

# En kvalitativ studie om bruk av applikasjonen Mundu i arbeidet med musikkterapi i demensomsorg.



Av Erlend Johan Myrhaug

Masteroppgave i musikkterapi

Griegakademiet, Fakultet for Kunst- Musikk og Design, Universitetet i Bergen,  
Høst 2022

Alle gode tider tar en slutt. Ja, til og med tiden på Griegakademiet.

Jeg vil takke mamma, pappa og min søster Camilla for å ha vært viktige støttepersoner for meg i livet. Og familien i Vestpollen, Melbu, Trondheim og på Dønna.

Musikkterapimiljøet ved Griegakademiet, mine medstudenter og venner. Takk til veileder Frode Aas Kristiansen for å ha guidet meg frem til et ferdig resultat, musikkterapeutene i Øygarden Kommune som koblet meg på prosjektet, og ikke minst til deltakerne i dette prosjektet.

## Innholdsfortegnelse

Abstract.....	4
Introduction.....	4
Methods.....	5
Results.....	5
Discussion .....	5
1. Innledning .....	5
2.1 Refleksjoner om problemstillingen.....	6
2.3 Bruk av velferdsteknologi som del av pasientens behandlingstilbud .....	8
3. Teori .....	9
3.1 Kognitiv svekkelse.....	9
3.2 Demens .....	10
3.3 Læren om aldring .....	11
3.5 Musikkterapi og reminisensarbeid.....	13
3.6 Musikkterapi og identitet.....	14
3.9 Kunnskapsgrunnlaget knyttet til musikkterapi og musikkteknologi .....	16
4. Metode.....	18
4.1 Metodetriangulering .....	18
4.2 Rekruttering .....	19

4.3 Etikk.....	20
4.4 Intervjuguide.....	22
4.5 Analyse.....	22
4.6 Refleksivitet.....	24
4.7 Følgeforskning .....	26
5. Resultatdel .....	27
5.1 Et møte med daglig leder i Mundu AS .....	27
5.2 Hvilke muligheter vil en slik applikasjon kunne tilby?.....	28
5.3 Hvordan ser applikasjonen ut? .....	28
5.4 Personvern .....	29
5.5 Lisenser tilknyttet distribusjon av musikk.....	30
5.6 Designprosessen .....	30
5.7 Musikkterapeutens erfaringer – fra musikkterapeutens perspektiv.....	31
5.8 Forståelsen av Mundu .....	31
5.9 Hvordan blir applikasjonen brukt? .....	31
5.10 Endringer i appens funksjoner .....	32
5.11 Kommunikasjon mellom musikkterapeut og apputviklere .....	33
5.13 Personvern i appen.....	33
5.14 Prosjektets oppstart .....	33
5.15 Pasientenes skepsis .....	34
5.16 Hvordan musikkterapeut ble mottatt av ansatte .....	34
5.17 Emosjonell utløsning .....	34
5.18 Opplevelsen av å jobbe som musikkterapeut.....	34
5.19 Opplevelsen av å jobbe med musikkterapi og Mundu .....	35
5.20 Bruk av musikk og samtale for å berolige pasientene.....	35
5.21 Mundu som springbrett for danning av nye relasjoner .....	36
5.22 Mundu som avlastning fra ren musisering.....	36
5.23 Presentasjon av Case - “Amanda” .....	36
5.23.1 Møte med pasient på avdeling .....	37
5.23.2 Terapien starter .....	37
5.23.3 Bruk av applikasjonen Mundu .....	37
5.24 Beskrivelse av musikkterapiøkten .....	38

5.25 En oversikt over bruk av applikasjonen Mundu med pasient .....	38
5.26 Musikkterapeutens tidligere erfaringer knyttet til å jobbe med pasienten .....	39
5.27 Musikkterapeuts refleksjoner rundt musikkterapiøkten .....	39
6. Diskusjon .....	40
6.1 Interesse og glede av å bruke Mundu som musikalsk kompetanse .....	40
6.2 Internal og eksternal kontroll .....	42
6.3 Gjentakelse ved bruk av applikasjonen Mundu .....	44
6.4 Bruk av applikasjonen Mundu for å bekrefte pasientens selvoppfatning og identitet.....	45
6.5 De pårørendes betydning .....	47
6.6 Et godt lyd miljø - en forutsetning for applikasjonens virkning? .....	48
6.7 Grunnlag for implementering av applikasjonen Mundu med særlig fokus på etiske aspekter .....	49
7. Konklusjon .....	52
Litteraturliste .....	53

## Abstract

### Introduction

To give a broad overview of this project, this thesis will cover a vital theme within the development of music therapy and music technology in dementia care with elderly people.

The author of this thesis has explored the effect that a newly developed application, known as Mundu, can have within dementia care. This application is designed so that the music therapist, in collaboration with both the patient, care- workers and the legal guardian of the patient, can create movies with photos from the life of the patient.

This application also includes an online streaming service, where the music therapist has the possibility to search for and add preference- based music to the videos. The aim of this application is to be a support for the music therapist and the patient in reminiscence- based music therapy.

### Research question

The research question for this thesis is: What impact can the application Mundu have in individual music therapy sessions in dementia care?

## Methods

In this study the author has decided to use a triangulation of different methods to collect and analyze the data. For the first part, a use of qualitative interviews with a music therapist. The author has also interviewed the CEO of Mundu AS. Lastly, the author has used participatory observation in one music therapy session, where the music therapist utilized the application Mundu as part of the music therapy with a patient who is living with severe dementia.

To analyze the data, the author has used thematic analysis to analyze the qualitative interviews. (Braun & Clarke, 2006, p. 87) A hermeneutical approach has been used to analyze the data collected in the participatory observation, with the goal of exploring the meaning of the music therapist and the patients' actions and making them understandable. (Brottveit, 2018, p. 34)

## Results

The application Mundu gives a vital support for the music therapist to utilize photos, videos and preference- based music as part of music therapy in dementia care. The application may trigger emotional responses in patients, and can be used to reinforce a patients identity and inner resources through reminiscence- based care and the use of photography and music.

## Discussion

The discussion of this thesis will especially emphasize the following points: First, that the application can be used to reinforce the patient's musical competence. Second, that the application can be used as a repetitive moment within music therapy. And finally, questions related to the ethical use of the application.

# 1. Innledning

Våren 2021 var forfatter av denne masteravhandlingen i praksis ved Fjell Sykehjem i Øygarden Kommune. I en tid preget av pandemi og fravær av sosial kontakt, var det inspirerende å være vitne til hvilken betydning musikkterapi kunne ha for beboerne på sykehjemmet. Ikke minst var det svært motiverende å delta i denne praksisen, med tanke på hvilken studiesituasjon jeg og svært mange andre studenter hadde på denne tiden.

Jeg ble etter denne praksisperioden forespurt av musikkterapeutene ved sykehjemmet om jeg ønsket å skrive min masteravhandling basert på erfaringene knyttet til en ny

prosjektstilling i Øygarden Kommune, der de skulle ta sikte på å implementere ny velferdsteknologi i form av en applikasjon kalt Mundu.

Denne masteravhandlingen har eldreomsorg og velferdsteknologi som tema og fokusområde. Jeg håper denne avhandlingen kan bli brukt av både helsepersonell, pårørende og utviklerne av velferdsteknologi for å videreutvikle helsetjenestene og nye tilbud til det beste for de eldre i vårt samfunn.

Kommunen har ansatt en musikkterapeut i en prosjektstilling som driver oppfølging av pasienter med demens. I denne prosjektstillingen har det blitt utprøvd en ny applikasjon der man kan legge inn bilder og musikk fra pasientens liv. Dette kan potensielt være et godt tilskudd i eldreomsorgen.

Applikasjonen er kalt Mundu, og er utviklet av selskapet Mundu AS. Applikasjonen vil etter planen brukes som verktøy i behandlingstilbudet både av pasienter, pårørende og behandlere.

## 2. Problemstilling

Problemstillingen til denne masteroppgaven er: Hvilken innvirkning kan velferdsteknologi, i form av applikasjonen Mundu, ha på individuell musikkterapi i demensomsorgen?

### 2.1 Refleksjoner om problemstillingen

I fremtiden vil vi se en stor eldrebølge. Med tid vil denne eldrebølgen føre til en rekke utfordringer for samfunnet. Utfordringene vil angå samfunnets evne til å ta vare på de eldre, spesielt med tanke på arbeidskraft, finansiering, teknologi og kompetanse. Om vi ser på dette med optimisme kan vi regne med at en stor andel av de eldre vil kunne være i stand til å være hjemmeboende, gitt at samfunnet legger til rette for dette (Antonsen et al., 2019, s. 10).

Eldrepolitikk har vært et stort og viktig satsingsområde i Norge fra politisk hold. Da både med tanke på finansiering fra stat og kommune og kompetanseheving innen dette feltet. I 2011 regnet man med at mer enn 600 000 mennesker i Norge mottok aldersperson og 200 000 benytter seg av pleie- og omsorgstjenester. Disse menneskene blir hjulpet av ansatte som til sammen rommer 120,000 årsverk innen velferdstjenestene (Daatland & Solem, 2011, s. 256).

Dagens politikk for de eldre omhandler ordningene der samfunnet skaper politiske vedtak for å skape trygge rammer for de eldre. Pensjoner og omsorgstjenester er viktige ytelser som de politiske vedtakene omfatter. I de senere årene har vi sett at fra politisk hold ønsker man å skape så allsidige velferdstilbud som mulig innenfor rammene av statsbudsjettet og kommunenes budsjett (Daatland & Solem, 2011, s. 259).

I følge Daatland og Solem (2011, s. 259) skiller den skandinaviske modellen innenfor eldreomsorg i stor grad fra de fleste andre nasjoner. I og med at det offentlige tar mer ansvar for de eldres velferdstjenester. I andre sammenlignbare land tar gjerne familien eller privat sektor seg av dette. Eldreomsorgen har fått kritikk og kan i mange tilfeller forbedres, men det er utvilsomt at tilgang til pensjon og velferdstjenester er svært viktig for de eldre med tanke på uavhengighet og selvrespekt

Jeg vil selv hevde at et skritt i riktig retning for å forbedre norsk eldreomsorg, er å utvikle ny velferdsteknologi. Denne avhandlingen vil være et bidrag i utviklingen og evalueringen av et nytt, teknologisk verktøy som skal kunne anvendes i helse- og omsorgssektoren.

## 2.2 Mundu

Et nytt verktøy som kan benyttes for å møte de nevnte samfunnsutfordringene er applikasjonen Mundu. Det kan være litt vanskelig for utenforstående å vite hvordan denne applikasjonen fungerer. Derfor vil jeg ta sikte på å gi en god beskrivelse av hvordan dette systemet fungerer og vise stilbildeeksempler underveis i avhandlingen.

Applikasjonen fungerer på det viset at musikkterapeut, helsepersonell eller pårørende kan legge inn bilder fra en pasient sitt levde liv. Den som har ansvar for å bruke applikasjonen sammen med pasient, i denne sammenhengen musikkterapeuten, kan skape videoer inne på applikasjonen med bruk av bilder som har blitt sendt inn av pårørende eller funnet av musikkterapeut, og samtidig legge inn preferansemusikk i disse videoene. Applikasjonen har en egen strømmetjeneste for musikk med om lag 86 millioner forskjellige låter, der musikkterapeuten kan finne frem musikken.

Interdisiplinært samarbeid, da mellom eksempelvis musikkterapeuter, pleiepersonell og systemutviklere, kan øke vår kunnskap rundt bruken av musikkteknologi og velferdsteknologi som kreves for klinisk arbeid innen eksempelvis eldreomsorg. I denne sammenhengen kan Mundu være et system som har potensiale til å kunne skape et godt samarbeid mellom musikkterapeut, pleiepersonell og pårørende.

Litteraturen rundt bruken av digital hverdagsteknologi blant mennesker som lever med demens utforsker gjerne utfordringer som eldre kan ha knyttet til å bruke teknologi, samtidig som den utfordrer noen synspunkter som er alt for vanlige i dagens moderne samfunn. Nygård og Starkhammar (2007, s. 146) fire forskjellige domener, som kan fungere som barrierer for pasienter med demens når de tar i bruk velferdsteknologi.

Den første barrieren omhandler forhold som skaper interferens relatert til personen, konteksten og designet til teknologien som brukes. Begrensinger i brukerens kunnskap om teknologien og dets potensiale. Og til sist, utfordringer i bruken av teknologien grunnet problemer både med tanke på å forstå og administrere teknologien.

Det siste domenet omhandler eksempelvis at pasientene kan ha en tendens til å glemme. Minneproblemer kan være knyttet til eksempelvis numeriske koder. Flere viktige faktorer når eldre med demens skal kunne bruke hverdagsteknologi, er kroppsliggjøringen av de fysiske bevegelsene som kreves for å kunne operere teknologien, og at det må foreligge et behov for teknologien.

Mennesker som lever med demens kan lære å bruke ny, komplisert teknologi hvis de er høyt motivert til å gjøre dette. Det er indikert at mennesker som lever med demens er i stand til å vite hvor de ligger an med tanke på deres kompetanse knyttet til bruk av teknologi (Dowson & Schneider, 2021, s. 198). Noe elektronisk utstyr kan være dyrt å anskaffe, da spesielt med tanke på begrensinger i budsjettet til en institusjon. Men det eksisterer allerede utstyr og programvare som er svært kostnadseffektivt, tilgjengelig og enkelt å bruke.

### **2.3 Bruk av velferdsteknologi som del av pasientens behandlingstilbud**

Jeg vil her kort forklare hva velferdsteknologi er og hva det skal brukes til. Som for eksempel, kan svært generisk IKT (som for eksempel mobiltelefoner og nettbrett) betegnes som velferdsteknologi så fremst dette brukes i en helsesammenheng. I forbindelse med denne masteravhandlingen vil jeg anse Mundu som en form for velferdsteknologi i applikasjonsformat.

Vi ser at implementeringen av velferdsteknologi er under stadig utvikling i de nordiske landene, da spesielt for å møte de store utfordringene som nå utvikler seg i eldreomsorgen og resten av helse- og omsorgssektoren. I følge Antonsen et al. (2019, s. 10) er det forventninger fra politisk hold knyttet til implementering og bruk av velferdsteknologi, som kan føre til en utvikling der en tar sikte på å effektivisere helsetjenestene og samtidig bidra til at flere eldre og kronisk syke kan bo lengre hjemme hos seg selv.

Når vi bruker velferdsteknologi som del av pasientens behandlingstilbud, gjør vi dette for å gi enkeltmennesket bedre utsikter til å mestre eget liv og helse. En kan også styrke de offentlige institusjonenes evne til å håndtere oppgaver gjennom utvikling og bruk av nye teknologiløsninger for å møte de fremtidige utfordringene i helsevesenet (Helsedirektoratet, 2012, s. 21).

Det eksisterer fire ulike hovedkategorier av velferdsteknologi. For det første har vi *trygghets og sikkerhetsteknologi*, som omfatter teknologier som kan gjøre livet til enkeltindividet tryggere. Et eksempel på denne type teknologi er trygghetsalarmer (Helsedirektoratet, 2012, s. 17).



For det andre har vi *kompensasjons- og velværeteknologi*. Dette omfatter teknologi som kan bidra hvis hukommelsen blir dårligere, ved fysisk funksjonssvikt. Inkludert i denne kategorien har vi også teknologi som omfatter styring av lys og varme. Den tredje kategorien er *teknologi for sosial kontakt*, som omhandler teknologier som hjelper mennesker å komme i kontakt med andre. Eksempelvis videokommunikasjonsteknologier.

Til sist har vi *teknologi for behandling og pleie*. Dette er teknologi som vil hjelpe mennesket i å mestre egen helse. Som for eksempel automatisk måling av blodsukker eller blodtrykk, med eller uten helsepersonell til stede.

Jeg vil etter alt å bedømme forstå Mundu som en slags form for teknologi ment for sosial kontakt. Gjennom bruk av applikasjonen Mundu har musikkterapeuten fått et hjelpemiddel som kan bidra til å starte samtaler med pasienter, selv om pasientene ikke har et verbalt språk de kan uttrykke seg med.

Den velferdsteknologiske utviklingen har det vært en mangel på felles standarder, som muliggjør integrering av forskjellige typer enheter, tjenester og produkter i et nettverk. Det kan bli vanskelig å sikre at innhold i dataene som overføres tas vare på i nettverket. Integrasjon av forskjellige systemer er prekært for å utvikle gode velferdsteknologiske løsninger, som kan gi pasienten sikkerhet, trygghet og økt livskvalitet (Helsedirektoratet, 2012, s. 44).

Standarder for utvikling av velferdsteknologi kan anses som å være viktig for små og mellomstore bedrifter, slik at de kan levere gode og tilpassede produkter, både i Norge og internasjonalt. Desto tidligere bedriftene får kjennskap til og innflytelse på standarder, kan det bidra til at norske bedrifter som utvikler velferdsteknologi kan skape konkurransedyktige produkter.

## 3. Teori

### 3.1 Kognitiv svekkelse

Når et menneske blir eldre, øker risikoen for kognitiv svikt. Det kan av og til være normal og godartet kognitiv svekkelse, eksempelvis at man kan glemme navn. Dette kan resultere i irritasjon for enkelte.

Kognitive forandringer som skjer med alderen, kan ikke nødvendigvis bare betegnes som en svekkelse. I mange tilfeller er det litt mer komplekst, siden det er et variert mønster i funksjonene som svekkes med alderen. Det fins også funksjoner som styrkes, men dette vil variere fra menneske til menneske. Slikt kunnskapsbildet er i dag, vet vi at kognitiv svekkelse

kan forebygges gjennom aktivitet, deltakelse i aktiviteter eller en livsstil der man fremmer engasjement (Daatland & Solem, 2011, s. 85).

Noen mennesker vil utvikle kognitiv svikt som er mer alvorlig. Dette vil betegnes som *mild kognitiv svekkelse* (Mild Cognitive Impairment). Hukommelsen som tas i bruk i dagligdagse sammenhenger vil være mer svekket. Mennesker som lever med mild kognitiv svekkelse kan oppleve dette som et problem, selv om det ikke begrenser hverdagen fullstendig.

