



RAPPORT

«Itjnå tvil. Det virke!»

Kultur for helse og verdighet
- eksemplet Ytterøy helsetun

Gjermund Wollan

Høgskolen i Nord-Trøndelag
Rapport nr 97

Steinkjer 2014



HINT

«Itjnå tvil. Det virke!»

Kultur for helse og verdighet
- eksemplet Ytterøy helsetun

Gjermund Wollan

Høgskolen i Nord-Trøndelag
Rapport nr 97
ISBN 978-82-7456-716-0
ISSN 1504-7172
Steinkjer 2014



Høgskolen i Nord-Trøndelag utgir følgende publikasjonsserier: Rapport, Utredning, Arbeidsnotat og Kompendium

HiNT-Rapport forbeholdes publisering av forskningsarbeider som utgår fra HiNTs fagmiljøer. Rapportene skal fagfelleverderes på faglig og formelt grunnlag før publisering.

Se: http://www.hint.no/forskning/publisering/hint_publicasjoner

Høgskolen i Nord-Trøndelag

Tilgjengelighet
Åpen

Publiseringstype
Digitalt dokument (pdf)

Redaksjon
Bibliotekleder

Kvalitetssikret av
Forskningsleder Christian Wendelborg (ekstern)
Førsteamanuensis Ellen Saur (ekstern)

Nøkkelord: Kultur og helse, tilstedeværelse, organisasjonskultur, sted, innovasjon

Key words: Culture and health, presence, organizational culture, place, innovation

Opplysninger om publikasjonsserien fås ved henvendelse HiNT:
Biblioteket Steinkjer, Postboks 2501, 7729 Steinkjer, tlf. 74 11 20 65 eller epost:
bibsteinkjer@hint.no eller bibliotekleder@hint.no

Fagfellevurderinger

Rapporten «*Itjnå tvil. Det virke!*» *Kultur for helse og verdighet - eksemplet Ytterøy helsetun*» av Gjermund Wollan er en grundig forskningsrapport som oppfyller vitenskapelige kriterier for en forskningsrapport.

Rapporten har klare forskningsspørsmål som blir besvart. For å belyse forskningsspørsmålene har Wollan brukt fenomenologisk metode og en case fra Nord-Trøndelag. Fokus har vært på relasjon hjelper-pleier og betydningen av tilstedeværelse for implementering av kulturelementer i eldreomsorgen. Wollan har en grundig gjennomgang av sitt teoretiske og filosofiske utgangspunkt som er Eksistensialistisk-humanistisk filosofi hvor han særlig har basert seg på Buber og Rogers. Metod delen er særdeles grundig. Metod delen gir både en grundig beskrivelse av perspektiv, gjennomføring og analysestrategi, samt de valg som er tatt rundt intervju og observasjon. Videre er det gjort en diskusjon rundt hvordan disse valgene påvirker validitet (pålitelighet og gyldighet), samt diskusjon om etiske forhold. Det gis en fylldig gjennomgang av empirien (Kapittel 4) og refleksjoner rundt dette (kapittel 5). Dette gir en godt grunnlag for å besvare forskningsspørsmålene og får med leseren på Wollans argumentasjon og tolkninger som styrker troen og etterprøvbareheten i Wollans konklusjoner. Min konklusjon er at denne forskningsrapporten oppfyller vitenskapelige kriterier for en forskningsrapport. Det skal også tillegges at et såpass lite prosjekt på rundt 200 timer har fått en veldig grundig rapport.

Christian Wendelborg
Forskningsleder, NTNU

Denne rapporten bidrar til å utvikle kunnskap om demensomsorgen og hvordan det å arbeide med kulturelle opplevelser kan være et viktig bidrag i dette feltet. Rapporten bygger på et kvalitativt empirisk grunnlag som gjennom dette arbeidet løftes og diskuteres i et filosofisk meta-perspektiv. Den bidrar til å diskutere viktige eksistensielle spørsmål som berører demensomsorgen, og som må belyses i et bredere spekter enn bare innenfor det rent helsefaglige. Rapporten er etterrettelig skrevet etter vitenskapelige standarder, og må sees på som et viktig bidrag i denne kunnskapsproduksjonen, og den bygger på et solid faglig grunnlag.

Ellen Saur
Førsteamanuensis, NTNU

Forord

Denne forskningsrapporten fokuserer på hvordan helsearbeidere bruker kulturelle virkemidler i arbeidet med eldre og eldre demente og hvordan de opplever dette arbeidet i en konkret praksissituasjon. For det første er det lagt vekt på å få fram betydningen av nærvær, dialog og tilstedeværelse som betingelse for å kunne bruke kulturelle elementer i utvidet omsorg. For det andre er det lagt vekt på å vise hvordan det jobbes med kultur og helse i organisasjonen som helhet, samt å vise forholdet mellom organisasjonskultur og innovasjonsevne. For det tredje blir trekk ved Ytterøy som sted til en viss grad belyst, da stedskonteksten også synes å ha betydning for arbeidet med kultur og helse.

Arbeidet er utført av førsteamanuensis Gjermund Wollan ved Høgskolen i Nord-Trøndelag (HiNT) i perioden september 2012 til desember 2013. Med dette rettes det en stor takk til oppdragsgiver Tverrfaglig senter for kultur og helse i Levanger kommune og til leder og ansatte ved Ytterøy helsetun, som tok i mot undertegnede på beste måte og stilte velvillig opp til intervju. En takk går også til fagmiljøet rundt meg ved HiNT, Trøndelag forskning & utvikling (TFoU) og geografisk institutt ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU). En spesiell takk går til Tor Christian Wollan for mange og berikende samtaler underveis i prosessen, knyttet til betydningen av dialogen og det terapeutiske møtet.

Skogn, 01. 04. 2014

Gjermund Wollan

Sammendrag

Rapporten «*Itjånå tvil. Det virke!*» *Kultur for helse og verdighet - eksemplet Ytterøy helsetun*» er tuftet på eksistensialistisk-humanistisk tenkning, der omsorg grunnleggende sett handler om det å *verne liv*, og det å bidra til at den trengende får *et verdig liv*. Det å bruke kulturelementer i utvidet omsorg, blir i denne sammenheng noe som kan bidra til helse, verdighet og livskvalitet. Tanken bak denne rapporten er å bidra til å utvikle kunnskap spesielt innen demensomsorgen, og hvordan det å arbeide med kulturelle opplevelser kan være et viktig bidrag i dette feltet. Rapporten bidrar til å diskutere viktige eksistensielle spørsmål som berører demensomsorgen, og som belyses i et bredere spekter enn bare innenfor det rent helsefaglige.

Forskeren møtte forskningsfeltet og Ytterøy Helsetun med følgende forskerspørsmål:

- *Hvordan brukes ulike kulturelementer og miljøtiltak i utvidet omsorg?*
- *Hva betyr hjelper-pleier relasjonen, med hovedvekt på tilstedeværelse, for implementering av kulturelementer i utvidet omsorg?*
- *Hvilke faktorer ved arbeidsmiljøet er viktig for implementering av kulturelementer i utvidet omsorg?*

Forskningsspørsmålene er forsøkt besvart ved hjelp av intervju av helsearbeidere ved Ytterøy helsetun, samt ulike former for observasjon av praksis. Metodedelen gir en beskrivelse av perspektiv, gjennomføring og bruk av fenomenologisk analysestrategi, samt viser de valg som er tatt rundt intervju og observasjon. Videre er det gjort en diskusjon rundt hvordan disse valgene påvirker validitet (pålitelighet og gyldighet), samt diskusjon om etiske forhold. Det gis også en gjennomgang av empirien, og refleksjoner rundt dette i egne kapitler.

Ved Ytterøy helsetun har man siden 2005 brukt musikk og sang på en systematisk måte i utvidet omsorg. I dette arbeidet har lege og musikkterapeut Audun Myskja vært en viktig katalysator. Helsearbeiderne mener at arbeidet med kultur og helse er med på å gi eldre og eldre demente livskvalitet og et verdig liv. Ulike situasjoner krever ulik bruk av musikk; noen ganger er det for å gi ro, andre ganger for å skape en god start på dagen, glede, trivsel og muligheter for bevegelse. I tillegg til individuell musikkterapi brukes også musikk aktivt i felleskapet. Musikken bidrar dermed til å skape og opprettholde en sosial arena, både for de

eldre, men også for møtet mellom eldre, eksterne frivillige og de ansatte. Det synes å være en kultur for musikk på Ytterøy som bidrar til å befeste en slik aktivitet og arena.

Selv om musikk framstår som en grunnholdning i arbeidet med utvidet omsorg ved Ytterøy helsetun, brukes andre kulturelle virkemidler som sansing, sansehage, grønn omsorg, bruk av velferdsteknologi (Sela), speilingaktiviteter og trim/fysisk aktivitet, for å gjøre dagen så god som mulig for de eldre. Basert på helsearbeidernes egne utsagn og ved hjelp av deltakende observasjon, ser man at det ofte er ulike virkemidler som brukes sammen når situasjonen krever det. Dermed har man et handlingsrepertoar av ulike virkemidler å spille på.

I arbeidet med kultur og helse i praksis viser rapporten at tilstedeværelse er grunnleggende viktig for å nå inn til brukerne/pasientene med de ulike kulturelle tiltakene. Tilstedeværelse som begrep blir innenfor humanistisk psykologi forstått som det å fokusere på den menneskelige dimensjonen og det terapeutiske møtet i alt omsorgsarbeid. Spesielt legges det vekt på betydningen av å være ekte (kongruent) i møtet med brukerne/pasientene, det å vise brukerne respekt, leve seg inn i deres situasjon og arbeide for å skape tillit og trygghet. Selv når man bruker individualisert musikk, er kroppslig tilstedeværelse og full oppmerksomhet i handling viktig, noe som betyr mye for utfallet av dialogen og det terapeutiske møtet. Til tross for gode rutiner og systemer, er også evnen til å improvisere viktig, spesielt når ingen dag er lik. For å lykkes med dette trekker helsearbeiderne stadig veksler på egne og andre ansatte sine erfaringer, kunnskap og kompetanse.

Arbeidet med kultur og helse blant eldre og spesielt eldre demente er krevende, og «ingen dag er lik». Det kan også oppleves som krevende å skulle by på seg selv i slike situasjoner; f.eks. gjennom å bruke sang som virkemiddel. Dette arbeidet kunne neppe vært utført uten en betydelig grad av psyko-sosial støtte i egen organisasjon, det som i rapporten kalles «organisasjonskultur for samspill, involvering, engasjement og faglig utvikling». Det er mot denne bakgrunnen at arbeidet med kultur og helse, til tross for alle utfordringene man møter på, framstår som meningsfullt og gir jobbtilfredsstillelse for den enkelte helsearbeider ved Ytterøy helsetun. Samspillet mellom helsearbeiderne og samspillet med ledelsen kan karakteriseres som meget godt. De ansatte legger spesielt vekt på at ledelsen både er synlig, åpen for nye tiltak og støttende, samt dyktig til å følge opp de aktivitetene og tiltakene som er satt i verk. Ledelsen på sin side er opptatt av de positive effektene som arbeidet med kultur og

helse har, både for brukere, helsearbeidere og lokalsamfunnet, og ser betydningen av å fortsette arbeidet med å bruke kulturelementer i helsesammenheng, i framtida.

En viktig del av det å bygge en organisasjonskultur for helse, handler om læring og kunnskapsutvikling. Det er lagt vekt på god formell utdanning og kompetanse blant de ansatte, samt kursing. Internt deler man kunnskap og gir råd i praktiske arbeidssituasjoner og når man møtes på vaktrommet. I tillegg er fagsystemet og brukerprofilen viktig for riktig oppfølging av den enkelte. Personalmøtet blir ansett som den viktigste uformelle arenaen internt for faglig diskusjon og deling av kunnskap. På dette grunnlaget er det derfor optimisme i forhold til framtida og det å satse videre på musikk og helse, fordi som det blir sagt: *«Itjånå tvil, det virke!»*.

Arbeidet med kultur og helse ved Ytterøy helsetun er nyskapende, og nyskaping og innovasjon blir sett på som et nødvendig tilsvarende på dagens store utfordringer innenfor helse- og omsorgssektoren. Derfor er det klokt å se utviklingen på Ytterøy helsetun også i et systemisk perspektiv; der samspillet mellom ulike offentlige og frivillige aktører stadig generer ny kunnskap på feltet, som i neste omgang kan tas ut i form av endrede tilbud («produkter»), tjenester eller arbeidsmetoder. Ytterøy helsetun har lenge vært en aktiv del av kultur-helsenettverket i regionen, ikke minst har helsearbeidere fra Ytterøy helsetun bidratt til å formidle egne erfaringer og resultater til andre.

INNHOLDSFORTEGNELSE

KAPITTEL 1: INTRODUKSJON	3
1.1 Mandat og forskerspørsmål	3
1.2 Ytterøy helsetun	5
KAPITTEL 2: EKSISTENSIALISTISK-HUMANISTISK FILOSOFI	8
2.1 Eksistensialistisk-humanistisk tenkning	8
2.2 Betydningen av møtet og dialogen i Bubers filosofi	9
2.3 Tilstedeværelse som forutsetning for god terapi og pleie	11
2.4 Pre-terapi	15
2.5 Kontekst og stedsopplevelse	17
2.6 Oppsummering	18
KAPITTEL 3: FENOMENOLOGISK METODE	19
3.1 Kvalitativ metode	19
3.2 Fenomenologisk tilnærming	20
3.3 Det halvstrukturerte dybdeintervjuet og valg av forskningsdeltakere	24
3.4 Forberedelser til intervjuene	25
3.5 Gjennomføring av intervjuene	26
3.6 Transkripsjon	27
3.7 Observasjon	28
3.8 Analysestrategi	31
3.9 Kvalitet i forskningen	32
3.10 Etske betraktninger	34
3.11 Forskerrollen og refleksivitet	34
3.12 Oppsummering	34
KAPITTEL 4: MØTET MED PRAKSISFELTET	36
4.1 Omsorg og det å kjenne brukeren som menneske	36
4.2 Møtet, relasjonen og det gode øyeblikket	38
4.3 Om å være tilstede, for og med «den andre»	42
4.3.1 Tillit, trygghet og respekt	42
4.3.2 Empati	45
4.3.3 Ubetinget positiv aksept	46
4.3.4 Ekte tilstedeværelse	46
4.4 Kultur for helse og et verdig liv	47
4.4.1 Engasjement og systematikk	47
4.4.2 Individuelle musikkopplevelser	48
4.4.3 Musikk for opplevelser i felleskap	53
4.4.4 Optimisme med tanke på framtida	54
4.5 Organisasjonskultur for samspill, involvering, engasjement og faglig utvikling	56
4.5.1 Læring og deling av kunnskap	59
4.6 Sammendrag intervju i praksisfeltet	60
KAPITTEL 5: REFLEKSJONER ETTER MØTET MED PRAKSISFELTET	63
5.1 Verdighet og livskvalitet	63
5.2 Ekte tilstedeværelse	64
5.2.1 Tillit fremmer åpenhet og trygghet	65
5.3 Evnen til å improvisere	66
5.4 Profesjonalitet og forholdet nærhet-distanse	67
5.5 Hjemfølelse	68
5.6 Innovasjon i systemisk perspektiv	68

KAPITTEL 6: AVSLUTNING OG PERSPEKTIVERING 69

KAPITTEL 1: INTRODUKSJON

1.1 Mandat og forskerspørsmål

I denne forskningsrapporten er fokus rettet mot kultur og helse, slik det praktiseres ved Ytterøy helsetun i Levanger kommune, Nord-Trøndelag. Mandatet og problemstillingen er gitt av Tverrfaglig senter for kultur og helse, forankret i Levanger kommune, og med Nord-Trøndelag fylkeskommune, Høgskolen i Nord-Trøndelag (HiNT), HUNT Forskningscenter, NTNU og Helse Nord-Trøndelag (HNT) som samarbeidspartnere. Utgangspunktet for denne forskningsrapporten var grundige diskusjoner og tanker mellom oppdragsgiver og forsker om betydningen av å gå dypere inn i en praktisk case for å vinne innsikt i ulike aspekter ved kultur og helse som fenomen. Derfor er forskningsspørsmålene utviklet i fellesskap før prosjektet startet. Spørsmålene som ønskes belyst gjennom Ytterøya helsetun som case, er som følger:

Forskerspørsmålene:

- *Hvordan brukes ulike kulturelementer og miljøtiltak i utvidet omsorg?*
- *Hva betyr hjelper-pleier relasjonen, med hovedvekt på tilstedeværelse, for implementering av kulturelementer i utvidet omsorg?*
- *Hvilke faktorer ved arbeidsmiljøet er viktig for implementering av kulturelementer i utvidet omsorg?*

Inngangen til dette prosjektet er tuftet på følgende eksistensialistiske grunnholdning: Omsorg blir forstått som et tilsvarende på menneskelivets ikke-valgte grunnvilkår; sårbarhet, avhengighet, skjørhet og dødelighet (Henriksen og Vetlesen 2006). Omsorg er grunnleggende sett det å *verne liv*, og bidra til at den trengende får *et verdig liv*. Tanken bak å bruke kulturelementer og kulturuttrykk, i tillegg til nødvendige helsefaglige oppgaver, er at man skal bidra til å gi mennesker et verdig liv. På denne måten snakker man om et utvidet omsorgsbegrep. Sang, varierte kulturelle innslag og fysiske aktiviteter, har lenge vært brukt ved eldresentre og helsetun, men nå tilføres en ny dimensjon som krever kunnskap om nye terapeutiske verktøy, kunnskap om brukeren, betydningen av tilstedeværelse og systematisk evaluering av de terapeutiske møtene. I følge Førde, Pedersen, Nortvedt & Aasland (2006), er mellom 15 og 20% av alle personer over 75 år rammet av demens. Omsorg for pasienter innebærer en betydelig arbeidsbelastning og stiller nye krav til helsearbeiderne. Derfor er det viktig å finne

ut mer om hvordan de arbeider og opplever arbeidet med kultur og helse, både individuelt og som del av et fellesskap.

I St.meld.nr.25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer, står det: «*En rekke undersøkelser tyder på at det er på det sosiale og kulturelle området dagens kommunale omsorgstjeneste først og fremst kommer til kort*» (s. 98). Videre står det: «*Kunst og kultur er viktige kilder til opplevelser og gir oss et språk og uttrykksformer til å formidle inntrykk, tanker og opplevelser vi ellers vanskelig finner ord for. Kulturelle uttrykk har derfor sin egenverdi knyttet til selve livet. Men kultur kan også gi god helse, og ha forebyggende og behandlende effekt*» (s. 100). På denne måten retter styresmaktene oppmerksomheten mot betydningen av kultur, aktivitet og trivsel (aktiv omsorg) for beboere ved sykehjem, aldershjem, omsorgsboliger og andre som har et stort behov for bistand.

De senere årene har det i Norge og Sverige blitt forsket på kultur og helse med ulike vinklinger, teorigrunnlag og metodologi (Cuypers m.fl. 2011). Mens noen undersøkelser retter seg mot betydningen av kulturelle aktiviteter og deltakelse for helse (f.eks. Bygren m.fl. 1996, Skjei Knudtsen m.fl. 2005, Cuypers m.fl. 2011,), samt betydningen av musikk og helse (f.eks. Ruud 2006, Theorell 2009), er annen forskning rettet mer mot musikk brukt i demensomsorg (f.eks. Myskja 2011). I denne sammenheng representerer Myskjas doktoravhandling fra 2011, *Integrated music in nursing homes – an approach to dementia care*, en milepel. Den gir en grundig gjennomgang av feltet og har i tillegg en litteraturgjennomgang av musikk innenfor demensomsorg i ulike tidsperioder, fra 1970-2010 (Myskja 2011:87-94). Når musikk og sang brukes individuelt og i fellesskap rettet mot eldre og eldre demente, så er det nærliggende å argumentere for at det er den antropologiske kulturforståelsen som er virksom; kultur forstått som tro, verdier og normer innebygd i menneskers hverdagspraksis og levemåte (Smith & Riely 2009). Musikk og sang som terapeutisk virkemiddel har nettopp som mål å bidra til å skape følelser og vekke minner fra tidlige liv og virke.

Når man fokuserer på kultur og utvidet omsorg, er det også fordi det har skjedd en dreining i forståelsen av selve omsorgsprosessen; tidligere var fokus mest på pleie og hjelp, men nå snakker man også om personsentrering, vekst og utvikling, uansett hvordan en bruker eller pasient har det i utgangspunktet. Dette representerer et positivt syn på mennesket og dets iboende muligheter. Den humanistiske psykologen Carl Rogers kaller dette for «*conditions of growthful relationships*», mens sosialpsykologen Tom Kitwood snakker om «*a new culture of*

dementia care». I følge Geller & Greenberg (2012) retter dette også søkelyset mot hvordan terapeuten eller helsearbeideren opplever situasjonen, fordi det dype terapeutiske møtet krever noe av både terapeut- klient eller hjelper- pleier for å være ekte og virkningsfullt. Hvordan er man forberedt? Hva skjer i prosessen? Hvordan blir erfaringen og kunnskapen tatt vare på?

1.2 Ytterøy helsetun

Levanger kommune er organisert i resultatenheter, og en av disse enhetene er Distrikt Sentrum – Ytterøy, med administrasjon ved Levanger Bo og Aktivitetssenter (LBAS). Denne enheten omfatter også Ytterøy helsetun med sykeheim og hjemmetjenester, som i 2012 består av 10 sykeheimplasser og 13 omsorgsboliger i og omkring hovedhuset på Ytterøya. Personalgruppen består av avdelingsleder, sykepleiere, fagarbeidere og assistenter. I tillegg er Ytterøy en del av en enhet i Pleie og omsorg i Levanger kommune, med enhetsleder og merkantile. Med små og store stillinger er det rundt 30 ansatte, og Ytterøya fikk egen avdelingsleder i 2001. Ved sykeheimen innvilges det både korttids- og langtidsopphold. Det er ikke klassifisert om et rom er for langtids- eller korttidsopphold, men man bruker de ledige rommene til de som får tildelt tjenesten i inntaknemnda i Levanger kommune, basert på de behov pasientene har. Det er alle typer pasienter, både fra Ytterøya og «fastlandet», men som i resten av institusjonene i helse-Norge, er det mange personer med kognitiv svikt, i forhold til demenssykdommer eller lignende atferd. Noen pasienter har krysningsdiagnoser i mellom demenssykdommer og psykiatri. Så er det noen med større grad av egenomsorg som bor i omsorgsboligene tett ved hovedbygget. I hovedbygget er sykeheims-rommene stort sett i andre etasje, mens fellesarealet er i første. I og med at omsorgsboligene er så nær hovedbygget, er deres fellesareal også i hovedbygget. Dette blir sett på som positivt i forhold til sosial og kulturell aktivitet, da de med størst behov for hjelp, og som bor i hovedbygget, får hjelp av de andre, som blir drivere i den sosiale og kulturelle aktiviteten. Det presiseres at det er ingen som bor i omsorgsbolig og på sykeheim i dag, som ikke har grunn for å bo der, men noen har allikevel mer ressurser enn andre og kan på den måten også fungere som en ressurs for fellesmiljøet. Miljøet på Ytterøy helsetun karakteriseres derfor som noe annerledes enn mange andre når det gjelder størrelse, omfang, beliggenhet, romutforming. På Ytterøy drives helse og omsorgstjenesten som integrert tjeneste, noe som innebærer at det er felles ansatte og ledelse for både sykeheimen og hjemmetjenesten. Det går fram av samtalene med de ansatte og ledelsen at dette gjør at brukerne eller tjenestemottakerne er godt kjent med hverandre fra før, noe som letter mulighetene for kommunikasjon og kartlegging av brukernes behov, som grunnlag for å løse tjenestebehovet.

La oss se nærmere på «historikken» bak kultur og helsesatsingen ved Ytterøy helsetun. For det første omtales forholdet mellom åpen institusjon og et aktivt, deltakende lokalsamfunn, som grunnlag for utviklingen av en sosial arena for sang og musikk ved institusjonen. For det andre viser allerede den tidligere satsingen på demensomsorg, gjennom minnearbeid (reminisering) og realitetsorientering en «tradisjon» for hvordan man kan gjøre hverdagen bedre for pasienter med demens ved denne institusjonen. For det tredje har Levanger kommune, i samarbeid med andre institusjoner, helt siden slutten på 1990-tallet jobbet aktivt med kultur- og helsearbeid, noe som også har vært viktig for oppmerksomheten rundt feltet i regionen og landet. For det fjerde jobbet man på Ytterøya allerede i 2005 opp mot spesialhelsetjenesten for å få til fagdager og veiledning på enkeltpasienter med langtkommende demens. Så da lege og musikkterapeut Audun Myskja i 2005 presenterte sitt opplegg og metode for terapeutisk og individuell bruk av musikk i demensomsorgen ved helsetunet, var tenkningen rundt kultur og helse, det som kalles miljøarbeid, allerede vurdert som et viktig satsingsområde blant ledelse og ansatte. Myskja ble en katalysator. Engasjementet og presentasjonen til Myskja blir vurdert som svært viktig for det videre arbeidet; han viste i praksis hvordan musikk kunne virke på de eldre og han inspirerte utvilsomt sterkt til videre arbeid med kultur (musikk) og helse ved institusjonen.

På Ytterøy helsetun har de en ordning med «Grønt»- og «Rødt hjerte». Mens «Rødt hjerte» kort fortalt handler om ansvar knyttet til rom og stell, har den med «Grønt hjerte» ansvar for fellesområdet fra kl. 09.15-12.30. Foruten å hjelpe til rundt frokosten, formiddagskaffe, prate med brukerne og ivareta andre behov brukerne har, har den med «Grønt hjerte» også ansvar for aktiviteter for brukerne. Det er her musikk og helse kommer inn, som daglig fellesaktivitet mellom kl. 11.00 og 12.00. Distrikt Sentrum – Ytterøy gjennomfører også et prosjekt i 2012 innenfor velferdsteknologi, der de bruker en robot-sel, PARO, rettet mot mennesker med kognitiv svikt, i all hovedsak de som har demens. PARO er en modell av en ekte selunge, derfor kalles den også Sela internt på helsetunet. Den ligner, reagerer og beveger seg på samme måte som en selunge, og gjennom en rekke sensorer kan den bl.a. se, høre, føle og gjenkjenne stimuli og miljøer. Den er også programmert til å reagere med positiv mimikk og respons. Tanken bak bruken av Sela, som også har en myk overflate, er at den kan vekke de samme følelsene som kontakt med dyr kan gjøre, og dermed være et alternativ eller supplement til dette. Bruken av Sela er individbasert og gjøres kun basert på diagnose og

grundige etiske overveielser. I dette prosjektet er Sela demonstrert for forskeren i en faktisk pleie og stell-situasjon.

I tillegg til å bruke velferdsteknologi i omsorg, tilbyr også Ytterøy helsetun «Grønn omsorg» i lag med representanter for de frivillige lag og foreninger på øya. Dette tilbudet går annen hver torsdag fra 09.30-12.30. Det kan vises til dokumentasjon fra prosjektet «Grønn omsorg» i Levanger og «Gården som opplevelsesarena for demente» i Verdal, der det går fram at dagtilbud på gård gir stimulering som vekker minner og assosiasjoner fra tidlige faser i livet (Notat KHN 2012). På Ytterøy helsetun ser de «Grønn omsorg» også i sammenheng med innhold, aktivitet og stimulering i forhold til bedre funksjonsnivå, opplevelser for mestring og selvbestemmelse, men også å avlaste pårørende og får til samhandling med lokalsamfunnet. Gjennom egen observasjon så jeg også hvordan «Grønn omsorg» ble brukt i kommunikasjonen med en pasient med langtkommende demens, ved at det ble vist og snakket om bilder som var samlet i en perm. Bildene viste personen i ulike hverdags situasjoner; i fellesskap, natur, måltider, matlaging, aktiviteter m.m.

