det kursdeltakerne informerer. Eksempelene som vises til er muligens de pasientene som har respondert mest positivt, og om andre faktorer spiller inn og i hvilken grad er ikke undersøkt. Som for eksempel hva ekstra oppmerksomhet og omsorg, økt sosial kontakt og samspill med de ansatte har på pasientene. Disse faktorene er uansett positive for pasientene og en del av det individuelle fokuset politikken ønsker. Resultatene fra kursdeltakerne samsvarer med resultater fra tidligere forskning på MMB og dermed også det de lærte på kurset. Dette bidrar til de positive holdningene de har overfor behandlingsmetoden.

5.5.4 Kursdeltakerne om mottakelsen blant ansatte

Kursdeltakerne i studien ble spurt om hvordan ansatte på arbeidsplassen som ikke har deltatt på kurset har mottatt dem når det gjelder MMB og bruken av behandlingsmetoden. Dette kan påvirke holdninger og motivasjon blant kursdeltakerne, og potensielt hvorvidt behandlingsmetoden blir videreført. Flere av kartleggingsskjemaene krever døgntregistrering og samarbeid med andre ansatte er derfor viktig. Intervjuer av ansatte som ikke deltok på kurset er utenfor omfanget av studien. Derfor blir informasjonen i delkapittelet kursdeltakernes subjektive opplevelser. Det er likevel interessant å finne ut hvordan deltakerne selv mener de har blitt mottatt, og hvorvidt dette har påvirket arbeidet.

Den ansatte fra NKKHO tror grupper som deltar på kurset som skaffer ny kunnskap og kompetanse kan være en positiv innflytelse på arbeidsplassen som gruppe. Men at det også kan skape distanse til de som ikke har deltatt. Han tenker at det alltid er sånn med utviklingsarbeid, det vil være litt motstand og det ligger i menneskets natur «må vi gjøre dette». En viktig side ved dette er at man må komme over en terskel, hvor man over en periode får det enda travlere og må gjøre en innsats. For så å komme over på den andre siden med verktøy man har tilegnet seg, som gjør at man har et større tilbud av redskaper for å drive god omsorg.

Kulturlederen i Oslo svarer at mottakelse blant andre ansatte vil vise seg mer etterhvert som implementeringsplanen gjennomføres. Rundt tre måneder etter kurset er det så langt god

mottakelse. På avdelingen hvor de fylte ut uroskjema underveis på kurset og så resultater, er responsen fra andre ansatte at det ser ut til å hjelpe beboerne og har noe for seg. Hun forteller: «Og jeg tenkte det skulle bli mer sånn: Jaja, her kommer kulturarbeiderne igjen da.». Aktivitørene på Voss jobber i hovedsak med andre aktivitører, og tre av fire på avdelingen deltok på kurset, så opplæring innad var av lite omfang. Opplæring av ansatte på andre avdelinger på sykehjemmet hadde ikke startet enda. Hjelpepleieren på Voss forteller at kursdeltakerne har blitt veldig godt mottatt på avdelingen hennes. Mange har spurt og vist interesse underveis. Tre måneder etter deltakelse forteller hun at dette vises enda ved at flere fortsatt vil være med på stundene med trening og sang. Dette er aktiviteter rettet mer mot fellesskapet, men viser at de har positive holdninger generelt til kreativ omsorg. Hun forteller at dette særlig gjelder det faste pleiepersonalet, men avdelingen har mange ansatte som er innom og reiser igjen, slik som assistenter, og de engasjerer seg ikke så mye. Både i Oslo og på avdelingen til hjelpepleieren på Voss hadde de ikke lært bort selve kartleggingen til ansatte på intervjuutidspunktet, så respons om utredning foreligger derfor ikke.

Lederen på Voss forteller derimot at responsen til ansatte som ikke har deltatt på kurset har vært blandet. Fra de som er begeistret og ser nytten av det, til de som ikke skjønner i det hele tatt hva de som bruker MMB driver med. Særlig fordi det er tid de kunne brukt til noe annet, som for eksempel å dosere medisiner. Hun forteller videre at de som har negative holdninger er ansatte som ikke har deltatt på kurset, og også at det stort sett er sykepleiere. Dette viser utfordringen et kurs som MMB kan ha for deltakerne når de kommer tilbake til sykehjemmet, fordi musikk ikke har vært en del av strukturert behandling eller flere av profesjonenes utdanning. Lederen forteller videre om verdien av å ha en ildsjel som kan snu holdningene. En sykepleier på sykehjemmet har klart å snu noen ansattes holdninger, også sykepleiere, ved at de har fått sett det i bruk på en annen måte i lindrende behandling. Hun tror det handler om å få mer kunnskap om hva det kan brukes til.

I Trondheim har de to kursdeltakerne generelt fått god mottakelse, folk har vært veldig interesserte. På intervjuutidspunktet var det som nevnt fire ansatte som hadde fått opplæring, som viser at det er interesse for å lære MMB. Sykepleieren i Grimstad derimot forteller at hun opplever en blandet respons. De ansatte er interessert i å bruke teknikkene når de ser at det virker, men de er ikke så veldig interessert i å lære seg de ulike skjemaene og å utrede brukere selv. De er altså positive når et tiltak er ferdig utredet, når de ser at det gir positive virkninger, sparer ressurser og det letter arbeidet. På sykehjemmet har de ansatte egne brukere som de er

primærpleiere for, det vil si har hovedansvar for. Dette inkluderer å kartlegge og utrede MMB dersom det trengs. Per i dag og videre tror sykepleieren likevel utredning kommer til å bli i stor grad opp til henne og andre som har vært på kurset. Hun forteller at reaksjonen fort blir: «Ja du har vært på kurset så fint hvis du gjør det.». Sykepleieren hadde som nevnt hatt opplæring med alle på avdelingen på et gruppemøte, men tre måneder etter er det ingen som har gjennomført en utredning. Hun tror det generelt er litt vanskelig å ta med seg noe fra et kurs og tilbake til arbeidsplassen fordi det ligger i tankegangen at “sånn har vi alltid gjort det” og “vi har ikke tid til noe nytt”.

Hun fremhever vaner, mangel på tid, ekstraarbeid og at de ikke føler de kan det godt nok, som aspekter for hvorfor de ikke ønsker å kartlegge selv. Disse ansatte har ikke blitt intervjuet så hvorvidt det er disse og/eller andre faktorer som påvirker kan ikke bekreftes. Sykepleieren er usikker på om de forstår godt nok hensikten med MMB, særlig før utredning. Hun nevner en episode hos en pasient som hun har laget minnepenn med spesifikke sanger til, og alle ansatte på avdelingen var informerte om det konkrete tiltaket. Likevel kan sykepleieren komme inn på rommet til pasienten hvor radioen står på en tilfeldig kanal. Dersom sykepleieren føler de ansatte ikke forstår hensikten, må gjøre mye på egenhånd og hun ikke får med seg andre, er spørsmålet om det på sikt blir vanskelig for sykepleieren å opprettholde arbeidet og engasjementet. På spørsmål om hvordan hun tror man kan løse det svarer hun: «Jeg tror kanskje at, for min del så løser jeg det bare med å gjøre det, skrive halvtime ekstra. Når de ikke gjør det selv om de har fått opplæring, så bare gjør jeg det, for det er lettere å gjøre det enn å styre med det.». Dette viser at de på denne avdelingen er et godt stykke unna tilstrekkelig implementering.

Lederen på sykehjemmet i Grimstad er som nevnt tidligere klar over at dette kan være et generelt problem når ansatte drar på kurs, særlig hvis man er få som skal videreføre kunnskapen og metodene. Hun forteller at det var derfor hun sendte mange på dette kurset når de hadde mulighet til det. På spørsmål om mottagelse blant andre ansatte i bruk av MMB forteller lederen at det er lettere fordi de er livsgledesykehjem, som gjør at de har gode systemer og prosedyrer. Ansatte er vant til endringer og nytenkning, og siden mange fikk delta gjør det lettere å innføre MMB i det eksisterende systemet. Lederen delegerer ansvar og er ikke en del av det praktiske og daglige arbeidet med MMB. Fagutvikler og nestleder har vært mer involvert i arbeidet. Men dette viser at lederen ikke er klar over at sykepleieren har hatt problemer med å få andre ansatte til å kartlegge, og at avdelingsleder ikke har rapportert om dette til leder tre måneder etter kursdeltakelse. Samt at den ansatte opplever mindre oppfølging fra avdelingslederen. På andre

avdelinger kan arbeidet ha fungert, og som gir lederen inntrykk av at arbeidet er godt i gang. I tillegg er dette status kun tre måneder etter deltakelse, så sykehjemmet er i startfasen av arbeidet, og det er forventet at ikke hele arbeidsplassen bruker kartleggingsverktøyene. Spørsmålet er hvordan det har utviklet seg over ett år etter deltakelse, om problemene vedvarer eller ikke på avdelingen til sykepleieren.

Kulturlederen i Oslo og aktivtør 1 på Voss fortalte også om deltakere på deres respektive kursgrupper fra andre sykehjem som uttrykket samme utfordring med å få med andre ansatte underveis på kurset. Kulturlederen forteller:

Tror nok det er lett å havne litt i en sån, hva skal jeg si, kulturell- og litt alternativbåsen med et sånt kurs. Og da er det nok ikke så kjempelett å bli veldig inspirert og så komme tilbake til arbeidsplassen sin og oppdage at du på en måte har sett lyset, og så skal du presentere dette og få 100 ansatte med deg på å dra samme lass. (...) Så jeg tror en del av i hvert fall av de som var på kurset følte seg litt alene på sin arbeidsplass.

Kulturlederen tror det ikke skal mye til for at det stopper opp for noen, for eksempel en negativ kommentar. Fordi ansatte har dårlig tid tror hun det er litt vanskelig å presentere et type kurs som MMB. Også fordi kursdeltakerne fikk se filmer og tydelige resultater, og deretter skulle presentere det for noen som ikke har vært borti det i det hele tatt.

5.5.5 Implementering og bruk over ett år etter kurset

Omtrent ett og et halvt år etter kursdeltakelse ble kursdeltakerne ringt opp for å høre hvordan det har gått med arbeidet med MMB. Om de fortsatt bruker behandlingsmetoden og hvordan implementeringsplanene fungerte. Her skal det presenteres hvilke aspekter som påvirker om de fortsatt bruker eller ikke bruker MMB, og også om ansatte som ikke deltok på kurset nå utreder pasienter. Er svarene relatert til implementeringsplanene og mottakelse tre måneder etter, eller er det andre aspekter som påvirker?

Oslo

Kulturlederen forteller at de nå er i en overlappingsperiode med en nyansatt kulturleder, og at hun selv jobber deltid på sykehjemmet. På grunn av dette jobber de ikke så fokusert med MMB for øyeblikket. MMB brukes kun på de som allerede har tiltak, eller hvis kulturlederen selv tar initiativ til at noen brukere skal utredes. Derfor starter ikke ansatte utredning hvis ikke hun er med. Kulturlederen forteller videre at de gjennomførte implementeringsplanen. Hun synes det

fungerte i starten å ta for seg avdeling for avdeling, begynne i det små for å gjøre det mer synlig, og det fungerer når de jobber med MMB aktivt. Underveis i arbeidet med implementeringsplanen fikk de positive tilbakemeldinger og ansatte hjalp til, én ansatt får ansvaret med å fylle ut skjemaet på hver vakt. Ansatte synes det er litt mye arbeid med kartleggingen, men at de blir overrasket når de ser at sånne enkelttiltak kan endre en del, og at det kommer synlig fram ved bruk av skjema. Hun forteller at de ansatte er vant til å bruke lignende skjemaer i andre sammenhenger. Hvis et tiltak har fungert blir det lagt i tiltaksplanen. MMB journalføres derfor på lik linje med andre typer behandlinger. På de fleste pasientene har det vært en positiv endring, men kulturlederen synes det er vanskelig å konkludere med at det er kun musikktiltaket som er årsaken, og/eller at pasienten får ekstra oppmerksomhet.

Omtrent et halvt år etter kulturlederen selv deltok på kurset, deltok tre ansatte fra ulike avdelinger på sykehjemmet på opplæringsprogrammet. De gjennomførte kartleggingen i løpet av kurset, men hun tror ikke de har opprettet tiltak eller har gjort mye etterpå. Sommeren 2018 arrangerte de kulturansatte en «workshop» på sykehjemmet med Audun Myskja. Med mange nyansatte ønsket de at flest mulig skulle få innblikk i metoden, uten å måtte gå på nidadgerskurs. Selv om de hadde lagt opp til at ansatte skulle få fri og det var ganske godt planlagt, var det ikke så mange som dukket opp, rundt 15 stykker.

Kulturlederen har opplevd noen utfordringer med arbeidet med MMB. Etter kartleggingen på alle avdelingene har arbeidet stoppet opp fordi det er hun som må sette det i gang. Det blir fort ansett som hennes eller de som har vært kurset sitt område. Det er utfordrende å få ansatte som ikke har deltatt på kurset til å starte tiltak og starte kartlegging. Hun tror det må være noen som er i bresjen, og som tar det opp igjen og igjen. Det er generelt vanskelig og tar tid å legge inn nye rutiner, det gjelder også tiltak som er mer gjenkjennelig for de ansatte. Særlig dersom de samtidig har andre tiltak som er kjempeviktig, som for eksempel bruk av ståheis. Hun tror det kan gå på sikt, men at det må settes mer i system. Eksempelvis at det er tre personer fra hver avdeling som deltar på kurset, sånn at man har samme utgangspunkt og vet hva det innebærer. De ansatte må også ha påminnelser i løpet av året sånn at det ikke blir glemt. Hun foreslår en oppfølgingsgruppe. Ved andre tiltak som har fungert, har de opprettet en fokusgruppe, som møtes jevnlig og har et ekstra blikk på temaet. I gruppen er det i hvert fall én fra hver avdeling og noen fra ledelsen. Hun tror dette kunne vært et godt forslag for MMB, men noe de ikke har på dette tidspunktet.

De kulturansatte spurte om å bli inkludert på tverrfaglige møter, dette har ikke blitt gjort. Kulturlederen forteller at andre ansatte ikke har vært negativ til at det skal brukes MMB, men at det kan «drukne» i mye annet. Det er heller at det er så mye annet som foregår, og at hun sikkert har glemt det litt selv også. På spørsmål om ledelsen er involvert i arbeidet svarer hun at de ikke er involvert på annen måte enn at de er positive til at flest mulig skal delta på kurset og bruke MMB. Det blir ikke veldig satt på dagsplanen. Avdelingslederne har ingen fast rolle eller ansvar når det kommer til MMB. Ledelsen snakker av og til om MMB på ledermøtene, at de må huske på verktøyet. Kulturlederen mener ledelsen er veldig positive, men at de kunne laget noe form for konkret plan, tatt opp om det blir brukt, og kartlagt hvorfor det stagnerer. På spørsmål om det er integrert systematisk og helhetlig i behandlingstilbudet svarer hun: «Nei, vil ikke si det. Det blir mer personavhengig, sporadisk. Hvis ikke det er jeg som starter opp et tiltak». Bruk av MMB på tidspunktet er altså avhengig av at kulturlederen tar initiativ.

Voss

Aktivitør 2 på Voss forteller at de fortsatt bruker de delene av MMB som er relevante for dem på dagavdelingen. De har fortsatt fast balansetrening som de ser fungerer, og bruker av og til musikkpreferanseskjema. De har hatt internundervisning om fallforebygging for sykehjemmet, som de ulike avdelingene har tatt i bruk. Fallforebyggingstrening til musikk er dermed blitt integrert systematisk og helhetlig i behandlingstilbudet. Første steg av enhetslederens implementeringsplan har dermed blitt gjennomført. Men dette må sees i sammenheng med at sykehjemmet også har et annet større prosjekt om fallforebygging. Det ikke har vært undervisning om andre aspekter ved MMB over ett år etter. Når det gjelder ledelsen har aktivitørene fått ganske frie tøyler fra avdelingsleder i arbeidet med MMB, aktivitørene følger opp selv. Aktivitør 2 forteller at ledelsen håper det går litt av seg selv når man har vært på et kurs. Hun tror de bruker MMB på andre avdelinger, men er usikker på om og i hvilken grad individualisert bruk av MMB utføres på de andre avdelingene, og om det følges opp av ledelsen. Hun foreslår at jeg kan snakke med hennes avdelingsleder, som også er avdelingsleder for korttidsavdelingen hjelpepleieren jobber på.

Nevnte avdelingsleder samtykker til samtale og deltakelse i studien. Hun har ikke vært direkte involvert i arbeidet med og bruk av MMB, men hun vet litt hva de har gjort på dag- og korttidsavdelingene. På dagavdelingen ser hun at de har mer bevisst og strukturert bruk. På korttidsavdelingen forteller hun om planen til hjelpepleieren og den andre kursdeltakeren, som

de informerte ledelsen og ansatte om på et avdelingsmøte. I starten hadde korttidsavdelingen altså faste dager i uken med grupper, med ulike instrumenter, fellessang og aktiviteter. De hadde også intimkonserter og besøk av musikere. Lenge fungerte opplegget veldig bra, men det ble lagt på is fordi det har vært så travelt med veldig syke pasienter. Avdelingslederen nevner altså aktiviteter som skjer i fellesskap, og ikke individuelt, på spørsmål om bruk av MMB. På oppfølgingsspørsmål svarer hun at hun ikke er sikker på om de ansatte bruker MMB individuelt i pleie. Den ene sykepleieren fra avdelingen som deltok på kurset var veldig motivert, og hun tror hun bruker MMB når hun kan. Hun foreslår at jeg kan høre med henne om hvordan arbeidet har vært etter kurset, siden hjelpepleieren i studien ikke var på jobb.