MCI kan betegnes som en slags overgangsfase mellom en normal kognitiv tilstand og utviklingen av demenssykdommer. Når den kognitive evnen er såpass svekket at det påvirker et menneskes hverdag i alvorlig grad, vil vi betegne sykdommen som demens (Daatland & Solem, 2011, s. 82).

### 3.2 Demens

Demens er “fellesbetegnelsen på alle hjernesykdommer som påvirker atferd og evnen til å huske, tenke og utføre dagligdagse aktiviteter” (Folkehelseinstituttet, 2014).

Demens betyr “uten sinn”. Jeg tenker at demens er et begrep som man lett kan problematisere. Det er svært kritikkverdig å omtale mennesker som lever med denne sykdommen som *demente*. Jeg vil i denne avhandlingen heller legge mitt fokus på at et menneske *lever med demens*. Et menneske er nemlig ikke sykdommen, men *lever med* en sykdom.

Demens er en samlebetegnelse for rundt 200 forskjellige sykdommer som kan gi kognitiv svikt. Demens fører til at mennesker gradvis får det vanskeligere med å få hverdagslivet til å fungere. Det forskes svært mye på demens i samfunnet. Rundt 65% av de som lever demens opplever å ikke få en spesifikk demensdiagnose (Stige & Ridder, 2016, s. 133). Uten å gå for dypt inn på diagnostisering, vil jeg beskrive hva de vanligste formene for demens er.

Ved *vaskulær demens* er årsaken til sykdommen alvorlig svikt i blodtilførselen til hjernen, eller til deler av hjernen. Ved *alzheimers sykdom* skjer det forandringer i hjernen, der nerveceller blir satt ut av spill. Da oppstår det flekker (*senile plak*k) med opphopning av proteinet *beta-amyloid* utenfor og rundt nervecellene i hjernen. Samt floker (neurofibrillære nøster) der et annet protein (tau protein) hoper seg inne i nervecellene. Det fins i dag ikke noen effektiv behandling mot demenssykdommer. Et håp for forskerne er å kunne tidlig identifisere symptomene ved demens, slik at en muligens kan bremse eller stanse utviklingen av demenssykdommen (Daatland & Solem, 2011, s.83).

Det er omdiskutert om musikkterapi, eller bruken av musikk, kan være med på prosessen knyttet til å dempe utviklingen av demens. Min tanke er at musikkterapi, musikk og kulturelle aktiviteter kan være med på å skape økt livskvalitet for den som utvikler demens, selv om det ikke nødvendigvis vil bety at musikkterapi og kulturelle aktiviteter har en effektiv virkning på det rent fysiologiske.

Det er slik at demens gjerne er forbundet med mennesker som har høy alder, er i bunn og grunn ikke demens del av en vanlig aldringsprosess. Det kan være utfordrende å gi et eksakt antall på hvor mange som lever med demens, både i Norge og på verdensbasis. Men en regner med at det lever omtrent 50 millioner mennesker på verdensbasis som har fått demens, mens i Norge ligger antallet på rundt 101,000. Det eksisterer per nå ingen behandling som kan kurere demens, men det fins medisiner som kan bremse utviklingen eller gjøre det mulig å leve lengre med demens.

Det er noen muligheter for å forebygge demens. Faktorer som kan spille en rolle for å forebygge demens er de samme som ved eksempelvis hjerte- og karsykdommer. Fysisk aktivitet, ikke-røyking og god kontroll av høyt blodtrykk. Det er også slik at deltagelse i sosiale og meningsfulle aktiviteter kan forebygge utviklingen av demens. Risikofaktorer tilknyttet utviklingen av demenssykdommer er diabetes, lav utdanning, fedme, nedsatt hørsel, depresjon, høyt alkoholforbruk, hodeskader og luftforurensing er risikofaktorer.

Man antar at alder og gener spiller en stor rolle i utviklingen av demenssykdommer, men samtidig skal det sies at rundt 40% av tilfellene når det gjelder demens kunne ha vært unngått ved forebygging (Folkehelseinstituttet, 2014).

### 3.3 Læren om aldring

Man vil i dag kalle læren om aldring for gerontologi. Læren om aldring er svært relevant i dagens moderne samfunn da menneskets levealder har økt i takt med at vi har fått tilgang til medisiner, bedre arbeidsforhold og mer næringsrik mat, sammenlignet med for 100 år siden.

Aldring er en naturlig del av et menneskeliv. Vi skal alle en dag bli gamle. Jeg tenker det er viktig at vi i dag skaper verktøy i takt med den teknologiske utviklingen, som vi kan benytte oss av både i dag og i fremtiden. Det er stor variasjon på hvilke hjelpemidler som er tilgjengelig. Hjelpemidlene er forskjellige på ulike sykehjem, kommuner, regioner i landet, men også globalt.

En av diskusjonene som denne avhandlingen vil berøre, omhandler samarbeidet som musikkterapeuten har hatt knyttet til pårørende. Derfor anser jeg det som relevant å vise til forskning som viser til tendensene i hvordan familiegenerasjonene møtes.

I følge Daatland og Solem (2011, s. 200) er det ikke vanlig i vårt samfunn at den eldre og yngre familiegenerasjonen bor sammen. Omsorgen for de eldre er i større grad overlatt til helsetjenestene. Det er likevel stabile kontaktmønstre mellom generasjonene over tid. Mellom 15 og 20 % sier av voksne sier de møter sine eldre foreldre daglig. Og 50 prosent treffer den ukentlig. Dette mønsteret har vært til stede siden 1970-årene.

### 3.4 Musikkterapiens virkning

Jeg vil først gjøre rede for noen antagelser om hvordan musikkterapi kan fungere for å fremme pasientens helse.

Den første antakelsen er at svært mange mennesker som har mistet sitt språk under utviklingen av en demenssykdom, vanligvis vil kunne synges en sang som står de nær. Den andre antakelsen er at man får mer kontakt med et menneske som lever med demens, gjennom å bruke musikk for å skape denne kontakten. Den tredje er at musikkterapi kan redusere angst og depressive symptomer hos eldre med demens.

Det er gjort mange studier om effekten av musikkterapi i behandling av demens, men det kan samtidig være utfordrende å gi et konkret og entydig svar om ved hvilke områder musikkterapi har best effekt. I følge Alexio et al. (2017, s. 60) er det utfordrende å utføre systematiske gjennomganger av musikkterapi studier grunnet mangel på heterogenitet knyttet til behandlingsintervensjoner, teknikker og metoder innen musikkterapi. I tillegg til at det er svært mange ulike forskningsdesign på studiene. Samtidig er det samlet inn en rekke data om musikkterapiens virkning i demensomsorg og arbeid med eldre som kan virke ganske håndfaste, på tross av forskjellene innad i musikkterapifeltet

Musikkterapi kan være erfart som et verdifullt supplement i det faglige systemet til et sykehjem. Musikkterapi kan være med på å finne ressurser, livsfortelling og motivasjon som del av behandlingstilbudet til de eldre. Pasienter kan bli bevisstgjort med sitt eget forhold til musikk, og kan velge å selv benytte seg av musikk som fritidstilbud, samt finne trøst, glede og fellesskap gjennom musikken.

Van der Steen et al. (2018, s. 6) skriver at når de kognitive funksjonene til et menneske avtar under utviklingen av Alzheimers Sykdom, vil musikken være til stede helt til de siste stadiene i utviklingen av en demenssykdom. Til og med i det siste stadiet vil musikkbaserte intervensjoner ha en viss effekt for pasienten som lever med demens. Dette kan være knyttet til at områdene i hjernen som er forbundet med musikalsk minne er mindre skadet enn andre områder i hjernen, sent i utviklingen av denne demenssykdommen.

Hvis en pasient ikke lengre kan dra kjennskap på ord, kan preferansemusikk eller kjent musikk være med på å bidra til en følelse av trygghet og velvære for pasienten. Dette kan igjen være med på å minske angstsymptomene hos en pasient. Når man bruker musikkrytmer, kan man hjelpe mennesker med Alzheimers sykdom å organisere det man kaller for tid og rom.

I kontekst av gruppemusikkterapi kan pasientene også oppleve å være i stand til å ha kontakt med andre mennesker i gruppen uten å trenge å ty til tale. Dette har noe å gjøre med musikkens nonverbale kvaliteter, som gjør at musikkbaserte intervensjoner kan være til hjelp i alle ulike stadier med tanke på utviklingen av demenssykdommer.

En stressdempende faktor for pasienter som har gjennomgått operasjoner, kan være å benytte seg av musikk som egenerapi, i form av musikklytting. Musikkterapi kan i denne

sammenhengen virke avslappende og fremme velvære. Musikkterapi kan også bidra til at pasienten lettere kan erindre livshendelser og emosjonelle opplevelser. (Van der Steen et al., 2018, s. 7).

Noen av effektene er vist til i populærvitenskapen, eksempelvis i boken *Musikk og Hjernen* av Brean og Skeie (2019). Her vises det eksempelvis til hvilken effekt musikk kan ha for å stimulere til dans og gange for pasienter som lever med Parkinsons sykdom. (Brean & Skeie, 2019, s. 207) Det vises også til hvordan "musikkbasert behandling" kan fungere moderat effektivt når det gjelder behandling av depresjon og agitert atferd blant pasienter som bor på institusjon for eldre, men samtidig er ikke denne formen for behandling sikkert effektivt mot eksempelvis motorisk uro og aggressiv atferd (Brean & Skeie, 2019, s. 214).

En enkeltstående studie viser at musikkterapi i kombinasjon med fysisk aktivitet er effektivt med tanke på å redusere angst og depressive symptomer (Andreozzi et al., 2014, s. 619). Det er også foreslått at deltakingen i kunst, dans og musikalske aktiviteter kan ha en viss effekt når det gjelder å dempe utviklingen av Alzheimers sykdom (Bonde & Stensæth, 2011, s. 21). Hjemmebasert musikkterapi kan bidra til at brukeren får opplevelse av styrket livskvalitet via meningsfulle aktiviteter, som dermed kan bidra til livskvalitet og gode relasjoner mellom omsorgsgivere og omsorgstakere (Stige & Ridder, 2016, s. 87).

Ut ifra det nevnte kunnskapsbildet vil jeg kunne jobbe ut ifra en hypotese om at musikkterapi vil ha en viss virkning i pasientens behandlingstilbud, samtidig som det er litt uvisst hvordan musikkterapi vil fungere sammen med ny velferdsteknologi.

Samtidig er det verdt å nevne at musikkterapitilbudet krever ressurser fra kommunene og helsetjenestene, i form av midler. Dette kan være ressurser som kan være begrenset i enkelte kommuner. Det vil i fremtiden være svært nødvendig med mer forskning innen musikkterapifeltet, der man tar sikte på å måle effekten til musikkterapi og evaluerer de tilbudene som eksisterer (Stige & Ridder, 2016, s. 132).

### 3.5 Musikkterapi og reminisensarbeid

Når et menneske opplever å få en demenssykdom, så er det vidt kjent at blant annet den *episodiske hukommelsen* svekkes. Den episodiske hukommelsen omhandler personlige erindringer som vi har, ofte knyttet til tid og sted. Når vi snakker om å huske viktige hendelser knyttet til eget liv og opplevelser bruker vi begrepet *autobiografisk hukommelse*. Dette er en form for hukommelse som bevares i mye større grad i en aldringsprosess, sammenlignet med episodisk hukommelse (Ridder, 2011, s. 65).

I følge Rolvsjord (1998, s. 6) er det slik at opplevelser som mennesket har opplevd langt tilbake i tid er bedre bevart enn hendelser som har skjedd i nær fortid. I arbeid med

reminisens innen musikkterapi, vil det være prekært å være hensynsfull i valget av musikk eller andre objekter som vil stimulere til reminisens

I musikkterapi jobber vi primært med å bruke musikk som et lydmessig stimuli for de eldre. Det er verdt å bemerke at hvis man bruker musikk som kan være forvirrende for de eldre, eller som ikke nødvendigvis gir umiddelbar mening, kan dette eksempelvis føre til forvirring. Da blir det viktig å bruke musikk som er meningsfylt for pasienten, eksempelvis preferansebasert musikk (Ridder, 2011, s. 68).

### 3.6 Reminisensarbeid som helhet, hva vet vi?

Ifølge Woods et al. (2018, s. 2) kan vi ta utgangspunkt i at virkningen som reminisensbaserte intervensjoner har i demensomsorg kan være noe inkonsistente, små og inneha store forskjeller med tanke på deres effekt på pasientens livskvalitet, kognitive evner, kommunikasjon og humør.

Studier som er spesifikt tilknyttet syke- eller omsorgshjem viser gjerne at det kan ligge store fortrinn i å benytte reminisensterapi i arbeidet med pasientens livskvalitet, kognisjon, kommunikasjon og humør. Individuell reminisensterapi vil sannsynligvis være fordelaktig med tanke på kognisjon og humør hos pasienten. Gruppeterapi kan være assosiert med forbedringer tilknyttet den Eldres evne til å kommunisere.

Det konkluderes med at det er vanskelig å måle effekten av reminisensbehandling, da behandlingsforløpene gjerne ikke er beskrevet i detalj under mange publikasjoner. Selv om kvaliteten på forskningen har gått betydelig opp med årene. Det etterlyses mer forskning på feltet, spesielt randomiserte studier der behandlingsforløpene beskrives mer i detalj

### 3.6 Musikkterapi og identitet

“Musikkterapi er en personorientert tilnærming, som kan muliggjøre tilgang til minner, følelser og personlig identitet. Musikkterapi kan også tilby rammer for aktivitet, mestring, emosjonell regulering og meningsfull relasjon. Musikkterapi kan på denne måten gi personer med demens nye handlemuligheter. Musikkterapeuten kan også skape rom for aktivitet i hverdagen, personlig mestring, regulering av emosjoner og meningsfylte relasjoner. På denne måten vil musikkterapi gi personer som lever med demens nye handlemuligheter” (Kvamme, 2017, s. 146).

Et av temaene som er gjennomgående i denne avhandlingen, er hvordan bruken av musikk og bilder kan være med i viktig identitetsarbeid med de eldre. Ifølge Ruud (2008, s. 5) omhandler musikkterapi læren om hvordan musikk virker inn på følelser og tanker ut fra vår historiske og kulturelle situasjon. Men også om betingelser for hvordan vi tilnærmer oss musikken, både når det gjelder fortolkning, men også om musikken faller i smak og skaper mening for oss.

Et humanistisk og fortolkende perspektiv på musikkterapi vil gi oss mulighet til å forstå menneskers livsverden. Mennesker lever med en intensjonalitet, evne til å kunne danne egne symboler og forutsetninger til å kunne utvise selvbestemmelse. Et av temaene som denne avhandlingen vil dekke, er hvordan identitetsarbeid utføres under de siste årene til et menneske. Dette kan understøttes med psykodynamisk teori som omhandler menneskets identitetsutvikling.

Ifølge Ridder (2011, s. 71) kan det være det viktig for et menneske å avklare sosial identitet. Når personen når sine voksne år, avklarer personen sitt forhold til intimitet eller isolasjon. Som middelaldrende å etterlate noe til neste generasjon. I livets siste fase kan det være viktig for mennesket å utvikle seg i interaksjon med andre for å oppnå en følelse av integritet, i motsetning til fortvilelse og bitterhet.

Ifølge Ruud (2005, s. 7) kan vi jobbe ut ifra tankegangen om at musikalsk identitet inneholder forskjellige *personlige rom* hos et menneske. I *det personlige rom*, tenker vi på musikk som står pasienten nærmest og er dypt personlig. Det er denne musikken som vekker følelser i deg, og gir deg minner om da du ble vugget av dine foreldre. Den kan også minne deg om tidlige mestringsopplevelser, eksempelvis første gangen du mestret et instrument. I

*Det sosiale rom* omtaler vi den musikken vi bruker for å avgrense oss selv fra andre, eller for å føle gruppetilhørighet. Eksempelvis ved å motsette oss vår egen familie og foreldregenerasjonen. I *Tidens og stedets rom* finner musikken som handler om hvor vi er fra, eller den tiden vi har levd i. Denne kan også handle om familie og personlig forankring.

I noen sammenhenger kan musikken få oss til å føle vi er del av noe større, skape endringer i vår identitet, eller skape rom til ettertanke. Dette rommet kategoriseres som *det transpersonlige rom*.

I henhold til Ruud (2005, s. 8) vil vi gjennom livet både danne og revurdere vår egen identitet, når vi er i samspill med andre mennesker. Begrepet er med andre ord svært sammensatt. Forholdet mellom ulike dimensjoner av identiteten kan i mange sammenhenger være komplisert å forstå seg på. Ruud (2008, s. 9) har i tillegg utarbeidet noen holdepunkter i musikkterapeutisk arbeid knyttet til identitet.

- Betydningen av omsorgen for det individuelle.
- Betydningen av relasjonen og innlevelsen i den andre.
- Betydningen av autonomi, intensjonalitet, handling og selvbestemmelse.
- Betydningen av det kritiske.
- Betydningen av tegn og symboler som meningsbærende

Basert på forskning innen musikkterapifeltet, er det foreslått at et menneske som lever med demens er oppmerksom på egne persepsjoner, oppmerksomhet, tanker, følelser og handlinger. Noe som er et grunnlag i hvordan man arbeider med selvbegrepet innen

musikkterapi i demensomsorg. De nevnte prosessene fungerer også hvis pasienten har utfordringer knyttet til episodisk hukommelse, eller har et minimum av selvbevissthet som følger av demens (Ridder, 2011, s. 70).

### 3.7 Musikkens kraft

Dette kan knyttes opp mot konseptene *kommunikativ musikalitet* og *protomusikalitet* som et teorigrunnlag. Ifølge Stige (2002, s. 104) er kommunikativ musikalitet en grunnleggende evne som mennesker har knyttet til å kommunisere uten språk, ved å eksempelvis bruke variasjoner i stemmen som toneleie og volum. Protomusikalitet omhandler at alle mennesker har en musikalsk kapasitet. Innen musikkterapi vil man ofte jobbe ut ifra en hypotese om at en viss kommunikativ musikalitet vil skje mellom terapeut og pasient. Dette kan spille en viktig rolle når man eksempelvis arbeider med mennesker som har nedsatte funksjonsevner, eksempelvis der de mangler språk.

