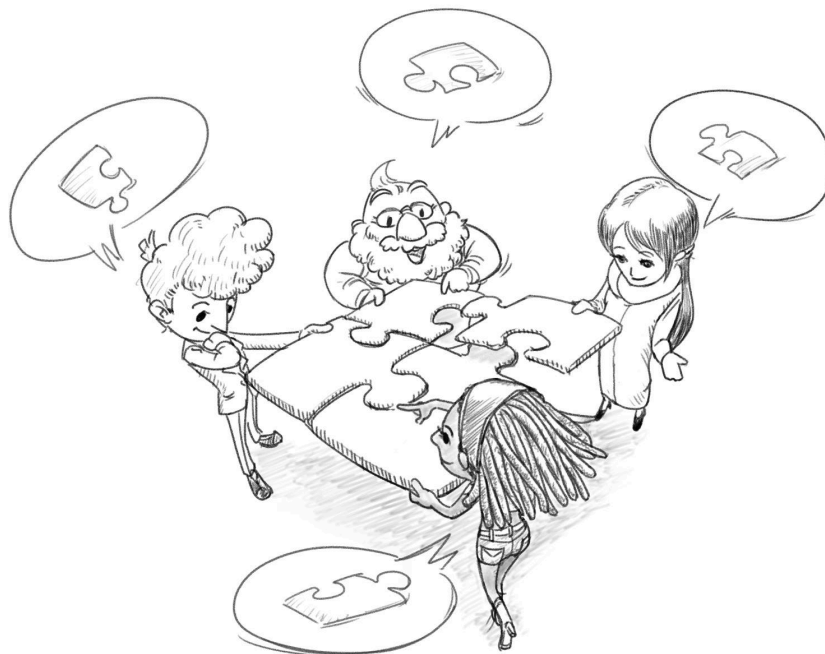


# FRA DEL TIL HELHET

En kvalitativ studie som undersöker hvordan musikkterapi kan bli en del av demensomsorgen på sykehjem



---

**Guri Gjermstad Dypvik**



**Masteroppgave i Musikkterapi**

**Griegakademiet, Institutt for musikk**

**Universitetet i Bergen**

**2015**

## Forord

Tusen takk til:

De flotte deltakerne i studien som gladelig har delt sine erfaringer med meg. Dere har gitt meg inspirasjon til å skrive denne oppgaven, og ikke minst gitt meg den motivasjonen som jeg trenger for å gå inn i yrkeslivet!

Min veileder, Randi Rolvsjord, som alltid har tatt seg tid til meg og som har gitt meg god støtte og oppmuntrende ord i alle stadiene av denne prosessen! Det har betydd mye.

Anna Helle Valle som har gitt meg god hjelp og støtte som bi-moderator i intervjuene.

Mine klassevenninner for inspirerende diskusjoner i tillegg til støttende og humoristiske post-it lapper på lesesalen som har fått meg til å smile på dager der jeg har trengt det!

Mamma og pappa for at dere viser så stort engasjement for det jeg holder på med. Dere er også kløppere på å rette kommafeil og hjelpe til med korrekturlesing. Er også glad for å ha ei teknologisk kompetent søster som har gitt meg lyn-kurs i all mulig slags databruk.

Camilla og Helene som har lest oppgaven min, og som har gitt meg uvurderlige gode tips og råd i masterinnspurten!

Eichi Shiozawa for den fine og passende tegningen på forsiden. Det strekker seg langt over mine strekmenn-ferdigheter!

Edvard for en unik tålmodighet.

## Abstract

### From part to whole

-A qualitative study that examines how music therapy can be a part of dementia care in nursing homes.

This is a qualitative study that examines health care professionals' opinions on how to integrate music therapy as a professional practice in dementia care, and how health care professionals and music therapists could collaborate to make this happen. To investigate this, two focus group interviews were conducted with six health care professionals working at two dementia units in a nursing home. To contextualize the study, discussions related to music therapy as a profession and research-field related to dementia and elderly care, have been presented. Additionally, I have included literature that explores perceptions of music therapy and its properties amongst professionals in different fields of health care.

The findings suggest that *knowledge exchange* between the health care professionals and music therapist is an important contribution to the integration of music therapy in the dementia care units. To make both tacit and explicit knowledge available and understandable for others through a continuous dialogue was highlighted as an important aspect that impacted the quality of the music therapy groups. There were especially *three areas of knowledge* that were seen as important. These were *knowledge about music therapy*, *knowledge about dementia* and personal *knowledge about each individual resident* at the nursing home. Knowledge exchange is a prerequisite for creating a platform of common knowledge for music therapists and health professionals.

## INNHOUDSLISTE

Forord.....	2
Abstract.....	3
<b>1 INNLEDNING .....</b>	<b>6</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	6
1.2 Demens.....	7
1.3 Musikkterapi i demensomsorgen .....	8
1.4 Musikkterapi på den helsepolitiske agendaen.....	10
1.5 Musikkterapi som profesjon.....	11
1.6 Musikkterapi i en tverrfaglig arena .....	13
1.7 Hensikt og problemstilling.....	16
<b>2 METODE .....</b>	<b>17</b>
2.1 Bakgrunn for valg av metode .....	17
2.2 Datainnsamlingsmetode .....	17
2.3 Rekruttering av deltakere .....	18
2.4 Ethiske aspekter .....	19
2.5 Gjennomføring av fokusgruppeintervju .....	22
2.5.1 Første fokusgruppeintervju.....	23
2.5.2 Andre fokusgruppeintervju.....	24
2.6 Transkribering .....	25
2.7 Konstruktivist grounded theory .....	26
2.8 Hermeneutikk.....	27
2.9 Analyseprosessen.....	28
<b>3 PRESENTASJON AV FUNN .....</b>	<b>31</b>
3.1 Kunnskapsbegrepet.....	31
3.1.1 Taus og eksplisitt kunnskap .....	32
3.2 Kunnskapsdeling .....	32
3.3 Kategori 1: Kunnskapsutveksling.....	33
3.4 Kategori 2: Tre kunnskapsområder.....	39
3.4.1 Kunnskap om musikkterapi.....	39
3.4.2 Kunnskap om demens .....	43
3.4.3 Kunnskap om beboerne .....	46
<b>4 DRØFTING.....</b>	<b>49</b>
4.1 Kunnskapsutveksling som strategi for integrering av musikkterapitiltak.....	51
4.2 Hvordan skape en kultur der kunnskapsutveksling skjer? .....	54
4.3 Implikasjoner for praksis og forskning .....	56
4.4 Kritisk blikk på egen forskning .....	58
<b>5 AVSLUTNING.....</b>	<b>60</b>
<b>6 LITTERATURLISTE .....</b>	<b>61</b>
Vedlegg 1 .....	68

<b>Kvittering på melding om behandling av personopplysninger .....</b>	<b>68</b>
<b>Vedlegg 2.....</b>	<b>69</b>
<b>Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt.....</b>	<b>69</b>
<b>Samtykke til deltakelse i forskningsprosjekt.....</b>	<b>71</b>
<b>Vedlegg 3.....</b>	<b>72</b>
<b>Intervjuguide 1.....</b>	<b>72</b>
<b>Vedlegg 4.....</b>	<b>73</b>
<b>Intervjuguide 2.....</b>	<b>73</b>

# 1 INNLEDNING

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

*Olga og Anna er begge i dårlig humør og drar hverandre ned. De sitter ved siden av hverandre med hendene i kors og kritiserer de som synger. Anna blir fornærmet av en sang og vil hverken synge eller spille. Oppvaskmaskinen i naborommet lager like mye lyd som sangen på stua, og Peder som sitter i hjørnet har for lengst mista konsentrasjonen. Som musikkterapistudent føler jeg økten er mindre vellykka. Jeg får prata med helsepersonalet, og vi diskuterer våre ulike oppgaver og hva som kan forandres til neste gang, slik at gruppa kan fungere bedre. Olga og Anna skal ikke sitte sammen, Peder hører visst dårlig, og bør derfor sitte nærmere pianoet, oppvaskmaskinen skal ikke være på og det kommer flere sangforslag basert på beboernes sangpreferanser. Neste time er kommet. Olga og Anna synger med for full hals fra hver sin kant, med energien på topp! Peder tramper takten ivrig og gruppa beveger seg i takt med musikken. Timen ender med spontan dans!*

Denne historien kommer fra oppstartsfasen av et musikkterapitilbud en medstudent og jeg skulle sette i gang på et sykehjem. Opplevelsen av en og samme gruppe kan variere enormt fra gang til gang. Det er mange faktorer som er med å påvirke dette, deriblant søvn, inneklima, humør, mat og drikke. En annen viktig faktor som vakte min interesse, gikk på samhandlingen og samarbeidet mellom helsepersonalet og meg, og hvordan helsepersonalet med sine innspill bidro med å legge til rette for gjennomføringen av musikkterapigruppen. Denne interessen dannet grunnlaget for denne masteroppgaven, som har hatt som mål å undersøke nærmere hvordan samarbeidet mellom helsepersonell og musikkterapeut kan påvirke integreringen av musikkterapitilbud på sykehjem. I løpet av det siste året har jeg som musikkterapistudent hatt egenpraksis på to demensavdelinger ved et sykehjem. For å belyse temaet, valgte jeg derfor å gjennomføre en kvalitativ studie der jeg intervjuet helsepersonell knyttet til disse avdelingene for å utforske deres tanker, refleksjoner og observasjoner rundt hvordan en best mulig kan integrere musikkterapitiltak innenfor demensomsorgen.

Jeg har hatt både en personlig og faglig motivasjon til å utforske musikkterapi innenfor denne konteksten. Jeg, som mange andre, har erfart tilfeller av demens i nær familie og sett hvordan sykdommen påvirker både den det gjelder, men også oss som familiemedlemmer. Det kan være tungt og vanskelig å forholde seg til forandringer som følge av demens. Som musikkterapistudent har jeg følt et engasjement og hatt en stor interesse av å jobbe med akkurat denne målgruppen. Gjennom å være i samspill med de eldre med demens har jeg

opplevd mange flotte og meningsfulle øyeblikk, der musikk har vært en unik kilde for å stimulere til bevegelse, skape samhandling, glede og gode samtaler. Musikk er fascinerende universelt og det er utrolig hvor mye musikk som bevisst og ubevisst er blitt lagra i ”ryggraden” i løpet av våre leveår. Musikk ser også ut til å fungere som en alternativ kommunikasjonskanal når språket ikke lengre strekker til. Forskning har bekreftet at musikkterapi åpner opp for nonverbal samhandling som kan ha positive virkninger hos mennesker med demens med tanke på kommunikative, fysiologiske, kognitive og sosiale aspekter (Ridder, 2005). Jeg har selv truffet flere eldre med demens som blant annet har mistet verbalspråket, men som har hatt en unik evne til å kommunisere gjennom blant annet rytme og puls. Med dette opplever jeg at musikkterapi kan åpne opp mulighetene for deltakelse, ikke bare for de som er aktive fra før av, men også for de som har langtkomment demens og som ofte kan falle utenfor i sosiale sammenhenger. Gjennom å tilrettelegge musikken for den enkelte, kan en møtes som likeverdige samspillspartnere og skape mestring og glede for hverandre.

## 1.2 Demens

Demens er en sammensatt diagnose som kan forårsakes av mange ulike sykdommer eller skader (Berentsen, 2008). Det å få en demensdiagnose fører til ulike utfordringer for den det gjelder. Dette kan komme til syne gjennom psykologiske og adferdsmessige forandringer; svekkelse av kognitive funksjoner som kan virke inn på hukommelse, orienteringsevne, språkfunksjon og evnen til å gjennomføre dagligdagse praktiske gjøremål (Berentsen, 2008). Opplevelsen av å ikke mestre det man tidligere har klart kan i mange tilfeller føre til en tapsreaksjon og oppgitthet, og i andre tilfeller depresjon (Berentsen, 2008). WHO (2015) viser til at demens er en av de største årsakene til uførhet og avhengighet av hjelp blant eldre mennesker verden over. Bortimot 70-80 % av de som bor på norske sykehjem har en demensdiagnose (Berentsen, 2008). Statistikkene viser at som følge av økt levealder vil det også bli en økning av demens i befolkningen i årene som kommer, og samfunnet vil møte mange utfordringer knyttet til hvordan vi kan gi alle med demens en så god, bred og tilrettelagt oppfølging som mulig (Folkehelseinstituttet, 2015).

Alderspsykiateren og forskeren Selbæk (2010) konstaterer at det per dags dato ikke finnes medisiner som kurerer demens, men at det finnes legemidler som kan lette på enkelte symptomer knyttet til sykdommen. Disse har en begrenset og beskjeden effekt, og det blir

derfor anbefalt å bruke ikke-medikamentelle intervensjoner som førstelinjebehandling innen demensomsorgen (Selbæk, 2010). Forskning har videre vist at effekten av ikke-medikamentelle tilnærminger og pasientsentrert omsorg ofte er bedre enn effekten av medisiner i behandling av demens (Vink, Zuidersma, Boersma, Jonge, Zuidema & Slaets, 2013). Berentsen (2008) peker på at pleie og omsorg til mennesker med demens av den grunn først og fremst handler om å gi dem en opplevelse av verdighet og bidra til mestringsopplevelser. God behandling og omsorg handler ikke bare om medisiner, men i like stor grad om at psykososiale og eksistensielle behov blir tatt på alvor (Kitwood, 1997). Selbæk (2010) peker også på at det er viktig at noen har ekstra kunnskap om og eiendomsfølelse til de ikke-medikamentelle tiltakene som skal settes i gang på ulike institusjoner. En av disse ikke-medikamentelle behandlingsformene som stadig blir mer implementert på sykehjem, er musikkterapi (Kvamme, 2013).

### 1.3 Musikkterapi i demensomsorgen

Det er blitt gjennomført en del forskning på effekten av musikkterapi i demensomsorgen. Vink, Bruinsma & Scholten publiserte i 2011 et Cochrane review<sup>1</sup>. Datainnsamlingen skjedde i 2008 og inkluderte kun RCT-studier<sup>2</sup> som kunne rapportere om klinisk relevant effekt på adferdsmessige, kognitive, sosiale og emosjonelle utfordringer hos mennesker med demens. Dette reviewet (Vink et al, 2011) viste ikke noen konkluderende resultater, men senere forskning er imidlertid på vei til å bedre de metodiske forutsetningene for kvalitet og rapportering. McDermott, Crellin, Ridder & Orell (2012) peker også på at RCT'er ikke alltid er et passende forskningsdesign når en skal undersøke effekten av blant annet psykososiale intervensjoner, ettersom det sjeldent er praktisk eller etisk mulig å operere med placebo eller å gjennomføre forskning der deltakerne og forsker er uvitende om hvilken behandling som blir gitt til deltakerne. Mye av den kvalitative forskningen som finnes vil automatisk bli ekskludert fra kvantitative meta-analyser, slik som i Vink et al's (2011) Cochrane review. Jeg

---

<sup>1</sup> Cochrane reviews er internasjonalt anerkjente litteraturgjennomganger som inkluderer evidensbasert helserelatert forskning av høyeste standard (Cochrane Community, 2014).

<sup>2</sup> RCT er en forkortelse for "randomized controlled trials", og kan på norsk oversettes til randomisert kontrollstudie. I en randomisert kontrollstudie undersøkes effekten av en bestemt behandling gjennom å randomisere deltakerne til en behandlings- og en kontrollgruppe, for deretter å sammenligne målingene i de to gruppene (Svartdal, 2012).



har derfor valgt å presentere musikkterapistudier gjennomført i senere tid, etter 2008, med et bredt spekter av forskningsdesign.

En rekke studier har utforsket musikkterapiens effekt på adferdsmessige og psykologiske symptomer hos mennesker med demens, der agitasjon har vært et gjennomgående tema (Ridder, Ottesen, Wigram, 2009; Reuer, Guy, Sturley, Soskins & Lewis, 2011; Gold, 2013; Ridder, Stige, Qvale & Gold, 2013). Gold (2013) har i sin studie sett på adferden hos ni eldre med avansert demenssykdom som deltok i musikkterapigrupper. Logg ført av sykepleiere både på dager med musikkterapi og dager uten musikkterapi ble analysert og åtte av ni pasienter viste konsekvent mer positiv og mindre negativ adferd på dager der de hadde deltatt i musikkterapi (Gold, 2013). Ridder et al (2013) har gjennomført en overkrysningsstudie hvor 42 deltakere med demens gjennomgikk seks uker med musikkterapi og seks uker med standard behandling. Funnene viste at forstyrrende adferd økte under standard behandling og ble redusert under musikkterapi, med en signifikant forskjell ( $p = 0.027$ ) og med medium effektstørrelse (0.50). Parallelt med reduksjon av forstyrrende agitasjon ble det rapportert om at deltakerne fikk bedret livskvalitet og at de unngikk økning av medisiner (Ridder et al, 2013). Fischer-Terworth & Probst (2011) har gjennomført en kontrollstudie der 26 mennesker med demens i mild til moderat fase deltok i musikkterapi en gang i uken i seks måneder. De 23 deltakerne i kontrollgruppen fikk uspesifiserte ergoterapitiltak i samme periode. Samlet viste NPI, som er en nevropsykiatrisk evalueringsskema brukt for å vurdere psykiatriske symptomer og adferdsendringer, at gruppen som gjennomgikk musikkterapi hadde til dels signifikant reduksjon av symptomer ( $p = 0,06$ ), mens symptomene økte i kontrollgruppen. For delområdene angst og agitasjon ble det også vist reduksjon av symptomer i musikkterapigruppen og økning av symptomer hos kontrollgruppen. Raglio et al (2010) gjennomførte en RCT-studie, der 30 demensrammede med adferdsforstyrrelser deltok. Eksperimentgruppen deltok i 12 musikkterapigrupper i løpet av seks måneder, mens kontrollgruppen mottok standard behandling. NPI viste samlet at begge gruppene hadde reduksjon i symptomer, men at musikkterapigruppen hadde en signifikant reduksjon sammenlignet med kontrollgruppen og at delområdet agitasjon kun ble signifikant redusert hos musikkterapigruppen ( $p = 0,003$ ). Flere studier har i tillegg benyttet seg av ulike livskvalitetsinstrumenter i forskningen (Fischer-Terworth & Probst 2011; Han et al, 2010; Choi, Lee, Cheong & Lee, 2009). Målingene i Fischer-Terworth & Probst (2011) sin studie, viste signifikant bedring hos eksperimentgruppen i domene kommunikasjon, følelsesmessige uttrykk og aktivitet. Målingene i forskningsstudiene av Han et al (2010) og

Choi et al (2009) viste også tendens til bedring av livskvalitet, selv om disse ikke var signifikante.

Videre har musikkterapeut Tone Sæther Kvamme (2013) i forbindelse med sin doktoravhandling gjennomførte en mixed-method studie som har sett på om musikkterapi kan påvirke sinnsstemning hos demensrammede som har symptomer på depresjon eller angst. Seks eldre rammet av demens fikk gjennomsnittlig tolv individuelle musikkterapitimer hver i ca. fem uker. De kvantitative resultatene viste at gruppen samlet hadde en statistisk signifikant positiv endring av angst og livskvalitet i løpet av musikkterapiperioden. I tillegg til dette ble det målt reduksjon av symptomer på depresjon så vel som økt kognitiv funksjon hos tre av deltakerne. De kvalitative resultatene viste uendret eller økende grad av oppmerksomhet, respons på musikk, følelsesuttrykk og relasjonell tilgjengelighet både på begynnelsen og slutten av musikkterapiperioden samt før og etter hver time. Guétin et al (2009) viser også til at musikkterapi kan føre til bedring av angst og depresjon. Gjennom en komparativ, kontrollert og randomisert studie ble det målt signifikant bedring av angst ( $p < 0.01$ ) og depresjon ( $p < 0.01$ ) i musikkterapigruppen sammenlignet med kontrollgruppen. Dette viser at det skjer mye på forskningsfronten angående musikkterapi og demens, og fagfeltet er i en stadig utvikling.