Avdelingslederen henviser meg videre til sykepleieren som også samtykker til å delta. Sykepleieren forteller at hun ikke har brukt MMB på lenge. Hun har kun brukt MMB individuelt på pasienten underveis i oppgaven på kurset. Hun kunne godt tenke seg å bruke MMB, men som sykepleier på en korttidsavdeling har hun ikke klart å anvende det. Hun tror MMB er lettere å ta i bruk på en langtidsavdeling. Hun forteller at hun gjerne ville brukt MMB hvis det var lagt rette for det. På spørsmål om hva å legge til rette innebærer, svarer hun tid. Hovedårsaken til at hun har lagt det til side er mangel på tid. Videre forteller hun om gruppene med sang og gymnastikk som de startet opp etter kurset. Men gruppene opphørte fordi noen ble sykemeldt, noen sluttet, og det ble for travelt. På sykehjemmet på Voss ser vi også mangel på kommunikasjon ved at avdelingslederen er ikke klar over at sykepleieren ikke har brukt MMB individuelt i pleie siden kurset var ferdig. Dette viser at det er lite oppfølging fra ledere om MMB.

I en annen etasje hvor brukerne bor fast mener avdelingslederen at de ansatte har brukt noen dager i uken med felles sang og ulike instrumenter. Jeg vil derfor høre om de på denne avdelingen også har brukt MMB i individuell behandling. Avdelingsleder nummer to samtykker også til å delta. Avdelingslederen starter med å fortelle at hun var ny på avdelingen og gikk ut i permisjon da den ansatte på hennes avdeling startet på kurset, derfor har hun ikke nok innsikt i MMB. Hun forteller at MMB er ikke noe de bruker aktivt på tidspunktet, implementeringen ikke har vært optimal. Hun tror det har vært litt utfordringer for den ansatte som deltok på kurset. Utfordringer i samarbeidet om oppgaven, spesielt kontinuitet var vanskelig. Det er utfordrende å snu gjøremål, rutiner og finne tid til det, selv om man ser at det er en god ting. Hun forteller videre at de ikke har nok bemanning til å implementere MMB, på grunn av alle de obligatoriske oppgavene de har. Vanligvis når nye ting skal implementeres vil

mangel på bruk og implementering være på grunn av tid og ressurspersoner. Hennes egne erfaringer er at det er vanskelig og sårbart når man er eneste ressursperson som skal dra i gang implementeringsarbeidet, blant annet fordi de andre ansatte ikke har nok eierskap til det. Hun mener at man burde ha frikjøpte ressurser og at minimum 3-4 personer bør delta fra hver avdeling. Fordi ansatte på sykehjem går i så varierte turnus og stillinger må en sikre at det er noen på jobb som kan utføre tiltak. Langtidsfravær kan også påvirke. Hun forteller at implementeringsfaser er veldig krevende og tar lengre tid enn man tror.

På spørsmål om MMB er noe de ønsker å få implementert, svarer hun at hvis pasienten har behov og man når fram er det kjempe bra. Men at hun har ikke nok innsikt i MMB til å si «ja det vil vi ha», fordi hun ikke var med underveis og ikke vet helt virkemidlene det baseres på. De er en åpen somatisk avdeling med mange forskjellige problemstillinger, og hun tror at homogene avdelinger som forsterket skjermet og demensavdeling, kanskje kan ha mer behov for det. Hun tror at hun har pasienter det kunne vært aktuelt for, men også andre pasienter det ikke kunne vært det, som ikke har forankring i musikk. Dette viser at de som ikke er kjent med MMB kan tro det mest eller bare er aktuelt for de pasientene som har en forankring i musikk. Hun mener at den ansatte fra avdelingen som deltok på kurset er flink og den rette personen til arbeidet. Det har skortet litt fra ledelsen når det gjelder å frita han fra arbeid med å gjennomføre oppgaver med MMB. Hun tror han fikk tid underveis på kurset, men ikke nå lenger. Det blir oppslukt i alt annet, som travle hverdager, syke pasienter og så videre.

Grimstad

Sykepleieren i Grimstad forteller over ett år etter at de bruker MMB litt på avdelingen, men ikke så mye som før. Pasientene de brukte MMB på ved intervjudispunktet har gått bort, og det er litt andre behov med de nye pasientene som ikke har like god respons på musikk. Nå har de én pasient som har omsorgssang på hennes avdeling. Pasienten ble utredet som en del av kurset og de bruker de samme sangene. Her synger de under stell, og fordi det er et konkret tiltak bruker alle ansatte dette. Ulikt arbeid er gjort siden intervjuet tre måneder etter deltakelse. Sykepleieren har hatt noe hun kaller for ønskekonsert. Syv pasienter satt i en gruppe og hver person fikk velge en sang de ville høre. Før hadde også noen pasienter utvalgte sanger på rommet. Begge tiltakene var ikke lenger en del av aktiviteten på samtaledispunktet. Når pasientene ankommer sykehjemmet får de fortsatt en brosjyre som de og/eller pårørende skal svare på. Et av spørsmålene er om musikk, hva de liker nå og har likt tidligere. Sykepleieren forteller at sånn sett blir preferanser nedtegnet, men det stopper med systematikk her. For hvis

pasientene/pårørende ikke har CD-ene med seg får de ikke spilt sangen(e). Hun forteller videre at MMB ikke blir så veldig organisert tatt i bruk, fordi det fortsatt ikke er tilrettelagt for det, de mangler utstyr. Hvis noen ansatte har med musikk er det fordi de selv er engasjert. Sykepleieren har spurt flere ganger om de ansatte kan få iPad med musikk, eller noe annet opplegg for å spille og velge musikk, men har så langt ikke fått det. Hun spiller fortsatt musikk fra telefonen sin, og det blir dermed ikke noe kontinuitet i arbeidet når hun går hjem fra jobb. Et annet problem er at de har flere pasienter som er veldig tunghørte. Man kan ikke spille høy musikk for disse i fellesområdet, fordi det blir for høyt for andre pasienter. Utstyr og musikkprogram er altså fortsatt ikke på plass over ett år etter kurset, og sykepleieren forteller at dette er den største utfordringen som gjør at arbeidet med MMB ikke blir systematisk startet og tatt i bruk. Selv om de har fått retningslinjer fra ledelsen om journalføring og videre evaluering etter individualiserte tiltak er satt i gang, hindrer manglende utstyr og musikk at man starter arbeidet.

Sykepleieren blir spurt om det fortsatt er vanskelig å få med seg ansatte som ikke har deltatt på kurset. Hun har fått tilbakemelding på at særlig under ønskekonsserter ser det koselig ut, og at pasientene ser så fornøyde ut. Sykepleieren synes de ansatte er positive, og hun tror de hadde tatt i bruk MMB dersom utstyret hadde vært tilgjengelig. De andre ansatte kartlegger fortsatt ikke pasienter individuelt. Hun forteller at arbeidet over ett år etter fremdeles har stoppet opp på grunn av lederbytter. Som nevnt var avdelingslederen som deltok på kurset veldig engasjert, og hadde kunnskap og erfaring på grunn av deltakelse, men siden den gang har de hatt to nye avdelingsledere. På spørsmål om MMB er integrert systematisk og helhetlig i behandlingstilbudet sier hun at for de som allerede har tiltak er det det. De spiller fra CD-samlingen og sangbøker og ser hva som fenger, og skriver det inn i tiltaksplanen. Men at arbeidet er mer ildsjelbasert enn systembasert, på grunn av mangel på utstyr samt fokus fra avdelingsleder.

Lederen i Grimstad forteller over ett år etter kurset at de fremdeles bruker MMB individuelt i pleie. Særlig på langtidsavdelinger for demente, de har noen ildsjeler i arbeidet, og MMB brukes av flere ansatte. Ting går sent med implementeringsarbeid, men de har fortsatt fokus på MMB. Det er særlig det tekniske som fremdeles er en utfordring. For å få Spotify-konto må de ha kredittkortkonto, en problemstilling som ikke er løst. De har ikke fått utstyr, så de ansatte bruker i hovedsak egne telefoner. De prøvde iPader en periode gjennom et annet prosjekt, men hadde ikke økonomi til å fortsette etter prosjektslutt. Når det gjelder implementeringsplanen er den gjennomført, MMB har blitt lagt inn i samme systemet som livsgledetiltak og blir sidestilt med andre tiltak. På daværende tidspunkt lå MMB i tiltaksplanen, som er systemet Gerika. De

har ukeplan hvor MMB er inkludert. Alle punktene i planen skal evalueres, så dersom noen har satt i gang individuelt tiltak med MMB skal dette evalueres etterpå. Avdelingslederne er pådrivere lokalt på avdelingene, og hun tror at ledergruppen sin deltakelse på kurset har hatt positiv innvirkning. Hun mener MMB er systematisk og helhetlig blitt en del av behandlingstilbudet, de har fått et nytt verktøy.

Trondheim

Fagarbeideren i Trondheim hadde kommet godt i gang med implementeringsplanen da hun ble intervjuet. Over ett år etter kurset forteller hun at de fortsatt bruker MMB og de ser gode virkninger. De har fremdeles pyramidesystemet på opplæring, og beboere som er kartlagt har daglige tiltak. Tiltakene brukes uavhengig av om du har vært på kurset eller fått opplæring på arbeidsplassen. Tiltakene journalføres som livsglede, men konkrete behandlingstiltak føres inn i tiltaksplanen og huskelisten som leses opp på morgenrapporten. Når de pårørende kommer blir de spurt om musikk, og så jobber primærkontaktene videre med kartlegging. Det er ikke alltid det de pårørende husker som fenger pasienten i dag. Derfor trenger de å kartlegge for at det skal bli bra nok, også fordi det kan ha motsatt effekt og oppleves som støy. Fagarbeideren forteller at de ikke har fått kartlagt alle pasientene og bruker dermed ikke MMB til alle, det er litt mer utagerende tilfeller med uro som prioriteres. De ønsker å kartlegge flest mulig, men de har ikke kommet helt i mål med alle på grunn av tid. Med tiltak som allerede er kartlagt tar det ikke særlig tid fordi de har utstyret som trengs. Det å få kartlagt nye brukere er utfordringen. Kartleggingen tar mye lenger tid enn de hadde håpet og trodd. Når det er få folk på jobb og til tider veldig travelt blir tid et problem. Hun tror at hvis man hadde vært fristilt som ressursperson én dag i uken hadde man sikkert kommet i mål med å kartlegge alle etter hvert.

Pyramide-ordningen som de hadde satt i gang på intervjutidspunktet forteller hun fungerte egentlig ganske godt i begynnelsen, men jo lenger ned i pyramiden man kom jo mer ble det "vannet ut". Hun forteller at de som deltok på kurset fikk førstehåndskjennskap til metoden og ble engasjerte som privatpersoner, men når det går nedover i pyramiden får ikke alle med seg alt. Ansatte i det første og andre nivået ned i pyramiden bruker MMB og kan MMB på lik linje med de to kursdeltakerne, det er nivåene under der som har vært mindre robuste. Fagarbeideren forteller at dette også handler om tid, og for å løse det må de to kursdeltakerne blitt fristilt til dette arbeidet. Hun mener også at de burde vært flere fra sykehjemmet som deltok første gangen. Dette er noe de to kursdeltakerne virkelig ser nå snart to år etter starten på kursdeltakelsen. Det har vært litt tungt å være alene om det, kun én person i hver av de to

etasjene. På samtale tidspunktet hadde sykehjemmet bestemt at 11-12 stykker skulle få delta på samme kurset slik at flere blir ivrige og lærer metodene. Fagarbeideren forteller at generelt er mottagelsen fortsatt god, andre ansatte er positive og har sett virkninger av det. Det bare noen få som er negative. Oppsummert synes hun pyramide-ordningen på opplæring har fungert godt.

Fagarbeideren forteller videre at de har hatt utfordringer i kommunen med internett og tilkoblinger. De bruker et gjestenettverk som varierer i ytelse. Til tider har hun måtte bruke mobildata fra egen mobil og konto, som hun får refundert. I tillegg har sykehjemmet fortsatt problemer med å skaffe egen Spotify-konto, slik som ved tre måneder etter kursdeltakelse. Hun forteller at ledelsen har purret og prøvd det de kan, men at det må helt opp på kommunenivå og her er det ingen løsning enda. Dermed har de siden intervjuet kjøpt månedlig Spotify-kort på butikken. Det fungerer, men de har brukt masse penger på månedsabonnement i hver etasje og det tar unødvendig mye tid.

Fagarbeideren deltok omtrent ett år etter kurset på demensdagene i Trondheim, og møtte på flere kursdeltakere fra samme gruppe som henne. De pratet litt sammen om hvordan det gikk med MMB på de forskjellige sykehjemmene. De andre hadde også hadde utfordringer med tid, utstyr, Spotify-registrering og dårlig internettforbindelse. Noen hadde et problem og andre flere samtidig. Noen av dem hadde ikke fått ordentlig utstyr og delte derfor på én iPad/iPod og hadde én høyttaler, dette fordelt på mange brukere. De fleste vil bruke MMB under stell, og det er mange av pasientene som står opp samtidig. Da holder det ikke med dette utstyret. Da kommer du ikke langt, forteller fagarbeideren. Hun sier at på hennes sykehjem var de heldige som fikk tilstrekkelig utstyr underveis og etter kurset. Siden intervjuet har de valgt én ressursperson som skal ha ansvar for alt utstyr på hele sykehjemmet. Hun mener de heldige fordi de har flere unge som kan litt om det tekniske. Hun påpeker at det er mange sykehjem hvor ansatte har en høy gjennomsnittsalder, og tror at disse sykehjemmene kan ha en større utfordring med de tekniske aspektene. I tillegg er mange sykehjem langt vekk fra en butikk som selger Spotify-abonnement. Hun synes det er veldig synd at de tekniske begrensningene hemmer dem i arbeidet. Det kan potensielt kvele lysten eller resultere i at en ikke føler arbeidet blir verdsatt nok. Hun sier at det kveler ikke hennes lyst til å jobbe videre med MMB fordi hun er så engasjert og opptatt av MMB og jobben sin, men at det gjør henne sur.

Når det gjelder ledelsen forteller hun at de er flinke til å skryte av de to kursdeltakerne, ledelsen ser at MMB og arbeidet er positivt. I starten var ledelsen flinke til å gi tid og fulgte mer opp,

og da kom de ganske langt med arbeidet. Høyt sykefravær og mangel på tid gjorde det vanskelig å gjøre noe mer. Etter å ha møtt andre kursdeltakere på demensdagene, ser hun at de har kommet mye lenger enn andre når det gjelder kartlegging og den personsentrerte delen av MMB, men de ikke har kommet så langt som hun ønsker. Hun tror de har kommet såpass langt fordi de to kursdeltakerne på sykehjemmet har vært så engasjerte og begge er livsgledesjefer. På spørsmål om det er integrert systematisk og helhetlig i behandlingstilbudet svarer hun både ja og nei. Nei fordi det er redusert engasjement hos noen av de som er lært opp langt nede i pyramiden, og noen av de sier kanskje «nei det har jeg ikke tiden til». Ja fordi de har lagt det inn i systemet, kartlegger og pårørende får vite om det første gangen de kommer. Så sånn sett er det integrert på huset, men det er avhengig av den ansatte, mener hun.

5.6 Oppsummering av implementeringsprosessene på sykehjemmene

Datamaterialet viser at kursdeltakerne er svært fornøyde med kurset. De har stor tro på MMB som behandlingsform, og har positive holdninger og interesser. De mener også at de har lært tilstrekkelig gjennom kurset for å kunne ta det i bruk på egenhånd. Tre måneder etter kursdeltakelse bruke informantene MMB i arbeidet og ser god virkning av bruk. Implementeringsplanene varierer. Samtalene over ett år etter intervjuene viser at det i hovedsak er strukturelle faktorer som påvirker negativt på mulighet for bruk, særlig tid og utstyr. Flere sykehjem har manglende ansvarsfordeling og oppfølging i arbeidet med MMB. Disse faktorene kan være til hinder for systematisk bruk og implementering. På neste side følger tabell 2 som gir en oversikt over implementeringsplaner og bruk tre måneder og over ett år etter kursdeltakelse.