### 3.8 Bruk av musikk i hverdagen

En av de viktige aspektene knyttet til verdisetting i musikkterapi, er annerkjennelsen om at ulike former for musikk kan bli ansett for å være del av høy- eller lavkultur. I følge Stige (2002, s. 93) vil man i en musikkterapeutisk sammenheng jobbe med en tankegang om at all musikk er likeverdig i en terapissammenheng, selv om en i en vestlig sammenheng gjerne tenker at noen musikkformer har høyere status enn andre. I en terapeutisk sammenheng er det viktig at musikkterapeuten klarer å relatere seg til et mangfold av ulike musikkformer i møte med en pasient.

I tillegg er det viktig å vite litt om hvordan man kan effektivt skape gode rammer for at eldre mennesker skal kunne benytte seg av musikk i hverdagen. Komponisten og musikkviteren Henry Murray Schafer (1977) har skrevet om et skille mellom gode og dårlige lydmiljøer, henholdsvis kalt for hi-fi og lo-fi lydmiljøer. I akustikken og elektroakustikken beskriver dette graden av uønsket støy i et lyd miljø. Enkelt forklart beskrives et godt lyd miljø som et "rent" lyd miljø der alle lydene i et lydlandskap er godt definert. I et dårlig lyd miljø kan lydene være for mange, og forvirrende for enkelte (Stige & Ridder, 2016, s. 223).

### 3.9 Kunnskapsgrunnlaget knyttet til musikkterapi og musikkteknologi

Bruken av musikkteknologi har vært et problematisert tema innen feltet musikkterapi i en årrekke. I henhold til viktige stemmer i feltet har musikkteknologien beveget seg i en raskere takt enn utviklingen av teori som omhandler bruk av musikkteknologi. Det argumenteres for at dette kan i lengden være uheldig for musikkterapifeltet, grunnet at musikkterapi kan miste litt relevans med tanke på musikkteknologi (Magee, 2018, s. 334).

Samtidig er det viktig å påpeke at musikkteknologi, eller teknologi i seg selv, ikke kan erstatte en musikkterapeut eller selve musikkterapien. En datamaskin eller et nettbrett kan



ikke erstatte den mellommenneskelige relasjonen mellom terapeut og pasient (Stensæth, 2018, s. 325).

Det kan være store generasjonsforskjeller innad i musikkterapimiljøet når det gjelder holdninger knyttet til musikkteknologi innen musikkterapi. Deltakerne i en studie angående musikkterapeuters holdninger til musikkteknologi viser at musikkterapeuter som er over 60 år har lite eller ingen kompetanse hva det gjelder bruk av musikkteknologi. Holdningen til musikkteknologi blant disse informantene er at de misliker å benytte musikkteknologi som del av musikkterapi. Studien viser også at det er en større overvekt av mannlige musikkterapeuter som tar i bruk musikkteknologi enn kvinner og ikke-binære (Hadley et al., 2012, s. 461).

Musikkteknologi kan bli brukt innen musikkterapi på mange måter, med svært mange forskjellige pasientgrupper. Da spesielt med tanke på å kompensere for fysiske begrensninger og skape muligheter for fysisk, kognitiv og sosial utvikling. Teknologien kan også la de som lever med komplekse behov bli møtt med muligheten til å få tilgang til deltakelse i musikk, samt bli inkludert i aktiviteter som vi vanligvis tenker kan være uaktuelt for en gitt pasientgruppe (Clements-Cortes, 2013, s. 39).

Innen medisinsk forskning på musikkterapi, har gjerne medisinsk teknologi blitt brukt av forskere innen musikkterapifeltet for å måle eksempelvis hjerterate, respirasjon, oksygenivå og blodtrykk hos pasienter med tanke på å samle inn data til ulike forskningsprosjekter innen musikkterapi. Når det gjelder å skape rom for mer aktivitet og bevegelse for pasienter som lever i en funksjonsnedsatt tilstand, har også musikkteknologi blitt brukt innenfor musikkterapi (Hadley et al., 2012, s. 457).

En annerkjennelse fra flere hold innen forskningsmiljøet i musikkterapi er at litteraturen rundt musikkterapi og musikkteknologi, samt hjelpemidler rundt musikkteknologi i musikkterapi er noe begrenset, selv om det har vært en økende interesse ovenfor musikkteknologi innen musikkterapifeltet. Gjennom musikkterapiens historie har det blitt publisert en rekke casebeskrivelser som har vist til nyttheten av å bruke musikkteknologi i et musikkterapiforløp.

Det kan være at musikkteknologi kan ha en viktig plass i musikkterapiforløp med spedbarn, barn og eldre. Teknologi er et vanlig verktøy gjennom en pasients levetid, fra de er små til de blir gamle. Applikasjoner som eksempelvis er datadrevne, kan være et nyttig verktøy for å spille inn, improvisere og komponere innen musikkterapi (Magee et al., 2011, s. 147).

Ved å være målrettet i anskaffelsen av ny teknologi, så kan terapeuten sikre at teknologien blir brukt til å skape gode rammer for pasienten, og ikke bare bli brukt for teknologiens skyld. Det kan være fordelaktig å la seg konsultere med et multidisiplinært team for å være mest mulig målrettet med tanke på anskaffelse av teknologien, for å veie opp risikoer og fordeler ved ulike former for teknologi (Magee et al., 2011, s. 151).

## 4. Metode

I denne studien har jeg drevet følgeforskning, hvor jeg benytter meg av et kvalitativt forskningsdesign. Kunnskapsbildet om musikkterapi i eldreomsorgen kombinert med implementering av velferdsteknologi er noe mangelfullt. Et eksplorerende/utforskende design er gjerne noe en benytter seg av når en ønsker å forsøke å lære mer om et felt der en vet lite om temaet (Jacobsen, 2022, s. 66).

For å forsvare praksisen rundt å bruke kvalitative metoder innen helsefaglig forskning, kan vi for eksempel argumentere med at vi må utvikle vår forståelse av hvordan helse og sykdom arter seg som dynamiske prosesser i kroppen. Hvis målet er å utvikle vår forståelse bør vi ha generaliserbar kunnskap som kan måles kvantitativt, men også kunnskap innhentet av kvalitative data, eksempelvis gjennom intervju og observasjon (Malterud, 2002, s. 2468).

### 4.1 Metodetriangulering

I dette prosjektet har jeg benyttet en metodetriangulering for innhenting av data. I denne sammenhengen har jeg brukt deltagende observasjon og kvalitative intervjuer som metode for å innhente data som er relevant for å finne svaret på min problemstilling.

Jeg har avholdt to individuelle intervjuer med musikkterapeut. Et lengre intervju på om lag 25 minutter noen uker før deltagende observasjon, samt et kortere intervju etter deltagende observasjon. Deltakende observasjon er en metode fra sosialantropologisk tradisjon hvor en som forsker ønsker å innhente data gjennom deltagelse eller intervensjon, eksempelvis i et terapiforløp, for å innhente data fra et "innenfra-perspektiv" (Malterud, 2002, s. 2469).

I denne sammenhengen kan en skille mellom to ulike roller en kan inneha som deltagende observatør, nemlig *aktivt deltakende observatørrolle* og *passivt deltakende observatørrolle*. Når forskeren aktivt er deltagende vil forskeren i stor grad anse seg selv som en fullverdig deltaker i det miljøet som skal observeres. Når forskeren er passivt deltagende vil forskeren være aktiv i den sosiale sammenhengen, men ikke i like stor grad som ved aktiv deltakelse (Brottveit, 2018, s. 100).

I dette prosjektet har jeg ansett det som mest forsvarlig å være *passivt deltakende* da jeg ønsket å være aktiv i sosial sammenheng med pasienten, men ikke nødvendigvis ønsket å internere i musikkterapiforløpet. Jeg ville observere samspillet mellom terapeut og pasient,

men også deres interaksjon med appen Mundu og hva denne appen kunne bidra med i terapien.

Jeg har ansett det som nødvendig å kunne utforme en fremdriftsplan for den deltakende observasjonen. I denne fremdriftsplanen har jeg for det første vært i en forberedelsesfase.

Malterud (2017, s. 104) skriver at i denne fasen planlegger man prosjektet. I denne sammenheng har jeg planlagt prosjektet i form av å skrive masterskisse til godkjenning av emneansvarlige ved Griegakademiet og vært i dialog med musikkterapeuter i den gjeldende kommunen for å kunne realisere prosjektet. I tillegg har jeg utformet design og valgt metode. Som del av forberedelsesfasen har jeg også søkt til NSD for godkjenning av prosjektet, samt gjennomført nødvendig litteratursøk.

I gjennomføringsfasen har jeg satt opp tidsrammer for datainnsamling, det vil si avtalt med musikkterapeut og daglig leder i Mundu AS om når de kvalitative intervjuene skulle avholdes. I tillegg har jeg avtalt med musikkterapeut vedrørende deltakende observasjon, og skaffet samtykke fra verger til dette. Etter at datamaterialet ble innsamlet, gikk jeg dernest til transkribering, fremstilling, fortolkning og analyse av data.

## 4.2 Rekruttering

Utvalget ble rekruttert ved at jeg tok kontakt med musikkterapeut ved gjeldende institusjon. Musikkterapeuten har rekruttert pasienter ved å ta kontakt med pårørende/verger gjennom snøball-metoden. Det vil si at startinformanten var den som vurderte hvilken pasient som var aktuell for deltakende observasjon.

Når man rekrutterer informanter gjennom snøball-utvalg spør man førsteinformant som har takket ja til å delta, i denne sammenhengen musikkterapeuten, om å rekruttere et visst antall personer som kan være aktuelle for å delta i et forskningsprosjekt (Andrews & Vassenden, 2007, s. 154). I denne sammenhengen har jeg ikke fått vite om navnet til pasienten som var aktuell for deltakende observasjon, før verger ble informert om prosjektet og signerte informasjonsskriv.

### 4.2.1 Inklusjon av utvalg

Utvalget som er rekruttert til å delta i dette prosjektet er *formålsorientert* (Jacobsen, 2022, s. 204). I diskusjon med veileder kom undertegnede frem til at det kunne være utfordrende å rekruttere flere enn en deltaker til deltakende observasjon i dette prosjektet. Det ville også sannsynligvis være nok empiri i en deltakende observasjon for å kunne belyse problemstillingen til denne avhandlingen.

Grunnlaget for inklusjon av utvalget til deltakende observasjon, har vært a) *pasient som lever med demens* som b) *er innlagt på sykehjem* og c) *benytter seg av musikkterapi og applikasjonen Mundu som del av behandlingstilbudet*.

Grunnlag for inklusjon av utvalget knyttet til kvalitative intervjuer ble ikke benyttet, da det var logisk at førsteinformant i dette prosjektet var musikkterapeuten som har fått prosjektstillingen som del av evalueringsarbeidet knyttet til applikasjonen Mundu.

### 4.3 Etikk

For å kunne få dette prosjektet til har det vært nødvendig å reflektere rundt de etiske rammene til prosjektet. Med tanke på at jeg har bearbeidet data som inneholder sensitive personopplysninger om både helsepersonell, men også om et menneske som er i en sårbar situasjon, så har det vært viktig å skaffe de nødvendige tillatelsene som et slikt prosjekt krever fra alle aktuelle parter.

Når man tenker på etikk i arbeidet knyttet til å behandle personopplysningene til mennesker som er i en sårbar livssituasjon er det viktig med refleksjon rundt generelle, etiske retningslinjer. Blant annet om hvordan egne verdier og holdninger kan påvirke problemstilling, metode og tolkning av resultater.

Det er også viktig med å kunne utvise åpenhet i dokumentasjonen av hvordan dataene er samlet inn, hvordan man har målt seg frem til resultatene i et forskningsprosjekt, hvordan disse dataene er behandlet og hvilke prinsipper som er blitt benyttet med tanke på tolkning og konklusjoner. Det er også viktig å kunne utvise åpenhet om de usikre momentene knyttet til valg av metode og funn (Jacobsen, 2022, s. 48).

Dette masterprosjektet er innmeldt og vurdert av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD). Informasjonsskriv er utformet i henhold til NSD sine retningslinjer, og utdelt og signert av førsteinformant og vergene til pasienten i dette prosjektet. Førsteinformant og verger er informert om at dette prosjektet har vært frivillig. Det har vært mulighet for å trekke seg fra prosjektet uten at dette vil gå negativt ut over deres arbeidsplass, rettigheter eller behandlingstilbud.

Med tanke på at jeg i denne masteravhandlingen behandler personopplysninger om et menneske som ikke er samtykkekompetent, har informasjonsskriv blitt signert av personens verger. Både undertegnede og førsteinformant i dette prosjektet har tatt sikte på å gi så god informasjon om dette prosjektet som mulig til vergene om prosjektet. I denne sammenhengen kan det være aktuelt å vise til litteratur om hvordan man skal stille seg til en situasjon, der man forsker på mennesker som av ulike årsaker ikke er samtykkekompetente.

I forskning på mennesker som ikke har samtykkekompetanse, så stilles det strenge krav til at resultatene fra undersøkelsen kan være direkte nyttig for menneskene som blir undersøkt, eller at det ikke er noen fare for negative konsekvenser. Hvis undersøkelsen har potensiale

til å kompromittere menneskene som undersøkes, eller om noen andre vil oppleve nytten knyttet til resultatene, bør undersøkelsen revurderes (Jacobsen, 2022, s. 55).

I dette prosjektet har undertegnede valgt å ikke bruke video-opptak av deltakende observasjon med pasienten av flere grunner. En av årsakene er knyttet til at jeg har tenkt at relevansen har vært for svak knyttet til problemstillingen. Jeg har også tenkt at video-opptak kunne være til hinder i terapien, da det ville ta tid å sette opp et kamera på pasientens rom og potensielt skape forvirring for pasienten.

Det har foreligget et ønske fra undertegnede å respektere det mennesket som pasienten er. På grunn av disse vurderingene har jeg heller valgt å benytte meg av lydopptak under deltakende observasjon som referansepunkt for det som foregikk i terapien. Alle lydopptak ble referert på en privat forskningsserver, SAFE. Referatet ble deretter transkribert og hentet ut av denne private forskningsserveren. Deretter ble lydopptaket av terapiøkten slettet.

Jeg har arbeidet ut ifra en tankegang om at det er viktig med prinsippene om anonymitet og konfidensialitet i arbeidet med bearbeiding av det datamaterialet som er innhentet i dette prosjektet. Dette vil si at det skal i prinsippet være *helt umulig* å direkte kunne identifisere noen ut ifra de dataene som er samlet inn og presenteres (Jacobsen, 2022, s. 51).

Siden prosjektstillingen jeg evaluerer i denne avhandlingen ligger i en liten kommune i Norge, og det er interessant om å vite om erfaringene knyttet til denne spesifikke kommunen, har jeg valgt å tilføre "støy" i dataene ved å gjøre de mindre eksakte. Jeg har blant annet unnlatt å nevne hvilken institusjon dataene kan knyttes til.

I sammenheng med intervju av musikkterapeut ble det også brukt lydopptak. Samtalen ble referert og transkribert i SAFE.

Undertegnede og veileder har tatt en vurdering på at møtet med daglig leder i Mundu AS ikke trengte noen særlige tillatelser, da daglig leder kun delte bedriftsinformasjon som allerede ligger offentlig tilgjengelig på nettet. Dette har ikke falt inn under kategorien som omhandler sensitive personopplysninger.

Hva det gjelder presentasjonen av data, vil jeg i denne avhandlingen ta sikte på å gjengi resultatene fullstendig og i riktig sammenheng. Det er viktig for meg at jeg fremstiller det som er blitt sagt under intervjuene med musikkterapeut på en riktig måte, og gir en så fullstendig gjengivelse av den deltakende observasjonen som mulig. Innen all forskning kan man anse dette som et viktig ideal (Jacobsen, 2022, s. 53).

#### 4.4 Intervjuguide

I utformingen av intervjuguiden jeg benyttet i møtet med musikkterapeut, tok jeg sikte på å skape en intervjuguide med åpne spørsmål som jeg tenkte var relevante til problemstillingen. I denne sammenhengen ble det viktig å legge gode rammer for å kunne gi rom for flertydighet i intervjuene, som kjennetegner de aller fleste menneskelige fenomener. I teorien skulle det være viktig å kunne evne å merke forandringer som kunne skje under intervjuene (Malterud, 2002, s. 2469).

I all forskning er det prekært å kunne inneha en sensitivitet ovenfor de dataene som blir innsamlet. Både med tanke på deltakerne i prosjektet, men også med tanke på å sikre god vitenskapelig praksis. Jeg tok sikte på at selve intervjuprosessen skulle bli en lærerik erfaring for meg, men også for de som deltok i dette prosjektet.

Jeg anså det som mest logisk å benytte en halvstrukturert intervjuform med faste *tematiske hovedpunkter*, der det skulle være rom for å kunne stille tilleggsspørsmål til informantene. Det var høyst relevant å tenke gjennom hvordan jeg skulle stille disse spørsmålene og hvilke spørsmål jeg kunne stille først og sist (Brottveit, 2018, s. 90).

#### 4.5 Analyse

For å fortolke intervjuene har jeg benyttet meg av tematisk analyse. Årsaken til dette, er at jeg selv anså denne metoden som problemløser da jeg analyserte de intervjuene jeg gjorde. Metoden blir beskrevet som nokså fleksibel og krever ikke svært inngående kunnskap om metodikk for å kunne benyttes. Samtidig er denne metoden lett forståelig for leseren (Braun & Clark, 2014 s. 2). Metoden har seks ulike steg (Braun & Clarke, 2006, s. 87).

1. Bli kjent med dataene
2. Skap de første kodene
3. Let etter tema
4. Gå kritisk gjennom temaene
5. Definer og navngi temaene
6. Rapportert funnene

I tillegg er det verdt å gi en liten beskrivelse av hvordan jeg har gått frem for å fortolke observasjonene som ble gjort i deltakende observasjon. I denne sammenhengen har det vært veldig viktig for undertegnede å benytte meg av en hermeneutisk fortolkningsprosess.