Ved Ytterøy helsetun har de også hatt besøk av «Den kulturelle spaserstokken». Denne ordningen er åpne arrangementer og aktiviteter innenfor alle kunst- og kulturgenrer, som musikk, teater, film, litteratur og billedkunst. Den kulturelle spaserstokken skal stimulere til tverrfaglig samarbeid mellom kultursektoren og helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Betydningen av «Grønn omsorg» og «Den kulturelle spaserstokken» vektlegges også i St.meld.nr.25, under tema «Aktiv omsorg».

Andre kulturelle virkemidler ved helsetunet, som blir nevnt utover i denne rapporten, er sansing og sansehage, speilingsbevegelser, fysisk aktivitet, felleskapssang.

KAPITTEL 2: EKSISTENSIALISTISK-HUMANISTISK FILOSOFI

Det er flere grunner for å velge en eksistensialistisk-humanistisk overbygning til et slikt prosjekt. For det første er eksistensialismen en filosofisk retning som har en kritisk brodd mot prosesser i samfunnet som enten virker fremmedgjørende på mennesker eller går utover menneskets verdighet. For det andre er eksistensialismen opptatt av «den andre», og hva møte og dialog med «den andre» innebærer. For det tredje vektlegger eksistensialismen betydningen av å se mennesket i en livsverden-kontekst. Alle disse tre tilnærmingene løfter dermed forståelsen av mennesket ut av en trang subjektivitetsramme og inn i en sosial og materiell verden.

2.1 Eksistensialistisk-humanistisk tenkning

Eksistensialisme lar seg ikke definere presist og er heller ingen systematisk filosofi. Derimot kan eksistensialismen beskrives som mangfoldig filosofisk retning utøvd av filosofer og forfattere i mange land (Judaken 2012). Hva er så fellestrekk innenfor denne retningen? Beveggrunnen for eksistensialismen er en kritisk holdning til prosesser i samfunnet som fører til tap av menneskelig verdighet, enten dette f.eks. handler om fremmedgjøring, angst eller undertrykking, basert på etnisitet, alder eller kjønn (Guignon & Pereboom 1995, Judaken 2012). Krig, terror, fornedrelse, undertrykking har satt varige spor, noe som preger den eksistensialistiske tenkningen og gjør den aktuell og relevant. Derfor er eksistensialismen opptatt av fenomener som frihet, omsorg, etikk, religion, menneskelige relasjoner og møte mellom mennesker. Eksistensialismen tar også i mange av sine avskygninger et oppgjør med de vitenskapelige holdninger som dyrker den rene fornuften på bekostning av menneskers kropp, følelser, praksis og livsverden. Eksistens kommer alltid forut for essens, hevder Sartre. Eksistensialismen finner gjenklang i alle kulturer, og tenkerne innenfor denne retningen har stor innflytelse og nyter fortsatt stor respekt verden over. Eksistensialismen er ikke bare en retning representert av mannlige tenkere som f.eks. Albert Camus, Søren Kierkegaard, Friedrich Nietzsche, Martin Heidegger og Jean-Paul Sartre, men innflytelsesrike kvinnelige tenkere som Hanna Arendt og Simone de Beauvoir er også representert.

Ett av eksistensialismens kjernebegreper er væren-i-verden (*being-in-the-world*) som viser til en type gjensidighet mellom mennesket, menneskets kropp og dets verden. Man kan rett og slett ikke forstå mennesket uten å medtenke verden. Denne helhetlige måten å tenke menneske på, er spesielt fremtredende innenfor tysk filosofi, med Karl Jaspers og Martin

Heidegger som sentrale tenkere. Andre tyske filosofer som Edmund Husserl og Hans-Georg Gadamer var også inspirert av denne retningen. I Frankrike var både Raymond Aron og Maurice Merleau-Ponty inspirert av tysk tenkning, som la vekt på at mennesket og verden henger uløselig sammen og virker tilbake på hverandre. Et beslektet kjernebegrep, som også har inspirert dette forskningsprosjektet, er *alterity*, dvs. forholdet mellom selvet og «den andre», slik det f.eks. omhandles i tenkningen til de jødiske eksistensialistene Martin Buber og Emmanuel Levinas (Judekan & Bernasconi 2012).

Mye eksistensialistisk tankegods har blitt tatt opp i de humanistiske vitenskapene generelt, og i filosofisk og psykologisk teori spesielt. Derfor er eksistensialistene opptatt av helheten være-i-verden, i forhold til de mulighetene menneskets har for å leve et ekte, godt og autentisk liv. Brytes denne helheten, kan mennesket bli fremmedgjort; både fra seg selv (*eigenwelt*), sine sosiale relasjoner (*mitwelt*) og sin verden (*umwelt*) (Ivey et. al 2007:235). Ulike former for psykoterapi, handler nettopp om å bringe en følelse av helhet og ekthet tilbake i menneskers liv. Spesielt har filosofen Martin Buber og den humanistiske psykologen Carl Rogers vært sentrale for å bygge bro mellom eksistensialistisk tenkning og humanistisk teori innenfor det psykoterapeutiske feltet. Svenaeus (2001), som bl.a. er inspirert av tysk filosofi, viser oss at helse handler om å være-i-verden, om å planlegge og gjøre ting, være i aktivitet, være sammen med andre familie og venner - altså ha en naturlig livsrytme, trygghet og følelse av å være «hjemme» i verden (*homelikeness*). Sykdom (*illness*) oppstår når menneskets verden går i stykker, når kropp, tenkning og verden er «*out of tune*», farget og fanget av følelser av smerte, er svekket, hjelpeløs og utrygg. I slike tilfeller kan mennesker miste sin hjemfølelse (min oversettelse av ordet *homelessness*), hevder Svenaeus (2001:81, 94).

Dette bringer inn store og viktige eksistensielle spørsmål: Hva skjer med mennesket når det opplever at «verden går i stykker» og livet blir vanskelig å leve? Hva kan f.eks. helsearbeidere ved et eldrecenter gjøre for å bringe mening og verdighet tilbake til et menneske som er svekket, hjelpeløs og utrygg? Det er vel dette som utvidet omsorg handler om, og som dette prosjektet prøver å vise et «gløtt» inn i.

2.2 Betydningen av møtet og dialogen i Bubers filosofi

Buber har som utgangspunkt for sin tenkning at et hvert menneske er unikt, men gjennom dialog kan et menneske åpne seg opp for å møte et annet menneske, slik at noe helt nytt

oppstår. Buber (1958, 2002) beskriver to grunnleggende menneskelige relasjoner: *I-Thou* (jeg-du) relasjon og *I-It* (jeg-det) relasjon. En jeg-det relasjon har vi når vi betrakter andre som ytre objekter, noe som for øvrig er vanlig. Hos Buber er jeg-du relasjonen den sentrale, og med dette forstår Buber et autentisk møte mellom to unike mennesker som begge åpent respekterer den andres essensielle menneskelighet (Cissna & Anderson 2002, Karlsen 2003). Selve forutsetningen for en jeg-du relasjon er i følge Buber (2002) en reell tilstedeværelse. Det ligger imidlertid alltid en fare på lur i et slikt møte fordi 1) man må åpne seg fullt og helt for den andre, og 2) man må være forberedt på å møte et du (*thou*) som ofte er annerledes enn deg selv og ofte skremmende annerledes (Mendes-Flor 2012). Gjennom dialogen kan mennesker komme ut av en gjensidig isolasjon, bryte ut av sitt beskyttende skall og framstå som autentiske selv. Buber illustrerer dette slik: «*Kjærlighet er ikke en følelse, men snarere en relasjon*» (Judaken 2012:3).

I doktoravhandlingen *Møtets etikk og estetikk* hevder Karlsen (2003) at Bubers jeg-du relasjon har følgende kvaliteter; *nærvær, gjensidighet, umiddelbarhet, oppriktighet, intensitet, autentisitet, uforutsigbarhet og uutsigelighet*. Nærværet må være grunnleggende gjensidig, og dette er et absolutt og ufravikelig krav hos Buber. Møtet handler også om rytme, hvor rytmen henger sammen med det umiddelbare, som har i seg både tale, taushet og stillhet. Videre må det eksistere et gjensidig oppriktig ønske om å møte den andre, og la den andre tre fram som subjekt. Et slikt møte forutsetter en viss temperatur, og intensiteten er en forutsetning for at en skal lykkes å trenge gjennom den framherskende tendens til halvhjertede og uforpliktende treff, som gjerne kjennetegner vår hverdagslige kontakt med hverandre. Med oppriktighet og intensitet menes at vi framtrer i møtet med et genuint ønske om å være autentiske i betydningen oppriktig og ekte. Møtets resultater kan verken planlegges eller forutsies, og man må forholde seg til andre og verden med en grunnleggende åpenhet. Dette innebærer for Buber at et menneske bare kan bli et fullt og helt menneske i møtet med et medmenneske. På denne måten får Buber fram at vi på en grunnleggende måte er vevd sammen med andre mennesker og verden (Wollan 2011).

For Buber (2002) utspiller potensialet for dialog seg i møtet, eller mellomrommet mellom to personer. Dette mellomrommet er menneskenes felles grunn som omgir oss og trenger igjennom oss. Det er her vår unikheter og forskjellighet kommer til syne og blir figur. Jeg-du relasjonen er heller ikke en permanent tilstand ved det mellommenneskelige møtet. Både Buber og Rogers hevder at anledninger med ekte/autentisk dialog ofte er av kortvarig og

forbigående karakter, og at den autentiske dialogen heller utspiller seg i spesielle øyeblikk (Cissna & Anderson 2002). Med andre ord: I løpet av et terapeutisk møte mellom f.eks. en helsearbeider og bruker, er det ofte kun noen «gylne øyeblikk» med egenverdi, som kan ha dialogisk kvalitet og dermed mulig terapeutisk effekt. Det ligger i dette at dialogen ikke kan planlegges eller ses på som et instrument for å oppnå noe annet, men den bare skjer i slike møter der visse betingelser er til stede og avdekker tilværelsens grunnleggende alvor. Levinas går steget videre enn Buber da han hevder at det å se ansiktet til «den andre» krever av oss at vi både viser omsorg for og er etisk ansvarlig for hvordan «den andre» har det. I motsetning til Bubers gjensidige nærvær i jeg-du relasjonen, er det hos Levinas snakk om at jeg er der for deg, uten at jeg vet hvordan du vil respondere. Gjennom å se «den andres» ansikt, avdekkes noe menneskelig og sårbart som forplikter. Samtalen og språket oppstår i det man prøver å overskride fremmedheten ved «den andre» (Geller & Greenberg 2012).

2.3 Tilstedeværelse som forutsetning for god terapi og pleie

Tilstedeværelse som fenomen er det skrevet en del om, men det er gjort lite empirisk forskning på området, i følge Geller og Greenberg (2012). Filosofisk og teoretisk har aspekter ved fenomenet tilstedeværelse blitt behandlet av Freud og psykoanalysen, i gestalt terapi og innenfor den nyere *mindfulness*-terapien. Innenfor gestaltterapifeltet er nettopp Buber, Levinas og Rogers de sentrale inspirasjonskildene.

Rogers er inspirert av eksistensialistiske tenkere som f.eks. Kierkegaard og Buber. En viktig grunn til å trekke inn Rogers i dette prosjektet er fordi han er sterkt overbevist om at mellommenneskelige møter og relasjoner i hverdagen har betydelige likheter med terapeutiske relasjoner (Rogers 1961). I motsetning til Buber som var tenker og filosof, var Rogers en praktiserende psykolog, og de trekkene ved egen terapi som han så var virkningsfulle gjennom et langt praktiserende liv, hadde en bevegelse i seg fra «*characteristics of a helping relationship*» til «*conditions of growthful relationships*» (Cissna & Anderson 2002:79,84). På denne måten kom personlig vekst og endring i fokus, samtidig med at han gikk over fra begrepet klient-sentrert terapi til det mer alminnelige person-sentrert terapi.

Rogers la vekt på fire viktige betingelser for personlig vekst i terapeutiske relasjoner (Cissna & Anderson 2002:79-94):

- * Terapeutens evne til å ville oppnå *kontakt* med «den andre» og det å få til gjensidighet i relasjonen. Uten denne kontakten blir det vanskelig å få satt i gang gode hjelpe- og vekstrelasjoner.
- * Terapeutens evne til å være *kongruent*, dvs. ekte tilstede for «den andre». Dette betyr at man ikke skjuler seg bak en fasade eller bare later som. Kongruens blir dermed knyttet til det å være autentisk tilstede. På denne måten vil terapeuten være mottakelig for de erfaringene som dukker opp hos seg selv, hos «den andre» eller i relasjonen på en åpen, interessert, aksepterende og ikke dømmende måte.
- * Terapeutens evne til *ubetinget positiv aksept* av «den andre» som et unikt, verdifullt og verdig menneske. Ubetinget positiv aksept handler ikke om at terapeuten nødvendigvis må like alt som blir sagt ut i fra egne eller sosiale standarder. Rogers mener at man ikke trenger å være enige om noe, men at man også kan få bekreftet hverandre gjennom uenighet og konflikt.
- * Terapeutens evne til å være *empatisk*. Cissna & Anderson (2002) hevder at empati hos Rogers handler om det å forstå den andres følelser og tanker, *som om* en erfarer verden ut i fra «den andres» ståsted. Empati er verken en enkelt respons eller en serie responser fra terapeutens side, men snarere en prosess preget av en sensitiv oppmerksomhet rettet mot «den andre» sine erfaringer, slik de manifesterer seg øyeblikk for øyeblikk. Både Rogers og Buber vektlegger betydningen av eget stadig ståsted i møte med «den andre» og samtidig kunne være sensitiv for forskjellene. At terapeuten har kontroll og klarer å differensiere mellom egen og «den andre» sin referanseramme, er også viktig i forhold til den personen det gjelder, som da vil oppleve dette som en form for trygghet.

Rogers hevdet først at terapeutens evne til kontakt, kongruens, ubetinget positivt aksept og empati, var både nødvendige og tilstrekkelige relasjonsbetingelser for psykoterapeutisk endring (Rogers 1957). I sine senere år begynte Rogers (1980) også å påpeke betydningen av terapeutens tilstedeværelse (*presence*). I et intervju med Baldwin (2000) sier han følgende om tilstedeværelsens betydning:

I am inclined to think that in my writing I have stressed too much the three basic conditions (congruence, unconditional positive regard, and empathic understanding). Perhaps it is something around the edges of those conditions that is really the most important element of therapy – when my self is very clearly, obviously present (Baldwin, 2000:30).

Etter mange år med psykoterapeutisk praksis, sier Rogers at tilstedeværelse kan forstås som noe som angår alle de tidligere nevnte betingelsene og som trolig også er det viktigste elementet. Geller & Greenberg (2012) hevder også at tilstedeværelse er selve fundamentet og forutsetningen som tillater andre aspekter å komme til uttrykk, og at dyp relasjonell kontakt bare er mulig ved tilstedeværelse. Andre personsentrerte teoretikere som Mearns & Cooper (2005) hevder at tilstedeværelse kan ses på som en sammenblanding av et høyt og konsistent nivå av empati, ubetinget positiv aksept, og kongruens. I en slik situasjon forsterker de tre relasjonsbetingelsene hverandre slik at de til sammen fremmer en tilstedeværende kvalitet hos terapeuten. Alle disse tilnærmingene viser det samme; at alle betingelsene foran (kontakt, kongruens, ubetinget positiv aksept og empati) trolig spiller sammen for å oppnå dyp relasjonell kontakt og tilstedeværelse.

Som vist tidligere i gjennomgangen av Buber sin tenkning, er selve forutsetningen for det mellommenneskelige møte at man er villig til å gå i dialog. For å kunne være tilstede med og for «den andre», legger både Buber og Rogers vekt på at terapeuten må være forankret i seg selv (Cissna & Anderson 2002). Terapeuten må kunne oppleve seg selv som en sentrert og stødig helhet, med egen personlig eksistens forskjellig fra «den andre». For Rogers er det mange grader av kongruens og det er flere veier som fører til kongruens og ekthet i et terapeutisk møte. Allikevel bør ikke alle følelsene deles, men kun det som er signifikante og vedvarende følelser, med relevans for situasjonen, bør deles (Cissna & Anderson 2002). Rogers verdsetter dypt «den andres» menneskelighet og rett til å ytre seg slik han/hun vil, uten å føle seg mindreverdige i relasjonen.

Det kan være interessant å se kongruens eller autentisitet/ekthetsbegrepet i sammenheng med grenser knyttet til profesjonalitet. Skau (2005) viser til at profesjonalitet gjerne feilaktig forveksles med det å være upersonlig, og legger heller vekt på at profesjonelle hjelpere nettopp må lære å bruke sine ressurser i møtet med «den andre». Det personlige er en kvalitet ved vår væremåte, hevder Skau (2005). I følge Allgood (2003) innebærer dette at man involverer seg med sin personlige væremåte, inkludert blant annet egne tanker, følelser, oppfatninger, holdninger og idealer. Nettopp ved å la oss berøre som person og bruke oss selv

som medmennesker, kan vi slik også berøre «den andre» (Skau 2005). Dette er i tråd med Buber (1958) og Macmurray (1961/1991) som påpeker at et menneske bare kan bli et fullt og helt menneske i møtet med et annet menneske, og at det kun er i en personlig relasjon med «den andre» at læring og utvikling kan finne sted. Går man derimot inn i en upersonlig relasjon til «den andre», bryter man med de grunnleggende prinsippene bak jeg-du relasjonen.

Skau (2005) hevder at det innenfor profesjonelle relasjoner også blir viktig å opprettholde klare grenser mellom det å være personlig og det å være privat. Skal man opptre autentisk som terapeut kreves det bevissthet i forhold til hvorvidt det som formidles er av personlig eller privat karakter, og hvorvidt det er egne eller «den andres» behov det er snakk om. I den grad terapeutens privatliv og terapeutens egne private behov står i fokus for terapien kan ikke terapeuten sies å opptre verken profesjonelt eller autentisk (Rogers, 1959, 1980; Skau, 2005 i Wollan 2011).

Ett av hovedformålene med kongruens (autentisitet/ekthet), ubetinget positiv aksept og empati, er å etablere tillit til terapeuten og den terapeutiske prosessen (Mearns & Thorne, 2007). Med tillit kan vi i følge Clarkson (2004:88) forstå *”that state of being during which people believe that their needs can be met without injury by others or their environment”*. Spurkeland (2005) hevder at tillit er bærebjelken i alle gode relasjoner, og tillit legger grunnlaget for forutsigbarhet og en grunnleggende tro på at den andre har gode hensikter med sine handlinger. Som fenomen må tillit erfares og bygges opp over tid gjennom repeterte tillitsvekkende handlinger (Skau 2005). Spurkeland (2005) hevder vi intuitivt føler tillit eller manglende tillit som en bevegelse mot varme eller kulde ut fra ord og kroppsspråk hos den andre. Denne forståelsen støttes av Gibb (1978) som påpeker at tillit fremmer en personlig åpenhet mot den andre, mens mistillit bidrar til en begrensning av denne åpenheten og dermed en potensiell lukking (Wollan 2011).

Tillit blir svært viktig i terapisammenhenger der mye står på spill. Det blir det viktig at terapeuten gjennom ord og kroppsspråk framstår som ekte og autentisk. Selv om tillit i utgangspunktet er en individuell opplevelse, kan det i gode relasjoner oppstå gjensidig tillit i den grad begge (f.eks. helsearbeider-bruker) føler tillit til hverandre (Spurkeland 2005). I tråd med Buber muliggjør den gjensidige tilliten en fullstendig bevegelse mot den andre og en overgivelse til mellomrommet. Da snakker Buber om *eksistensiell tillit*, og først da er mulighetene for en jeg-du relasjon til stede (Jacobs 1995 i Wollan 2011).

Som nevnt foran var Rogers opptatt av at møter mellom mennesker i en hverdagskontekst viser likhetstrekk med terapeutiske møter. Hva så med Bubers og Rogers tanker i forhold til eldre mennesker som lider av demens? For det første blir alle mennesker innenfor det humanistiske paradigmet sett på som unike og med like stor verdighet. Demente er ikke bare et omsorgsobjekt, men et helt menneske som har levd en stund og opplevd mye. For det andre er muligheter for en personlig vekst tilstede for alle levende mennesker, uavhengig av utgangspunkt. Derfor kan man si at personsentrert teori nettopp får fram hele personligheten i stedet for bare å fokusere på «tilfellet». Sosialpsykologen Kitwood, er nettopp inspirert av dominerende tenkere som Rogers (personsentrert teori) og Buber («den andre og jeg-du relasjonen») i sitt arbeid med «*a new culture of dementia care*» (Kitwood 1997, Kitwood & Bredin 1992). Sammen med andre pionerer som f.eks. Naomi Feil (*Validation Theory*) ble søkelyset rettet mot personsentrerte tilnærminger til demens. Rogers tilstedeværelse og Bubers jeg-du relasjonen innebærer jo nettopp å åpne seg opp for den andre og ikke se «den andre» som et jeg-det forhold (objekt). Som vist foran er eksistensialismen som mangfoldig retning, nettopp kritisk til prosesser og en type subjekt-objekt tenkning (cartesiansk dualisme), som bidrar til å gjøre mennesket til objekt og dermed fremmedgjøre mennesket fra sin verden.

Det å bruke kulturelementer for å myndiggjøre mennesker med demens og andre tunge lidelser, innebærer som Kitwood viser oss, en ny kultur for demensomsorg, som skiller seg fra å betrakte dette kun som et snevert biomedisinsk fenomen. Det å stimulere og gi mennesker muligheter for personlig vekst og utvikling på sine egne premisser ved bruk av ulike kulturelle virkemidler, samt å samle inn og systematisere kunnskap om den enkelte, er å ha beredskap og planer for å gi den beste omsorg. I sin doktorgradsavhandling, «*Integrated music in nursing homes – an approach to dementia care*» (2011), viser den norske pioneren på feltet, Audun Myskja, hva denne nyorienteringen innebærer og hvilken virkning og betydning musikk kan ha for å gi enkeltmennesker en verdig alderdom, tross demenssykdom.

2.4 Pre-terapi

Hvor egnet er så Rogers og Bubers tanker i en situasjon der mange pasienter innenfor psykiatrien fungerer dårlig og er «utenfor terapeutisk rekkevidde» og dermed ikke er i stand til å følge et psykoterapeutisk forløp? En tilnærming som er påvirket av, eller rettere sagt en tilføyelse til Rogers personsentrerte teori, og som tar opp dette, er det som kalles pre-terapi (Prouty 1994). I sin artikkel hevder Sommerbeck (2006:12) at det dreier seg om tunge

lidelser, f.eks. sterkt demente pasienter, som viser utilstrekkelig interesse i eller evne for 1) å fastholde et fokus, 2) å meddele seg forståelig til terapeuten, 3) å forholde seg kritisk til seg selv med henblikk på endring og 4) å motta input fra terapeuten.

Pre-terapi blir da en måte å være sammen med pasientene på som ikke stiller krav og dermed foregår utelukkende på deres egne premisser. Prouty 1994, viser fra sin forskning at pre-terapi kan bidra til å forbedre kontaktevne til slike pasienter og gi forutsetninger for annen terapi i neste omgang. Innenfor pre-terapi forholder ikke terapeuten seg med en empatisk forståelse til pasientene fordi de ikke ytrer seg slik at innlevelse er mulig. Derimot brukes det som kalles «kontakrefleksjoner», noe som er en helt konkret speiling av pasientenes verbale og ikke verbale atferd, samt den konkrete realitet som pasient og terapeut befinner seg i.

Ut i fra et eksistensialistisk perspektiv, og betydningen av væren-i-verden, er det interessant å merke seg at Garry Prouty inndeler pasientenes kontaktevner i tre; 1) kontakt med seg selv (affektiv kontakt), 2) kontakt med andre (kommunikativ kontakt) og 3) kontakt med den ikke-sosiale omverden (realitetskontakt). Prouty lister opp 5 forskjellige kontakrefleksjoner; situasjonsrefleksjoner, kroppsrefleksjoner, ansiktsrefleksjoner, ord for ord refleksjoner og gjentakende refleksjoner. Kontakrefleksjoner eller speiling, er i følge Sommerbecks (2006) egen praksis som klinisk psykolog, en kommunikasjonsform som er direkte og krevende. Allikevel mener hun kontakrefleksjonene viser at terapeuten ønsker å være sammen med pasienten på pasientens premisser, de griper ikke forstyrrende inn i pasientens egen prosess, det hele framstår som meningsfull gjensidig kontakt. Det er på dette grunnlag Sommerbeck mener at slike metoder viser den personsentrerte terapiens viktigste krav til terapeuten; ubetinget positiv aksept, noe som viser til en grunnleggende anerkjennelse av den andre.

Foran så vi at Buber viste oss betydningen av dialogen og jeg-du relasjonen. Sommerbeck mener at jeg-du kontakt faktisk kan markere en grense mellom en selv og den andre, noe som kan virke truende og konfronterende i forhold til de dårligst fungerende pasientene. Derfor mener hun det kan være hensiktsmessig å begrense bruken av 1. og 2. person pronomener, og heller bruke «man», «vi», «den», «det», «han», «hun», «de» osv. Dette gjør det mulig for både pasient og terapeut å fokusere på et felles «tredje». Dermed kan man unngå å fokusere for sterkt på pasienten. Dette kan også følges opp med at man sitter på skrå og ikke rett overfor pasienten.

2.5 Kontekst og stedsopplevelse

Som vist i gjennomgangen av eksistensialismen og tenkningen rundt væren-i-verden, så er både kropp (*eigenwelt*), sosiale relasjoner (*mitwelt*) og omgivelser/verden (*umwelt*) viktig for å forstå mennesket og dets situasjon i verden. Dette betyr at menneskets stedskontekst er viktig for å forstå hva mennesket er, noe som ofte blir glemt når fokus kun er på enkeltindivider og sosiale relasjoner. Når mennesket lever et liv preget av aktivitet, planer og gode relasjoner til andre på et sted, lever man i en livsrytme som gjør at man ikke tenker så mye over hva hjem og sted betyr. Inspirert av den fenomenologiske psykologen Merleau-Ponty, gjør Seamon (1980) på en interessant måte kropp, bevegelse og vane, til de viktigste aspektene som forbinder menneske og sted. For å få fram sitt poeng bruker Seamon dansmetaforen til å formidle sitt budskap. Hverdagsaktiviteter kalles «*body-ballet*» og rutinemessige oppgaver som gjentas i tid og rom kalles «*place-ballet*». Når et stort aktivitetsregister leves ut i en bestemt livsrytme over lang tid på et sted, utvikler mennesket et eksistensielt forhold til sitt sted. Dette betyr at man føler seg grunnleggende innenfor og har utviklet en sterk stedsfølelse og stedstilknytning. Det er dette som de humanistiske geografene Yi-Fu Tuan og Edward Relph kaller *Sense of place*. Simonsen (2008, 2012) viser oss at kroppslig tilstedeværelse i verden, følelser, fortellinger og minner konstituerer steder. En slik stedsforståelse oppfattes ikke som statisk. Sosiologen Pierre Bourdieu har vist oss at menneskers *habitus*, altså menneskers disposisjoner for handling, er en dynamisk størrelse. Mennesker endrer sine steder gjennom sin endrede praksis, og på denne måten er stedsfølelse, stedstilknytning og stedsidentitet heller ikke nødvendigvis faste størrelser.

Når mennesket opplever eksistensielle vanskeligheter, kan livsrytmen endres eller gå i stykker, og forholdet til selvet, andre mennesker og verden kan bryte sammen. Som vi så foran ser Svenaeus (2001) helse i sammenheng med å være i en bestemt livsrytme og det å føle seg «hjemme» i verden. Når alvorlig sykdom eller andre eksistensielle påkjenninger melder seg, kan mennesket miste livsrytmen, miste sin hjemfølelse, dvs. få det vanskelig med seg selv, relasjonene til andre og til verden. I tilfeller der mennesker må flytte hjemmefra for å få langtidsbehandling, kan allikevel tidligere praksis og personlige interesser på det stedet man bodde, vekkes til live igjen ved hjelp av f.eks. barnesanger, fortellinger, bilder osv. Man kan arbeide for å gi mennesker tilbake hjemfølelsen.