Tabell 2: Oversikt over implementeringsplaner og bruk

	Oslo	Voss	Grimstad	Trondheim
Tre måneder etter kursdeltakelse				
Planer	Kulturleder og kulturansatt kartlegger på hver avdeling og viser resultater Internopplæring	Felles internopplæring, først om fallforebygging	Likt som andre livsgledetiltak Ressurspersoner, kommunikasjon, gjentakelse, tiltaksplan Internundervisning	Pyramideordning med individuell opplæring Internforelesning Utstyr
Utført i praksis	Laget plan, ikke startet Hatt møte med avdelingsledere Bedt om å inkluderes på tverrfaglige møter	Laget plan, ikke startet Kjøpt inn metronomer Enkeltansatte satt i gang arbeid på eget initiativ	Laget plan, startet Kjøpt metronomer og to CD-spillere på avdelingen Hatt internopplæring Journalfører	Laget plan, startet Lært opp flere ansatte Kjøpt mye utstyr Spotify Journalfører
Bruker MMB	Ja, som kursdeltaker	Ja	Ja	Ja
Over ett år etter kursdeltakelse				
Fullført planene	Ja	Ja, men kun om fallforebygging	Ja, men dagens avdelingsleder ikke ressursperson	Ja
Fortsatt i bruk	I noen tilfeller, på kulturleders initiativ	I noen tilfeller, særlig av aktivitetene	Ja, men ingen nye pasienter utredet på sykepleiers avdeling	Ja
Journalføres	Ja	Nei	Ja	Ja
Utfordringer	Kontinuitet Én person med ansvar Utskiftning av personalet Mangler oppfølging fra ledelse	Tid Skiftende og uforutsigbar personalgruppe/ pasientgruppe Mangler ansvarsfordeling og oppfølging	Utstyr og musikktilgang Få med andre ansatte Mangler fokus og oppfølging på sykepleiers avdeling	Tid Uforutsigbar ansattgruppe Musikktilgang

6.0 Analyse og drøfting av sentrale funn – katalysatorer og barrierer i prosessen

I dette kapittelet samles og drøftes hovedfunn av katalysatorer og barrierer i prosessen, og innvirkningen disse har på problemstillingene. Deretter følger en oppsummering av resultater og hva som har vært avgjørende i implementeringsprosessen. Forslag til videre arbeid med opplæringsprogrammet vil også presenteres. Til slutt diskuteres hvilken overføringsverdi funnene potensielt kan ha for andre ansatte og sykehjem som deltar på opplæringsprogrammet.

6.1 Kurset

Gjennomføringen av kurset, samarbeid og kommunikasjon mellom ulike aktører, og kursdeltakernes meninger om kurset og behandlingsmetoden kan få betydning for bruk av MMB i etterkant av kursdeltakelse. I teorikapittelet så vi at det kan være et problem dersom det er organisatorisk og interorganisatorisk konflikt mellom ulike aktører (Winter og Nielsen, 2008, s. 19). Av intervjumaterialet kom det ikke fram noen konflikter i tidsrommet studien gjelder for. Dette kan være fordi det ikke blir nevnt, men også fordi de ulike aktørene kommuniserer godt. At tiltaket er lite i skala og tidsbruk for Hdir, med i hovedsak én aktør som de forholder seg til, kan gjøre at det er lettere å følge den skisserte planen og unngå kommunikasjonsproblemer og misforståelser mellom partene. Dette sammenlignet med et prosjekt med mange parter og større omfang og ressurser. Tiltaket er også basert på et anbud hvor planen i hovedsak ble skissert i forkant og ikke utarbeidet underveis.

Samlet inntrykk fra intervjuene er en felles forståelse og oppfatning av MMB blant informantene. Ifølge Baklien (2000, s. 65) vil oppfatninger av hva tiltaket og målsettingen er være avhengig av kommunikasjonsstruktur. Kommunikasjon om behandlingsmetoden MMB ser ut til å fungere, noe som gir et godt grunnlag for å kunne skape en felles kultur og virkelighetsoppfatning. Som ulike teorier påpeker kan dette være svært viktig for interesse og engasjement for tiltaket, og som igjen kan påvirke bruk på arbeidsplassen etter kurset. Selv om de ulike aktørene er klar over hva behandlingsmetoden er, er det også avgjørende at de har en interesse for og holdninger som støtter opp om MMB som behandlingsmetode. En viktig katalysator i implementeringsprosessen er hvor fornøyde kursdeltakerne i studien er med kurset og behandlingsmetoden. De uttrykte at de var svært fornøyde og har hatt godt læringsutbytte, og at kurset var inspirerende og engasjerende. Verdien av å ha flere samlinger over tid bidro også til dette. Særlig oppgaven som måtte gjennomføres i praksis mellom samlingene fremheves, noe den samlingsbaserte modellen muliggjør. Det førte til at deltakerne fikk oppleve bruk og resultater av MMB gjennom eget arbeid, og andre kursdeltakere sitt arbeid, som virket

forsterkende på opplevelsen og verdien av bruk. Gjennom deltakelse hadde alle fått en interesse for og tro på MMB som behandlingsmetode.

Alle kursdeltakerne var positive og tok i bruk MMB på arbeidsplassen ved intervju tidspunktet, som viser at deltakelsen var en suksess. Det oppfattes at kursdeltakerne kunne relatere til informasjonen og måten den praktiske delen av MMB ble formidlet på. Det opplevdes ikke at det var et stort gap mellom ekspertene og de som jobber på bakkenivå. Bortsett fra deler av teoriformidlingen ifølge hjelpepleieren på Voss og fagarbeideren i Trondheim. Arrangørene viste forståelse for yrket og arbeidssituasjonen deres. De har engasjert og involvert kursdeltakerne ved å ha rom for diskusjoner mellom foredrag, oppgave med utprøving av MMB og også oppgave om implementering på siste samling. Kommunikasjonen ser ut til å fungere, felles kultur og forståelse ble oppnådd. Aktørbetingelsene til Baklien (2000) som er holdninger, kunnskap og interesser, ser ut til å være tilstede blant kursdeltakerne.

At kursdeltakerne var veldig positive kan også være fordi det ofte er typiske ildsjeler, ansatte som er svært engasjerte, som blir valgt til å dra på kurs. Dette gjelder ikke nødvendigvis alle, men flere av kursdeltakerne nevnte i intervjuet at de tror mange av de som blir sendt på kurset i MMB er interesserte i musikk, og/eller er åpen og positive til nye behandlingsmetoder. Spørsmålet er om dette er nok når de kommer tilbake på arbeidsplassen etter kurset. Andre faktorer kan påvirke og utfordre disse aspektene. Som for eksempel kultur, miljø, maktforhold, mangel på ledelse og kommunikasjon, egen gjennomførelsessevne, rutiner, arbeidsforhold (Lipsky, 1980; Winter og Nielsen, 2008; Jacobsen og Thorsvik, 2013). Dersom kursdeltakere kommer tilbake til arbeidsplasser hvor det ikke er kultur for musikk og nye behandlingsmetoder, og det er opp til dem selv å finne løsninger på implementering, kan det oppleves som utfordrende å opprettholde engasjementet. Det vil dermed være avhengig av kapasiteten deres. Det er også rimelig å anta at kursdeltakerne har varierende grad av erfaring med implementeringsarbeid. Det å finne løsninger, strategier og planer for å få med seg andre kan være utfordrende, særlig på en arbeidsplass som er kjennetegnet av utilstrekkelige ressurser og hektiske arbeidsforhold. Spesielt dersom det ikke foreligger klare retningslinjer eller ansvarliggjøring i arbeidet og ledelsen ikke er involvert. Kulturlederen i Oslo og fagarbeideren i Trondheim som er livsgledesjef, er i større grad vant til å skulle få med andre ansatte på arrangementer som er i samme kategori som MMB, men mange andre kursdeltakere kan mangle slik erfaring. Det kan også være viktig hvilken respons andre ansatte gir på

behandlingsmetoden og opplæringen. Videre skal holdninger fra andre ansatte og opplæring på sykehjemmene i studien gjennomgås.

6.2 Ansatte

Flere av informantene nevnte at man kan møte negative holdninger eller mangel på interesse for kreativ omsorg på sykehjem. Kursdeltakerne i studien fortalte at de jevnt over har møtt positive holdninger til MMB på arbeidsplassen når de selv har jobbet med MMB underveis og kort tid etter deltakelse. Dette gjelder generelle holdninger til MMB, ikke å utrede pasienter selv. Unntaket er lederen på Voss som nevnte at det hadde vært blandet mottagelse. To sykehjem hadde tre måneder etter deltakelse hatt opplæring i kartlegging. I Trondheim hadde andre ansatte startet å utrede på egenhånd, mens sykepleieren på avdelingen i Grimstad hadde utfordringer med å få med ansatte til å kartlegge sine primærpasienter på egenhånd. På en avdeling på Voss hadde en kursdeltaker underveis og i etterkant samme utfordring som sykepleieren i Grimstad. Over ett år etter deltakelse fortalte kulturlederen i Oslo at det er mye opp til henne å starte med kartlegging, selv om holdningene fortsatt er positive. Hun trodde ikke andre som har deltatt på kurset eller på «workshopen» på arbeidsplassen er så veldig aktive med kartlegging. Uttalelsene fra kursdeltakerne viser at det kan være utfordrende å få ansatte til å omgjøre positiviteten til handling, og at de andre ansatte på egenhånd gjennomfører kartlegging og utredning. Spørsmålet er om dette er fordi andre ansatte ikke ønsker å lære eller ta i bruk MMB, eller om det er på grunn av andre faktorer.

Som den ansatte fra NKKHO nevnte innledningsvis i empirikapittelet, er bruk av MMB nytt for mange av de som jobber på sykehjem. Det er ikke en del av deres utdanning eller daglige arbeid, og mange har ikke brukt MMB før. Det har heller vært fokus på kultur og musikk i plenum og ikke som strategisk behandlingsmetode. Ofte brukes eksterne aktører som for eksempel musikkterapeuter for bruk av musikk i individuell behandling. Dette gjenspeiles i de ansatte på sykehjemmene sine svar. De mener de har et bredt musikk- og kulturtilbud, og har kultur og miljø for dette, men at bruk av musikk i strategisk behandling av pleiepersonell generelt har det vært lite av før kursdeltakelse. MMB som strukturert behandlingsmetode i daglig pleie er altså nytt for mange av de andre ansatte, og er en del av utfordringen tiltaket har. Kulturlederen i Oslo gjenspeiler dette i sine svar. Hun tror en av de største utfordringene til tiltaket og de som leder kurset, er at det ikke er like implementert som medisinsk behandling. Man har ikke de resultatene som for eksempel at en pille virker mot en spesifikk sykdom, og mange har ikke sett hva musikk kan bidra med. Kulturlederen utdypte:

Det jeg prøver å få frem er at det ikke må, altså medisin er så veldig konkret. Mens musikk må systematiseres enda mer, sånn at det ikke bare blir noe man kommer på i rekken *etterpå*. At det på en måte er nødt til å likestilles da. (...) jeg merker på meg selv også at det er lett å glemme det litt, hvis man ikke ser de resultatene hele tiden.

Flere av informantene nevnte at ansatte som ikke deltar på kurset må forstå hensikten med MMB, og at de kan bruke det uavhengig av sangstemme og musikkbakgrunn. At det må være kunnskap om at MMB er en behandlingsmetode, som kan nå inn til alle uavhengig av pasientenes musikkinteresse. Denne problemstillingen viste seg blant annet når avdelingslederen på Voss, som var i permisjon i perioden ansatte deltok på kurset, snakket om MMB over ett år etter. Hun fortalte at hun har pasienter som ikke har forankring i musikk og derfor vil MMB ikke være aktuelt for dem. Ut i fra uttalelsene i empirikapittelet virker det å være en mangel på kunnskap om tiltaket og hensikten hos de som ikke har deltatt, fordi det er en såpass uvant metode. Og at det er viktig at ledelsen også har kunnskap om MMB. Svarene fra kursdeltakerne og den ansatte fra NKKHO indikerer at det er behov for opplæring, kunnskap, forståelse og gjentagelse. Ansatte som ikke har et forhold til MMB og/eller ikke er vant til å bruke det i hverdagen kan glemme eller velge bort MMB, selv om de i utgangspunktet er positive. Det krever gjerne en større åpenhet og villighet blant ansatte enn for eksempel ved tilføring av ny kunnskap om medisinsk behandling. Dersom også kulturlederen, som har tro på MMB og har en stilling innen kreativ omsorg, merker at det kan være litt lett å glemme å ta i bruk MMB, viser det at systematikk og rutiner i arbeidet er viktig. Kulturlederen mente de andre ansatte må enten delta på kurset eller få en presentasjon fra kursdeltakere. Sykepleieren i Grimstad hadde utfordringer med å få ansatte til å kartlegge sine pasienter selv om hun hadde hatt opplæring på avdelingen. Spørsmålet er om det er vanskelig å videreføre denne kunnskapen fra kurs til arbeidsplass, og om kursdeltakerne gir god nok innføring til de ansatte? Er en presentasjon tilstrekkelig for å gi nok forståelse? Bør en slik presentasjon standardiseres?

Alle kursdeltakerne i studien tror de som deltar på kurset kan lære bort MMB til ansatte som ikke har deltatt, selv om det beste er å delta selv. Flere av informantene nevnte at det kan være usikkerhet rundt bruk fordi de andre ansatte ikke helt vet hva de skal gjøre. På spørsmål om hvilke faktorer som blir viktig for å få med andre ansatte svarte informantene blant annet at måten man presenterer MMB på, at de klart ser resultater og at man samarbeider. Struktur og plan blir også nevnt, samt ansvarliggjøring og ledere med motivasjon og oppfølging. Gjennomgående blir det også nevnt at det er noe som må gjentas ofte, og at flere ansatte må sendes på kurset. Informanten fra USHT-Sør Trøndelag fortalte at kursdeltakerne trenger noen

å samarbeide med på arbeidsplassen når de jobber med oppgaven underveis på kurset, men også i etterkant. Fra kurset hos Bergen Røde kors sykehjem som hun deltok på tidligere, så de at de helsearbeiderne som hadde vært alene fra én avdeling, hadde ikke fått det til noe særlig i etterkant av kurset, de hadde ikke fått med seg de andre ansatte. Men de som hadde vært to-tre fra én avdeling hadde i større grad lykkes med å skape engasjement på avdelingen. Nesten samtlige av informantene nevnte på intervju tidspunktet og over ett år etter at det er en generell utfordring å drar alene eller få på et kurs, og deretter skulle videreformidle kunnskapen på arbeidsplassen i etterkant. Flere nevnte også at de har mangel på tid til å bruke, lære og følge opp andre. Dermed blir det enda mer sårbart når få kan metoden.

Winter og Nielsen hevder implementeringers suksess avhenger blant annet av kapasiteten til de involverte implementeringsaktørene, og at det handler om medarbeidernes faglige bakgrunn (Winter og Nielsen, 2008, s. 21). Kulturlederen i Oslo og fagarbeideren i Trondheim som er livsgledesjef har bakgrunn og arbeidsstilling som gjør at de i stor grad har fokus på kultur og musikkaktiviteter, og å få med ansatte på dette. Hos fagarbeideren har implementering fungert mens i Oslo er det ikke implementert. Fagarbeideren jobber i pleien, mens kulturlederen gjør det ikke og her var de i en overgangsfase med kulturstillingene. En kan dermed ikke konkludere ut i fra denne studien, men på arbeidsplasser hvor kursdeltakere møter utfordringer med å få med andre ansatte, og hvor ledelsen ikke har satt klare retningslinjer for alle, kan det være at denne kapasiteten blir avgjørende. Særlig dersom de møter ansatte som ikke er åpne for å lære MMB, og som ikke har et forhold til musikk, eller som føler de ikke har tid i hverdagen til å lære en ny type kunnskap. Den ansatte fra USHT-Sør Trøndelag trodde den største utfordringen til kursdeltakerne med å videreføre MMB til arbeidsplassen, er kollegaer som vegrer seg for å synge eller ikke ønsker å være med i en så «alternativ» behandling. At det handler om å endre holdninger og vise hva det innebærer. Kursdeltakere er ansatte som ikke nødvendigvis har lederoppgaver og/eller er vant til å implementere nye metoder. Dersom ledelsen ikke er nok involvert og legger til rette, kan det bli en enda større utfordring for de ansatte som har vært på kurset å spre MMB på arbeidsplassen. Det stiller større krav til dem som pådrivere og implementeringsagenter. Den ansatte i Hdir nevnte også at det generelt kan være utfordrende å komme tilbake på arbeidsplassen alene eller få etter å ha deltatt på et kurs, særlig dersom man ikke er leder eller har god støtte fra leder. Å sende mange ansatte fra samme sykehjem på kurs er ikke noe alle har mulighet til. I tillegg er også sykehjemmet i Grimstad det sykehjemmet av de fire som sendte flest ansatte på kurset, og hvor ledelsen deltok. Her virker det å være manglende kommunikasjon i arbeidet på sykepleieren sin avdeling etter lederbytter, også ved

at lederen ikke nevnte utfordringene som er på avdelingen. Hvordan resten av sykehjemmet i Grimstad sin bruk og implementering har fungert er ikke undersøkt. På andre avdelinger kan det ha hatt positiv betydning at de var mange deltakere og påvirket hvorvidt andre ansatte kartlegger. Implementeringsresultatene over ett år etter og eksemplene fra sykepleieren sin avdeling, og sykehjemmene fra Oslo og Voss, taler uansett for mer oppfølging og systematikk i arbeidet i etterkant, uavhengig av antall kursdeltakere. Kommunikasjon og samhandling må økes dersom de ønsker at behandlingsmetoden skal implementeres på sykehjemmene.