Hermeneutikken handler om å innhente og arbeide med det vi tidligere har kalt for meningsfulle materialer. Målet med denne tilnærmingen er å studere mening og gjøre sosiale fenomener forståelige, gjennom den helheten som de er en del av. Innen hermeneutikk er konteksten en helt prekær rolle når vi skal fortolke datamaterialet. En dimensjon innen dette er også våre forventninger. I en forskningsprosess, men også i

hverdagen, så fortolker vi hele tiden uten at vi nødvendigvis er klar over det (Brottveit, 2018, s. 34).

Den hermeneutiske fortolkningsprosessen vil inneholde tre ulike stadier. Forståelse, utlegning (tolkning) og anvendelse. Disse tre stadiene vil stå i et gjensidig forhold til hverandre.

I denne sammenhengen har jeg først uttrykt min forståelse av den deltakende observasjonen med klient og terapeut. Dernest har jeg formulert en ny tekst på bakgrunn av dette, der jeg har forsøkt å formidle meningsinnholdet i terapien på en ny og annerledes måte. På bakgrunn av meningsinnholdet har jeg i det siste stadiet presentert ny kunnskap og innsikter basert på de funnene som er blitt gjort (Brottveit, 2018, s. 34).

På bakgrunn av dette har jeg benyttet meg av en fortolkningsbasert tilnærming til å analysere empirien som har blitt observert i møte med terapeut og pasient. Innen samfunnsforskning vil man med en slik tilnærming erkjenne at forståelsen av virkeligheten bare kan kartlegges ved at forskeren setter seg inn i hvordan mennesker fortolker og legger mening i spesielle sosiale fenomener (Jacobsen, 2022, s. 31).

Det er verdt å nevne at under prosessen med å analysere funnene i denne avhandlingen, har jeg levd med en erkjennelse om at egne, subjektive erfaringer knyttet til å delta i observasjonen kan være med på å fargelegge hvordan materialet har blitt fortolket. Det har også vært viktig å studere det dynamiske og unike ved det som skjedde i det sosiale samspillet mellom terapeut og pasient. Derfor har det vært viktig med en *induktiv* tilnærming til dataene, der jeg har analysert dataene med et åpent sinn, som dermed har dannet grunnlag for ny teori (Jacobsen, 2022, s. 31).

Jeg har i sammenheng med bearbeiding av dataene lagt vekt på det *holistiske*. I det jeg bearbeidet materialet som ble innsamlet, har det vært viktig med en tilnærming der jeg har fortolket hvordan menneskene som har vært involvert i denne evalueringen har fungert og opptrådd mens jeg har deltatt i observasjonen. I denne sammenhengen har terapien ikke fungert i kunstige omgivelser, eksempelvis i et laboratorium, men heller på en organisk måte. Min oppgave har etter eget synspunkt vært å utforske det komplekse samspillet mellom disse menneskene.

Jeg har erkjent at det har vært viktig å utvise en slags *nærhet* til den empirien som er innsamlet. Under datainnsamlingen har det vært vanskelig å ikke påvirke empirien, da undertegnede mest sannsynlig kan ha påvirket terapiforløpet i det jeg deltok i observasjonen. Det har også vært viktig å sette seg inn i forskningsobjektens livssituasjon, for å empatisk fortolke hvordan menneskene jeg observerte hadde det i terapitimen.

*Tekster og ord* har også vært viktige i fortolkningen av forskningsobjektene. For å få en virkelighetsforståelse av det sosiale fenomene jeg observerte, er det viktig å faktisk observere hva menneskene gjorde og sa. Gjennom en slik åpen tilnærming i deltakende

observasjon, har jeg etterstrebet å finne ut hvordan menneskene jeg observerte opplevde virkeligheten (Jacobsen, 2022, s. 32).

#### 4.6 Refleksivitet

Det ble viktig med en stor grad av refleksivitet under prosjektets gang. Refleksivitet omhandler å stille flere åpne spørsmål til seg selv. Jeg har utarbeidet meg en liste over spørsmål jeg har stilt meg selv under denne forskningsprosessen, etter en mal som er foreslått innen litteratur om refleksivitet i arbeidet med samfunnsforskning (Jacobsen, 2022, s. 43).

For det første har jeg stilt spørsmål om *hvem jeg er, og hva det betyr i denne forskningen*. I denne sammenhengen har dette omhandlet hvilke oppfatninger, meninger og fordommer jeg har tatt med meg i forskningen og skjevhetene som dette kan lede til i resultatene. I denne sammenhengen kan jeg nevne at jeg som musikkterapistudent sannsynligvis har tatt med meg en positiv holdning til både musikkterapi, men også til reminisensarbeid, i denne prosessen basert på forkunnskaper jeg har tilegnet meg gjennom forelesninger og pensum.

Det har også vært viktig å stille spørsmålet til meg selv, om *hvorfor og hvordan jeg er involvert i denne forskningen*. I denne sammenhengen har jeg hatt en egeninteresse om å levere en avhandling knyttet til et tema som har engasjert meg. I tillegg har jeg utformet prosjektet i samarbeid med musikkterapeuter i kommunen hvor applikasjonen Mundu utprøves, som sannsynligvis har interesse av å vite hvilken effekt Mundu kan tilby deres pasienter.

Det er viktig å være ærlig på at jeg har blitt forespurt av disse musikkterapeutene å gjennomføre denne evalueringen som del av mitt masterprosjekt. Dette med tanke på å utvise refleksivitet og forståelse for at det kan være interesser inne i bildet fra fagmiljøets hold.

Samtidig har det vært viktig å stille spørsmål om *hva jeg har valgt vekk* i denne evalueringen. I denne sammenhengen har jeg lagt vekt på å lage et utsnitt av virkeligheten som er basert på det jeg opplevde i øyeblikket under den deltagende observasjonen, men også på grunnlag av kontekst, som jeg vil bevege meg innom i funn- og resultatdelen.

Til sist har det vært viktig å utvise sensitivitet til hvordan jeg vil påvirke de jeg har undersøkt, og hvordan min forskning kan påvirke de som leser den. Jeg har tatt sikte på å fremstille funnene på en logisk måte, slik at leseren kan få innsikt i hva som skjedde under deltagende observasjon og hvilke funn som ble gjort under intervjuet med musikkterapeuten. Jeg vil også gjøre rede for mine tanker rundt hvordan jeg som forsker har påvirket de ulike forskningsobjektene i arbeid med dette prosjektet.



Både før og etter jeg var deltakende observatør i musikkterapitimene, anså jeg det som viktig å tenke grundig gjennom hvordan jeg selv kunne virke inn i musikkterapien, både på en positiv og negativ måte. Samtidig ble refleksjon om hvordan observasjonene kunne påvirkes i kraft av det enkle faktum at jeg var til stede i musikkterapien elementært.

Det var i denne sammenhengen viktig å tenke over at jeg som en utenforstående forsker, sannsynligvis ikke ville gli inn i miljøet på en naturlig måte. Noe av den naturlige dynamikken som skjer mellom pasient og terapeut i en terapitime ville mest sannsynlig endre seg, med tanke på at jeg som forsker og utenforstående var til stede i terapien (Malterud, 2017, s. 152).

Da jeg som forsker drev datainnsamling gjennom deltakende observasjon i et miljø jeg allerede hadde litt kunnskap om, var det også mye kunnskap jeg kunne ende opp med å ta for gitt. Dette kunne eksempelvis resultere i det vi kaller for *feltblindhet*. Hvis jeg ikke hadde utviklet bevissthet rundt dette ville det sannsynligvis ha medført at jeg kun ville se det jeg hadde lyst til å se (Malterud, 2017, s. 155). Det ble derfor viktig å tenke over hvilke eventuelle forutinntattheter jeg hadde knyttet til musikkterapi i eldreomsorgen, før timen med deltakende observasjon.

En metode som er utviklet for evaluering av kvalitativ forskning er EPICURE. EPICURE kan forstås som et akronym som omhandler syv ulike temaer. Agendaen til dette akronymet inneholder to ulike dimensjoner: EPIC og CURE, der Critique (som inneholder selvkritikk og sosial kritikk) blir til det overlappende punktet (Stige, 2010).

*Engagement* (engasjement) viser til at forskeren viser engasjement til et fenomen eller en bestemt situasjon. I denne sammenhengen vil jeg hevde at musikkterapi i kontekst av demensomsorg er noe som engasjerer meg, både personlig og faglig.

*Processing* (prosessering) viser til hvordan forskeren prosesserer empirisk informasjon. Det vil i denne sammenhengen vise til hvordan jeg har valgt å innhente datamateriale og blitt kjent med dette materialet. I tillegg vil det handle om hvordan jeg som menneske leste situasjonene som oppstod i den deltakende observasjonen.

*Interpretation* (fortolkning) viser til hvordan forskeren fortolker de ulike skildringene. I sammenhengen med prosesseringen av den empiriske informasjonen, vil jeg henvise til valg av metode knyttet til empirien som er innsamlet til denne avhandlingen. For det første, tematisk analyse knyttet til å analysere intervjuene, for så å ha en hermeneutisk fortolkningsprosess knyttet til den deltakende observasjonen.

*Critique, usefulness, relevance* og *ethics* (kritikk, anvendbarhet, relevans og etisk tenking) er viktig når en presenterer forskningen til aktører i samfunnet, slik jeg har forstått det. Kritikken har for meg omhandlet om å reflektere om meg selv og egne forkunnskaper og fordommer knyttet til musikkterapi innen eldreomsorg.

#### 4.7 Følgeforskning

I begynnelsen av prosjektet så jeg for meg at jeg ville befinne meg i et skjæringspunkt mellom det som betegnes som *følgeforskning* og *aksjonsforskning*. En kan betegne evaluering i følgeforskning som en systematisk innsamling av data for å beskrive og analysere virkningen av et forsøk på å skape forandring innen et gitt område, eksempelvis i helsefaglig sammenheng. Følgeforskning er en “formativ, dialogbasert prosessanalyse”. En viktig faktor innen følgeforskning er å skape en god og konstruktiv samtale mellom forskjellige interesser og fagmiljøer i det tiltaket eller programmet som skal settes i gang (Lindøe et al., 2002, s 193).

Det er vesentlige forskjeller, men også likheter mellom følgeforskning og aksjonsforskning. I følgeforskning vil forskeren holde seg på sidelinjen med tanke på planlegging og gjennomføring av tiltakene som skal settes i gang. I aksjonsforskning vil forskeren ta en stor del av planleggingen og gjennomføringen av det tilbudet som skal evalueres. (Lindøe et al., s. 193)

Jeg vil gjøre rede for de ulike prosessene som har skjedd under denne forskningen. For det første har jeg vært deltakende og samarbeidet med institusjon, musikkterapeut og Mundu om de praktiske rammene for dette masterprosjektet. Eksempelvis ved å legge til rette for intervjuer og deltakende observasjon. Jeg har også forsøkt å plassere meg i en rolle som kritisk observatør til prosjektet.

Intervensjonsprosessen i følgeforskning kan deles inn i ulike faser som handler om forskjellige typer aktiviteter (Lindøe et al., 2002, s. 199). Den første fasen handler om planlegging av tiltaket som skal iverksettes. I denne sammenhengen har selve tiltaket, en prosjektstilling i musikkterapi der man tester ut virkningen til appen Mundu, vært definert og planlagt av institusjonen og musikkterapeut.

Når jeg har evaluert dette tiltaket ved bruk av følgeforskning har jeg arbeidet sammen med veileder og musikkterapeuter i kommunen for å få dette forskningsprosjektet til, men jeg har ikke vært med på å planlegge rammene rundt prosjektstillingen og den musikkterapeutiske intervensjonen. På en annen side har jeg hatt ansvar for forskningsdesignet selv.

De neste fasene omhandler iverksetting av tiltakene som er planlagt. I denne sammenhengen intervju og deltakende observasjon. Her har jeg ikke nødvendigvis forholdt meg passivt til gjennomføring av tiltakene i forskningsprosessen, da jeg som student har hatt ansvar for å være i dialog med aktørene for å få til evalueringen.

Jeg har som evaluator vært aktiv med tanke på å legge til rette for realiseringen av følgeforskningen. Jeg har vært bevisst på at når jeg har vært med i dialog med aktørene og

stilt relevante spørsmål til prosjektstillingen og Mundu, kan jeg på mange måter ha påvirket aktørene bare i kraft av å være en del av kommunikasjonsprosessen jeg har vært del av.

Jeg utviklet også en bevissthet om at min oppgave i dette prosjektet var å bidra til å skape rom for å lære av erfaringene i prosjektet. Funnene i denne masteravhandlingen kan bidra til å skape en "feedback-sløyfe" der resultatene kan vurderes mot målene som er satt i prosjektet. Hvis det skulle oppdages eventuelle avvik i prosjektets gang, eller hvis eventuelle avvik kommer frem i evalueringen kan aktørene bruke erfaringene til å korrigere dette gjennom funnene i denne avhandlingen (Lindøe et al., 2002, s. 199).

## 5. Resultatdel

### 5.1 Et møte med daglig leder i Mundu AS

Under forskningsprosessen ble det avholdt et møte med daglig leder i Mundu, som informerte om hvordan bedriften har gått frem med tanke på å samarbeide med både helsepersonell og musikkterapeuter i utformingen av denne applikasjonen. Det fremkom også informasjon om hvilke planer Mundu har med tanke på å navigere seg markedsmessig innenfor helse- og omsorgssektoren.

Mundu er utviklet av tre gründere innen teknologibransjen som har skapt applikasjoner tilknyttet musikkteknologi siden 2014. Som følge av at utviklerne skapte en applikasjon for aspirerende DJ-er ble Mundu koblet opp med NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus. Ideen var å skape en applikasjon som kunne være til hjelp i arbeidet med pasienter som lever med demens.

NKS Olaviken opplevde at pasientene ble innlagt på institusjon i en begrenset tidsperiode. En av behandlingsmetodene som fungerte bra under pasientenes opphold var musikkterapi. Med tid kunne den positive effekten som musikkterapi hadde opphøre. Sannsynligvis var en av årsakene at pasienten ikke fikk tilbud om musikkterapi utenfor institusjon.

Mundu ble derfor spurt om de kunne skape en applikasjon for iPad og Android som kunne være til hjelp i musikkterapi. Der både pasient, helsearbeidere og pårørende kan legge inn bilder og musikk som har vært viktig i livet til pasienten. Tanken er at denne informasjonen kan benyttes av pasient, behandlere og pårørende som del av behandlingstilbudet. Samtidig kan Mundu brukes til oppfølging av pasient når pasienten er skrevet ut.

Mundu AS har ifølge dem selv utviklet en applikasjon som skal kunne bli benyttet av både musikkterapeuter, helsepersonell, pårørende og pasienter tilknyttet et behandlingstilbud. Dette kan eksempelvis, mer eller mindre intensjonelt, være i tråd med målsettinger som offentlige myndigheter har tilknyttet brukergrensesnitt i velferdsteknologi.

Brukerne av velferdsteknologi skal kunne forholde seg til standardiserte, intuitive brukergrensesnitt som gjør det enklest mulig for brukeren å kunne håndtere velferdsteknologien. I kontekst av all velferdsteknologi er det slik at hvis brukergrensesnittet og funksjonene er standardiserte, reduserer dette muligheten for at velferdsteknologien blir brukt på feil måte. (Helsedirektoratet, 2012, s. 46)

## 5.2 Hvilke muligheter vil en slik applikasjon kunne tilby?

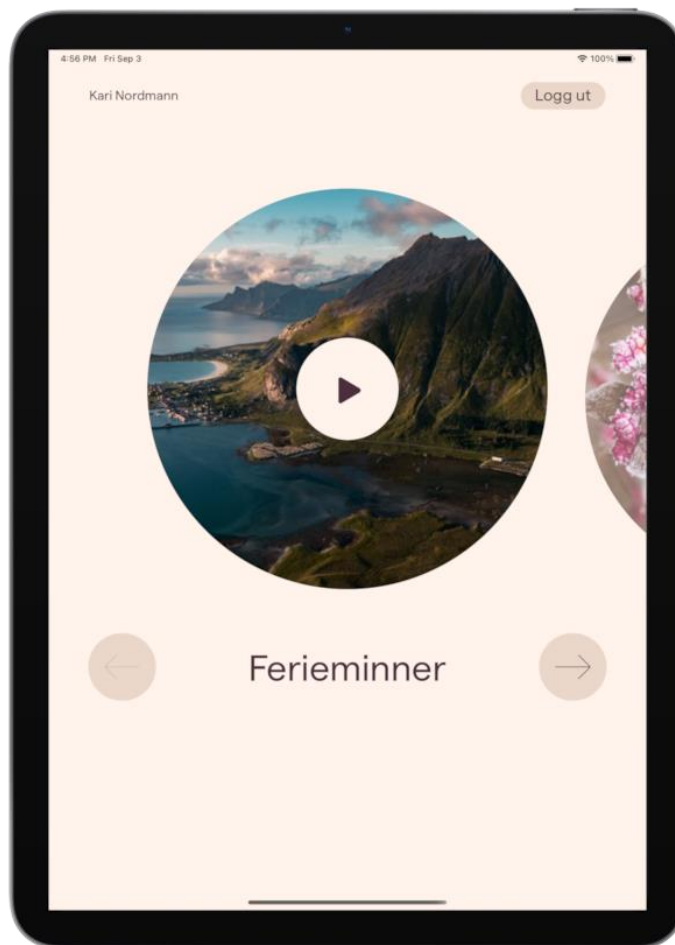
Per nå er det kun 30-40 musikkterapeuter som jobber innenfor eldrehelse i Norge. I henhold til Mundu vil det være et begrenset marked for en slik type applikasjon hvis appen kun skal brukes til musikkterapi. Det blir et mye større marked om appen kan benyttes både av musikkterapeuter, men også andre helsearbeidere som verktøy i et mangfoldig behandlingstilbud. Mundu har som intensjon at dette ikke skal være en ren "musikkterapi-app", men brukes av forskjellige behandlere innenfor ulike sektorer i helsevesenet.

Mundu erkjenner også at en del helsepersonell kan ha begrenset kunnskap om bruken av digital teknologi, eksempelvis nettbrett eller personlige datamaskiner som del av behandlingstilbudet til en pasient. Spesielt med tanke på dagligdagse gjøremål som å sende e-poster rundt til pleiepersonell. Det kan også foreligge generasjonsforskjeller med tanke på teknisk kompetanse blant pleiepersonell.

