

Danish University Colleges

Komplementær og alternativ behandling i socialpsykiatrien: Understøttes den personlige recovery?

Lunde, Anita; Dürr, Dorte Wiwe

Published in:
Klinisk sygepleje

DOI:
<https://doi.org/10.18261/ISSN.1903-2285-2021-02-05>

Publication date:
2021

Document Version
Peer-review version

[Link to publication](#)

Citation for pulished version (APA):

Lunde, A., & Dürr, D. W. (2021). Komplementær og alternativ behandling i socialpsykiatrien: Understøttes den personlige recovery? *Klinisk sygepleje*, 35(2), 145-162. <https://doi.org/10.18261/ISSN.1903-2285-2021-02-05>

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Download policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Titelside

Komplementær og alternativ behandling i socialpsykiatrien: Understøttes den personlige recovery?

Title: Complementary therapies in social psychiatry: A resource in recovery?

Forfattere:

Anita Lunde

Cand. Cur. og lektor ved VIA University College, Sygeplejerskeuddannelsen og Forskningscenter for Sundhed og Velfærdsteknologi, Program for Sundhedsteknologi, Metodeudvikling og Etik.

Anil@via.dk

Chr. M. Østergaards Vej 4

8700 Horsens

87551315

Dorte Wiwe Dürr

Cand. Scient. San. og lektor ved VIA University College, Sygeplejerskeuddannelsen og Forskningscenter for Sundhed og Velfærdsteknologi, Program for Sundhedsteknologi, Metodeudvikling og Etik.

Dowd@via.dk

Manus ord: 4981

Abstract ord: 114

Abstract:

Psychiatric residential homes in Denmark offer Complementary Therapies (CT) like massage and ear-acupuncture as a rehabilitative intervention. This article explores employees and leaders experiences with CT and investigates the relevance of CT in recovery processes.

The study is qualitative. Data consist of individual interviews and focus groups in four strategically selected psychiatric residential homes. A stepwise content analysis with open coding and condensed meaning creates four themes. The CARE Methodology serves as theoretical framework for a deeper interpretative analysis.

It is a shared belief that CT acknowledge the residents' physical and mental vulnerability. In rehabilitation, CT offers a holistic, collaborative approach and CT can be interpreted as both an internal, external and technological resource.

Keywords: Complementary Therapies, Recovery, Social Psychiatry, CARE Methodology, Qualitative Study

1) Baggrund

Psykiatrisk rehabilitering har i disse år fokus på recovery (1). Tilgangen har afsæt i, at det enkelte menneske har ressourcer til at komme sig efter en psykiatrisk lidelse (2). Recovery beskrives som en unik og individuel proces, der fokuserer på styrkelse af den enkeltes færdigheder i selvstyring (3). Recovery udfordrer dermed den traditionelle biomedicinske sygdomsforståelse og de underlæggende antagelser om, hvad der gør mennesker med en psykisk lidelse raske. Personlig recovery indebærer at en borger med en psykiatrisk lidelse kan skabe et meningsfuldt og tilfredsstillende liv, både med og uden kliniske symptomer på sygdommen. Recoveryorientering involverer et bredt spektrum af behandlinger, interventioner, indsatser og støttemuligheder (1). I det socialpsykiatriske felt tilbydes en række pædagogiske og social- og sundhedsfaglige indsatser med fokus på borgerens udviklingspotentialer. Formålet er at forbedre borgerens funktionsniveau. Socialstyrelsen beskriver en konkret indsats under overskriften ”Medicinpædagogik” (4). Her indgår komplementære strategier som et understøttende element til at mestre den psykiatriske sygdoms udfordringer. De beskrives ligeledes som et alternativ til anvendelse af medicin. Indsatsen viser en lang række eksempler på komplementære strategier som massage, mindfulness, akupunktur og musik- og kunstterapi. Eksemplerne kan betegnes som komplementær og alternativ behandling (KAB). KAB er vanskelig definere, men betragtes ofte som en samlebetegnelse for behandlinger og praksisser, der typisk ikke er en del af tilbuddet i det offentlige sundhedsvæsen (5). Det er veldokumenteret at brugen af KAB er udbredt og stiger i befolkningen som helhed (6), samt at patienter på eget initiativ kombinerer KAB med etablerede behandlinger (7). Internationale studier af selvrapporeret KAB-forbrug igennem de sidste 12 måneder viser, at brugen også er almindelig blandt personer med alvorlige psykiske problemer (8). I Danmark tyder erfaringer fra fagprofessionelle på, at mennesker med psykiatriske lidelser kan have et større forbrug af KAB. Omfanget er dog ukendt. Når KAB kombineres med konventionel behandling af psykiatriske

lidelser, er det oftest motiveret af individuelle positive erfaringer, som stammer fra enten pårørende eller personale (9). Indtil videre findes kun fragmentarisk evidens for virkningen af KAB i forhold til psykiatriske lidelser (9,10).

Et konkret eksempel på en komplementær og alternativ behandlingsteknik, som tilbydes i dele af psykiatrien, er øre-akupunktur (NADA: National Acupuncture Dextoxification Association).

NADA tilbydes som et supplement til behandling af symptomer som angst, uro, aggression, tankemylder og abstinenser (11). En aktuel undersøgelse viser, at ud af 49 deltagende socialpsykiatriske bosteder, tilbyder 43 bosteder en eller flere former for KAB, hvor tilbud om NADA er hyppigst forekommende (12). På fire udvalgte bosteder har 84 % af beboerne gjort brug af bostedets tilbud om KAB inden for de sidste tre måneder. Undersøgelsen viser, at beboerne anvender KAB for at få et bedre fysisk velbefindende (43 %), opnå et bedre psykisk velvære samt styrke håb og optimisme (42 %) (13). Undersøgelsen dokumenterer således, at KAB er integreret i den daglige praksis på socialpsykiatriske bosteder og kan betragtes som et væsentligt element i den recoveryorienterede indsats.

Hvad der karakteriserer en professionel praksis, som understøtter recovery (2,14), og hvordan brugere oplever disse tilbud (15,16) er allerede velbeskrevet i litteraturen. En integreret tilgang, der involverer traditionel behandling, kombineret med KAB som eksempelvis akupunktur, massage, meditation og naturmedicin (17), er derimod underbelyst. Kun to mindre amerikanske studier af integrerede behandlingsforløb til psykiatriske lidelser peger på relevante effekter i forhold recovery (18,19). Der mangler således viden om, hvordan en integreret tilgang til behandling og rehabilitering af psykiatriske lidelser kan understøtte recovery.