Den ansatte fra NKKHO fortalte at både kursholderne og kursdeltakerne har tatt opp og diskutert dette temaet på kurset, at det kan være en utfordring å få med seg andre ansatte som ikke deltar. Arrangørene hadde fått tilbakemeldinger fra kursdeltakerne at de vet gjennom annen type opplæring at det kan bli to «lag». De som har fått kunnskapen, og de som ikke har det. Dette er en generell problemstilling ved kursing av deler av en ansattgruppe. Den ansatte fra NKKHO fortalte at MMB er spesielt fordi det er nytt for de fleste ansatte på sykehjem og ikke en del av grunnutdanningen. At det derfor kan hende terskelen for å forstå at dette kan bli «mitt» er høyere. Han tror MMB kan regnes mer som en «hobby-aktivitet», som de ansatte har sett, men som de ikke har sett den systematiske bruken av over tid i individuell pleie. Han ser at dette kan være krevende, fordi det er vanskeligere å engasjere andre som ikke har fått oppleve det selv. På spørsmål om hva man kan gjøre dersom ansatte som ikke har deltatt viser lite eller ingen interesse for å lære MMB, svarte den ansatte fra NKKHO at det for det første handler om at man må ha ledelsen med seg. Ledelsen må være tydelig på at dette er noe alle skal ta del i. Han eksemplifiserte dette ved å fortelle om et annet arrangement hvor en leder fra et sykehjem inviterte absolutt alle ansatte med på kurs: avdelingsledere, pleiepersonell, renholdspersonalet, vaktmester. Som ga et signal, dette *skal* vi gjøre. Man gjør det til en del av stammekulturen. Arbeidet må ha forankring i ledelsen, det handler om å finne et system på det slik at man får gjennomført opplæring, og dette kan skape trygghet. Han sa at det ikke er noe fasit, for det er litt forskjellig fra arbeidsplass til arbeidsplass. Men at kanskje en sterkere dialog med ledelsen kan være en nøkkel til en bedre implementering.

Tidligere forskning på implementering av miljøarbeid nevnt i kapittel 2 har vist at kontinuerlig undervisning og praktisk trening er viktig, samt å ha en ansatt med hovedansvar til å minne på og dermed skape gjentakelser i arbeidet. Dette ser ut til å mangle på flere av sykehjemmene. Fagarbeideren i Trondheim nevnte også dette, at det burde vært fristilt en ressursperson. Når kursdeltakerne snakket om kurset ble særlig kartleggingsoppgaven trukket fram, fordi de fikk

lære gjennom praksis, på eget sykehjem hvor man er kjent med og ser resultater på egne pasienter. Dette ga eierskap til behandlingsmetoden. Dersom pyramide-ordningen eller lignende anvendes kan man, i mindre skala, få til individuell gjennomføring av oppgave og læring i praksis innad på sykehjemmene. Det kan tenkes at de tre andre sykehjemmene hadde en tilnærming hvor de andre ansatte ikke var delaktige nok, som resulterte i at de ikke fikk nok kunnskap og eierskap ved å ha ett foredrag eller ved å se at andre bruke MMB. Som nevnt i teorikapittelet kan det være utfordrende å overføre individuell læring til organisatorisk læring. Systemer for å fange opp tilegnet kunnskap og som inkluderer ansattgruppen, kan bli viktig for at læringssirkelen ikke stopper opp.

Lipsky (1980, s. xxi) hevder at bakkebyråkrater finner snarveier i arbeidet for å klare å utføre sine oppgaver i en hverdag hvor tid og ressurser ikke er tilstrekkelig. Det kan være flere grunner til at andre ansatte som ikke har deltatt på kurset ikke kartlegger på tre av sykehjemmene. At det er en ukjent rutine som de ikke oppfatter er en del av deres arbeidsoppgaver, mangelfull opplæring og at det ikke følges opp eller blir krevd av ledelsen. I Grimstad ble det ifølge sykepleieren ikke fulgt opp på hennes avdeling hvorvidt andre ansatte kartlegger, på Voss har de ikke hatt opplæring annet enn fallforebygging og i Oslo har det vært tilbud om «work shop» men det er ingen ansvarsfordeling i etterkant som skaper kontinuitet. Fordi MMB ikke er en obligatorisk aktivitet eller del av den daglige pleien for alle ansatte på sykehjemmene, kan det tenkes at ansatte derfor overlater arbeidet til de som har vært på kurset og som har erfaring. Over ett år etter er det flere avdelinger hvor også kursdeltakerne i liten grad kartlegger nye pasienter selv, eller får med andre ansatte på arbeidet, fordi det er ikke nok tid i hverdagen til å prioritere å lære det bort eller kartlegge. I tillegg ser vi at mangel på utstyr og musikktilgang, samt mangel på oppfølging, er faktorer som påvirker at ansatte ikke kartlegger på egenhånd.

Informasjonen i den empiriske kartleggingen taler for at MMB er en behandlingsform som trenger mer systematikk og individuell opplæring i implementeringsarbeidet på sykehjemmene. Det er tenkelig at prosessen med implementering krever enda tettere veiledning og oppfølging gjennom læringsprosessen, enn andre verktøy og behandlinger. Dersom sykehjemmene har et ønske om å spre MMB på arbeidsplassen, kan ansvarliggjøring og videre å etablere rutiner i arbeidet som gjelder for alle ansatte være viktig. Dermed er man ikke så avhengig av nøkkelpersoner. Ledelsen er og kan bli en viktig brikke i arbeidet med videre implementering på sykehjemmene. Videre skal vi derfor se på hvordan ledelsen har vært involvert, og hvilken påvirkning det kan ha hatt på arbeidet med MMB.

6.3 Ledelse

Lipsky (1980, s. 40) poengterer at jo klarere mål og bedre utviklet resultatmålinger, desto mer finjustert kan veiledningen fra ledelsen være. Og motsatt, jo mindre klare mål og nøyaktige tilbakemeldinger, jo mer vil individer i et profesjonsbyråkrati være på egenhånd. Fordi flere av sykehjemmene over ett år etter har begrenset med mål og strategier fra ledelsen annet enn at det er ønskelig at MMB skal tas i bruk, og ikke har krav om rapportering av fremgangen, blir det i større grad opp til kursdeltakerne å implementere MMB. Inntrykket er at de ansatte kan utøve skjønn når det gjelder bruk og implementering av MMB. Winter og Nielsen (2008, s. 20) poengterer at hvilken rolle lederne har, kan påvirke resultatene av implementeringen. Ved å melde ansatte på kurset og legge til rette for arbeid med oppgave underveis, er ledelsen på sykehjemmene allerede i gang med et holdningsarbeid som viser at dette er en type behandling de ønsker på sykehjemmet. Samtidig er jobben som gjøres etter kurset også viktig for hvorvidt kursdeltakerne klarer å ta med seg kunnskapen fra kurset til arbeidsplassen, samt for implementering. Ledelsen ved noen av sykehjemmene har kjøpt inn metronomer, og i Trondheim har de fått iPader, høyttalere og tilgang til musikkstrømmetjeneste. Ledelsen på Voss, i Grimstad og i Trondheim har vært orienterte om eller delaktige under utarbeidelse av implementeringsplaner. Ledelsen på de fire sykehjemmene fremsto som interesserte og støttende, men slik tidligere forskning på implementering av miljøarbeid og ledelsesteori fremhever er viktig, virket ikke ledelsen på flere av sykehjemmene å følge opp arbeidet med implementering i stor grad eller har fokus på hvordan helhetlig implementering skal oppnås.

Når det gjelder ansvarsfordeling hadde de på sykehjemmet i Trondheim delegert ansvaret for opplæring og oppfølging til de to kursdeltakerne, her har noen et spesifikt ansvar. Kulturlederen i Oslo hadde også hovedansvaret, men fordi de var i en overgangsfase hvor hun ikke lenger var kulturleder, var det dermed over ett år etter ikke noe system eller oppfølging. Lederen i Oslo fortalte på intervjutidspunktet at avdelingslederne bør få eierskap og ansvar, fordi det er avdelingsledere som skal drive ting på avdelingene, og det er umulig for kulturlederen å passe på at MMB foregår på alle avdelingene. Over ett år etter kurset hadde ikke avdelingslederne noe konkret ansvar for implementeringen av MMB, og kulturlederen fortalte at ledelsen er lite involvert. På sykehjemmet på Voss er det heller ikke fordelt konkrete roller eller ansvar når det gjelder arbeid med MMB og videreføring av kunnskapen. Avdelingslederen som var i permisjon sa at hun ikke hadde særlig informasjon om MMB og arbeidet som har blitt gjort da hun kom tilbake, og at det derfor blir vanskeligere å følge opp. Hun trodde informasjon i etterkant kunne vært til hjelp. Den andre avdelingslederen på Voss visste ikke om sykepleieren

på avdelingen hennes brukte MMB individuelt i pleie over ett år etter. Dersom ingen har ansvar for konkret oppfølging av MMB, vil avdelingslederne mangle oversikt over bruk. På sykehjemmet i Grimstad skal avdelingslederne være pådrivere og følge opp arbeidet, og primærpleierne skal ha ansvar for å kartlegge sine pasienter. I praksis ble det i følge sykepleieren lite oppfølging fra avdelingslederen på hennes avdeling. Over ett år etter hadde sykepleieren hatt to nye avdelingsledere, og de hadde ikke hatt samme driv og fokus på MMB som avdelingslederen som deltok på kurset. Lederen på sykehjemmet i Grimstad er positiv og engasjert, noe også sykepleieren uttrykte, men det virker som at sykepleieren trenger en avdelingsleder som følger opp i det daglige og som setter krav til de andre ansatte. Oppsummert ser vi at manglende oppfølgingsansvar og utskiftninger av personalet kan påvirke kontinuitet i arbeidet.

Over ett år etter kursdeltakelse kommer det ikke fram at avdelingslederne har en konkret rolle i arbeidet eller oppfølgingsansvar annet enn i Grimstad. På flere av sykehjemmene er inntrykket derfor at det mangler oppfølging og tilrettelegging av tid, og kursdeltakerne i stor grad har ansvaret selv for å ta MMB i bruk og inkludere det i sine rutiner. Dersom kursdeltakerne ikke får gehør hos eller selv kommuniserer med avdelingslederne når de er ferdig med kurset kan det påvirke bruk. Avdelingslederne er de ansattes nærmeste leder, som de i større grad interagerer og samarbeider med enn øverste leder. Det fremstår som viktig at øverste leder delegerer ansvar for oppfølging til sine avdelingsledere, eller at andre ansatte får et hovedansvar, dersom de ønsker at det skal helhetlig implementeres. Og at dette arbeidet deretter må følges opp av leder. Det er også utfordrende dersom personalet skiftes ut, er i permisjon eller lignende, samt at ansatte på sykehjem generelt har ulike stillingsprosjenter og arbeidstider. Det kan være utfordrende og viktig å få til rutiner som gjør at informasjonen og kunnskapen vedvarer på tross av ulike turnuser og endringer i personalet. I slike situasjoner kan klare retningslinjer og rutiner for alle gjøre at en unngår dette problemet. For eksempel vil bruk av en fokusgruppe, hvor enkeltpersoner på flere avdelinger samt ledelse møtes for oppdatering om arbeidet, gjøre det enklere.

Det fremgår at flere av sykehjemmene ikke bruker særlig med formelle virkemidler for at bruk og implementering skal gjennomføres. Eneste er sykehjemmet i Trondheim hvor pyramideordningen gjør at de ansatte får individuell opplæring og må gjennomføre oppgaven under oppfølging. Dermed får de i opplæring et ansvar og et «press» for å gjennomføre kartleggingen, samt oppfølging underveis. Når det gjelder andre sykehjem fortalte eksempelvis lederen i

Grimstad tre måneder etter at de ikke hadde tatt i bruk insentiver fordi deltakerne ser at det fungerer og det gir en egen motivasjon. Dette er også inntrykket kursdeltakerne gir tre måneder etter, egen motivasjon påvirker bruk. Spørsmålet er om de ansatte over tid også kan trenge mer enn å se at det fungerer for å ta det i bruk, særlig dersom andre faktorer påvirker. Dette gjelder spesielt de ansatte som ikke har deltatt på kurset, som kan trenge mer oppfølging. Ildsjeler på arbeidsplasser kan bidra med stor drivkraft, men det blir sårbart dersom noe avhenger utelukkende av ildsjeler. Særlig dersom andre faktorer hemmer arbeidet vesentlig, slik som mangel på rutiner og tid. Oppsummert taler det for at avdelingslederne bør involveres i arbeidet, at ansvar for oppfølging fordeles og kommunikasjonen bedres.

Den ansatte fra USHT-Sør Trøndelag fortalte at i de tilfeller hvor kursdeltakere har problemer med å få med andre ansatte til kartlegging og bruk, er det lederne som må ta grep. Lederne må være pådrivere og legge til rette for gode systemer slik at det ikke blir merarbeid. Hun tror ikke det er lett for ansatte å gå til lederen sin og si ifra dersom de opplever problemer med å få med seg de andre ansatte. Hun tror det kan løses med litt mer krav fra kursarrangørene, for eksempel invitere lederne til første og siste samling. Eksempelvis i studien her deltok ledelsen på sykehjemmet på Voss på siste kursdag og fremla implementeringsplaner. Over ett år etter er det kursdeltakere på sykehjemmet som ikke bruker MMB på grunn av tid og mangel på rutiner. Samtidig viser også samtalene med avdelingslederne at det ikke er særlig fokus fra ledelsen på om det blir brukt eller ikke i individuell behandling, oppmerksomheten er mer rettet mot fallforebygging og kollektiv musikkterapi. Og det virker å være mangel på ansvar, rutiner og oppfølging. Ledelsen i Grimstad deltok på alle samlingene. Ifølge sykepleieren i Grimstad har utskiftning av avdelingsleder som deltok på kurset hatt betydning for bruk i etterkant. Det ble mindre fokus på og oppfølging da de fikk ny avdelingsleder som ikke hadde deltatt. I denne studien kan en derfor ikke slå fast at ledelsens deltakelse har hatt betydning for resultatet av implementeringsarbeidet i etterkant, andre faktorer virker å påvirke i større grad. Blant annet ser man mangler når det gjelder oppfølging og ansvarsfordeling. Det er ikke et klart skille mellom de to sykehjemmene hvor ledelsen deltok, og de to sykehjemmene hvor ledelsen ikke deltok. Men dette baseres kun på de fire sykehjemmene og informantene i studien. Den ansatte fra Hdir nevnte at sykehjemmene må ha et miljø for MMB og legge til rette for bruk. MMB skal også inngå i det de allerede gjør ellers og ikke arrangeres på siden. Hun tror ikke kurset klarer å skape dette alene, de kan gjøre sykehjemmene oppmerksom på det og gi noen tips, men at sykehjemmene må selv ta tak for miljø og rutiner. Utsagnene fra de ansatte i Hdir og USHT-Sør Trøndelag tilsier at det kunne vært fruktbart at lederne deltok på for eksempel første og

siste kursdag, og at dette var med fokus på videre arbeid. Men at det er særlig viktig at lederne også tar ansvar for rutiner og oppfølging på arbeidsplassen i etterkant av kurset.

Kommunikasjon om bruk og implementering på tvers av avdelinger og nivåer innad på sykehjemmene kan være avgjørende. Lederen på Voss nevnte at de hadde kommunikasjonsproblemer innad på sykehjemmet da de samtidig hadde et stort prosjekt om fallforebygging:

Og da arbeidet vi veldig mye med alt mulig i forhold til det med fallforebygging. Så tenkte vi ”hvorfør i svarten”, vi snakket ikke sammen om at vi drev med dette prosjektet og de andre kjørte MMB-kurset her nede, vi visste ikke om hverandres prosjekter innad på huset. Sant, vi kunne selvsagt ha brukt det som aktivitetene hadde, det hadde lettet mye av arbeidet i fallforebyggingsprosjektet også.

En potensiell barriere i implementeringen er altså kommunikasjon. På sykehjemmet på Voss var de ikke klar over hverandres prosjekter. Dette viser at samarbeid på tvers av avdelinger og nivåer innad i organisasjoner kan være utfordrende dersom kommunikasjonen ikke er god nok. Særlig dersom bare noen få fra et sykehjem som deltar på kurset må få med seg hele arbeidsplassen i etterkant. Sykepleieren i Grimstad ble spurt i intervjuet om hun hadde snakket med ansatte på de andre avdelingene som deltok på kurset, om de også hadde utfordringer med å få med andre ansatte på kartlegging. Dette hadde hun ikke gjort. Dermed kan det ha fungert på de andre avdelingene i Grimstad uten at hun var klar over det. Eksempelene over viser hvordan viktig informasjon kan forsvinne i det helhetlige, og at man ikke er informert om hverandres planer og utfordringer, og eventuelle løsninger. Her har ledelsen et ansvar.

Bakkebyråkrater har en selvstendig rolle og utøver skjønn. Dette påvirkes av deres kunnskap og vilje, som igjen er preget av interesser og holdninger, som kan få stor betydning for implementeringsresultater (Lipsky, 1980; Winter og Nielsen, 2008). Dersom kursdeltakere og andre ansatte ikke får retningslinjer og det mangler tilrettelegging, samt at de ansatte ikke har interesse for eller tilstrekkelig kunnskap om MMB, kan det påvirke i hvor stor grad MMB spres seg på arbeidsplassen. Inntrykket er at det generelt er mangel på retningslinjer og oppfølging på flere av sykehjemmene. Mål og strategier som er organisasjonsstruktur, de formelle trekkene, er ofte nedfelt skriftlig og bevisst besluttet (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 22). De fleste sykehjemmene har et overordnet mål om å bruke MMB, men spesifikke mål og strategier om hvordan dette skal oppnås i det daglige er uklart eller følges ikke opp over ett år etter. Når kursdeltakerne opplever mangel på tid og tilrettelegging gjør dette implementeringsarbeidet utfordrende.