2.6 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg presentert det teoretiske rammeverket for dette forskningsprosjektet. Jeg har bevisst valgt et eksistensialistisk bakteppe for inngangen til og forståelsen av humanistisk teori, der væren-i-verden med fokus på helheten *eigenwelt*, *mitwelt* og *umwelt* har stått sentralt. Bubers relasjonsfilosofi og Rogers personsentrerte psykologiske teori, med vekt på betydningen av tilstedeværelse og «den andre», dominerer framstillingen, og har vært bakteppe for å diskutere enkelte nyere teorier og en ny forståelse innenfor demensomsorgen. Jeg har også tatt med litt om Proutys pre-terapi. Til sist har jeg tatt med litt stedsteori innenfor humanistisk geografi, for å åpne opp for en forståelse av *umwelt*, gjennom begreper som stedsfølelse og hjemfølelse.

KAPITTEL 3: FENOMENOLOGISK METODE

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for de metodologiske valgene som ligger til grunn for denne undersøkelsen. Metoden som er valgt, er ikke bare en fremgangsmåte og redskap for å belyse tema og problemstillinger, det handler vel så mye om å vise hva man har gjort for å gjøre prosjektet pålitelig og gyldig. *Pålitelighet* går ut på om forskerhåndverket, dvs. innsamlingen av data, analysen og presentasjon, korresponderer med det som informantene faktisk sier, mener og gjør. Samtidig er empiriske data ikke en direkte speiling av virkeligheten, men fremkommer gjennom forskerens framgangsmåte og tolkninger. Forskeren, i dette tilfellet min verdibakgrunn, kunnskap og kompetanse, vil derfor prege tolkningen og forskningen. Det har derfor vært viktig for prosjektets pålitelighet å reflektere over valg av metode og egen rolle som forsker i denne sammenheng. *Gyldighet* handler om intern logisk sammenheng mellom prosjektets utforming og funn og de spørsmål jeg som forsker har søkt å finne svar på. Mer om kvalitetskriteriene i pkt. 3.9.

Jeg vil starte med å begrunne hvorfor jeg valgte kvalitativ metode med fenomenologisk tilnærming, hva som ligger til grunn for valg av intervjuform og forskningsdeltakere, hvilke forberedelser jeg gjorde før intervjuene, og hvordan intervjuene ble gjennomført, transkribert og analysert. Jeg vil også si noe om hva observasjon innebærer, hvordan det er utført og hvorfor dette er valgt som supplerende metode i dette prosjektet. Avslutningsvis vil jeg si noe om forskningens kvalitet, forskningsetikk, samt reflektere rundt min egen rolle som forsker i denne prosessen.

3.1 Kvalitativ metode

Dette forskningsprosjektet baserer seg på kvalitative forskningsmetoder, med halvstrukturerte dybdeintervju og observasjon som de viktigste metodene og teknikkene. Kvalitative metoder handler om å oppnå forståelse av sosiale fenomener på bakgrunn av fylldige data om personer og situasjoner (Thagaard 2009, Tjora 2012) Det dreier seg både om å lytte til andre stemmer, oppleve andre sosiale situasjoner og at forskeren selvkritisk reflekterer over møtet med andre mennesker og sosiale situasjoner. Kvalitative tilnærminger retter for det første fokus mot menneskers hverdagshandlinger i sin naturlige kontekst, hvor det er individets subjektive opplevelse av et fenomen en prøver å få tak i. For det andre rettes fokus mot forskerens beskrivelse og analyse av det datatilfang som metodene gir tilgang til. I kvalitativ forskning er forskeren å betrakte som en medprodusent til egne data, gjennom å ta initiativ til forskningen,

utforme spørsmålene, være tilstede under intervju, observasjon, beskrive, analysere osv. Det er mot denne bakgrunn at flere forskere innen norsk kvalitativ metodeforskning som Postholm (2010), Thaagard (2009) og Tjora (2012) hevder at så godt som alt av tradisjonell kvalitativ forskning utføres innenfor et *sosialkonstruktivistisk paradigme*, der kunnskap er sosialt og individuelt skapt. Det blir derfor viktig for forskeren å ha et bevisst forhold til egen rolle, fagbakgrunn og tilstedeværelse gjennom hele forskningsprosessen.

3.2 Fenomenologisk tilnærming

«Fenomenologiske studier beskriver den meningen mennesker legger i en opplevelse knyttet til en bestemt erfaring av et fenomen», skriver Postholm (2010:41). Fenomenologisk forskningsmetode, og spesielt psykologisk fenomenologi, fokuserer på individet. Dette gjør denne type forskning spesielt godt egnet når man søker å oppnå en dypere forståelse av enkeltmenneskers erfaringer og personlige opplevelser av ett fenomen, samtidig som forskeren prøver å finne ut hvordan erfaringen av det samme fenomenet oppleves av andre enkeltindivider. I dette prosjektet rettes fokus mot den psykologiske, individuelle tilnærmingen, slik denne tenkningen er forankret hos filosofen Husserl og den psykologiske fenomenologen Merleau-Ponty, og representert hos psykologene Amedeo Giorgi, Clark Moustakas og fenomenologen Lester Embree.

Selv om fenomenologi er opptatt av hvordan fenomener fremtrer for hver enkelt av oss i et førstepersonsperspektiv, betyr ikke dette at det subjektive og subjektivistiske blandes sammen i denne undersøkelsen (det som kalles den psykologiske feilslutninga). Selv om utgangspunktet er individorientert så er prosjektets mål å vise at den kvalitative innsikten skal kunne gi allmenne innsikter i det subjektive. I tillegg viser Husserl og Merleau-Ponty, samt eksistensialistisk-humanistisk tankegods, at menneskets bevissthet og kropp uløselig er knyttet til en verden bestående av andre mennesker og materialitet (*being-in-the-world*), og dermed ikke framstår som isolerte «atomer».

Fenomenologisk metode er god å anvende når man utgår fra empirisk materiale i stedet for teori. Med empirisk materiale menes her den kunnskapen som avdekkes i møtet med mennesker i en praksissituasjon, f.eks. helsearbeidere innen eldreomsorg. En slik framgangsmåte legger grunnlaget for å fokusere på det utforskede fenomenets *essens*, altså de viktigste bestanddelene knyttet til et fenomen, avledet av en gitt situasjon. Essensen består av de delene som til sammen konstituerer helheten i opplevelsen av et fenomen.

Fenomenologien har sine røtter i Husserls (1859-1938) filosofiske perspektiver. Fuglseth (i Embree 2013:177) hevder at når vi dag har nesten hele Husserls verk foran oss, så peker flere på hvor langt han egentlig kom i sin tenkning. På mange måter kom han lengre teoretisk enn mange av de som kritiserte han gjorde. Husserls filosofi går ut på at forskeren skal prøve å oppnå vitenskapelig kunnskap gjennom konsentrerte studier av erfaringer. Redskapet for kunnskapsinnhenting er et reflekterende selv, som kan oppdage erfaringens grunnleggende mening eller essens. Et viktig begrep for Husserls filosofi er intensjonalitet (*intentionality*), noe som refererer til bevisstheten, og at bevisstheten alltid er rettet mot «noe». Dette «noe» representerer et behov som mennesket har, og som gjør at bevisstheten både har retning og er meningsskapende. Med «har retning» menes at det er et «objekt» i vid betydning som bevisstheten forholder seg til, enten dette er et fysisk objekt, en mental forestilling som «objekt» eller det å oppfatte en sinnstilstand, f.eks. glede eller aggresjon som «objekt». Man kan også si at bevissthet som fenomen ikke er noe i seg selv, men blir til i kraft av å være rettet mot «noe». Dette viser at det eksisterer en interaksjon mellom selvet, personen og verden, og det er gjennom denne interaksjonen som skaper mening og forståelse. På dette grunnlaget skapes det et bilde av virkeligheten slik vi til enhver tid opplever den (Szklański 2009).

La oss tenke oss følgende situasjon: Du er helsearbeider og skal på rutinemessig besøk hos en eldre bruker på eldresenteret der du jobber. Det er tid for morgensstellet. Når du kommer inn ser du at i dag er brukeren i godt humør når du ankommer. Smil blir umiddelbart møtt med smil, kommunikasjonen og stell kommer lett og uanstrengt i gang. Du får umiddelbart en god følelse og har en god opplevelse. Denne møtesituasjonen på dette eldresenteret er den hverdagslige eller naturlige settingen for denne opplevelsen. Dette kalles i følge Husserl for livets og handlingenes livsverden. Følger vi Husserls tankegang videre, vil den indre opplevelsen av dette møtet for deg som helsearbeider handle om at bevisstheten er rettet mot «noe» (smilet, humøret, kroppsspråket hos den andre) som umiddelbart gir mening. Fenomenet, ut i fra det som tidligere er sagt om intensjonalitet, er din opplevelse av dette møtet. Hvordan denne opplevelsen arter seg vil være påvirket av din erfaringsbakgrunn, dine verdier og behov. Etter hvert som du gjør nye erfaringer, vil oppfatninger, meninger og forståelse utvikles videre. På denne måten er du som menneske i stadig utvikling, takket være møtet mellom din bevissthet og den livsverden du lever og handler i.

Formålet med fenomenologisk forskning blir da å fange opp mønstrene eller strukturene i dine erfaringer, slik de er opplevd av deg som helsearbeider i en naturlig setting, ved hjelp av egnede metoder. For at jeg som forsker skal kunne lykkes med dette må jeg både sette min tidligere kunnskap litt til side og lytte til hva du sier og fange opp det du gjør. Samtidig er ikke fenomenologisk forskning en direkte gjengivelse av din «virkelighet». Som forsker er jeg opptatt hva intensjonalitet innebærer og kan således ha med meg den indre erfaringen av at bevisstheten alltid er rettet mot noe. Vanligvis tenker verken du eller jeg over hva intensjonalitet innebærer i hverdagslivet, vi bare lever i handlingene ved bruk av alle sansene, noe som gir mening for oss. Dette er den naturlige innstillingen vi har til verden rundt oss. Poenget hos Husserl, er nettopp å ta utgangspunkt i din livsverden og finne totaliteten ved «tingene slik de er i seg selv». Fenomenologi som metodologi blir på denne måten ikke en ren gjengivelse av dine synspunkter/empiriske forhold, men en type «refleksiv analyse» jeg som forsker gjør av grunnleggende forhold (egenskaper, særtrekk og relasjoner) basert på det du sier og din praksissituasjon. Jfr. kapittel 5.

La oss se nærmere på begrepet intensjonalitet. På norsk brukes ofte intensjon i hverdagsammenheng om noe man søker å oppnå, men en slik forståelse kan virke forvirrende, da man i fenomenologien forsøker å finne ut noe mer grunnleggende. Fenomenologen Lester Embree (2013, med kommentar av Kåre Fuglseth) bruker nyordet *intentivitet* (*intentiveness*), for å styre unna mulige misforståelser. På engelsk betyr *intentiveness* oppmerksomhet, nærvær, vurdering, refleksjon, flid, revisjon osv. Dette peker for det første på betydningen av relasjoner, nærvær og tilstedeværelse i fenomenologisk forskning. Embree bruker derfor ordet *encountering* eller møte som synonym for *intentiveness*. For det andre peker dette på forholdet nærhet og distanse, slik det fremheves innenfor andre grener av fenomenologisk teori. Den fagkyndige praktiker, f.eks. som helsearbeider, er nærværende både gjennom sin praksis og i verden, men ikke totalt oppslukt av det han/hun gjør, men utøver en type oppmerksomhet i handling (Molander 1996, Wollan 2003, 2006). Dette kalles også for et dobbelt bevissthetsnivå hos Geller og Greenberg (2012). Man konverserer, lytter, bruker kroppen, bruker materialer og redskaper innenfor en ramme av trygghet og rutiner.

Mens Husserl er opptatt av bevisstheten som transcendent fenomen, er den fenomenologiske psykologen Maurice Merleau-Ponty (1974, 2004) opptatt av at bevisstheten er kroppslig. Merleau-Ponty har fokus på ”den levde kroppen”, og det at erfaringen av det å eksistere i

verden er noe mennesket har, gjør og er som kropp. Med "levd" menes for det første at livet leves og uttrykkes gjennom kroppen, og for det andre at kroppen har en kompetanse til å innrette seg i daglige situasjoner. Det er gjennom kroppen og kroppens bevegelser at mennesket, også de som er rammet av demens, får tilgang til verden (Nyström 2002). Kroppen er relasjonell og vi merker både oss selv og andre gjennom kroppen. Vi kommuniserer og skaper mening i tett samspill med andre mennesker/kropper. Engelsrud (2010: 32) skriver:

I et slikt perspektiv vil for eksempel ikke en helsearbeider kunne observere en pasient eller en lidende person som et («ytre»: min tilføyelse) objekt. Tvert i mot peker dette på at en allerede er – og ikke kan unngå å være – "sammenvevd" med andre, og at subjektet (også helsearbeidere) lever i sameksistens med andre.

En av de som lenge har jobbet med metodespørsmålet i fenomenologien, er psykologen Amedeo Giorgi. Inspirert av blant andre Husserl og Merleau-Ponty hevder Giorgi (2005) at fenomenologisk metode er spesielt godt egnet for kunnskapsgenerering innenfor helsevitenskapene, forutsatt at den er metodisk, systematisk og kritisk utført. I følge Giorgi (1985) har fenomenologisk metode fire prinsipielle karakteristikk; den vektlegger intensjonalitet, den er beskrivende/deskriptiv, den benytter seg av reduksjon, og den søker etter essenser. La oss se på disse karakteristikkene i tur og orden.

Intensjonalitet eller intensjonell bevissthet er, som vist foran, alltid rettet mot «noe», enten dette f.eks. er et noe fysisk eller forestilt. Dette samspillet mellom bevissthet og objekter i vid betydning skaper mening. Intensjonalitet forstått som en kroppslig egenskap og som intensjonalitet vektlegger relasjoner, nærvær og tilstedeværelse, eller møter, som vist foran.

Som fenomenologisk forsker blir målet først og fremst å få tak i *beskrivelser* av hvordan forskningsdeltakerne forstår og opplever sin livsverden eller subjektive virkelighet. For å kunne beskrive fenomenet slik det virkelig utspiller seg foran oss, blir det viktig å kunne gå fra en naturlig hverdagslig innstilling og innta en fenomenologisk innstilling. For at dette skal kunne skje må forskeren frigjøre seg så mye som mulig fra egne subjektive, individuelle teorier, for å la situasjonen og datamaterialet slippe til. En slik prosess kalles *epoche*, noe som på gresk betyr å holde tilbake en vurdering, å avholde fra en hverdagslig, vanlig måte å oppfatte ting på. Man prøver som forsker å ta forhåndsregler for å sette den omliggende

verden og egen forforståelse i parentes (*bracketing*), for å betrakte fenomenet mest mulig i ren form.

Først når dette er gjort kan man begynne å beskrive trekkene ved fenomenet, en prosess som kalles *fenomenologisk reduksjon*. Hensikten er å finne *essensen* eller den sentrale underliggende meningen ved erfaringen, som i følge Giorgi (1989) kan forstås som den mest invariante eller uforanderlige meningen for et gitt fenomen i en bestemt kontekst. Med andre ord: Hva er det som fremstår som ”stabile” momenter i de komplekse beskrivelsene av forskningsdeltakernes erfaringer og opplevelser?

Som samfunnsvitenskapelig metodologi er fenomenologi en strategi for kvalitativ forskning. Ved hjelp av kontekstuelle fortolkninger utforskes meningsinnholdet i menneskelige opplevelser. Tilnærmingen er induktiv, dvs. det er empirien og ikke teorien som er utgangspunkt for studiene. Nedenfor presenteres de konkrete metodene som ble brukt i gjennomføringen av denne forskningsstrategien.

3.3 Det halvstrukturerte dybdeintervjuet og valg av forskningsdeltakere

Det halvstrukturerte dybdeintervjuet blir sett på som relevant for innhenting av data ved fenomenologiske studier (Giorgi 1985, Postholm 2010). Kvale (1997:21) definerer det halvstrukturerte dybdeintervjuet som ”*et intervju som har som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomenene*”.

I og med at kultur og helse har vært i fokus og en praksis er utviklet ved Ytterøy Helsetun, og oppdragsgiver ønsket kunnskap om denne virksomheten, lokalisert i Levanger kommune i Nord-Trøndelag, var studieenheten allerede gitt. For å velge informanter til dette prosjektet ble det benyttet såkalt hensiktsmessig utvalg, også kjent som *purposive sampling* (Patton, 2002). Et slikt utvalg består av informanter som man anser kan gi best mulig informasjon og kunnskap om det aktuelle fenomenet. I tråd med problemstillingen ønsket jeg å intervju helsearbeidere (sykepleiere, hjelpepleiere og vernepleiere) som har ekspertise, førstehåndserfaring og lang erfaring med hva det vil si å arbeide med kulturelle virkemidler blant eldre og eldre demente. Grunnen til at jeg ønsket meg helsearbeidere med lang erfaring var for å kunne sikre erfaringsmessig tyngde i uttalelsene.

I forskningslitteraturen rår det litt usikkerhet om hvor mange forskningsdeltakere man bør ha med i et relativt lite fenomenologisk prosjekt. I dette prosjektet ble 6 forskningsdeltakere med, noe som faktisk er i overkant mange (Postholm 2010), på grunn av de store datamengdene som produseres og arbeidet med å finne felles essens. Antallet ble allikevel opprettholdt ut ifra ønsket om faglig dybde og relevans. For det første handler kvalitativ metode om dybdeforskning, eller mer presist om å utforske menneskelige prosesser eller problemer i en virkelig setting. Kvalitativ forskning er rettet mot å forstå deltakernes perspektiv, samt å løfte deres perspektiv fram. For det andre dekker utvalget de fleste med kultur- og helseerfaring og relevant utdanningsbakgrunn innenfor den gitte studieenheten, Ytterøy Helsetun. Alle de utvalgte forskningsdeltakerne er kvinner. Dette gjenspeiler også de faktiske forholdene innen den utvalgte organisasjonen og helsevesenet generelt, hvor det er overvekt av kvinner. Utvalget på 6 kvinner har flere års erfaring fra å jobbe innen omsorgssektoren. Utvalget ble til i samråd med avdelingsleder for virksomheten, som også hjalp til med den praktiske organiseringen av forberedelsene til intervjuene.

3.4 Forberedelser til intervjuene

I følge Kvale (1997) er det halvstrukturerte dybdeintervjuet en åpen og fleksibel intervjuform som forutsetter en god del planlegging. Med dette menes at det er nødvendig med en viss begrepsmessig og teoretisk forståelse av de fenomenene man ønsker å undersøke. Mitt flerårige arbeid innen forskningsdelen av FOLK 1 (Folkehelse og kultur i et distriktsfylke) og oppfølgeren FOLK 2, samt evaluering av Nasjonalt knutepunkt for kultur og helse, Levanger, har derfor vært til stor hjelp. Allikevel bygger dette forskningsprosjektet på en noe annerledes tilnærming, som har vokst fram gjennom flere år, nemlig det å finne en god case for å undersøke hvordan forholdet kultur og helse arter seg i praksis. Hovedperspektivet er på betydningen av tilstedeværelse i bruk av kulturelle elementer i utvidet omsorg, noe som gjør at prosjektet er inspirert av humanistisk filosofi og personsentrert teori i forskningen på omsorg, kultur og helse. Denne litteraturen fungerer dermed både som et bakteppe for utformingen av spørsmålene til intervjuguiden, og den viser det faglige og verdimeslige grunnlaget forskningen bygger på.

I følge Kvale (1997) skal en intervjuguide for det halvstrukturerte dybdeintervjuet inneholde en grov skisse over emner som skal dekkes i intervjuet, samt forslag til spørsmål. I denne undersøkelsen måtte alle forskningsdeltakerne forholde seg til den samme tematikken og de samme spørsmålene. Dette ble gjort for å sikre det fenomenologiske formålet med felles

essens. Jeg valgte etter grundige forberedelser å strukturere intervjuguiden rundt ulike tema som alle ble ansett som relevant for å forstå fenomenet kultur og helse (se appendiks 1). Gjennom relativt vide og åpne spørsmål var tanken å få fram fyldige beskrivelser av forskningsdeltakernes praksis og livsverden. Som man ser av vedlegget, støttes de åpne spørsmålene opp av oppfølgingsspørsmål, som ble laget med den hensikt å kunne adressere fenomenet fra ulike innfallsvinkler ved behov. På denne måten kunne man bevare åpenheten og fleksibiliteten for å få frem forskningsdeltakernes perspektiv i størst mulig grad, samtidig som jeg sikret fyldige beskrivelser knyttet til undersøkelsens tematikk.

3.5 Gjennomføring av intervjuene

Før intervjurunden sendte jeg søknad til NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste), der framgangsmåte og intervjuguide ble lagt ved. Basert på klarsignal fra NSD ble det tatt kontakt med Ytterøy Helsetun. Før intervjurunden og observasjonen startet ble forskningsprosjektet presentert for avdelingslederen ved helsetunet, som fikk tilsendt et informasjonsskriv (se appendiks 2) om hensikten med og forespørsel om å delta i forskningsprosjektet. Lederen distribuerte informasjonsskrivet til de utvalgte informantene, som sa seg villig til å delta i forskningen. Alle intervjuene fant sted i helsetunets lokaler på Ytterøy. Intervjuene med avdelingsleder skjedde på hennes kontor, mens intervjuene med de andre skjedde i et egnet møterom. Varigheten på intervjuene varierte fra 60 til 110 minutter. I forkant av intervjuene ble forskningsdeltakerne bedt om å lese og underskrive en samtykkeerklæring (se appendiks 3) hvor de godtok betingelsene for sin deltakelse.

Det kan synes å være en motsetning mellom det å sette egen forforståelse i parentes (*epoche* og *bracketing*) i analysene, og samtidig være faglig forberedt og bringe forberedte spørsmål inn i en intervjusituasjon. Det er i praksis umulig å legge helt til side sine subjektive, individuelle teorier og egen forforståelse i analysen. Det man imidlertid kan oppnå som forsker, er å bli bevisst egne fordommer, synspunkter og antakelser i forhold til det fenomenet det forskes på. Jeg har allikevel hatt som motto: La materialet snakke til deg før du angriper det med egne synspunkter. Jeg gikk med andre ord inn i forskningsprosessen og intervjusituasjonen med et ”åpent sinn, men ikke med et tomt hode”.

Briefing og *debriefing* er en viktig del av en hver forskningsprosess (Kvale 1997). I briefing orienterte jeg helsearbeiderne om formålet med intervjuet og ga en kort beskrivelse av de overordnede emnene vi ville ta opp. Jeg la fram de etiske aspektene ved en slik undersøkelse,

herunder informert samtykke og konfidensialitet. Jeg forklarte også hensikten med den digitale opptakeren. Til sist avrundet jeg briefingen ved å påpeke at det var deres unike opplevelser av egne erfaringer som helsearbeidere i en bestemt kontekst jeg søkte å få innsikt i, og at det ikke er noe «rett svar» knyttet til denne problematikken. I debriefingen gjorde jeg også nærmere rede for de forskningsetiske aspektene ved undersøkelsen, og hvordan deres uttalelser ville bli brukt i undersøkelsen.

Jeg prøvde å holde meg til rekkefølgen på spørsmålene i intervjuguiden, men ikke uventet måtte jeg improvisere med rekkefølgen etter som svarene innbød til det. Målet var allikevel å få dekket den tematiske helheten til slutt. Jeg var også kontinuerlig bevisst hvordan min tilstedeværelse som intervjuer og forsker kunne fremme unike og fyldige svar fra forskningsdeltakernes side. Intervjuene forløp noe ulikt, men inntrykket er at forskningsdeltakerne åpnet seg mer og mer opp og delte flere unike opplevelser etter hvert som intervjuet forløp. Kun i ett tilfelle følte jeg at vi burde ha hatt litt mer tid til utdyping, noe som ikke lot seg gjøre der og da.

Intervjuene ble spredt i tid for at jeg skulle kunne arbeide med ett intervju av gangen og dermed kunne skrive «memos» og notere de tankene jeg satt med umiddelbart etter hvert intervju. Dette, sammen med fortløpende transkripsjon, gjorde at jeg hadde intervjukonteksten friskt i minnet til en hver tid. I tråd med Giorgis fenomenologiske analyse, ble det viktig for meg å tolke hvert intervju på sine premisser, uten at aspekter fra de ulike intervjuene skulle virke forstyrrende på hverandre.

3.6 Transkripsjon

Intervjuene ble tatt opp på digital opptaker og stort sett transkribert fortløpende etter at hvert intervju var gjennomført. Jeg brukte både transkriberingsprogram på PC, samt transkriberte for hånd. I begge tilfellene var lydfilet utgangspunktet, noe som ga meg mulighet for å fange opp interessante nyanser i stemmebruk. Jeg transkriberte alle intervjuene selv, med den fordelen av nærhet til datamaterialet dette gir. I følge Patton (2002) er perioden etter at intervjuet er gjennomført og til det blir transkribert viktig med tanke på troverdigheten og kvaliteten på dataene. Dette handler om nærhet i tid og det å ha ting friskt i minnet. Hvert intervju omfatter i gjennomsnitt ca 25 sider tekst, noe som ga meg et omfattende materiale på vel 150 sider. Fordelen ved et såpass omfattende datamateriale er at det inneholder mye rikt og nyansert stoff, noe man må være forberedt på ved gjennomføringen av fenomenologiske

studier. Ulempen ved en slik datamengde er at man kan ha fornemmelsen av å «svømme» i tekst og inn i mellom ha følelsen av å miste oversikten. Det er ingen annen måte å handtere dette på enn gjennom målrettet, strukturert og møysommelig arbeid. Jeg brukte digital båndopptaker under intervjuene, og selv om ingen av forskningsdeltakerne reagerte negativt på dette, vet vi at dette er et kunstig element som kan virke forstyrrende inn i en intervjusituasjon.

Det å transkribere, som første ledd i en analyseprosess, er i følge Kvale (1997) å foreta en kunstig konstruksjon av kommunikasjon fra muntlig tale til tekst. Med utgangspunkt i min fenomenologiske analysestrategi, valgte jeg å transkribere ord for ord for å holde transkripsjonen så virkelighetsnært det som ble uttrykt som mulig. En slik framgangsmåte bidrar også til å øke påliteligheten til forskningen. Jeg transkriberte både egne ord og forskningsdeltakernes ord. Enkelte steder ble samtalens emosjonelle tone tatt med, spesielt der det virket relevant (latter, utrop, bevegde utsagn). Dette for å få understreket meningen og betydningen til det som ble tatt opp. Som ledd i å anonymisere forskningsdeltakerne, ble dialekt (stort sett) transkribert til bokmål.

Før jeg sier noe om kvalitet i forskningen og forskningsetikk, vil jeg se nærmere på observasjon som metode.

3.7 Observasjon

I dette prosjektet er observasjon benyttet som supplerende metode for å kunne belyse tema og problemstillinger på best mulig måte. Spesielt er observasjon av en praksissituasjon viktig i forhold til det å observere «den levde kroppen» og tilstedeværelse i omsorgssituasjoner (Jfr. pkt. 3.2). Observasjonsrollen kan best karakteriseres som *observerende deltaker*, der de ansatte og ledelsen har vært klar over og lagt til rette for slik observasjon. Observasjonen har skjedd som omvisning i bygningene på helsetunet og ved å gi forskeren muligheter til å hilse på og besøke noen av de eldre brukerne der de bor. De ansatte har også informert de eldre brukerne om at de fikk besøk av en mann som var interessert i å se hvordan de har det. Det å være observerende deltaker kan derfor karakteriseres som en *åpen* observasjonsrolle. Allikevel innebærer det å observere spesielt eldre demente, at man ser an situasjonen og ikke trenger seg på, samt behandler all informasjon ut i fra gjeldende forskningsetiske retningslinjer. I de fleste situasjoner er det ikke naturlig at forskere ”henger rundt” for å gjøre

observasjoner. Det å være åpen observatør innebærer derfor at man påvirker, og til en viss grad konstruerer, den sosiale situasjonen man er en del av (Tjora 2012, Postholm 2010).