## 5.3 Hvordan ser applikasjonen ut?

Mundu består på den ene siden av en webklient for nettleser. En har også en egen app for Android eller iOS. I webklienten kan helsepersonellet som jobber tett på pasienten og de pårørende få tilgang til bilder fra pasientens liv og skaffe tilgang til musikk basert på pasientens musikkpreferanser.

På denne måten kan helsepersonellet invitere de pårørende til medvirkning med tanke på å sende inn bilder og sangforslag. Eksempelvis kan de pårørende ta bilde av fysiske bilder i fotoalbum med eksempelvis mobilen eller et nettbrett, og sende disse bildene inn i skyen. Et bildeeksempel på hvordan applikasjonen ser ut når man har logget seg inn er lagt ved under.



Figur 1. Nettbrett som viser pasientprofil. Fra «Ipad\_air», av Mundu, 2022 (<https://www.mundu.no>).

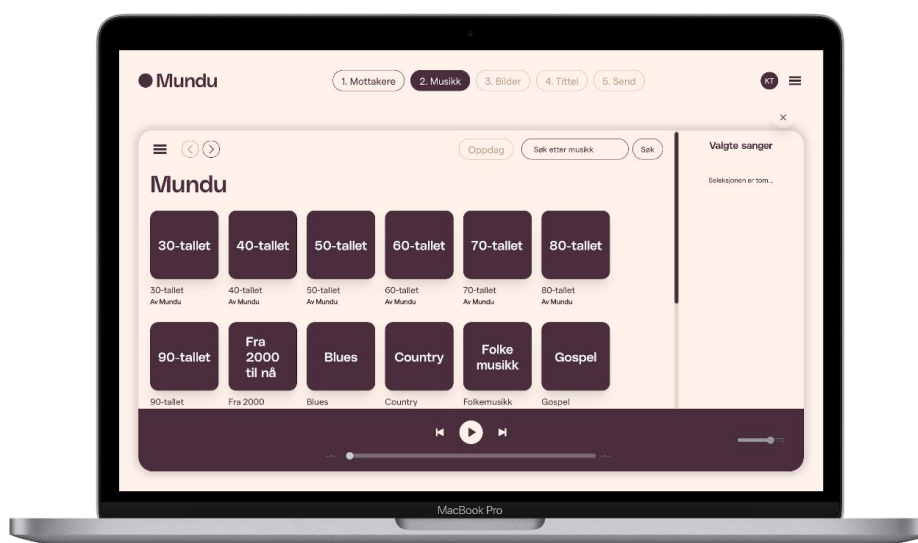
#### 5.4 Personvern

Mundu sier de har utarbeidet en personvernsoppklaring med tanke på datasikkerhet. Tanken er at det er helt nødvendig med to-faktorautensiering for å kunne logge seg inn og bruke applikasjonen. Applikasjonen skal ikke kunne brukes til å skrive pasientjournaler. Helsepersonellet kan velge å kun legge inn fornavnet på personen, eller skape egne koder for hvem som er hvem. Personvernserklæringene skal, ifølge Mundu, være utarbeidet i samarbeid med et advokatfirma som spesialiserer seg innenfor dette feltet.

Min kommentar til dette er at det virker som at det har blitt lagt vekt på datasikkerhet fra Mundu AS sin side, noe som er i tråd med offentlige myndigheters anbefalinger. Velferdsteknologi må være sikkert, både med tanke på pasient/brukerperspektivet men også fra et systemperspektiv. (Helsedirektoratet, 2012, s. 47)

## 5.5 Lisenser tilknyttet distribusjon av musikk

Mundu informerer om at de har 68 millioner lisensierte låter i et musikkbibliotek, både fra store og små plateselskap. Tanken er at når man går inn i webklienten skal det være som å gå inn på en strømmetjeneste tilsvarende Spotify eller Tidal. Stilbilde av denne strømmetjenesten ønsker jeg å legge ved i denne avhandlingen.



Figur 2. Mac som viser strømmetjeneste. Fra «macbook», av Mundu, 2022 (<https://www.mundu.no>).

## 5.6 Designprosessen

Mundu hevder at de har designet denne appen fra bunnen av. Det skal ikke ha vært eksterne inspirasjonskilder til denne appen under dens utvikling. Den skal være skapt med et brukergrensesnitt som er enkelt å forstå for både den teknologisk vante, men også de som ikke er vokst opp i den digitale tidsalderen. Brukergrensesnittet er altså designet med behovet til brukeren i sentrum.

Mundu hevder at de ser muligheter når de vet at helserelevante hjelpemidler blir mer og mer digitalisert. Det foreligger gode muligheter nå til å skape enkle brukergrensesnitt tilpasset eldre pasienter. En annen mulighet er tilknyttet velferdsteknologi som skaper rom for at pasienten kan ta mer kontroll over egen hverdag.

## 5.7 Musikkterapeutens erfaringer – fra musikkterapeutens perspektiv

Musikkterapeuten har lang arbeidserfaring innen eldreomsorg. Hun ble selv vitne til musikkens effekt i demensomsorg da hun arbeidet som pleieassistent ved et sykehjem, noe som var en viktig årsak til at hun søkte på musikkterapistudiet og senere ble musikkterapeut ved dette sykehjemmet.

«Den første jobben jeg fikk var på sykehjem. I en krok på sykehjemmet var det plassert et piano og noen sangbøker. I de øyeblikkene jeg fikk tid satte jeg meg ned og spilte piano med pasientene. Jeg følte at det var en viss effekt i dette. Flere av pasientene ble med å synge, eller satte seg ned for å lytte til musikken. Jeg følte at de våknet mer til.»

Musikkterapeut hevdet at musikken kunne føre til meningsfylte samtaler med pasientene som var rammet av demens. Å starte eller holde samtaler med de eldre uten at musikken var til stede kunne være mer utfordrende.

## 5.8 Forståelsen av Mundu

Musikkterapeuten uttrykker at Mundu er en ny applikasjon under utvikling. Prosjektstillingen er del av et pilotprosjekt som tidligere har vært prøvd ut på andre sykehjem. Hun antar derfor at Mundu trenger et bredere erfaringsgrunnlag. Prosjektstillingen er ment som en ny runde med utprøving av appens virkning innen terapitilbudet for eldre.

Musikkterapeuten sier at appen burde bli et tilskudd både for musikkterapeuter og helsearbeidere. Egentlig er tanken at musikkterapeuter skal kunne bruke denne appen som del av tilbudet innen demensomsorg. Applikasjonen blir beskrevet som en plattform der pårørende og familie sender inn bilder fra pasientens liv. Fra barndom, ungdomstid eller senere år.

Hennes jobb er å kartlegge hvilke musikkpreferanser hver enkelt pasient har gjennom musikkterapitimer og samtaler med pårørende, helsepersonell og pasienter. Det er svært viktig med musikk som pasienten føler tilhørighet til. Musikkens innvirkning på pasientens tilværelse blir også beskrevet som en viktig faktor.

## 5.9 Hvordan blir applikasjonen brukt?

Musikkterapeut får tilsendt bilder fra pårørende. Deretter kan musikkterapeuten legge til musikk fra applikasjonens strømmetjeneste og redigere rekkefølgen på bildene, samt hvilke av disse som passer til musikken som spilles av i appen. Samvirket mellom bruken av musikk og bilder er viktig i denne sammenhengen.

Musikkterapeuten kan få tillatelse fra pårørende til å ta bilder fra fotoalbum som er på rommene til de eldre, samt bilder som henger på veggene, og legge de inn på appen. Det er også slik at noen eldre ikke har så mange bilder fra sitt tidligere liv tilgjengelig. Da har musikkterapeut brukt bilder som er basert på pasientens interesser.

I samarbeid med utvikler har musikkterapeuten gjort det slik at musikkterapeut kan være stedfortreder for pårørende med tanke på innsamling av bilder til appen, med tanke på at i mange tilfeller kan det være vanskelig å få pårørende på banen med å sende inn bilder og lignende. Et eksempel på hvordan dette ser ut fra musikkterapeutens perspektiv er vedlagt som bilde under.



Figur 3. Telefon som viser opplastningsside. Fra «iphone12mini», av Mundu, 2022 (<https://www.mundu.no>).

### 5.10 Endringer i appens funksjoner

Funksjonene i appen har endret seg veldig siden begynnelsen av prosjektperioden. Slik det er nå har appen en tredelt funksjon. Nå er det slik at enten pårørende eller musikkterapeut får en konto, som kan brukes til å legge inn bilder med. Musikkterapeut har en egen konto



som brukes til å redigere videoer eller bilder. Dette kan også beskrives som en slags «redaktør»-konto. Pasientene har en konto der det ligger ferdiglagede videoer.

### **5.11 Kommunikasjon mellom musikkterapeut og apputviklere**

Musikkterapeut har gitt tilbakemeldinger til utviklere hvis applikasjonen ikke har fungert som den skal. Det har vært noen komplikasjoner under prosjektperioden, eksempelvis øyeblikk der det ikke har fungert å sende videoene, eller at hun ikke har kunnet åpne eller spille av videoene som følger av feil i applikasjonen. Hun hevder at Mundu har utviklet seg til å bli en ganske bra applikasjon som fungerer relativt plettfritt, men at det fortsatt er funksjoner som kan forbedres.

Musikkterapeuten opplyser om at det under koronasituasjonen har vært noen utfordringer knyttet til samarbeid med applikasjonsutviklerne, da gjerne med tanke på å gi tilbakemeldinger og få problemer fikset. Dette kan ha vært grunnet sykdom og pandemirelaterte årsaker.

Hun sier samtidig at hun er svært fornøyd med arbeidet Mundu har gjort med tanke på feilsøking i appen. Hvis det har vært noe galt med funksjonene i appen, så har hun kun trengt å informere om dette og hvilken brukerkonto det har angått.

### **5.13 Personvern i appen**

Musikkterapeut sier hun administrerer og distribuerer materialet som er innhentet, i form av bilder og musikkpreferanser i appen, kun til den brukeren det gjelder. Musikkterapeut har hatt kontakt med pårørende og har sendt epost, tatt kontakt via telefon og delt ut infoskriv for å tillatelse til å samle inn bildene som brukes i applikasjonen.

### **5.14 Prosjektets oppstart**

I begynnelsen av prosjektet var det uklart når applikasjonen skulle ferdigstilles. Applikasjonen skulle være klar da musikkterapeut trådte inn i sin stilling, men det tok en del tid før den var klar.

Applikasjonen var egentlig ikke klar før i oktober 2021. Musikkterapeut forteller at da appen var klargjort, var den veldig annerledes enn det musikkterapeut hadde sett for seg. Den var blant annet mye enklere å ta i bruk enn først antydte. Den største utfordringen i denne sammenhengen var å få materiale sendt fra pårørende. I tillegg var en annen utfordring å stifte bekjentskap med pasientene og skape den tryggheten som trengtes i musikkterapien.

### 5.15 Pasientenes skepsis

Musikkterapeut hevder at mange av pasientene kunne være skeptisk til musikkterapi i begynnelsen, så hun måtte i begynnelsen jobbe med å få pasientene med. En årsak til dette var at pasientene ikke selv visste noe om musikkterapi og dets effekter. Men etter hvert klarte musikkterapeut å bygge opp tillitt gjennom faste avtaler med pasienter og pleiepersonell om musikkterapitimer.

### 5.16 Hvordan musikkterapeut ble mottatt av ansatte

Musikkterapeut sier hun har blitt veldig godt mottatt av de ansatte på institusjonen. De ansatte har vært veldig positive både til henne, bruk av musikk i eldreomsorg og til musikkterapien som helhet. Sjefen har vist musikkterapeut stor tillitt, og samtidig gitt henne mye spillerom til å utforme stillingen basert på musikkterapeutens egne visjoner.

### 5.17 Emosjonell utløsning

Pårørende har gitt gode tilbakemeldinger med tanke på applikasjonen. De har vært positive og har generelt sagt at applikasjonen er et fint tilskudd i behandlingstilbudet. De pårørende har sett at noe har skjedd med pasientene, i det pasientene har benyttet seg av applikasjonen.

Musikkterapeut sier selv at mange av pasientene kan oppleve en slags form for «emosjonell utløsning» når de ser på videoene. Noen kan oppleve å bli rørt. Det er ikke alltid man får utløp for slike følelser i hverdagen på sykehjemmet. Det kan også være smil og latter. Enkelte av pasientene med demens kan oppleve å umiddelbart kjenne igjen stedene eller ansiktene som de ser inne på applikasjonen.

### 5.18 Opplevelsen av å jobbe som musikkterapeut

Musikkterapeut tenker det er veldig kjekt å jobbe med musikk og være interaktiv med pasientene. Da musikkterapeut jobbet som pleieassistent var det ikke nødvendigvis så god tid til å sette seg ned og ha gode samtaler med pasientene. Nå får musikkterapeuten muligheten til å bli ordentlig kjent med pasientene og innblikk i deres tidligere liv, virke og relasjoner.

### 5.19 Opplevelsen av å jobbe med musikkterapi og Mundu

Musikkterapeut sier det har vært veldig spennende med Mundu- appen. Det er helt nytt for henne. Samtidig er det en ny måte å jobbe på i musikkterapifeltet. Det har samtidig vært en del arbeidsbelastning i prosjektstillingen og mye prøving og feiling.

Hun erkjenner at hun kanskje har hatt litt for mange pasienter med tanke på hvor stor stillingsprosenten er, og at hun kanskje undervurderte hvor mye arbeid det egentlig ligger i å være musikkterapeut på en institusjon.

Det kunne også være tungt å tre inn i stillingen som musikkterapeut, med tanke på at en musikkterapeut må øve inn låtene som skal spilles med de eldre, finne frem mange ulike sanger, aktiviteter og verktøy som skal kunne brukes i musikkterapien.

De eldre kan også bære mye med seg fra det livet som har vært. Som for eksempel ulike livshistorier, ulik sykdomshistorikk og ikke minst livet med demens. Noen har ikke språk eller mangler evne til å vise emosjoner gjennom ansiktsuttrykk, noe som gjør pasientene vanskeligere å tolke.

### 5.20 Bruk av musikk og samtale for å berolige pasientene

I mange tilfeller har terapeuten opplevd en slags tung atmosfære i arbeid med sine pasienter. Hun har ofte vært den som tar initiativ i en samtale med pasientene. Terapeuten er den som driver musikken i musikkterapitimen, tilpasser øktene etter pasientens behov og holder energien i rommet oppe. Dette kan beskrives som å måtte "synges og spille for to".

Noen pasienter har levd med mye angst, og har hatt tendens til å stille samme spørsmål til terapeuten gjentatte ganger. Musikken har ikke vært det eneste verktøyet som har blitt brukt i musikkterapien for å møte dette. Hun har også beroliget pasientene ved bruk av samtaler både før og etter timene. Hun tenker det har vært greit med en kombinasjon av både musikk og terapeutiske virkemidler.

Musikkterapeuten hevder hun har vært intuitiv med tanke på å bruke samtaler i musikk. Hun har prøvd å vike unna visse samtaleemner med pasientene. Det har vært en klar fordel å starte samtaler om enkle og overfladiske ting. Eksempelvis å prate om konkrete ting som været, mat, middag og innredningen på rommet. Hvis musikkterapeut har merket at pasientene ble mer åpne og ønsket å snakke, har hun latt det være opp til pasienten å danne grunnlag for samtaleemnet.

Musikkterapeut sier det har vært utfordrende å ha muntlige samtaler med pasienter som lever med demens. Erfaringene knyttet til å ha samtaler med mennesker som lever med demens har vært viktig for henne. Hun har funnet ut hva som fungerer, og hva som ikke har fungert så bra i samtale med de ulike menneskene.

Hun har erfart at pasientene har begynt å snakke mer om deres familierelasjoner til henne, da bilder av familien har blitt vist på Mundu- applikasjonen. Bildene som er lagt inn i applikasjonen Mundu er dermed med på å skape en større nærhet i musikkterapien.

### **5.21 Mundu som springbrett for danning av nye relasjoner**

Mundu- appen hjelper ifølge musikkterapeut med tanke på å bli kjent med pasienten. Gjennom bruk av denne applikasjonen har hun også kommet i kontakt med pasientenes pårørende og har fått noe innblikk deres familierelasjoner. Musikkterapeuten gjennom denne kontakten følt at hun kommer nærmere inn på pasientene. Hun har fått muligheten til å se deres liv på en annen måte, enn hvis pasientene kun hadde fortalt om sine liv.

### **5.22 Mundu som avlastning fra ren musisering**

Musikkterapeuten har tenkt at en av de positive aspektene ved Mundu, er at Mundu har fungert som en avlastning fra å kun spille og synge, da det kunne være energikrevende for henne å spille og synge hele dagen for pasientene.

### **5.23 Presentasjon av Case - "Amanda"**

«Amanda» er en eldre kvinne som er innlagt på langtidsavdeling ved et sykehjem. Hun lever med en langtkommet demenssykdom. Hun har på grunn av denne sykdommen svært begrenset evne til å kunne bevege på seg. Evnen til å snakke har med tiden blitt borte. Nå sitter Amanda i rullestol og er avhengig av pleie.

Kvinnen får fast tilbud om musikkterapi ved institusjonen. Hun får også tilbud om bruk av applikasjonen Mundu knyttet til musikkterapitimene. Amanda har en egen profil på applikasjonen hvor hennes musikkterapeut har lagt inn rikelig med bilder, videoer og sanger fra Amandas liv. I sammenheng med bruk av applikasjonen har musikkterapeuten utviklet et samarbeid med Amandas pårørende, der de pårørende sender inn bilder som blir lagt inn i applikasjonen.

Amanda har en stor familie rundt seg. Med seg i livet har hun både barn og barnebarn. Hun har hatt en ektemann, men er nå enke. Amanda har med alderen og utviklingen av demens opplevd en gradvis rolleomveltning. Fra å være en omsorgsperson i voksen alder, til å bli pleietrengende i nyere tid.