Alle kursdeltakerne mente at de hadde ledelsen sin støtte i arbeidet med MMB. Men samlet sett kan det sies at ledelsen er lite involvert, og at det er liten grad av ledelsesinstrumenter som tas i bruk. Rollen har i hovedsak handlet om å gi støtte og motivasjon, heller enn å delegere konkrete arbeidsoppgaver og bruke praktiske virkemidler. Kursdeltakerne har dermed fått mye egenansvar i etterkant av kurset. Lederne har dermed bare brukt noen av de metodene Winter og Nielsen nevner de har for styring av bakkebyråkraters atferd, se s. 30 i teorikapittelet. I arbeid i organisasjoner kan det være en diskusjon om balansen mellom det å styre, måle og kontrollere ansatte, kontra å la de få utvikle seg og arbeide under eget ansvar som motivasjon (Christophersen, 2014). Det argumenteres for at måling og kontroll gjør at lederne ikke kan relatere til de ansatte og motsatt. Men at det er viktig at lederne har dialog med ansatte om hva som skal til for å lykkes, hva de sammen må legge til grunn og hvilke forutsetninger som trengs (Christophersen, 2014). Bortsett fra journalføring av MMB som ble innført i Grimstad, Oslo og Trondheim, samt pyramide-ordningen i Trondheim, har flere av sykehjemmene ikke innført rutiner for kartlegging, som gjør arbeidet obligatorisk. Sykehjemmet i Grimstad har rutiner, men det følges ikke opp på sykepleierens avdeling. Sett bort i fra sykehjemmet i Trondheim, virker det å være mangel på helhetlig styring og kommunikasjon og samhandling på de tre andre sykehjemmene, altså en mangel på implementeringsbevissthet, spesielt over ett år etter.

6.4 Arbeidsforhold

Flere av kursdeltakerne fortalte om konkrete utfordringer med å bruke MMB i etterkant som følge av mangel på tid og utstyr.

6.4.1 Tid

Ingen av kursdeltakerne på de fire sykehjemmene mente tre måneder etter kurset at mangel på tid går særlig ut over muligheten til å bruke MMB på arbeidsplassen. Aktivitør 1 på Voss, sykepleieren i Grimstad og fagarbeideren i Trondheim nevnte at kartleggingen tar litt tid, men at man sparer tid på sikt når en pasient har et tiltak. Fagarbeideren i Trondheim fortalte at det er viktig å formidle at det ikke er tidkrevende etter kartlegging, da gjør det seg selv dersom man har utstyret på plass. Hun fortalte videre at tid og bemanning kan være fryktelig og krevende, men de er vant til å jobbe på høygir og tilpasse seg. Dette stemmer overens med doktoravhandlingen til Margrete Kristiansen, om hvordan ansatte på sykehjem opplever frustrasjon som følge av arbeidssituasjon, men at de får det til å fungere (Bergsagel, 2016). Lederen på Voss og kulturlederen i Oslo snakket begge om det å ha mange prosjekter gående samtidig. Sitatet til lederen på Voss på s. 72 viser til dette, samt utskifting av personalet,

samarbeid horisontalt, og utfordringer med mangel på ansvarliggjøring. Dette fører til at de har begrenset tid og prosjekter havner i en skuff. Selv om lederne er klar over at deres rolle er viktig i en slik prosess, og mener at de må legge til rette og følge opp, kan det være vanskelig å gå aktivt inn for implementering og samarbeid. Og å skape rutiner og aktivisering nedover i systemet på grunn av tidsaspektet, slik at implementeringen ikke gjennomføres. Deler av hva lederne mener deres rolle er, virker ikke å bli fulgt opp i praksis når det gjelder MMB. Dette kan også være fordi andre prosjekter og oppgaver er viktigere på et sykehjem, og krever tid.

Lipsky (1980, s. 30) påpeker hvordan bakkebyråkraters arbeidssituasjon påvirker deres mulighet til å utføre arbeidet på en tilstrekkelig måte. Mangel på ressurser og tid og at arbeidet kan være konfliktyllet, kan hindre dem i å ha fokus på og gi tilstrekkelig oppfølging av enkeltindivider (Lipsky, 1980, s. xxi). Sykehjem er en institusjon som ofte forbindes med vanskelige arbeidsforhold som påvirker arbeidet. Særlig tid til å utføre alle arbeidsoppgavene fremheves. Arbeidet er automatisk rettet mot individuell behandling, men at tid til fokus på enkeltindividene utover mat og stell blir manglende. Funn i datamaterialet stemmer overens med Lipsky sine teorier og den allmenne kjennskapen til arbeidsforhold på sykehjem. Tre måneder etter kurset opplevde ingen av kursdeltakerne tid som en vesentlig hindring i arbeidet med MMB. Over ett år etter derimot var tid en av flere utfordringer for kursdeltakerne. Dette viser at rett etter et kurs kan man ha et ekstra gir, og det blir i større grad lagt til rette på arbeidsplassen. Sammenlignet med en god stund etter når gjerne hverdagen og fokus på andre ting overtar. Derfor vil det være viktig å få kunnskapen inn i et fast system og rutiner som gjelder for alle ansatte.

6.4.2 Utstyr

En annen barriere i prosessen har vært mangel på utstyr og musikktilgang. Både for lederne og de to kursdeltakerne fra Grimstad og i Trondheim har en stor utfordring i prosessen vært hvordan å skaffe Spotify-abonnement. Særlig om, og hvordan, man kan opprette en musikkstrømmetjeneste-konto for et sykehjem har vært problematisk for de to lederne. Over ett år etter er dette fortsatt et problem for sykehjemmene. Lederen på Voss nevnte også at underveis på kurset hadde ansatte laget til lister med musikk hjemme. Dette fordi det var få muligheter på sykehjemmet å finne den musikken som brukeren ville ha og internett fungerte ikke. Sykepleieren i Grimstad måtte også lage spillelister hjemme. Dersom det tar lang tid å få på plass utstyr og musikk, og det mangler trådløst nettverk, kan det påvirke motivasjon og bruk etter kurset. Det kan være viktig at kursdeltakerne kommer kjapt i gang med bruk og opplæring

når engasjementet er på topp etter deltakelse. Både fagarbeideren i Trondheim og sykepleieren i Grimstad uttrykte at det var begrensende uten skikkelig utstyr og musikktilgang, både kort tid etter kurset og over ett år etter. Det førte til at færre ble kartlagt i Trondheim og opplæringen ble satt på vent noen måneder. Fagarbeideren i Trondheim hadde også i etterkant møtt på flere fra kurset som hadde samme utfordringer over ett år etter. På avdelingen i Grimstad hadde de begrenset tilgang til enkeltsanger, og manglende utstyr hindret avspilling på pasientenes rom.

Lederen i Grimstad var tydelig på at MMB var noe de ønsket å få implementert i systemet, og at de ønsker å bruke det ut i fra et individuelt behov. At sykehjemmet hadde 21 ansatte som deltok på kurset understreker dette. Samtidig har ikke sykehjemmet utstyr og musikktilgang lagt til rette for individuell behandling. Eksempelvis hadde de på sykepleierens avdeling kun to CD-spillere fordelt på to stuer, og noen få pasienter hadde private CD-spillere som pårørende hadde skaffet. Nok og tilstrekkelig utstyr med internetttilgang er et kostnadsspørsmål for sykehjemmene, og kan være et generelt problem for sykehjem. I utgangspunktet er det å opprette musikkstrømmetjeneste-konto en liten utfordring og kostnad sammenlignet med andre kostnader og utfordringer man kan møte på et sykehjem. Ledelsen må legge til rette for bruk, og tilstrekkelig utstyr og tilgang til musikk og internett virker å være en viktig del av dette.

6.5 Oppsummering og resultater av implementeringsprosessen

Datamaterialet som foreligger i denne studien, viser at hovedfaktorene for at kursdeltakerne tar i bruk MMB i etterkant av kurset, er deres interesse for og tro på MMB, egen motivasjon og vilje, samt resultatene av bruk de fikk underveis på kurset. Fornøydheten med kurset og tilstrekkelig opplæring har hatt innvirkning på deres engasjement og motivasjon, og bidratt til et ønske om bruk. Årsaker til utfordringer som kursdeltakerne uttrykte over ett år etter er mangel på tid, og hos noen utstyr og musikktilgang. Det vurderes også ut i fra uttalelsene til informantene at det er mangel på struktur og systematikk i implementeringen. Mangel på involvering, ansvarliggjøring, kommunikasjon og samarbeid mellom flere nivåer innad i organisasjonen, har bidratt til begrenset implementering og bruk over ett år etter kurset. Sykehjemmet i Trondheim skiller seg ut. De har hatt system, ansvarliggjøring og samarbeid i implementeringsarbeidet helt siden kurset var ferdig, med individuelt fokus i opplæringen. Samt tilgang til utstyr og musikk noen måneder etter kursdeltakelse. Dette samstemmer med Lipsky sin teori som fremhever kommunikasjon, ressurstilgjengelighet og organisering som helt vesentlig for hvorvidt et tiltak klarer å få gjennomslag (Lipsky, 1980, s. 40). I tillegg til å være svært engasjerte og motiverte, har de to ansatte fra sykehjemmet i Trondheim også

erfaring med kreativ omsorg og det å arbeide med implementering og utvidelse av livsgledetiltak. Dette gir de et godt grunnlag for implementeringsarbeid også med MMB. Kulturlederen i Oslo har også lignende bakgrunn, men endringer i personalet samt mangel på system og ansvarliggjøring har gjort implementeringsarbeidet vanskelig på dette sykehjemmet. Ansvarliggjøring og konkret arbeidsfordeling som blir fulgt opp virker også være manglende på avdelingene på Voss og i Grimstad inkludert i studien.

I tillegg uttrykte noen av informantene at en utfordring med å videreføre MMB til andre ansatte også ligger i en generell mangel på kjennskap til og kunnskap om MMB som strukturert behandling. Tiltaket og kursdeltakernes utfordring er at det er en forholdvis ny og annerledes tilnærming, og den transformasjonen MMB må gjennomgå hos en del ansatte og ledere. Når en slik kunnskap skal videreføres til ansatte som jobber under travle arbeidsforhold, kan dette bli utfordrende. Mange sykehjem i Norge vil ikke ha mulighet til å sende store deler av sine ansatte på kurset. Og dagens budsjettamme for tiltaket dekker ikke kursavgift eller ansattes fravær på kursdager. Derfor blir læringsprosessen på sykehjemmene helt vesentlig. Hvis noen få fra arbeidsplassen skal videreføre kunnskapen på egenhånd, stiller det store krav til dem som implementeringsagenter og læringsformidlere. Dersom det blir opp til de ansatte selv, kan resultatet av implementeringen bli svært personavhengig. Videreføringen kan også bli påvirket av kvaliteten på opplæringen fra kursdeltakerne. Ledelsen sin tilstedeværelse vil derfor være viktig. At ledelsen setter fokus på at MMB er noe alle skal lære og bruke. Ansvarliggjøring og oppfølging fra ledelsen når kursdeltakerne kommer tilbake virker avgjørende, særlig fra avdelingsledere, slik at det blir struktur på arbeidet med implementering i etterkant. Og særlig at arbeidet følges opp over tid. I tillegg virker tilretteleggelse av utstyr og musikk som viktige faktorer for kontinuitet. Alle disse faktorene så vi også påvirke på avdelingen til sykepleieren i Grimstad selv om mange ansatte deltok på kurset. Pyramide-ordningen til deltakerne fra Trondheim framstår som et godt alternativ for videreføring av læring på sykehjemmene. Modellen gir en nær læringsprosess, sammenlignet med et foredrag, som kan gi eierskap og virke ansvarliggjørende. I tillegg får de ansatte se resultater mens de lærer. Pyramide-ordningen gir de ansatte mulighet til å ha ansvar og selvstendighet i arbeidet med implementeringen, uten detaljstyring fra ledelsen, men med en plan som gjør at arbeidet systematiseres.

Informantene fortalte at implementeringsarbeid og det å få med ansatte ble diskutert på kurset, samt å få ny kunnskap inn i egne rutiner når hverdagen er hektisk. Hvordan dette generelt er en utfordring med nye tiltak på sykehjem, og ikke utelukkende en utfordring med MMB. Ledelsen

viste interesse for MMB ved å sende ansatte på kurset. Det koster penger, og de ansatte er borte fra arbeidsplassen flere dager hvor de må få inn vikarer. Samtidig er det viktig at ledelsen er bevisste på at det ikke er lett å komme tilbake til arbeidsplassen med ny kunnskap, selv om man er engasjert og ønsker at det skal spre seg til resten av ansattgruppen. Flere av lederne i studien påpekte også dette, og at arbeidet må forankres i ledelsen. De var dermed bevisste på problemstillingen tre måneder etter. Likevel var det på særlig tre av sykehjemmene ikke laget nok planer for implementering som har vedvart over tid eller at planene blir tilstrekkelig fulgt opp. Ledelsen bør aktivt gå inn for å skape rammer og legge til rette for de ansatte i etterkant. Videre følger tabell 3 med oversikt over kriterieriene i operasjonaliseringen basert på NKKHO sine mål for MMB, med resultatene fra informantene i denne studien.

Tabell 3: Resultater fra prosessen

Kursdeltakere fra	Oslo	Voss	Grimstad (+ leder)	Trondheim
Kursdeltaker har tilegnet seg tilstrekkelig kompetanse	Ja	Ja	Ja	Ja
Kursdeltakerne bruker MMB i individuell behandling tre måneder etter	Ja, som kursdeltaker	Ja	Ja	Ja
Kursdeltakerne bruker MMB i individuell behandling over ett år etter	I noen tilfeller, på kulturleders initiativ	I noen tilfeller, bare av aktivtørene	Ja, men ingen nye pasienter utredet på avdelingen	Ja
Andre ansatte som ikke har deltatt på kurset har fått opplæring i MMB	Ja	Ja, men kun fallforebygging	Ja	Ja
Andre ansatte utreder pasienter selvstendig	Nei	Nei	Nei, ikke på sykepleiers avdeling	Ja
Journalføres på lik linje med andre typer behandlinger	Ja	Nei	Ja	Ja
Integrert MMB systematisk og helhetlig i behandlingstilbudet på sykehjemmet	Nei	Nei, kun fallforebygging og aktivtørene	Variable tilbakemeldinger	Ja

Hovedproblemstillingen som skulle undersøkes var «*I hvilken grad tar ansatte på sykehjem som deltar på opplæringsprogrammet MMB i bruk kunnskapen i praksis på sin arbeidsplass etter kursdeltakelse?*». I tabellen ser vi at alle kursdeltakerne har tilegnet seg tilstrekkelig kompetanse og bruker MMB tre måneder etter kursdeltakelse. De opplyser at de bruker MMB i daglig pleie tilpasset den enkelte bruker. Alle med unntak av Voss journalfører på lik linje med andre typer behandlinger. Tre måneder etter tar kursdeltakerne altså i høy grad i bruk kunnskapen i praksis på sine arbeidsplasser. Underproblemstilling én var «*Hvilke faktorer hemmer eller fremmer bruk av kunnskapen i praksis på arbeidsplassen etter kursdeltakelse?*». Tre måneder etter deltakelse er faktorer som fremmer bruk at kursdeltakerne føler seg trygge på bruk, er engasjerte, har tro på behandlingsmetoden og ser gode resultater av bruk som letter hverdagen og hjelper brukerne. Det er altså særlig aktørbetingelser som fremmer bruk. Faktorer som hemmer bruk tre måneder etter er mangel på utstyr og musikktilgang på særlig to sykehjem. Over ett år etter informerer kulturlederen i Oslo, sykepleieren i Grimstad og sykepleieren på Voss at de nå sjeldent eller aldri utreder nye pasienter. Dermed tar de ansatte her i liten grad kunnskapen i bruk i praksis på sine arbeidsplasser. Med unntak av de pasientene som ble utredet i forbindelse med eller rett etter kursdeltakelse. Årsakene til endringen i bruk er ifølge informantene i hovedsak mangel på tid. Hos enkelte nevnes mangel på tilstrekkelig utstyr og musikktilgang, samt at enkelte synes det er utfordrende å få med andre ansatte og at arbeidet dermed i stor grad blir opp til dem selv. I tillegg er endringer i personalgruppen påvirkende. Det vurderes at det mangler oppfølging fra ledelse, fordeling av ansvar og manglende rutiner for igangsettelse av kartlegging og implementering over ett år etter. Det er i hovedsak strukturbetingelser som er barrierer og hemmer bruk over ett år etter kursdeltakelse.

Underproblemstilling to er «*På hvilken måte foregår organisatorisk læring innad på sykehjemmene slik at ansatte som ikke har deltatt på kurset tar i bruk kartleggingsverktøyene og MMB?*». De fire sykehjemmene har hatt ulike implementeringsplaner og ansvarsfordeling. Sykehjemmet i Trondheim har hatt individuell opplæring av personalet, mens resten har hatt foredrag og undervisning i større grupper. Alle gjennomførte implementeringsplanene, men kun på sykehjemmet i Trondheim har dette fungert for videre arbeid. Over ett år etter forteller kulturlederen på sykehjemmet i Oslo, sykepleieren i Grimstad og sykepleieren på Voss, at andre ansatte på deres avdelinger ikke utreder brukere på egenhånd. Men MMB brukes av alle dersom en pasient har et tiltak og det er tydelige retningslinjer for bruk. På sykehjemmet i Trondheim derimot utreder nå ansatte som ikke har deltatt på kurset pasienter på egenhånd. Her kan det sies at sykehjemmet som helhet har omsatt behandlingsmetoden til praksis, og dermed

implementert MMB systematisk og helhetlig i behandlingstilbudet. Tilstrekkelig utstyr og individuell opplæring fremmer bruk.