Formålet med denne artikel er derfor at undersøge personalets og ledernes erfaringer med og fortolkninger af, hvordan KAB kan støtte den rehabiliterende behandling og den personlige proces

hen mod recovery hos borgerne på socialpsykiatriske bosteder. Følgende undersøgelsesspørgsmål er anvendt:

- Hvilke begrundelser gives der for at tilbyde udvalgte typer af KAB på socialpsykiatriske bosteder?
- Er det personalets og ledernes oplevelse og erfaring, at KAB kan støtte borgernes personlige recovery og i så fald hvordan?

2) Metode

Projektet er kvalitativt og guidet af en hermeneutisk tilgang (20). Datagenereringen gav stemme til personales og ledes partikulære oplevelser, erfaringer og perspektiver samt deres forståelser af KAB som et rehabiliterende tilbud. I den efterfølgende analyse og fortolkning er der med et særligt teoretisk perspektiv søgt en dybere forståelse af mulige virkninger i forhold til recovery.

Fænomenet KAB er tilgået med en bred forforståelse. På bostederne kunne der således både være tale om, at borgerne selv opsøgte KAB uden for bostedet, at de brugte eksempelvis musik og motion som personlige komplementære strategier i forhold til symptomkontrol, eller at de gjorde brug af bostedets tilbud om KAB, hvilket typisk kunne være NADA akupunktur, musikterapi, massage, yoga og mindfulness. Det er, som tidligere nævnt, vanskeligt at definere KAB entydigt (5). Inden for socialpsykiatrien eksisterer en lang række afgrænsningsproblematikker. Kunst, motion, naturture samt musik- og sang kan både være en del af et bosteds aktiviteter (jævnfør kapitel 19 i serviceloven) og have karakter af komplementær behandling afhængig af konteksten.

2.1) Setting og dataindsamling

Fire socialpsykiatriske bosteder ønskede at deltage og blev inkluderet på baggrund af følgende kriterier:

- Bostedet var kommunalt eller regionalt og godkendt af socialtilsynet
- Bostedet tilbød en eller flere KAB
- Bostedet havde en eller flere ansatte med en KAB-uddannelse

Samtlige bosteder tilbød målgruppen af voksne borgere i alderen 18-40+ med svær psykisk sygdom midlertidigt og længerevarende ophold (efter servicelovens §108 og §107). Personalet var tværfagligt (bestående af social og sundhedsassistenter (SSA), pædagoger, sygeplejersker, samt ergo- og fysioterapeuter) med en overrepræsentation af SSA'er. Lederne havde enten en terapeutisk, sygeplejefaglig eller pædagogisk baggrund.

Der blev udført kvalitative, semistrukturerede og individuelle interviews med lederne fra de fire bosteder. Metoden blev valgt for at lederne kunne udtrykke deres erfaringer med KAB fra et lederspærpektiv (20). Derudover blev der sammensat fire fokusgrupper bestående af personale. Fokusgruppen skulle være med til at udforske fænomenet KAB i en relationel forståelse mellem de ansatte, samtidig var metoden stimulerende for dialog og diskussion i forhold til at udforske de fælles erfaringer (21). Alle deltagere i fokusgrupperne kendte hinanden på forhånd og blev rekrutteret på baggrund af deres erfaringer med KAB-interventioner på bostedet. Der var mellem tre og seks informanter i fokusgrupperne. Den endelige sammensætning afgjorde bostedernes selv. Samlet blev i alt 17 ansatte med forskellig anciennitet og uddannelsesbaggrund interviewet (Se tabel 1). Dataindsamlingen blev udført i perioden februar til december 2017. Alle informanter blev rekrutteret frivilligt. De individuelle interview havde en gennemsnitlig varighed på 50 minutter, mens fokusgrupperne gennemsnitligt varede 90 minutter. Samtlige interviews blev optaget og transskriberet efterfølgende. Førsteforfatter gennemførte interview med lederne. I fokusgrupperne havde førsteforfatter rollen som interviewer, mens andenforfatter fungerede som assisterende moderator med fokus på spørgeguiden samt at observere gruppedynamikken. Alle interviews blev gennemført på bostederne (Se tekstboks 1 for flere detaljer).

2.2) Dataanalyse

Der blev anvendt en trinvis tematisk analyse af data (20), som beskrives mere indgående i det følgende. Det transskriberede materiale, fra henholdsvis enkeltinterviews og fokusgrupper fra de fire bosteder, blev indledningsvist gennemlæst med henblik på at opnå et helhedsindtryk.

Tematikker og meningsbærende enheder blev identificeret og kondenseret i kortere sammenfattende tekster for hvert bosted, hvor også forskelle og ligheder mellem ledelses- og personaleperspektiver blev identificeret. Herefter blev materialet analyseret samlet og på tværs af de fire bosteder samt yderligere kondenseret i fire overordnede temaer. Tematikkerne fra den tekstnære bearbejdning af data er fremstillet i tabel 2.

For en dybere forståelse og fortolkning af informanternes udsagn blev CARE metodologien (Comprehensive Approach to Rehabilitation) (22) anvendt som et analytisk perspektiv (23). CARE er oprindeligt udviklet af samfundsforsker og psykolog Jean Pierre Wilken samt sygeplejerske og socialpædagog Dirk Den Hollander. CARE forbedres desuden kontinuerligt i et europæisk netværk. Teorien anlægger en holistisk og humanistisk tilgang, hvor borgerens mål og livskvalitet er konstituerende elementer i det socialpsykiatriske arbejde (22). Dette gør teorien til en relevant ”forklaringsmodel” i analysen af data (23). CARE metodologien indeholder tre styringsprincipper, som kan bruges og kombineres i en integreret proces i det professionelle arbejde (se figur 1). Styringsprincipperne blev anvendt til en tematisk kodning af det empiriske materiale. Der var tale om en iterativ proces, hvor det systematisk blev undersøgt, om de teoretiske begreber gav en dybere forståelse af det empiriske materiale. Yderste kolonne i tabel 2 illustrerer, hvordan de såkaldte styringsprincipper indgår som teoretiske koder og sammenskriver empirien på en anden måde. Styringsprincipperne fungerede således som en analytisk model for en hermeneutisk fortolkning af, hvordan personale og ledere forstår og erfarer KAB i deres rehabiliterende arbejde.