### 5.23.1 Møte med pasient på avdeling

Informasjonsskriv ble utdelt og signert i forkant av terapiøkten av pasientens verger, slik at det formelle var på plass i forkant av terapiøkten. Undertegnede og musikkterapeuten på institusjonen avtalte med pleiepersonellet på avdelingen om å avholde en musikkterapitime med deltagende observasjon.

Vi møter pasienten i fellesarealet på hennes avdeling, der musikkterapeut introduserer oss og informerer Amanda om at undertegnede skal bli med på en musikkterapitime.

Musikkterapeut følger pasient inn på rommet sitt, mens undertegnede triller inn musikkterapeutens tralle med diverse instrumenter og utstyr som skal brukes i terapien.

### 5.23.2 Terapien starter

Vi kommer inn til Amandas rom. Rommet er innredet med møbler som ikke er utypisk det man ser på et sykehjem. Et par kommunale stoler, spisebord og sengebord. Pasientens seng og noe medisinsk utstyr. På veggene er det hengt opp bilder av mennesker som står Amanda nær. Noen av bildene er fra de eldre dager.

Musikkterapeut triller pasienten på plass ved hennes nattbord med ansiktet vendt mot terapeut og student. Undertegnede legger merke til at pasienten følger godt med på både meg og terapeut.

«La oss ta et par sanger som du kjenner, så kan vi se på noen videoer etterpå!», sier musikkterapeuten med en vennlig og hevet stemme. Hun henter gitaren og spør om Amanda ønsker å høre «Det som skjer det skjer» av Nora Brockstedt. Musikkterapeut spiller denne sangen, mens undertegnede korer litt enkelt på låten.

«Ja, den er fin! Den kjenner du, ikke sant?» sier musikkterapeut i det vi er ferdig med sangen. Amanda ser tilbake på henne. Undertegnede legger merke til at det er en litt tung og ansent stemning i rommet. Musikkterapeut leter frem en ny sang i sangheftet, denne gangen Rose Garden som originalt er skrevet av Joe South. Amanda fortsetter å følge med i det vi spiller og synger videre.

### 5.23.3 Bruk av applikasjonen Mundu

«Skal vi se på noen videoer i dag, Amanda?» sier musikkterapeut mens hun tar frem en iPad. På denne iPaden er appen Mundu installert. Musikkterapeut setter iPaden på et notestativ foran Amanda, og viser samtidig frem hvordan appen blir brukt til undertegnede i det hun logger seg inn og finner frem pasientens profil.

«Disse bildene har din datter sendt inn til oss. Ser du nå, Amanda?»

Musikkterapeut spiller av en video. I videoen hører vi lydsporet «Hva var vel livet uten deg?» av Jens Book-Jensen som spilles av i bakgrunnen. Vi ser bilder av Amanda da hun var ung, hennes barn og ektemann. En seter og noen naturbilder. Undertegnede antar at dette er bilder av mennesker og steder som stod, eller fortsatt står Amanda nært.

Pusten til Amanda blir litt tyngre når hun ser disse bildene. Det er muligens noe som skjer i hennes tårekanaler. Musikkterapeut spør «Kjente du igjen bildene, Amanda?». Amanda fortsetter å feste blikket på iPaden.

Musikkterapeuten trykker seg inn på en ny film, med bilder av tilsvarende karakter. Naturbilder, bilder av Amanda i festlig lag både i ungdomsalder og pensjonsalder. Bilder av noen små barn. Det skjer noe med Amanda når hun ser på disse bildene. Pusten hennes blir tyngre. Blikket er festet på iPaden. Hun forsøker å strekke en hånd mot skjermen, men klarer ikke helt å løfte den frem.

Musikkterapeut spiller av to videoer til før iPaden blir lagt bort for dagen. Økten ble avsluttet med at terapeut og undertegnede fremførte «Ei helsing til gamlelandet mitt» av Johannes Kleppevik.

“Den kjenner du vel du igjen fra samlingsstundene”? Sier musikkterapeut i det vi takker Amanda for timen.

#### **5.24 Beskrivelse av musikkterapiøkten**

I dialog med ansatte og pårørende ble det tatt en avgjørelse om at undertegnede kunne avholde deltakende observasjon med pasient og musikkterapeut. Før musikkterapitimen ble det utdelt informasjonsskriv til verge med all relevant informasjon knyttet til prosjektet.

Musikkterapeut og student avtalte å møtes til et angitt tidspunkt på sykehjemmet. Da vi ankom avdelingen ble vi møtt av pleiepersonell og pasient i gangen, der pasient ble informert om at student skulle være med i dagens musikkterapi.

Musikkterapeut og undertegnede startet økten med å spille tre kjente låter for pasienten. Både undertegnede og terapeut var aktive i fremføring av låtene. Musikkterapeut sang og spilte gitar. Undertegnede spilte gitar og koret.

#### **5.25 En oversikt over bruk av applikasjonen Mundu med pasient**

Etter låt nummer tre tok musikkterapeut frem en iPad, som er kjøpt inn av institusjon som del av Mundu-prosjektet. Musikkterapeut åpnet Mundu for pasient og lastet inn pasientens profil, som inneholdt videosnutter med bilder fra pasientens liv. Pasient, undertegnede og musikkterapeut så på disse videoene sammen.

I denne sammenhengen har pårørende sendt inn bilder til musikkterapeut, samt gitt en oversikt over pasientens musikkpreferanser. Musikkterapeuten har lagt inn bilder, og lagt musikk inn i videosnuttene. Musikkterapeut har også sett litt på rekkefølgen på bildene, og tenkt seg frem til hvilke bilder som kunne passe til eksempelvis tekst og melodiføring i musikken.

### **5.26 Musikkterapeutens tidligere erfaringer knyttet til å jobbe med pasienten**

Selv om pasienten har store begrensinger med tanke på bevegelse, så har pasienten tidvis strukket seg frem eller rukket frem en hånd mot skjermen. Dette har skjedd mens musikkterapeut har vist videoene til henne.

I tillegg hevder musikkterapeut at det har vært stunder der pasienten har blitt rørt, som om bildene og musikken rører noe i pasienten. Musikkterapeut tenker at pasienten kan gjenkjenne mange av bildene, spesielt av pasientens avdøde ektemann. Når hun ser bilde av han, kan hun ha en tendens til å ta til tårene. Det har også musikkterapeut hørt fra mange av de pårørende, og det har også skjedd i mange av musikkterapeutens timer med pasienten.

Musikkterapeut sier selv at hun noen ganger prøver å styre unna sanger og videoer som kan ha en tendens til å røre pasienten litt for mye, selv om det kan være bra å kjenne på disse følelsene av og til. Samtidig tar musikkterapeuten noen bevisste valg rundt det å avslutte musikkterapiene med litt mer lystige sanger, gjerne for å sette en litt mer positiv stemning for resten av dagen.

### **5.27 Musikkterapeuts refleksjoner rundt musikkterapiøkten**

I dag tenkte musikkterapeut at pasient kanskje var litt mer innesluttet. Som regel er det ikke nødvendigvis mer mimikk og uttrykk, men hun er av og til mer smilende. Pasienten fulgte veldig med på terapeut og student, og på videoen fulgte hun med omtrent hele tiden.

Musikkterapeut og student la merke til at det var litt bevegelse i pasient når hun så på videoene. Og at hun begynte å puste litt tyngre, og det kan en ta som et tegn på at det skjer noe i pasienten.

Eller at det er et eller annet som pasienten gjenkjenner. Det kan være litt vanskelig å tolke i denne sammenhengen, for det kan enten virke som om pasienten enten er opprørt eller rørt. Det kan være litt vanskelig for musikkterapeut å si hvilke følelser som kan bli utløst. Det er til syvende og sist noe som våkner til liv i pasienten.

## 6. Diskusjon

I denne avhandlingen har jeg innhentet funn om flere ulike aspekter knyttet til implementeringen av applikasjonen Mundu.

For det første har jeg blitt kjent med musikkterapeutens synspunkter om å tre inn i stillingen. Jeg har også fått vite om hennes erfaringer knyttet til samarbeidet med både applikasjonsutviklerne i Mundu AS, ledelse og personale på institusjon og de pårørende.

For det andre har jeg fått innsikt i Mundu AS sine tanker rundt utviklingen og implementeringen av applikasjonen. Men kanskje aller viktigst, det relasjonelle arbeidet som musikkterapeuten har gjort i møte med "Amanda" og verdisettet bak dette.

### 6.1 Interesse og glede av å bruke Mundu som musikalsk kompetanse

Innen musikkterapi i kontekst av eldre helse tenker undertegnede det er viktig å betrakte de eldre som mennesker som har levd et langt og innholdsrikt liv. Gjennom et liv har et menneske opparbeidet seg musikalsk kompetanse, blant annet ved å bruke musikk i hverdagen.

Som jeg berørte i resultatdelen kan man tenke at Amanda har opparbeidet seg en grunnleggende kapasitet til å bruke musikk som en hverdagsaktivitet. Dette kan eksempelvis knyttes opp mot begrepet *protomusikalitet*, som omhandler at alle mennesker har en musikalsk kompetanse.

Det jeg ønsker å drøfte er hvordan man kan bruke Mundu som applikasjon som kan stimulere til at pasienten kan få tilgang til sine egne, musikalske kapasiteter. Mundu AS har som nevnt utformet applikasjonen basert på en tanke om at brukergrensesnittet skal være enkelt og tilpasset til bruk i demensomsorg.

Applikasjonen skal i prinsippet være mulig å bruke for en pasient som lever med kognitiv svikt. Case- eksempelet som jeg har gjort rede for i denne avhandlingen omhandler et menneske som i all hovedsak lever med sterkt nedsatte funksjonsevner, både fysisk og kognitivt. Applikasjonen har gjort det mulig for pasienten å få tilgang til både musikk og egne minner.

Samtidig er det verdt å bemerke at på grunn av pasientens nedsatte funksjonsevner, måtte musikkterapeuten tilgjengeliggjøre applikasjonen for pasienten. Musikkterapeuten anvendte sin kompetanse i å bruke applikasjonen og teknologien som er tilknyttet denne.



Musikkterapeuten la til rette for at Amanda fikk sett videoinnholdet, i form av at musikkterapeut åpnet, logget inn på applikasjonen og satte nettbrettet foran pasienten.

Samtidig kan vi si at pasienten var den som stilte med de musikalske ressursene, personlige egenskapene og ferdighetene som hun hadde tilgjengelig i øyeblikket. En ferdighet som pasienten hadde i denne sammenhengen, var evnen til å kunne danne seg erindringer om livet som har vært og de relasjonene som hun har dannet. Dette vil jeg forøke å knytte til det ressursorienterte perspektivet i musikkterapi.

Ressurs er både noe en person har. Eksempelvis personlige egenskaper og ferdigheter. Men en ressurs kan også være det et menneske har tilgang til gjennom eksempelvis sosiale nettverk, organisering av samfunnet og gjennom sin kultur. Ressursbegrepet kan i sammenheng med musikkterapi omfatte menneskets musikalske ressurser, som for eksempel musikalsk kompetanse, ferdigheter på ulike instrumenter, bruk av stemmen og tilgang til å benytte et- eller flere instrumenter (Rolvjord, 2007, s. 126).

I sammenheng med funnene i denne avhandlingen, kan vi etter alt å bedømme også omtale Amandas interesse og glede av å benytte seg av applikasjonen Mundu som en form for musikalsk kompetanse. Vi kan også anse evnen til å kunne få en emosjonell respons knyttet til bruk av applikasjonen som en ressurs pasienten har tilgjengelig.

Her vil jeg riktignok innvende at det ikke var så lett å se om pasienten viste følelser eller ikke. Pasienten lever med en tilstand som gjorde at både kroppsspråket og ansiktsuttrykkene ble utfordrende å tolke. Likevel vil jeg hevde at bruken av applikasjonen vakte følelser i Amanda. Årsaken til at jeg tør å hevde dette har sitt grunnlag i observasjonen der pasienten valgte å strekke seg mot skjermen under bruk av applikasjonen.

Betydningen av ressursorientert musikkterapi er at vi bruker musikken som kilde til livskvalitet og empowerment. Empowermentperspektivet blir som oftest brukt i musikkterapi innen psykisk helsevern, men jeg tenker det også er relevant innen demensomsorg. Med empowerment tar en sikte på å fokusere på pasientens ressurser og evne til medvirkning i det terapeutiske forløpet (Rolvjord, 2007, s. 127).

En av ressursene som musikkterapeuten har brukt i sammenheng med applikasjonen, er å gjennom samarbeid med pårørende å få oversikt over og benytte seg av den musikken som står pasienten nær. Jeg vil selv hevde at når pasienten har fått tilgang til sin egen preferansemusikk gjennom bruk av applikasjonen Mundu, så har pasienten fått tilgang til en av sine vitale ressurser. Og gjennom bruken av preferansemusikk innen musikkterapi i arbeid med Amanda har musikkterapeuten gjort et viktig arbeid knyttet til å bekrefte pasienten gjennom myndiggjøring av pasientens musikalske preferanser.

Jeg tenker at det er musikken som står pasienten nær, preferansemusikken, som er viktigst å bruke når man arbeider med å fremme empowerment for pasienten. Man kan understøtte denne tanken med forskning hvor det blir hevdet at preferansemusikk kan bidra til en

følelse av trygghet og velvære for en pasient (Van der Steen et al., 2018, s. 7). Jeg vil selv foreslå at trygghet og velvære kan være et viktig mål med tanke på å fremme empowerment hos en pasient.

Et viktig moment i musikkterapeutens arbeid med Amanda for å fremme empowerment, er å utvise sensitivitet knyttet til pasientens emosjonelle respons i terapien. Dette kom frem i intervjuet med musikkterapeuten, da musikkterapeuten fortalte om erfaringene knyttet til å arbeide med denne spesifikke pasienten og hvilke hensyn som tas i hennes terapitilbud. Enkelte bilder kunne i noen øyeblikk bli for sterke. Dermed har det vært viktig for musikkterapeuten å utvise evne til refleksjon rundt dette. Dette hensynet knyttet til pasientens følelser og emosjoner vil jeg hevde er å arbeide med empowerment i seg selv.

For å gi en liten oppsummering av dette avsnittet, så har musikkterapeuten benyttet seg av preferansemusikken til Amanda i hennes terapitilbud. Det er blitt benyttet en form for musikkterapi der hun har tatt utgangspunkt i pasientens musikalske kompetanse. Å kunne bruke og lytte til musikk er tenker jeg er en viktig kompetanse og ressurs pasienten har, som kan brukes som en styrke i musikkterapien.

Musikkterapeut har ved å ha gitt pasienten tilgang til en applikasjon som Mundu, gitt pasienten muligheten til å kunne benytte seg av musikk som et viktig tilskudd i hverdagen og sitt behandlingstilbud. Samtidig er det viktig å påpeke at på grunn av Amandas tilstand, så er musikkterapeuten den som har tatt kontroll i denne musikkterapitimen med tanke på bruk av applikasjonen Mundu. Dette er et moment i terapien som jeg ønsker å drøfte i neste avsnitt.

## 6.2 Internal og eksternal kontroll

I musikkterapeutens arbeid med Amanda viser jeg til at det var musikkterapeuten som tok styring og tilgjengeliggjorde applikasjonen for pasienten. Dette i form av hennes kompetanse med tanke på bruk av applikasjonen Mundu, innsamling av bildemateriale og videoredigering. Musikkterapeuten var i denne sammenhengen den som gjorde det praktiske som skulle til for å kunne benytte applikasjonen i denne terapiøkten, med den klare årsak at pasienten ikke hadde mulighet til dette som følger av nedsatte funksjonsevner og kognitiv svikt.

Når en pasient lever med demens og hukommelsessvikt, og som følger av dette mangler språk og bevegelighet, vil jeg hevde det er viktig å kunne utvise en sensitivitet for dette. I

det applikasjonen Mundu ble benyttet i denne terapien, var dette som følger av en form for eksternal kontroll som ble utvist av musikkterapeut, pårørende og på institusjonsnivå.

*Eksternal kontroll* vil i denne sammenhengen bety at en pasient gradvis mister kontroll over hverdagen og egen livssituasjon, da det er ytre krefter som tar over dette ansvaret for pasienten (Daatland & Solem, 2011, s. 102). I sammenheng med denne terapiøkten, var det musikkterapeuten som la til rette for de ulike virkemidlene som skulle brukes i pasientens terapitilbud. Dermed ble det utøvd en slags form for eksternal kontroll i møte med Amanda.

Jeg vil derfor hevde at viktigheten av å legge til rette for at pasienten får *internal kontroll* over deler av terapiforløpet, eksempelvis når man benytter seg av applikasjonen Mundu, bør være til stede når ytre krefter tar styring over pasientens behandlingstilbud. Internal kontroll vil jeg i denne sammenhengen omtale som pasientens kapasitet til å kunne påvirke sine omgivelser og bestemme over egen livssituasjon. I denne sammenhengen vil det være muligheten til å ta kontroll i møte med applikasjonen Mundu.

Knyttet til møtet med applikasjonen Mundu vil jeg selv hevde at det vil være viktig for pleiepersonellet og musikkterapeut å kunne utvise sensitivitet om pasienten noen gang skulle motsette seg bruken av applikasjonen Mundu. Da vil det eksempelvis være viktig å se på tegn og signaler fra pasienten, som man kan tolke på en slik måte at bruk av applikasjonen ikke er hensiktsmessig i øyeblikket.

Jeg vil selv hevde at man kan også knytte teori fra humanistisk musikkterapi inn i denne diskusjonen om internal og eksternal kontroll. I arbeidet med en pasients personlige identitet i demensomsorgen kan man anse det som viktig å legge vekt på betydningen og omsorgen for det individuelle. Vi kan tolke dette i retningen av at pasientens emosjonelle respons er det næreste og mest individuelle pasienten har i øyeblikket, når pasienten møter musikkterapi og applikasjonen Mundu. Basert på empirien som ligger til grunn i denne avhandlingen, har det virket som om musikkterapeuten har reflektert rundt og respektert dette i arbeidet med Amanda, men også i arbeidet med andre pasienter på institusjonen.