Hensikten med studien var å undersøke informantene sine opplevelser og erfaringer. Hvilke utslag andre informanter fra sykehjemmene eller andre sykehjem hadde fått, kan ikke studien vise. Som flere av informantene påpeker tar det lang tid å innføre nye rutiner på sykehjem. Men det gir et innblikk i arbeidet med implementering og resultatene av dette de første 1-2 årene etter deltakelse på fire sykehjem. Videre følger noen forslag til videre arbeid med kurset, overgangen mellom kurset og arbeidsplassene og videre implementeringsarbeid på sykehjem.

6.6 Forslag til videre arbeid med kurset og implementeringsarbeid på sykehjem

Ut i fra analysen av datamaterialet er det ulike punkter som fremstår som viktige og som går igjen ved de fire sykehjemmene. Med dette i bakhånd er det ulike aspekter som kan arbeides med for at overgangen fra kurset til arbeidsplassen, og videre arbeidet på sykehjemmene, om mulig kan fungere bedre. Nord universitet/NKKHO kan fokusere mer på implementering ved å involvere ledelsen på sykehjemmene. Informanten fra USHT-Sør Trøndelag sin variant, hvor ledelsen ble bedt om å fortelle hvordan de har tenkt å implementere MMB etter kurset, er både bevisstgjørende og ansvarliggjørende, som virker å være to viktige faktorer i denne sammenheng. Nord universitet/NKKHO kan for eksempel be om implementeringsplaner før deltakelse og gi informasjon og tips til implementeringsløsninger. Som for eksempel å foreslå pyramide-ordningen for implementering. De kan også lage en introduksjon om MMB som sykehjemmene kan benytte seg av i etterkant og vise til alle ansatte og avdelingsledere. Og eventuelt standardisere kursdeltakeres videre opplæring på arbeidsplassen. Kurset kan også ha fokus på at utstyr, internett- og musikktilgang har vært en utfordring for andre sykehjem. Dersom man finner løsninger på opprettelse av Spotify-konto kan tips om dette gis.

Når det gjelder implementeringsarbeid på sykehjemmene kan en mer involvert ledelse i arbeidet etter kurset fremme bruk. Særlig viktig virker oppfølging over tid og å få system og rutiner på plass, slik at det ikke er avhengig av enkeltpersoner. For eksempel kan avdelingslederne ha ansvar for oppfølging, eller at det oppnevnes en MMB-ansvarlig på hver avdeling. Disse kan rapportere tilbake til for eksempel en fokusgruppe om implementeringsarbeidet og bruk. Sykehjemmene bør ha tydelig plan for implementering, som følges opp, fortrinnsvis med individuell opplæring kort tid etter deltakelse. Pyramide-ordningen og MMB-fokusgruppe som to av informantene foreslo virker som konstruktive innspill. Andre ansatte må få eierskap, tett

oppfølging og tydelig opplæring om hva MMB er og kan bidra med, slik at transformasjonen med å forstå hensikten og viktigheten av bruk er mulig. Samt fokus og påminnelser over tid. Sykehjemmene bør også legge til rette for utstyr og musikktilgang, helst før de er ferdige på kurset. En oppskrift om dette fra kommunene eller Nord universitet/NKKHO vil være nyttig.

6.7 Overføringsverdi av funn i studien

Å generalisere i kvalitativ forskning med få studieobjekter er som nevnt vanskelig. Likevel kan man finne kjennetegn som kan tenkes at vil være overførbare til andre kursdeltakere og sykehjem. Kurset er lagt opp på en måte som har fengst de ansatte og skapt entusiasme. Informantene er svært fornøyde, mener de har lært tilstrekkelig kunnskap til å bruke det selvstendig, og har fått tro på behandlingsmetoden. Opplegget med oppgave, fremlegg og diskusjoner har gitt stort læringsutbytte. Kurset fremstår som gjennomtenkt, strukturert og godt. Fordi kursdeltakerne var så fornøyde, kan det tenkes at mange andre kursdeltakere er det, som også evalueringsskjemaene viste. Kursdeltakerne har også fått gode resultater av bruk på pasienter. At kursdeltakerne har hatt utfordringer med tid, utskiftninger av personalet, mangel på ansvarliggjøring og oppfølging, utstyr og å få med andre ansatte i arbeidet med MMB, er noe som generelt kan kjennetegne arbeid i organisasjoner som sykehjem. Som studien har vist også gjelder for informantene her. Informantene uttrykker også at dette generelt er en utfordring med innføring av nye rutiner. Da fagarbeideren i Trondheim møtte andre hun hadde deltatt på kurset med over ett år etter, viste det seg at de hadde mange av de samme utfordringene som henne og informantene i studien. Disse faktorene kan en anta også er utfordrende for andre som skal tilbake til arbeidsplassen og ta MMB i bruk og spre kunnskapen etter kursdeltakelse. Og at dette også kan gjelde for implementering av andre tiltak i helsevesenet.

7.0 Konklusjon

Deltakelse på det samlingsbaserte kurset i MMB førte til at kursdeltakerne i studien har stor tro på MMB som behandlingsmetode, de har positive holdninger. Alle kursdeltakerne er fornøyde med kurset og ønsker å bruke MMB i arbeidet på sykehjemmene. Tre måneder etter kursdeltakelse bruker alle kursdeltakerne MMB i arbeidet, og ser gode resultater av bruk. Over ett år etter er det varierende bruk av MMB, det blir brukt hovedsakelig på pasienter som ble utredet i forbindelse med eller rett etter kursdeltakelse. Ikke alle mener de har arbeidsforhold eller kapasitet som muliggjør bruk. Utfordringene kursdeltakerne møter med å overføre MMB til arbeidsplassen er tid, utstyr og musikktilgang, ansvarliggjøring og kommunikasjon. Ledelsen virker ikke å være nok involvert i arbeidet med implementering og oppfølging. Påminnelser, tilrettelegging og rutiner i hverdagen som fremmer bruk mangler hos flere. Kursdeltakerne er dermed ganske selvstendige i arbeidet med MMB, i etterkant av kurset. Over ett år etter vurderes det at kun ett sykehjem har systematisk og helhetlig integrert MMB i behandlingstilbudet, hvor ansatte som ikke har deltatt på kurset utreder pasienter på egenhånd. Dette baserer seg på de kursdeltakerne som inngår i studien og deres respektive avdelinger, studien kan ikke konkludere med hensyn til andre avdelinger som ikke er inkludert.

7.1 Videre forskning

En av studiens begrensinger er antall informanter som er intervjuet fra hvert sykehjem, særlig på sykehjemmet i Grimstad hvor det var mindre informasjon om arbeid utenfor sykepleierens avdeling. Avgjørelser i prosessen sammen med tid og omfang resulterte i dybdeintervju med få enheter med mye informasjon. Forslag til videre forskning er derfor å intervju flere kursdeltakere fra hvert sykehjem fra ulike avdelinger, samt ansatte som ikke har deltatt på kurset og avdelingsledere. Med flere informanter kan man diskutere sykehjemmene som helhet uten å nevne få ansatte med arbeidstitel, og potensielt også fått mer kritiske eller andre tilbakemeldinger fra informantene. Man kan også utarbeide et kvalitativt spørreskjema ut i fra funnene i studien, og undersøke om funnene gjelder for andre ansatte på de fire sykehjemmene. Samt potensielt avdekke andre aspekter ved bruk og implementering. Videre kan spørreskjema sendes til flere sykehjem hvor ansatte har deltatt på kurset, og dermed kan man få et større sammenligningsgrunnlag og øke overføringsverdien til studien. Med et større datagrunnlag kan man også diskutere og vurdere sykehjem generelt og ikke fire spesifikke sykehjem. Og se om studiens katalysatorer og barrierer er gjennomgående andre steder eller ikke. I denne masteroppgaven kan en ikke konkludere med at for eksempel fagbakgrunn har hatt innvirkning på resultatet av implementeringsarbeidet. Gjennomføres en mer kvantitativ spørreundersøkelse

og påfølgende analyse kan man undersøke om det finnes sammenhenger mellom ulike variabler som kjønn, alder, utdanning, arbeidsstilling, type avdeling, avdelingslederens involvering og lignende, sammenlignet med for eksempel motivasjon og utfallet av implementeringsarbeidet.

Nord universitet/NKKHO kan undersøke om pyramide-ordningen er en tilnæringsmåte som er mulig å gjennomføre på andre sykehjem, og om de stiller seg positivt til denne. Dersom ledelsen på sykehjemmene involveres i større grad og sykehjemmene tar i bruk pyramide-ordningen eller fokusgruppe, samt får tilgang til utstyr og musikkprogram, vil det være interessant å foreta en ny studie og se hvilke resultater dette gir. Et annet forslag til videre forskning er at man kan sammenligne resultatet av studien her med sykehjem som har gjennomført kurs 1 av opplæringsprogrammet. Ser en samme resultater, katalysatorer og barrierer der eller ikke? Dette kan gi verdifull informasjon for arbeidet både med kurs 1 og kurs 2. Implementeringsarbeid kan ta tid på sykehjem. Derfor kan en oppfølging av denne studien om et par år kunne gi informasjon om hvordan arbeidet på sykehjemmene har utviklet seg over et lengre tidsvindu, og om dette har hatt innvirkning på resultatene som foreligger her.

8.0 Litteraturliste

- Augustsson, H., Törnquist, A. og Hasson, H. (2013) Challenges in transferring individual learning to organizational learning in the residential care of older people, *Journal of Health Organization and Management*, 27(3), s. 390-408. doi: 10.1108/JHOM-Sep-2012-0163.
- Baklien, B. (2000) Evalueringsforskning for og om forvaltningen, i Mønnesland, J. og Foss, O. (red.) *Evaluering av offentlig virksomhet: metoder og vurderinger*. Oslo: NIBR, s. 53-76.
- Bergsagel, I. (2016) *New Public Management. Måling gir mening for sykehjems-ansatte*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2016/12/skaper-seg-rom-mellom-barken-og-veden>.
- Braut, G. S. (2009) *Sykehjem*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/sykehjem>.
- Christensen, T. (2010) *Forvaltning og politikk*. 3. utg. Oslo: Universitetsforl.
- Christoffersen, J. (2014) *Arbeidslivet er blitt for kontrollerende* Tilgjengelig fra: <https://psykologisk.no/2014/02/arbeidslivet-er-for-kontrollerende/>.
- Eriksson-Zetterquist, U., Kalling, T., Styhre, A. og Woll, K. (2014) *Organisasjonsteori*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Fimreite, A. L. og Grindheim, J. E. (2007) *Offentlig forvaltning*. 2. utg. Oslo: Universitetsforl.
- Finansdepartementet (2005) *Veileder til gjennomføring av evalueringer*. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/fin/vedlegg/okstyring/veileder_til_gjennomforing_av_evalueringer.pdf.
- Finansdepartementet (2017) *Langsiktige utfordringer som følge av en aldrende befolkning*. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/no/tema/okonomi-og-budsjett/norsk_okonomi/bruk-av-oljepenger-/langsiktige-utfordringer-som-folge-av-en/id450473/.
- Flermoen, S. (2001) *Søkelys på organisasjon og ledelse : innføring for helse- og sosialsektor*. Bergen: Fagbokforl.
- Folkehelseinstituttet (2017) *Andelen personer over 65 år i befolkningen* Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/hn/eldre/andelen-personer-over-65-ar-i-befol/>.
- Fullan, M. (2007) *The New Meaning of Educational Change* 4. utg. London: Routledge Teachers College Press.
- Gerdner, L. A. (2012) Individualized music for dementia: Evolution and application of evidence-based protocol, *World journal of psychiatry*, 2(2), s. 26. doi: 10.5498/wjp.v2.i2.26.
- Grønmo, S. (2016) *Samfunnsvitenskapelige metoder*. 2. utg. Bergen: Fagbokforl.
- Halvorsen, A., Madsen, E. L., Jentoft, N. og Alsos, G. A. (2013) *Evaluering : tradisjoner, praksis, mangfold*. Bergen: Fagbokforl.
- Halvorsen, K. (2010) *Grunnbok i helse- og sosialpolitikk*. 4. utg. Oslo: Universitetsforl.
- Halvorsen, K., Stjernø, S. og Øverbye, E. (2013) *Innføring i helse- og sosialpolitikk*. 5. utg. Oslo: Universitetsforl.
- Haugdal, M. (2017) *Lege Audun Myskja: – Kan dempe uro og redusere medisinbruk*. Tilgjengelig fra: <https://musikkbasertmiljobehandling.no/2017/05/lege-audun-myskja-kan-dempe-uro-og-reduere-medisinbruk/>.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013) *Morgendagens omsorg (Meld. St. 29 2012-2013)*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>.

- Helse- og omsorgsdepartementet (2014) *Omsorgsplan 2015 og 2020*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/innsikt/omsorgsplan-2015-og-2020/id737786/>.
- Helsedirektoratet (2017) *Nøkkeltall for helse- og omsorgssektoren*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nokkeltall-for-helsesektoren>.
- Helsedirektoratet (u.å) *Kompetanseløft 2020*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/kompetanseloft-2020>.
- Høst, T. (2014) *Ledelse i helse- og sosialsektoren*. 3. utg. Oslo: Universitetsforl.
- Håpnes, O. og Rangul, V. (2018) *Debattinnlegg: Musikkbasert miljøbehandling gir nye musikalske verktøy for helsearbeiderne*. Tilgjengelig fra: <https://forskning.no/psykiske-lidelser-aldring-debattinnlegg/debattinnlegg-musikkbasert-miljobehandling-gir-nye-musikalske-verktoy-for-helsearbeiderne/1160092>.
- Ingstad, K. (2011) *Hele og delte sykepleiere : en kvalitativ studie av sykepleieres arbeidsvilkår og arbeidstid i sykehjem*, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosiologi og statsvitenskap.
- Jacobsen, D. I. og Thorsvik, J. (2013) *Hvordan organisasjoner fungerer*. 4. utg. Bergen: Fagbokforl.
- Kirkevold, M. (2014) *Eldreomsorg* Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/eldreomsorg>.
- Kvamme, T. S. (2008) Musikk for demensrammede - en livsnødvendighet?, i Trondalen, G. og Ruud, E. (red.) *Perpektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi*. Oslo: Norges musikkhøgskole i samarbeid med Unipub, s. 489-499.
- Lipsky, M. (1980) *Street Level Bureaucracy Dilemmas of the Individual in Public Services*. Russell Sage Foundation.
- Mintzberg, H. (1979) *The structuring of organizations : a synthesis of the research*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
- Mohr, L. B. (1995) *Impact analysis for program evaluation*. 2. utg. Thousand Oaks, California: Sage.
- Musikkbasertmiljøbehandling (u.å.a) *Opplæringsprogrammet* Tilgjengelig fra: <https://musikkbasertmiljobehandling.no/opplaeringsprogrammet>.
- Musikkbasertmiljøbehandling (u.å.b) *Samlingsbasert kurs i musikkbasert miljøbehandling*. Tilgjengelig fra: <https://musikkbasertmiljobehandling.no/samlingsbasert-kurs-i-musikkbasert-miljobehandling/>.
- Myskja, A. (2006a) Individualisert musikk og Musikk i siste livsfase : to prosjekter i eldreomsorgen, i Aasgaard, T. (red.) *Musikk og helse*. Oslo: Cappelen akademisk forl, s. 173-200.
- Myskja, A. (2006b) *Den siste song : sang og musikk som støtte i rehabilitering og lindrende behandling*. Bergen: Fagbokforl.
- Myskja, A. (2007) Musikk - et verktøy for helsearbeidere? Oslo: Andrimne, s. 56-58.
- Myskja, A. (2009) Musikk som terapi i demensomsorg og psykisk helsearbeid med eldre, *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 6(2), s. 149-158.
- Myskja, A. og Håpnes, O. (2010) Musikk og helse i et lokalsamfunn. Et samordnet opplæringsprosjekt ved fem sykehjem i Midt-Norge., *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 1(3-15). Tilgjengelig fra: http://www.livshjelp.no/filer/artikkel_Myskja_og_Haapnes_siste_rev_kl_21.pdf.
- Mønnesland, J. og Foss, O. (2000) *Evaluering av offentlig virksomhet : metoder og vurderinger*. Oslo: NIBR.
- Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg (u.å.) *OM OSS*. Tilgjengelig fra: <https://kulturoghelse.no/om-kompetansesenteret/>.