Selv om det ikke er vanlig å anvende observasjon i fenomenologiske analyser, er det flere gode grunner for å velge observasjon som metode, sett i forhold til dette prosjektets tema og problemstillinger. For det første gir observasjon oss tilgang til *sosiale situasjoner* og *arbeidspraksiser*. Fokus er på *hvordan* ting gjøres, selve handlingen, og ikke på bare å fortolke en tenkt handling eller arbeidsprosess, som for eksempel i en intervjusituasjon. Det trenger ikke være tette skott mellom handling og tolkning, da situasjoner kan utdypes eller forklares mellom forsker og informant i løpet av en arbeidsprosess. Derfor kan rollen som observerende deltaker gli over i det som kalles *interaktiv observasjon* (Tjora 2012:55). Med dette menes at forskeren kan inngå i ulike former for interaksjon eller samspill gjennom samtale og assistanse. Dette kan både være ut i fra å redusere unaturligheten ved den passive observasjonsrollen, men også fordi situasjonen der og da krever at man hjelper litt til.

I en arbeidsprosess får vi en levende demonstrasjon av ferdigheter og fagkyndighet i praksis, gjennom kroppslig bevegelse, tilstedeværelse og det å utøve oppmerksomhet i handling (Molander 1996, Tjora 2012). I tillegg til at observasjon kan gi oss tilgang til handlingsaspektet helsearbeider – bruker i et sosialt og materielt miljø, er det pragmatiske grunner til å velge observasjon. Som forsker kan man være med i en arbeidssituasjon uten at forskningsdeltakerne trenger å bryte av et arbeidsforløp, i en ofte travel arbeidshverdag.

Det finnes mange forslag i metodelitteraturen på hvordan feltnotater skal behandles. I dette prosjektet, der observasjon er en supplerende metode, er det valgt både å få med det mest iøynefallende, samt notere ned dette, samt notere forskerens egne tanker og refleksjoner i ettertid. Feltnotatene vil alltid være farget av forskerens intensjoner, forståelse og fortolkning, samt av forskerens egen bedømmelse der og da. I dette tilfelle er det ikke tatt notater under selve observasjonen, ut i fra tanken om at dette vil gi forstyrrelser for alle involverte i en naturlig setting, og kanskje føre til at de man observerer handler annerledes. Dette kalles *forskningseffekt*. Dette kan også gi forskeren en ekstra følelse av å være plassert på utsiden av det som skjer og gi en forsterket følelse av å være en utenforstående.

I tråd med den selvbiografiske vendingen i sosialantropologien de senere årene, er det i dag legitimt at forskeren også skriver om de effekter som møte med andre i en

observasjonssituasjon gir. Selv observatøren blir påvirket, og derfor kan man snakke om en *omvendt forskningseffekt*. I dag blir forskningssubjektiviteten i observasjonsstudier tatt på alvor som en kilde til kunnskap og ikke sett på som en feil ved ”måleinstrumentet” (Tjora 2012: 87-88).

Det kan anses som en styrke for påliteligheten (troverdigheten) til dette prosjektet at det på forhånd ble gjort grundige forberedelser til selve feltarbeidet, samt at de fleste intervjuene ble gjennomført før man gikk i gang med observasjonene. I mange tilfeller så er det gjennom observasjon vanskelig å skjønne hva som skjer, men dette var ikke tilfelle i dette prosjektet. Gjennom forståelse av helsearbeidernes syn på omsorg, relasjoner, tilstedeværelse og anvendelse av kulturelle virkemidler for bedre helse, ble observasjonen både gripende sterk og meningsfull. Det var ikke vanskelig å forstå språket, de kroppslige handlingene og hvorfor helsearbeiderne gjorde som de gjorde. Selv om det var en nærhet mellom forsker og helsearbeider under observasjonen, ble det bevisst ikke stilt spørsmål om faglige ting, for ikke å gripe inn i den naturlige settingen. Det var heller ikke et stort behov for dette. Det ble kun ført korte, spontane samtaler underveis.

Den eneste briefingen helsearbeiderne ga forskeren før møte med brukerne var at «ingen dag er lik», og at man ikke alltid vet hvordan dagen er for ulike brukere/pasienter. I ett konkret tilfelle ble jeg som forsker bedt om å hjelpe til med enkelte oppgaver underveis, noe som både følte godt og riktig, og som kan ses på som en tillitserklæring. Dette tok også bort noe av de kunstige sidene ved det å være forsker i en slik kontekst. Tjora (2012) hevder at det å bli vist tillit som gjest i en sosial situasjon, og det å kunne føre en spontan samtale underveis, er med på å styrke forskningens pålitelighet. Dette kan også føre til at den det forsker på glemmer for en stund at dette til en viss grad er en iscenesatt situasjon, med en forsker tilstede.

Feltnotatene ble nedskrevet umiddelbart etter at observasjonen fant sted. Det ble lagt vekt på fysisk setting, deltakere, roller, oppgaver, interaksjon og relasjoner. Ved bruk av feltdagbok blir observasjoner og opplevelsene man har under observasjonene nedskrevet og ”reduert” til tekst. Dette er problematisk fordi man står i fare for å redusere den fortettede og rike handlingen til ord og tekst, og blir dermed sittende igjen med en følelse av ”fattigdom” i forhold til hva og hvordan ting virkelig skjedde. Alternativet kunne ha vært lydopptak eller bruk av video. I dette tilfellet var ikke dette en aktuell problemstilling av etiske grunner. En måte å kompensere for reduksjonen av mangfold i en observasjonshandling, er gjennom 1) at

forskeren er godt forberedt, 2) at forskeren ikke bare skriver ned hva og hvordan ting skjedde, men også reflekterer over egne tanker og følelser i løpet av observasjonssekvensen. Mange metodeforskere mener dette kreves av observasjonsstudier, der man bruker feltdagbok. I dette konkrete tilfelle er observasjonsstrategien basert på undrende, fortolkende og reflekterende observasjonsmodi.

I sum er observasjon som supplerende metode brukt for å få fram handlingsdimensjonen og tilstedeværelsen ved forholdet helsearbeider-bruker. Observasjon bidrar i tillegg til å skape visuelle inntrykk og mentale bilder, som følger forskeren gjennom hele forskningsprosessen. Dette forsterker på en positiv måte inntrykket av hva helsearbeid i praksis handler om.

3.8 Analysestrategi

Under punkt 3.2. ble analysestrategien kort presentert gjennom fire prinsipielle karakteristikk; intensjonalitet, beskrivelse, fenomenologisk reduksjon og søken etter essens. Jeg har som nevnt latt meg inspirere av psykologen Amedeo Giorgis empiriske fenomenologiske analyse. Selv om denne strategien velges, så er analysen preget av det teoretiske grunnlaget og språket jeg som forsker bringer inn i en slik analyse. Jeg er ikke psykolog, men samfunnsviter, med en humanistisk forankring. På denne måten resonerer analysestrategien med meg og min faglige bakgrunn. For Giorgi (1985, 1989, 2005) har den empiriske fenomenologiske analysen fire trinn. I det følgende vil jeg utdype hvert av disse trinnene og vise egen fremgangsmåte underveis.

Det første trinnet går ut på å få danne seg et helhetsinntrykk av datamaterialet. Her er spesifikk beskrivelse og forståelse av teksten på sine egne premisser det sentrale, ikke analyse. Dette skjer ved at man først leser igjennom hvert enkelt intervju for å kunne få en overordnet forståelse av helheten i intervjuet. Som nevnt tidligere, er kravet her at det man leser skal være forståelig og temamessig fokusert. Ut i fra en hermeneutisk tankegang om forholdet del og helhet, henger de ulike delene i hop og er relatert til hverandre. Man kan derfor ikke forstå relasjonen mellom delene før man går igjennom hele intervjuet minst en gang. Jeg forsøkte å forstå hvert intervju i sin helhet for å få en klarere forståelse av den overordnede meningen hver av forskningsdeltakerne la frem i sitt intervju. Jeg leste igjennom hvert intervju flere ganger, samtidig som jeg noterte ned tanker og refleksjoner underveis. Jeg forsøkte å holde meg så nær teksten som mulig og lete etter det sentrale budskapet i hvert intervju, samt se etter eventuelle fellestrekk mellom alle intervjuene.

På det andre trinnet starter den fenomenologiske reduksjonen. Nå forsøker man å komme så nærmere selve fenomenet. På grunn av at det er umulig å forholde seg til hele teksten, begynte jeg nå å bryte opp intervjuteksten og identifisere og avgrense meningsenheter. Dette vil si at man skiller ut de ytringene i teksten som er meningsbærende i seg selv. Det er ikke slik at meningsenhetene skal hentes direkte ut fra intervjuteksten, men også formes på bakgrunn av forskerens faglighet og perspektiver (Giorgi 1985). I denne fasen så jeg etter nøkkelord, aspekter, holdninger eller verdier som forskningsdeltakerne uttrykte i intervjuet. Kravet her er at hver meningsenhet skal tilføre noe kvalitativt nytt i gjennomgangen av materialet. Til sammen skildrer de ulike meningsenhetene ulike aspekter av den utforskede opplevelsen.

På det tredje trinnet som også kalles situert beskrivelse, sammenfattet jeg meningsenhetene til noen hovedoverskrifter, som jeg brukte for å strukturere og presentere det empiriske materialet, det jeg har kalt «møtet med praksisfeltet». Dette blir presentert i kapittel 4.

På det fjerde trinnet skal meningsenhetene og innsikten man har fått om fenomenet organiseres og integreres, samt settes sammen til en generell strukturell beskrivelse som går på tvers av alle beskrivelsene. På dette trinnet knyttet jeg de identifiserte meningsenhetene og det som hadde blitt sagt i møte med praksisfeltet, opp mot forskningsprosjektets teoretiske grunnlag, for å oppnå en dypere forståelse av erfaringene. På denne måten prøvde jeg å fange opp det jeg anså å være felles essens ved alle beskrivelsene. Giorgi er opptatt av at dette trinnet skal preges av spontanitet, kreativitet, og at man har en følelse av at man venter i det lengste med å bestemme seg for hva man finner ut. En annen måte å si dette på, inspirert av Husserl, er at avgrensning av essenser skal skje på grunnlag av fri forestillingsvariasjon (*imaginative variation*) (Giorgi 2008). En slik kreativ gestaltning av fenomenet starter allerede i arbeidet med å avgrense meningsenheter. Målet er å komme fram til en det som er universelt eller felles ved opplevelsene. Dette blir presentert i kapittel 5.

3.9 Kvalitet i forskningen

I fenomenologiske studier er kvaliteten på studiet sett på som en direkte følge av forskerens evne til å behandle og tolke data, noe som betyr at forskeren blir betraktet som det viktigste instrumentet for å sikre kvalitet på en studie (Postholm 2010). Dette ivaretar Husserls poeng om at det er menneskets individuelle persepsjon og oppfatning som er den viktigste faktoren i søken etter virkeligheten (Moustakas 1994). Gjennom å tydeliggjøre og redegjøre for det

teoretiske og metodologiske grunnlaget for dette prosjektet, som henger sammen med forskerens verdigrunnlag og faglige bakgrunn, kan leseren lettere forstå hvilket grunnlag forskningen bygger på. Gjennom å følge en bestemt metodologi, den fenomenologiske analyse, trinn for trinn, kan leseren lettere se hvordan den interne sammenhengen og logikken er i prosjektet. Ved å gå grundig inn i de situerte beskrivelsene, ser man empirien i sitt mangfold og ikke kun utvalgte, «passende» sitater. Skillet mellom situert struktur og generell struktur tydeliggjør også hvor forskeren kommer tyngre inn og søker etter essenser, de temaene som er uforanderlige (invariante) og viser forskningsdeltakernes felles erfaringer. Under intervjuene ble det også brukt *member check*, der jeg regelmessig spurte forskningsdeltakerne om jeg hadde oppfattet utsagnene på riktig måte. Dette mener jeg i sum bidrar til å styrke prosjektets pålitelighet fordi det ivaretar informantenes utsagn og handlinger (empirien) på best mulig måte.

Gyldighet handler om hvorvidt det er en logisk vitenskapelig sammenheng mellom beskrivelser, analyser og tolkninger. For å sikre gyldighet i forskningen har jeg forsøkt å beskrive de beslutningene som ble tatt så detaljert som mulig, slik at leseren kan følge med på og vurdere mine valg, både når det gjelder innsamling av data, transkribering og analysestrategi. I dette prosjektet er valg og utfordringer knyttet til gjennomføringen synliggjort så godt som mulig, noe som i metodeforskningen kalles *transparens*.

Med generaliserbarhet menes hvorvidt den aktuelle forskningen kan ha verdi utover de enheter som faktisk er undersøkt. I følge Postholm (2010) så er kunnskapen som produseres innen kvalitativ forskning knyttet til en spesifikk kontekst, tid og sted. Mot denne bakgrunn handler generaliserbarhet innen kvalitativ forskning ikke om å generalisere eller overføre noe til en større populasjon, men snarere om å ta tykke beskrivelser av fenomenet og konteksten, slik at beskrivelsene også gir mening til andre som kan overføre noe av det som er beskrevet til egen situasjon. Dette omtales hos Lincoln & Guba (1985) som *naturalistisk generalisering*. I dette forskningsprosjektet muliggjør jeg «overførbarhet» ved å gi så detaljerte beskrivelser av framgangsmåten og resultatene som mulig innenfor prosjektets rammer. Det må også tilføyes at det er gjort få fenomenologiske studier innenfor kultur-helsefeltet generelt, noe som gjør at det ikke finnes en akkumulert kunnskapsbase på det fenomenologiske feltet. Tanken er at dette prosjektet allikevel kan ha relevans for andre og bringes ut til forskersamfunnet gjennom foredrag og publisering (konseptuell generalisering).

3.10 Etiske betraktninger

Forskningsskvalitet henger også sammen med forskningsetiske vurderinger gjennom hele forskningsprosessen (Postholm 2010, Tjora 2012). Dette forskningsprosjektet er meldt inn til Personvernforbundet for forskning, NSD (se appendiks 4) og er som følge av dette underlagt de etiske retningslinjene som er vedtatt av NESH (Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsfag, jus og humaniora). De etiske retningslinjene som har vært viktigst i dette prosjektet har vært kravet om informert samtykke og kravet om anonymitet og konfidensialitet. Informert samtykke innebærer at forskningsdeltakerne blir informert om alt som angår deres deltakelse i forskningsprosjektet. Dette ble forskningsdeltakerne gjort oppmerksom på gjennom eget informasjonsskriv. Før intervjuene startet, skrev forskningsdeltakerne under på en samtykkeerklæring hvor det helt spesifikt ble poengtert hvilke rettigheter de hadde som deltakere i forskningsprosjektet. Herunder ble forskningsdeltakerne gjort oppmerksom på at de som deltakere ville anonymiseres ved at de ville få fiktive navn og at deres uttalelser i hovedsak ville bli gjort dialektnøytrale. Samtidig ble det gjort klart at informasjonen som kom fram ville bli behandlet konfidensielt, og at de kunne trekke seg fra forskningen når de måtte ønske uten negative konsekvenser. Etter avtale ble også forskningsrapporten sendt til Ytterøy helsetun, som oppfølging av den etiske dimensjonen, før publisering (se pkt 3.5 og henvisningen til appendiks 2 og 3).

3.11 Forskerrollen og refleksivitet

Postholm (2010) hevder at forskeren bør synliggjøre sin bakgrunn, både sin subjektivitet og faglighet, i møte med leseren. Utgangspunktet for dette prosjektet er tydeliggjort gjennom et sosialkonstruktivistisk paradigme, en humanistisk-eksistensiell forankring og gjennom valg av fenomenologisk metode. Det er derfor lagt vekt på at empirisk forskning og empiriske data ikke er en speiling av virkeligheten, men fremkommer gjennom forskerens fortolkninger. Hele prosessen har derfor vært preget av egne refleksjoner rundt de valgene og tolkningene som er gjort. Sentrale spørsmål underveis har vært: Hvorfor har jeg tatt nettopp disse valgene? Hva har påvirket meg som forsker? Hva er mitt verdisyn som inngang til en slik forskning? Hvordan påvirker dette utfallet av forskningen?

3.12 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg gjort rede for og begrunnet de metodiske valgene som jeg har tatt både når det gjelder intervju og observasjon. Jeg har jeg redegjort for min bruk av kvalitativ metode og fenomenologisk analysestrategi. Videre har jeg vist hvordan jeg har tilstrebet kvalitet i forskningen, noe som også innebærer at det reflekteres over etiske forhold og

hvordan egen rolle som forsker påvirker prosessen. Jeg vil i det neste kapitlet presentere resultatet fra intervjurunden med helsearbeiderne.

KAPITTEL 4: MØTET MED PRAKSISFELTET

«Ordene er en ting, men det jeg signaliserer med kroppen min kan gi brukeren mulighet for å åpne seg. Brukeren kan tenke: Hun bryr seg faktisk om meg. Rett og slett!» – Klara.

I dette kapitlet følger en gjennomgang og presentasjon av det empiriske materialet. Denne delen gjenspeiler fenomenets eller opplevelsens situerte struktur, dvs. det som kom fram under intervjuene med helsearbeiderne og observasjonen på helsetunet. Framstillingen er komprimert i tråd med Giorgis analysemodell. Meningsenhetene, som er et resultat av en grundig gjennomlesning av hvert intervju og alle intervjuene samlet, fungerer som overskrifter for hvert tema som tas opp.

Meningsenhetene er slått sammen til følgende overordnede tema: **«Omsorg og det å kjenne brukeren som menneske»**, **«Møtet, relasjonen og det gode øyeblikket»**, **«Å være tilstede med og for «den andre»»**, **«Kultur for helse og et verdig liv»**, **«Organisasjonskultur for samspill, involvering, engasjement og faglig utvikling»**. Jeg vil også underveis presentere noen undertema for enkelte av disse overordnede temaene. For å lette lesningen har jeg regelmessige oppsummeringer underveis.

I tråd med de forskningsetiske betraktningene foran, er alle helsearbeiderne (forskningsdeltakerne) anonymisert i beskrivelsen som følger, og gitt de fiktive navnene Brit, Evy, Klara, Laila, Randi og Rose.

4.1 Omsorg og det å kjenne brukeren som menneske

Når jeg spør Klara om hva hun legger i dette med god omsorg, og hva hun som helsearbeider ønsker å oppnå, sier hun: *«Da bruker jeg rett og slett setningen med brukeren i sentrum. Jeg er her for brukerne og den enkelte bruker som trenger meg. Å yte god omsorg det er å møte brukeren der brukeren er, og det, og den hjelpa sjølsagt som brukeren trenger. For å vite det så må jeg lære å kjenne brukeren, skaffe meg bakgrunnsstoff om den personen. Jeg tenker individbasert, jeg altså. Jeg må vite noe om fortida deres, hva som har prega livene deres, som har formet dem, som har gjort at de er den personen de er. Det er veldig viktig for å klare å møte dem, og klare å opprettholde eller få et tillitsforhold. For dette med hjelper og bruker har veldig mye med tillit å gjøre.»*

Laila sier noe av det samme når det gjelder brukerorientering og brukerkjennskap, men nevner også dette med å sette til side enkelte av sine egne normer og regler i møte med brukeren: *«Jeg må klare å se brukeren fra brukeren sitt ståsted. Og så må jeg legge tilside noen av mine egne normer og regler, for vi er forskjellige som mennesker, personer. Ta utgangspunkt i brukeren sitt ståsted, hvordan han velger å leve, hvordan han har levd. Så må jeg ta utgangspunkt i dette når jeg går inn til brukeren og skal ta vare på brukeren. Prøve å tilrettelegge, bidra med det jeg kan og gi han god livskvalitet»*. Laila seier også at det hele tida er viktig å lytte til brukerne: *«Brukerne har med seg en historikk som vi ikke kjenner. Vi har ikke fullstendig overblikk over deres tidligere liv; hvor de har bodd, levd, hva de har blitt utsatt for, hvordan de har blitt behandlet»*.

Rose har fokus på brukeren som menneske og det å gi kjærlighet: *«Det må være at jeg har tid til å se personen som en person og ikke som en pasient. Se ressursene han har, samtidig som jeg ser hva jeg kan hjelpe han med. At jeg tenker helhetlig ut i fra psykisk, sosialt og fysisk område ...og at vi skal gi de kjærlighet og trygghet som kan formidles gjennom nær kontakt, for eksempel ved å ta seg god tid i stellet. Jeg synes det er veldig godt, for eksempel om kvelden å ta en stille stund da og kanskje be aftnebønn og synge en godnattsang»*.

Brit vektlegger betydningen av tilstedeværelse når hun sier at god omsorg det er *«...å være tilstede for pasienten, både fysisk og psykisk, og bistå de med det de trenger hjelp til. Jeg vil at de skal få en rimelig grei hverdag, slik at de kan fungere best mulig og ha det bra.»*

Randi sier dette om omsorg og hvordan hun forstår sin rolle i en omsorgssituasjon: *«Jeg må være forståelsesfull, jeg må klare å vise respekt, og prøve å sette meg inn i brukernes situasjon. Jeg må ha – som jeg bruker å si til mine lærlinger – «å ha ei god hand» – og da mener jeg at du viser med hele deg - kroppsspråket ditt – at dette er noe du vil, du behandler de med verdighet og på en omsorgsfull måte. Tør å være nær»*. Randi understreker betydningen av at økt kunnskap har vært viktig for å kunne *«skape gode øyeblikk»* med brukerne. Hun sier: *«Gode opplevelser i nuet er veldig viktig når man er dement, Når det gjelder de som ikke er dement, så er det sjølsagt viktig å skape ro og trygghet og at de synes det er greit å være til»*.

Randi gir også en interessant betraktning omkring den utviklingen som har funnet sted i forhold til det å vektlegge betydningen av kunnskap og kjennskap om brukerne: *«Vi lærer å*

kjenne brukerne etter hvert, og får informasjon om brukerne fra pårørende. Vi har mer å hente her etter hvert, med å kartlegge brukere og interesser og skaffe oss mye flere detaljer enn det vi har vært vant til. Før hadde vi for eksempel informasjon om at en person var gift, hadde 3 barn, husmorskole og yrke. Men nå ser vi viktigheten av de små detaljene, for det er de som utgjør om det går bra eller ikke».

Laila tenker også helhetlig på omsorgen når hun sier: *«Jeg skal gjøre hverdagen så optimalt bra og god som jeg kan for at brukeren skal ha livskvalitet den tida han har igjen. Prøve å lindre både fysiske, psykiske og somatiske lidelser og plager. Være til stede for brukeren».*

Oppsummering

God omsorg knytter forskningsdeltakerne til det å skape gode opplevelser og livskvalitet for brukerne, operasjonalisert gjennom begreper som kroppslig nærvær, tilstedeværelse, tillit, kjærlighet, respekt og verdighet. En viktig forutsetning for god omsorg er grundig kunnskap om og kjennskap til brukerne som personer og mennesker, for å kunne tilpasse omsorgen til de ulike behovene de har.

4.2 Møtet, relasjonen og det gode øyeblikket

Møtet med og relasjonen til brukerne ble trukket frem av samtlige av helsearbeiderne og viet til dels stor oppmerksomhet gjennom hele intervjuet. Mangfoldet i beskrivelsene av den relasjonelle dimensjonen viser at det er en form for gjensidighet i møtet, selv om den man har omsorgsansvar for kan være i en vanskelig livssituasjon. Klara sier at man må ha *«interesse av å jobbe med eldre og se det som noe positivt, altså at hverdagen blir interessant fordi du faktisk kan utrette noe, det å finne metoder, arbeidsredskap som også blir til glede for de vi har omsorg for. Det blir derfor noe tosidig dette».* Klara er spesielt opptatt av at omsorgsrelasjonen skal bidra til *«livskvalitet, innhold og gode dager»*, og sier at *«det som kommer fra hjertet når til hjertet».* På denne måten får hun fram at man som pleier er beredt til å gjøre dagen best mulig for brukeren. Spesielt er det viktig med en myk og god start på dagen fordi dette kan skape gode følelser som brukeren trekker med seg videre utover dagen. I de tilfellene man lykkes med dette gir det veldig mye tilbake. Klara sier: *«Ordene er en ting, men det jeg signaliserer med kroppen min kan gi brukeren en mulighet for å åpne seg. Brukeren kan tenke: Hun bryr seg faktisk om meg. Rett og slett!»*, og fortsetter: *«Det at brukeren har det bra, slår jo også tilbake på meg og det gjør at jeg utvilsomt får en god arbeidsdag også».*

Randi sier at det spesielt er i de gode øyeblikkene at kontakt oppstår og at relasjonene kan være preget av gjensidighet: *«For når jeg når inn til en bruker med en liten ting og får et blikk eller respons, så gir det så uendelig mye tilbake. Da ser jeg at jeg har lyktes»*. Samtidig må man sloss litt for det gode øyeblikkene: *«Jeg kan synge sanger gang etter gang, og plutselig kommer verset, jeg kan stille et spørsmål gang etter gang, plutselig kommer svaret. Dette viser at relasjonen både er en hjelpende prosess og noe man vil oppnå, oppnå noe gjennom å mestre ting»*.

Selv om helsearbeiderne er opptatt av det å være ekte tilstede og at relasjonen er tosidig, så sier de også at det er et avhengighetsforhold i slike relasjoner. Dette betyr, i motsetning til en mer likeverdig situasjon innen for eksempel psykoterapi, at det i sterkere grad forventes at man skal gi pleie og finne gode løsninger for mennesker som er i en vanskelig livssituasjon. Brukerne kommer til helsetunet fordi de trenger pleie og omsorg; de er ofte sårbare, skjøre og avhengig av profesjonell hjelp. Brit, som ser relasjonen til bruker mest som et avhengighetsforhold, sier at det først og fremst handler om gjøre brukeren fornøyd: *«Hvis jeg ser at jeg lykkes med noen mål eller kan gjøre hverdagen god for noen, og at det blir en god formiddag, så kjenner jeg at det også gjør meg glad»*.

Rose sier allikevel dette: *«Selvfølgelig er det sikkert nok et avhengighetsforhold, for de trenger hjelp, men jeg bryr meg nå om de som de menneskene de er også. Ikke sant? Ofte så har vi de over lang tid, og du blir veldig godt kjent med dem og du blir glad i dem. Dette er en positiv ting med det å jobbe i eldreomsorgen.»* På samme måte som Klara, er Rose opptatt av hvor givende et slikt arbeid kan være: *«Det gir meg så mye! Veldig verdifullt. Jeg blir glad, men selvfølgelig så kan jeg bli litt lei meg noen ganger når du kanskje ikke får det til så godt som du har tenkt. Men jeg synes det er veldig givende»*.

Klara viser til at utdanning og kunnskap også er viktig for å se sammenhenger i møtet med pasientene: *«Det å ha utdanning er viktig for å kunne se sammenhenger. Det føler jeg har skjedd etter at jeg tok videreutdanning. Kan tenke helhetlig og annerledes på ting, men jeg tror ikke det er «alfa og omega», personlig egnethet er ganske sikkert viktig»*. Selv om man har solid utdanning, er personlig egnet for oppgavene og har et sett av virkemidler å bruke, sier Klara: *»Det er ikke noen oppskrift på det, føler jeg»*. Hun fortsetter: *»Før hadde vi mye fokus på det sykepleierfaglige og sånn og orden og sånn, det skulle være ryddig. Nå er det*

brukeren som er i sentrum, og vi gjør kun det som er nødvendig i forhold til rom og sånn. Det kan vi ta senere. Det viktigste er at brukeren får vår oppmerksomhet, vår fulle oppmerksomhet”.