2.3) Ethiske overvejelser

Projektet blev udført i overensstemmelse med Helsinki deklARATIONEN, og alle projektdeltagere gav informeret samtykke til deltagelse. Informanter og bosteder blev sikret anonymitet og fortrolighed i alle projektets faser og var orienteret om, at de på ethvert tidspunkt kunne trække sig fra projektet. Projektet har ligeledes fulgt bestemmelserne i databeskyttelsesloven. Forud for dataindsamlingen blev projektet præsenteret for det enkelte bosted, og der blev udleveret skriftligt materiale om projektet. Projektet indeholder ingen personfølsomme data, og personoplysninger som navne og steder er blevet anonymiseret i det transskriberede datamateriale. Lydfiler er blevet slettet efter endt transskribering.

3) Resultater

I dette afsnit præsenteres analysens fund. De første tre underafsnit indeholder en fremstilling af de tematiske koder og de specifikke fund fra det empiriske materiale. Citater er her angivet med kursiv. I det sidste underafsnit bidrager analysen til udvikling af CARE metodologien. Med baggrund i analysens fund foreslås, at KAB kan anskues som en teknologisk ressource, der kan føjes til CARE metodologien.

3.1) KAB i socialpsykiatrien og den psykosociale sårbarhed hos borgerne

Det er et gennemgående fund i datamaterialet, at arbejdet på bostederne tager afsæt i en anerkendelse af den enkelte borger. Samtidig italesættes det, at en af personalets vigtigste roller er at tilvejebringe stabilitet i forhold til den enkeltes sårbarhed. Denne erfaring understøttes af CARE metodologiens første styringsprincip. Her betragtes den psykosociale sårbarhed som et resultat af samspillet mellem faktorer som sygdom/lidelse, dysfunktioner, funktionsnedsættelser og sociale

handicap hos den enkelte. Styringsprincippet bliver ofte dominerende, når borgernes psykiatriske tilstand er alvorlig (22). Alle fire bosteder oplever stor kompleksitet i sammensætningen af beboerne. Der er borgere, som har boet på bostedet i mere end 10 år, og samtidig modtager bostederne også nye borgere, som er yngre end tidligere. Tiltagende problematikker med misbrug, dobbeltdiagnoser og dårlige psykosociale kår italesættes også. På tværs af informanter og bosteder fremhæves det, at opgaverne og tilgangen har ændret sig markant de sidste 10-15 år. En leder udtaler; *"vi har den overordnede filosofi, at det er os der skal tilpasse sig vores beboere og deres behov og ikke omvendt"*. De konkrete KAB, som hvert bosted tilbyder, sættes netop i relation til denne tænkning og anses ikke som noget "alternativt", men som én mulighed i paletten af tilbud og metoder, der må være til stede for at matche den enkelte borgers behov. En leder præciserer dog, at tilbuddet om KAB ligger ud over kommunens forpligtigelser. Der ses i datamaterialet en generel åbenhed over for alle de indsatser, som kan stabilisere og forbedre borgernes sårbarhed. På tværs af bosteder og informanter er der samtidig enighed om, at det er relationen mellem borger og personale, der er essensen i det socialpsykiatriske arbejde.

Det er ligeledes gennemgående, at de positive erfaringer med KAB hos konkrete borgere er en stor motivationsfaktor i det professionelle arbejde. En ansat udtaler: *"Det er de gode historier og erfaringer, som betyder noget for mig. Det vildeste er, når vi kan se, at en borger flytter sig, det er det største, vi kan opnå"*. Her fremhæver personalet på tværs af bosteder også vigtigheden af at dokumentere brug og virkning af KAB. Dokumentation hjælper til at synliggøre konkrete forandringer hos en borger og kan i et fremadrettet perspektiv bruges i en argumentation for KAB. Det er en generel forståelse blandt personalet, at *"medicin ikke er vejen frem alene"* i arbejdet med borgernes sygdomsrelaterede sårbarhed. Personalet har erfaring med, at de borgere, som over tid kan reduceres i medicinforbrug, får mere energi, bliver mindre trætte og mindre angst. I disse tilfælde erfarer personalet, at mulighederne for at støtte borgerne i at mestre deres sårbarhed

forbedres. Såvel personale som ledere udtrykker en bevidsthed om, at virkningen af KAB ikke er klinisk dokumenteret dvs. evidensbaseret men påpeger, at det også gælder andre indsatser i socialpsykiatrien. Lederne udtaler samstemmigt, at de typer af KAB, som tilbydes på deres bosteder, beror på deres individuelle skøn og på personalets individuelle viden og kompetencer inden for feltet. Brugen af den konkrete KAB skal være sagligt begrundet og omfatte en faglig vurdering af, om borgeren vil profitere af indsatsen.

Såvel personale som ledere har erfaret en forandring inden for de sidste 10 år, hvor flere akutte tilstande må håndteres i socialpsykiatrien. Da bostederne ikke har samme behandlingsmuligheder som hospitalerne, fordrer akut sårbarhed hos en borger, brugen af alternative indsatser. KAB italesættes også som en mulighed her. En ansat fortæller eksempelvis om fordele ved NADA; *”Det er også en metode til at dæmpe symptomer (ved akut forværring i borgerens tilstand), for hvad skulle vi ellers gøre, ringe til politiet?”* Samtidig giver såvel personale som ledere udtryk for, at socialpsykiatrien ikke er domineret af det medicinske paradigme, hvilket åbner for andre sidestillede tilgange.

3.2) Anvendelse af KAB og borgernes ønsker

Personalet udtrykker samstemmigt, at langt de fleste borgere er særdeles sårbare og har oplevet megen modgang i deres liv. Dette afspejler sig i manglende selvtillid og selvværdsfølelse. En ansat udtaler; *”mange af vores beboere har den automatiske tænkning, de har mødt mange nederlag, jeg dur ikke til noget”*. For at arbejde med en øget livskvalitet skal medarbejderne i CARE metodologiens andet styringsprincip være undersøgende og lede efter borgerens motivation, præferencer og ønsker (22). Såvel ledere som personale beskriver, hvordan borgere, der flytter ind på et bosted, har såvel en målbar (objektiv), som en oplevet (subjektiv) dårlig livskvalitet. Det er personalets erfaring, at borgerne på dette tidspunkt ofte hverken udtrykker håb, ønsker eller

præferencer. Datamaterialet giver mange eksempler på, hvordan personalet hele tiden arbejder undersøgende og understøttende i forhold til at genfinde eller skabe motivation og ønsker hos den enkelte borger. Denne forståelse udtrykkes i følgende citat fra en ansat; *”den første sten er relationsdannelse, næste step kan eks være NADA eller kropsbehandling”*.