- Nessæther, A. L. (2007) Kvinnelige ledere av omsorgstjenestene : En kvalitativ studie. Tilgjengelig fra: <http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:725460/FULLTEXT01.pdf>.
- Pressman, J. L. og Wildavsky, A. (1984) *Implementation : how great expectations in Washington are dashed in Oakland, or, Why it's amazing that federal programs work at all : this being a saga of the economic development administration as told by two sympathetic observers who seek to build morals on a foundation of ruined hopes*. 3. utg. Berkeley, Calif: California University Press.
- Radwan, I. R. (2016) Nye verktøy i helse- og omsorgstjenestene. Tilgjengelig fra: <https://kulturoghelse.no/2016/02/musikkbasert-miljobehandling-nye-verktoy-i-eldre-og-demensomsorgen/>.
- Rasmussen, B. (2011) Med frihet til å lede? Styring og ledelse i kommunal omsorg, *Magma*, 14(1), s. 65-72. Tilgjengelig fra: <https://www.magma.no/med-frihet-til-a-lede-styring-og-ledelse-i-kommunal-omsorg>.
- Ridder, H. M. O. og Stige, B. (2016) *Musikkterapi og eldrehelse*. Oslo: Universitetsforl.
- Ringdal, K. (2013) *Enhet og mangfold : samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. 3. utg. Bergen: Fagbokforl.
- Ruud, E. (2008) Et humanistisk perspektiv på norsk musikkterapi, i Trondalen, G. og Ruud, E. (red.) *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi*. Oslo: Norges musikkhøgskole i samarbeid med Unipub, s. 5-28.
- Rødvei, P. H. (2004) *Å tilpasse seg det sen-moderne - et essay om "HRM-ifiseringen" av kommunenes sentralforbunds arbeidsgiverpolitikk, forskningens rolle i den og en kritikk av noen ny-institusjonelle dogmer*. Tilgjengelig fra: http://www.nordlandsforskning.no/getfile.php/132943/Dokumenter/Arbeidsnotater/2004/Arbnotat_1014_2004.pdf.
- Skogum, B. M. (2009) *De nære ting : om bruk av musikk ved behandling av personer med demens*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Storlien, M. S. og Sørli, V. (2015) Helsepersonells erfaringer med endring av praksis i sykehjem, *Geriatrisk sykepleie*, 7(1), s. 17-23. Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/Content/2510099/gs_0115.pdf.
- Tjora, A. H. (2012) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Vik-Mo, B. og Nervik, J. A. (1999) *Arbeidsplikten i arbeidslinjen : kommunenes iverksetting av vilkåret om arbeid for sosialhjelp*. Trondheim: Institutt for sosiologi og statsvitenskap. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
- Vold, B. (2017) *Norge bruker fjerde mest på helse i OECD*. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/norge-bruker-fjerde-mest-pa-helse-i-oecd>.
- Winter, S. og Nielsen, V. L. (2008) *Implementering af politik*. Århus: Academica.
- Aarseth, T. (2009) Erfaringer fra kommuner med tonivåorganisering og resultatenheter, *Kommunerevisoren*, 64(2). Tilgjengelig fra: http://tidsskrift.nkrf.no/02_2009/artikkel2.html.

9.0 Vedlegg

9.1 Bakgrunnsinformasjon om sykehjemmene og informantene

Tabell 4. Bakgrunnsinformasjon om kursdeltakelse og intervju- og samtaletidspunkt

Sykehjemmene	Oslo	Voss	Grimstad	Trondheim
Antall beboere	Ca. 100	Ca. 100	Ca. 50	Ca. 50
Oppstart kurs	14. des 2016	16. mar 2016	17. aug 2016	14. sep 2016
Sluttdato kurs	31. mar 2017	28. nov 2016	14. des 2016	20. jan 2017
Antall deltakere fra sykehjemmet	4 som ble til 2	7	21	2
Antall kursdeltakere generelt på kurset	18	21	41	34
Stilling kursdeltakerne fra sykehjemmet	2 kulturansatte (opprinnelig også 1 hjelpepleier og 1 avdelingsleder)	1 sykepleier, 4 hjelpepleiere, 3 aktivitører Ledelsen deltok siste kursdag	10 helsefagarbeidere, 4 sykepleiere, 1 spesialsykepleier, 1 aktivitør, 4 fagledere, 1 enhetsleder	2 helsefagarbeidere
Intervjutidspunkt – antall måneder etter siste kursdag	1. mars 2017 = fremdeles kursdeltaker, siste samling igjen	Ansatte: 7. mars 2017 = ca. 3.5mnd Leder: 7. april, = ca. 4.5mnd	9. mars 2017 = ca. 3 mnd	31. mars 2017 = ca. 2.5 mnd
Oppfølgingssamtale – antall måneder etter siste kursdag	November 2018 = 1 år og 7 mnd	Juni 2018 = 1 år og 6 mnd	Juni 2018 = 1 år og 5 mnd	Juni 2018 = 1 år og 4 mnd Leder jan 2019

Tabell 5. Bakgrunnsinformasjon om informantene

	Kjønn	Alder	Stilling	Utdanning	Antall år i helsesektor
Kulturleder Oslo	Kvinne	30-40	Kulturleder	Musikk	9 år
Aktivitør 1 Voss	Kvinne	50-60	Aktivitør	Aktivitør	17 år
Hjelpepleier Voss	Kvinne	50-60	Fagarbeider	Helsefagarbeider	17 år
Sykepleier Grimstad	Kvinne	30-40	Sykepleier	Sykepleier	12 år
Fagarbeider Trondheim	Kvinne	30-40	Fagarbeider	Helsefagarbeider	10 år
Leder Oslo	Kvinne	40-50	Daglig leder	Sykepleier + master i helsetjenester til eldre	15 år
Leder Voss	Kvinne	30-40	Områdeleder	Sykepleier + helseledelse	15 år
Leder Grimstad	Kvinne	50-60	Enhetsleder	Sykepleier	Over 30 år
Leder Trondheim	Kvinne	40-50	Enhetsleder	Sykepleier	31 år
USHT-Sør Trøndelag	Kvinne	50-60	Forsknings- og utviklingskoordinator	Sykepleier	6 år
NKKHO	Mann	60-70	-	-	-
Hdir	Kvinne	40-50	Seniorrådgiver	Samfunnsvitenskapelig utdanning, hovedfag	15 år, men i forvaltningen, ikke tjenestene

9.2 Forespørsel om deltakelse

Mailforespørsel

Hei.

Jeg er masterstudent i statsvitenskap ved NTNU i Trondheim. I masteroppgaven skal jeg skrive en analyse av det offentlige tiltaket «Musikkbasert miljøbehandling», et kurs ansatte på deres sykehjem har deltatt på. I den forbindelse ønsker jeg å intervju en ansatt hos dere, for å samle inn data om erfaringer med kurset. Det er også ønskelig å intervju leder, uavhengig om du har deltatt på kurs eller ikke. Jeg samarbeider med Nord universitet/Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg i Levanger som har ansvar for opplæringsprogrammet. Det er ønskelig å gjennomføre intervjuer så snart som mulig, fortrinnsvis i løpet av februar/tidlig mars. Legger ved en beskrivelse av masterprosjektet i mailen for mer inngående informasjon.

Håper å høre fra dere.

Mvh Runa Matre, masterstudent i statsvitenskap ved NTNU

Vedlegg i mail - prosjektbeskrivelse

Masterprosjekt – prosess-evaluering av tiltaket «Musikkbasert miljøbehandling»

«En studie av implementeringsprosessen til tiltaket «Musikkbasert miljøbehandling»; hvordan iverksettes det og foreløpige erfaringer med bruk.»

Mitt navn er Runa Matre og jeg er masterstudent i statsvitenskap ved NTNU. Denne våren skal jeg skrive hovedoppgaven på masterstudiet, som vil være en prosess-evaluering av det offentlige tiltaket «Musikkbasert miljøbehandling». I den forbindelse ønsker jeg å intervju ansatte knyttet til opplæringsprogrammet; Helsedirektoratet, Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg, og ledere og ansatte ved ulike sykehjem. Hovedtyngde vil være på ledere og ansatte i sykehjem, for å forsøke å finne ut hvilke faktorer som skaper eller hindrer bruk av kunnskapen i praksis. Dermed kan det avdekkes hva som fører til at ansatte tar i bruk kunnskapen de har lært på opplæringsprogrammet, informasjon som er viktig for å dokumentere nytten av slike opplæringstilbud. Erfaringene kan forhåpentligvis brukes i videre arbeid med tiltaket og lignende implementeringer. Intervjuer anslås å vare i ca. 30-60 minutter, og det vil brukes opptak og tas notater underveis. I forskningsarbeid er etiske betraktninger svært viktig. Intervjuene skal være tuftet på informert og frivillig samtykke, anonymisering, og deltakere har til enhver tid i prosessen anledning til å trekke seg. Etter innlevering og sensur vil datamaterialet slettes. Det er ønskelig å gjennomføre intervjuene i løpet av februar/mars, og jeg er fleksibel på dato og tidspunkt.

Hovedveileder for masteroppgaven er Jon Arve Nervik, førsteamanuensis ved institutt for sosiologi og statsvitenskap ved NTNU. I tillegg samarbeider jeg med Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg i Levanger. Samarbeidet muliggjør at jeg kan reise rundt til ulike sykehjem i Norge og hente inn data.

Ta gjerne kontakt dersom noe er uklart eller det trengs mer informasjon.

Mvh

Runa Matre, masterstudent i statsvitenskap ved NTNU i Trondheim

Kontaktinformasjon for Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg:
Odd Håpnès, daglig leder

9.3 Intervjuguider

9.3.1 Ansatte på sykehjemmene

Informere om etiske hensyn; anonymisering, frivillig og informert samtykke, mulighet til å trekke seg underveis. Spør om samtykke.

1. Bakgrunn; kjønn, alder, arbeidsstilling, hvor lenge på arbeidsplass, antall år i helsesektor.

2. Fortell om arbeidsplassen.

- en vanlig jobbdag
- type pasienter, avdelinger, hvor mange ansatte
- arbeidsfordeling; fordeling av arbeidsoppgaver - ansvar
- rutiner og struktur
- kommunikasjon
- autoritetsforhold
- tidsbruk
- ressurser
- pasienthåndtering
- kjønn
- kultur, arbeidsmiljø

3. Hvordan vil du beskrive begrepet musikkbasert miljøbehandling?

4. Hva er dine tidligere erfaringer med musikkbasert miljøbehandling?

- deg selv
- arbeidsplassen

hvis ja:

- hvordan/hvilke verktøy?
- hvordan implementert?
- hvor bevisst bruk?
- interesse og holdninger fra deg selv og andre ansatte før?

5. Hvordan vil du forklare hva opplæringsprogrammet «Musikkbasert miljøbehandling» er og skal bidra med?

6. Hvor/Hvordan fikk du høre om opplæringsprogrammet? Hvem initierte deltakelse?

7. Fortell om deltakelse på opplæringsprogrammet.

- deltok alle kursdager?
- antall ansatte, type ansatte fra arbeidsplass
- opplevelsen
- kommunikasjon med andre kursdeltakere og ansvarlige for programmet, var det diskusjoner og egne innspill eller ikke?

- samarbeid
- hvilke erfaringer var lik eller ulik andre på kurset?
- læring - noe om implementering og om å få med andre ansatte og/eller ledelsen? Hva?
- verktøyene (tydelige hvilke man skal bruke når?)
- nytte av program
- noe som mangler/du savnet?

8. Hva er dine erfaringer med bruk av MMB underveis?

- gjennomføring av oppgave
- evt. andre på kurs sine erfaringer

9. ... og i etterkant av deltakelse?

- bruker du MMB nå?
- hvor ofte
- hvordan/hvilke verktøy fra kurset
- på hvor mange pasienter? – på hver avdeling
- når på dagen? (i forhold til pasient, eller rutiner)
- av hvem?
- hvor? (stue, rom etc.)
- hvilken type? (passiv lytting, bevegelse, sang, i grupper eller individuelt)
- varighet? (hvor lenge spilles musikk, dansing etc.)
- type musikk
- felles/enkelte bruker
- spesifikke hendelser
- trygghet på egen kompetanse – komfortabel m bruk? Betydning av arbeidsstilling?
- hvor lang tid tar kartleggingsprosessen før tiltak er på plass?
- interesse-videreformidling
- mye rapportering eller ikke
- hvordan rapporteres tiltak, bruk og effekter? Lett tilgang for de ansatte? Del av journal?
- teknologi
- oppfølging?
- går det ut over noe annet viktig/hverdagen - prioritering ifht. andre ting
- hindringer og katalysatorer for bruk
- effekt på pasienter/pasientreaksjon
- pårørende involvert?
- tilbakemeldinger pårørende

10. Hvordan er mottagelsen/responsen fra andre ansatte?

kommunikasjon-reaksjon andre ansatte

- hvordan er ansattes engasjement?
- får dere med ansatte, hvordan? Vil de også kartlegge? Struktur og kultur som oppmuntrer til læring?
- forstår de hensikten?
- hva påvirker ansattes engasjement?
- hvordan få de med, mulig å lære bort eller bør de ha deltatt på kurset?
- kommunikasjon – flytende informasjon mellom alle aktører – hele organisasjonen?
- refleksjon?

- felles visjon? felles gruppelæring?
- arbeidssituasjon
- hvilken medvirkning har du/dere?
- hvor stort skjønn har ansatte i arbeidet sitt, kan de velge det vekk?

11. Hvilke effekter ser dere at MMB har?

Til nå: → **Spør** dersom ikke allerede besvart:

- gjennomførelse; hvordan brukes det nå? (sammenlignet med før kurs)
- del av rutine?
- effekt/respons på pasienter
- andre ansatte delaktige?
- journalføring?
- hindringer/utfordringer nå
- muliggjørende faktorer nå

12. Hva må til for at en slik kompetanse kan brukes på arbeidsplassen?

- hvem bør ha ansvar, hvem har faktisk ansvar nå
- når/hvordan bruke
- løsninger
- implementering

13. Er det utfordringer som oppstår?

- eks. lese beboere, lære ferdighetene, andre ansatte, ressurser, teknologi

14. Fortell om ledelsen sin rolle i prosessen?

- avdelingsledere
- legger ledelsen til rette for bruk? System på det?
- deltakende?
- organisering; retningslinjer, definerte oppgaver, rammer og forventninger og kontroll?
- tydelighet om bruk eller ikke fokus på dette?

målsettinger/implementering

- intensiver?
- følges opp?
- kommunikasjon – eks. snakket med ledelse om kurset, hva dere har lært? Refleksjon.
- samhandling
- skape engasjement, motivasjon – gjør de evt. hvordan kan de gjøre dette?
- samsvarende holdninger/interesse?

15. Har dere implementeringsplaner?

- implementering –har de spesifikke planer eller ikke? Satt i gang evt. når?
- gjennomførelse
- mål?
- hvem har ansvar for implementering? (hvem bør ha ansvar for implementering)

16. Hvordan oppleves det å delta på kurs og være en del av implementering av et nytt offentlige tiltak?

- lære ny kunnskap og metode i jobben
- tiltak utenfra
- hva er viktig for gjennomførelse
- hvor ofte deltar på kurs, får føringer

17. Hva er de viktigste erfaringene du sitter igjen med på nåværende tidspunkt?

18. Hvordan ser du for deg at det blir fremover/fremtiden med bruk av MMB?

19. Hvordan få det til å leve videre på arbeidsplassen?

- hvis det skal bli en del av hverdagen for alle, hvordan da?

20. Er det aspekter vi ikke har vært inne på som du vil trekke frem/tilføye?

9.3.2 Ledere på sykehjemmene

Informere om etiske hensyn; anonymisering, frivillig og informert samtykke, mulighet til å trekke seg underveis. Spør om samtykke.

1. Bakgrunn; kjønn, alder, arbeidsstilling, hvor lenge på arbeidsplass, antall år i helsesektor.

2. Fortell om arbeidsplassen/stilling

- ansatte – noen musikk/kulturansatte?
- type pasienter
- avdelinger
- arbeidsfordeling; fordeling av arbeidsoppgaver ansvar
- rutiner
- struktur
- autoritetsforhold
- tidsbruk
- ressurser,
- pasienthåndtering
- skjønn
- kultur, arbeidsmiljø, - sterk, enhetlig

3. Hvordan vil du beskrive begrepet musikkbasert miljøbehandling?

4. Hva er dine tidligere erfaringer med musikkbasert miljøbehandling?

- noen tidligere kurs ansatte har deltatt på?
- hvilket musikk- og kulturtilbud hadde dere før?
- holdninger til kultur/musikk?
- hvem har ansvar?

- hvor mye/ofte?
 - er det en del av hverdagen fra før?
 - individuelt rettet eller kun større grupper?
5. Hvordan vil du forklare hva opplæringsprogrammet «Musikkbasert miljøbehandling» er, og skal bidra med?
6. Hvor fikk du høre om opplæringsprogrammet? / Hvem initierte deltakelse?
- hvor mye informasjon har du fått om programmet? Fra hvem?
 - noe du savner?
7. Før de ble sendt på kurs;
- * Hva gjorde at du sendte de på kurs?
 - hvorfor ble akkurat dette kurset prioritert?
 - hvor mange og hvem? hvorfor disse?
 - * Hva er de største utfordringene med å sende ansatte på kurs?
 - vikar?
 - * Er det en del av kompetanseplanen eller ikke?
 - Evt. skal det legges inn?
 - Hva skal til?
8. Hva har ansatte fortalt om deltakelse på kurset?
9. Fortell om ledelsen sin rolle i prosessen?
- * Hvordan jobber ledelsen for at ansatte skal kunne bruke MMB?
 - hva har dere gjort konkret for dette?
 - legges det til rette, hvordan?
 - * Har dere noen konkrete mål ifht bruk av musikk?
 - klare mål? Hva er målsettingen? – tydelighet
 - * Samhandling/kommunikasjon med ansatte
 - refleksjon og diskusjon?
 - hvor ofte prater dere om MMB?
 - * Kultur/miljø
 - opplever du interesse for bruk eller for denne type kunnskap?
 - holdninger, interesse, mottakelse.
 - * Sees det som nyttig blant de ansatte
 - * Skape engasjement + ivareta og vedlikeholde dette
 - er det "lett" å skape engasjement for sånn type kunnskap/behandling/verktøy?
 - hvordan jobbes det for å skape engasjement?

- blir det prioritert av ansatte/ledelse?

* Ressurstilgjengelighet

- søkes midler i kommunen? (tilskuddsordning, kompetansemidler)
- noe som helst kontakt med kommunen ifht dette?

* Er avdelingslederne involvert?

* Følges arbeidet opp?

- informasjonsspredning?

* Incentiver?

* Hvor stort skjønn har ansatte?