#### **1.4 Musikkterapi på den helsepolitiske agendaen**

Musikkterapipraksisen innenfor eldreomsorgen har i de senere årene ekspandert. Kvamme (2013) peker på at dette kan være på grunn av etableringen av en evidensbasert forskningstradisjon innenfor musikkterapien, så vel som at det er blitt mer fokus på pasientsentrert omsorg innenfor eldreomsorgen. Bøysen (2007) trekker fram at det er blitt flere sykehjem som ansetter musikkfaglig personale, og at mange av disse er musikkterapeuter.

I de siste årene har musikkterapi vært på dagsordenen, også i aviser, TV-programmer og i politikken. Den forrige regjeringen pekte på at det er nødvendig å finne nye måter å løse omsorgsoppgaver på i eldreomsorgen. I stortingsmelding 29 (2012-2013) ”morgendagens omsorg” ble det argumentert for at kunst og kultur kan ha en behandlende og terapeutisk effekt, der sang, musikk, bevegelse og dans kan være del av den gode omsorgen og skape meningsfulle fellesskapsopplevelser i de eldres hverdag. Videre ble det påpekt at kunst og kultur i større grad bør brukes innovativt til å utvikle nye metoder og faglige tilnærminger i

omsorgstjenestene: ”Kultur og omsorg kan spille sammen i et tett tverrfaglig samarbeid som kan stimulere kropp og sjel og aktivisere tanke- og følelsesliv” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 85). Det ble med dette påpekt at framtidens omsorgstjeneste må legge større vekt på aktiv omsorg og opptrening gjennom fysisk, sosial og kulturell aktivitet, og at det trengs større faglig bredde med andre kompetansesammensetninger og faglige tilnærminger og arbeidsmetoder.

Under regjeringsskiftet i 2014 oppstod det en betydelig debatt rundt å kutte den kulturelle spaserstokken; et kulturtilbud som har vært rettet mot at eldre skal få konsert- og kunstopplevelser i de arenaene hvor de befinner seg. Tone Wilhelmsen Trøen, som er helsepolitisk talsperson for Høyre, skrev i Dagbladet den 28.10-2014, at istedenfor den kulturelle spaserstokken, ville det nå bli satsset på musikkterapi. Musikkterapi ble i denne sammenhengen beskrevet som sykepleietiltak:

Musikkterapi, som sykepleietiltak, reduserer aggressiv adferd, reduserer bruk av beroligende medisiner, er uten bivirkninger og er rimelig å utføre. Med opplæring er det enkelt å implementere i praksis. Staten skal bidra til at de ansatte har kompetanse til å bruke musikk og kultur som en integrert, forskningsbasert og kunnskapsbasert del av pleien (Wilhelmsen Trøen, 2014).

Dette førte igjen til en debatt som gikk ut på hvilken form musikk- og kulturelle tilbud skulle ha innenfor eldreomsorgen og *hvem* som skulle stå for gjennomføringen av disse. Dette viser til at det i dag finnes uklarheter og uenigheter om hvordan en definerer musikkterapien. Er målet for regjeringen at kulturelle og musikkterapeutiske tilbud skal kunne gjennomføres av sykepleiere og at det hverken trengs profesjonelle musikkterapeuter eller musikere innenfor eldreomsorgen? Med disse ulike vinklingene på musikkterapi, vil det være nødvendig å utdype og tydeliggjøre musikkterapibegrepet og hvordan det blir definert i dette prosjektet.

## 1.5 Musikkterapi som profesjon

Bruscia (1998) viser til at musikkterapi er en tverrfaglig disiplin som består av fagområder som psykologi, psykiatri, musikkpedagogikk, spesialpedagogikk og nevrologi. Avhengig av hvilken kontekst og klientgruppe man jobber med vil musikkterapien jobbe mot ulike målsettinger. World Federation of Music Therapy har utforma en generell og omfattende definisjon som illustrerer denne bredden i musikkterapien:

Music therapy is the use of music and/or musical elements (sound, rhythm, melody and harmony) by a qualified music therapist with a client or group, in a process designed to facilitate and promote communication, relationships, learning, mobilization, expression, organization and other relevant therapeutic objectives, in order to meet physical, emotional, mental, social and cognitive needs. Music therapy aims to develop potentials and/or restore functions of the individual so that he or she can achieve better intra- and inter- personal integration and, consequently, a better quality of life through prevention, rehabilitation or treatment. (Wigram, Bonde, & Pedersen, 2002, s.30)

Denne definisjonen av musikkterapi vektlegger at musikkterapi er en profesjonell praksis utført av kvalifiserte musikkterapeuter. I Norge er utdanningen av musikkterapeuter på mastergradsnivå og kan tas ved Norges musikkhøgskole i Oslo og på Griegakademiet ved Universitetet i Bergen. I 2010 fantes det omtrent 400 utdanna musikkterapeuter i Norge, med omlag 20 nye utdannet hvert år (Trondalen, Rolvsjord, Stige, 2010). Musikkterapeut som yrke er per dags dato ikke en vernet tittel, noe som betyr at hvem som helst i utgangspunktet kan starte sin egen praksis. I 2010 sendte Norges musikkhøgskole og Universitetet i Bergen i samråd med Musikernes fellesorganisasjon og Norsk forening for musikkterapi inn en søknad til Helse- og omsorgsdepartementet om å få autorisasjon av musikkterapeuter (Autorisasjonssøknad, 2010). Der ble det blant annet argumentert for at en autorisasjon av musikkterapeuter vil kunne skape et bedre grunnlag for integreringen av musikkterapeutisk kompetanse i helsevesenet. Musikkterapeuter har fortsatt ikke fått yrkesautorisasjon til tross for at faget krever utdanning på mastergradsnivå og at faget kan vise til evidensbasert forskning. Flere musikkterapeuter og organisasjoner jobber for autorisasjon av musikkterapi, slik at en kan sikre kvalitet og kompetanse innenfor profesjonen (Norsk forening for musikkterapi, 2014).

Musikkterapeut, professor og psykolog Even Ruud (2008) peker på at musikkterapi som profesjonell praksis i Norge bærer preg av et humanistisk grunnsyn. I en behandlingshverdag der mennesker ofte blir møtt med medisiner, tester og diagnoser, kan musikkterapeuten på den andre siden tilby tid og tilstedeværelse gjennom å skape anerkjennende møter i musikken. Ruud (2008) vektlegger at relasjonen som oppstår mellom klient og terapeut har en sentral rolle i musikkterapien. Mennesker kan ikke behandles kun med musikk, men de møtes av en musikkterapeut i en felles musikkopplevelse, som igjen danner grunnlaget for en relasjon. Den humanistisk funderte musikkterapien tar ikke bare utgangspunkt i sykdomsforklaringer og tiltak bygget på klientens ”mangler”, men er like opptatt av å utvikle og tilrettelegge for

klientenes ressurser. Musikkterapiens mål vil her være å gi klientene god helse og livskvalitet gjennom å la dem utnytte sitt fulle potensiale og oppleve velvære og mestringsfølelse. Ut ifra dette har Ruud (2008) betegnet musikkterapien som det å ”gi mennesker nye handlemuligheter gjennom musikk”. Denne definisjonen synes jeg får fram noen viktige aspekter av musikkterapiens rolle innenfor demensomsorgen, hvor det blant annet handler om å bruke musikken, og relasjonen som oppstår, som et verktøy til å skape trygghet, trivsel og mestring i hverdagen og til å åpne opp for minner om et levd liv. Ruud (2008) peker videre på at musikkterapi ikke er en alternativ terapiform som forkaster naturvitenskapelig kunnskap eller praksis, at men musikkterapeuter bør samarbeide med andre faggrupper, der musikkterapi har en supplerende og utfyllende rolle. Jeg vil nå gå nærmere inn på hvordan musikkterapi er, og kan bli, en del av en tverrfaglig kultur.

## **1.6 Musikkterapi i en tverrfaglig arena**

Sykehjemmet er en arena med en allerede tverrfaglig kultur med satte roller og ansvar. Med tanke på at musikkterapi fortsatt er en forholdsvis ny profesjon, vil mange musikkterapeuter komme til et miljø som ikke nødvendigvis har kjennskap til musikkterapi fra før av. Hvordan skal en da tydeliggjøre og finne plass til musikkterapi som en ny profesjonell praksis innenfor en tverrfaglig kultur? Stige (2012) peker på at musikkterapi som fag kan ses på som en profesjon som er opptatt av å utforske forholdet mellom musikk og helse. Dette er dog ikke bare musikkterapeutenes territorium; både sykepleiere, leger, psykologer og musikere kan også være interessert i forholdet mellom musikk og helse på hver sine vis. Sykehjemmet er en møteplass for en rekke musikkpraksiser, deriblant beboernes egen bruk av musikk, helsepersonalets omsorgssang, konserter holdt av profesjonelle musikere og musikkterapeuters intervensjoner (Stige, 2012). Stige (2012) har av den grunn vært opptatt av å vektlegge at de ulike faggruppene må dele på og samarbeide om bruken av musikk innenfor helsearbeid, med sine ulike roller og sin kompetanse. Aasgaard (2006) har skrevet et bokkapittel der han viser til at musikk er blitt brukt over lang tid både innen fysioterapi, ergoterapi og sykepleie, der alle har sine tilnæringsmåter og fokus. Aasgaard (2006) viser til at det å åpne opp for mer samarbeid mellom helseprofesjoner og musikkterapeuter vil være hensiktsmessig, der det å bedre kommunikasjonen og informasjonen mellom helseprofesjonene har ført til nye tilnæringsmåter og synsvinkler som har kommet klientene til gode. Legen Audun Myskja (2011) er også opptatt av at behandling på sykehjem ikke kun kan overlates til legens medikamenter eller musikkterapeutens musikkstunder, men at det er et

tverrfaglig ansvar hvor det er viktig å øke bevisstheten rundt bruk av musikk i hverdagen. Musikkterapeut Berit Bøysen (2007) har i sin masteroppgave undersøkt hvilke faktorer som er viktig når musikkterapi, gjennomført av musikkfaglige ansatte, skal integreres og etableres på institusjoner for eldre. Bøysen (2008) viser til utfordringer med å få musikkterapi innpassa i helserelaterte fagområder, der hun peker på det at musikkfaglig ansatte har mulighet til å samarbeide med andre fagpersoner er en nøkkelfaktor for å kunne løse disse utfordringene. Musikkterapeut Alison Ledger (2010) har også utforska hvordan utvikling og integrering av musikkterapitiltak innenfor ulike medisinske system avhenger av andre fagpersoner og organisatoriske faktorer. Ledger (2010) peker på at det å engasjere, bygge relasjoner og være i dialog med andre fagpersoner i det musikkterapi skal integreres er viktig, og at andre fagpersoner kan være til stor hjelp for å tilrettelegge for utviklingen av musikkterapitiltak. Ledger, Edwards & Morley (2013) viser også til at det å lytte til andre fagpersoners perspektiv og tanker til hvordan musikkterapi kan møte de ulike pasientenes og organisasjonenes behov, er et viktig aspekt for å kunne integrere nye tiltak i praksis. Holdninger andre fagpersoner har i forhold til musikkterapi synes viktig når faget skal bli en del av et tverrfaglig miljø, slik et sykehjem er. Jeg vil derfor presentere tidligere forskning som har tatt for seg dette. Her har jeg inkludert litteratur fra ulike medisinske kontekster musikkterapeuter jobber innenfor, og ikke kun eldreomsorg. Dette er blitt gjort fordi litteraturen allikevel tar opp noen generelle utfordringer som kan overføres til denne konteksten.

Flere studier har gjennom spørreundersøkelser undersøkt hvordan kollegaer av musikkterapeuter oppfatter musikkterapien og musikkterapeutens rolle i tverrfaglige team. Choi (1997) gjennomførte spørreundersøkelser for å kartlegge hvordan personale i tverrfaglige team innenfor 18 psykiatriske sykehus oppfattet musikkterapien og dens relevans innenfor denne konteksten. I spørreundersøkelsen rapporterte de fleste av personalet et positivt bilde av musikkterapi-profesjonen. Allikevel fantes det signifikante forskjeller mellom de ulike faggruppene. Psykiaterne så størst verdi av musikkterapi som en støttende behandling i sammenheng med arbeid relatert til klientenes sosiale ferdigheter og de hadde mindre tro på musikkterapi som en effektiv terapeutisk intervensjon alene. Psykologer og sosialarbeidere responderte mindre positivt til musikkterapiens behandlingsmål som var tilsvarende lik deres egne mål og de verdsatte musikkterapi først og fremst som terapeutisk rekreasjon. Et siste funn var at personale som hadde fått muligheten til å observere

musikkterapi-intervensjoner i praksis verdsatte musikkterapi-tilbudene mer enn de som ikke hadde det.

En studie av Gallagher, Huston, Nelson, Walsh & Steele (2001) omfatter et musikkterapi-program innenfor palliativ medisin. De brukte spørreskjemaer og muntlige tilbakemeldinger for å undersøke hvilken innvirkning musikkterapiprogrammet hadde hos pasientene, pårørende og personalet. Personalet rapporterte gjennom spørreskjemaene at de opplevde at musikkterapi først og fremst gjorde pasientene mer tilfreds og at tilbudet hadde positiv innvirkning på stress og angst hos pasientene. I det musikkterapitilbud skal starte opp ved en institusjon anbefaler Gallagher et al (2001) å la kollegaer delta, få informasjon om og observere musikkterapien og at dette kan bidra til å skape forståelse og bedre samarbeid mellom de ulike faggruppene. Studien presiserte også at det er viktig at musikkterapeuten fungerer som et medlem av et tverrfaglig team.

O’Kelly & Koffman (2007) gjennomførte 20 dybdeintervjuer med kollegaer som jobbet med musikkterapeuter i tverrfaglige team ved fem ulike hospitser. Målet med intervjuene var å utforske musikkterapiens rolle innenfor tverrfaglige palliative behandlingsteam og utforme en guide til framtidig utvikling av musikkterapipraksis innenfor denne konteksten. Emosjonelle, fysiske, sosiale, miljømessige, kreative og spirituelle fordeler av musikkterapi ble beskrevet av kollegaene. Intervjuene viste at musikkterapien ble verdsatt av kollegaene, men at flere manglet forståelse for hva musikkterapeutens rolle var. Det var spesielt blant sykepleierne at det var mangel på forståelse. O’Kelly & Koffman (2007) mener resultatene indikerer at det er viktig med tiltak som bedrer forståelsen for og integreringen av musikkterapien på en institusjon.

Darsie (2009) har gjennomført en studie som har undersøkt hvordan andre tverrfaglige team-medlemmer oppfatter musikkterapeutens rolle innenfor en pediatrik poliklinikk.

Spørreundersøkelser ble gitt til team-medlemmene før og etter de fikk se en informasjonsvideo om musikkterapi med videoeksempler fra praksis. Ulike sitater med forslag til hva en musikkterapeut har som arbeidsoppgaver ble gitt til de ulike faggruppene, der de skulle krysse av for de sitatene som de spesielt tenkte var musikkterapeutens arbeidsoppgaver. Child-life spesialistene<sup>3</sup> så på musikkterapeutens oppgave om å ”underholde barna og deres familier når de ikke er involvert i medisinske prosedyrer” som mindre relevant

---

<sup>3</sup> Child life-spesialister er helsepersonell som jobber på sykehus og andre medisinske kontekster, og som hjelper barn og deres pårørende med å håndtere utfordringer relatert til sykdom og medisinske prosedyrer.

enn de andre faggruppene. Pleiepersonalet vurderte oppgaven om å ”gi distraksjon til barn som er under smertefulle prosedyrer” som mer relevant enn det child-life spesialistene gjorde. Funnene viste at de ulike faggruppene hadde ulik oppfatning av hva musikkterapeutens rolle var. Et interessant funn var at resultatene fra pretest til posttest viste signifikante forskjeller, noe som indikerte at personalet fikk økt bevissthet og forståelse av musikkterapi etter å ha blitt mer kjent med faget gjennom undervisningsvideoen.

Silverman & Chaput (2011) har undersøkt om oppfatningene av musikkterapi hos 18 kreftsykepleiere og en sosialarbeider på noe vis forandret seg etter at de hadde deltatt i en internundervisning om musikkterapi. Gjennom pre- og posttester og skriftlige tilbakemeldinger viste resultatet at skårene økte i 11 av de 13 spørsmålene fra pre til posttest. Dette viste til at internundervisning kan være viktig for å bedre oppfatningene og øke forståelsen av musikkterapi hos andre fagpersoner.

## **1.7 Hensikt og problemstilling**

Alle studiene ovenfor vektla viktigheten av å bedre forståelsen av musikkterapi og få faget inn i de tverrfaglige teamene på de aktuelle institusjonene. Dette fikk meg til å bli nysgjerrig på hva som skal til for å integrere musikkterapi som en ny profesjon i en allerede satt kultur, slik et sykehjem er. Dette forskningsprosjektet ønsker derfor å belyse utfordringer og strategier rundt dette. Det å få mer innsikt i helsepersonalets forståelse og erfaringer med musikkterapi tenkte jeg kunne gi en indikator på hvordan musikkterapi kan bli brukt og integrert på best mulig måte innen demensomsorgen. Dette ga grunnlaget for formuleringen av en problemstilling med et tilhørende underspørsmål:

***Hva mener helsepersonalet er viktig for å kunne bygge opp et integrert musikkterapeuttilbud på en demensavdeling?***

*- Hva er helsepersonalets forståelse av og erfaring med musikkterapi?*



## 2 METODE

### 2.1 Bakgrunn for valg av metode

Som nevnt har jeg hatt et ønske om å ta utgangspunkt i helsepersonaleets egne opplevelser og tanker knyttet til studiens problemstilling. Å bruke hverandres kunnskap til å utforske og utvikle ideer til hvordan man kan gi mennesker med demens en så god og bred oppfølging som mulig, tenker jeg er viktig. Å undersøke spørsmål som omhandlet hvordan en kan bygge opp et integrert musikkterapitilbud i demensomsorgen, kommer fra et personlig ønske om å bedre forutsetningene for musikkterapipraksisen. Av den grunn vil jeg også si at det er en fagpolitisk agenda bak valget av metode. Med dette som fokus, ble det naturlig for meg å velge en kvalitativ forskningsmetode. Kvalitativ forskning undersøker kvalitetene ved et fenomen i sin naturlige sammenheng, der forsker forsøker å forstå og tolke fenomenet ut ifra den meningen som blir gitt (Ryen, 2002, Malterud, 2012). Videre omfatter kvalitativ forskning et bredt spekter av strategier hvor en systematisk innhenter, organiserer og tolker tekstlig material fra samtaler, observasjon eller skriftlig kildemateriale (Malterud, 2011). Jeg vil nå utdype nærmere hvilken metode jeg har valgt for å innhente data i denne studien.