Randi hevder at i hvor stor grad man oppnår kontakt med brukerne varierer fra bruker til bruker, men i de fleste situasjoner er det et avhengighetsforhold, der de som trenger hjelp er avhengig av den jobben hun gjør og hvem hun er. Randi sier: *«Dette har det blitt mer fokus på, og her har vi et enormt ansvar – det å gå i oss selv og se på den jobben vi gjør. Det jobber vi nå med»*. På samme måte som Klara, er Randi helt klar på at kunnskap og muligheter for faglig oppdatering er en nøkkelfaktor i forhold til hvordan relasjonen til bruker blir. Kunnskapen om for eksempel etikk og verdier er viktig for å kunne se *«at en bruker som i dag er slik, har hatt et langt liv, med sine verdier, interesser og sin verdighet. Kunnskapen har gjort at relasjonen til bruker har blitt bedre og bedre»*. Hun sier videre. *«Ikke minst gjelder dette også kollegene mine – at hele gruppa etter hvert løfter i lag. Var tyngre før, men bedre nå når man har en felles forståelse»*

Laila er opptatt av at brukeren skal få kunne bestemme selv og bruke egne ressurser. *«Jeg skal selvfølgelig være der for å hjelpe, men samtidig støtte brukeren slik at han klarer å bruke sine egne ressurser. Prøve å la brukeren få bestemme selv. Det er ikke alltid man ser resultatene av det man holder på med heller, men kanskje får du positive tilbakemeldinger på det du gjør, eller brukeren blir glad når han ser deg eller kanskje du blir møtt med et smil. Nei, hvor hyggelig det er å se deg! Det er i grunnen nok mange ganger det, og det er noe som gir mye»* .

Det som går igjen hos alle helsearbeiderne er at ingen dag er lik. Spesielt gjelder dette overfor brukere som lider av demens. En dag kan møtet med brukeren være preget av rimelig god kommunikasjon, positive følelser og en god atmosfære, en annen dag kan situasjonen være svært utfordrende knyttet til samme bruker. Dette kan for eksempel handle om at noen klager over smerter, er aggressive, roper høyt, virker avvisende. Nettopp i slike situasjoner hjelper det at man bruker nødvendig tid, og faktisk prioriterer brukeren, bruker de terapeutiske virkemidlene man har tilgjengelig og den personlige egnetheten man har, som et handlingsrepertoar i forhold til brukeren. Det blir da viktig å signalisere, både verbalt og med kroppen, at man er tilstede, hører på det brukeren har å si, og klarer å opprette et tillitsforhold for å komme videre. Dette krever en selvbevissthet i forhold til egen praksis. Klara sier: *«Det går på tillitsforholdet, det at de føler jeg har en alliert her som faktisk er villig til å høre på*

meg. Det å opprette dette forholdet, det må det arbeides litt med, det kommer ikke av seg selv». Rose, som også er opptatt av at tid blir en nøkkelfaktor i krevende omsorgssituasjoner, seier videre: «... i forhold til morgenstell så er ikke alle dagene like gode, og det må man ta hensyn til. Du har forskjellige hjelpemidler som du kan bruke, og da synes jeg for eksempel at dette med musikk er en god ting å bruke».

Samtlige av helsearbeiderne gir inntrykk av høy grad av selvbevissthet, i den forstand at de har tanker og følelser om egen person og profesjonelle rolle i forhold til det å kunne gi god omsorg. De vet at det er mange utfordringer som må takles profesjonelt, samtidig som de selv også har familie og et liv som de tar med seg inn i omsorgssituasjonen. Til tross for at alle kan ha en dårlig dag, også helsearbeidere, og til tross for at situasjoner kan være preget av plutselige og store utfordringer, så handler dette om hvordan brukerne kan få det best mulig». Laila sier det slik: *«Til tross for at man har en dyp og utfordrende relasjon til brukeren, så prøver jeg ikke å ta med meg jobben hjem. Ellers kommer du til å slite deg ut selv».* Man prøver derfor å fokusere minst mulig på seg selv og være mest mulig bevisst sin egen oppmerksomhet overfor brukerne. Klara sier: *«Har man demente med aggressiv atferd, så klart du må være veldig fokusert. Ganske anstrengende, bruker deg selv mye for å klare å utføre en god jobb. Yte maksimalt. Dagsformen må være hundre prosent fokusert. Ellers sendes det ut signaler som mottakeren tar opp, på godt og vondt, men kan også si at man har en dårlig dag, uten at det blir noen feil av den grunn».*

Oppsummering

Det er både en viss grad av gjensidighet og avhengighet til stede i det å yte omsorg overfor mennesker som er i en vanskelig livssituasjon. Selv om man har en plan og klare mål før møtet med brukeren, er ingen dag lik, og man må ofte ta ting etter hvert som de kommer. Når man ser at man når inn og får de gode øyeblikkene, føler man at man lykkes. Nettopp i slike øyeblikk kommer profesjonaliteten, erfaringen og den personlige egnetheten hos helsearbeiderne til syne. De har også et sett med terapeutiske og andre virkemidler de kan trekke veksler på, og her er kunnskap og det å dele opplevelser og erfaringer av stor betydning for bedre pleie og omsorg. Det å yte omsorg handler også om å være kroppslig tilstede, skjerpet og ha full oppmerksomhet i handlingssituasjonen.

4.3 Om å være tilstede, for og med «den andre»

Betydningen av tilstedeværelse ble vektlagt av samtlige av helsearbeiderne og aspekter ved dette ble også nevnt lenge før det eksplisitt ble spurt om hva de legger i begrepet. Tilstedeværelse ser helsearbeiderne på som helt grunnleggende og som en kjerne i hva god omsorg og gode terapeutiske relasjoner handler om. Tilstedeværelse retter oppmerksomhet mot forholdet helsearbeider – bruker, og viser selve ”anatomien” på det som finner sted i en omsorgsrelasjon. Tilstedeværelse er her delt inn i tre deler 1) tillit, trygghet og respekt, 2) empati og 3) ubetinget positiv aksept.

4.3.1 Tillit, trygghet og respekt

Klara, som er opptatt av å gi brukeren full oppmerksomhet og som arbeider hardt for å gi brukeren «*innhold, livskvalitet og gode dager*», ser tillit i nær sammenheng med det å kjenne brukeren godt. Det første Klara reflekterer over når samtalen dreier seg inn på betydningen av tilstedeværelse, er følgende: «*Det er å være sensibel i forhold til hvordan du griper ting an...må vise at jeg er interessert, høre på og da er det noe med kroppen min som sier at her er jeg, jeg er her for deg. Dette handler om å bygge opp et tillitsforhold. Tillit opparbeides ikke umiddelbart. Hvis du kommer på en plass, ny bruker, så må du gjøre deg litt fortjent til den tilliten. Du må nok passe deg ganske mye for hvordan du opptrer og være profesjonell, ha litt avstandsforhold, men samtidig er det noe med å tørre å...du må liksom 'vere' hvordan er brukeren i dag, observere ansiktsuttrykk, humør, frustrasjon*». På spørsmål fra meg om man kan oppnå tillit hvis man har et distansert forhold til brukeren, svarer Klara: «*Jeg er ikke der i hvert fall fordi jeg da ikke klarer å opprette det tillitsforholdet, nei det å tørre å holde i handa, gi vedkommende en klem, er avhengig av hvor godt man kjenner hverandre*»..

Klara, som vektlegger at tillit er en viktig forutsetning for at brukeren skal føle seg trygg i en pleiesituasjon, er også opptatt av forholdet mellom tillit, menneskeverd og respekt: «*Jeg tenker respekt for mennesker har med skikk og bruk å gjøre...skal ikke tenke for vanskelig...respektere folk, respektere eldre folk, ha interesse for det de har gjort, erfart og vært flinke til og la de fortelle om det. Om de forteller det samme utallige ganger pr. dag, de som har kognitiv svikt, så må de få lov til det. Har de vært flink til noe må de oppmuntres og få tilbakemelding på at 'du verden', kor bra det er, trekke det inn i hverdagen i dag. Respekt det er det grunnleggende*».

Tillit, trygghet og respekt handler her om noen av de kvalitetene som må være tilstede i en god omsorgsrelasjon. Hvordan du framstår som pleier kan dermed gi brukerne den trygghet som gjør at de kan stole på at du stiller opp for dem. Dette kan fremkalle smil, ro og gjøre brukerne mer komfortable og avslappet, selv i vanskelige situasjoner. Randi sier. *«Jeg føler at jeg klarer å oppnå gode relasjoner til brukerne fordi jeg betrakter meg som rolig, klarer å ivareta verdiene deres og ha respekt for dem»*. Rose har tidligere vært inne på hvor viktig det er å fylle rommet med nærhet og kjærlighet. Det å like å være sammen er et godt utgangspunkt for å kunne gi god pleie og gjøre hverdagen god. På denne måten kan den opplevde tilliten faktisk være gjensidig; det oppstår et treffpunkt og mulighetsrom for å komme videre.

Både Brit og Randi sier at graden av tilstedeværelse henger sammen med hvilken bruker det er, for det er ikke alle man har samme kjemi med. Randi, som er opptatt av hvordan hun er kroppslig til stede sammen med brukeren, sier: *«Når jeg skal være tilstede for brukeren må jeg prøve å komme litt nær, så nært som det er naturlig og greit for brukeren, ta på, holde i handa, ja å møte blick med blick, og ikke henge over dem. Det er unaturlig å holde avstand hvis man ønsker å gi litt og få noe tilbake. Jeg er en omsorgsperson, og har ikke klart å jobbe hvis jeg hadde gått og hatt avstand til brukeren. Det å være tilstede for brukeren handler også om å ha tid til brukeren, du oppnår mye bedre resultat hvis en tenker på å forhindre uro, og å få gjort det du er nødt til å gjøre. Og ikke minst for å gi brukeren en positiv opplevelse, for eksempel ved morgenstellet. Her kan jeg bruke musikk og den kunnskapen vi har fått på dette området etter hvert»*.

På samme måte som hos Klara vektlegger Randi dette med å ha god kjennskap om brukeren for å skape en god start på dagen. *«Jeg kan sette meg på sengekanten, prate litt, stryke litt og spørre hvordan de har sovet. Hvis det ikke er riktig tidspunkt for å begynne med noe, så sier jeg at de kan sove litt videre, så kommer jeg tilbake om en stund. Det er slutt på den tida da de skulle opp til frokost klokka ni. Det er veldig, veldig bra. Det handler om å være følsom for situasjonen og vise respekt for brukeren»*. Randi sier også at det å være tilstede også innebærer evne til å finne kreative løsninger og å kunne improvisere. Dette krever både at man er hundre prosent til stede med brukeren, men også har evnen til selvinnsikt: *«Kommer man ikke videre, så kan en kollega gå inn om en stund»*.

På spørsmålet om hun har hatt noen bestemte opplevelser, sier Randi: ” *Ah! Egentlig mange. Vi har en situasjon som ofte har vært veldig utfordrende på grunn av demens og utfordrende atferd med klipping og sparking og sånn. Under et kveldsstell som gikk veldig godt en stund, bøyde jeg meg ned for å si god natt, og mange ganger er det naturlig å gi en klem. Så kom handa hennes opp og strøk meg over kinnet, og så sier hun til meg. «Æ synes synd på dæ...vart du no gift?»». Så da følte hun seg trygg og snakka og ga meg et stryk på kinnet. Da tenkte jeg at dette var ei god stund. Da hadde jeg nådd inn og det gjorde godt».*

Laila sier: *«Jeg prøver å høre på det de har å si og det de kan uttrykke. Hvis de ikke klarer å formidle det selv, kan du lese mye gjennom kroppsspråket. Jeg kan legge handa «bort på» og gi en klapp på skulderen. Det er min måte å gi trygghet på og det har jeg ennå ikke fått negativ tilbakemelding på. En skal jo være forsiktig med berøring, men har aldri opplevd at noen har trukket seg unna. De føler kanskje at noen bryr seg, vil dem vel. Dette handler jo om en nærhet som alle mennesker har behov for, er grunnleggende for oss alle».*

Brit synes at det å være alene med brukeren er en forutsetning for å kunne være tilstede, spesielt i en stell-situasjon, selv om det ikke alltid er mulig. Hun er allikevel klar på *«at de beste øyeblikkene får du når du er alene. Fokuset blir da sterkere på pasienten og hvis at man klarer å vise at man er tilstede, både fysisk og psykisk, så får man jevnt over god kjemi»*. Brit er opptatt av det å forholde seg profesjonell i møte med brukeren og ikke gå for nært innpå. Dette handler ikke så mye om tid, sier hun, men hvordan brukeren er og hvordan hun har lært å kjenne han tidligere. Allikevel sier Brit: *«Men hvis noen har lyst til å prate litt ekstra så setter jeg av tid, hvis jeg føler at det må gjøres»*. Et lignende resonnement finner vi også hos Rose. Ett viktig poeng for Rose er at tilstedeværelse må ses i sammenheng med hvem du er og hvilke egenskaper du har som person når du skal stelle og hjelpe noen, hvordan du oppfører deg og hvordan kjemien er mellom deg og den du hjelper. Hun mener dette spesielt er viktig i forhold til pasienter eller brukere som har demens. Rose sier: *«Om de ikke har språk og sånn, så leser de deg jo veldig mye non-verbalt»*. På denne måten så kan det utvikles et tillitsforhold som gjør at *«det å se en person trenger ikke å ta så innmari lang tid, du kan sette deg å være tilstede i ett minutt, og snakke i ett minutt, tre minutter, og egentlig så får man formidlet ganske mye på den tida. En kan gjøre det hvis man er tilstede»*. .

4.3.2 Empati

Ved å fremstå som empatisk mener helsearbeiderne at de kan komme brukerne i møte på en god måte. Samtlige av helsearbeiderne omtaler derfor empati som et viktig aspekt ved en omsorgsrelasjon. Det skjer indirekte gjennom høy brukerbevissthet og brukerkjennskap, men også i konkrete, praktiske omsorgssituasjoner. Klara ser empati i som det å vise sympati og gi av seg selv i omsorgssituasjoner. Laila forteller at hun opplever det som viktig å kunne sette seg inn i brukerens situasjon og forestille seg hvordan de har det. Hun sier: *«Etter hvert bruker du mye av livserfaringen din til å tanke over hvordan jeg selv ville ha hatt det, hvordan jeg selv ville bli møtt, hvordan jeg vil at mine foreldre skal bli tatt vare på for å få best mulig livskvalitet. Jeg prøver på denne måten å sette meg inn i deres ståsted og se det fra brukernes side»*. Som vist tidligere, så er Laila også opptatt av at brukerne kan ha med seg en historikk man ikke kjenner den fulle dybden i. Hun beskriver en opplevelse med en bruker som var vanskelig, og som hadde vanskelig med å skjønne sitt eget beste for å opprettholde livskvalitet. Han kjeftet mye. Laila bestemte seg da for å la han snakke og la det negative passere. Etter en stund takket brukeren henne for at hun hørte på han og fikk et smil tilbake. Laila sier: *«Det var verdt å bare lytte. I ettertid blir jeg glad og samtidig rørt, for jeg tenker at jeg ser brukeren og kan ta litt til tårene. For det er nå ikke greit å være han heller, tenker jeg. Det er vanskelig»*.

På denne måten viser Laila at empati er en måte å identifisere seg med brukeren på, sett i fra hans eller hennes ståsted, og denne identifiseringen trenger ikke å innebære at de føler det samme som brukerne, men at det sentrale er å bekrefte brukerens følelser slik at de opplever å bli hørt eller sett. Som vist i eksemplene i teksten, så er det små ting i den nære relasjonen, som for eksempel å holde i handa, klapp på skulderen, blikk-kontakt, ordvalg og evnen til å lytte som betyr noe. Da kan brukeren oppleve å bli sett, forstått og bli trygg, og dermed respondere med et stryk med handa, en formulering eller et smil. Det å vise følelser overfor brukeren er menneskelig, noe alle helsearbeiderne hevder, og dette kan også påvirke relasjonen positivt, men samtidig er helsearbeiderne klare på at det å holde en viss avstand blir viktig for ikke å bli for sterkt og gjennomgripende involvert.

Randi summerer på en måte opp det flere helsearbeidere nevner, når hun sier at *«empati er en egenskap som vi i pleie og omsorg må ha og bør ha, for hvis du ikke klarere å sette deg inn i brukerens situasjon så godt som det går, så tror jeg det blir vanskelig å gi den respekten, tryggheten og gode omsorgen som du skal gi. Dette er veldig viktig for meg»*.

4.3.3 Ubetinget positiv aksept

Ubetinget positiv aksept i forhold til brukerne er også noe alle helsearbeiderne opplever som grunnleggende ved omsorgsrelasjonen. Dette handler om å være lydhør for det brukerne sier og gjør. Det handler om å respektere brukeren og det å være ikke-dømmende og ikke-moraliserende. Ubetinget positiv aksept handler om å sette seg inn i brukerne sin biografi og deres behov, være tålmodig og vise respekt, som vist foran. Klara hevder at selv om brukeren har kognitiv svikt, og det blir mye av det samme som gjentas, er brukeren i sin fulle rett til å holde på. Ved at man er til stede, lytter og gir respons, kan ubetinget positiv aksept av brukeren etter hvert åpne opp for muligheten for kontakt og det å «nå inn». Allikevel sier Randi: *«Det kan også være en utfordring dette. Er brukeren veldig krevende så må du gå noen runder med deg selv. Vi skal respektere brukeren og de holdningene og meningene som brukeren har. Du skal behandle han med respekt og verdighet, og da er det ikke min oppgave å si hva jeg mener om brukeren. Men jeg går inn og sier fra hvis jeg føler at brukeren har gått over streken; f.eks. sier noe negativt om kollegene mine».*

4.3.4 Ekte tilstedeværelse

Alle mine informanter har lang erfaring som helsearbeidere og har tatt ulike typer videreutdanning. I følge de selv, kreves dette i dag for å ha et personrettet og helhetlig perspektiv på omsorg. Det går fram at helsearbeiderne stort sett opplever sin fagbakgrunn og teoretiske forståelse som en integrert del av deres person og væremåte. På den måten kan de fremstå som ekte og hele personer (kongruent) i forhold til brukerne. Dette betyr at når man er oppriktig og ekte, så kan man også lettere nå fram til brukeren. Randi sier at hun er *«omsorgsperson tvers igjennom»*, og Klara sier *»Det som kommer fra hjertet går til hjertet»*.

I tillegg gir en felles kunnskapsbase større muligheter for at man får en felles forståelse av utfordringene i organisasjonen, noe som gjør at man lettere løfter i lag. I denne prosessen er det ingen følt motsetning mellom det å bruke ulike hjelpemidler (for eksempel musikk, spilleøvelser, Sela/velferdsteknologi) og det å kunne være ekte tilstede for brukerne.

Oppsummering

Betydningen av tilstedeværelse ble vektlagt av samtlige av helsearbeiderne og nevnt lenge før det eksplisitt ble spurt om det. Tilstedeværelse blir sett på som helt grunnleggende og som en kjerne i hva god omsorg og gode terapeutiske relasjoner handler om. Tilstedeværelse retter

oppmerksomhet mot brukeren og selve ”anatomien” på det som finner sted i relasjonen. Gjennom ord, berøring, blikk, handlinger og det å by på seg selv, kan man oppnå en gjensidig bekreftelse av hverandre. Tilstedeværelse handler om tillit, trygghet og respekt for brukeren, evne til empati, ubetinget positiv aksept og det å være ekte tilstede i situasjonen.

4.4 Kultur for helse og et verdig liv

Denne delen som omhandler kultur for helse og et verdig liv, kommer først nå for 1) å kunne se kultur og helse i en mer helhetlig omsorgssammenheng og 2) fordi denne delen konkretiserer mange av de overordnede temaene som vi har gjennomgått så langt i kapittel 4.

For å forstå konteksten rundt arbeidet med kultur og helse på Ytterøy Helsetun, viser jeg til introduksjonen i kapittel 1 og historikken knyttet til det å arbeide med kultur og helse.

4.4.1 Engasjement og systematikk

Evy sier: *«Vi var der stort sett alle og fikk en meget vellykket presentasjon av han Audun Myskja, hvor han er en inspirator, han har en spesiell måte å formidle og fenge på. Vi hadde grunnlag for å få vist dette, for på den tida hadde vi pasienter som han kunne bruke som eksempler, uten stort oppstyr om det, og et par av dem passet veldig inn i det. Vi fikk se nytten på pasienter...med langtkommende demens, og som hadde prøvd seg på andre institusjoner før... og som...det virker jo, vi når inn! Han nådde inn og dermed var det gjort».*

Rose sier: *«Forskjellen for min del eller for oss var når Myskja kom første gangen og fortalte om dette. Var på forelesning med han og han viste bilder av parkinsonspasienter. Det var så mange brikker som falt på plass...slik er det jo, ble så gira på dette, dette var kjempespennende...når vi skulle prøve det ut selv...fader! Det funker jo som bare det! Det var et kjempehjelpemiddel!».* Rose fortsetter: *«Det er en helhet opp i dette [bruk av ulike musikk som virkemiddel for helse] og det at vi bruker det alle sammen tror jeg er kjempeviktig. Vi har liksom knekt koden sammen! Ikke alle med det samme, men når Myskja kom og fortalte om dette, så var alle sammen...Hæææ, jøss!».* Laila husker det slik: *«Da Myskja kom ga det oss en ekstra piff. Vi hadde kanskje starta litt før, men så kom han for å se litt og vise oss. Når vi så hva han fikk til med noen av brukerne, da fikk vi enda mer inspirasjon til å prøve».*

Evy sier: *«Vi har den individuelle kartlegginga i forhold til musikk. Det er en oppskrift av han Audun Myskja. Den er litt tilpassa i forhold til hva vi ser er gjennomførbart i forhold til vår arbeidsplass. Kartleggings-CD med musikk-snutta av ulik musikk som man kan teste ut i*

forhold til om man får respons eller ikke. Vi ser at vi bruker den i noen sammenhenger, men bruker også noen mer tilfeldige CD-er for å prøve ut andre ting. Så vi har tilpassa dette til det vi tror og har erfart i ettertid. Vi må ta innover oss at i demenssykdommen så flytter pasienten alder i forhold til oppfatning av seg selv. Så musikkinteressen, eller det man liker kan endre seg i forhold til hvordan sykdommen utvikler seg. Så re-uttesting, re-sjekking, om vi fortsatt har de riktige cd-ene er det behov for og da blir de ressurspersonene vi har viktig. De er også viktig i oppfølgingen av den enkelte, så er fagsystemet, profilen, prøvd tilrettelagt for dokumentering på den enkelte. Det var dette vi jobba en god del med opp mot Audun Myskja i forhold til å dokumentere hva som ble gjort og hvordan det ble gjort, effekten hos den enkelte. Det er klart at da må det inn i fagsystemjournalen på den enkelte».

Et fellestrekk som også går igjen når det gjelder bruk av musikk som virkemiddel for bedre helse, er betydningen av kartlegging av brukernes/pasientenes musikkinteresser. Det hadde lenge vært sang på helsetunet, men dette arbeidet ble i følge Randi, mer målrettet etter at Audun Myskja hadde vært der. Randi gir et eksempel på selve metodikken: «Når vi startet med dette prosjektet kartla vi brukeren. Vi brukte et hjelpemiddel Audun Myskja hadde med og en CD med låter samt et skjema for å krysse av. Da spilte vi noen snutter; en passa på det og en passa på å registrere brukeren. Ofte var det to som gjorde det, etter hvert som vi ble mer drevne kunne en gjøre det. Vi kryssa av på en skala fra 0-5 kanskje, etter hvilken respons vi fikk. Da prøvde vi å lage CD-er ut i fra det vi fant ut. Da kunne vi se om det var musikk som i det hele tatt engasjerte, eller som de likte, begynte å røre på en fot eller gyngede med, sang med osv. Eller det kunne være motsatt: brukeren ble sint, nei dette ville de ikke høre på! Så vi fikk slike reaksjoner».

En viktig forutsetning for å prøve ut dette musikkopplegget handler også om personlige forutsetninger: Randi summerer opp slik: «Jeg har engasjement for det jeg gjør, er stolt over det jeg gjør, tør å si min mening, tørre å vise andre hva jeg gjør. Stå for den jobben man gjør; vise at dette får jeg til». Laila legger til: «Må ikke være redd for å prøve nye ting, dumme seg ut og ha evne til å snakke i lag».

4.4.2 Individuelle musikkopplevelser

Klara sier: «Musikken må stemme med brukerens interesser...faktisk så er det også noen som ikke liker musikk, mens andre synes det er herlig. Derfor kartlegging. Kan også gå lei av en type musikk, derfor setter vi ikke på en CD-spiller og lar musikken dure og gå på dagevis,

nei». Klara sier videre: «Jeg tenker mye over den biten, dette med å være innom rommene om morgenen og sette på litt rolig oppvåkingsmusikk. Rolig musikk også kveld og natt. Jeg spør om de vil høre musikk – hvis nei, så setter jeg ikke på noe. Er dette greit, så går jeg tilbake for å se om hun har roet seg».

Rose legger til: «Når vi får brukerne så tar vi og kartlegger i forhold til musikk hva det er de liker. Da spør vi de selv og hvis de ikke kan svare, så spør vi de pårørende. Så blir dette kartlagt. Det kan f.eks. være i forhold til andakt – er du religiøs? Liker du å høre på – vil du ha med gudstjenesten på søndag? Altså: Er det noe du vil – og at vi tilrettelegger for dette».

På mitt spørsmål om betydningen av hennes tilstedeværelse i bruken av musikk, svarer Klara: «Hvis de er urolig må jeg jo sjekke hvorfor de er urolig. Plager, opp en tur – ikke så enkelt, nei. Om natta når vedkommende er urolig må jeg sjekke hva som gjør at vedkommende er urolig. Gå å småprate, spørre om de vil ha på musikk. Det er ikke bare å gå inn og trykke på en knapp og gå ut igjen, nei, så enkelt er det ikke». Rose sier: «Jeg kan sette på en CD og gå. Spørs hva jeg skal bruke musikken til. Men jeg kan også sitte sammen med og oppleve sammen med. I forbindelse med oppvåkning og roe ned om kvelden...hvis det for eksempel er om kvelden og du skal roe ned noen, så kan du f.eks. sette på Arve Tellefsen og Nidarosdomens Guttekor, ha dempet belysning og sitte sammen med. Jeg har hatt pasienter som har vært så urolig at jeg må ha lagt meg på sengekanten for å holde rundt, stryke over håret, stryke over handa, og så har de blitt rolig. Du kan nesten ikke tenke på at de som er sykest og har demens, de mister helt sin identitet og alt, ikke sant, og du kan tenke på den rollen du har som mor ved at du skal gi omsorg, nærhet og roe ned. At det kjennes varmt og godt og rolig...at du kjenner dette...jeg kan også synge [i slike situasjoner]».

På mitt spørsmål og forholdet tilstedeværelse og dette å by på seg selv sier Rose: «Ja, det har vi blitt mye flinkere til her alle sammen. I begynnelsen var kanskje pleiersang, det å synge i stellet kanskje litt flaut..., men det har vi kommet oss over. CD-er er en ting, vi synger også veldig mye. I forbindelse med forflytting eller noen går, kan vi tralle på en marsj eller synge sammen med brukerne mens vi går. Vi ser jo hvor bra rytme er i forhold til bevegelse, enten de trener eller går». Brit fortsetter: «Det går an å synge litt, ramse opp litt regler og sånn, selv om en ikke synger så godt selv – det går an å hive seg på teksten allikevel og få til noe taktfast». Begge vektlegger betydningen av å være tilstede sammen med pasienten, eller som

Brit sier: «Noen vil kanskje ligge å høre på den musikken, men det går an å være tilstede uten å gjøre så mye av seg».