10. Brukes MMB nå tre måneder etter kurset?

- hvordan bruker dere MMB nå etter kurs?
- har det blitt en del av det daglige arbeidet/behandlingen?

11. Har dere planer for implementering?

- hva/hvordan/når
- hvem har ansvar for implementeringen? (få det i gang og videre arbeid)
- hvem har ansvar for spredning til andre ansatte?

12. Hva må til for at slik kompetanse kan brukes på arbeidsplassen?

* generelt

- implementering
- spredning til hele org.
- lære ansatte
- sende flere på kurs eller læring innad?
- hva må til for at det blir en del av det daglige?

→ hvordan jobber ledelsen for at ansatte skal kunne bruke det?

- hvordan kan man legge til rette for bruk?
- noen planer for hvordan man skal få flere ansatte med?

13. Er det utfordringer som oppstår?

- eks. tid, kviing for sang og dans, ”merarbeid”, ressurser etc.
- dersom ja, hvordan tror du man kan løse disse utfordringene?

14. Hvilke effekter ser dere at MMB har?

- ser du/dere nytte av tiltaket/behandlingen?

15. Hvor stor del synes du MMB skal være av hverdagen/behandlingen?

16. Hvordan ser du for deg at det blir fremover/fremtiden med bruk av MMB?

- hvordan få det til å leve videre etter kurset på arbeidsplassen?

17. Hvor ofte deltar ansatte på kurs?/Blir en del av ny politisk implementering?

18. Er det aspekter vi ikke har vært inne på som du vil trekke frem/tilføye?

9.3.3 NKKHO - kompetansesenteret

Informere om etiske hensyn; anonymisering, frivillig og informert samtykke, mulighet til å trekke seg underveis. Spør om samtykke.

1. Bakgrunn; kjønn, alder, arbeidsstilling, hvor lenge på arbeidsplass, antall år i helsesektor.

2. Fortell om kompetansesenteret.

3. Hvordan vil du beskrive begrepet musikkbasert miljøbehandling?

4. Hva er dine tidligere erfaringer med musikkbasert miljøbehandling?

5. Hvordan vil du forklare hva opplæringsprogrammet «Musikkbasert miljøbehandling» er, og skal bidra med?

6. Hva er målet med MMB?

7. Fortell om/forklar den politiske prosessen bak tiltaket.

8. Beskriv samarbeidet med Helsedirektoratet.

- hvordan foregår samarbeidet

- arbeidsdeling

- hvor tett

- hvor mye styring

- kommunikasjon

- hvilket perspektiv som ligger til grunn for styring

politikkdesign:

mål

midler; instrumenter, organisering og ressurstildeling – hvordan fordeles midlene?

- tydelige fra direktoratet, hvor mye skjønn i arbeidet med MMB?

- noe kontakt med Helse- og omsorgsdepartementet?

9. Fortell om prosessen med utarbeidelse av opplæringsprogrammet.

- de ulike kursene

- hvordan kommer dere i kontakt med folk? (ledere, ansatte, FOU etc.)

- hvordan markedsføres det? – hvor mye ressurser?
- hvordan oppleves holdninger og interesse for kurset/tematikken?
- hvor stort nettverk fra før? nå?

10. Hvordan har opplevelsen vært på kurs, hvordan opplever du mottagelsen fra ansatte?

- ledere + andre aktører
- hvilke tilbakemeldinger? Også i etterkant?
- hvor mange deltakere på de forskjellige modulene/kursene?
- hvordan spredning?

11. Hvordan ønskes det at det skal bli iverksatt på sykehjemmene?

12. Hva må til for at slik kompetanse kan brukes på arbeidsplassen?

- hvordan implementere?
- hvordan få andre ansatte og ledere med som ikke har vært på kurs?
kan det læres bort?

13. Hva gjøres for å oppnå dette?

- ble det snakket om/diskutert på kurs?
- hvordan engasjere de ansatte
- innspill fra ansatte?
- skape holdninger og interesse
- tydelige ledere etc.

14. utfordringer med gjennomførelse?

- programmet
- på arbeidsplassen for ansatte

15. Hvilke effekter ser dere at MMB har?

- forskjell i vellykkethet avhengig av kursene?

16. Hva mener du er viktig for at et slikt tiltak skal lykkes?

- hvilke betingelser må være der for at det skal fungere i praksis
- fra politisk hold
- fra oppdragsgiver
- på sykehjem (ansatte og ledere)

17. Hva vil være en vellykket implementering for dere?

18. Hva er planene fremover med opplæringsprogrammet MMB?

- hvilke brukergrupper? (når, hvordan, hvor)
- ulike grupper på samme kurs?
- hvor langt tidsperspektiv på implementering?

19. Er det aspekter vi ikke har vært inne på som du vil trekke frem/tilføye?

9.3.4 Helsedirektoratet

Informere om etiske hensyn; anonymisering, frivillig og informert samtykke, mulighet til å trekke seg underveis. Spør om samtykke.

1. Bakgrunn; kjønn, alder, arbeidsstilling, hvor lenge på arbeidsplass, antall år i helsesektor.
2. Hvordan vil du beskrive begrepet musikkbasert miljøbehandling?
3. Hvordan vil du forklare hva opplæringsprogrammet «Musikkbasert miljøbehandling» er, og skal bidra med?

4. Hva er målet med MMB?

- Hvordan ønskes det at det skal bli iverksatt på sykehjemmene?

5. Forklar den politiske prosessen bak tiltaket. (gangen i prosessen)

- helt fra starten
- drivkraft/visjon, mål
- planlegging?
- initiativtakere
- ansvar
- hvilke aktører er involvert
- informasjonsinnhenting
- erfaringer
- forhandlinger
- utlysning
- arbeidsdeling
- tidsbruk
- mål

politikkdesign:

mål

midler; instrumenter, organisering og ressurstildeling

- tydelige fra departement, hvor mye skjønn i arbeidet med MMB?

instrumenter: regler, informasjon, økonomiske styringsinstrumenter, serviceleveranse

6. Hva er helsedirektoratets rolle underveis?

- hvordan blir det implementert
- hvordan organiseres det; hvorfor slik
- styring; hvilket perspektiv
- hvilke mål, struktur, føringer?
- planlegging, koordinering

- hvordan er oppgavene og ansvar fordelt
- kontroll, hvordan skape forpliktelse
- informasjon
- kommunikasjon
- samarbeid
- i forhold til offentlige instanser og oppdragstaker
- tverrfaglighet
- hvor mye tid brukes på dette spesifikke tiltaket?
- hvor mange ansatte jobber med MMB?

7. Hvordan foregår samarbeidet med kompetansesenteret?

- arbeidsdeling
- hvor tett
- hvor mye styring, kontroll
- kommunikasjon
- hvilket perspektiv som ligger til grunn for styring

8. Hva mener du er viktig for at et slikt prosjekt skal lykkes?

- hvilke betingelser må være der for at det skal fungere i praksis
- fra politisk hold
- fra oppdragsgiver
- på sykehjem (ansatte og ledere)

9. Hva er utfordringer?

- hva gjør dere for å møte disse?

10. Hvilke effekter ser dere at MMB har?

11. Hvordan oppleves holdninger og interesse for tematikken fra ulike aktører?

12. Hvordan jobbes det for å få politikken ut i livet? Flere tiltak, arbeidsoppgaver?

- jobbes det på andre måter

13. Prioritet sammenlignet med andre ting/tiltak?

14. Hva er fremtidige planer for tiltaket/feltet?

- langtidsperspektiv?
- ressurser

15. Er det aspekter vi ikke har vært inne på som du vil trekke frem/tilføye?

9.3.5 USHT-ansatt

Informere om etiske hensyn; anonymisering, frivillig og informert samtykke, mulighet til å trekke seg underveis. Spør om samtykke.

1. Bakgrunn: kjønn, alder, arbeidsstilling, hvor lenge på arbeidsplass, antall år i helsesektor.
2. Fortell om arbeidsstilling.
 - Fagutvikling, spre kompetanse, dele kunnskap, prosjekter og erfaringer
 - arbeidsoppgaver? Hvordan jobber?
3. Hvordan vil du beskrive begrepet musikkbasert miljøbehandling?
4. Hva er dine tidligere erfaringer med musikkbasert miljøbehandling?
5. Hvordan vil du forklare hva opplæringsprogrammet ”Musikkbasert miljøbehandling” er?
6. .. og skal bidra med?
7. Fortell om din rolle som kursarrangør.
8. Fortell om deltakelse på kurset.
 - helsepersonell på kurs: hvordan har opplevelsen vært, hvordan opplever du mottagelsen fra dem?
 - forskjell ulike yrkesgrupper?
 - forskjell mellom ledere og ansatte?
9. Fortell om samarbeidet med kompetansesenteret
 - hvordan foregår samarbeidet
 - arbeidsdeling
 - hvor tett
 - hvor mye styring
 - kommunikasjon
 - (markedsføring)
10. Hvilke effekter ser dere at MMB har?
11. Hva er kommunen sin rolle? Ansvar?
12. Hvilken kontakt med det politiske apparat?
 - kontakt med helsedirektoratet?
13. Hva mener du er viktig for at et slikt tiltak skal lykkes?

- fra politisk hold
- fra oppdragsgiver
- kompetansesenteret
- på sykehjem:

hvordan bør det iverksettes på sykehjemmene?

hva tror du må til for at ansatte tar det i bruk på arbeidsplassen

hvilke utfordringer er det for de ansatte?

hvordan kan en løse dette?

hvordan skape engasjement blant ansatte, få andre med seg, ledere med

14. Hva er planene fremover med opplæringsprogrammet/din involvering videre?

15. Er det aspekter vi ikke har vært inne på som du vil tilføye?

9.4 Kartleggingsskjemaer for musikkpreferanser og uro

9.4.1 Musikkpreferanseskjema

Vurdering av musikkpreferanse

Dette skjemaet er tenkt brukt som utgangspunkt for en hyggelig, uformell samtale med en bruker. På forhånd bør du hvis mulig, ha hatt en samtale med pårørende og spurt hva de vet om denne personens musikksmak og erfaring med sang og musikk. (F.eks. om spilt instrument/sunget i kor/spilt i korps eller orkester, likt å høre ønskekonserten, Kontrapunkt eller andre musikkprogram på radio eller fjernsyn, om tradisjon for allsang i familiesammenkomster, sunget voggesanger/barnesanger da barna var små, gått på konserter, sunget i forbindelse med foreningsliv, politisk virksomhet, kirkegang etc.) Bruk gjerne dette skjemaet som hjelpemiddel da også.

Er du glad i sang og musikk?

Hvor viktig har sang og musikk vært i livet ditt? (Sett kryss ved ett alternativ)

- Svært viktig
- Nokså viktig
- Lite viktig
- Ikke viktig

Spiller du et musikkinstrument (for eksempel piano eller gitar)?

Har du spilt i korps, spellemannslag, orkester, band eller annet?

Liker du å synge?

Har du stått i kor, sunget for barna da de var små, sunget ved familiesammenkomster, i forbindelse med foreningsliv, ved høytider som jul og 17. mai eller i andre sammenhenger?

Liker du å danse?

Har du gått på danseskole, danset ballett, vært med på leikarring, lørdagsdans på lokalet, låvedans, vært aktiv under dans på fest?

NB Nedenfor kommer oppgaver som krever gjenkallingshukommelse. Den er ofte svært redusert hos demensrammede. Hvis de ikke selv umiddelbart nevner navn eller titler, så prøv å nevne noen for dem og se om de gjenkjenner (her kan du bruke eventuelle tips fra pårørende eller benytte opplysningene om andre sang- eller musikkstykker fra de ulike sjangrene) Ikke la hukommelsessvikt gi personen nederlagsfølelse. De fleste av oss synes det er vanskelig å komme på navn og titler.

Kan du komme på en sang eller musikkstykke som du opplever gjør deg godt og som du gjerne velger når du ønsker å lytte til musikk? Gi eksempler på utøver/artister som du setter spesiell pris på.

Kan du komme på musikk som du selv setter særlig pris på?

Preferansebestemmelse via sjangere og musikk eksemppler

Nedenfor er det satt opp en liste over forskjellige musikk-kategorier eller sjangere. Spør først om forholdet til musikk, hvis personen er i stand til å svare meningsfullt. Sett kryss ved kategorier som denne personen ser ut til å like – eller la personen indikere hvor godt han eller hun liker musikken ved å gi en nummerangivelse på en skala:

3 – liker svært godt; ”min musikk”

2 – liker; ”bra musikk”

1 – ok, nøytralt; verken godt eller dårlig; lydkulisse

0 – støy; liker ikke; ”slå av musikken!”

Legg merke til ansiktsuttrykk og engasjement i tillegg til det som sies. Spill musikk eksemppler fra hver kategori. Bruk responsen som utgangspunkt eller peilepinne for hva som treffer personen. Hvis brukeren ikke liker musikken eller virker uinteressert, så stopper du musikken etter en kort stund og går videre til neste stykke.

Musikksjangre med eksempler

Sjangrene vi har valgt å bruke er:

- Kjente sanger: «De nære ting», «Lys og varme», «Tango for to»
- Barnesanger/skolesanger: «Blåmann», «Anne Knutsdotter», «Den fyrste song»
- Viser: «I natt jag drömde», «Gje meg handa di», «Blåveispiken»
- Gamle slagere/evergreens: «What a wonderful world», «My way», «You raise me up»
- Popmusikk: «Yesterday», «La det swinge», «Take on me»
- Ballader: «Bridge over troubled water», «Hallelujah», «Liten fuggel»
- Rock: «Blue suede shoes», «Proud Mary», «Splitter pine»
- Country: «Cottonfields», «I love you because», «Den finast eg veit»
- Dansemusikk: «Leende guldbruna øgon», «Dancing queen», «Billie Jean»
- Folkemusikk/verdensmusikk: «Reinlender», «Greensleeves», «On your shore»
- Jazz: «Summertime», «Take five», «It don` t mean a thing»
- Klassisk/opera: «Våren» (Vivaldi), «Morgenstemning» (Grieg), «Nessun dorma» (Puccini)
- Julesanger: «Deilig er jorden», «Det lyser i stille grender», «White Christmas»
- Religiøs/åndelig musikk: «Halleluja-koret», «Amazing grace», «Blott en dag»
- Annet: «Ja, vi elsker», «Valdresmarsjen», «Videre» (Rogg/Myskja, CD 2).

Kartlegging av musikkpreferanse

Sang:	Artist:	Sjanger:	Pasientens/brukerens bevegelser/uttrykk/reaksjoner:

Kilde: <https://musikkbasertmiljobehandling.no/dokumenter/>

9.4.2 Uroskjema

Registrering av døgnrytme/atferd

Registreringsskjemaet er et hjelpemiddel for å få oversikt over døgnrytme/atferd og eventuelt endring av atferd over tid. Unngå for mange variabler. Maksimum 4 problemområder, eventuelt situasjoner hvor problematferd ikke er til stede. Unngå også sammensatt registrering som for eksempel «sint/slå/sparke».

Skjemaet må sees i sammenheng med pleieplan og allerede iverksatte tiltak. Det er sentralt at ALLE felt fylles ut. Er du usikker, bruk ditt beste skjønn.

Pasientens navn:

Romnummer:

Uke:



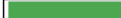





Årstall:

Kl.slett/ dato	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05

VEILEDENDE FARGEBRUK VED REGISTRERING AV DØGNRYTME/ATFERD

Symbolfeltene skraveres med ulike farger. I anmerkningsfeltet noteres eventuelle utenforliggende faktorer som har betydning for pasientens døgnrytme/atferd.

Eksempel: «Uro i avdelingsbesøk», «ekstra medisin»

Farge	Atferd beskrivelse	For eget bruk
	Rød = fysisk aggresjon	
	Blå = rolig/normal atferd	
	Grønn = søvn	
	Gul = verbal aggresjon	
	Rosa = engstelse	
	Grå = forvirring	
	Oransje = verbal uro	
	Svart = vandring	

Kilde: <https://musikkbasertmiljobehandling.no/dokumenter/>

9.5 Ledernes aktivitet

Tabell 6: Ledernes aktivitet rundt kursdeltakelse

Lederne i studien	Oslo	Voss	Grimstad	Trondheim
Deltok på kurset	Nei	Ja, siste kursdag	Ja, hele ledergruppen	Nei
Bakgrunnen for deltakelse	Tilfeldig, ble kontaktet av NKKHO	Mail fra områdeleder om deltakelse. I virksomhetsplan området Vest	Tre ansatte som etterspurte kursing i MMB	Vet ikke. USHT: Kontaktet leder via e-post
Rekruttering/påmelding	Ble spurt av NKKHO	Vet ikke	Kontaktet Myskja selv	Fikk mail fra USHT
Finansering	Tilbudt noen gratisplasser av NKKHO, byttetjeneste	Vet ikke	Tilbudt 10 gratisplasser av NKKHO, byttetjeneste	Finansiert av kommunen.
Informasjon/kommunikasjon fra arrangører	Ikke så mye, men savner ikke noe. Fikk informasjonsmateriale i forkant	God kommunikasjon, engasjerte og flinke til å svare på spørsmål	Deltok på alle samlingene	Vet ikke, var ikke leder på tidspunktet
Kursdeltakernes tilbakemelding	Snakket mye med de to ansatte, gode tilbakemeldinger	Inspirerende kurs. Delte erfaringer med andre deltakere	Gode tilbakemeldinger, deltok og diskuterte med ansatte på kurset	Har fortalt at kurset var spennende, bra opplegg og at de lærte mye