### 2.2 Datainnsamlingsmetode

For å utforske problemstillingen valgte jeg å bruke fokusgruppeintervju som datainnsamlingsmetode. I en fokusgruppe er formålet å avklare og belyse et bestemt emneområde gjennom en felles samtale (Lillefjell, Knudtsen & Wist, 2011), og metoden er ofte egnet til å finne forbedringsområder og til å gi ideer til hvordan noe bør bli gjort og hva som kan gjøres annerledes (Malterud, 2012). Sett i lys av at dette har vært en studie som har fokusert på integreringen av musikkterapi som et nytt tiltak på sykehjem, mente jeg at fokusgruppeintervju ville være et særs velegnet format. Malterud (2012) bekrefter at hvis en ønsker å utforske fenomener som handler om felles erfaringer, holdninger eller synspunkter i et miljø der flere mennesker samhandler, er fokusgrupper en relevant forskningsmetode. Gjennom fokusgruppens uformelle form har jeg hatt som intensjon å finne forbedringsområder og ideer til hvordan en best mulig kunne integrere musikkterapitiltak på demensavdelingene, og med det diskutere ulike samarbeidsstrategier for å få dette til. I en fokusgruppe kan man utforske problemstillinger gjennom å åpne opp for dialog mellom deltakerne der de har mulighet til å dele erfaringer, komme med nye innspill, skape mening og utvikle kunnskap sammen.

Ifølge Vaughn, Schumm & Sinagub (1996) må intervjuene inneholde to kjerneelementer for at det skal kunne betegnes som fokusgruppeintervju. For det første trenger man en trent moderator som legger til rette for diskusjon blant deltakerne og som på forhånd har tenkt grundig gjennom en intervjuguide. For det andre må målet med intervjuet være å få tak i deltakernes følelser, holdninger og oppfatninger av et bestemt tema. I dette forskningsprosjektet valgte jeg selv å ha rollen som moderator. En moderator har som jobb å styre samtalen mellom deltakerne og sørge for at tiden til rådighet blir brukt hensiktsmessig og at samtalene er knyttet til prosjektets problemstilling (Malterud, 2012). Malterud (2012) påpeker at det å moderere fokusgrupper er et håndverk. På grunn av at dette var min førstegangserfaring som moderator, valgte jeg å få med meg en bi-moderator som hadde tidligere erfaring med å gjennomføre fokusgruppeintervju. Dette så jeg på som viktig for å sikre god kvalitet på intervjuene og for å skape trygge rammer både for meg selv og for deltakerne. Bi-moderatoren var en PhD student med psykologiutdanning. Å velge en bi-moderator med en annen faglig bakgrunn enn meg selv ble gjort med intensjon om å styrke det tverrfaglige fokuset i gruppen.

### **2.3 Rekruttering av deltakere**

I det jeg skulle finne aktuelle deltakere til fokusgruppen, valgte jeg å undersøke mulighetene for å innhente data fra helsepersonell som var tilknyttet de to demensavdelingene hvor jeg skulle gjennomføre min egenpraksis. Sykehjemmet og avdelingene sa seg villig til dette. På de aktuelle avdelingene skulle jeg også gjennomføre musikkterapigrupper og individuell musikkterapi en dag i uka. Egenpraksisen gikk over ett semester, og bestod av til sammen 90 timer. Rekruttering av helsepersonell til fokusgruppen skjedde gjennom avdelingslederne på sykehjemmet. Jeg gjennomførte et møte med avdelingslederne hvor de fikk innsyn i studiens problemstilling og formål på forhånd. Det ble gjort et strategisk utvalg der avdelingslederne tok sikte på å rekruttere et variert utvalg av helsepersonell, bestående av både sykepleiere, hjelpepleiere, vernepleiere, omsorgsarbeidere og pleieassistenter. Dette var for å styrke tverrfagligheten i deltakergruppen. Malterud (2012) peker på at det er viktig å finne en balanse mellom mangfold og fellesskap når en skal rekruttere deltakere til en fokusgruppe. Gjennom et strategisk utvalg var det mulig å prioritere informasjonssterke deltakere som best mulig kunne belyse problemstillingen (Malterud, 2012). Det var videre noen praktiske forhold som måtte være på plass i forbindelse med rekrutteringen. Dette handlet blant annet om det organisatoriske knyttet til økonomi og turnusarbeid. Gjennom å være i dialog med ledelsen på

sykehjemmet, fikk vi kabalen til å gå opp, slik at alle deltakerne kunne stille til fokusgruppeintervju til samme tid. Et annet aspekt ved rekrutteringen var at jeg ønsket å få tak i helsepersonell som hadde mulighet til å være observerende og aktive deltakere i minst en av musikkterapigruppene som skulle gjennomføres på onsdagene. Dette var for at gruppen skulle kunne opparbeide seg et utgangspunkt for fokusgruppediskusjonene. Gruppen bestod til slutt av to avdelingsledere, en sykepleier, en omsorgsarbeider, en vernepleier og en hjelpepleier. For at deltakergruppen skulle bli stor nok, endte det med at begge avdelingslederne som hadde ansvar for rekrutteringen, også ble en del av fokusgruppen. Malterud (2012) anbefaler at en fokusgruppe består av 5-8 deltakere, med en fleksibel rekrutteringsstrategi i tilfelle frafall. Med tanke på prosjektets størrelse og rent praktisk med tanke på hvor mange av helsepersonalet som faktisk kunne ta seg tid til å være med, ble det bestemt at seks deltakere var nok. I dette prosjektet bruker jeg begrepet helsepersonell som en samlebetegnelse på alle som jobber på et sykehjem som har ansvar for å pleie og stelle beboerne. Dette omfatter også avdelingslederne, ettersom de på dette sykehjemmet også var aktive i pleien og i daglig kontakt med beboerne.

Det er verdt å nevne at helsepersonalet kjente til hverandre fra før av. Det er tidligere blitt anbefalt at deltakerne i en fokusgruppe ikke bør kjenne til hverandre på forhånd, for å unngå at deltakerne diskuterer tema i allerede eksisterende mønstre (Malterud, 2012). I senere tid har dette forandret seg, og Kitzinger (ref i Malterud, 2012) uttrykker at allerede eksisterende grupper har den fordelen av at konteksten er bedre knyttet til ulike hverdagssituasjoner. Med det kan deltakerne ha et større felles repertoar med felles erfaringer enn når man møtes som fremmede (Malterud, 2012). Jeg visste ikke på forhånd hvem som hadde blitt rekruttert til fokusgruppeintervjuene, men det er allikevel viktig å nevne at jeg hadde kjennskap til alle deltakerne i fokusgruppen grunnet tidligere jobb som henholdsvis pleieassistent og musikkterapistudent ved denne institusjonen. Dette innebærer også at deltakerne i fokusgruppen tidligere hadde blitt introdusert for musikkterapi gjennom et femukers prosjekt, ledet av meg og en medstudent.

## **2.4 Ethiske aspekter**

Jeg vil i de følgende avsnitt gjennomgå noen etiske og moralske spørsmål knyttet til innhenting av datamateriale og hvordan jeg har tatt stilling til disse i dette forskningsprosjektet.

Før jeg satte i gang med datainnsamlingen ble en beskrivelse av forskningsprosjektet sendt inn til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Allerede her tok jeg stilling til etiske spørsmål om hvordan datamaterialet fra fokusgruppeintervjuene skulle behandles. Her viste jeg til at alt datamateriale som skulle behandles elektronisk i prosjektet direkte skulle anonymiseres gjennom et kodesystem, istedenfor å bruke deltakernes navn. Jeg tok et valg om at lydopptakene kunne transkriberes direkte fra opptakeren, for å unngå å overføre lydfiler over til datamaskin med tilgang til internett. Videre rapporterte jeg om at dette ikke var et prosjekt der det ville være nødvendig å opprette et manuelt personregister med sensitive opplysninger. NSD konkluderte med at prosjektet ikke medførte meldeplikt, og ga dermed klarsignal til å sette i gang datainnsamlingen (vedlegg 1).

Etter at avdelingslederne hadde fått rekruttert deltakere til fokusgruppen, sendte jeg ut et skriftlig informasjonsskriv med forespørsel til helsepersonalet om de ville delta i fokusgruppeintervjuene. Ved siden av dette fulgte et samtykkeskjema (vedlegg 2). Både informasjonsskrivet og samtykkeskjemaet ble utformet i tråd med NSD sitt standardoppsett. Informert samtykke handler om at deltakerne skal få informasjon om forskningsprosjektets overordnede mål. Hovedtrekkene i forskningsdesignet ble presentert, samtidig som det ble informert om mulige risikoer og fordeler ved å delta (Kvale & Brinkmann, 2009). I mitt prosjekt kunne en ulempe være at forskningsprosjektet kunne bli en ekstra byrde i en allerede stressende hverdag for helsepersonalet. Av denne grunnen så jeg det som svært viktig å være i dialog med helsepersonalet i det møtetidspunktene skulle avklares, slik at tidspunktene for datainnsamling skulle passe best mulig inn i deres timeplan. Fordelene av prosjektet kunne handle om at helsepersonalet fikk en mulighet til å utvikle en bredere forståelse rundt bruken av musikkterapi og eventuelt utvikle ideer til videre arbeid som kunne finne sted på demensavdelingene. Videre informerte jeg om at det var frivillig å delta og at deltakerne når som helst kunne trekke seg fra forskningsprosjektet, uten å behøve å begrunne det. I tillegg til dette informerte jeg deltakerne om at alle lydopptak ville bli sletta ved prosjektslutt og at min veileder ville kunne få innsyn i deler av transkripsjonene, men at transkripsjonene da ville være anonymiserte.

Som presentert i prosjektbeskrivelsen til NSD, var jeg opptatt av å ta stilling til konfidensialitet. Konfidensialitet i forskning handler om at private data som kan identifisere deltakerne ikke må bli avslørt. Å beskytte deltakernes identitet gjennom å endre navn og annen informasjon, er forskerens ansvar (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg valgte å både anonymisere praksisplass og deltakerne. Anonymisering kunne til tross for dette være

vanskelig, i og med at det ville være lett for mange å finne ut hvor jeg gjennomførte min praksisperiode. Av den grunn tok jeg flere forhåndsregler. Deriblant var jeg konsekvent på å transkribere intervjuene direkte til bokmål for å unngå karakteristiske dialektord som eventuelt kunne røpe deltakernes identitet. En annen problemstilling som omhandlet konfidensialitet gikk på at helsepersonalet snakka om enkelte beboere i fokusgruppeintervjuene. Dette var dog en liten problemstilling i og med at helsepersonalet selv var konsekvent på å anonymisere beboerne. Til tross for dette har jeg valgt å unngå å presentere gjeldende kasus ettersom de ikke har vært av stor relevans med tanke på prosjektets problemstilling.

Et annet etisk aspekt som det har vært viktig å ta stilling til, har vært min rolle som forsker. Kvale & Brinkmann (2009) peker på at forskerens rolle som person og forskerens integritet er helt avgjørende for kvaliteten av den vitenskapelige kunnskapen og de etiske beslutningene som tas i kvalitativ forskning. Jeg har i dette forskningsprosjektet vært involvert på mange ulike måter, både som forsker, moderator, musikkterapistudent og tidligere som pleieassistent. Deltakerne i fokusgruppen har møtt meg i alle disse rollene. Denne firedoble rollen kan ha påvirket hvordan deltakerne forholdt seg til meg, hvordan de formulerte seg og hvilke opplevelser og erfaringer de valgte å dele i fokusgruppeintervjuene. Helsepersonalet kunne muligens kjenne på en lyst til å gi meg de svarene de trodde jeg ønsket å få. Dette har jeg prøvd å forhindre ved å være tydelig på at jeg har vært ute etter *deres* ærlige oppfatninger og at det ikke fantes noen "rette svar" på spørsmålene som ble stilt. Jeg har også prøvd å unngå å rette fokus mot mine evner som musikkterapistudent, men heller prøvd å utforme åpne spørsmål som omhandlet mer generelle ideer til bruken av musikkterapi. Det har også vært viktig å prøve å formulere spørsmål slik at deltakerne hadde muligheter til å komme med egne tema og innspill. Til tross for dette må jeg innrømme at jeg har kjent på et sterkt behov for å prestere og lykkes i egenpraksisen for å kunne skape et godt utgangspunkt for fokusgruppediskusjonene. Jeg vil si de komplekse rollene har påvirket min holdning til forskningen, i og med at jeg har blitt personlig involvert og engasjert på mange ulike nivå. På den ene siden har jeg vært opptatt av å samle inn data som best mulig kan belyse min problemstilling, uten å legge for mange forutinntatte holdninger til grunne for analysen av datamaterialet. På den andre siden har jeg vært opptatt av å innhente informasjon som utforsket problemstillinger som jeg selv møtte i praksis og som igjen gikk på min egenutvikling som musikkterapeut. Praksis og forskning har derfor vært tett sammenvevd nettopp på grunn av at jeg har kunnet utforske temaene som dukket opp i fokusgruppene i

praksis og motsatt. Min erfaring tilsier at det kan være krevende å få til gode ordninger for musikkterapi tilbud i praksis, med tanke på mange uforutsigbare faktorer (hvem er på jobb, dagsformen til beboerne, uro, min dagsform, hvem har dratt til frisøren osv). Disse opplevelsene har definitivt påvirket valg av problemstilling og forskningsspørsmål. Min jobb som moderator har heller på ingen måte vært helt nøytral. Jeg har vært den som har utført musikkterapien og har dermed vært med på å forme deres forhold til og formening om hva musikkterapi er. Jeg tok også i enkelte tilfeller på meg en bekræftende rolle når det gjelder deltakerne, der jeg kom med oppmuntrende tilbakemeldinger som ”det er viktig det du sier her” eller ”dette var interessant, kan du utdype litt?”. Dette vil ikke nødvendigvis være ødeleggende innenfor en kvalitativ forskningstradisjon, ettersom resultatene av fokusgruppeintervju og andre kvalitative forskningsmetoder i stor grad avhenger av hvordan moderator bevisst bruker seg selv som et metodisk verktøy (Malterud, 2012).

Jeg har også kjent på ulike forventninger, både fra meg selv og fra deltakerne. Dette har til tider vært vanskelig ettersom jeg har følt at jeg skal følge opp alle rollene mine og mestre alle disse på samme tid. Jeg har vært opptatt av å jobbe med å forbedre musikkterapi praksisen ut ifra beboernes behov, bygge relasjoner med beboerne og helsepersonalet, jobbe med samarbeidsstrategier og følge opp tema som kom opp i fokusgruppene i musikkterapi praksisen. Litteraturen diskuterer også at det kan være problematisk og paradoksalt å ha disse ulike rollene innenfor et forskningsprosjekt (Kvale, 1999). Dette er noe jeg mener er viktig å ta med i beregningen. Jeg har opplevd at det både har vært utfordrende og nyttig at jeg har hatt en slik kompleks rolle.

## **2.5 Gjennomføring av fokusgruppeintervju**

Fokusgruppeintervjuene hadde en varighet på 90 minutter hver, noe som er i tråd med det litteraturen anbefaler (Balteskard, Storli & Martinsen, 2012; Malterud, 2012; Ryen, 2002). Det første fokusgruppeintervjuet ble holdt i forkant av musikkterapi praksisen, mens det andre ble gjennomført på slutten av semesteret, etter at helsepersonalet hadde deltatt i musikkterapi gruppene. Mellom de to fokusgruppeintervjuene holdt jeg også internundervisning om musikkterapi for de ansatte på sykehjemmet. Her deltok noen av deltakerne fra fokusgruppen. Som flere av studiene i kap 1.6 antok, kunne det å la kollegaene få observere musikkterapien eller få undervisning om musikkterapi, bedre forståelsen og aksepten for musikkterapi tiltakene, så vel som å føre til holdningsendringer. I følge Puchta &

Potter (2004) er ikke holdninger nødvendigvis en konstant selvstendig idé, men en kan produsere og skape holdninger gjennom felles diskusjon. Gjennomføring av fokusgruppeintervju før og etter musikkterapi praksis ble derfor gjort for å kunne undersøke helsepersonalets holdninger til musikkterapien, og om holdningene på noe vis forandret seg fra første og andre intervju.

### 2.5.1 Første fokusgruppeintervju

I god tid før første fokusgruppeintervju sendte jeg ut informasjonsskrivet samt informert samtykkeskjema til fokusgruppedeltakerne, der jeg informerte om forskningsprosjektet og dets formål. Første fokusgruppeintervju fant sted på et møterom ved sykehjemmet. Bi-moderator og jeg presenterte oss selv der vi kort gjorde rede for våre roller under fokusgruppeintervjuene. Etter å ha samla inn samtykkeskjema og prata litt uformelt, ga vi praktisk informasjon. Dette innebar å informere om tidsbruk, informere om at fokusgruppeintervjuet ville bli tatt opp på lydopptak, og å sette helsepersonalet inn i fokusgruppens tematikk. For å gi et startpunkt for diskusjon presenterte jeg en historie fra praksis (den samme praksishistorien som ble presentert innledningsvis i denne oppgaven). Etter det ble det tatt utgangspunkt i en intervjuguide, som bestod av seks spørsmål (vedlegg 3). Disse spørsmålene ble utforma i forkant av fokusgruppeintervjuet, og i samarbeid med veileder og bi-moderator. Spørsmålene hadde en intensjon om å kartlegge helsepersonalets tanker og ideer om hva musikkterapi er og hvordan musikkterapi kunne bli brukt på de respektive avdelingene. Videre handla spørsmålene om hvordan helsepersonell og musikkterapeuter kan utfylle hverandre for å oppnå best mulig utbytte av musikkterapien. Dette handlet om hvorvidt helsepersonalet så behov og utfordringer hos beboerne, og hvordan musikkterapi eventuelt kunne bidra til disse. Et siste spørsmål retta seg mot hvilke tanker helsepersonalet selv hadde rundt hvordan de kunne bidra og tilrettelegge før og under gjennomføringen av musikkterapi gruppene. Videre prøvde jeg å holde spørsmålene åpne slik at det var mulig for deltakerne å komme med nye temaer og innspill. Jeg opplevde at det var god flyt og dialog innad i gruppen. I starten av intervjuet stilte jeg alle spørsmålene, mens i siste del av fokusgruppeintervjuet tok bi-moderator en mer aktiv rolle, hvor hun kom med gode oppfølgingsspørsmål til det helsepersonalet hadde diskutert tidligere. Dette førte fokusgruppen inn i nye baner som jeg opplevde ga næring til utviklingen av diskusjonene. Etter gjennomføringen av fokusgruppeintervjuet, gjorde bi-moderator meg oppmerksom på at jeg så ut til å henvende meg litt mer til den ene siden av bordet enn den andre. Hva dette kom

av, visste jeg ikke der og da. I ettertid kom jeg på at begge avdelingslederne satt på den siden av bordet som jeg henvendte meg mest til. Med det vurderte jeg om det var god balanse mellom deltakerne når det gjaldt taletid og muligheter til å komme med egne innspill i fokusgruppeintervjuene. Klarte jeg som moderator å få deltakerne til å bli likeverdige i diskusjonene? Gjennomgående i lydopptaket i fokusgruppeintervjuene kunne jeg høre at avdelingslederne var litt mer aktive enn de andre i gruppen. Fra tidligere av har det vært avdelingslederne jeg hadde vært mest i dialog med, og av den grunn var det de jeg kjente best og kanskje følte meg tryggest på. Dette kan ha ført til at jeg ubevisst henvendte meg mer til avdelingslederne enn til de andre i gruppen. Det kunne også være andre aspekter som var årsaken til dette. Men dette var noe jeg syntes det var viktig å få tilbakemeldinger på, slik at jeg kunne være mer bevisst på dette i det andre fokusgruppeintervjuet.