Samtidig vil det være viktig i identitetsarbeid å legge vekt på pasientens autonomi, intensjonalitet, handlinger og selvbestemmelse. Autonomi og intensjonalitet vil i denne sammenhengen omhandle pasientens indre lovmessighet eller emosjoner. Når musikkterapeuten av brukte applikasjonen Mundu som del av Amandas behandlingstilbud, så

kan vi betrakte dette som en påvirkning utenfra. Og som nevnt tidligere, når det utøves en påvirkning utenfra er det viktig å ta hensyn til pasientens emosjonelle responser.

For å sikre en etisk bruk av applikasjonen tenker jeg det er viktig med bevisstgjøring av hvilke øyeblikk det kan være riktig å bruke denne applikasjonen. Hvis en pasient motsetter seg bruk av applikasjonen eller responderer på en uheldig måte, bør musikkterapeut eller pleiepersonell kanskje revurdere bruken av Mundu som del av en pasient sitt terapiforløp. Dette av respekten for pasientens selvbestemmelse i behandlingsforløpet.

### 6.3 Gjentakelse ved bruk av applikasjonen Mundu

På grunnlag av funnene i den deltakende observasjonen tenker undertegnede at det er spennende å drøfte om musikkterapeuten har gjort seg bevisste valg om å bruke applikasjonen som en slags gjentakelse i terapien. Jeg erkjenner at dette ikke ble løftet som et spørsmål til terapeuten under intervjuene.

Et av funnene er at musikkterapeuten har gjort seg bevisste valg om å bruke sanger som er mer lystige på starten og slutten av timene, med hensyn til å avslutte musikkterapien med en mindre vemodig stemning. På bakgrunn av dette funnet ønsker jeg å drøfte hvordan man kan bruke gjentakelse som virkemiddel i musikkterapi der man benytter seg av applikasjonen Mundu.

Vi kan på grunnlag trekke inn et perspektiv innen musikkterapi som helhet, som omhandler å skape gjentakelse i musikkterapien. Tre hovedkategorier innen dette perspektivet handler om oversikt, forståelse, deltakelse og tilhørighet (Johansson, 2017, s. 152).

Innen kategoriene oversikt og forståelse argumenteres det for at gjentakelse av en fast velkommen- og avslutningssang vil ha en virkning innen terapien, eksempelvis som en ledetråd som vil danne en gjenkjenning av situasjonen for pasienten. Denne gjenkjenningen kan være med på å danne en følelse av trygghet og sammenheng i terapien.

Å benytte applikasjonen Mundu med ferdigredigerte videoer, terapitime etter terapitime, kan i mange sammenhenger bli ansett som en form for gjentakelse, som ifølge dette perspektivet i musikkterapien kan være med på å skape en trygghet. Musikkterapeutens anvendelse av applikasjonen Mundu midtveis i terapiøkten vil jeg selv hevde fungerer som et fast, gjentakende moment i musikkterapien som kan falle inn under kategorien som omhandler pasientens oversikt og forståelse av terapien.

Innen kategorien deltakelse kan man eksempelvis se på kroppslige uttrykk hos pasienten Amanda. Applikasjonen Mundu er som nevnt et gjentakende moment i musikkterapien, som har ført til omtrent samme respons hos pasienten over tid. Ifølge empirien som er lagt frem, har tendensen vært at pasient har forsøkt å strekke seg til skjermen når applikasjonen Mundu har blitt benyttet.

Hvorvidt man ser gjentakende atferd som noe positivt eller negativt, er et valg som den enkelte terapeut tar (Johansson, 2018, s. 152). Musikkterapeuten har valgt å utvise en sensitivitet med tanke på denne gjentakende responsen. Det har vært viktig for henne å støtte at pasienten har autobiografiske minner om det livet som har vært, spesielt knyttet til familieliv og erindringer om sin ektemann.

#### 6.4 Bruk av applikasjonen Mundu for å bekrefte pasientens selvoppfatning og identitet

En av funnene i denne avhandlingen er at musikkterapeuten har bygget seg opp erfaring knyttet til å bli kjent med pasienten ved bruk av applikasjonen Mundu. Hun har blitt mer kjent med pasientens livshistorie og noen av de forandringene som pasienten har gjennomgått, gjennom innblikk i dette menneskets liv og utvikling.

For det første kan det være vanskelig for en musikkterapeut å få en pasient som ikke har språk til å greie ut om sitt personlige liv. Da kan Mundu fungere som en støtte, i form av at pasient og terapeut kan bruke bilder av pasientens liv som del av terapien for å skape rom for samtaler og reminisensarbeid. Hypotetisk sett kan dette være med på å danne grunnlag for personlige samtaler og refleksjoner om et levd liv.

Jeg vil selv hevde at bruken av applikasjonen Mundu har vært et viktig steg i å bekrefte pasientens personlige identitet, da bruk av applikasjonen sannsynligvis har vært en viktig del av reminisensarbeidet som musikkterapeuten har utført med Amanda. Jeg vil i denne sammenhengen drøfte begrepet *selvet*, og hvordan musikkterapeuten kan ha brukt applikasjonen Mundu for å bekrefte pasientens *selvoppfatning*, *identitet* og *personlige identitet*.

Selvet er i henhold til Carl Gustav Jungs psykodynamiske teori om *personens senter*, som forener alle de forskjellige personlighetstrekkene aspekter til en slags helhet. Prosessene som danner selvet, blir i henhold til den gjeldende teorien kalt for *individuering*. Det å bli mer og mer seg selv som en slags helhet. Jung tenkte at en blir mer seg selv med årene, men at en vanligvis ikke blir helt seg selv fullt ut. I dag tenker vi gjerne at selvet er under stadig konstruksjon og dekonstruksjon, noe som vil si at mennesket er under stadig forandring (Daatland & Solem, 2011, s. 83).

I sammenheng med funnene som er blitt gjort vil jeg hevde at musikkterapeut, gjennom bruk av applikasjonen Mundu, har gitt pasienten støtte til å være seg selv. Applikasjonen Mundu ville ikke alene ha gitt pasienten denne støtten. Men ved å benytte applikasjonen

som del av en form for reminisensbasert musikkterapi har hun gitt pasienten viktige tilbakeblikk på sitt eget liv. Dette tenker jeg kan være et viktig skritt på veien, eller være et viktig bidrag, med tanke på å gi pasienten denne støtten.

Jeg vil påstå at følelsen av integritet hos en pasient kan ivaretas i form av reminisensarbeid med applikasjonen Mundu. Det er verdt å nevne at i casen med Amanda kan det være vanskelig å fastslå om dette faktisk var en reell virkning i terapien, men applikasjonen har uten tvil bidratt til at pasienten har fått mulighet til å få et tilbakeblikk på eget liv og egne relasjoner. Dette kan ha vært viktig minnearbeid for å ivareta pasientens personlige identitet.

Musikkterapeuten har brukt gjenkjenning som virkemiddel i terapiforløpet, som kan ha skapt gode rammer for at pasienten har kunnet benytte seg av sin autobiografiske hukommelse. Dette aspektet ved pasientens hukommelse er en personlig ressurs pasienten har hatt i denne sammenhengen. Denne arbeidsformen kan understøttes av forskning innen demensomsorg. Som vist til i teoriavsnittet, så kan det være fordelaktig å aktivt bruke pasientens autobiografiske hukommelse som en ressurs i terapien. En person som lever med demens vil gjerne ha en autobiografisk hukommelse som er mye bedre bevart, enn den episodiske hukommelsen (Ridder, 2011, s. 65).

Så kan man stille seg spørsmålet om hvordan applikasjonen kan benyttes til å fremme minnearbeid, og brukes med tanke på pasientens identitet og identitetsdyrking. Basert på empirien som er lagt frem i denne avhandlingen, kan vi anse Mundu som en applikasjon der musikkterapeuten i samarbeid med pårørende har skapt en form for autobiografisk fortelling om Amandas liv og identitet. Det er fortellingene som musikkterapeuten har skapt gjennom bilde- og musikkbruken i applikasjonen som har vært viktige i identitetsarbeidet med pasienten, med tanke på å gi pasienten tilgang til egen livshistorie.

Jeg vil basert på funnene som er blitt lagt frem hevde at applikasjonen Mundu har vært med på å gi en god støtte til pasientens forhold til egen identitet. Gjennom bildebruk kan det virke som at pasienten har kunnet anvende sin egen autobiografiske hukommelse som ressurs i terapien. Dette kom til uttrykk gjennom at pasienten strakk seg mot skjermen, spesielt når enkelte av bildene i videoene ble vist. Dette spesielle funnet er noe jeg vil drøfte videre i neste avsnitt.

Musikkterapeuten har i dette prosjektets gang brukt informasjon fra pårørende når det gjaldt å finne frem til riktig musikk innen applikasjonen Mundu. I denne sammenhengen er det viktig å føre en diskusjon rundt viktigheten knyttet til bruken av preferansemusikk. Jeg vil argumentere for at musikkterapeuten har arbeidet svært personsentrert med å utforme terapitilbudet til pasienten. Musikkterapeuten har prøvd å møte pasienten på en helhetlig måte, blant annet ved å utvise sensitivitet knyttet til hvilke bilder og hvilken musikk som brukes i terapien.

Basert på funnene i caseeksempelet med Amanda har musikkterapeuten utvist et verdisyn som har vært svært viktig for musikkterapiens virkning. Verdiene har vært basert på å benytte preferansemusikk som står pasienten nær. I denne sammenhengen vil jeg argumentere for at dette kan være velbegrunnet i det humanistiske perspektivet innen musikkterapi, der tanken er at det ikke er musikkterapeuten som skal tre sin egen musikk, eller "bra" musikk, over hodet på pasienten (Johansson, 2017, s. 13).

Innen humanistisk musikkterapi er valg av musikk alltid kontekstsensitivt. En vil da tenke at det ikke eksisterer et musikalsk hierarki, der enkelte musikktyper er bedre enn andre. Man kan også trekke inn det ressursorienterte perspektivet i denne tankegangen (Johansson, 2017, s. 13). Amandas musikalske livshistorie og den musikken som står Amanda nær, er del av det vi kan omtale som hennes musikalske kompetanse. Musikken som et menneske har opplevd og holder nær, men samtidig den musikalske livshistorien, kan bli til verktøy som kan brukes med pasienten for å oppnå mål som ikke trenger å være musikalske mål (Stige & Ridder, 2016, s. 125).

Her har også hennes pårørende bidratt med å styrke Amandas medbestemmelsesrett og påvirkningsmulighet, da de pårørende har vært til god hjelp med å forslå musikk som har stått henne nær. Jeg vil i neste avsnitt drøfte hvilken betydning de pårørende har hatt i denne sammenhengen.

## 6.5 De pårørendes betydning

Et vesentlig funn i denne avhandlingen er at musikkterapeuten har hatt et nært samarbeid med de pårørende rundt innsamlingen av bildematerialet og preferansemusikken som kunne brukes i Mundu.

Musikkterapeuten har også kommentert at arbeidet med andre pårørende ikke har vært så enkelt i implementeringsfasen, men at det har blitt funnet praktiske løsninger for å imøtekomme dette. I mange tilfeller har musikkterapeuten sett seg nødt til å skaffe tillatelse fra pårørende, gjennom informasjonsskriv, til å innhente bildemateriale. Dette kan tyde på at det har vært noen utfordringer i samarbeidet med de pårørende, men at musikkterapeuten samtidig har funnet noen praktiske løsninger på dette i implementeringsprosessen.

Basert på funnene i denne avhandlingen, kan man anta at familien og pårørende vil kunne ha en viktig betydning med tanke på implementering av applikasjonen Mundu. Og hvis samarbeidet ikke er på plass vil et tilsvarende implementeringsprosjekt lett kunne stagnere, grunnet at samarbeid familiene vil være en viktig del av de praktiske rammene for et slikt prosjekt.

Jeg vil argumentere for at hvis de praktiske rammene er på plass, så kan bruk av applikasjonen Mundu være med på å styrke samarbeidet mellom musikkterapeut og de

pårørende. Samtidig kan bruk av applikasjonen være med på å skape gode møter mellom familiegenerasjonene.

Siden applikasjonen Mundu allerede har hjulpet musikkterapeut å både danne dialog med de pårørende og hjulpet musikkterapeut til å danne meningsfulle samtaler med pasienter som mangler språk, så vil jeg hypotetisk kunne se for meg at applikasjonen kan både være med på å danne gode grunnlag for samarbeid med pårørende.

Det virker også som at de pårørendes innspill, både med tanke på deling av bilder, men også med tanke på å utveksle informasjon vedrørende preferansemusikk, kan ha vært viktig med tanke på at musikkterapeuten arbeider med en form for reminisensbasert intervensjon med bruk av applikasjonen Mundu. Som nevnt i teorikapittelet har vi en liten oversikt over hvilken effekt reminisensbasert terapi kan ha for eldre som lever med demens. Slike terapiformer kan ha fordeler med tanke på pasientens livskvalitet, kognisjon, kommunikasjon og humør (Woods et al., 2018, s. 2).

Jeg vil selv hevde at dette kan være siktemål i musikkterapi i bruken av applikasjonen Mundu. De pårørendes bidrag vil i denne sammenhengen være svært viktig, med tanke på videre arbeid med applikasjonen. Med veiledning og opplæring i bruk av applikasjonen for de pårørende, så kan applikasjonen brukes til å skape gode rammer for dette.

## **6.6 Et godt lyd miljø - en forutsetning for applikasjonens virkning?**

Et av funnene i denne avhandlingen omhandler hvilke valg musikkterapeuten tok i musikkterapitimen. Hun valgte å holde musikkterapitimen på pasientens personlige rom på sykehjemmet. Det var svært få forstyrrende elementer, sett bort fra at undertegnede var en ukjent person for henne. Det var ingen annen lyd stimuli i rommet annet enn våre stemmer, instrumentene og musikken.

Under bruk av applikasjonen fikk pasienten mulighet til å se på videoene og lytte til musikken i applikasjonen, så å si uforstyrret. Fra undertegnedes ståsted evnet musikkterapeuten å skape et godt lyd miljø for pasienten under musikkterapitimen.

Et lyd miljø vil i denne sammenhengen omhandle alle hørbare lyder i et avgrenset miljø, der mennesker enten bevisst eller ubevisst opplever og kommuniserer gjennom (Stige & Ridder, 2016, s. 222). Fra forskning innen feltet har vi fått forståelse av hvordan lyder virker inn på eldre som er rammet av demens.

Noe jeg tenker er viktig i arbeidet med eldre mennesker som er rammet av demens, er å legge til rette for gode lyd miljø, der man unngår at de eldre blir mye eksponert for lyder som kan oppleves som forvirrende, ubehagelige eller virke negativt inn på konsentrasjonen til den eldre. Jeg vil på grunnlag av denne kunnskapen hevde at musikkterapeuten gjorde



gode valg med tanke på å skape et godt lydmiljø for pasienten, som igjen gav gode rammer for å kunne bruke applikasjonen Mundu som del av pasientens terapiforløp.

I tillegg kan man gå litt tilbake til poenget med å skape gjentakelser i musikkterapi. Jeg vil argumentere for at hvis en pasient har gjentatte, gode opplevelser knyttet til bruk av lyd og musikk innen musikkterapi, i form av at musikkterapeuten legger til rette for at musikken skal kunne nytes i stillhet på et sted der det er muligheter for å danne en slags ro, så vil dette kunne danne positive assosiasjoner og minner knyttet til musikkterapiøktene.

I caseeksempelet med Amanda kan vi eksempelvis ta utgangspunkt i at musikkterapeuten etterstrebet å danne en ro i individualterapien med pasienten, i form av å skape et godt lydmiljø der det var mulig å bruke applikasjonen på en hensiktsmessig måte.

## 6.7 Grunnlag for implementering av applikasjonen Mundu med særlig fokus på etiske aspekter

Mundu har blitt benyttet i minnearbeid med pasienten ved bruk av bilder og videoer. Musikkterapeut, pårørende eller pleiepersonell kan ikke alltid ha kjennskap til den komplekse historien til et fotografi og hvilke assosiasjoner og minner pasienter har knyttet til disse bildene.

Vi vil for eksempel ikke til enhver tid vite hvilke minner som kan dukke opp når man viser frem bilder fra pasientens hjemsted eller familie. Verden var også annerledes før i tiden, noe musikkterapeuter og pleiepersonell må vise hensyn til når de bruker denne applikasjonen. Musikkterapeuten har selv uttrykk at det har vært viktig å utvise sensitivitet knyttet til hvilke bilder man kan bruke til visse sammenhenger i arbeidet med Amanda.

Et funn i denne avhandlingen omhandler at Mundu ønsker å nå ut til flere pasienter og pasientgrupper innen kommunal sektor. De ønsker samtidig å videre teste ut hvilken virkning applikasjonen kan ha for ulike pasientgrupper i fremtiden.

Jeg vil hevde at å benytte applikasjonen spesifikt knyttet til musikkterapi og musikkterapeuters arbeid er mest hensiktsmessig, tatt i betraktning at nok musikkterapeuter får opplæring i å håndtere denne velferdsteknologien. Både med tanke på å la applikasjonen få best mulig effekt i et behandlingstilbud, men også med tanke på at musikkterapeuter har utdanning knyttet til å benytte musikk for å fremme helse og samtidig reflektere rundt de valgene som blir tatt i anvendelsen av musikkteknologi og dets virkning i behandlingstilbudet til en pasient.

Innen implementering av musikkterapi som behandlingstilbud innen eldreomsorgen, er det vektlagt at musikkterapeuten har yrkesetiske forpliktelser som omfatter alle målgrupper

som musikkterapeuten kommer til å arbeide med. Hva det gjelder musikkterapeutisk praksis med eldre som lever med demens, er respekten for enkeltindividet i fokus. Dette innebærer blant annet kjennskap til og anerkjennelse av et menneskes bakgrunn. Musikkterapeutens praksis handler om å bedre samfunnets holdninger til mennesker som lever med demens (Kvamme, 2017, s. 144).