Randi sier: «Min tilstedeværelse betyr egentlig alt, for det er ikke bare å sette på musikk og gå ut. Den CD-en varer kanskje en halvtime. Du må følge med og se, gløtt på døra og hør, fordi musikken kan gjøre at man får reaksjoner; enten positive eller negative. Noen ganger vil de høre på musikk, andre ganger ikke. De synes det er veldig koselig at jeg nynner og synger litt. Da synger man med den stemmen man har og den terskelen er høy for mange av oss». Randi fortsetter: «Noen ganger vet du at det fungerer godt med musikk, men de sier nei når du spør. Vet allikevel at det kan ha effekt. Det er hele tida dette med å være våken og vår for situasjonen og brukeren, og det er dagsavhengig, slik som med oss andre». Klara sier: «Basert på kartlegging er det viktig å bruke rolig musikk om kvelden for å slappe av. Du setter ikke på noe der du kjenner at du får hurtig puls. Du må tenke beroligende og prøve ut hva som fungerer når. Hva fungerer om natta når vedkommende våkner, ligger og roper? Jeg spør jo vedkommende når jeg går nattevakt om vedkommende vil at jeg skal sette på en CD - vil du høre litt musikk? Og når vedkommende svarer ja på det, så gjør jeg det. Kan så gå tilbake og se om hun har roet seg». Klara fortsetter: «En CD kan ikke erstatte deg personlig. Nei! Det er klart at på natta når vedkommende er urolig så må man først sjekke ut hva som gjør uroen. Det å småprate litt, snakke med vedkommende om det er noe som plager eller kanskje vedkommende må opp en tur eller sånne ting. Det er ikke bare å trykke på en knapp og gå ut igjen, så enkelt er det ikke nei. Det må være et tillitsforhold der først».

Alle helsearbeiderne understreker flere ganger at «ingen dag er lik», noe som er utfordrende: Randi vektlegger betydningen av evnen til improvisasjon i slike situasjoner, mens Rose sier: «Må være innstilt på det og bruke fantasien, prøve deg fram og se hva som fungerer. En dag kan ting funke, en annen dag virker det ikke. Må ha kunnskap om gamle sanger, slike de kjenner. Fra barndommen deres. Jeg bruker ofte barnesanger, som de kjenner, som kanskje gir gode minner. Tror jeg, ser jeg».

Evy fortsetter: «Han [Myskja] har kun snutta, så vi må utvikle det til å bli mer masse på type musikk, for vi har en grunnholdning til morgenmusikk og kveldsmusikk, som gjør at vi har noe å våkne til, kvikkes opp av og noe å sove til og roes ned av». Hun fortsetter: «Så har vi pasienter som trenger å prøve ut dette med musikk i forhold til natt, søvn, uro...i forhold til ulike faser av natta også ulike faser av døgnet, der pasienter faktisk kan ha våkna og stått

opp, men humøret eller hvordan de har det gjør at vi må hjelpe de til å få en bedre dag». Og da kan musikk brukes til å våkne med og brukes resten av våkendagen».

Rose trekker fram en opplevelse av det å bruke musikk for bedre helse: *«Det er jo så interessant dette med å se utviklinga i forhold til demenssykdommen og i forhold til hvordan du kan bruke musikk og hvordan det forandrer seg. Det er kjempeinteressant! I og med at vi har brukerne over lang tid kan man følge med og se hvordan ting forandrer seg og at du må evaluere de tiltakene du har funnet ut og forandre på det du bruker».* Rose eksemplifiserer med en bestemt bruker, og la oss kalle henne Amanda. [Amanda] *«hadde en lang periode da jeg stelte henne om morgenen. Før vi begynte stellet så slo vi på musikk, hadde opp gardina, og når hun begynte å våkne så kunne vi få henne på badet. For å få skikkelig god kontakt, før vi begynte med vask og stell, kunne jeg sette meg ned på huk foran henne og syngte Vi har en Tulle. Det var liksom en kjenningsmelodi oss i mellom, og da ble det greit. Da ble hun med på den. Nå er hun enda dårligere i språket, men kan fortsatt få med seg litt hvis vi begynner å syngte. Du ser da at det gir en veldig god mestringsfølelse for henne og det er ganske mange sterke opplevelser du får som pleier også når du får dette til å fungere. Du får en helt spesiell kontakt og du...dette med de gode øyeblikkene og den gode følelsen du ser du kan vekke i de, kanskje gode minner...Den døråpneren musikken kan være, er helt fantastisk».*

På spørsmålet fra meg som dukker opp i samtalen; om kultur kan bidra til økt livskvalitet og mindre medisiner, svarer Rose: *«Det gjør det! Vi ser at vi bruker veldig lite sovemedisiner, neste ikke i det hele tatt, og vi bruker ikke psykofarmaka. Før ble dette gitt til de som f.eks. var urolig, men nå bruker vi musikk eller miljøbehandling. Det er helt sikkert at det virker».* Brit sier det slik: *«Ja, musikk har en virkning for bedre helse. Ser det i løpet av [alle] årene jeg har vært her at ...nå er sikkert medisinerbruken forandret generelt og det er andre typer medisiner...man bruker jo ikke en spesiell type medisin for å holde folk roligere lengre og pasientene er også byttet ut selvfølgelig, men jeg tror nok at det har hjulpet med den satsinga som har vært, ja».*

Klara sier: *«Musikken har sin virkning. Det uttrykkes ved at de blir roligere, men vi må alltid først sjekke ut hva som er grunnen til uroen. Hvis vi ikke finner noen grunn...kan ofte være vanskelig å finne ut hvorfor en dement er urolig, hva som gjør den atferden, kanskje de må på do, har vondt, men hvis man ikke finner dette kan man prøve med musikk. Da må vi finne ut hvilken musikk de har likt før, og da må vi gå til pårørende, som kjenner de fra før, for å finne*

ut hvor vi skal begynne. Da er det det her med at de skal roe seg, slappe av, eller hvis det er sprudlende musikk, få til bevegelse, ikke sant, og du ser de er smilende glad og de gir tilbakemeldinger da ja».

Brit, som er positiv til bruk av musikk som virkemiddel fordi det er noe de aller fleste liker, viser også noen nyansene ved en slik bruk: *«Jeg ser de blir roligere av musikk. De får en bedre hverdag, men det trenger ikke å være hele hverdagen. Inn i mellom kan det være noen gode øyeblikk. Disse lever vi lenge på! Vi ser at her når vi inn og lykkes! Det er 5 minutter der kanskje...i stedet for at det hadde blitt en helsvart dag. Men det er ikke bestandig vi lykkes helt med musikk. I forhold til demens så ser vi ofte at de går tilbake i tid. Så kanskje må man gå fra ungdomsmusikken over til barnesanger. Det trenger slett ikke falle i smak heller, så det er ikke akkurat så enkelt å finne den rette sangen, men vi prøver. Vi bruker musikk, men de får på et vis valget selv. Det varierer fra stell til stell om musikk er det beste under stellet eller ikke. Noen ganger oppfatter de med langtkommende demens veldig mye støy, og da kan musikk bli «en mann for mye» under stellet. Da er det bare å slå av. Så får en prøve senere eller ved neste stell, og da kan det fungere bra igjen».*

På spørsmål om bruk av individuell musikk sier Laila: *«Det er dette med musikk overfor demente da, ...vi bruker musikk under morgenstell og kveldsstell, der vi også bruker sanger. Vi kan starte morgenstellet og nynne litt i lag med musikken. Vi har brukere som er dårlig til å gå og da bruker vi musikk for å finne rytmen. Vi kan plutselig nynne på Napoleon med sin hær for å finne en takt liksom».* Laila husker spesielt en opplevelse for noen år siden der musikken ble brukt under morgenstellet. *«Jeg husker at jeg hadde en gammel dame som var litt tung å få opp om morgenen, men så like hun den sangen I morgon, i morgon, men ikkje i dag, så godt. Bestandig da jeg kakket på og gikk inn, nei, men god morn, sa jeg, så begynte jeg å syngje på den [Laila synger til meg]. Og da begynte hun å syngje med og jeg satt på sengekanten en stund og hun sang. Så trakk jeg fra gardinene, så vi kunne se det nydelige været. Plutselig var alt glemt og hun sa da at nå må jeg kanskje stå opp».*

For Randi er møte med brukeren en-til-en og sang, det som fungerer best når det gjelder bruk av musikk som virkemiddel: *«Da er jeg nær, kan holde i handa, gyngje litt og være tilstede for brukerne, som liker det. Du må være vår, men de fleste brukerne liker at du er nær, tar i deg og holde i handa. Når jeg sitter sammen med en som har reagert på ett eller annet, men så*

merker hun at du sitter og gynger med, så hun synger vers på vers og til vanlig ikke sier noen ting, da er det en sang som plutselig er der, og da synger hun».

Randi formidler to opplevelser: *«Vi har jo opplevd veldig sterke reaksjoner med sang, for det åpner for følelser som de ikke vet og klarer å få ut ellers, spesielt når du er dement. Så vi har ei som reagerer på rolige vuggesanger, Min fyrste song, og da vet vi at når den spilles og hun sitter i fellesrom får hun reaksjoner. Men når vi er til stede og holder rundt henne og skjerner henne litt, er det godt å gråte ut. Da er det viktig at vi er tilstede. Musikken fungerer terapeutisk når det skjer med noen av oss til stede. Får ut både glede og sorg. Det kan være Ja, vi elsker og 17. mai og sånt, og da er det viktig at vi er til stede vi som kjenner brukeren. Det er ikke bare å kjøre i ei fellesstue der noe spilles, noe kan bli trigget, brukeren kan bli kjempesint og da er stunda ødelagt for alle. Så det har vi fokus på her i huset i hvert fall, at vi er til stede. Og det får vi gode tilbakemeldinger på».*

Randi fortsetter: *«En gang leste jeg ei fortelling som het Fortellingen om den gamle julesangen. Fortellingen handler om ei jente som oppsøker folk for å få de til å synge sangen, men ingen kan den. Jeg leste to strofer av sangen og så begynte ei gammel dame som satt i en stol å synge den gamle julesangen. Det var sterkt, da trillet tårene til meg. Da var det historien, så sangen og vi prøvde å synge med, det var et magisk øyeblikk. Da mestret hun noe stort og fikk applaus etterpå. Det gjør veldig inntrykk på meg og mange andre når vi opplever sånne gode øyeblikk, som vi kaller det.»*

4.4.3 Musikk for opplevelser i felleskap

Evy sier: *«I fellesskapet er det jo mye av det samme som det individuelle, men musikk er [også] viktig i fellesskapet. Hver onsdag når vi har fellessang; det oppleves for oss at det synes de er kjempeviktig å prioritere. Klara sier: «Vi har sang hver onsdag. Da kommer det ei som spiller piano og synger, og det deltar damer fra viseklubben. Veldig «drive» og får de endre med på gamle og kjente sanger. Spiller melodier litt etter ønske. Det har blitt veldig populært og de gleder seg så mye til denne onsdagen. Vi prøver også å delta på dette. Det blir da opp til den som har Grønt hjerte, hvordan ting blir lagt opp».*

Det kan også av og til være pasientgrupper med sangsterke personer som kan bidra. Evy sier: *«De driver ikke i gang sangen, men de kan være veldig gode støttespillere til ansatte-gruppa i forhold til det å tørre å synge. Da får vi den fellesskapsnytt av musikken. Vi bruker også*

musikk som bakteppe for fysiske bevegelser to ganger i uka. Det gjør vi både i fellesskapsgruppa og individuelt. Da får du en dobbelteffekt i forhold til det å bruke musikk; bevegelse gir velvære og opplevelse. Og kultur, hva er vel det i denne sammenheng? Det er vel også litt sosialt samvær, det å være sammen med noen, oppleve å gjøre ting sammen med noen. Så kulturbegrepet mitt er ganske vidt i forhold til de områdene kultur har som egenområde. Vi bruker musikk mye som en grunnholdning hos oss – for musikk skaper fellesskap. Vi får samhold og det er noe man føler seg trygg i. Så musikk både individuelt og i fellesskap er viktig. Men musikken bruker vi da til det jeg kaller det utvidede kulturbegrep, og i det da dette med bevegelse, berøring og sansing. For kultur er jo sansing. Vi bruker speilingsbevegelser, bevegelser for hjertet, som Bymisjonen har laget kort på som hjelpemiddel. Vi prøver å tenke litt individuelt i felleskapet, der det er viktig at de ansatte deltar sammen med pasientene, det kan være viskende ord i øret for å høre hva som blir sagt, få med seg beskjeder, kanskje veilede i enkeltbevegelser og da er du ganske tett på dette med speilingsbevegelser». På mitt spørsmål om å utdype dette med speilingsbevegelser, svarer Evy: «Speilingsbevegelser er viktig hvor du får en-til-en kontakt og hvor man enten berører hud mot hud i forhold til å bruke hendene, går i sirkel i felleskapet, hender til værs eller til siden, eller gjøre det bare ved å se på en ansatt gjøre bevegelser – kan gi det innspillet som skal til for at pasienter også blir med på det. Dette er en individuell oppfølging som viser veldig god uttelling i forhold til en-til-en kontakt og pasienters egenøyeblikk».

Laila trekker også inn kontakten mot omverdenen: «Spesielt når det kommer barn hit, fra skole eller barnehage, som spiller og synger, da ser du hvor de eldre lyser opp. De er jo oldeforeldre en del av dem, og har barnebarn.. Det ser vi, det gjør dem godt. Det har jo også vært gladsang på Rampa [Kafé like ved] her, som er arrangert gjennom kommunen for de eldre i bygda. Det er jo med på å skape trivsel, hygge. Du løfter folk opp fra godstolen og ut, og de får aktivitet der igjennom også. Jeg tror det er spesielt er viktig for de som sitter rundt omkring alene, at de har noe tilbud å gå til og får et fellesskap som både gir glede og stimulans».

4.4.4 Optimisme med tanke på framtida

Klara sier: «Ja, musikken har kommet for å bli! Men vi tenker nøye på hva vi bruker den til, f.eks. å skape en god atmosfære og få til en god stell-situasjon». Rose er klar i sin tale: «Jeg tror vi kommer til å utvikle oss mye mer». Randi sier: «Vi har enda mer å gjøre med kartlegging og ikke minst bli flinkere til å dokumentere det vi gjør. Arbeidet med kultur og

helse er veldig viktig for framtida. Vi har som motto «med brukeren i fokus», men vi får også mye tilbake. Samtidig er det med å dra inn kultur egentlig alt det; musikk, bøker, quiz...». Klara viser til at man trenger ulike virkemidler fordi det som fungerer i et øyeblikk ikke fungerer i det neste. Helheten i kulturtilnærmingen er også Klara inne på: «Både Sela [en velferdsrobot], musikk, speiling, bevegelsestrening er viktig for å få kontakt og kommunikasjon; jeg brenner for individuell trening og fellestrening, men man kommer ikke langt med det hvis man ikke har en ledelse som er villig til å satse på dette og ser at det har en nytteverdi». Klara fortsetter: «Det må være en overordnet aksept på at dette skal det satses på. At det er aksept for å bruke litt ekstra tid på det for å nå målene i perioder. Vi skal jo ikke bruke tvang, og da blir spørsmålet hvordan vi oppnår dette. Hvordan få folk opp? I dusjen? Det er noe med å skape en god atmosfære». Laila sier det slik: «Jeg tror nok det blir viktigere og viktigere dette med sangen og musikken og vi har jo gammeldans av og til også, så da får de bevegelse attåt. Noen kan du få med deg ut på golvet og røre på seg. Det har noe med aktivitet og forebygging, samt gleden som setter i gang noen prosesser i kroppen din som gjør at helsa blir bedre. Det er viktig at det ikke faller helt bort, vi må ha noe her».

Randi sier: «Det som skjer når vi bruker musikk er at hverdagen vår går mye lettere. Det å hjelpe brukere som har en utfordrende atferd, går lettere. Nå har vi noe å ta tak i, noe som hjelper oss. Brukere som vi har vært to på, kanskje kan vi klare oss alene. Det fungerer mye bedre med litt musikk og litt sang, musikk i bakgrunnen, synge med musikken i bakgrunnen. De blir mindre urolig, trenger mindre medisiner, mindre med tiltak for veldig urolige brukere». Dette med musikk for å dempe uro blant demenspasienter er noe alle helsearbeiderne vektlegger.

Randi oppsummerer det alle helsearbeiderne sier, nemlig at mye handler om god ledelse og det har de: «Alfa og omega at du har en leder som er med, som forstår, vet og kan. Det har vi og det betyr alt. Det er punkt en og man kommer ingen vei utenom. F.eks. har lederen holdt i trådene og hanket oss inn igjen hvis vi ikke jobbet nok med Grønt og Rødt hjerte. Det er arbeidet med dette [Grønt og Rødt hjerte] som legger føringer på hvordan dagen blir. For å få en oversiktlig og rolig dag, er det viktig at dette fungerer. Den viktigste delen er den med Grønt hjerte, du skal være sammen med brukeren i fellesområdene for å bistå og forhindre uro. Musikken i fellesområdene kommer inn under dette. Det er viktig å ha en leder som er tydelig, og som oppfordrer og oppmuntrer oss til å bruke musikk, rytme og takt».

4.5 Organisasjonskultur for samspill, involvering, engasjement og faglig utvikling

Når jeg spør om hvilke egenskaper ved denne organisasjonen helsearbeiderne ønsker å trekke fram i arbeidet med kultur og helse, sier Rose: *«Vi har et veldig bra arbeidsmiljø. Vi har blitt sterkt interessert i å utvikle oss. Hele gjengen. Det har blitt flere som har tatt videreutdanning blant hjelpepleierne og det at du får faglig kunnskap...vi alle sammen har nå hatt samlinger i forhold til eldreomsorgens ABC og demensomsorgens ABC, for alle yrkesgruppene sammen på tvers. Vi har hevet kunnskapen på alle sammen slik at vi tenker likt...det er i forhold til det å se verdien av en ny ting på en arbeidsplass, ikke sant, så kan jo være best at...hvis du blir utfordra på noe du synes er skummelt eller sånn, så kan det jo hende at du vil sabotere det, ikke sant, men her har vi vært..., i begynnelsen var det kanskje sånn at «hærlighet!» dette var no litt skummelt, men nå er vi på samme nivå. Det hele blir artigere og vi ser dette som et virkemiddel, en del av jobben vår. En måte å arbeide på».*

Klara, som tidligere i rapporten er sitert på betydningen av at det må være en overordnet aksept for og prioritering av satsingen på kultur og helse i organisasjonen, sier videre: *«Skal man lykkes i arbeidet med kultur og helse, må det være forankret i ledelsen. Det å være ansatt og komme hjem fra et kurs og prøve å bruke det...du kommer ikke så veldig langt, da blir det fort et blaff».* Klara trekker fram de første forsøkene på å etablere ordningen med Grønt og Rødt hjerte, som eksempel på dette. Klara sier videre: *«Du må få det forankra på ledelsesnivå, fortelle om dette til ledelsen, forklare viktigheten og la det komme derfra. Så kan du være som drahjelp og bidra».* Klara vektlegger felles forståelse, gode holdninger og en ledelse som utfordrer de ansatte, og sier at ledelsen ved helsetunet er *«veldig flink til å utfordre»*, i sammenheng med *«at det blir prøvd noe nytt»*. På samme måte som hos Rose, sier Klara at *«det vil bestandig i et arbeidsmiljø være noen som sier «Æhh», noe nytt nå igjen! Men det er noe med at det negative ikke må få lov til å gro. Jeg synes det er veldig lite...noen er kanskje mer engasjert enn andre, men ingen saboterer, boikotter, men forholder seg til det...slik er det...vi er en fin gjeng».* Klara mener usikkerhet i forhold til det nye kan ha med usikkerhet og mangel på kunnskap å gjøre, men denne situasjonen er snudd ved denne institusjonen. *«Ikke bare har flere videreutdanning, men det er satset stort på kurs, demensomsorgens ABC, etikk, alle hever kunnskapen sin og ser verdien i dette, faktisk».* *«Det er noe med betydningen av å få aksept og forankring i ledelsen».*

Klara får godt fram at dette med kultur og helse engasjerer alle, men at det ofte er slik at noen brenner mer for det enn andre. Hun sier: *«Det krever nok mer av meg med videreutdanning, av den kunnskapen jeg har skaffet meg, å være drivkraft i forhold til å holde ting gående. Det er jo noe med å holde ting i gang. Vi har ført inn dette med musikk, men «oi sann!», vi må huske på dette i en travel hverdag. Det er derfor viktig å arbeide inn gode rutiner, få aksept for at vi bruker dette, og kanskje noen må «springe fortere» andre steder fordi vi holder på med dette. Men alle blir utfordra på det, enten du er sykepleier, hjelpepleier eller assistent. Blir tverrfaglig og at alle er like viktig i det vi gjør».*

Når Rose vektlegger at «Vi har et veldig bra arbeidsmiljø» og Klara sier «Vi er en fin gjeng», så underbygges dette av den psyko-sosiale støtten de begge opplever i organisasjonen. Rose sier: *«Vi støtter hverandre godt på dette og vi diskuterer og forteller hverandre historier. Vet du! Nå har jeg prøvd det «herre her» og ble varm om hjertet når jeg så [brukeren] respondert så godt på det..»* Vi er flinke til å dele a-ha opplevelser, når vi ser at ting funker». Klara sier: *«Vi har god støtte fra avdelingsleder. Gir tilbakemelding på at det jeg gjør er bra. Får fra kollegene mine også. Syns vi er flink til å støtte hverandre på det».*

For både Rose og Klara blir derfor arbeidet som helsearbeider og spesielt arbeidet med kultur og helse meningsfullt og det gir jobbtilfredsstillelse: Rose sier: *«Arbeidet med kultur og helse er meningsfylt, både for meg og oss alle sammen. Det er jeg helt sikker på. Det er både spennende og interessant».* Klara sier: *«Ja, det er meningsfylt. Jeg ser verdien av og jeg ser at det tilfører brukeren noe mer...jeg har jobbet her i [mange år] hvor dreininga har gått i retning av fokus på livskvalitet og ikke bare rene pleien...at de skal ha sine fysiske behov dekket er hele pakken...men at også musikk og aktivitet er en del av det vi trenger for å ha det bra».* Klara føler at arbeidet gir jobbtilfredsstillelse, men nyanserer dette: *«Det gjør det jo. Det utfordrer meg, det krever en del, men gi meg en meningsfull hverdag. Alt er ikke rosenrødt... i går fungerte det ikke så godt, men i dag fungerte det kjempegodt! Klarte det maks! I dag når jeg ikke fram, går, men prøver senere. Må gå litt ut og inn...Skal unngå tvang, ha respekt for brukeren og medbestemmelse, må ta det trinn for trinn, tross frustrasjoner hos brukeren, som kan ha en dårlig dag. Må ta hensyn til syn, hørsel, kognitiv svikt...det er både sammensatt og utfordrende».*

Brit hevder at *«det som kjennetegner oss og gjør det så bra å jobbe her er at det ikke er noe stort skille mellom arbeidsgruppene. Vi omgås og går litt om hverandre, selv om vi har*

jobbene våre. Vi har en bra tone...og ser litt muligheter for å hjelpe hverandre». Hun fortsetter : «For å være god kultur og helsearbeider må jeg være positiv, være med å prøve ut ting, se muligheter og ikke begrensinger». Brit opplever psyko-sosial støtte i forhold til det arbeidet hun gjør og sier at «det fungerer veldig bra», og det er «meningsfylt arbeid når du ser at brukerne har det bra og at jeg har en variert arbeidsdag». I forbindelse med jobbtilfredsstillelse, understreker Brit betydningen av å ha fokus på og hjelpe de som er svakest og som ofte sitter på rommene sine og ikke krever så mye, også skal trekkes med på en del ting på egne premisser. «Så jeg brenner like mye for dem som de som sitter i sirkelen».

Randi opplever også arbeidsmiljøet som positivt, men nyanserer det hele litt: «Vi klarer å dra lasset sammen. Om det er fordi vi er på ei øy og er vant til å stå sammen, jobbe og vise at dette får vi til. Eeee, kanskje det er viktig for oss å vise til resultat da det har vært mange runder med omorganisering, og kanskje er vi litt flink på det, men jeg tror det kommer av at vi har en dyktig leder som klarer å få oss til dra i lag». Randi synes støtten i organisasjonen er veldig god og de er en veldig sammensveiset og tverrfaglig gruppe. Hun trekker også inn betydningen av omverdenen: *Vi får veldig god tilbakemelding. Det er veldig artig når vi er på Levanger og får høre positive ting om helsetunet på Ytterøya. Så kjenner jeg at i dag klarer jeg å ta dette til meg, og ja, vi har blitt gode. Vi kan mye, men vil bli enda bedre. Mens tidligere når noen skrøt, så tenkte jeg liksom sånn at...å..ja, nei...Ytterøya...det er sikkert greit for dere på Ytterøya for dere er så få, dere har så god tid, dere, sikkert lite brukere, sikkert mange ansatte og. Det er verre med oss som har det så travelt. Men det jeg bruker å si er at det hele handler om å få noe til å fungere, både musikk og kultur og alt dette, det er hvilken holdning du har selv til den jobben du skal gjøre. Hvis alle går noen runder med seg selv, både hjerte og tanker, det er der du må starte...Arbeidet med kultur og helse er meningsfylt, veldig! Og jeg trives i jobben, jeg gjør det».*

Laila understreker det som de andre har sagt, og får fram at dette handler om å prøve, selv om det er utfordrende: «Det er det at vi er så samstemt på det vi vil og gjøre det beste for brukeren. Vi er interessert i å trekke sammen, dra lasset i lag. Så vi prøver! Og mange av oss har nok mange ganger måtte «svelge noen kavringer», nei jeg må prøve dette lell, om det ikke er så trivelig, men vi prøver i hvert fall, vi prøver å stå på, og så har vi en leder som er med oss hele tida og som er veldig tilstedeværende og er med oss og trekker lasset i fellesskap og er veldig åpen for kommentarer og synspunkter og vi kan diskutere en ting ordentlig uten at det blir ufred». Laila har fått mange positive tilbakemeldinger på det hun gjør, opplever sterk

støtte og synes ting er meningsfylt fordi, hun ser resultater av arbeidet og at de når inn til brukerne med det de gjør på kultur og helsefeltet. Hun eksemplifiserer dette slik: *«Det er trivelig å være med selv også, når det er gladsang. Det er en trivelig stund å sitte sammen med brukerne og se hva som skjer med dem, og så bruker vi dette med musikk og bevegelse, vi har sånn speiling, vet du, og da ser vi de som ikke er med på noe, ,og ikke hører noe særlig, når de får hendene dine med seg, så blir det med og du ser hvordan de egentlig liker det. Det har noe med berøringen å gjøre, kontakten».*

4.5.1 Læring og deling av kunnskap

I følge avdelingsleder er den formelle læringsarenaen forankret hos enhetsleder og ledelse og opp til vedtatt kompetanseplan i kommunen. Ansatte på Ytterøy helsetun har tatt videreutdanning både på videregående nivå og høgskolenivå innenfor områder som eldre, demensomsorg, rehabilitering, sansing og kultur. Det er også lagt vekt på arbeid i ressursgrupper og kursing for faglig påfyll. Fagsystemet er også utviklet slik at man må nå dokumentere spesifikt under aktivitet, der de som har fagkompetansen er medspillere i organisasjonen for å gjøre informasjon tilgjengelig for andre. Opplysninger overleveres mellom de ulike ansatte gjennom fagsystemet slik at de vet hva som foregår i forhold til de ulike pasientene. Dette skiller seg fra tidligere former for dokumentasjon, som var rettet mot tradisjonell sykepleie og helsedokumentasjon. Det er en forutsetning at det som skrives, for eksempel i morgenrapporten skal leses, slik at man kan lære av det. Denne dokumentasjonen i fagsystemet og den profilen som avtegner seg for den enkelte, omfatter ikke bare musikk, men også andre typer miljøarbeid som f.eks. aktivitetsstunder, sansing i sansehagen, speilingsbevegelser, kunstuttrykk, bruk av Sela. På denne måten skaffer man seg systematiske og mer pålitelige data. Når det f.eks. gjelder musikk, er en ting å kartlegge hvilken musikk den enkelte bruker liker. Noe annet er å finne riktig lydnivå i forhold til en bruker som f.eks. er hørselsskadet og der hørselstapet faktisk forvrenger lydbildet. I slike tilfeller kan kontakt med Hjelpemiddelsentralen og bruk av riktige hjelpemidler, bidra til at musikken blir tilrettelagt og dermed tilgjengelig for den enkelte. Dokumentasjonen blir i neste omgang fulgt opp gjennom de månedlige personalmøtene. Personal møtene er også viktig for deling av kunnskap, f.eks. hvis noen har vært på kurs eller vært ute og holdt foredrag om kultur og helse.