### **2.5.2 Andre fokusgruppeintervju**

Gjennomføringen av det andre fokusgruppeintervjuet skjedde tretten uker etter det første. En av deltakerne trakk seg etter første fokusgruppeintervju, noe som førte til at gruppen til slutt bestod av fem deltakere. Mellom første og andre fokusgruppeintervju ble lydopptak fra første intervju transkribert og kodet (se kap 2.6. og 2.9.). Dette var for å kunne videreutvikle ideer som kom opp i første fokusgruppeintervju, og til å utarbeide en intervjuguide til siste fokusgruppeintervju (vedlegg 4). Disse spørsmålene fokuserte på hvordan helsepersonell og musikkterapeut kunne utfylle hverandre og styrke hverandres arbeid, der det ble diskutert de ulike perspektivene og kompetanseområdene hos helsepersonell og musikkterapeut. Ellers ble det lagt mindre vekt på de spesifikke spørsmålene i intervjuguiden, på grunn av at det dukket opp nye og spennende tema som førte diskusjonene på nye veier. Mye av disse diskusjonene var svært spennende og de førte til nye tema som også preget og påvirket formulering av forskningsprosjektets endelige problemstilling. Det siste fokusgruppeintervjuet opplevdes i mye større grad mindre formelt enn det første, med enda mer flyt i diskusjonene. Dette resulterte også i et økende engasjement både hos deltakerne og meg selv som igjen førte til at flere prata samtidig. Bi-moderator tok også større del i fokusgruppen der hun stilte flere gode oppfølgingsspørsmål i tillegg til å oppsummere og klarere utsagn underveis.



## 2.6 Transkribering

Som presentert ovenfor, ble lydopptak av fokusgruppeintervjuene transkribert rett etter hvert intervju. Transkribering betyr ”å transformere; skifte fra en form til en annen” (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 187), og handler om å oversette talespråk til skriftspråk. Jeg valgte å skrive begge transkripsjonene på bokmål - både for å få en ren tekst, men også for å unngå å bruke karakteristiske dialektord med tanke på anonymitet. Transkripsjonen av første fokusgruppeintervju ble svært detaljert der jeg tydeliggjorde både pauser, latter, og tenkelyder som ”eh” og ”hm”. Dette var med en intensjon om å holde transkripsjonen så nært mulig den naturlige samtalen, noe Kvale & Brinkmann (2009) omtaler som ordrett talespråkstil. Det er allikevel mye i samtalene som ikke kan gjengis i skriftlig form. Kvale & Brinkmann (2009) nevner blant annet elementer som kroppsspråk, stemmeleie og bruk av ironi. Disse elementene vil ikke kunne oppfattes av en leser som ikke har deltatt i selve samtalen. Jeg har allikevel prøvd å tydeliggjøre situasjonene som oppstod rundt diskusjonene, gjennom å utdype relevant bruk av kroppsspråk, bevegelser og pauser. Dette har jeg gjort gjennom å kort utdype slike elementer i klammer []. I noen tilfeller valgte jeg også å redigere sitatene for at det skulle bli lettere å forstå meningen i dem. Denne redigeringen ble gjort med stort omhu, for at sitatene ikke skulle forandre mening. Et eksempel på hvordan jeg både redigerte sitatene og tydeliggjorde pauser og lignende, vises i figur 1.

**Originaltekst:** Altså, det som vi kan gi til deg er jo den der kunnskapen som om demensomsorgen, det der, det å si navnet først, for da får du oppmerksomheten som for eksempel, for hvis du sier en eller annen setning, «kan du, kan du synge den, Kristine?». Så liksom, «Kristine»; Ja, hva? «Kristine, kan du?», sant.

**Redigert tekst:** Det som vi kan gi til deg er jo den kunnskapen om demensomsorgen, for eksempel det å si navnet først, da får du oppmerksomheten. For hvis du sier en setning; ”kan du synge den, Kristine?” [pause; ingen ”respons”]. Men hvis du sier navnet først; ”Kristine, kan du?”; Ja, hva?[respons]”.

**Figur 1 Transkribering**

Etter den første transkripsjonen opplevde jeg at det til tider kunne være vanskelig å få flyt og sammenheng i setningene på grunn av at det ble for mange brudd i teksten. Av den grunn forenklet jeg teksten til en mer ren skriftspråkstil, slik at den ble mer lettlest og oversiktlig. Da fokusgruppeintervju nummer to skulle transkribes, valgte jeg derfor å skrive i mer fullstendige og forståelige setninger enn det som ble gjort i transkriberingen av første fokusgruppeintervju. De to fokusgruppeintervjuene resulterte i til sammen 55 sider med renskrevet tekst (Times New Roman, skriftstørrelse 12, linjeavstand 1,5). Neste steg i prosessen ble videre å analysere datamaterialet, noe som handler om å dele transkripsjonene opp i elementer og biter for å kunne skape orden og mening i datamaterialet (Kvale &

Brinkmann, 2009, s. 201). Før jeg beskriver dette, vil jeg vise til valg av analysestrategi med utgangspunkt i min epistemologiske posisjon, og hvordan dette har lagt føringer for forskningsprosessen og dataanalysen.

## 2.7 Konstruktivist grounded theory

I analysen av det transkriberte datamaterialet valgte jeg å ta utgangspunkt i Charmazs' (2006) constructivist grounded theory (heretter oversatt til norsk: konstruktivist), som er en variant av Glaser & Strauss' (1999) klassiske grounded theory. Den klassiske grounded theory av Glaser & Strauss (1999) er på mange måter preget av et kvantitativt og positivistisk tankesett som vektlegger at det finnes en objektiv virkelighet, der forskeren bør ha en nøytral holdning til det som blir studert for å oppnå valide funn. Av den grunn blir ofte klassisk grounded theory betegnet som objektivist grounded theory (Charmaz, 2006). Charmazs' (2006) konstruktivistiske grounded theory kan på mange måter sies å være en motpol til Glaser & Strauss' (1999) tilnærming. Charmaz (2006) vektlegger en kvalitativ tilnærming, hvor hun antyder at forskeren alltid vil påvirke og være en del av forskningen. Denne versjonen av grounded theory er mer rotfestet i pragmatismen og epistemologien, med en forutsetning om at verken data eller teori blir oppdaget, men *konstruert* av forskeren som et resultat av forskerens interaksjoner med feltet og deltakerne (Charmaz, 2006). Med tanke på at jeg har hatt en kompleks rolle, både som forsker, moderator og musikkterapistudent i dette forskningsprosjektet, og dermed vært engasjert på flere plan, ville det være problematisk og heller ikke ønskelig å ha en objektiv tilnærming til det som skulle utforskes. Av den grunn ble Konstruktivist grounded theory en naturlig tilnærming for mitt prosjekt. I en musikkterapistudie der konstruktivist grounded theory er blitt brukt, argumenteres det for at det faktum at forskeren har flere roller kan være positivt for forskningen, gjennom at det kan gi dybde og nærhet til datamaterialet (O'Grady, Rolvsjord & McFerran, 2015). Opprinnelig har man med grounded theory vært opptatt av å studere sosiale prosesser. Innenfor musikkterapien er vi også ofte interesserte i å studere musikalske og psykologiske prosesser, noe som gjerne medfører at musikkterapiforskningen anvender modifiserte versjoner av grounded theory (O'Callaghan, 2012). Jeg har også valgt å anvende en modifisert utgave av Charmaz's (2006) konstruktiviste grounded theory for å kunne tilpasse metoden til mitt forskningsprosjekt. Charmaz (2006) påpeker også at metoden i konstruktivist grounded theory mer er basert på prinsipper enn på satte regler, der hun viser til mer fleksible retningslinjer til hvordan metoden kan bli brukt. Konstruktivist grounded theory kan sies å være plassert

innenfor en fortolkende tradisjon der en utforsker *hvordan og hvorfor* deltakerne konstruerer mening og hendelser i spesifikke situasjoner. Med å ta utgangspunkt i at det ikke finnes en gitt virkelighet, men flere virkeligheter som gir ulike perspektiver på det gitte tema, vil målet med denne fortolkende analysen være å utforske helsepersonalets ulike perspektiver der en ”versjon av en virkelighet” blir skapt i samhandling og dialog mellom helsepersonalet og meg som forsker. Med dette som fokus, var det helt naturlig å plassere meg innenfor en kvalitativ fortolkende tilnærming med forankring i en hermeneutisk erkjennelsestradisjon.

## 2.8 Hermeneutikk

Hermeneutikken blir ofte beskrevet som læren om fortolkning av tekster (Kvale & Brinkmann, 2009). Innenfor en fortolkende tradisjon vil jeg som forsker være en del av forståelsesprosessen, der min bakgrunnskunnskap, historie og tidligere erfaringer har vært med på å forme min forståelse og tolkning av datamaterialet. Min rolle, både som forsker og som person har i dette forskningsprosjektet blitt tydeliggjort, der jeg bevisst har valgt å skrive i jeg-form. Musikkterapiforsker Amir (2005) peker videre på at med en fortolkende forskningsretning er det viktig at forsker klart og tydelig stadfester egne bias, verdigrunnlag og holdninger til datamaterialet. Malterud (2011) påpeker at det her er viktig å kontinuerlig stille seg spørsmål til hvordan prosess og produkt påvirkes av forskerens ståsted. Her har jeg prøvd å reflektere rundt hvordan jeg som forsker og person har påvirket forsknings- og fortolkningsprosessen, deriblant gjennom å skrive refleksjonsnotater både før, underveis og etter datainnsamlingen (jmf. kap 2.8). Et hovedtema innenfor hermeneutikken er at meningen i en del kun kan forstås om den settes sammen med helheten (Alvesson & Skjöldberg, 2008). Å forstå konteksten datamaterialet stammer fra, vil her være essensielt for å kunne forstå helheten. Denne prosessen blir ofte betegnet som den hermeneutiske sirkel. I dette forskningsprosjektet hadde jeg som mål å prøve å forstå helsepersonalets tanker og opplevelser, for deretter å tolke og sammenligne disse. Jeg har med det villet studere helsepersonalets ulike besvarelser og prøve å sette dem i sammenheng med helheten. I forbindelse med dette ble det viktig å sette meg inn i helsepersonalets arbeidssituasjon og prøve å få et helhetlig inntrykk av hvordan deres arbeidshverdag så ut. Her tenker jeg at mine tidligere erfaringer både som musikkterapistudent og pleieassistent på dette sykehjem i stor grad har gitt meg et utgangspunkt for å sette meg inn i denne konteksten. Med dette som utgangspunkt vil jeg nå beskrive mer i detalj hvordan jeg gikk fram for å analysere datamaterialet.

## 2.9 Analyseprosessen

Før jeg gikk i gang med analysen satte jeg meg inn i de prinsipper og steg som Charmaz (2006) beskriver i boken ”constructing grounded theory”. I Konstruktivist grounded theory er datainnsamlingen og analyseprosessen en sammenfletta prosess (Charmaz, 2006). Det vil si at analysen ofte blir påbegynt før all innsamling av data er blitt gjennomført. Dette førte til at analysen min i stor grad ble informert og forma av datamaterialet. Dette vil også si at de ulike punktene og stadiene i analysen ikke er blitt fulgt kronologisk, men at analysen har vært en konstant fram og tilbake-prosess. Jeg vil allikevel her prøve å presentere de ulike stadiene i analysen på en kort og oversiktelig måte.

Jeg startet analysen med å lese gjennom hele transkripsjonen av første fokusgruppeintervju. Deretter skrev jeg refleksjonsnotater der jeg fikk sortert tankene mine. I refleksjonsnotatene skrev jeg ned mine forutinntatte holdninger til datamaterialet og trakk fram mulige sammenhenger som jeg så i datamaterialet. Dette hjalp meg i ettertid å forstå bakgrunnen for valgene jeg tok senere i analyseprosessen, og hvordan jeg selv har vært med å forme analysen. Deretter gikk jeg mer grundig til verks i transkripsjonen, gjennom å starte med å kode datamaterialet. Koding består av å sortere deltakernes uttalelser inn i kategorier som summerer og systematiserer datamaterialet (Charmaz, 2006, s. 46). Charmaz (2006) viser til fire nivåer av koding. Disse har jeg oversatt til *innledende koding*, *fokusert koding*, *aksiell koding* og *teoretisk koding*. I samsvar med Charmaz (2006) var jeg i kodingsprosessen opptatt av å stille spørsmål som: ”Hva sier datamaterialet meg? Hvilke teoretiske kategorier indikerer datamaterialet?” (Charmaz, , 2006, s.47) [min oversettelse]. I den innledende kodingen prøvde jeg å være så åpen som mulig til ulike teoretiske muligheter som lå i datamaterialet. Gjennom den *fokuserte* kodingsprosessen lette jeg etter de meningsbærende eller gjennomgående kodene fra den innledende kodingen. Dette var for å kunne sammenfatte og få oversikt over en stor mengde data. I den *aksielle* kodingen sorterte og organiserte jeg datamaterialet, slik at jeg kunne sette det sammen på nye måter. Deretter var målet videre å gå i dybden av datamaterialet gjennom å kode transkripsjonen setning for setning eller hendelse for hendelse. På denne måten kunne jeg finne mulige sammenhenger mellom kategoriene og utvikle begrep som kunne binde sammen kategoriene til relevant teori. Dette var en del av den *teoretiske* kodingen. Jeg valgte å systematisere kodene ved å plassere all tekst som omhandlet de samme kategoriene og kodene ved siden av hverandre. Dette gjorde jeg etter at jeg hadde kodet med å sette inn merknader i transkripsjonsdokumentet. I enkelte sammenhenger valgte jeg også å bruke helsepersonalets egne ord i det jeg utviklet koder og kategorier. Disse blir

ofte omtalt som ”in vivo codes” (Charmaz, 2006, s. 55-57). I første del av kodingsprosessen kom jeg ikke fram til en hovedkategori. Underkategoriene som dukket opp etter kodingen av første fokusgruppeintervju, var derimot med å forme intervju spørsmål til det siste fokusgruppeintervjuet.

Etter jeg hadde transkribert siste fokusgruppeintervju gikk jeg igjen gjennom de fire nivåene av koding. Deretter begynte jeg å sammenligne kodene jeg utviklet i første fokusgruppeintervju med de siste. Dette var en kontinuerlig prosess der jeg sjekka data med data, og data med kategoriene som ble utviklet. Denne prosessen blir ofte betegnet som konstant komparativ metode (Langdridge, 2006). Jeg brukte lang tid på kodingen av de to fokusgruppeintervjuene, og klarte i en periode ikke å komme meg videre ettersom det var overveldende mye tekst å ta stilling til. I denne situasjonen fikk jeg hjelp av ei klassevenninne som minnet meg på hvor viktig det er å ha problemstillingen i bakhodet i det man kodet. Etter dette kom jeg meg videre og klarte å være litt mer selektiv i det jeg kodet datamaterialet. Med det klarte jeg å redusere 55 sider tekstmateriale til ca 25 sider tekst. Dermed fikk jeg satt kodene inn i et system, der jeg begynte å lete etter noen hovedkategorier som best mulig kunne beskrive og oppsummere flere av kodene. Tankekart, tabeller og figurer ble brukt som ulike strategier til å få oversikt over datamaterialet. I tabellen under viser jeg til et eksempel på hvordan jeg etter hvert begynte å finne koblinger mellom kodene. Dette var ved et senere stadium i kodingsprosessen. Mange kategorier ble formulert før jeg kom fram til de endelige kategoriene.

Originaltekst	Koder	Kategori
A2: Men jeg tenker på bakgrunnskunnskap om den enkelte, hvem som fungerer dårlig sammen og hvem som blir snurt. Jeg vært med i en sånn skrivegruppe der ei har reagert fryktelig negativt på den der «en liten pike i lave sko», fordi at hun har alltid vært altfor høy, aldri kunne gått med høye sko, og hun føler den sangen på en eller annen måte latterliggjør de som gikk i lave sko. Altså hvor mye som er med av gamle ting som de har opplevd gjennom livet. Noe musikk kan virke veldig negativt, og noe kjempepositivt, så det å få kunnskap om det er viktig.	<p>Bakgrunnskunnskap om beboerne</p> <p>Hvordan musikk påvirker beboerne</p> <p>Å kjenne til beboernes livshistorier/bakgrunn</p> <p>Hvordan tidligere opplevelser påvirker beboernes reaksjoner til musikk</p> <p>Beboernes respons til musikk</p>	Kunnskap om beboerne

Figur 2 Analyseskjema

Som nevnt i kap 2.2 hadde jeg en intensjon om å utforske helsepersonalets holdninger og om de på noe vis forandret seg fra første til andre fokusgruppeintervju. Dette var noe som ble krevende å faktisk utforske, og det ble heller mer naturlig å følge de gjennomgående temaene som dukket opp i datamaterialet. Jeg vil med det presentere funnene fra analysen.

### 3 PRESENTASJON AV FUNN

Målet med dette forskningsprosjektet har vært å utforske helsepersonalets tanker til musikkterapi, i henhold til integreringen av et musikkterapitilbud og samarbeidet mellom helsepersonell og musikkterapeut. Diskusjonene i fokusgruppeintervjuene dreide seg i stor grad om hvordan musikkterapeuter og helsepersonell kan dele kunnskap seg imellom, og hvor viktig akkurat dette er for å kunne oppnå og integrere gode musikkterapitiltak i praksis. Ut ifra dette kom hovedkategorien *kunnskapsutveksling*. Videre var det tre kunnskapsområder som kom fram som viktige aspekter av denne kunnskapsutvekslingen. Disse tre kunnskapsområdene illustreres gjennom kategoriene *kunnskap om musikkterapi*, *kunnskap om demens* og *kunnskap om beboerne*.

Kunnskap og kunnskapsutveksling kan forstås og betegnes på ulikt vis, avhengig av terminologien som blir brukt. I det kategoriene i datamaterialet kom fram, så jeg noen potensielle paralleller mellom helsepersonalets måter å beskrive kunnskap på og kunnskapsperspektiver allerede beskrevet i litteraturen. Før jeg presenterer selve datamaterialet og funnene, vil jeg derfor vise til litteratur som beskriver kunnskapsutveksling og begrepene taus og eksplisitt kunnskap. Disse begrepene vil jeg sette opp mot helsepersonalets kunnskapsperspektiv og hvordan de selv brukte begrepene i fokusgruppediskusjonene. Etter dette vil jeg presentere kategoriene gjennom å gi et oversiktlig bilde over det helsepersonalet har delt i fokusgruppediskusjonene. Datamaterialet vil bli presentert tematisk framfor å presentere de to fokusgruppeintervjuene separat. Jeg vil komme med utvalgte sitater av helsepersonalet, for å synliggjøre deres stemmer.