Særligt personalet italesætter en holistisk tilgang til borgerne; *”Det hele menneske er både fysisk og psykisk, hvad kan jeg spille ind med, hvordan kan jeg gøre dem nysgerrige, hvor er deres ressourcer og hvad bidrager til en positiv cirkel”*. Her gives eksempler på, hvordan bestemte typer af KAB som eksempelvis yoga, massage og NADA kan give ro, øget kropsligt velvære og dermed bidrage til øget livskvalitet. Personalet nærer store ønsker om, at borgerne får positive oplevelser og erfaringer, men de fortæller også, at det kræver stor tålmodighed at arbejde med borgernes motivation. Det er personalets erfaring, at de borgere, som lærer at få et større fokus på kroppen, over tid kan håndtere symptomer som angst med teknikker i form af eksempelvis klappeøvelser eller dybe vejrtrækninger. Der fortælles på alle bosteder om erfaringen med NADA, hvor borgere sidder med nåle i ørerne i 45 minutter. En ansat forklarer; *”De kan pludselig mærke sig selv, men det kan være meget skræmmende at give slip”*. Her er nærværet fra personalet afgørende for borgernes tryghed. Det er en general erfaring, at borgerne er påvirket af dårlig søvn og forskellige fysiske gener som smerter og uro. Personalet fremhæver her KAB i forhold til en reduktion af de fysiske gener.

Der fortælles fra både personale og ledere om særdeles positive resultater med systematiske, individuelle og terapeutiske forløb med enten kropsterapi eller musik kombineret med samtale. Det er erfaringen, at disse tilbud har et potentiale i forhold til de rent kognitive interventioner. En leder siger eks.: *”mange får åbnet for traumatiske ting gennem musikken, som de aldrig havde kunnet samtale om alene”* og en ansat fortæller; *”de (borgerne) står i kø (til tilbud om massage), får sat ord på ting, de ellers ikke får sat ord på”*. Det største vidnesbyrd er, når de gode erfaringer og

anbefalinger deles indbyrdes af beboerne selv. Borgerne selv er de bedste ambassadører for relevante effekter af KAB. Det skaber motivation, håb og drømme hos borgerne, når de hører andres fortællinger om recovery og mulige vendepunkter. På alle bosteder gives eksempler på, at KAB har været et vendepunkt for en konkret borger; ”*De der momenter, hvor de pludselig er klar til noget. Vi skal bruge vores iagttagelsesevne og observationsevne, lave tilpasse forstyrrelser, et skridt frem og måske et tilbage*”. Som citatet beskriver, opleves recovery som en unik og personlig proces hos borgeren, hvor vendepunktet er de tiltag og støttefaktorer, som starter processen. Empirien indeholder kun enkelte eksempler på borgere, som selv udtrykker ønske om at opsøge KAB. En ansat fortæller; ”*Jeg var med en borger derude, det var hans ønske at få håndspålæggelse og blive helbredt på den måde. Så der var vi ude sammen, kan jeg huske*”. Og *sammen har vi for eksempel også været til øreakupunktur for at stoppe med at ryge*”. Personalet har endvidere fokus på at ’give noget af sig selv’ i relationerne og vise hverdags eksempler på, at alle mennesker kan have brug for metoder til at håndtere stress og livsstilsforandringer. En ansat forklarer; ”*Man er en bedre ambassadør, når man har oplevet virkningen (af eks. NADA) på egen krop, det handler om overbevisning..... at være i øjenhøjde omkring det*”. På trods af de positive erfaringer er det gennemgående i det samlede datamateriale, at personalet oplever, at det er dem, som skal anviser og motivere borgerne i forhold til, hvordan KAB kan øge den enkeltes livskvalitet.

3.3) KAB og kvalitet i de nære omgivelser

Såvel personale som ledere har stor fokus på, at bostedet er borgerens hjem og at omgivelserne dermed er rammerne for hverdagslivet. CARE metodologiens tredje styringsprincip fokuserer på borgerens hjemme eller bo-forhold, arbejdsrelationer, fritidsinteresser eller andre betydningsfulde betingelser. Ideelt bør disse omgivelser støtte borgernes autonomi, reducere stress og sætte borgerne

i stand til at udføre meningsfulde aktiviteter og udfylde sociale roller (22). Særligt personalet udtrykker en stor opmærksomhed på, at borgernes sårbarhed fordrer, at der må være kvalitet i de nære omgivelser, hvorfor de må have en bred vifte af tilbud på bostedet.

Personalet betragter det som positivt, hvis borgere gør brug af tilbud om KAB uden for bostedet. Det er dog en gennemgående erfaring, at langt de fleste borgere hverken har de mentale eller økonomiske ressourcer, som det kræver at etablere og opretholde kontakter til en KAB udbyder uden for bostedet. En ansat siger; *”Det kunne være et udviklingspunkt for nogle at søge KAB ude i byen, men for mange vil det være meget stressende, de har været kastebolde, og har brug for at få alt under et tag. Når KAB gives i huset er der mulighed for at integrere det på en helt anden måde, følge op – og det kan gives her og nu, hvor behovet er, i stedet for at vente på en tid”*. De 4 bosteder har forskellige KAB-tilbud både i forhold til typer af behandling og strukturen omkring behandlingen. Samtlige ansatte ser det som en fordel, når en ansat også har KAB baggrund. På den måde kan KAB integreres i de øvrige tilbud og initiativer omkring borgeren. Lederne fremhæver dog, at det altid er personalets psykiatriske kompetencer, der er i højsæde ved en ansættelse. De understreger, at personalets rolle også er at fremme borgernes ressourcer til at gøre brug af tilbud uden for bostedet; *”Vi må ikke institutionalisere dem”*.

Befolkningens generelle tilgang til KAB er også et gennemgående tema i datamaterialet.

Baggrundsbefolkningen gør mere brug af KAB end for 10-15 år siden, og derfor kan brugen i socialpsykiatrien også anses som tegn på normalisering; *”Vi bliver hele tiden klogere i sundhedssystemet, åbne over for det vi ikke har opdaget endnu og områder der var utænkelige for 10 år siden”*. Citatet henviser bl.a. til, at NADA er almindelig i socialpsykiatrien i dag, og at tilgangen til det at høre stemmer også har ændret sig. En leder siger her; *Tidligere skulle vi jo realitetskorrigere, så har det udviklet sig stille og roligt og i dag arbejder vi med at få magt over stemmerne, som en mestringsstrategi”*. Hverken personale eller ledere anser tilbuddet om

stemmehørergrupper som alternativ behandling, men de er opmærksomme på, at der er tale om et paradigmeskifte her.