Læring skjer også på mange uformelle måter ved Ytterøy helsetun. For det første mellom helsearbeiderne når de gir hverandre tips og råd i en konkret praksissituasjon. For det andre

kan man lære av hverandre når man diskuterer ting på vaktrommet og spiserommet. Allikevel er det personalmøte som er den viktigste arenaen hvor dette med kultur og helse tas opp og diskuteres.

4.6 Sammendrag intervju i praksisfeltet

Arbeidet med kultur og helse er omfattende og preget av entusiasme ved Ytterøy Helsetun. For det første er det satset systematisk på musikk som terapeutisk virkemiddel for bedre helse ved institusjonen. For det andre har musikkulturen på øya gitt flere muligheter for deltakelse av frivillige på felleskapssamlinger. For det tredje deler eldre ressurssterke mennesker fellesareal med de som har størst behov for hjelp, og blir ofte drivere i den sosiale og kulturelle aktiviteten. På denne måten skapes det en verdifull sosial arena for alle brukerne, der både øyas kulturelle krefter og egne kulturelle krefter bidrar.

De viktigste kulturelle virkemidlene som brukes ved helsetunet er foruten individuell og felles sang og musikk, sansing og sansehage, «grønn» omsorg, bruk av velferdsteknologi (Sela) og den kulturelle spaserstokken.

Den systematiske individuelle bruken av musikk, er basert på Myskja sin metodikk, samt egne tilpasninger i bruken av denne. Den bygger på utprøving av sang og musikk på den enkelte for å kunne kartlegge behov, ønsker og reaksjoner. Musikk i felleskapet er organisert under ordningen «Grønt hjerte», der en ansatt til enhver tid har bl.a. ansvaret for aktiviteter, herunder fellessangen. Det legges vekt på at musikk er en grunnholdning ved helsetunet, også ut i fra tanken om at musikk skaper fellesskap.

I følge informantene så bidrar sang og musikk til å dempe uro, gjøre det lettere for alle parter i en stell-situasjon, skape god atmosfære, trivsel og glede. Musikken bidrar også i forhold til fysisk bevegelse og trim, og i forbindelse med spillingsaktiviteter. Som felleskapsaktivitet bidrar musikken til å skape en sosial arena som mange gleder seg til å delta på.

Musikken kan brukes sammen med andre kulturelementer; f.eks. så opplevde forskeren gjennom å delta på et morgenstell av en pasient med kognitiv svikt, at både det å sammen se på bilder fra «grønn» omsorg, bruk av pleiers sang og bruk av Sela fungerte meget godt sammen for å få i gang kommunikasjonen og få en så god start på dagen som mulig. På denne

måten fikk forskeren se hva tilstedeværelse betyr og hva det å åpne seg opp for den møtet med «den andre» betyr i en konkret praksissituasjon. Som jeg skrev i feltdagboka (23.01.13):

«Helsearbeideren er stekt oppmerksom på alt som skjer og synes å være sterkt til stede. Byr på seg selv, både psykisk og fysisk, går «den andre» i møte og behandler «den andre» med respekt og verdighet. Hun bruker stemmen forsiktig, positivt bekreftede og holder hele tida blikkontakt. Samtidig med at kommunikasjonen pågår er helsearbeiderens kropp i bevegelse, praktiske ting ordnes, ting vises fram, berøring. Hun når åpenbart inn. Smilet og glimtet i øyet har kommet tilbake hos brukeren. Det som så ut som en meget utfordrende stellsituasjon, går nå langt bedre».

Dette poenget er viktig fordi man ikke alltid vet hvilken situasjon man møter og hva som vil fungere. *«Ingen dag er lik. Det som ikke fungerte i går, fungerer visst i dag»*, som det blir sagt. Flere av de ansatte peker også på betydningen av å ha et handlingsrepertoar av virkemidler tilgjengelig. Derfor blir musikk, Sela, speiling, bevegelse, trim, sansing, og andre tiltak som f.eks. «grønn omsorg», noe man kan trekke veksler på for bedre pleie og omsorgsarbeid.

Mange av helsearbeiderne understreker allikevel betydningen av sangen, selv om den kan være utfordrende for de som ikke er så vant til å synge. Selv om musikkstykker som spilles via CD er viktig, legger mange vekt på den kvaliteten som ligger i det å synge for brukerne; både i en stell-situasjon og i bevegelsessammenheng. Randi sier om en person med Parkinsons sykdom: *«Da jeg sang Napoleon med sin hær med pasienten var det plutselig høye kneløft og akkurat som rullatoren bare fór av sted»*. Et annet viktig poeng er at den individuelle musikken ikke brukes passivt overfor de demente, men aktivt, med årvåkenhet og kroppslig tilstedeværelse. Det er CD spiller på hvert rom, men man slår ikke bare på spilleren og går, men blir i rommet eller sjekker ofte, og deler musikkopplevelsen sammen med brukerne.

Det er heller ikke tette skott mellom den individuelle og kollektive bruken av musikk ved helsetunet, da f.eks. de ansatte kan være nær brukeren når man bruker sang i en fellestilstelning, eller at ansatte er tilstede når musikk brukes i bevegelses- og speilingssammenheng, noe forskeren også kunne observere flere eksempler på.

Ikke bare forstås kultur og helse i et slikt utvidet omsorgsperspektiv ved Ytterøy Helsetun, men det å lykkes med dette arbeidet blir også knyttet til god ledelse og dermed til det jeg vil kalle «organisasjonskultur for helse». (Hatch 2000,). Organisasjonsforskeren Mary Jo Hatch fremhever nettopp det som er fellestrekk ved en organisasjon som selve organisasjonens kultur; meninger, grunnantakelser, forståelser, normer, verdier og kunnskaper. En slik kultur utvikles i følge Hatch (2001) ikke i et vakuum, men i lys av samspill med omgivelsene. For alle de som ble intervjuet på Ytterøy helsetun framstår jobben med kultur og helse som meningsfull og den gir jobbtilfredsstillelse (Karasek og Theorell 1990, Vinberg 2003). Arbeidet både hardt og til tider meget krevende, men de opplever betydelig grad av sosial støtte i forhold til de utfordringene og jobbkravene de møter, og de fremhever samspillet med hverandre og ledelsen som meget god. De legger spesielt vekt på at ledelsen, «ho Kristin», som ikke bare er synlig, åpen for nye tiltak og støttende, også er dyktig til å følge opp de aktivitetene og tiltakene som er satt i verk. Det er lagt vekt på god formell utdanning og kompetanse hos de ansatte samt kursing. Internt deler man kunnskap og gir råd i praktiske arbeidssituasjoner og når man møtes på vaktrommet. I tillegg er fagsystemet og brukerprofilen viktig for riktig oppfølging av den enkelte. Personalmøtet blir ansett som den viktigste uformelle arenaen internt for faglig diskusjon og deling av kunnskap. På dette grunnlaget er det derfor optimisme i forhold til framtida og det å satse videre på musikk og helse, fordi som det blir sagt: «*Itjånå tvil, det virke!*». Samtidig holdes døren på gløtt for andre og nye virkemidler, som f.eks. kunst og maling, da kulturelle virkemidler alltid må ses i sammenheng med de brukerne man til enhver tid har ved helsetunet.

KAPITTEL 5: REFLEKSJONER ETTER MØTET MED PRAKSISFELTET

Jeg gikk inn i dette forskningsprosjektet med et ønske om å undersøke helheten ved helsearbeideres opplevelse av å være tilstede med sine brukere/pasienter, med ekstra fokus på hvordan kulturelle virkemidler anvendes i en pleie- og omsorgssituasjon. Ved å gi en fyldig situert beskrivelse i kapittel 4, fanget jeg opp det som helsearbeiderne fortalte om sine opplevelser. Kapittel 4, med sammendrag, kan leses på sine egne premisser fordi det sier noe om situasjonen slik som helsearbeiderne framstiller den. I dette kapittel (5) har jeg fanget opp, integrert, og organisert det jeg har ansett for å være felles *essens* ved alle beskrivelsene. Dette foreligger ikke som klare konklusjoner og anbefalinger, da dette ikke er fenomenologiens ærende, men snarere som en beskrivelse av de forutsetningene som ligger til grunn for at omsorg for verdighet og livskvalitet kan framstå som det komplekse fenomenet det er. Disse forutsetningene er hentet ut av det empiriske materialet, ved gjennomlesning på tvers, og ved bruk av det som Husserl og Giorgi kaller *fri forestillingsvariasjon*. Dette innebærer at forskeren undrer seg over det som blir sagt og knytter utsagn til filosofi og teori, for gjennom refleksjon å prøve å tilføre noe nytt og allmenngyldig. Det er på en måte å vinne innsikt i det allmenngyldige i de subjektive utsagn.

5.1 Verdighet og livskvalitet

Helsearbeiderne legger stor vekt på at de driver med er noe mer enn tradisjonell pleie. De er opptatt av at kulturelle virkemidler i vid betydning er viktig for å bidra til at mennesker med f.eks. kognitiv svikt skal få et verdig liv. I følge Henriksen og Vetlesen (2006) kan omsorg fortås som et tilsvar på menneskelivets ikke-valgte grunnvilkår; sårbarhet, avhengighet, skjørhet og dødelighet. Slike grunnvilkår eller eksistensialer (Heidegger 1962), er noe som kjennetegner det å være-menneske-i-verden (*Being-in-the-world*). Disse grunnvilkårene kan man derfor ikke rokke ved eller velge bort fordi de angår oss alle, på samme måte som omsorg som tilsvar eller respons heller ikke kan velges bort. Ut i fra dette blir omsorg grunnleggende sett det å *verne liv*, samtidig som respons på sårbarhet, avhengighet og skjørhet også handler om å bidra til at den trengende får *et verdig liv*. Det å bruke kulturelementer i helsesammenheng er i samsvar med den nye vendingen innenfor demensomsorgen, som Kitwood (1997) og Myskja (2011) er representanter for. Kultur og helse handler da først og fremst om å ha fokus på verdighet og livskvalitet. Det er dette Klara er inne på når hun med få ord sier at en omsorgsrelasjon skal bidra til *«livskvalitet, innhold og*

gode dager», og at man som pleier er beredt til å gjøre dagen best mulig for brukere. Som vi har sett foran kan dette handle om å stimulere minner og følelseslivet, dempe uro, få mennesker til å føle at de mestrer noe gjennom å synge eller bruke kroppen, skape god atmosfære og stemning. Skal man lykkes med å nå inn, må man kjenne brukernes historie og biografi.

5.2 Ekte tilstedeværelse

Tilstedeværelse som fenomen avdekkes når helsearbeidere, med hele kroppen og alle sanser, går den andre i møte, viser den andre tillit og respekt, prøver å leve seg inn i den andres verden og anerkjenner den andre som likeverdig og unik, tross sykdommen. Relasjonen helsearbeiderne beskriver, deler utvilsomt mange fellestrekk med Bubers jeg-du (*I-Thou*) relasjon. Man må våge seg inn i mellomrommet som gir rom for dialogen. Det er i dette rommet de gode øyeblikkene kan oppstå. Både hos Buber og helsearbeiderne handler det om å møte den andre der han eller hun befinner seg, og legge til rette for at den andre, uansett utgangspunkt, skal tre frem som et unikt individ. Dette er å ha «*respekt for brukeren*», som Klara sier. Helsearbeiderne vet at utgangspunktet er asymmetrisk, der brukeren er den avhengige og sårbare, mens helsearbeideren er den som har «makta». Denne relasjonen kjennetegnes allikevel av et samspill som er avhengig av god kjemi og tålmodighet i forhold til å møte brukeren der han eller hun er. Et viktig utgangspunkt for tilstedeværelse og omsorg er at helsearbeiderne kjenner brukerne så godt som mulig. Når relasjonen først er etablert, f.eks. i en stell-situasjon eller når sangen går godt, opplever helsearbeiderne at de er ekte til stede og følsomt oppmerksomme i forhold til brukerne. Dette blir sett på som en forutsetning for å være på bølgelengde med brukernes tilstand og behov i øyeblikket. Tilstedeværelse gir derfor muligheter for å fange opp nyanser i bevegelser, ansiktsuttrykk og ytringer som kan si noe om behov, være tett på i dialogen, og respondere raskt med kropp, ansiktsuttrykk, ytringer og oppfølgende handlinger. Helsearbeiderne legger til rette for at brukeren skal kunne oppleve å bli sett og hørt, og dermed få muligheten til å tre frem som et unikt individ. De oppmuntrer brukerne og gir gode tilbakemeldinger når de ser at brukerne klarer f.eks. å synge og bidra i fellesskapet. Som Rose sier i forbindelse med sangen: «*Du ser at det gir en veldig god mestringsfølelse og det er ganske mange opplevelser du får som pleier også når du får dette til å fungere*».

Både Randi og Laila viser hvor viktig det er å være tett på, ikke bare når man bruker individuell musikk på rommene, men også for de som blir sittende for seg selv og de som

deltar i fellesskapsaktiviteter. En fysisk berøring, et følt nærvær og litt sang kan ofte være nok til at man som bruker ikke føler seg alene. Helsearbeiderne får da en opplevelse av tilstedeværelse og gjennom å være fullt tilstede med og for brukerne i øyeblikket. Som Buber (2002) og Rogers (1957) påpeker er selve forutsetningen for dialog, en reell tilstedeværelse, eller en psykologisk tilgjengelighet og villighet til å inngå i relasjon med den andre. For Buber (1958, 2002) handler dialogen som utspiller seg mellom terapeut og «den andre» om både tale, taushet og stillhet. Dette synet ivaretas også av helsearbeiderne i det de verdsetter dialogens ulike uttrykksformer. Det dialogiske blir en kvalitet på selve møtet og relasjonen (Cissna & Anderson, 1998). Noen ganger må helsearbeidere være dypt tilstede, altså i kontakt med spissen i sin erfaring, for å kunne løse en utfordring, slik observasjonen av en pleiesituasjon foran viser. I slike øyeblikk kan det oppleves et intenst nærvær, og de gode øyeblikkene kan avdekke seg. Flere av helsearbeiderne understreker at arbeidet kan være utfordrende og at de f.eks. ikke er noen sangere, men tross alt byr på seg selv og «*legger vekk seriositeten*», som Laila sier.

5.2.1 Tillit fremmer åpenhet og trygghet

Jeg starter med å resitere Klara, som sier at *«forholdet mellom hjelper og bruker har veldig mye med tillit å gjøre»*. Hun fortsetter: *«Det er å være sensibel i forhold til hvordan du griper ting an...må vise at jeg er interessert, høre på og da er det noe med kroppen min som sier at her er jeg, jeg er her for deg. Dette handler om å bygge opp et tillitsforhold. Tillit opparbeides ikke umiddelbart. Hvis du kommer på en plass, ny bruker, så må du gjøre deg litt fortjent til den tilliten. Du må nok passe deg ganske mye for hvordan du opptrer og være profesjonell, ha litt avstandsforhold, men samtidig er det noe med å tørre å...du må liksom være hvordan er brukeren i dag, observere ansiktsuttrykk, humør, frustrasjon»*.

I tråd med Rogers (2002) er en ekte, autentisk tilstedeværelse noe som kan bidra til å skape tillit og trygghet i en relasjon. Tillit fremmer trygghet når brukerne merker at helsearbeiderne «kjenner dem» og vil dem godt. Dette er helt i tråd med Spurkelands (2005) påstand om at tillit gir grunnlag for forutsigbarhet og grunnleggende tro på at terapeuten har gode intensjoner. Skau (2005) hevder, på samme måte som Klara, at tillit må erfares og bygges opp over tid og gjennom stadige tillitsvekkende handlinger. Det med andre ord et godt utgangspunkt for en samtale at hjelper og bruker liker hverandre og liker å være sammen. Denne gjensidige tilliten og overgivelsen til det intersubjektive mellomrommet er helt i tråd

med Bubers forståelse av eksistensiell tillit som grunnleggende for å kunne gå inn i en jeg-du relasjon.

Helsearbeiderne omtaler også evnen til å fremstå empatisk som helt sentralt for tilstedeværelsen og det å skape en tillitsfull og trygg relasjon. I tråd med Mearns & Thorne (2007) forstår helsearbeiderne empati som en helhetlig prosess, i det de vektlegger det å komme brukerne i møtet på en god måte ved å sette seg inn i brukerens situasjon og forestille seg hvordan de har det. Laila sier det slik: *«Etter hvert bruker du mye av livserfaringen din til å tenke over hvordan du selv ville ha hatt det, hvordan jeg selv ville bli møtt, hvordan jeg vil at mine foreldre skal bli tatt vare på for å få best mulig livskvalitet»*. En forutsetning for dette er å kjenne brukerne godt, men som Laila sier så er dette utfordrende i praksis, fordi man ikke alltid kjenner til den fulle dybden i historikken og biografien til den enkelte brukeren.

I visse situasjoner, f.eks. hvis brukerne sier eller gjør noe som kan virke krenkende, så sier helsearbeiderne i fra. Ved å rette en ikke-aksept mot enkelte handlinger, ligger terapeutene nærmere Rogers (1961) sin forståelse av ubetinget positiv aksept, enn Bubers forståelse av *confirmation*, da terapeutene i slike tilfeller ikke bekrefter handlinger de er sterkt uenige i.

5.3 Evnen til å improvisere

Systemer og rutiner kan bidra til forutsigbarhet og trygghet for både helsearbeidere og brukere. Allikevel sier helsearbeiderne gang på gang at i en slik jobb må man både være spontan og ha evnen til å improvisere. Med dette menes å ha et handlingsrepertoar man kan trekke veksler på i øyeblikket, fordi det uforutsette i situasjonen krever det. Helsearbeiderne bruker ofte formuleringer som *«det går ikke alltid slik som man har tenkt»*, *«at ingen dag er lik»* eller *«at det ikke finnes oppskrift for alt»*. Dette betyr at uansett planer, rutiner og klare ideer for hvordan bruke musikk og sang, så må de også forholde seg til det uforutsigbare. *«Det som fungerte i går, fungerer ikke i dag»*, som Randi sier. Det å improvisere blir på denne måten en del av helsearbeidernes profesjonelle rolleutførelse (Jfr. neste punkt). Dette er, som nevnt i kapittel 2, i tråd med Bubers vektlegging av det umiddelbare og uforutsigbare som ligger i jeg-du relasjonen og i dialogens vesen. På denne måten framstår det uforutsigbare også som noe allmennmenneskelig. I slike situasjoner så kan bred og lang erfaring, samt betydelig fagkunnskap være til hjelp, men det kan også være viktig at helsearbeiderne setter til side sin egen forforståelse og faglighet for en stund, for på den måten å gjøre seg

tilgjengelig for det som måtte dukke opp. Dette kaller Husserl for *naturlig innstilling* og Epstein (1999) kaller det *beginners mind*.

5.4 Profesjonalitet og forholdet nærhet-distanse

Skau (2005) viser til at profesjonalitet gjerne forveksles med det å være upersonlig. Helsearbeiderne i denne undersøkelsen får godt fram at kunnskap, fagdyktighet og profesjonalitet samt personlig egnethet løper sammen i selve hjelpeprosessen. Randi uttrykker det slik: «*Jeg er en omsorgsperson*». I lys av Skau (2005) gir det mening å si at helsearbeidernes profesjonalitet utgjør en kvalitet ved deres væremåte, inkludert tanker, oppfatninger, holdninger, og idealer. Ekte tilstedeværelse betinger nærhet og involvering. Flere av helsearbeiderne er opptatt av hvordan forholdet mellom profesjonalitet og personlighet spiller sammen i slike situasjoner, og at det å bli en kompetent etisk yrkesutøver henger sammen med kunnskap, det å kjenne seg selv og det å kjenne det arbeidsfellesskapet man er en del av. Det å spille på lag og dele kunnskap er en viktig del av det å kunne yte god omsorg. I forhold til brukerne blir nærhet og involvering en nødvendig, men ikke tilstrekkelig betingelse, da man også trenger distansen, som Klara sier, og som innebærer muligheten for å reflektere faglig og etisk over det man gjør. Dette er også et tema for Henriksen og Vetlesen (2006:15) som hevder at «*Samspeillet mellom nærhet og distanse gir muligheten for å utøve et kompetent og velbegrunnet skjønn, der etikk ikke ender i vilkårlighet og der du kan være rimelig sikker på at de valgene du foretar, ikke er helt feil*».

Etikk handler om forholdet til «den andre». Klara sier at du må kunne gi av deg selv for å kunne oppnå noe, ha respekt for mennesker, noe som har med skikk og bruk å gjøre, «*observere, ansiktsuttrykk, humør og frustrasjon*» underveis i en hjelpeprosess, «*vise interesse for hva de har gjort før i livet, ha interesse for det de har gjort, erfart og vært flinke til...la de fortelle om dette*». Hun sier videre: «*Det å ha utdanning er viktig for å kunne se sammenhenger...kan tenke mer helhetlig og annerledes på ting, men jeg tror ikke dette er «alfa og omega», egnethet er ganske sikkert viktig...det at du har interesse av å jobbe med eldre og se det som noe positivt, altså at hverdagen blir interessant fordi di faktisk kan utrette noe; det å finne metoder, arbeidsredskap, som også blir til glede for de vi har omsorg for...Når du kommer på sykehjem skal man ikke bare vente på døden, men at det skal være livskvalitet, innhold og gode dager. Det som kommer fra hjertet går til hjertet*».

5.5 Hjemfølelse

Musikk og sang, både individuelt (sammen med en helsearbeider) og i fellesskapet, kan skape gode øyeblikk som også ivaretar en viktig sosial funksjon for pasientene. Musikk og sang kan også åpne opp for en større verden (*umwelt*). Selv om et menneske har kognitiv svikt og demens, og går fra ungdom til barndom, er det tross alt hennes barndom eller fragmenter av den, som fremdeles kan vekke minner og følelser. Minnene som vekkes gjennom musikk, det visuelle (bilder) eller annen sansing, kan vise glimt av et tidligere liv; en arbeidspraksis, et fellesskap, viktige episoder og hendelser, steder og landskap. Gjennom minnene kan pasientene på et vis gjenfinne noe av det som «har gått i stykker». Hvordan rom og bygninger er innredet kan forsterke denne effekten av grunnleggende trygghet og hjemfølelse.

5.6 Innovasjon i systemisk perspektiv

Arbeidet med kultur og helse ved Ytterøy helsetun er nyskapende, og nyskaping og innovasjon blir sett på som et nødvendig tilsvarende på dagens store utfordringer innenfor helse- og omsorgssektoren (NOU 2011:11, St.meld. nr.25 (2005-2006)). Viktige stikkord her er økning i antall eldre og eldre med demens, nye brukergrupper, knapphet på helse- og sosialpersonell og frivillige omsorgsytere. Som nevnt foran utvikles ikke en organisasjonskultur for nyskaping i et vakuum. Den krever innsats og vilje til endring internt, samt kunnskap og god ledelse, men den må også ses i et systemisk perspektiv; i den forstand at samspillet mellom ulike offentlige og frivillige aktører generer kunnskap over tid, som igjen kan tas ut i form av endrede tilbud («produkter»), tjenester eller arbeidsmetoder. Utviklingen ved Ytterøy helsetun må derfor ses i sammenheng med den generelle faglige og politiske interessen rundt kultur og helse, som har involvert mange regionale aktører, herunder, Tverrfaglig senter for kultur og helse, forankret i Levanger kommune, Nord-Trøndelag fylkeskommune, HUNT Forskningscenter/NTNU, Helse Nord-Trøndelag (HNT), HiNT og Fylkesmannen i Nord-Trøndelag.

KAPITTEL 6: AVSLUTNING OG PERSPEKTIVERING

Rapporten «*Itjå tvil. Det virke!*» *Kultur for helse og verdighet - eksemplet Ytterøy helsetun*» er tuftet på eksistensialistisk-humanistisk tenkning. I refleksjonen omkring hva fenomenet kultur og helse i utvidet omsorg dypest sett handler om, viser forskeren til menneskelivets ikke-valgte grunnvilkår; sårbarhet, avhengighet, skjørhet og dødelighet. Omsorg som respons på disse grunnvilkårene handler både å verne liv og det å gi de trengende et verdig liv, livskvalitet og hjemfølelse, gjennom å være ekte tilstede og utøve kompetent skjønn i vanskelige pleie- og omsorgssituasjoner. Det å bruke kulturelementer i utvidet omsorg, blir i denne sammenheng noe som kan bidra til helse, verdighet og livskvalitet. Tanken bak denne rapporten er å bidra til å utvikle kunnskap spesielt innen demensomsorgen, og hvordan det å arbeide med kulturelle opplevelser kan være et viktig bidrag i dette feltet. Rapporten bidrar til å diskutere viktige eksistensielle spørsmål som berører demensomsorgen, og som belyses i et bredere spekter enn bare innenfor det rent helsefaglige.

Forskeren møtte forskningsfeltet og Ytterøy Helsetun med følgende forskerspørsmål:

- *Hvordan brukes ulike kulturelementer og miljøtiltak i utvidet omsorg?*
- *Hva betyr hjelper-pleier relasjonen, med hovedvekt på tilstedeværelse, for implementering av kulturelementer i utvidet omsorg?*
- *Hvilke faktorer ved arbeidsmiljøet er viktig for implementering av kulturelementer i utvidet omsorg?*

Forskningsspørsmålene er forsøkt besvart ved hjelp av intervju av helsearbeidere ved Ytterøy helsetun, samt ulike former for observasjon av praksis. Metodedelen gir en beskrivelse av perspektiv, gjennomføring og bruk av fenomenologisk analysestrategi, samt viser de valg som er tatt rundt intervju og observasjon. Videre er det gjort en diskusjon rundt hvordan disse valgene påvirker validitet (pålitelighet og gyldighet), samt diskusjon om etiske forhold. Det gis også en gjennomgang av empirien, og refleksjoner rundt dette i egne kapitler.

Ved Ytterøy helsetun har man siden 2005 brukt musikk og sang på en systematisk måte i utvidet omsorg. Lege og musikkterapeut Audun Myskja var en viktig katalysator i dette arbeidet. Helsearbeiderne mener arbeidet med kultur og helse er med på å gi eldre og eldre

demente livskvalitet og et verdig liv. Ulike situasjoner krever ulik bruk av musikk; noen ganger er det for å gi ro, andre ganger for å skape en god start på dagen, glede, trivsel og muligheter for bevegelse. I tillegg til individuell musikkterapi brukes også musikk aktivt i felleskapet. Musikken bidrar dermed til å skape og opprettholde en sosial arena, både for de eldre, men også for møtet mellom eldre, eksterne frivillige og de ansatte. Det synes å være en kultur for musikk på Ytterøy som bidrar til å befeste en slik aktivitet og arena.

Selv om musikk framstår som en grunnholdning i arbeidet med utvidet omsorg ved Ytterøy helsetun, brukes andre kulturelle virkemidler som sansing, sansehage, grønn omsorg, bruk av velferdsteknologi (Sela), speilingaktiviteter og trim/fysisk aktivitet, for å gjøre dagen så god som mulig for de eldre. Basert på helsearbeidernes egne utsagn og ved hjelp av deltakende observasjon, ser man at det ofte er ulike virkemidler som brukes sammen når situasjonen krever det. Dermed har man et handlingsrepertoar av ulike virkemidler å spille på.

I arbeidet med kultur og helse i praksis viser rapporten at tilstedeværelse er grunnleggende viktig for å nå inn til brukerne/pasientene med de ulike kulturelle tiltakene. Tilstedeværelse som begrep blir innenfor humanistisk psykologi forstått som det å fokusere på den menneskelige dimensjonen og det terapeutiske møtet i alt omsorgsarbeid. Spesielt legges det vekt på betydningen av å være ekte (kongruent) i møtet med brukerne/pasientene, det å vise brukerne respekt, leve seg inn i deres situasjon og arbeide for å skape tillit og trygghet. Selv når man bruker individualisert musikk, er kroppslig tilstedeværelse og full oppmerksomhet i handling viktig, noe som betyr mye for utfallet av dialogen og det terapeutiske møtet. Til tross for gode rutiner og systemer, er også evnen til å improvisere viktig, spesielt når ingen dag er lik. For å lykkes med dette trekker helsearbeiderne stadig veksler på egne og andre ansatte sine erfaringer, kunnskap og kompetanse.