#### 3.1 Kunnskapsbegrepet

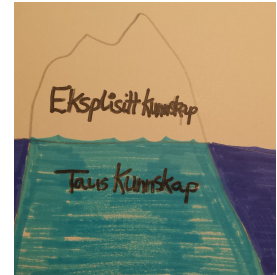
Kunnskap kan bli beskrevet på ulike måter, og har vært emne for debatt helt siden Platons tid (Reiten & Vallestad, 2011). Gottschalk (2005) omtaler blant annet kunnskap som en fornybar ressurs som kan brukes utallige ganger, og som kan samles opp gjennom menneskers erfaring. Gottschalk (2005) viser også til Fahey & Prusaks' (1998) kunnskapssyn: "knowledge is what a knower knows; there is no knowledge without someone knowing it" (Fahey & Prusak ref i Gottschalk, 2005). Ut ifra dette synet er kunnskap informasjon kombinert av erfaring, kontekst, refleksjon, fortolkning, intuisjon og kreativitet, og kan ikke eksistere fullt utenfor et individ (Gottschalk, 2005). Informasjonen blir først til kunnskap når den behandles i menneskets hjerne, og blir deretter til informasjon igjen når den blir kommunisert med andre.

Denne prosessen inneholder et tolkningselement, som igjen gjør at hvert enkelt menneske kan få ulik kunnskap ut av samme informasjon (Gottschalk, 2005).

### 3.1.1 Taus og eksplisitt kunnskap

Helsepersonalet brukte begrepene taus og eksplisitt kunnskap da de diskuterte ulike former for kunnskap. Disse to begrepene er også anvendt i

kunnskapsperspektivet til Nonaka & Takeuchi (1995). De illustrerer de to ulike typene kunnskap gjennom en isfjell-metamor (figur 2), der de viser til at det meste av kunnskapen et menneske sitter med er skjult under overflaten og ikke nødvendigvis synlig for andre. Dette er det de betegner som taus kunnskap. Denne type kunnskap er ofte knyttet til



Figur 3 Isfjellmetafor

menneskers iboende dyktighet, erfaring og ekspertise, som går på det å utføre handlinger. På den måten befinner kunnskapen seg i selve handlingen. Nonaka & Takeuchi (1995) påker videre at taus kunnskap kan ha to ulike dimensjoner. På den ene siden kan taus kunnskap være knyttet til kognitive elementer, som kan sies å omhandle våre tankestrukturer, basert på hvordan vi oppfatter virkeligheten. På den andre siden er taus kunnskap knyttet til tekniske elementer, som omhandler våre tekniske ferdigheter. For eksempel er det å lære seg et håndverk noe som tar tid, men når du først har lært det, sitter det godt. Til tross for dette trenger det ikke nødvendigvis være like enkelt å lære bort håndverket til noen andre. Dette blir ofte betegnet som "know-how" ferdigheter (Nonaka & Takeuchi, 1995). Innenfor dette forskningsprosjektet ble taus kunnskap blant annet beskrevet som praksisnær og erfaringsbasert kunnskap som kunne være vanskelig å videreformidle eller overføre til andre. Toppen av Nonaka og Takeuchi (1995) sitt isfjell, viser til kunnskap som ligger på overflaten, som her blir betegnet som eksplisitt kunnskap. Eksplisitt kunnskap består av formell og systematisk kunnskap, som er strukturert og skriftlig nedtegnet og som igjen er lett å dele og kommunisere med andre. Innenfor forskningsprosjektets kontekst, kunne dette for eksempel være snakk om helsepersonalets generelle kunnskap om demens.

### 3.2 Kunnskapsdeling

Kunnskapsdeling handler om hvordan mennesker deler sin kunnskap med andre. Å dele kunnskap kan både skje formelt og uformelt (Reiten & Vallestad, 2011). Formell kunnskapsdeling omfatter deling av kunnskap innenfor arbeidets formelle rammer. Dette kan



være snakk om å dele kunnskap gjennom møter, internundervisning eller å observere kollegaer. Uformell kunnskapsdeling alt som skjer utenfor disse formelle rammene, som blant annet kan omfatte samtaler ved lunsjbordet eller i korridoren (Reiten & Vallestad, 2011). Det å utveksle kunnskap kan foregå på flere nivå og med ulik hensikt.

Nonaka & Takeuchi (1995) har videre identifisert fire ulike måter å dele kunnskap på, der tanken er at kunnskap kan bevege seg mellom taus og eksplisitt form, og fra individet til kollektivet. Dette presenterer de gjennom en modell. SEKI-modellen står for sosialisering, eksternalisering, kombinasjon og internalisering. Sosialisering handler om å dele taus kunnskap og erfaringer med hverandre (Nonaka og Takeuchi, 1995). Dette kan innebære å dele kunnskap verbalt, men også gjennom å observere andre. Eksternalisering er ifølge Nonaka og Takeuchi (1995) å uttrykke taus kunnskap og gjøre den forståelig for andre, gjennom dialog og refleksjon. **Kombinasjon** handler om å systematisere eksplisitt kunnskap og omforme den for å skape ny eksplisitt kunnskap. **Internalisering** handler kort fortalt om at eksplisitt kunnskap blir omgjort til praktisk taus kunnskap, gjennom erfaring (learning by doing). Diskusjonene i fokusgruppene handlet i stor grad om de ulike måter å dele kunnskap på, og hvordan en kunne få kunnskap til å bevege seg mellom taus og eksplisitt form, og hvordan en kan omforme individuell kunnskap til felles kunnskap. Her var det snakk om både fagspesifikk kunnskap og individuell kunnskap som hver enkelt person sitter med.

Nonaka & Takeuchi (1995) bruker begrepet kunnskapsdeling i sitt vokabular. Jeg har selv valgt å bruke begrepet kunnskapsutveksling. Dette ble et begrep som jeg følte tydeliggjorde viktigheten av å dele kunnskap gjennom å være i en gjensidig dialog med hverandre, og at dette er et viktig aspekt for å kunne oppnå godt samarbeid. Begge parter må være mottakelige til å dele kunnskap. Det er ikke nok at helsepersonalet deler sin kunnskap med musikkterapeuten. Musikkterapeuten må også kunne dele sin kunnskap med helsepersonalet.

### 3.3 Kategori 1: Kunnskapsutveksling

Jeg vil nå presentere datamaterialet og de ulike aspektene av kunnskapsutveksling som helsepersonalet trakk fram i fokusgruppediskusjonene. Som nevnt i metodekapittelet, ble deltakerne i fokusgruppen anonymisert. Av den grunn har jeg valgt å betegne deltakerne i samsvar med deres respektive



Figur 4 Kategori 1

yrkestitler/stillingstitler; A1 og A2 står for de to avdelingslederne, V står for vernepleier, H for hjelpepleier og S for sykepleier. Jeg betegner meg selv som M1 for moderator og bi-moderator som M2.

Det å opprette en kontinuerlig dialog og kommunikasjonsflyt mellom helsepersonell og musikkterapeut var en faktor som helsepersonalet nevnte som essensielt i det å kunne dra nytte av hverandres kunnskap. Det ble blant annet diskutert hvordan man kan dele kunnskap og erfaringer med hverandre for å få integrert musikkterapi på avdelingene på en god måte. I denne sammenhengen dreide det seg spesifikt om hvordan en kan utveksle erfaringer og tilpasse seg hverandre i det musikkterapigruppene skulle gjennomføres. V påpekte at dette handler om:

*V: Dette med kommunikasjon. Det å prate i forkant óg i etterkant. Å få tilbakemeldinger, være i dialog om hva en tenker og stille spørsmål en har i forhold til ”skulle jeg ha gjort dette annerledes?”. Det er kommunikasjon som kan føre til trygghet. Og gi hverandre tilbakemeldinger og lære underveis. At det blir godt til slutt. Men man må prøve noen ganger før det får et mønster, før alle blir trygge gjerne.*

V snakka om at det er viktig å gi tilbakemeldinger og lære av hverandre i samarbeidet rundt musikkterapigruppene. Eksempler på tilbakemeldinger var hvordan helsepersonalet best mulig kunne delta i musikkterapigruppen og tilrettelegge og hjelpe musikkterapeuten og motsatt. Dermed kunne helsepersonalet igjen gi relevant informasjon om beboerne til musikkterapeut, om hva det var viktig å ta hensyn til med tanke på motorikk, hørsel og syn i tillegg til forslag til musikkpreferanser og lignende. Videre gikk kommunikasjonen på hvordan vi sammen kunne hjelpe beboerne med å delta på deres egne premisser, gjennom å tilrettelegge for alle de ”små tingene”: hvem sitter hvor, hvem trenger noen ved siden av seg, hvor skal stolene stå osv. Spesielt pekte V på at god kunnskapsutveksling *kan* føre til mer trygghet i relasjonen mellom helsepersonell og musikkterapeut. A1 støtter V sitt utsagn:

*A1: Jeg tenker litt sånn generelt på det du sier om hvordan bruke hverandre som pleiere og musikkterapeut. Så er det noe med at, vi er jo ekstremt avhengig av å kommunisere. Jeg opplever at når du har vært og hatt de samlingene hos oss, så er det vesentlig at vi får tilbakemeldinger fra deg, óg at du får tilbakemeldinger fra oss. Hvordan det har fungert og hvorfor det har fungert og hva vi må justere og hva vi må gjøre annerledes. Så er det jo i utgangspunktet vi pleierne som kjenner beboerne mest, og selvfølgelig nå har vi fått veldig mye fokus på det der som, ”glad i å synge” og at*

*det sier jo ingenting. Vi må inn voldsomt på detaljnivå for å finne ut hva de kan synge. Så at vi er avhengige av å kommunisere, ikke bare i begynnelsen, men hele tiden underveis, det er jeg overbevist om altså.*

Dette sitatet tyder på at det er viktig med en kontinuerlig dialog mellom helsepersonell og musikkterapeut. Det å være i dialog med hverandre uttrykte H også var viktig for å kunne klargjøre roller og ansvar:

*H: For det kan være litt vanskelig akkurat når du skal da ha den individuelle kontakten til hver enkelt. For eksempel: ”skal jeg trekke meg litt tilbake fordi det er du som skal være med beboeren og ikke jeg?”. Jeg sitter der og synger inni øret til beboeren, sant. Sånne tydelige hentydninger er greit, tenker jeg. For det oppdaget vi jo sist at det var litt vanskelig en gang, brukeren var der, men du fikk ikke den kontakten. Hvem av oss skulle prøve å få oppmerksomheten til brukeren. Og da tenker jeg, det er jo litt logisk at det er du som skal, at jeg egentlig skal vekk.*

Gjennom å være i dialog med hverandre før og etter musikkterapien, ble det antydnet at slike situasjoner som H her presenterte, lettere kunne bli løst. Videre kom V med tanker om hvilken kunnskap det ville vært hensiktsmessig for musikkterapeuter og helsepersonell å dele.

*V: Det er vanskelig å finne den musikken de liker. Og da tenker jeg da at, du (musikkterapeut) kan hjelpe med å finne ut hva er det denne liker, også lage et opplegg som jeg kan klare å bruke videre. Selv om jeg ikke kan synge selv, om jeg ikke kan spille gitar, så er det et eller annet som alle kan klare å gjennomføre med den beboeren.*

V foreslo at musikkterapeuten kunne bidra med å sette i gang tiltak med beboerne, og deretter dele sin kunnskap og arbeidsmetoder med helsepersonalet, slik at de selv kunne gjennomføre tiltakene. Dette handlet i stor grad om eksternalisering av taus kunnskap og om å gjøre den matnyttig for andre. Flere av helsepersonalet uttrykte det som krevende og vanskelig å innhente denne typen kunnskap om beboere som ikke har evnen til å uttrykke seg selv. Jeg vil vise til en diskusjon som illustrerer kompleksiteten rundt nettopp dette.

*H: Men jeg opplever at barnesanger, det treffer du med uansett altså.*

*V: Ellers blir de fornærmet. Vi prøvde vi også [...] Og der gjorde vi endel erfaringer.*

*A2; Ja, at de ikke var barn.*

*V: Ja, for det var for barnslig.*

*A2: Men et godt salmevers derimot!*

*V: Det var jo ei nede hos oss, hun likte svensktopper. Familien spilte det veldig mye sammen med hun, inne på rommet. Når vi skulle bruke musikk i stellet for at det skulle gå litt lettere, så tenkte vi at "ja men da prøver vi den musikken som hun liker". Det fungerte ikke. Også fikk vi en sånn preferanse-CD, som vi brukte og da var det Elvis, det slo an! Da sier hun; "å, den var fin!". Også var det at vi så at dette kunne vi prøve å bruke videre. Så det er ikke alltid at det er den musikken som de har likt tidligere, at det er den som la an nå.*

*A2: Men kan det og være noe med at hun var vant til å spille den musikken mye med pårørende og tøyse med døtrene uti stua hvor de kanskje dansa litt, og at den musikken ikke passa inn med at hun skulle kle av seg og slikt.*

*V: Nei, og kanskje at hun var så vant å høre det*

*A2: Det være noe sånt og, ja.*

Diskusjonen viser at det er mange ting å ta med i betraktning når man skal finne beboernes musikkpreferanser. Ulike personligheter gjør at hver og en beboer har sine musikkpreferanser. Samtidig påpekte helsepersonalet at kartlegging av musikkpreferanser er mer komplekst enn som så; det handler også om at musikk er situasjonsbetenget og derfor kan ulik musikk gi ulik respons hos en og samme beboer, avhengig av konteksten. H uttrykte at det kan være utfordrende å registrere beboernes musikkpreferanser: *All den registreringen, det er jo opp i alt det andre vi skal registrere, så er jo det kjempemye for oss å få fram. Når det kommer inn nye og så skal du registrere alle musikksjangere, hva de har likt og ikke likt. Det er jo kjempevanskelig.* V foreslår videre at der er det jo musikkterapeuten kommer inn, med å lese og finne ut hvilken musikk de liker, til hva de finner gnisten, hvilken tid kommer godfoten. Et av musikkterapeutens bidrag som ble foreslått av helsepersonalet, var å kartlegge musikkpreferanser ved å se etter hvordan beboerne responderte til ulike sanger: *V: Vi famler mer og klarer ikke å ta signalene så godt dere gjerne og dere kan bruke litt instrument og det kommer tydeligere fram. Så på det der å kartlegge på den måten, det er noe dere er gode på, på den biten der.*

Et annet grep som ble diskutert med tanke på å bedre kunnskapsutvekslingen, var å la musikkterapeut få tilgang til journalsystemet og bakgrunnsopplysnings skjemaene på

sykehjemmet. Det var tydelig at ikke alle så relevansen eller mulighetene til å gjøre dette i praksis. Ideen i denne diskusjonen gikk på at musikkterapeuten kunne skrive rapport etter gjennomføringen av musikkterapigrupper, slik at musikkterapeutens kunnskap og erfaringer kunne bli mer tilgjengelig for alle. I en slik logg kunne det være snakk om å skrive ned musikkpreferanser og andre relevante observasjoner av beboerne gjort i musikkterapien. Denne diskusjonen kom ut av et oppfølgingsspørsmål som M2 stilte:

*M2: Har dere journalsystem eller mapper på hver av beboerne? Eller har dere en måte å systematisere informasjonen om beboerne på? For eksempel musikkpreferanser?*

*H: Skal vi ha en sånn musikkrapport?*

*A2: Ja, men tenker du i forhold til kunnskap om den enkelte?*

*M2: Ja, jeg tenkte hvis musikkterapeuten ser noen ressurser hos en av de eldre. Er det noe sted hun kan skrive det inn, eller kan dere ivareta det for personen på noen måte?*

*A2: Ja, vi må sikkert skrive inn på vegne av hun, men vi har jo mapper i elektronisk journal som heter aktivitet og miljøtiltak. Så der ville vi kunne sette det inn og du har anledning til å markere et innlegg med at det er prioritert sånn at du finner det lett igjen. Så det går an å ta det opp i det systemet.*

*A1: For at det skal bli lettere tilgjengelig for deg [musikkterapeut], kan vi skrive det på baksida av det der bakgrunnsopplysningsskjemaet som er et fysisk ark som vi har i en perm. For du har jo ikke tilgang til vårt journalsystem.*

*A2: Ja, det kan stå som en tiltaksplan da. Hvis du har funnet noen konkrete ting som kunne være nyttig for oss. Tiltaksplanen blir jo åpna hver dag fordi at vi sier at vi er en miljøavdeling, så derfor skal vi skrive når det er aktiviteter og miljøtiltak. Og da er jo hovedarket som åpner seg på PC-en tiltak som er godt for den enkelte. Og her kan jo akkurat det stå [med tanke på musikkterapi]. For alle leser eller skriver i journalen, så det er det bare å trene seg på. Så er vi jo flinke å muntlig formidle det som står der, hvis ikke alle er like ivrige på å lese. Så, det er ikke, jeg tror ikke det er noe sånn som trenger gå tapt fordi at vi ikke finner gode måter å formidle det på da.*

Diskusjonen viser ikke bare til muligheten til å få kunnskap fra musikkterapien inn i journalsystemet, men like viktig at det trengs ulike system der kunnskap og informasjon blir gjort tilgjengelig for alle parter.

Videre oppstod en diskusjon som illustrerer at det er viktig at alle får rom til å bruke sine styrker. Kunnskapsutveksling handler ikke nødvendigvis om å kunne ta etter eller lære seg å gjøre noe på samme måte som andre, men heller det å kunne forstå verdien av hverandres tilnærminger og tilrettelegge for at alle får brukt sin kunnskap og sin kompetanse best mulig i sitt arbeid, og i møte med beboerne. Det handler om å være autentisk og bruke seg selv på det en er god på og komfortabel med. Dette kommer til syne i en diskusjon mellom S og A2.

*S: Men jeg er veldig enig med deg A2, det siste du sa om at det vi gjør som virker for den ene behøver ikke virke for den andre, eller vi gjør det på forskjellige måter. Og i dag var jeg litt inne på med hun jeg stelte i dag da som var trøtt og hadde lyst bare å ligge. Noen kunne gått inn og sunget sammen med hun, hun liker å synge, mens jeg fortalte en historie istedenfor. Vi må jo bruke oss selv på det vi er gode på. Vi kan ikke gjøre noe som vi ikke er gode på heller, for vi skal ha kvalitet i det vi gjør. For med hun som synger masse selv, ja hun synger jeg med, men det er ikke jeg som "synger", det er ikke jeg som er forsangeren, men hun som er forsangeren.*

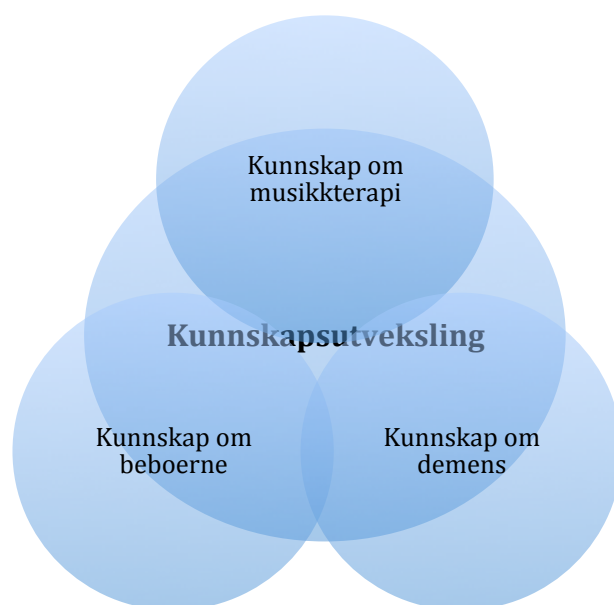
*A2: Og det jeg tenker på er måten vi samhandler på, det er ut ifra en tillitt vi vinner oss etter hvert på en måte. Jeg kan vinne meg en tillitt hos en beboer som gjør at jeg kan ha en litt sånn røff tone, for det liker egentlig vedkommende. Også kan jeg ha med meg en sommervikar inn på opplæring, men den kan ikke adoptere den måten å gjøre det på, fordi den tillitten er ikke vunnet enda, sant. Altså, det er det jeg mener med og at vi er veldig forskjellige. Så det er en kunst (S: at det er, ja). Spennende med den samhandlingen, altså.*

*S: Og at en bytter roller etter hva slags rom en går inn i. Og når en går ut igjen fra rommet, og ferdige med stellet, så har man en helt annen rolle når en går bort etter gangen og skal hente frokosten.*

Kort oppsummert vektlegger helsepersonalet at det at helsepersonell og musikkterapeut deler kunnskap på ulike måter, kan bedre et samarbeidet og forutsetningene for gjennomføringen av musikkterapitiltakene. En stor del av dette handlet om at alle kan bidra med hver sin kompetanse og kunnskap innenfor ulike kunnskapsområder. Det var spesielt kunnskap

innenfor tre områder det ble lagt vekt på. Disse vil bli presentert gjennom den siste kategorien.