3.4) KAB som ydre, indre og teknologisk ressource

Af det empiriske materiale fremgår, at KAB overvejende tilbydes som en ydre ressource, hvor personalet søger at stabilisere borgerens tilstand og tilbyde en bred vifte af interventioner, som kan øge borgerens livskvalitet. Det er således målet, at KAB skal bidrage til, at borgerens fysiske og psykiske velbefindende øges. Her arbejdes med at forandre og motivere borgerne i forhold til dokumenterede recovery-fremmede faktorer som håb, autonomi, vilje og kompetencer i forhold til egen situation (22). I CARE metodologien omsættes de tre styringsprincipper også i såkaldte indre og ydre støttefaktorer (22). Det er personalets oplevelse, at den indre motivation for at bruge KAB kun er tilstede hos enkelte borgere. Personalet erfarer derfor, at de må fungere som en ydre ressource i forhold til at undersøge, om KAB kan fremme den enkelte borgers livskvalitet. Det er deres forhåbning, at dette arbejde kan motivere borgerne, sådan at de på sigt kan anvende KAB på eget initiativ. Der er også borgere, for hvem KAB ikke bidrager til recovery. Analysen viser endvidere, at KAB italesættes som et redskab. På tværs af bosteder fremhæves behovet for at have en ”værktøjskasse” i forhold til borgernes komplekse problemstillinger, hvor KAB italesættes som en meget konkret og ”hands-on” behandling og intervention, som personalet benytter, eksempelvis når en borger oplever forværring i sin tilstand. Teknologier er defineret som redskaber, professionelle anvender i deres arbejdsliv med en bestemt formål (24). Selvom KAB anvendes forskelligt på de fire bosteder og dækker over flere former og forståelser, er det tydeligt, at anvendelsen, såvel fra et ledelses- som et personaleperspektiv, altid finder sted på baggrund af en faglig og professionel vurdering. Der kan derfor argumenteres for, at KAB i socialpsykiatrien kan karakteriseres som en teknologisk ressource. Det kan være når NADA bruges som akut behandling

til at berolige en psykotisk borger eller som alternativ til PN-medicin hos borgeren med angst og uro. KAB bruges også i terapeutiske forløb med eksempelvis massage og musik, hvor teknologien (massagen eller musikken) bruges sammen med og/eller i stedet for samtalen. Det erfares, at KAB som teknologi både kan åbne for en samtale og lindre uden ord. KAB som teknologi kan også have et potentiale til at bedre det fysiske velbefindende for eksempel ved kropslig uro og spændinger. Dermed kan KAB bidrage til kropslig læring og øget livskvalitet hos borgerne. Med afsæt i dette fund, anses det som relevant, at teknologisk ressource tilføjes CARE metodologien som en ydre støttefaktor (se figur 2).

4) Diskussion

Analysen har påvist, at såvel ledere som personale erfarer KAB som en indre, ydre og teknologisk ressource i borgernes personlige recovery. Flertallet understreger, at KAB bidrager til en holistisk tilgang med mulighed for at styrke den enkelte borgers livskvalitet. Vi har ikke kendskab til lignende studier, der undersøger sammenhænge mellem KAB og recovery i en socialpsykiatrisk kontekst. Fundene underbygger således den sparsomme eksisterende viden (18,19), som findes i feltet og konkluderer i lighed med et australsk studie (25), at KAB kan udfylde et terapeutisk tomrum i forhold til at adressere krop-psyke sammenhænge i psykologiske traumer.

Undersøgelsen viser, at KAB bringes i spil i det relationelle arbejde, hvor personalet bruger deres faglige og personlige dømmekraft i vurderingen af, om en konkret borger vil kunne hjælpes gennem KAB. Sammenholdt med den sparsomme evidens på området (9,10), kan kvaliteten af KAB som recovery-ressource diskuteres. Datamaterialet giver således ikke svar på, hvilke KAB der erfares som mest relevante i en socialpsykiatrisk kontekst eller om én anvendelsesform bidrager mere til recovery end en anden. Ligeledes er der ikke belæg for, at KAB bidrager mere til vendepunkter end andre typer af indsatser og interventioner på bostederne.

Det kan være relevant at anskue tilbud om KAB med afsæt i Zeitlers bidrag til en ny forståelse af professionalisme (26). Når personale og ledere på tværs af bosteder viser stor åbenhed overfor KAB som mulig rehabilitering, kan det netop anskues som ny professionalisme, der har fokus på samskabelse og medborgerskab. Ny professionalisme fordrer, at de professionelle har vilje og mod til at være eksperimenterende, samtidig med at de må påtage sig et ansvar for de løsninger, som vælges sammen med borgeren (26). Personalet i undersøgelsen er meget åbne over for borgernes ønsker samt de potentialer, som kan forløses gennem KAB. De er villige til at gå langt i forsøget på at øge borgernes livskvalitet. Synspunktet om, at klinisk recovery i form evidensbaseret medicinsk behandling ikke er den eneste løsning for borgeren, kan således anskues i lyset af ny professionalisme. Af det empiriske materiale fremgår det tydeligt, at den eksperimenterende tilgang går hånd i hånd med bevidstheden om den enkelte professionelles faglige og etiske ansvar. Set i lyset af KABs potentiale for at fremme livskvalitet hos borgerne, kan der peges på, at de etiske implikationer ved at anvende KAB i socialpsykiatrien kan udforskes yderligere. Et etisk perspektiv udfoldes af Nissen m.fl., som fremhæver at gældende etiske kodeks på tværs af sundhedssystemer (undgå skade, respektere autonomi og fremme social retfærdighed) også bør gælde for anvendelse af KAB. Hele området er dog præget af en stor pluralitet og kompleksitet, eksempelvis ses en generel mangel på troværdige informationskilder om KAB, hvilket fordrer en særlig etisk opmærksomhed (27).

Denne undersøgelse inkluderer ikke borgernes udsagn. Kortlægning af borgernes forbrug af KAB og relation til recovery er afdækket i en anden delundersøgelse (28). Den viser, at næsten 60 % af de deltagende borgere, i lighed med personale og ledere, mener, at KAB kan bidrage til recovery. En begrænsning udgøres også af fokusgruppernes sammensætning, idet personalet overvejende var positivt stemt overfor KAB. For eksempel ved at de selv havde en KAB-uddannelse eller et personligt forbrug. Dette kan have påvirket deres vurdering af relevante virkninger hos borgerne.

Selvom KAB generelt er udbredt på bosteder (28), ville det kunne kvalificere fundene, hvis fokusgrupperne også havde inkluderet ansatte, som eventuelt var mere kritiske overfor KAB i forhold til recovery-processer. Ydermere består fokusgrupper ideelt af 5-8 deltagere. Grundet rammerne på de konkrete bosteder, var størrelsen på tre af fokusgrupperne i underkanten. I fokusgrupperne opstod der god dialog og associationer imellem deltagerne, hvilket bidrog til variation og nuancer. Det vurderes derfor, at såvel fokusgrupperne som enkeltinterviewene bidrog med et mangfoldigt og validt datamateriale med en høj informationsstyrke (21). Endvidere styrkes den pragmatiske validitet (20) af, at såvel ledere som personale på tværs af bosteder, fandt undersøgelsens formål relevant og efterspurgt i forhold til deres praksis med KAB.