Arbeidet med kultur og helse blant eldre og spesielt eldre demente er krevende, og «ingen dag er lik». Det kan også oppleves som krevende å skulle by på seg selv i slike situasjoner; f.eks. gjennom å bruke sang som virkemiddel. Dette arbeidet kunne neppe vært utført uten en betydelig grad av psyko-sosial støtte i egen organisasjon, det som i rapporten kalles «organisasjonskultur for samspill, involvering, engasjement og faglig utvikling». Det er mot denne bakgrunnen at arbeidet med kultur og helse, til tross for alle utfordringene man møter på, framstår som meningsfullt og gir jobbtilfredsstillelse for den enkelte helsearbeider ved Ytterøy helsetun. Samspillet mellom helsearbeiderne og samspillet med ledelsen kan

karakteriseres som meget godt. De ansatte legger spesielt vekt på at ledelsen både er synlig, åpen for nye tiltak og støttende, samt dyktig til å følge opp de aktivitetene og tiltakene som er satt i verk. Ledelsen på sin side er opptatt av de positive effektene som arbeidet med kultur og helse har, både for brukere, helsearbeidere og lokalsamfunnet, og ser betydningen av å fortsette arbeidet med å bruke kulturelementer i helsesammenheng, i framtida.

En viktig del av det å bygge en organisasjonskultur for helse, handler om læring og kunnskapsutvikling. Det er lagt vekt på god formell utdanning og kompetanse blant de ansatte, samt kursing. Internt deler man kunnskap og gir råd i praktiske arbeidssituasjoner og når man møtes på vaktrommet. I tillegg er fagsystemet og brukerprofilen viktig for riktig oppfølging av den enkelte. Personalmøtet blir ansett som den viktigste uformelle arenaen internt for faglig diskusjon og deling av kunnskap. På dette grunnlaget er det derfor optimisme i forhold til framtida og det å satse videre på musikk og helse, fordi som det blir sagt: *«Itjnå tvil, det virke!»*.

Arbeidet med kultur og helse ved Ytterøy helsetun er nyskapende, og nyskaping og innovasjon blir sett på som et nødvendig tilsvarende på dagens store utfordringer innenfor helse- og omsorgssektoren. Derfor er det klokt å se utviklingen på Ytterøy helsetun også i et systemisk perspektiv; der samspillet mellom ulike offentlige og frivillige aktører stadig generer ny kunnskap på feltet, som i neste omgang kan tas ut i form av endrede tilbud («produkter»), tjenester eller arbeidsmetoder. Ytterøy helsetun har lenge vært en aktiv del av kultur-helsenettverket i regionen, ikke minst har helsearbeidere fra Ytterøy helsetun bidratt til å formidle egne erfaringer og resultater til andre.

Perspektivering: I denne undersøkelsen er hovedvekten lagt på tilstedeværelse i forholdet hjelper – bruker, og hva dette betyr for implementering av kulturelementer i eldreomsorgen. Dette kan være et godt utgangspunkt for å forske mer på fenomenet, der også de pårørendes synspunkter og perspektiver trekkes inn. Dette ville nok ha gitt en fyldigere forståelse av de effektene som bruk av kulturelementer kan ha i helsesammenheng for eldre og eldre demente. En annen dimensjon som tas opp i denne rapporten, er betydningen av en sterk organisasjonskultur for arbeidet med kultur og helse, og hvordan dette henger sammen med innovasjonsprosesser. Det er trolig behov for mer kunnskap om de systemiske sidene ved slike prosesser og hva utstrakt samhandling og kunnskapsutvikling betyr for innovasjon innen offentlig sektor. En tredje dimensjon som berøres i denne undersøkelsen er stedets betydning

for arbeidet med kultur og helse. Her trengs det også mer forskning. For det første ser vi tendenser til at stedets betydning er viktig når det gjelder å ha kunnskap om brukernes livsverden som grunnlag for meningsfulle, terapeutiske tiltak og minnearbeid, enten dette gjelder sang/musikk eller grønn omsorg. For det andre ser vi tendenser til at stedets betydning viktig for å forstå det allsidige og aktive kulturlivet på Ytterøy, og hva dette kan bety for interaksjonen mellom sykehjemmet og det lokale kulturliv. For det tredje ser vi tendenser til at stedsfølelsen og stedstilknytningen som flere av de ansatte helsearbeiderne har til stedet Ytterøy, trolig er viktig for å kunne identifisere seg med sin arbeidsplass og dermed kan ha betydning for det omsorgsarbeidet de gjør.

LITTERATURLISTE

- Allgood, E. (2003). A response to the uses of power. I Allgood, E. & Kvalsund, R.
Personhood, Professionalism and the Helping Relation: Dialogues and Reflections.
(ss. 17-23). Trondheim: Tapir.
- Baldwin, M. (2000). Interview with Carl Rogers on the use of the self in therapy. I M.
Baldwin (Red.), *The Use of Self in Therapy.* (ss. 29-38). New York: Haworth Press.
- Buber, M. (1958). *I and Thou.* New York: Charles Scribner and Sons.
- Buber, M. (1965). *The knowledge of man: A philosophy of the interhuman.* New York:
Harper & Row.
- Buber, M. (2002). *Between man and man.* London and New York: Routhledge.
- Bygren, L.O., Konlaan, B.B., Johansson, S.E. (1996). Attendance at cultural events, reading
books or periodicals, and making music or singing in a choir as determinants for
survival: Swedish interview survey of living condition. *BMJ* 1996;313:1577-80.
- Cissna, K. N. & Anderson, R. (1998). Theorizing about dialogic moments: The Buber-Rogers
position on postmodern times. *Communication Theory*, 8 (1), 63-104.
- Cissna, K. N. & Anderson, R. (2002). *Moments of meeting: Buber, Rogers, and the potential
for public dialogue.* Albany: State University of New York Press.
- Clarkson, P. (2004). *Gestalt counselling in action.* London: Sage.
- Cuypers, K. F., Skjei Knudtsen, M., Sandgren, M., Krogsted, S., Wikström, B.M. & Theorell,
T. (2011). Cultural activities and public health research in Norway and sweden. An
overview. *Arts and Health* Vol. 3, No. 1, 6-26.
- Cuypers, K., Krokstad, S., Lingaas Holmen, T., Skjei Knudtsen, M., Bygren, L.O. & Holmen,
J. (2011): Patterns of receptive and creative cultural activities and their association
with perceived health, anxiety, depression and satisfaction with life among adults: The
HUNT study, Norway. *BMJ Publishing Group Ltd.*
- Engelsrud, G. (2010). *Hva er kropp.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Embree, L. (2013). *Refleksiv analyse. Ei første innføring i fenomenologisk granskning.*
Trondheim: Akademisk Forlag.
- Epstein, R. M. (1999). Mindful practice. *Journal of the american medical assosiation*, 282, 9,
833-839.
- Friedman, M. S. (1983). *The confirmation of otherness: In family, community, and society.*
New York: Pilgrim Press.

- Førde, R., Pedersen, R., Nortvedt, P. & Aasland, O. G. (2006). Får eldreomsorgen nok ressurser? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 126, 1913-1916.
- Gadamer, H. G. (1999). *Truth and Method*. London: Sheed & Ward.
- Geller, S. & Greenberg, L. (2002). Therapeutic presence: Therapists experience of presence in the psychotherapy encounter in psychotherapy. *Person Centered & Experiential Psychotherapies*, 1, 71-86.
- Geller, S. & Greenberg, L. (2012). *Therapeutic presence: a mindful approach to effective therapy*. Washington, D.C: American psychological Association.
- Gibb, J. R. (1978). *Trust. A New View of Personal and Organizational Development*. Los Angeles: Guild of Tutors Press.
- Giorgi A (1985). Sketch of a psychological phenomenological method. I A Giorgi (ed.), *Phenomenology and Psychological Research*. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press.
- Giorgi, A. (1989). One type of analysis of descriptive data: Procedures involved in following a scientific phenomenological method. *Methods* 1, 39-61.
- Giorgi, A. (2005). The Phenomenological Movement and Research in the Human Sciences. *Nursing Science Quarterly*, Vol. 18 No.1, 75-82.
- Giorgi, A. (2008). Difficulties Encountered in the Application of the Phenomenological method in Social Sciences. *Indo-Pacific Journal of Phenomenology*, Vol. 8, Edition 1, 1-9.
- Greenberg, L.S. & Geller, S.M. (2001). Congruence and Therapeutic Presence. I G. Wyatt (eds.), *Rogers' Therapeutic Conditions: Congruence*. Ross-on-Wye: PCCS-Books.
- Guignon, C. & Pereboom, D. (1995). *Existensialism. Basic Writings. Kierkegaard, Nietzsche, Heidegger, Sartre*. Cambridge: Hackett Publishing Company, Inc.
- Hatch, M.J. (2001). *Organisasjonsteori. Moderne, symbolske og postmoderne perspektiver*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Heidegger, M. (1962/1927). *Being and time*. Oxford: Blackwell.
- Henriksen, J-O. og Vetlesen, A.J. (2006). *Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hycner, R. (1995a). The dialogic ground. I R. Hycner & L. Jacobs (1995). *The healing relationship in Gestalt therapy*. (ss. 3-29). New York: The gestalt Journal Press.
- Hycner, R. (1995b). After/words: The spirit of dialogue. I R. Hycner & L. Jacobs (1995). *The healing relationship in Gestalt therapy*. (ss. 91-100). New York: The gestalt Journal Press.

- Ivey, A.E., D'Andrea, M., Ivey, M.B., Simek-Morgan, L. (2007). *Theories of counselling and psychotherapy*. 6. utgave. Boston: Allyn & Bacon.
- Jacobs, L. (1995). Dialogue in Gestalt theory and therapy. I R. Hycner & L. Jacobs (1995). *The healing relationship in Gestalt therapy*. (ss. 51-84). New York: The gestalt Journal Press.
- Judaken, J. (2012). Introduction. Existensialism Is an Anti-Ism. In Judaken, Jonathan & Robert Bernasconi (eds.): *Situating Existensialism*, p 1-33. New York: Colombia University Press.
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Job, Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.
- Karlsen, G. (2003). *Møtets etikk og estetikk*. NTNU. Program for lærerutdanningen. *PPU serien, nr. 18*.
- Kitwood, T., & Bredin, K. (1992). Towards a theory of dementia care: personhood and well-being. *Ageing & Society*, 12 (3): 269-287.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconidered: The person comes first*. Maidenhead, Berkshire UK: Open University Press.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Leahy, M. (2001). *The heart of dialogue*. Unpublished doctoral dissertation. The fielding Institute, Santa Barbara, CA.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Macmurray, J. (1961/1991). *Persons in relation*. New Jersey: Humanities Press International, Inc.
- Mearns, D. & Cooper, M. (2005). *Working at relational depth in counselling and psychotherapy*. Londaon: Sage.
- Mearns, D. & Thorne, B. (2007). *Person-centered counselling in action (3rd ed.)*. London: Sage.
- Mendes-Flohr, P. (2012). Jewish Co-Existensialism: Being with the Other. In Judaken, Jonathan & Robert Bernasconi (eds.): *Situating Existensialism*, p 237-255. New York: Colombia University Press.
- Merleau-Ponty, M. (1974). *The Phenomenology of perception*. London: Routledge.
- Merleau-Ponty, M. (2004). *The world of perception*. London: Routledge.
- Molander, B. (1996). *Kunskap i handling*. Göteborg: Daidalos.

- Moustakas, C. (1994). *Phenomenological research methods*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Myskja, A. (2011). *Integrated music in nursing homes – an approach to dementia care*. PhD avhandling, Universitetet I Bergen.
- Nyström, K. (2002). *Dans på gränsen. Demensdrabbades kommunikation i dansterapi*. Stockholms universitet: Pedagogiska institutionen.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. 3. utgave. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Prouty, G. (1994): *Theoretical Evolutions in Person-Centered/Experiential Therapy: Applications to Schizophrenic and Retarded Psychoses*. Westport: Praeger.
- Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode. En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. I S. Koch (Red.), *Psychology: A study of a science*: Vol. 3. *Formulations of the person and social context* (ss. 184-256). New York: McGraw-Hill.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1966). Client-centered therapy. I S. Arieti (Red.), *American handbook of psychiatry*. Vol. 3 (ss. 183–200). New York: Basic Books.
- Rogers, C. R. (1971). The interpersonal relationship: The core of guidance. I C. R. Rogers & B. Stevens (Red.), *Person to person: The problem of being human* (ss. 85-101). New York: Pocket Books.
- Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. & Sandford, R. C. (1984). Client-centered psychotherapy. I H. I. Kaplan & B. J. Ruud, E. (2006). *Musikk gir helse*. I: Aasgaard, T. (ed.). *Musikk og helse*. Oslo: J. W. Cappelen Forlag.
- Schlarski, A. (2009). Fenomenologi som teori, metodologi och forskningsmetod. I Andreas Fejes & Robert Thomberg (red.) *Handbok kvalitativ analys*. Stockholm: Lieber. Sandock (Red.), *Comprehensive textbook of psychotherapy, IV*. (ss. 1374-88) Baltimore: Williams & Wilkins.

- Schmid, P. F. (2002). Presence: Im-media-te co-experiencing and co-responding. Phenomenological, dialogical and ethical perspectives on contact and perception in person-centred therapy and beyond. I Wyatt, G. & Sanders, P. (Red.), *Rogers' Therapeutic Conditions Evolution, Theory and Practice. Volume 4: Contact and Perception* (ss. 65-86). Ross-on-Wye: PCCS Books, in press.
- Schmid, P. F. (2005). Authenticity and alienation: Towards an understanding of the person beyond the categories of order and disorder. I S. Joseph & R. Worsley (Red.), *Person-centred psychopathology* (ss. 74–89). Ross-on-Wye, England: PCCS Books.
- Seamon, D. (1980). *A Geography of the Lifeworld: Movement, Rest and Encounter*. London: Croom Helm.
- Simonsen, K. (2008). Place as Encounters: Practice, Conjunction and Co-existence. I Jørgen Ole Bærenholdt og Brynhild Granås (red.). *Mobility and Place. Enacting Northern European Peripheries*. Aldershot: Ashgate.
- Simonsen, K. (2012). In quest of a new humanism: Embodiment, experience and phenomenology as critical geography. *Progress in Human Geography*, 37:10.
- Skau, G. M. (2005). *Gode fagfolk vokser: Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Oslo: Capellen Akademisk Forlag.
- Skjei Knudtsen, M., Holmen, J., Håpnes, O. (2004). Kulturelle virkemidler i behandling og folkehelsearbeid. *Tidsskrift Norsk Lægeforening*, 24:3434-6.
- Smith, P. & Riley, A. (2009). *Cultural Theory. An introduction*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Sommerbeck, L. (2006). Udenfor Terapeutisk Rækkevidde? *Psykolog Nyt*, 60 (8), 12-20.
- Spurkeland, J. (2005). *Relasjonskompetanse*. Oslo: Universitetsforlaget..
- Strauss, A. & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.
- Svenaesus, F. (2001). *The Hermeneutics of Medicine and the Phenomenology of Health: Steps Towards a Philosophy of Medical Practice*. London: Kluwer Academic Publishers.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Theorell, T. (2009): *Noter om musik och hälsa*. Karolinska Institutet University Press.
- Thorne, B. (1992). *Carl Rogers*. London: Sage.
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vinberg, S. (2003). *Healthy Performance in Small Enterprises. Studies of Organizational Determinants*. Licentiate Thesis. Luleå University of Technology.

- Wollan, G. (2003). Heidegger's philosophy of place and space. *Norsk Geografisk Tidsskrift – Norwegian Journal of Geography* 57, 31-39.
- Wollan, G. (2006). Håndverk som gestaltforståelse og skaperglede. En fenomenologisk studie. *Norsk Antropologisk Tidsskrift*, nr. 1, 17 Årgang.
- Wollan, T.C. (2011). *Autentisk tilstedeværelse i familieterapi. En fenomenologisk studie av hvordan familieterapeuter opplever autentisk tilstedeværelse i møtet med sine klienter.* Masteroppgave i rådgivning. Trondheim: NTNU.

Andre kilder:

- Stortingsmelding nr.25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer.*
- NOU nr.11 (2011). *Innovasjon i omsorg.*
- Notat: Velkommen til Distrikt Sentrum-Ytterøy. Ytterøy Helsetun. Rutiner og lignende ved Ytterøy Helsetun. September 2012. KHN.

Appendiks 1

Intervjuguide

Bakgrunnsspørsmål:

- Hvilken stilling har du?
- Hvor lenge har du jobbet i den stillingen du har i dag?
- Hvor lenge har du jobbet på denne arbeidsplassen?
- Hvilke brukere/pasienter har du ansvar for?

Omsorg:

Hva innebærer god omsorg for deg?

- Hvilke egenskaper hos deg tenker du må være til stede?
- Har du noen forventninger til møtet med brukeren/pasienten, og hva det kan være mulig å oppnå?
- Kan du si noe om hvilke tanker du har *før* møtet med en bruker/pasient?
- Ser du på omsorgsarbeid som en hjelpende prosess eller som å prøve å oppnå et bestemt resultat? Mao: Har du noen agenda?

Omsorgsrelasjon:

Hvilke kvaliteter tenker du må være til stede i en god omsorgsrelasjon?

- Kan du beskrive relasjonen mellom deg og brukeren/pasienten, og hva som karakteriserer denne?
- Gjør du noe spesielt for å etablere kontakt med den enkelte brukeren/pasienten?
- Vil du si at brukerne/pasientene står i et avhengighetsforhold til deg, eller kan relasjonen også være preget av gjensidighet?
- Hvordan påvirkes du som helsearbeider av den kontakten som oppstår mellom deg og brukeren/pasienten?

Tilstedeværelse:

Hvordan opplever du å være til stede i øyeblikket sammen med brukeren/pasienten?

- Hva gjør du når du er til stede med din bruker/pasient?
- Hvordan tenker du at din tilstedeværelse kan bidra til positiv utvikling for brukeren/pasienten?
- I hvor stor grad foretrekker du å skape en dyp relasjonell kontakt mellom deg og brukeren/pasienten – sammenlignet med det å forholde seg emosjonelt og klinisk distansert?
- Hvilket forhold har du til *tid* under ett møte med brukeren/pasienten?

Fortell om en opplevelse du har hatt som helsearbeider, der du har opplevd dyp tilstedeværelse sammen med brukeren/pasienten?

- Hvilke tanker og følelser knyttet du til hendelsen?

- Hvordan kjentes det ut like etterpå?
- Hva tenker du om opplevelsen nå i ettertid?
- Fikk du tilbakemelding fra brukeren/pasienten på hvordan du framsto når du var deg selv?

Hvordan opplever du at din bakgrunn som fagperson påvirker din tilstedeværelse?

- Bruker du noen terapeutiske ferdigheter, teknikker eller væremåter for å kunne være til stede sammen med brukeren/pasienten?
- Hvis du legger bort det du kan av teknikker og fagkunnskap; hvordan vil du si at din tilstedeværelse alene påvirker brukeren/pasienten?
- Enkelte har argumentert for at du som helsearbeider skal akseptere brukeren/pasienten fullt ut og på en åpen, ærlig, helhetlig og ikke-dømmende måte. Hva tenker du om dette?
- Hvilke tanker har du rundt det å vise empati og sette deg inn i brukeren/pasientens situasjon og utfordringer?

Kultur og helse:

Hvordan foregår arbeidet med kultur og helse ved denne institusjonen?

- Hvilke personrettede kulturelle virkemidler har du vært med på å ta i bruk?
- Hvilke kollektive kulturelle virkemidler har du vært med på å ta i bruk?
- Hva opplever du som mest virkningsfullt? Hva synes å fungere best?
- Kan du peke på noen konkrete resultater av arbeidet med kultur og helse i din organisasjon?
- Hva tror du skal til for å kunne lykkes med implementering av kultur i helsesammenheng?
- Hvilke egenskaper hos deg er viktig for en slik implementering?
- Hvilke egenskaper i organisasjonen er viktig for en slik implementering?
- Anser du arbeidet med kultur og helse som viktig for framtida? Hvorfor?

Hvordan opplever du arbeidsmiljøet ved institusjonen i forhold til arbeidet med kultur og helse?

- Hvilke trekk ved denne organisasjonen opplever du som viktig for arbeidet med kultur og helse?
- Hva føler du kreves av deg i jobben for å være en god kultur- og helsearbeider?
- I hvor stor grad opplever du psyko-sosial støtte i organisasjonen i forhold til de arbeidskravene som stilles på kultur- og helseområdet?
- Opplever arbeidet med kultur og helse som meningsfullt for deg?
- Opplever du at det gir jobbtilfredsstillelse?
- På hvilke måter foregår læring og kunnskapsutvikling innenfor området kultur og helse i din organisasjon?
- Er det noe du savner for å kunne jobbe bedre med kultur og helse i din organisasjon?

Stedets betydning:

- Hvilken tilknytning har du til stedet?
- Hva betyr det å jobbe akkurat på dette stedet for din innsats som helsearbeider?

Annet:

- Er det til slutt noe annet du ønsker å trekke fram?

Til ledelsen:**Bakgrunnsspørsmål:**

- Hvilken stilling har du?
- Hvor lenge har du jobbet i den stillingen du har?
- Hvor lenge har du jobbet på denne arbeidsplassen?
- Hvor mange ansatte har du ansvaret for?
- Hvilke brukere/pasientgrupper er ved denne institusjonen?

Kultur og helse:

- Kan du si noe om bakgrunnen for arbeidet med og satsingen på kultur og helse ved denne institusjonen?
- Hva var de viktigste grepene som ble gjort i introduksjonsfasen?
- Hvilke personrettede kulturelle virkemidler tas i bruk i helsesammenheng?
- Hvilke kollektive kulturelle virkemidler tas i bruk?
- Hva opplever du som mest virkningsfullt? Hva synes å fungere best?
- Kan du peke på noen konkrete resultater av arbeidet med kultur og helse i din organisasjon?
- Hva tror du skal til for å lykkes med implementering av kultur i helsesammenheng?
- Hvilke egenskaper hos deg som leder er viktig for en vellykket implementering?
- Hvilke egenskaper og fagkunnskap hos de ansatte er viktig for en vellykket implementering?
- Hvilke formelle og uformelle læringsprosesser skjer i kultur og helsesammenheng ved din institusjon?
- Evalueres de ulike tiltakene og prosjektene?
- Hvordan ser du på framtida når det gjelder bruk av kulturelle virkemidler for bedre helse generelt og for din institusjon spesielt?
- Hvor viktig er det å fortsette arbeidet med kultur og helse ved din institusjon? =Hvilke faktorer i det faglige og politiske miljøet rundt din institusjon vil du si har hatt og har mest positiv betydning for arbeidet med kultur og helse ved din institusjon?
- Hva betyr dette stedet for arbeidet med kultur og helse?
- Er det til slutt noe annet du ønsker å trekke fram?

Appendiks 2

Informasjonsskriv

Forespørsel om forskningsdeltakelse til prosjekt med tittelen «FoU-oppdrag vedrørende arbeidsmiljø ved eldrecentre som har gjennomført eller er i ferd med å gjennomføre implementering av kulturelementer i utvidet omsorg».

På oppdrag fra Tverrfaglig senter for kultur og helse, Levanger, samt Levanger kommune, er Høgskolen i Nord-Trøndelag (HiNT) ved førsteamanuensis Gjermund Wollan, bedt om å gjennomføre prosjektet «FoU-oppdrag vedrørende arbeidsmiljø ved eldrecentre som har gjennomført eller er i ferd med å gjennomføre implementering av kulturelementer i utvidet omsorg». Prosjektoppstart 20.09.12 og prosjektavslutning 01.03.13. Undersøkelsen skal skje ved din institusjon. Sentrale stikkord for prosjektet er hvordan kulturelementer blir brukt og organisert i hverdagen ved institusjonen, trekk ved arbeidsmiljøet og helsepersonellens tilstedeværelse i forhold til eldre og eldre demente. I den forbindelse ønsker jeg å intervju både ledelse og helsepersonell ved sykehjemmet. Intervjuene vil foregå hos dere. Hvert intervju vil ta ca halvannen time.

Forskningsdeltakelsen er frivillig og underlagt etiske retningslinjer som innebærer at all informasjon vil bli anonymisert og behandlet konfidensielt. Som deltaker har du rett til å trekke deg fra forskningen når som helst i prosessen. Trekker du deg, blir all informasjon slettet. Intervjuene vil bli tatt opp med digital opptaker, og vil etter intervjuet bli overført til skriftlig tekst, som vil brukes som grunnlag for analyser. Ved prosjektslutt vil datamaterialet anonymiseres og eventuelle personopplysninger som kan identifisere enkeltpersoner, slettes. For å sikre kvaliteten på forskningsprosjektet vil jeg forsikre meg om at din stemme kommer fram ved at du på et senere tidspunkt gir meg tilbakemelding på om den informasjon jeg utleder fra intervjuet stemmer overens med dine tanker og opplevelser. Dette er valgfritt.

Hvis du synes dette høres interessant ut, så håper jeg at du har mulighet til å delta! Jeg ønsker i utgangspunktet å kunne gjennomføre intervjuene i tidsrommet medio november til medio desember 2012. Ta kontakt hvis du er interessert i å delta eller har eventuelle spørsmål om undersøkelsen! Setter stor pris på din deltakelse!

Med vennlig hilsen

Gjermund Wollan

Avdeling for informasjonsteknologi og landbruk, Høgskolen i Nord-Trøndelag.

E-post: gjermund.wollan@hint.no , mob. 48114216

Appendiks 3

Samtykkeerklæring

Jeg ønsker å bidra som forskningsdeltaker i prosjektet «FoU-oppdrag vedrørende arbeidsmiljø ved eldrecentre som har gjennomført eller er i ferd med å gjennomføre implementering av kulturelementer i utvidet omsorg». Jeg sier ja til å delta på ca halvannen times langt intervju. Informasjonen fra intervjuet vil utgjøre grunnlaget for analysene i forskningsprosjektet.

Prosjektet er meldt til Personvernforbundet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS. Som følge av dette er min deltakelse underlagt etiske retningslinjer, noe som innebærer at alle opplysninger om meg som forskningsdeltaker blir anonymisert og at informasjonen som innhentes blir behandlet konfidensielt. Ved at min identitet anonymiseres vil jeg få et fiktivt navn i forskningsrapporten, samt at mine uttalelser vil gjøres dialektneøytrale. Dersom det kommer fram informasjon som er av en slik karakter at jeg ikke ønsker å få det belyst i forskningen, så har jeg full rett til å si i fra og bli fulgt på det. Jeg har rett til å trekke meg fra forskningsprosessen når jeg måtte ønske.

For å sikre kvaliteten på forskningsprosjektet, er det ønskelig at jeg ser igjennom det som utledes fra intervjuet jeg har deltatt på. Dette er ikke noe krav, men snarere valgfritt.

Sted/dato

Underskrift

Appendiks 4

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel +47-55 58 21 17
Fax +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org nr. 985 321 884

Gjermund Wollan
Avdeling for landbruk og informasjonsteknologi
Høgskolen i Nord-Trøndelag
Postboks 2501
7729 STEINKJER

Vår dato: 16.11.2012

Vår ref:32099 / 3 / SSA

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 12.11.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

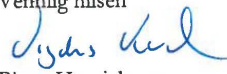
32099 *FoU-oppdrag vedrørende arbeidsmiljø ved eldresentre som har gjennomført eller er i ferd med å gjennomføre implementering av kulturelementer i en utvidet omsorg*
Behandlingsansvarlig *Høgskolen i Nord-Trøndelag, ved institusjonens øverste leder*
Daglig ansvarlig *Gjermund Wollan*

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Sondre S. Arnesen

Kontaktperson: Sondre S. Arnesen tlf: 55 58 25 83
Vedlegg: Prosjektvurdering