For at applikasjonen skal kunne brukes på en etisk måte for pasientene, vil jeg hevde det er viktig at musikkterapeut, pårørende og pleiepersonell gjør seg bevisste på etikken rundt velferdsteknologi. Etikk kan betegnes som den systematiske tenkingen rundt moralske spørsmål. Innen norsk helsevesen tenker man ofte over hvordan tjenestene bør være. Dette kan betegnes som et overordnet, moralsk spørsmål. Man vil vanligvis tenke at spørsmålet handler om kvaliteten av helsetjenestene som leveres og de etiske verdiene og prinsippene som helsevesenet er pliktig til å overholde i praksis. Eksempler på disse er respekten for pasientens autonomi, integritet, privatliv, verdighet og rett til helsehjelp, informasjon og brukermedvirkning (Barken & Eide, 2021, s. 8).

I denne sammenhengen er Mundu som applikasjon verdinøytral og ikke etisk problematisk. Men de valgene som tas i implementering og bruk av applikasjonen kan være basert på verdier. Da eksempelvis knyttet til informasjonsspredning, opplæring i bruk av applikasjonen, medvirkning fra pasient og pårørende, brukervennlighet, prosedyrer med tanke på bruk av applikasjonen, evaluering av applikasjonens kvalitet, kommunikasjon og samhandling (Barken & Eide, 2021, s. 9).

Et av funnene er knyttet til at musikkterapeuten har innhentet samtykke til bruk av applikasjonen og innhenting av personlige data om pasienten fra pasientens verger. Jeg tenker at det da er aktuelt å presentere hvilke tanker man skal gjøre seg opp knyttet til bruk av applikasjonen, hvis pasienten ikke er samtykkekompetent.

Hvis en pasient ikke er samtykkekompetent og ikke kan uttrykke samtykke til at musikkterapeut eller pleiepersonell kan bruke persondata i applikasjonen Mundu, så er det spesielt en lovbestemmelse som kan være aktuelle som rettslig grunnlag for dette. Mundu er som velferdsteknologi ikke ledd i helsehjelp, men kan betegnes som et supplement til behandlingstilbudet.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 – evt. kapittel 4A ved motstand er noe man kan ta sikte å forholde seg til i denne sammenhengen. Dette baserer seg på om hvorvidt pasienten viser motstand knyttet til bruk av teknologien, noe jeg har problematisert tidligere i avsnittet om internal og eksternal kontroll. Man kan i kontekst av implementering av applikasjonen Mundu, både i eldreomsorg og andre helsetjenester stille spørsmål om:

- 1) Er det snakk om varsling eller overvåkning med medisinsk teknisk utstyr, eller omhandler det andre typer varslings- eller lokaliseringsteknologi?
- 2) Motsetter personen seg bruk av teknologien?
- 3) Har brukeren diagnosen psykisk utviklingshemning?

#### 4) Hvis ja, er teknologien å anse som inngripende? (Barken & Eide, 2021, s. 34)

I denne sammenhengen vil jeg hevde at problemstillingen og temaet til denne avhandlingen gjør at punkt 1 og 3 og 4 ikke blir relevant å drøfte. Men punkt 2 kan være aktuelt i fremtidig arbeid med pasienter med tanke på demensomsorg. Jeg vil selv hevde at det ikke vil være hensiktsmessig for helsepersonell å bruke en applikasjon som Mundu i et behandlingsforløp hvis en pasient skulle vise motstand, selv om man gjennom evalueringer finner ut at applikasjonens innvirkning på pasienters behandlingstilbud peker i positiv retning på et generelt grunnlag.

Dette er spørsmål som kan brukes i etisk refleksjon rundt implementering av applikasjonen Mundu, både i eldreomsorg, men også om applikasjonen blir implementert i andre deler av helse- og omsorgssektoren. Et av funnene til denne oppgaven er at Mundu skal ifølge sine utviklere ha sikkerheten til brukerne og deres data på plass. I videre arbeid med applikasjonen kan det være viktig for helsepersonell og musikkterapeuter å reflektere om hvordan pasientenes, men også andre mennesker rundt pasienten sin datasikkerhet kan bli ivaretatt i møte med denne applikasjonen.

På mange svært mange av de bildene som ble vist for Amanda, så er andre mennesker enn pasienten avbildet. Dette kan i utgangspunktet være problematisk om noen av de som er avbildet skulle motsette seg å bli avbildet i en slik sammenheng. Det er nevnt at Mundu ikke skal kunne brukes til å føre journaldata. Mundu skal heller ikke kunne brukes til å få innsikt i personens sykdomshistorikk. Samtidig er det verdt å bemerke at bilder av pasient og pasientens omgangskrets kan komme på avveie, og at denne informasjonen kan brukes av eksterne parter til uærlige formål.

Selv om avbildningen av mennesker i nær familie kan ha en viktig betydning i pasientens behandlingsforløp, så kan det igjen være viktig at musikkterapeuten og helsepersonellet gjør seg noen tanker og reflekterer rundt hvilke bilder som blir brukt i denne applikasjonen og hvilke valg som blir tatt når man benytter den.

#### **6.8 Mundu som ny teknologi i musikkterapifeltet**

Som tidligere nevnt anser jeg Mundu som en form for musikkteknologi i applikasjonsformat, da Mundu har en egen strømmetjeneste tilknyttet applikasjonen. Som vist til i teorikapittelet er det flere ulike holdninger knyttet til anvendelse av musikkteknologi innen musikkterapifeltet.

Et av funnene knyttet til denne avhandlingen omhandler at musikkterapeuten viser positivitet knyttet til å implementere Mundu som del av demensomsorgen, og samtidig uttrykker det har vært en spennende prosess.

Jeg vil selv, basert på empirien og teorien som er lagt frem, argumentere for at implementeringen av applikasjonen Mundu kan være et viktig steg for musikkterapifaget

som helhet, med tanke på utviklingen av musikkteknologi som kan bidra til å gi musikkterapeuter støtte til å tilby terapitilbud med god, helsefremmende effekt.

Jeg vil for det første argumentere med et av poengene som musikkterapeuten selv løftet. Mundu kan gi musikkterapeuter avlastning fra det å synge og spille i musikkterapi. Med applikasjonen Mundu kan det bli lettere for musikkterapeuter å konkretisere andre aspekter ved musikkterapi, enn bare bruk av musikk som del av helsefremmende arbeid. Et eksempel på dette er at musikkterapeuter kan tilby gode rammer for samtaler med pasienter og pårørende, samtidig som musikkterapeuten kan jobbe reminisensbasert med applikasjonen Mundu. Eksempelvis med bruk av bilder og videoer.

Det er også verdt å nevne at bruken av applikasjonen ikke kan fungere som erstatning for det å ha en musikkterapeut i rommet som del av musikkterapien. Her kan vi trekke inn noe som er nevnt i teorikapitlet, der det hevdes at musikkteknologi, eller teknologi i seg selv, ikke kan erstatte en musikkterapeut eller selve musikkterapien. En datamaskin eller et nettbrett kan ikke i seg selv erstatte den mellommenneskelige relasjonen mellom terapeut og pasient (Stensæth, 2018, s. 325).

Samtidig kan anvendelsen av applikasjonen Mundu fungere som et steg i riktig retning med tanke på å bidra til en mer positiv holdning knyttet til bruk av musikkteknologi innad i musikkterapimiljøet. Dette kan eksempelvis skje med at flere institusjoner implementerer bruk av denne applikasjonen i tilknytning til musikkterapi og evaluerer bruken av denne.

Jeg nevnte kanskje også at denne teknologien har blitt forespurt av musikkterapeuter for å kunne effektivt brukes som supplement i et behandlingstilbud. Dette av konkrete behov knyttet til terapien, blant annet med tanke på å arbeide med viktig minnearbeid knyttet til pasienter i eldreomsorgen. Vi kan understøtte dette med noe jeg har nevnt i teorikapitlet. Om vi er målrettet med tanke på å skaffe ny teknologi til bruk i musikkterapi, kan vi sikre at teknologien blir brukt til å skape gode rammer i pasientens helhetlige tilbud. Og ikke bare bli brukt for teoriens skyld (Magee et al. 2011, s. 151).

I denne sammenhengen har applikasjonen Mundu blitt utviklet ut ifra en interesse blant musikkterapeuter og helsepersonell om å skape nye virkemidler som kan brukes innen musikkterapi i demensomsorg.

Et aspekt ved utviklingen av denne applikasjonen, som også er viktig i utviklingen av all annen velferdsteknologi av kvalitet, er at den har blitt testet og evaluert.

## 7. Konklusjon

Basert på funnene vil jeg konkludere med at musikkterapeuten har systematisk tilpasset musikkterapien etter pasientens fysiske og sosiale behov, og har fått god støtte til dette ved bruk av applikasjonen Mundu. Musikkterapeut har både kartlagt, anvendt et repertoar av musikk og brukt bilder og videoer som del av pasientens terapitilbud ved hjelp av denne applikasjonen.

Tilgang til minner om eget liv har skapt en form for emosjonell utløsning hos pasienten, i form av at pasienten har strukket seg mot skjermen mens applikasjonen Mundu har blitt benyttet i musikkterapien.

Dette vil jeg betegne som en ganske sterk respons fra pasienten sin side. I bruken av en slik applikasjon vil det da være viktig for musikkterapeuten og helsepersonellet å vise evne til refleksjon rundt hvor sterkt det kan bli for en pasient, når man benytter seg av Mundu i reminisensbasert musikkterapi.

Jeg har argumentert for at Mundu kan fungere som et fast, gjentakende moment i musikkterapi knyttet til demensomsorg, som kan være med på å skape trygghet og gjenkjenning i terapien. Musikkterapeuten, i samarbeid med de pårørende, har vært med på å støtte pasientens identitet og fremmet empowerment for henne gjennom bruk av applikasjonen Mundu.

Man må legge de praktiske og etiske rammene på plass, for at pasienten skal kunne ha mest mulig utbytte av å bruke denne applikasjonen. Dette angår alt fra å skape et rolig miljø rundt pasienten når applikasjonen blir brukt, til å reflektere rundt de etiske rammene rundt bruken av applikasjonen.

Virkingen til applikasjonen Mundu har i Amandas spesifikke situasjon har vært å gi en støtte til alle de prosessene som har foregått i hennes terapiforløp. Både med tanke på bildebruk, reminisensarbeid, å skape emosjonell respons og sterke musikalske øyeblikk.

## Litteraturliste

Aleixo, M. A. R. & Santos, R. L. & Dourado, M. C. N. (2017). Efficacy of music therapy in the neuropsychiatric symptoms of dementia: systematic review. *Jornal Brasileiro de*

*Psiquiatria*. 2017,(66/1), 52-61. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000150>

Andrews, T. & Vassenden, A. (2007). Snøballen som ikke ruller. Utvalgsproblemer i kvalitativ forskning. *Sosiologisk tidsskrift*. (15/2), 151-162.  
<https://doi.org/10.18261/ISSN1504-2928-2007-02-02>

Antonsen, Y. & Lo, C. & Waldahl, R.H. (2019). Tverrfaglig, sammenkoblet og allestedsnærværende – om implementering av velferdsteknologi i kommunale helse- og omsorgstjenester. *Nordisk Velfærdsforskning*. (4/1), 9–19.  
<https://doi.org/10.18261/issn.2464-4161-2019-01-02>

Andreozzi, P. & Cacciafesta, M. & Ettorre, E. & Gianturco, V. & Gueli, N. & Marigliano, B. & Pecci, M.T. & Renzi, A. & Verrusio, V. (2014). Exercise training and music therapy in elderly with depressive syndrome: A pilot study. *Complementary therapies in medicine*. 2014,(22/1), 614-620. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2014.05.012>

Barken, T.L. & Eide, T. (2021). Etikk, lovverk, informasjonssikkerhet og personvern. *Velferdsteknologiens ABC*. Kommunesektorens Organisasjon.  
<https://www.ks.no/globalassets/fagomrader/helse-og-omsorg/velferdsteknologiens-abc/Velferdsteknologiens-ABC-Emne-C-F41-web.pdf>

Bonde, L.O. & Stensæth, K. (2011). Musikk, helse og identitet. *NMH-publikasjoner*.2011,(3),  
<https://core.ac.uk/download/pdf/30917851.pdf>

Braun, V. & Clarke, V. (2014). What can "thematic analysis" offer health and wellbeing researchers?. *International journal of qualitative studies on health and well-being*. 2014,(9/1), 26152. <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.26152>

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*. (3), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Brean, A. & Skeie, G.O. (2019). *Musikk og hjernen*. Cappelen Damm.

Brottveit, Gudrun. (2018). *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder*. Gyldendal Akademisk.

Clements-Cortes, A. (2013). High-tech therapy: music technology in music therapy. *Canadian Music Educator*,54(4), 37-39.  
<https://link.gale.com/apps/doc/A334710252/AONE?u=anon~7ed3d05d&sid=googleScholar&xid=adc68977>

Daatland, S.O. & Solem, S.E. (2011). *Aldring og samfunn* (2 utg.). Fagbokforlaget.

- Dowson, B. & Schneider, J. (2021). Online singing groups for people with dementia: scoping review. *Public health*, 2021,(194), 196-201.  
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.03.002>
- Folkehelseinstituttet. (2014). *Demens*. FHI. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- Hadley, S. & Bonaventura, M. & Hahna, N.D. & Miller, V.H. (2012). Music technology usage in music therapy: A survey of practice. *The Arts in Psychotherapy*, 2012,(39/5), 456–464. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2012.08.001>
- Helsedirektoratet. (2012). Velferdsteknologi: Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030. Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/implementering-av-velferdsteknologi-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene-2013-2030/Implementering%20av%20velferdsteknologi%20i%20de%20kommunale%20helse-og%20omsorgstjenestene%202013-2030.pdf/\\_/attachment/inline/cf340308-0cb8-4a88-a6d7-4754ef126db9:6f3a196c2d353a9ef04c772f7cc0a2cb9d955087/Implementering%20av%20velferdsteknologi%20i%20de%20kommunale%20helse-og%20omsorgstjenestene%202013-2030.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/implementering-av-velferdsteknologi-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene-2013-2030/Implementering%20av%20velferdsteknologi%20i%20de%20kommunale%20helse-og%20omsorgstjenestene%202013-2030.pdf/_/attachment/inline/cf340308-0cb8-4a88-a6d7-4754ef126db9:6f3a196c2d353a9ef04c772f7cc0a2cb9d955087/Implementering%20av%20velferdsteknologi%20i%20de%20kommunale%20helse-og%20omsorgstjenestene%202013-2030.pdf)
- Jacobsen, D.I. (2022). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (4. Utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Johansson, K. (2017). *Gjentakelse i musikkterapi, En kvalitativ instrumentell multipl casestudie*. [Doktorgradsavhandling]. Norges Musikkhøgskole.
- Kvamme, T.S. (2017). Nye handlemuligheter med musikkterapi for personer med demens. *Skriftserie fra Senter for forskning i musikk og helse*. NMH Publikasjoner. 2017, (4). 137-148. <http://hdl.handle.net/11250/2503012>
- Lindøe, P. H. & Mikkelsen, A. Olsen, O.E. (2002). Fallgruver i følgeforskning. *Tidsskrift for samfunnsforskning*. 2002, (43/2). 191–217. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-291X-2002-02-02>
- Magee, W.L. (2018). Developing theory for using music technologies in music therapy. *Nordic Journal of MusicTherapy*, 2018,(27/5), 334-336.  
<https://doi.org/10.1080/08098131.2018.1481450>
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning – Forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 2002,(122), 2468-2472.  
<https://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/kvalitative-metoder-i-medisinsk-forskning-forutsetninger-muligheter>

- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4. utgave. Universitetsforlaget.
- Malterud, K. & Midtgarden, T. & Stige, B. (2009). Toward an agenda for evaluation of qualitative research. *Qual Health Res*, 2009,(10), 1504-1516.  
<https://doi.org/10.1177/1049732309348501>
- Mundu. (2022). *Ipad\_air*. Hentet fra <https://www.mundu.no>
- Mundu. (2022). *Macbook*. Hentet fra <https://www.mundu.no>
- Mundu. (2022). *iphone12mini*. Hentet fra <https://www.mundu.no>
- Nygård, L. & Starkhammar, S. (2007). The use of everyday technology by people with dementia living alone: Mapping out the difficulties. *Aging & Mental Health*, 2007,(11/2), 144-155. <https://doi.org/10.1080/13607860600844168>
- Ridder, H.M. & Stige, B. (2016). *Musikkterapi og eldrehelse*. Universitetsforlaget.
- Rolvjord, R. (1998). Når musikken minner om livet. *Nordisk Tidsskrift for Musikkterapi*, 1998,(7/1), 4-13. <https://doi.org/10.1080/08098139809477915>
- Rolvjord, R. (2007). En ressursorientert musikkterapi. *Skriftserie fra Senter for musikk og helse;1. NMH-publikasjoner*, 2008,(3), 123-137.  
<http://hdl.handle.net/11250/172111>
- Ridder, H.M. (2011). Musikkterapi med demensramte: hukommelse, identitet og musikkreminiscens. *NMH-publikasjoner*, 2011(3), 61-83.  
<http://hdl.handle.net/11250/172299>
- Ruud, E. (2008). Et humanistisk perspektiv på norsk musikkterapi. *Skriftserie fra Senter for musikk og helse;1. NMH-publikasjoner*, 2008,(3), 5-28.  
<http://hdl.handle.net/11250/172119>
- Ruud, E. (2005). Musikk og identitet. *Tidsskriftet GRUS*, 2005,1-27.  
<https://www.hf.uio.no/imv/personer/vit/emeriti/evenru/even.artikler/GRUS-identitet.pdf>
- Stensæth, K. (2018). Music therapy and interactive musical media in the future: Reflections on the subject-object interaction. *Nordic Journal of Music Therapy*, 2018,(27/4), 312-327. <https://doi.org/10.1080/08098131.2018.1439085>
- Sloboda, J. (2010). *Handbook of Music and Emotion*. Oxford University Press.



Stige, B. (2002). *Culture-Centered Music Therapy*. Barcelona Publishers.

Van der Steen J.T. & Smaling H.J.A. & Van der Wouden J.C. & Bruinsma M.S. & Scholten R.J.P.M. & Vink A.C. (2018). Music-based therapeutic interventions for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018,(7), 1-81.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003477.pub3>

Woods, B. & O'Philbin, L. & Farrell, E.M. & Spector, A.E. & Orrell, M. (2018). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018,(3). CD001120. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001120.pub3>.