### 3.4 Kategori 2: Tre kunnskapsområder



Figur 5 Kategoriene samlet

De tre kunnskapsområdene som var framtreddende i fokusgruppediskusjonene var: *kunnskap om musikkterapi*, *kunnskap om demens*, og *kunnskap om beboerne*. Som illustrert i figuren ovenfor (figur 3), ser jeg på disse kategoriene som overlappende og i nær relasjon med hverandre, der det handler om at både helsepersonell og musikkterapeut må utveksle sin kunnskap innenfor de ulike kunnskapsområdene. Kunnskapsutvekslingen kan her bli sett på som en overordnet syntese av disse tre kunnskapsområdene.

#### 3.4.1 Kunnskap om musikkterapi

Gjennomgående i begge fokusgruppeintervjuene ble det diskutert hva musikkterapi er og hvordan helsepersonalet selv oppfattet profesjonen. Musikkterapi ble definert på ulike måter, alt avhengig av hver enkelt helsepersonells forforståelse og holdning til profesjonen. Noen snakka om musikkterapi som både sykepleietiltak og tiltak gjennomført av musikkterapeut, mens andre hadde klare skiller mellom de ulike faggruppenes tilnærming til bruk av musikk. I første fokusgruppeintervju observerte jeg at de fleste gangene det ble stilt spørsmål om hva

musikkterapi er og hvordan det blir brukt på sykehjemmet, kom helsepersonalet oftest med eksempler på hvordan de selv brukte musikk i sin arbeidshverdag. Gjennom flere caseeksempler beskrev helsepersonalet hvordan de brukte sang som et praktisk hjelpemiddel i hverdagen. Dette kunne omhandle bruk av sang for å lette stellesituasjon, praktisk bruk av sang til å bedre gangfunksjon eller bruk av sang som avledningsmanøver i krevende situasjoner. Det kom tydelig fram at mange av helsepersonalet så verdien av å bruke musikk selv i sin arbeidshverdag, samtidig som det var individuelle forskjeller rundt hvor komfortabelt de syntes det var å bruke sin egen stemme. Egnerfaringene helsepersonalet satt med i bruk av sang, så ut til å forme deres holdninger og oppfatninger av musikkterapi. Refleksjonene og diskusjonene utviklet seg til å omhandle mer spesifikt hvordan musikkterapi som profesjon (gjennomført av musikkterapeut), ble oppfattet og forstått. Det er først og fremst disse diskusjonene og refleksjonene jeg vil ta utgangspunkt i. Helsepersonalet viste både til erfaringer og tanker de hadde gjort seg fra musikkterapi-gruppene en medstudent og jeg hadde gjennomført tidligere, og til musikkterapi-gruppene jeg hadde gjennomført i min egen praksis. Dette vises gjennom at det veksler mellom ordbruken *deg* og *dere*. H utdypa blant annet hvilke forkunnskaper helsepersonell i mange tilfeller har om musikkterapi: *Dere er jo presentert mer som en underholdningsgren og ikke en arbeidsterapi-gruppe som skal hjelpe oss i jobben. Det er litt av informasjonen vi sitter med.*

I sammenheng med dette uttrykte helsepersonalet et behov for mer erfaring og kunnskap om hva musikkterapi er og hva faget kan bidra med på demensavdelingene. Dette uttrykkes blant annet av A1: *Jeg har ingen erfaring med å bruke musikkterapeuter bevisst. Men det er jo sånn, når vi har sånne utfordrende situasjoner, så legger vi hodene i bløtt, prøver å finne ut hva kan vi gjøre, hva kan vi forandre på, hvordan skal vi få dette her til. Og da kunne trekke inn en annen yrkesgruppe som musikkterapeuter, det er noe vi må få erfaring med, rett og slett.*

A2 kom videre med en ide om å kombinere Marte-Meo metoden og musikkterapi, for å gi undervisning og veiledning om musikkterapi til helsepersonalet. Denne veiledningsmetoden anvender video som et sentralt verktøy.

En annen måte å innhente kunnskap om musikkterapi på som ble nevnt, var å delta i musikkterapi-gruppene. For å kunne forstå hva musikkterapi er og se hva det kan bidra med, uttrykte H at: *flere av personale skulle fått opplevd og sett effekten (av musikkterapien), for det er noe helt annet å være inni den intime sfæren enn å se en film om det, der ting virker.*



*For du har ikke den stemningen allikevel.* Her påpeker H at musikkterapi bør ”oppleves for å forstås” og påstår at erfaring med et ukjent fenomen kan føre til kunnskap, forståelse og aksept. Musikkterapigruppene foregikk til fast tid hver onsdag, og A1 viste til hvordan det å få egenerfaring med musikkterapi kunne bedre forståelsen av hva musikkterapi er:

*A1: Vi hadde en kollega som jobba hver sjette onsdag. Og hun hørte vi snakka om musikkterapien igjen og igjen, og hun skjønnte ikke hva vi snakka om. Og så kom den sjette onsdagen; ”Nå skjønner jeg hva dere snakka om!”.*

Helsepersonalets erfaringer med musikkterapi gjennom å delta i musikkterapigruppene, førte til en refleksjon over hva de tenkte musikkterapi handlet om og hva som skilte musikkterapifaget fra deres egen bruk av sang.

*A2: Jeg har tenkt at vi driver jo med litt musikkterapi når vi setter på denne CD-en og synger litt med. Men jeg har sett når vi har hatt musikkterapistudenter, at det går an å bruke musikken mye mer systematisk. Det er noe med systematikken opp mot den enkelte som jeg har skjont mer av [...]Og med all respekt for profesjonen, så er det jo profesjonaliteten og systematikken som dere utretter. Vi er jo litt mer overalt. Men dere er jo musikere eller utøvende på en eller annen måte, og kan sette ting i system og kan hjelpe oss å se det inn i helseprofesjonen på en eller annen måte. Altså koble de fagene da [...]. Vi kan ha de opplevelsene; ”vi synger og det virker”, sant. Men det er jo ikke alle som reflekterer over hvorfor det virker.*

A2 la her vekt på at musikkterapi kan handle om å ha et bevisst og reflektert forhold til hvordan musikk påvirker beboerne på ulikt vis og hvordan en kan bruke musikk systematisk. Videre var det spesielt en hoved-kvalitet ved musikkterapien som ble trukket fram. Det ble gitt uttrykk for at musikkterapien kunne åpne opp for nære møter gjennom å tilrettelegge musikken til hver enkelt beboer. Denne kvaliteten ble i flere sammenhenger nevnt mens de diskuterte forskjellene mellom musikkterapi og deres egen bruk av sang i stell. A1: *Jeg tenker at i musikkterapien, så finner musikkterapeutene mer ut om hva er godt for den enkelte. Hvordan kan musikk hjelpe den personen istedenfor at vi bare setter på noe musikk.*

Videre snakka helsepersonalet om ulike kvaliteter tilstede i musikkterapien. I sitatet nedenfor antyder A1 at elementer i musikkterapien kan gi inspirasjon og overføres til andre aktiviteter i hverdagen.

*A1: Basert på den erfaringen når dere var her, så lærte jeg om det der å gå mer på den enkelte. Og at det fungerer selv i en stor gruppe der det er åtte, ni stykker som har veldig forskjellig musikksmak. Det der å få respons hos den enkelte og hvilken stemning det kan gi, også hos de andre som ikke er kjent med den sangen som dere presenterer for den enkelte. Og det der med å ha den enorme nærheten når du synger den sangen, eller når du tramper den takten. Fordi vi har gjerne litt lett for å: ” ja nå skal alle sitte sammen og nå skal vi synge samme sangen”. Men vi er jo så forskjellige, vi har jo ikke samme musikksmak! Men, det at vi kan gi noe til hver enkelt selv om vi sitter i stor gruppe, det tenker jeg er noe som vi kan overføre til andre typer småaktiviteter, å sitte fem stykker rundt et bord, og at man faktisk kan snakke om hekling med den ene og skigåing med den andre, men det former seg en eller annen form for samhold allikevel. Vi blir limet da. Hver enkelt beboer føler et eller annet sånt fellesskap med meg som pleier, og det blir et eller annet fellesskap selv om interessene er forskjellige. Jeg har tenkt mye på det etter vi fikk ha dere, at dette kan overføres, ja!*

Det ble også gjennomgående diskutert at det å skape et godt samarbeid og det å integrere musikkterapi på sykehjemmet, handlet om prioriteringer. Hvilken kunnskap, holdninger og erfaringer helsepersonalet sitter med, vil ha en viktig rolle med tanke på hvorvidt det blir tilrettelagt for musikkterapien i praksis og om tiltakene blir sett på som viktige å bruke tid på eller ikke. Dette påpekte blant annet A1: *det å sette av tre kvarter av tid som egentlig alltid blir brukt til noe annet, de andre seks dagene i uka, det krever noe av oss. Men det er et utrolig pusterom for oss som personale å se hvordan beboerne responderer i gruppene.* A1 viste til at det det kan være krevende for personalet å sette av tid til å delta i musikkterapi gruppene, men på grunn av at de selv så verdien av tiltaket, var det lettere å sette av tid til det. V uttrykker videre at: *tanken med musikktiltak er jo at man skal spare tid på det. For eksempel adferd som er vanskelig skal bli lettere å håndtere.* Med det viste helsepersonalet til at hvorvidt man tenker musikkterapitiltak tar tid eller gir tid i en travel hverdag, vil kunne påvirke prioriteringene.

Videre ble det presisert at alle har forskjellige forutsetninger når det kommer til hvilken kunnskap en tilegner seg og med det hvilke tiltak man ser verdien av. A2 uttrykte at det var store individuelle forskjeller blant personalet:

*A2: Man utfører jobben sin, men kan ikke kreve et likt engasjement fra alle, og jeg tenker at musikkterapi, eller å heie på den type behandling inne i avdelingene det krever en litt sånn entusiasme av oss. Så når jeg hører du snakker om å forstå og lese situasjonen og sånn, da tenker jeg at det er veldig fint, men jeg ser for meg dager der det er kanskje både to og tre på jobb som ikke leser en ting, sant. De åpner ikke den visuelle boken engang, sant. Så, da får du altså (H: da får det motsatt effekt), alle blir stelt og alle får mat, men den elementære kunnskapen som for eksempel om å holde roen, den er plutselig helt vekke. Så det er jo óg en utfordring.[..] Så selv om det er musikkterapi grupper til fast tid og at mange ytre faktorer er like, vil det være ulikt fra onsdag til onsdag, ikke bare med tanke på beboerne og hvordan de har det, men også hvem av oss som er på jobb. Opplevelsen og gjennomføringen av gruppen vil være ulikt, det følger personene, det er ikke tilfeldigheter.*

Dette kan tyde på at til tross for god kunnskapsutveksling, vil ikke alle nødvendigvis se den samme verdien eller ha like holdninger til de ulike tiltakene som blir gjennomført på avdelingene.

### **3.4.2 Kunnskap om demens**

I fokusgruppeintervjuene snakka deltakerne mye om hvor viktig det er å ha kunnskap om demens. Det kom fram at det er viktig for musikkterapeut og helsepersonell å opparbeide seg både eksplisitt og taus kunnskap om hvordan man skal forholde seg til ulike mennesker med en demensdiagnose. Dette uttrykte blant annet A1: *Hvis en musikkterapeut kommer på en demensavdeling uten kunnskap om demens [...] det vil bli en tung vei å gå. Kunnskap om demens må ligge i bunn. Jeg kjenner på vegne av beboerne, at det vil være tungt å bli utsatt for noen som ikke vet noe om sykdommen.*

Helsepersonalet diskuterte hvilken kunnskap de sitter med om demens som vil være verdifullt å dele med musikkterapeuter, for å styrke og utfylle hverandre i praksis.

*A1: Det som vi kan gi til deg er jo den kunnskapen om demensomsorgen, for eksempel det å si navnet først, da får du oppmerksomheten. For hvis du sier en setning; "kan du synge den, Kristine?" [pause; ingen "respons"]. Men hvis du sier navnet først; "Kristine, kan du"; Ja, hva?[respons]". Eller du bruker fysisk kontakt, da vet*

*vedkommende at det er han/hun du henvender deg til. Også det å ha øyehøyde når du snakker. Tretti centimeter, det er det gunstigste.*

Videre påpekte A1 at: *demensomsorgen er ekstremt detaljert. Og alle beboerne våre har demens, men alle skal ha det på hver sin måte. Alt ifra hvordan man vasker ansiktet til hvordan man tar på strømpene. Det er så mange detaljer, noen skal ha kaffen først og noen skal ha den sist.* Her vektla hun at hver beboer har sin personlighet og sine behov som helsepersonell og musikkterapeuter må være sensitiv ovenfor og legge til rette for i sitt arbeid.

Flere av helsepersonalet påpekte at kunnskapen om alle disse ”små tingene” i hverdagen som må være på plass for at beboerne skal føle seg trygge og ivaretatt, er spesielt viktig. A2 pekte på dette som et viktig bidrag fra helsepersonell til musikkterapeut:

*A2: Vi bruker jo masse tid på å diskutere hvor de sitter med matbordet i forhold til hva som fungerer og ikke. Og det er de små tingene, ja å få deg til å få tro på det eller få hele personalet til å tro på det, for den del; at de bittesmå tingene utgjør den kjempestore forskjellen. For meg er iallfall det grunntanken innenfor demensarbeid. Og da kommer det der, ”skal det bety noe hvem du sitter ved siden av?”. Ja det betyr faktisk alt. Så, det er jo vår tyngde tenker jeg.*

A2 betegnet denne tyngden som taus erfaringsbasert kunnskap. Taus kunnskap ble av helsepersonalet beskrevet som evnen til å være sensitiv i møte med hver enkelt beboer og hvordan man gjennom erfaring bevisst og ubevisst tilrettelegger for beboerne og deres behov. I fokusgruppeintervjuene kom det fram at både musikkterapeuter og helsepersonell sitter med mye taus kunnskap. Det ble vektlagt at det å dele denne tause individuelle kunnskapen mellom helsepersonell og musikkterapeuter kunne være et viktig bidrag i et samarbeid.

Videre ble ulike måter å forstå demens på diskutert. Diskusjonen nedenfor er tatt med for å illustrere helsepersonalets syn og kunnskapsgrunnlag rundt demens.

*H: [...]Jeg tenker at demens er en slags film som dekker over alt det de har av ressurser, så når du gjennom blant annet sang greier å komme igjennom den filmen og inn til de og nå de, så har de så mange ressurser som samfunnet ikke ser.*

*A1: Men jeg tenker at det vi prøver å jobbe etter i demensomsorgen, det er jo å forstå hvordan oppleves dette for beboeren. Altså det er ikke diagnosen, det nevrologiske, men heller ”hvordan oppleves dette”? Og hvordan skal vi gjøre det trygt? Hvordan*

*skal vi, hvis vi aner at dette ikke er en god opplevelse, hvordan kan vi snu, hva kan vi gjøre for at det skal bli trygt? Det er det som er hele meningen tenker jeg. Hvordan oppleves dette for den enkelte. Det er da vi kan gå inn og finne de riktige løsningene, hvis vi får en følelse av hvordan det oppleves for beboerne. Og det er jo krevende å finne ut. For de kan ikke si det selv. De som kan si det, "dette var skummelt", da er det greit, men dette er jo bare vår erfaring og det vi ser.*

*A2: Men så ligger det i vår tause kunnskap, at det å synge det er veldig ufarlig. Altså, du synger ikke når du er redd (H: nei, ikke når du er sint heller, sant). Så hvis du merker at noen er redd, så tenker jeg kanskje ikke "nå er hun redd", men jeg begynner å synge, for det er et signal på at dette her går fint. For du synger ikke hvis du står framfor en med pistol eller noe, sant!. Så jeg tror det er noe som du på en måte ville gjort med barna eller med moren din. At du tenker dette er det samme som å si at "dette er ikke farlig". Men det er ikke alltid lurt å bruke de ordene, men hvis du da synger istedenfor.*

*S: For da har du brukt et farlig ord.*

*A2: Ja, sant, det er akkurat som du lærer at du skal ikke si "ikke slå", men du skal si "ta ned hånden din". Det er en kjempestor forskjell (S: Du forstår ikke "ikke").*

*H: Men det er jo det samme som de som spør; "vil du gå og legge deg nå?". Da tenner du noe negativt, for det er mørkt, det er natt, du er alene (A1: ja, hvor er du?). Det er negativt, og da blir de veldig opprørt og da får du de oftest ikke med deg, men hvis du sier "kom bli med meg en tur", synge litt, så går alt så greit. [...]. Vi må ikke få de ut i vår verden, men vi må gå inn i deres verden og være der, og få det til.*

Kort oppsummert påpeker helsepersonalet at de selv er opptatt av å prøve å forstå hvordan hendelser oppleves for beboerne og med det prøver å gå inn i deres verden. Hvordan man ordlegger seg i møte med beboerne ble også påpekt som viktig. Dette viser igjen til den tause, erfaringsbaserte kunnskapen helsepersonalet sitter med, og hvordan den virker inn på relasjonen med beboerne. Det å prøve å forstå hvordan hendelser oppleves for hver beboer, ble påpekt som viktig i det helsepersonalet skulle finne gode løsninger på utfordrende situasjoner i hverdagen. Å skape et rom for at helsepersonalet kan videreformidle både generelle tips til musikkterapeut, sammen med deres kunnskap om hver enkelt beboer, ble påpekt som viktig.