Anvendelsen af CARE metodologien (22) indebærer en analytisk begrænsning i undersøgelsens fund. Den teoretiske tilgang har dog vist sig egnet til en dybere forståelse af KAB i socialpsykiatrien. Vores fund indikerer, at recovery som begreb og tilgang gennemsyrrer såvel de ansattes som ledernes forståelse. Styringsprincipperne fra CARE metodologien virker samlende for den kompleksitet, som er indeholdt i anvendelse af KAB på bosteder. Samtidig bidrager det analytiske perspektiv med en fornyet forståelse af såvel KAB som recovery (23). Ydermere er CARE metodologiens recovery tilgang i overensstemmelse med indhold i andre teorier og praksisser, hvor den personlige recovery også fremhæves (14,29). I analysen foreslås en tilføjelse af teknologiske ressourcer til CARE metodologien, idet behovet for interventioner i forhold til borgernes fysiske symptomer og til reduktion af PN-medicin, er signifikant i det empiriske materiale. KAB som teknologisk ressource fordrer dog, at de professionelle erhverver sig en omfattende teknologiforståelse, idet ingen teknologier er neutrale. De griber ind i og forandrer professionens selvforståelse (24). Derfor kan brugen af KAB med fordel tænkes ind i systematiseret efteruddannelse, der også medtager videnskabsteoretiske og etiske perspektiver.

Med CARE metodologien som et analytisk perspektiv kan den recoveryorienterede tilgang både anses som en præmis for brugen af KAB, ligesom integration af KAB også kan være et resultat af tilgangen. Slade og kolleger (30) skitserer, hvordan recovery som begreb, teori og model kan anvendes forkert (misbruges), således at en egentlig recoveryorientering ikke finder sted. Derfor er der også risiko for, at den analytiske anvendelse af CARE metodologien identificerer relevante virkninger af KAB, som er løsrevet fra den daglige praksis. Både personale og ledere italesætter imidlertid et paradigmeskifte mod recovery, hvor den personorienterede tilgang tydeligt træder frem. Dette afkræfter, at der finder et ”misbrug” sted. Det vil dog fortsat kunne diskuteres, hvornår og hvordan KAB kan udgøre en ressource i forhold til recovery, ligesom risikoen for ”misbrug” også altid er tilstede.

5) Konklusion

KAB på de fire inkluderede bosteder omfatter flere typer af behandlinger og initiativer, som også har forskellige intenderede virkninger. Såvel ledere som personale udtrykker stor åbenhed overfor KAB og inddragelsen bidrager helt overvejende med positive erfaringer. Begrundelserne for at anvende KAB er funderet i det rehabiliterende paradigme og den gennemgående forståelse af recovery. KAB anses som en af mulighederne for at individualisere et behandlingstilbud rettet mod meget sårbare borgere. Oftest initieres KAB af motiverede ansatte, som italesætter en holistisk tilgang, hvor KAB også anvendes til at afhjælpe fysiske gener hos borgerne. I det relationelle arbejde bruger personalet deres faglige og personlige dømmekraft i vurderingen af, om en konkret borger vil kunne profitere af KAB. Der er bevidsthed om den sparsomme evidens på området, men særligt personalet bruger de gode erfaringer som vidnesbyrd. De fremhæver, at virkninger af de igangsatte initiativer først ses over tid, idet recovery erfares som en langsommelig proces.

Med CARE metodologien som analytisk perspektiv kan det konkluderes, at KAB overvejende anvendes som en ydre ressource i arbejdet med at stabilisere sårbare borgere og styrke deres livskvalitet. Ydermere kan KAB anskues som en teknologisk ressource. Personalet erfarer et behov for konkrete redskaber og metoder, som de kan anvende i forhold til at lindre borgerne, eksempelvis i tilfælde med akutte forværringer. KAB udgør et vendepunkt for nogle borgere, ligesom andre over tid kan anvende KAB som en indre ressource, til at håndtere egen psykiatrisk lidelse. Denne undersøgelse giver ikke belæg for at pege på, at bestemte typer af KAB er mere relevante i en socialpsykiatrisk kontekst frem for andre. Kvaliteten af KAB som ressource i forhold til recovery kan derfor diskuteres. Fremtidige undersøgelser kan med fordel have fokus på at dokumentere virkning af KAB som eksempelvis NADA akupunktur og kropsterapi samt de etiske implikationer ved deres anvendelse.

6) Taksigelser

Tusind tak til personale, ledere og borgere på de fire bosteder for deres deltagelse, til Idella Foundation for økonomisk støtte og til professor Helle Johannessen, Enhed for Brugerperspektiver ved Syddansk Universitet, som indtil sin død udgjorde en aktiv del af projektet. Derudover skal der også rettes en stor tak til Docent Karin Christiansen fra VIA Forskningscenter for Sundhed og Velfærdsteknologi, Program for Sundhedsteknologi, Metodeudvikling og Etik, for konstruktiv kritik til artiklen.

7) Referencer

1. Eplov LF. *Psykiatrisk & psykosocial rehabilitering: en recoveryorienteret tilgang*. Kbh.: Munksgaard; 2015. 17–56 p.
2. Slade M. *100 idéer til recovery-orienteret arbejde : et inspirationshæfte til medarbejdere i psykiatrien og socialpsykiatrien*. Kbh.: Videnscenter for Socialpsykiatri; 2009. 30 sider, illustreret i farver.
3. Ridgway P. Restorying Psychiatric Disability: Learning from first Person Recovery Narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2001;24(4): 335–343.
4. *Socialstyrelsen*. [Online] Available from: <https://socialstyrelsen.dk/handicap/psykiske-vanskeligheder/metoder-og-tilgange/medicinpaedagogik> [Accessed: 4th July 2019]
5. Falkenberg T, Lewith G, di Sarsina PR, von Ammon K, Santos-Rey K, Hök J, et al. Towards a pan-European definition of complementary and alternative medicine—a realistic ambition? *Complementary Medicine Research*. 2012;19(Suppl. 2): 6–8.
6. Ekholm m. fl. *Alternativ behandling*. [Online] SDU. Available from: https://www.sdu.dk/443/da/sif/rapporter/2019/alternativ_behandling [Accessed: 4th July 2019]
7. Ekholm O, Lønroth HL. Alternativ behandling i Danmark : brug, brugere og årsager til brug. *Ugeskrift for læger*. 2006;168(7): 682–686.
8. de Jonge P, Wardenaar KJ, Hoenders HR, Evans-Lacko S, Kovess-Masfety V, Aguilar-Gaxiola S, et al. Complementary and alternative medicine contacts by persons with mental disorders in 25 countries: results from the World Mental Health Surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. [Online] 2018;27(6): 552–567. Available from: doi:10.1017/S2045796017000774
9. Edwards E, Mischoulon D, Rapaport M, Stussman B, Weber W. Building an Evidence Base in Complementary and Integrative Healthcare for Child and Adolescent Psychiatry. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. [Online] 2013;22(3): 509–529. Available from: doi:10.1016/j.chc.2013.03.007
10. Asher GN, Gerkin J, Gaynes BN. Complementary Therapies for Mental Health Disorders. *Medical Clinics of North America*. [Online] 2017;101(5): 847–864. Available from: doi:10.1016/j.mcna.2017.04.004
11. Carter K, Olshan-Perlmutter M. NADA Protocol: Integrative Acupuncture in Addictions. *Journal of Addictions Nursing*. [Online] 2014;25(4): 182–187. Available from: doi:10.1097/JAN.0000000000000045
12. Lunde A, Dürr DW, Johannessen H. *Komplementær og alternativ behandling i socialpsykiatrien - UC Viden - Professionshøjskolernes Videndatabase*. [Online] Available from: [https://www.ucviden.dk/portal/da/projects/komplementaer-og-alternativ-behandling-i-socialpsykiatrien\(ba674853-d943-4564-9d29-db62228f5f91\).html](https://www.ucviden.dk/portal/da/projects/komplementaer-og-alternativ-behandling-i-socialpsykiatrien(ba674853-d943-4564-9d29-db62228f5f91).html) [Accessed: 5th July 2019]

13. Dürr DW, Lunde A. Complementary therapies in social psychiatry. 2018. Available from: doi:10.3205/18dgp087 [Accessed: 12th August 2019]
14. Borg M, Karlsson B, Stenhammer A, Møller T. *Recoveryorienterede praksisser : en systematisk vidensopsamling*. Farum: Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering; 2014. 62 sider, illustreret i farver.
15. Leamy M, Bird V, Boutillier CL, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*. [Online] 2011;199(6): 445–452. Available from: doi:10.1192/bjp.bp.110.083733
16. Stuart SR, Tansey L, Quayle E. What we talk about when we talk about recovery: a systematic review and best-fit framework synthesis of qualitative literature. *Journal of Mental Health*. [Online] 2017;26(3): 291–304. Available from: doi:10.1080/09638237.2016.1222056
17. Lake J, Helgason C, Sarris J. Integrative Mental Health (IMH): Paradigm, Research, and Clinical Practice. *EXPLORE*. [Online] 2012;8(1): 50–57. Available from: doi:10.1016/j.explore.2011.10.001
18. Collinge W, Wentworth R, Sabo S. Integrating complementary therapies into community mental health practice: an exploration. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*. [Online] 2005;11(3): 569–574. Available from: doi:10.1089/acm.2005.11.569
19. Russinova Z, Cash D, Wewiorski NJ. Toward Understanding the Usefulness of Complementary and Alternative Medicine for Individuals With Serious Mental Illnesses: Classification of Perceived Benefits. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. [Online] 2009;197(1): 69–73. Available from: doi:10.1097/NMD.0b013e31819251fe
20. Malterud K. *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
21. Malterud K. *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
22. Wilken JP, Hollander D den. *Rehabilitering og recovery: en integreret tilgang*. Kbh.: Akademisk Forlag; 2010. 108–154 p.
23. Johannessen H. På Sporet af sammenhænge. In: Gildberg FA, Hounsgaard L (eds.) *Kvalitative analysemetoder i sundhedsforskning*. Aarhus: Klim; 2018. p. 167–179.
24. Hasse C, Brok LS. *Teku-modellen - teknologiforståelse i professionerne*. U Press; 2015.
25. Singer J, Adams J. Integrating complementary and alternative medicine into mainstream healthcare services: the perspectives of health service managers. *BMC Complementary and Alternative Medicine*. [Online] 2014;14(1): 167. Available from: doi:10.1186/1472-6882-14-167
26. Zeitler U. *Ny professionalisme*. Akademisk; 2016.

27. Nissen N, Weidenhammer W, Schunder-Tatzber S, Johannessen H. Public health ethics for complementary and alternative medicine. *European Journal of Integrative Medicine*. [Online] 2013;5(1): 62–67. Available from: doi:10.1016/j.eujim.2012.11.003
28. Dürr DW, Lunde A. Complementary and alternative medicine (CAM) in Danish residential homes for people with severe mental illness: Use and perceived benefits of CAM in relation to recovery. *International Journal of Social Psychiatry*. [Online] 2020;66(5): 489–495. Available from: doi:10.1177/0020764020919485
29. Le Boutillier C; L Mary ; Bird, Victoria J; Davidson, Larry ; Williams, Julie ; Slade, Mike. What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*. 2011;62(12): 1470–1476.
30. Slade M. *Brug og misbrug af recovery: at implementere recoveryorienterede praksisser i psykiatriske og sociale systemer*. Kbh.: Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering : [Eksp. www.psykosocialrehabilitering.dk; 2015.

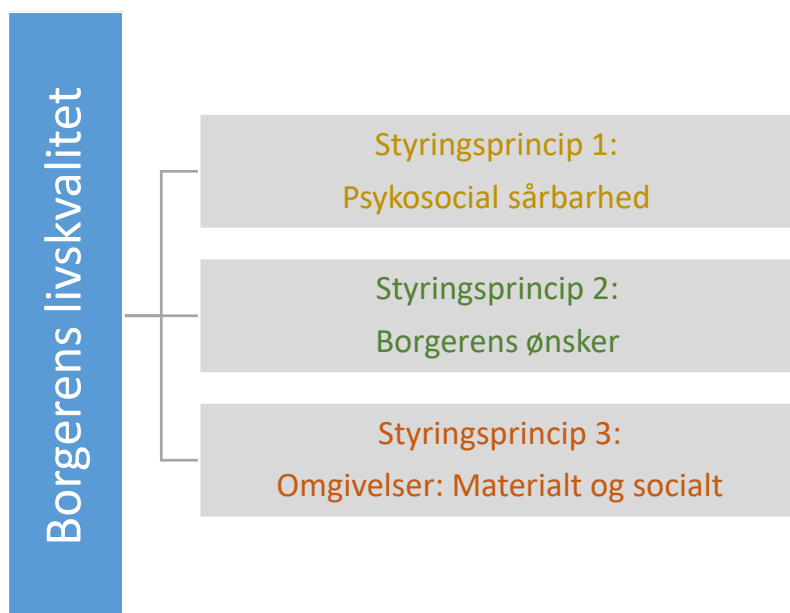
Tabel 1: Sammensætning af fokusgrupperne