### 3.4.3 Kunnskap om beboerne

Den tredje kategorien handler nettopp om hvordan helsepersonell og musikkterapeuter innhenter og deler sin kunnskap om hver enkelt beboer. Denne kategorien er naturlig sammenvevd med den forrige, men jeg har valgt å gjøre en slik inndeling for å tydeliggjøre fokuset mot å jobbe individuelt og personsentrert, der en er opptatt av å se på hvert menneske ”bak” en demensdiagnose. Dette er noe som også helsepersonalet la vekt på i diskusjonene. Helsepersonalet kom med forslag til hvordan man bedre kan kartlegge beboernes interesser og da spesielt musikkpreferanser. A1 utdypte det slik:

*A1: Jeg tenker på at vi bruker sånne bakgrunnskjema for å kartlegge hvem var du og hva vil familien at vi skal huske, vite og kunne snakke om. I dette skjemaet tenker jeg det er viktig å få inn mer konkretisering av musikkvalg. Der det til og med kan stå tre favorittslagere hvis pårørende vet, hvor mye dette kan bety. For i dag står det; ”har den eldre vært opptatt av musikk?” Så svarer kanskje familien, ”ja har spilt”, eller ”ja, har sunget i kor”. Ingen spesielle interesser men, kunne de sagt, var det en slager som slo an en gang? Når jeg tenker på min mor som var født i 1917, så ville jeg i dag kunne sagt ”ja, jeg husker hun likte den og den og den” selv om hun ikke var sånn der musikkinteressert. Så det er noe der.*

Her kom A1 med ideer til hvordan vi mer konkret kan kartlegge beboernes musikkpreferanser gjennom å tilrettelegge for dette i bakgrunnsopplysningskjema som skal fylles ut av pårørende. Dette ble nevnt som et viktig potensiale til å kunne få mer kunnskap om beboernes interesser og musikkpreferanser, i og med at beboerne ikke bestandig har mulighet til å si med ord hva slags musikk de selv liker. Senere i diskusjonene ble det stilt spørsmål om hvem man kan innhente informasjon om beboerne fra. A1 hevdet i andre fokusgruppeintervju at det kanskje *ikke* er så enkelt for pårørende å vite hva mor/far likte å høre på gjennom livet.

*A1: Vi tenker jo på at vi må spørre familien, med beboerne som ikke kan gi uttrykk for det selv. Da tenker jeg: ”vet jeg hva mora mi likte å synge når hun var tjue, eller atten eller tjuefem?”. Nei, det vet jeg ikke. Og hvis jeg ikke vet noe om hva slags musikk som var på den tiden heller når hun var tjuefem, så vet jeg faktisk ikke. Så kanskje, men det blir jo et mye større arbeid, men. Fikk en opplevelse nå med en beboer som har familie langt borte, og de flytta fra hverandre i tjueårene. Så kom det en gammel arbeidskollega på besøk, som hadde jobba med vedkommende i tretti, trettifem år.[..]*

*Og hun kunne jo fortelle ting som jeg tenkte, ”ja, det er det jo ingen av familien som har fortalt”. Selvfølgelig, for de kjente jo ikke til den biten.*

A1 sine sitater viser også til at vi alle kjenner ulike sider av et menneske, og at dette påvirker oppfatningen og forholdet man har til personen og hvilken informasjon man da deler med andre.

Flere diskusjoner dreide seg om nettopp det å ha ulike relasjoner med mennesker og hvordan det fører til at vi innhenter oss ulik kunnskap om beboerne. A2 snakka om hvilken kunnskap man har ”opparbeidet” seg om hver enkelt beboer, og utfordringene med å overføre den kunnskapen til andre:

*A2: Men i det der ligger det óg en del av den der tause kunnskapen, som du bare tilegner deg. Jeg ser for meg rom for rom i morgenstell, også ser jeg at jeg går ut på gangen og ikke akkurat skifter hatt, men; ”der går jeg inn der, og der gjør jeg det sånn”. Og det er ikke sikkert jeg hadde reflektert så mye over det som et bilde, om vi ikke snakka om det, men dette er noe du tilegner deg. For du vet at en plass kan du nesten slå opp døra og si ”hallaien” og neste rom må du si ”hei, kaffen er klar” [lys forsiktig stemme]. Og sånn er det. Og ikke kan du overføre det alltid til en annen fordi at det som virker for meg der inne hadde sikkert ikke virket for deg.*

Videre beskrev A2 at musikkterapien kan føre til nye oppdagelser og nye sider av beboerne:

*A2: Jeg tenker at musikkterapi kan være overraskende [...] jeg har vært her i tre år, og tenker jeg kjenner de som bor her rimelig godt, også ser jeg de i møtene med musikkterapeuten, der jeg ser en ny side, eller at du henter ut noe som vi ikke har gjort i vårt daglige arbeid. Og det har vært en sånn positiv overraskelse.*

H kom med et eksempel på en beboer som var beskjedent og tilbaketrukket, som gjennom musikkterapien viste nye sider av seg selv:

*H: Før har hun ikke vist i det hele tatt at hun er komfortabel med å være i en sosial setting på den måten. Hun har sittet masse på rommet og dette var informasjon vi fikk både fra familien og gjennom rapporter. Også plutselig skulle hun sitte i en felles musikkgruppe og spille på rytmeinstrumenter, det tenkte jeg var en kjempeovergang for henne. Men, her har det vært en viktig nøkkel. Hun er mye mer ut i miljøet og lite*

*på rommet. Hun kommer og søker kontakt med oss, som hun heller ikke har gjort før hun begynte å delta aktivt i musikkterapigruppene.*

A2 viser til ulike bakgrunnskunnskap om beboerne som kan være nyttig i møte med disse:

*A2: Men jeg tenker på bakgrunnskunnskap om den enkelte, hvem som fungerer dårlig sammen og hvem som blir snurt. For eksempel hvem som er så religiøs at hun ikke tåler den der «kjenne dåke madam Felle». Også har jeg vært med i en sånn skrivegruppe der ei har reagert fryktelig negativt på den der «en liten pike i lave sko», fordi at hun har alltid vært altfor høy, aldri kunne gått med høye sko, og hun føler den sangen på en eller annen måte latterliggjør de som gikk i lave sko. Altså hvor mye som er med av gamle ting som de har opplevd gjennom livet. Noe musikk kan virke veldig negativt, og noe kjempepositivt, så det å få kunnskap om det er viktig.*

Her påpeker A2 at musikk kan virke både positivt og negativt, og derfor er det viktig å finne hver enkelt beboers musikkpreferanser som vekker positiv respons. For å kunne få til dette, må en kjenne til beboerens livshistorier.

Et annet aspekt som ble diskutert, var erfaringer om hvordan beboerne kan påvirke hverandre både positivt og negativt.

*H: Vi hadde en beboer som alltid synger Napoleon med sin hær og alle de sangene. Også fikk vi en ny beboer nå i sommer som satt ved samme bordet, og sa "du synger ikke med bordet, det der er ikke noe!". Vedkommende hørte godt og sluttet å synge, spiste mindre, trampa ikke takten lenger, og det var ganske tydelig at dette hadde nådd inn på en negativ måte. Og, nå er ikke den brukeren som nekta sang så mye på stuen, sånn at når vi kom igjen etter ferien og var tilbake, så har hun tatt opp igjen både rytmer og takt der hun synger. Altså, det er kjempefasinerende. Men hvor lite som skal til, allikevel.*

Å vite og observere hvordan beboere påvirker hverandre, både positivt og negativt, ble pekt på som viktig å ha kunnskap om og ta hensyn til, både i hverdagen og i musikkterapigruppene.



#### 4 DRØFTING

I denne studien har jeg utforsket problemstillingen: *Hva tenker helsepersonalet er viktig for å kunne bygge opp et integrert musikkterapeutilbud på en demensavdeling?* I tillegg til dette har jeg utforska *helsepersonalets forståelse av og erfaring med musikkterapi.*

Gjennom analysen av fokusgruppeintervjuene kom jeg fram til to hovedkategorier: 1) *kunnskapsutveksling* og 2) *tre kunnskapsområder*. Den første kategorien handlet om *kunnskapsutveksling* mellom helsepersonell og musikkterapeut, og hvordan ulike former for kunnskapsutveksling kunne bedre integreringen og gjennomføringen av musikkterapigruppene på demensavdelingene. Et viktig element her handlet om å skape en kontinuerlig dialog mellom helsepersonell og musikkterapeut, der ulik kunnskap og kompetanse ble gjort tilgjengelig for hverandre. Den andre kategorien beskriver tre kunnskapsområder og hvilke roller disse kunne ha i kunnskapsutvekslingen. Det første av disse tre kunnskapsområdene handler om *kunnskap om musikkterapi*. Denne kategorien viser til problemstillingens underspørsmål og til hvordan helsepersonalet definerer musikkterapi og hvordan de tenker musikkterapi kan bli brukt på avdelingene. I fokusgruppeintervjuene reflekterte helsepersonalet rundt ulike strategier for å kunne innhente mer kunnskap om musikkterapi. Det andre kunnskapsområdet omhandlet *kunnskap om demens*, og viktigheten av å dele den tause og eksplisitte kunnskapen med hverandre for å kunne tilrettelegge for at musikkterapeutilbudet skulle kunne fungere i praksis, og for at beboerne skulle bli godt ivaretatt. Det tredje kunnskapsområdet, *kunnskap om beboerne*, gikk nærmere inn på hvordan hver enkelt person innhenter ulik kunnskap om beboerne, alt etter hvilken relasjon de har til beboerne og hvilke målsettinger de har i sitt arbeid. Her ble det pekt på viktigheten av å se hvert enkelt menneske bak sykdommen, og å utveksle kunnskap for å kunne jobbe mer personsentrert. De to kategoriene presentert, er tett sammenvevd på den måten at kunnskapsutvekslingen er en forutsetning for at den tause og eksplisitte kunnskapen om musikkterapi, demens og beboerne, som hver enkelt fagperson sitter med, skal kunne bli tilgjengelig og få en nytteverdi for integreringen av musikkterapi.

Funnene peker på at det er essensielt å kommunisere og å utveksle kunnskap for å integrere musikkterapeutiltak på demensavdelingene. Tidligere forskning viser også til at det å kommunisere og samarbeide er nøkkelen til suksessrik implementering (Gallagher, 2001; Bøysen, 2007; O’Kelly & Koffman, 2007; Deegan et al; Dulaney & Stanley ref i Ledger et al, 2013). Det min studie har bidratt med utover dette, er å presentere helsepersonalets konkrete forslag og ideer til hvilken kunnskap det kan være viktig å utveksle med andre for å kunne

integre musikkterapitiltakene på demensavdelingene. Funnene har bidratt med å synliggjøre praktiske problemstillinger og løsninger innenfor denne konteksten gjennom å omgjøre erfaringer og taus kunnskap til mer konkret og eksplisitt kunnskap. Noe av denne kunnskapen kan forhåpentligvis overføres og anvendes til ulike praksisnære formål, så vel som at de kan skape en bevissthet rundt ulike forutsetninger for integreringen av musikkterapi. Forskningen til Choi (1997), Gallagher et al (2001), O’Kelly & Koffman (2007) og Darsie (2009) viser til det samme som helsepersonalet uttrykte i fokusgruppene, at observasjon og deltakelse i musikkterapipraksis kan bedre forståelsen av og kunnskapen om musikkterapi. Dette peker på at det kan være hensiktsmessig å involvere og invitere helsepersonell til å ta del i musikkterapitiltak som blir gjennomført på demensavdelingene.

Forskjeller mellom min studie og tidligere forskning kan også betones. Litteraturen presentert i kap 1.6 viste til andre fagpersoners oppfatninger og tanker til musikkterapi innenfor ulike kontekster. Ingen av disse studiene fant sted innenfor demensavdelinger på sykehjem. Denne forskningen har bidratt til å kontekstualisere integreringen av musikkterapi innenfor denne aktuelle konteksten. Dette masteroppgaveprosjektet har vært opptatt av å utforske integreringen av musikkterapitiltak, mens mye av tidligere forskning har sett på implementeringen av musikkterapi. Implementering viser til hva som skal til for å få et tiltak eller et program til å fungere (Implementere, 2009), mens integrering handler mer om hvordan et tiltak kan bli en del av et system. Jeg tenker at funnene i denne studien har vært med å gi en bredere kontekstuell forståelse av hvordan musikkterapi som et nytt og ukjent fag kan bli en del av den tverrfaglige kulturen på demensavdelingene. Jeg ser også på implementering og integrering som to sammenkoblede begrep, som er til dels vanskelig å kunne se separat. Gjennom å jobbe mot at musikkterapien best mulig skal bli en del av et tverrfaglig system, vil dette naturlig nok også handle om å bedre forutsetningene slik at musikkterapitilbudene fungerer best mulig. Jeg kan se at funnene fra analysen i like stor grad belyser hvordan kunnskapsutvekslingen kan skape gode forutsetninger for musikkterapipraksisen, som hvordan kunnskapsutvekslingen kan bidra til at musikkterapitilbudet best mulig blir en del av demensavdelingene. Av den grunn vil jeg vise til både implementering så vel som integrering videre i drøftingsdelen.

Implikasjonene av funnene i denne studien kan oppsummeres både på personnivå og systemnivå. Tegningen som ble brukt på forsiden av denne masteroppgaven, ble laget for å visualisere og illustrere disse nivåene. På personnivå handler det om at hver enkelt sitter med en unik kunnskap og kompetanse, som det er viktig å dele for å oppnå godt samarbeid og god

musikkterapi praksis. De ulike fagpersonene har opparbeida seg ulik kunnskap om beboerne, demens og musikkterapi og det er viktig at kunnskapen beveger seg mellom individene, og også fra individet til kollektivet. På systemnivå handler det om å samle denne kunnskapen og å skape en organisasjonskultur og en felles kunnskapsplattform der det er mulig å utveksle kunnskap med hverandre. Kulturen på sykehjemmet formes gjennom den kunnskapen som er i omløp og hvordan den blir behandlet. Jeg vil nå diskutere nærmere hvilken relevans disse funnene kan ha i praksis. Jeg vil først se på hvordan kunnskapsutveksling kan bli brukt som en strategi for integrering av musikkterapeutiltak, for deretter å diskutere hvordan en kan skape en tverrfaglig kultur der kunnskapsutveksling kan skje.

#### **4.1 Kunnskapsutveksling som strategi for integrering av musikkterapeutiltak.**

Datamaterialet peker på at kunnskapsutveksling både på person- og systemnivå er viktig for integreringen av musikkterapeutiltak i praksis. På personnivå omfatter god praksis blant annet å respektere og ivareta hverandres verdighet som fagpersoner (Fottland, 2011). Gjennom å utveksle kunnskap og erfaringer, kan ulike fagpersoner få mer innsikt i og forståelse av hverandres arbeid. Integreringsarbeid sies i stor grad å handle om akkurat dette; at partene mottar tilstrekkelig med informasjon om hverandre (Urassa, 2011).

Et stort og betydelig bidrag i kunnskapsutvekslingen, inneholder den uvurderlige kunnskapen og kompetansen helsepersonalet sitter med om beboernes personlighet og behov med hensyn til både sykdom og livshistorier. Det at musikkterapeuten får tilgang til denne kunnskapen, gjennom at helsepersonalet blant annet videreformidler de erfaringene de har gjort seg i hverdagen, tror jeg har en stor betydning med tanke på kvaliteten av musikkterapeutiltakene. Helsepersonalet kjenner beboerne godt, og møter dem i helt andre sammenhenger enn det en musikkterapeut gjør. Akkurat som A2 påpekte i fokusgruppeintervjuene, er det essensielt å kunne forstå og se alle ”de små tingene” som kan gjøre beboernes hverdag så trygg og god som mulig. Dette er snakk om kunnskap som ikke nødvendigvis står skrevet i journalen, men som på et eller annet vis trenger å bli videreformidlet. Med tanke på at alle har ulike relasjoner til beboerne, vil man få et mer helhetlig bilde av et menneske gjennom å utveksle den tause kunnskapen med hverandre. I en guide gitt ut av WHO, knyttet til implementering av nye intervensjoner innenfor helsesystemet, vises det til forskning som bekrefter at det å utforske den tause kunnskapen som helsefagarbeidere sitter med, kan gi god innsikt i implementeringsstrategier (Peters, Tran & Adam, 2013). Som analysen også bekrefter, er det

å utveksle taus kunnskap en viktig del av det å oppnå god implementering og integrering av nye helsetiltak (Peters et al, 2013).

Det å få innsikt i hverandres fagområder og kompetansefelt, ser også ut til å kunne gi inspirasjon og føre til endringer i praksisrutiner både hos helsepersonell og hos musikkterapeut. Som helsepersonalet uttrykte i fokusgruppeintervjuet, kunne elementer fra musikkterapien overføres til deres egen praksis, og da ikke nødvendigvis kun i form av hvordan de brukte musikk, men også til mer generelle måter å gjennomføre aktiviteter og miljøtiltak på. Sykepleiere intervjuet av Myskja (2011), uttrykte også dette: ”the cooperation with the music therapist has changed our way of approaching clinical problems more creative, in a way” (Myskja, 2011, s. 26). På denne måten kan kunnskapsutveksling føre til integrering av musikkterapi både på en direkte og indirekte måte.

Forskningen presentert innledningsvis (jmf. kap 1.6) viste at den kunnskapen fagpersoner har om andre fagpersoners roller ofte er både overfladisk og mangelfull (Lauvås & Lauvås, 2004, O’Kelly & Koffman, 2007). Med tanke på at mange ikke har kjennskap til musikkterapi som profesjon, er det heller ikke lett å vite hva man skal forvente av en nyankommet musikkterapeut. Dette var et tema som kom fram i fokusgruppeintervjuene. Datamaterialet viser til at kunnskapsutveksling kan være viktig for å avklare roller og ansvar mellom helsepersonell og musikkterapeut, noe som igjen kan bedre forutsetningene for gjennomføringen og integreringen av musikkterapi gruppene. Forskningen til Cummings et al (2003), som har utforsket implementering av nye sykepleieroller og ansvar, argumenterer for at det å skape en åpen og kontinuerlig dialog er en generell og viktig strategi i det nye roller skal implementeres i et system.

Kunnskapsutvekslingen ser videre ut til å kunne bidra til å øke forståelsen av musikkterapi, som igjen er avgjørende for om musikkterapi blir prioritert eller ikke, eller lagt til rette for i praksis. Helsepersonalet uttrykte at musikkterapi, som mye annet i helsevesenet, handler om prioriteringer. Hvilke holdninger helsepersonalet har til musikkterapitiltakene vil kunne påvirke prioriteringene. Det kan være tydelige forskjeller når det gjelder holdninger helsepersonell har i forbindelse med musikkterapi, og en kan heller ikke forvente at alle har like stor tro på musikkterapifaget. Holdninger opplever jeg likevel som viktige, fordi de i stor grad ser ut til å påvirke beboernes deltakelse og trivsel i musikkterapi gruppene. Når helsepersonalet har troen på tiltaket, eller viser interesse på noe vis, overføres dette til beboerne. Helsepersonalet ga selv uttrykk for at det er viktig at noen av personalet ”heier” og

har troen på faget for at musikkterapitiltakene skal fungere godt i praksis. Dette er i tråd med forskningen til Ledger et al (2013), som har sett på hvor stor betydning andre fagpersoner kan ha på selve implementeringen av musikkterapitiltak. De viser til at det kan være spesielt viktig at en musikkterapeut har en "gatekeeper" på sin arbeidsplass. En gatekeeper har Ledger et al (2013) beskrevet som en respektert fagperson som kan tale musikkterapiens sak, og som kan hjelpe musikkterapeuten med å oppnå tillit i organisasjonen. Gjennom å utveksle kunnskap med hverandre, vil kanskje flere få troen på musikkterapi og se verdien av tiltakene, som igjen kan gjøre til at flere vil kunne fungere som kontaktpersoner og som medspredere av informasjon og kunnskap om musikkterapi. Dette igjen tror jeg vil gagne integreringen av musikkterapitiltakene.