Bosted 1	Bosted 2	Bosted 3	Bosted 4
4 deltagende bestående af 2 pædagoger, 1 sygeplejerske, 1 SSA	3 deltagende bestående af 1 sygeplejerske og 2 SSA'er	6 deltagende bestående af 3 terapeuter, 1 sygeplejerske og 2 SSA'er	4 deltagende bestående af 2 pædagoger og 2 SSA'er
4-14 års anciennitet	7-13 års anciennitet	4,5-15 års anciennitet	3-15 års anciennitet

Tabel 2: Matrix over induktivt generede temaer og analytiske koder fra CARE metodologien

Tema	Kondenseret tekst	Udsagn fra informanter	Teoretisk kode		
Grundlaget	<p>På bostederne arbejdes ud fra en kommunal bestilling og borgerens individuelle handleplan. Der tilbydes omsorg og socialpædagogisk støtte. Relationsarbejdet er kerneopgaven med afsæt i personalets professionelle og personlige kompetencer. Serviceloven er rammesættende. Der er fokus på borgerens ressourcer og personlige recovery. Bostederne er borgernes hjem, og hverdagslivet foregår her.</p>	<p><i>"Vi skal jo følge den bestilling vi har, i det levede liv kommer der jo somme tider andre problematikker, det har vi så mulighed for at tage med til statusmøder og lave en re-forhandling på bestillingen"</i></p> <p><i>"Socialpsykiatrien er ikke styret af en bestemt behandlingsmæssig trosretning"</i></p>	Styringsprincip 1		
KAB former og forståelser	<p>Der ses en mangfoldighed af KAB former, og de italesættes i forhold til arbejdet med krop-psykesammenhænge. KAB anvendes bl.a. som et alternativ til medicin /PN medicin og som akut behandling ved forværring af en borgers tilstand. KAB anvendes også i terapeutiske forløb (en til en) og som mulighed for fællesskab og læring i grupper. Idet KAB anvendes af befolkningen generelt anses brugen også som en slags normalisering.</p>	<p><i>"Vi følger de medicinske anvisninger, men i forhold til det levede liv, hvordan man får et meningsfuldt og tilfredsstillende liv, her synes jeg, at de andre metoder er vigtige"</i></p> <p><i>"Før var spørgsmålet om krop og sind hang sammen, nu handler det om hvordan. Der er sket en kæmpe udvikling hos borgerne selv her"</i></p>			
Recovery på bosteder	<p>Opgaven har ændret sig, borgerne opleves mere syge og med komplekse problemstillinger. At arbejde recovery-orienteret i forhold til borgere med komplekse problemstillinger kræver helhedstænkning og alternative tilgange. Der er fokus på basale behov og regulering af det autonome nervesystem. Medicinpædagogik og komplementære strategier er en anbefaling fra Socialstyrelsen.</p>	<p><i>"Medicin er ikke vejen frem alene"</i></p> <p><i>"Jeg byder ind og motiverer uanset hvor jeg møder dem"</i></p> <p><i>"Vi sår et frø, virkningen kommer måske lang tid efter"</i></p> <p><i>"Vi arbejder ud fra borgerens mål og vælger indsatser og metoder herefter"</i></p>		Styringsprincip 2	Styringsprincip 3
Evidens	<p>Evidens af bostedets tilbud beskrives som ikke eksisterende. En erfarings-baseret tilgang og gode recovery fortællinger fungerer som evidens, ligesom der er fokus på lokal dokumentation og evaluering af initiativer. Der er således tale om et kontinuum fra lægmandsforståelser til omfattende professionalisme.</p>	<p><i>"De små forandringer over lang tid"</i></p> <p><i>"Vi skal have høj faglighed og har lavet et metodekatalog, hvor det hele står beskrevet"</i></p> <p><i>"Det er en erfaring at det virker godt, når fortællingen går fra borger til borger"</i></p>		Styringsprincip 2	Styringsprincip 3

Figur 1: Styringsprincipper i CARE metodologien frit efter Wilken og Hollander (22)



Figur 2: Indre og ydre støttefaktorer i CARE metodologien frit efter Wilken og Hollander (22)

Indre støttefaktorer			Ydre støttefaktorer		
Motivation og empowerment	Meningsfulde aktiviteter og socialt engagement	Viden, færdigheder og kompetencer	Sociale ressourcer	Materielle ressourcer	Teknologiske ressourcer*

* De teknologiske ressourcer er tilføjet som en ydre støttefaktor

Tekstboks 1:

Interview med ledere:

Interview med hvert bosteds leder blev gennemført på et uforstyrret kontor på bostedet med afsæt i en semistruktureret interviewguide. De åbne spørgsmål var tematiseret omkring forståelsen af KAB, konkrete erfaringer, baggrund, kvalitet og recovery-processer. Struktureringen betød, at samtalerne blev dækkende for forskningsspørgsmålene men også kunne forfølge særlige erfaringer og synspunkter hos den enkelte leder. Hvert interview er optaget og transskriberet ordret dog med fokus på sammenhængende mening, hvorfor eks. øh og understøttende ja er udeladt.

Fokusgrupper:

Hver samtale blev indledt med en kort præsentation af de deltagende ansatte, og herefter lagde moderator lister på bordet over forskellige typer af KAB for at facilitere en diskussion blandt deltagerne om, hvilke typer af KAB de kendte, havde erfaring med og evt. kunne tænke sig at implementere på bostedet. Listerne var udformet så de gav mulighed for refleksioner over gråzoner i forhold til KAB, og indeholdte også KAB, som generelt er mindre brugt og accepteret i den danske befolkning (eks. healing og clairvoyance). Herefter fulgte åbne spørgsmål tematiseret omkring konkrete erfaringer med KAB og betydning for relationen til borgerne. De deltagende personale blev også bedt om at reflektere over fordele og ulemper ved NADA akupunktur, først enkeltvis og herefter med hinanden. Fokusgruppen blev afsluttet med en samtale om forståelser og erfaringer med recovery i relation til borgeres brug af KAB. Samtalerne er optaget og fuldt transskriberet med fokus på sammenhængende mening.