På systemnivå handler det om at kunnskapsutveksling er viktig for å få musikkterapien til å bli en del av et system, både gjennom at profesjonen tilpasser seg systemet og at systemet skaper rom for musikkterapien. WHO sin guide peker på at implementeringen av intervensjoner innen helsearbeid i stor grad avhenger av konteksten, altså hvor intervensjonene finner sted: "Even when interventions are designed in similar ways, implementation occurs differently in different contexts and with many different effects" (Peters et al, 2013, s.19). Dette antyder at musikkterapipraksisen bør tilrettelegges og formes ut ifra beboernes og helsepersonalets behov innenfor de ulike avdelingene. Bøysen & Salhus (2015) peker på at det er viktig å få integrert musikkterapien inn i hverdagens verdisystem slik at sammenhengen til dagliglivets utfordringer ivaretas. Myskja (2011) vektlegger også at det er viktig å lytte til beboernes, helsepersonalets og familiemedlemmenes ulike behov og syn før en skal implementere musikkbaserte tiltak på sykehjem. Her kan kunnskapsutveksling være en viktig strategi for at musikkterapeuten skal få tilstrekkelig informasjon om hvilken rolle musikkterapien kan ha, og hvordan musikkterapien kan passe inn i konteksten gjennom å dekke institusjonens, helsepersonalets og beboernes behov. Som datamaterialet viser, handler det også i stor grad om å skape en kultur som tilrettelegger og gir plass for bruk av musikkterapi som miljøtiltak og behandling på sykehjem. Kunnskapsutvekslingen tenker jeg kan hjelpe til med å skape et godt miljø for bruk av musikk. Dette kan gagne både musikkterapeutens så vel som helsepersonalets bruk av musikk. Med det kan en skape et tverrfaglig samarbeid der en utvikler en musikk- og musikkterapipraksis som til sammen kan dekke beboernes psykososiale behov og som øker trivsel og velvære i det daglige.

## 4.2 Hvordan skape en kultur der kunnskapsutveksling skjer?

Datamaterialet viser til at kunnskapsutveksling kan bedre forutsetningene for integreringen av musikkterapiiltak. Men hvilke faktorer er viktig for at kunnskapsutveksling faktisk skal kunne finne sted? Jeg vil nå se på hvordan en kan skape en kultur der kunnskapsutveksling skjer, gjennom å utforske hvordan en best mulig kan gjøre kunnskap tilgjengelig og forståelig for hverandre, samt å diskutere hvordan sosiale forutsetninger kan virke inn på mulighetene for kunnskapsutveksling.

Som presentert kan funnene oppsummeres gjennom at det er behov for en felles kunnskapsplattform, der en gjør kunnskap tilgjengelig for hverandre. Det ble pekt på ulike strategier og arenaer der en kan møtes for å oppnå dette, deriblant internundervisning, ulike veiledningsmetoder og observasjoner av praksis. For at både musikkterapeut og helsepersonell skal få tilgang til hverandres kunnskap, er forutsetning nummer en at alle parter har mulighet til å ta del i de ulike arenaene hvor kunnskapsutveksling faktisk skjer. Musikkterapeuten bør blant annet ta del i tverrfaglige møter, ettersom dette er en viktig arena for å utveksle informasjon og for å sette seg mål som er i samsvar med andre faggrupper (Gallagher et al, 2001; O'Kelly & Koffman, 2007; Moltubak & Knardal, 2015). Videre tenker jeg også det vil være hensiktsmessig om helsepersonell og musikkterapeut har mulighet til å utveksle kunnskap også uformelt, ettersom spontane samtaler kan åpne opp for annen kunnskap og andre diskusjonstema enn det som blir tatt opp i tverrfaglige møter der en har en mer bestemt agenda. Her kan også fysiske forutsetninger som hvor musikkterapeuten har kontor og hvem han/hun spiser lunsj med påvirke forutsetningene for kunnskapsutvekslingen på et mer uformelt plan.

En annen viktig arena for kunnskapsutveksling, vil være å ha en felles skriftlig kommunikasjonskanal. Skriftlig dokumentasjon er et viktig middel til å kommunisere med andre fagpersoner, og for å gjøre ulike former for kunnskap tilgjengelig for hverandre. Det vil være ulikt personale på jobb fra dag til dag, og det kan være vanskelig å oppnå kontinuitet i den muntlige dialogen, med tanke på tidsbegrensninger i hverdagen. Musikkterapeuten vil ikke nødvendigvis ha mulighet til å observere og møte beboerne i andre sammenhenger enn musikkterapien. Gjennom å få tilgang på journalsystemet, kan musikkterapeuten få et mer helhetlig bilde av beboeren, og lettere kunne se og kartlegge hvordan musikkterapien kan bli brukt til å møte beboernes behov i hverdagen. Det er heller ikke alle av helsepersonalet som nødvendigvis har mulighet til å være tilstede under musikkterapi-gruppene. Å tydeliggjøre musikkterapiarbeidet også for disse, tenker jeg er viktig. I et ressurshefte for musikkterapeuter

i eldreomsorgen utviklet av ”Nettverk for musikk og eldre”, blir det pekt på at gjennom dokumentasjon kan musikkterapeuter kommunisere til andre faggrupper hva de har gjort, og at dette er med på å kvalitetssikre et sammensatt faglig tilbud (Moltubak & Knardal, 2015). Gjennom gode skriftlige beskrivelser, kan musikkterapeuter tydeliggjøre verdien av faget og vise til sider av pasienten som kanskje ikke kommer til syne i andre settinger (Moltubak & Knardal, 2015). Dette ser jeg på som et viktig argument til hvorfor musikkterapeuter bør ha mulighet til å føre journal og dokumentere sitt arbeid i et system der andre fagpersoner får tilgang til informasjonen. Journalføring kan også i ettertid dokumentere og vise prosessen i arbeidet som er blitt gjort. Dette står blant annet sentralt ved evaluering og endring av tjenestetilbudet og vil derfor være viktig for å kunne evaluere og bedre musikkterapitilbudene (Moltubak & Knardal, 2015).

Det ble også lagt vekt på at det var viktig å opprettholde en kontinuerlig dialog mellom musikkterapeut og helsepersonalet for å kunne oppnå et godt samarbeid og god kunnskapsutveksling. Dette mener jeg argumenterer for at musikkterapeuter bør være tilstede i hverdagen, og som fast inventar i det tverrfaglige teamet på institusjonen. Det at alle faggrupper er synlige og tilstede i hverdagen tenker jeg er nødvendig for at musikkterapeut skal kunne ta del i de forumene der kunnskapsutveksling skjer. Nonaka og Takeuchi (1995) argumenterer også for at det er viktig å legge vekt på de sosiale prosessene rundt kunnskapsdeling, der dialog og interaksjon mellom de ulike partene må skje over en lengre periode for at kunnskap skal bli til og deles. Å utveksle kunnskap gjennom sporadiske møter en gang iblant mener Nonaka & Takeuchi (1995) ikke vil være tilstrekkelig nok. Det finnes mange utfordringer til dette, og da spesielt med tanke på musikkterapeuters ansettelsesforhold. Stige, Kvamme & Ridder (2015) bekrefter at musikkterapeuter innenfor eldreomsorgen i Norge står i mange ulike typer stillinger, både når det gjelder hvordan stillingen er organisert og hvor stor stillingsprosenten er. Stillingsprosenten til musikkterapeuter kan variere fra noen timer i uka, til 100%. Hodne (2008) bekrefter gjennom en spørreundersøkelse gjort i forbindelse med hennes masteroppgave at 69 % av norske musikkterapeuter kun har én stilling innenfor sitt musikkterapeutiske arbeid, der bortimot halvparten arbeider i reduserte stillinger. Noen musikkterapeuter er ansatt direkte på et sykehjem, mens andre kan være ansatt i kommunen og skal betjene flere sykehjem (Stige, Kvamme & Ridder, 2015). Ledger et al (2013) viser også til at musikkterapistillinger spesielt i oppstarten er deltid eller prosjektbasert istedenfor faste heltids-stillinger. Dette kan gjøre at det vil være begrenset med tid og begrensede sosiale forutsetninger til å utveksle kunnskap

mellom de ulike faggruppene. Det at musikkterapeuter blir ansatt i store nok stillinger er følgelig viktig.

Ledger (2010) vektlegger at fagpersoner som jobber innenfor helsesektoren trenger å utvikle ferdigheter og strategier for å kommunisere med andre fagpersoner som har andre tilnærminger, filosofi og fagspråk enn seg selv. En musikkterapeut kan sitte med en annen bakgrunn og fagspråk enn helsepersonell. Som musikkterapeut tenker jeg også det vil være viktig å være bevisst på disse forskjellene, og ha evnen til å formulere og utveksle kunnskap på en måte som gjør det mest mulig relevant, matnyttig og forståelig for de ulike fagpersonene. Det handler om at de ulike partene kan tone seg inn, være fleksible og kreative i måten en videreformidler sin kunnskap på. Lauvås & Lauvås (2002) presiserer også at kommunikasjonsprosessen i tverrfaglig samarbeid består av å gi relevant informasjon til de rette personene, slik at faglig kunnskap kan bli integrert og hensiktsmessige beslutninger kan tas. Alle fagpersoner og yrkesgrupper har sitt kunnskapsgrunnlag, formet fra den utdanningen man har tatt. Med tanke på at musikkterapi ofte er et nytt fag for mange, tenker jeg at det er essensielt hvordan en ordlegger seg i det en skal videreformidle sin fagkunnskap.

### **4.3 Implikasjoner for praksis og forskning**

Flere av aspektene som ble diskutert ovenfor, indikerer at det er et behov for å fokusere på tverrfaglighet allerede i utdanningen, både for musikkterapistudenter og helsefagstudenter. Lauvås & Lauvås (2004) peker på at når studenter innenfor helseutdanning er ute i praksis, møter de sjelden representanter fra de yrkesgruppene som de skal samarbeide med i fremtiden. Ledger (2010), som er musikkterapeut basert i Irland, har påpekt at musikkterapiutdanningen fokuserer mer på å utvikle studentenes ferdigheter i å møte klienter enn på å forberede studentene på å møte ulike faggrupper og arbeidskontekster. Dette kjenner jeg igjen også fra min egen musikkterapiutdanning. Musikkterapeut Erlandsen (2015) uttrykker at tverrfaglighet handler i stor grad om at musikkterapeuter må øke kompetansen som fagpersoner gjennom å lære mer om andre faggruppers fagfelt så vel som å videreformidle egen kompetanse. Sandve & Enge (2015) peker også på at musikkterapeuter trenger opplæring i det å gå inn i ulike typer samarbeid i eldreomsorgen. I senere tid har tverrfaglighet i utdanningen blitt mer vektlagt. I Bergen har det blant annet blitt fokus på å trene opp helsefagstudenter i tverrfaglig samarbeid. Gjennom å etablere et senter for tverrprofesjonell samarbeidslæring (TVEPS) er det blitt fokus på å gi helsefagstudenter



praksis der de får trene seg på å være i tverrfaglige samarbeid med andre faggrupper (UiB, 2015, 07. April). Griegakademiet i Bergen er nå også blitt en del av dette samarbeidet, noe som har åpnet opp for at musikkterapistudenter har blitt en del av TVEPS-praksisen. Jeg håper og tror at dette vil åpne opp for flere muligheter til å gi andre helseprofesjonsstudenter et innblikk i hva musikkterapi er i tillegg til at musikkterapistudenter får trening i å lytte til og forholde seg til andre helsefagstudenter. Jeg ser det som svært viktig at musikkterapistudenter så tidlig som mulig får trent seg på å videreformidle sitt fag og sin kunnskap til andre faggrupper.

Jeg tror også det vil være vesentlig å utforske videre hva en musikkterapeut må kjenne til og beherske utover utøvelsen av musikkterapi for å møte behovene innenfor demensomsorgen. Som nevnt i innledningen, er musikkterapi et fag som blir anvendt innenfor mange ulike arbeidskontekster. Som faggruppe må musikkterapeuter ha nok kunnskap om den spesifikke konteksten han/hun jobber innenfor. Dette kom også fram i fokusgruppeintervjuene. Til tross for at musikkterapiutdanningen består av fem år på skolebenken, vil ikke utdanningen nødvendigvis gå i dybden i hver av de ulike kontekstene det er mulig å jobbe i som musikkterapeut. Dette tenker jeg kan vise til at det er et behov for etterutdanning eller spesialisering av musikkterapeuter, slik at de kan utvikle kompetanse innenfor ett spesifikt område og til å få mer opplæring. Dette er noe som er på dagsordenen, og i skrivende stund utvikles det etterutdanning for musikkterapeuter innenfor emneområdene ”eldreomsorg”, og ”rus og psykiske lidelser” i Norge (UniResearch, 2015).

Et annet tema knyttet til det å videreutvikle musikkterapi som profesjonsutdanning og forskningsfelt, handler om autorisasjon av musikkterapeuter. Ved at musikkterapeut blir en vernet tittel, vil en kunne sikre at musikkterapeuter har en felles utdanningsbakgrunn, i tillegg til at musikkterapistudenter, på lik linje med andre helsefagarbeidere, vil gjennomgå en sikkerhetsvurdering (Autorisasjonssøknad, 2010<sup>4</sup>). Autorisasjon vil gjøre det mulig å kvalitetssikre de musikkterapeutiske tilbudene og tydeliggjøre musikkterapi som en profesjonell praksis innen eldreomsorgen, som igjen vil gjøre det lettere for musikkterapeuter å bli en del av et helsesystem. Jeg tror at autorisasjon av musikkterapeuter vil kunne skape et bedre grunnlag for integrering av musikkterapeutisk kompetanse i helsevesenet.

---

<sup>4</sup> Norges Musikkhøgskole og Universitetet i Bergen, i samarbeid med Musikernes Fellesorganisasjon (MFO) og Norsk forening for musikkterapi (2010). *Autorisasjon av musikkterapeuter*. Søknad utarbeida til helse- og omsorgsdepartementet.

Videre ser jeg at det kreves mer implementeringsforskning som utforsker hvordan musikkterapi i praksis blir - og ikke bare kan bli - integrert i et system. Som Peters et al (2013) viser til, er det viktig å ta stilling til de ulike kontekstene hvor tiltak skal implementeres og integreres. Av den grunn er det nødvendig å se på hvordan musikkterapi integreres best mulig innenfor demens- og eldreomsorgen spesifikt. Kunnskap om hvordan musikkterapeuter jobber innenfor ulike institusjoner i eldreomsorgen, og hvordan de blir integrert i systemet er følgelig nødvendig. Videre ville det vært hensiktsmessig med mer forskning på musikkterapi som profesjonell praksis, og hvordan musikkterapien fungerer i et tverrfaglig samarbeid sammen med andre faggrupper innen demens- og eldreomsorgen. Musikkterapi er mindre forsket på enn andre fag, og er fortsatt ukjent for mange. Det å få ulike institusjoner til å satse på musikkterapi, avhenger blant annet av ressurser og midler. Overbevisende dokumentasjon om hvordan og hvorfor musikkterapi kan være hensiktsmessig og lønnsomt på lang sikt er dermed viktig. For at musikkterapi skal bli anerkjent som behandling og prioritert innenfor demensomsorgen, ser jeg derfor et behov for mer internasjonal forskning som dokumenterer evidens, som for eksempel RCT-er, ettersom slike studier settes høyt innenfor en medisinsk forskningstradisjon.

#### 4.4 Kritisk blikk på egen forskning

Kvalitativ forskning består av mange ulike paradigmer og forskningstradisjoner, noe som kan gjøre evalueringen av forskningen krevende (Stige, Malterud & Midtgarden, 2009). I stedet for en kriteriebasert evaluering, presenterer Stige, Malterud & Midtgarden (2009) akronymet EPICURE, som kan brukes som en agenda for evaluering av kvalitativ forskning. De syv temaene i akronymet står for *engagement, processing, interpretation, critique, usefulness, relevance og ethics*. Jeg vil her kort evaluere og diskutere de to punktene *critique og usefulness*, som jeg har valgt å oversette til *kritikk og nytteverdi*. Jeg mener at punktet *kritikk* er svært relevant for denne oppgaven, spesielt med tanke på min rolle som ung og uerfaren forsker, og at jeg har hatt en nær relasjon til det jeg har forsket på. Det andre punktet, *nytteverdi*, er av spesiell interesse i og med at dette er et prosjekt som har vært opptatt av å utvikle heller enn å evaluere praksis.

*Kritikk* omfatter å vurdere fordeler og begrensninger av forskningen, og kan omfatte både selvkritikk og sosial kritikk. Selvkritikk er spesielt relevant innen kvalitativ forskning ettersom forskeren bruker seg selv som et metodisk verktøy (Stige et al, 2009). Det vil være

viktig å anerkjenne at dette har vært mitt første forskningsprosjekt. Det at jeg har vært en fersk forsker har vært med å forme forskningsprosessen, der jeg har gjort meg mange nye erfaringer og funnet fram til pragmatiske løsninger underveis. For å kompensere for dette har jeg vært opptatt av å integrere andre fagpersoners perspektiv i de ulike stadiene av forskningen. Dette har blant annet omfattet å være i dialog med og søke råd hos veilederen min. Her har jeg hatt mulighet til å uttrykke meg muntlig og til å se datamaterialet fra nye vinkler. Videre valgte jeg å være moderator i fokusgruppeintervjuene som ble holdt. Med tanke på at dette var mitt første forskningsprosjekt, kan dette valget ha preget hvorvidt informasjon jeg satt igjen med var spissa nok. Det å kunne holde tak i den røde tråden og på samme tid stille åpne spørsmål, har til tider vært utfordrende. Her valgte jeg igjen å spørre en ekstern fagperson om å bidra som bi-moderator. Dette har vært både viktig og verdifullt for å kunne utvide tverrfagligheten og vinklingene i fokusgruppen. Det faktum at jeg var godt kjent med kulturen på sykehjemmet og helsepersonalet som jobbet der, kunne ha påvirket forskningen i begge retninger. Først og fremst så følte jeg dette var en fordel, ettersom jeg gjenkjente mange av problemstillingene som ble nevnt i fokusgruppediskusjonene og så hvordan diskusjonstemaene relaterte seg til de ulike avdelingene.

*Nytteverdien* av dette forskningsprosjektet viser til om hvorvidt forskningen og funnene har hatt betydning for hverdagspraksisen og hvordan forskningen kan være nyttig for deltakerne og andre aktører i helsesektoren (Stige et al, 2009). Forskningen viser til en spesifikk deltakergruppes kunnskap og refleksjoner rundt problemstillingen og det underliggende tema. På denne måten tror jeg ikke at deltakerne i dette forskningsprosjektet kan representere et gjennomsnittlig syn eller holdninger hos helsepersonell verken internasjonalt eller nasjonalt. Dette har heller ikke vært målet med tanke på den kvalitative tilnærmingen som er blitt brukt. Kvale og Brinkmann (2009) viser til at gjennom et humanistisk syn er hver enkelt situasjon og fenomen unikt, der hvert fenomen har sin indre struktur og logikk. På bakgrunn av dette handler det ikke om at funnene skal kunne generaliseres globalt, men heller at en gjennom å undersøke helsepersonalets personlige erfaringer har fått omformet taus kunnskap til mer eksplisitt og konkret kunnskap. Selv om denne kunnskapen ikke representerer allmenngyldige fakta, kan den likevel lede til tiltak og strategier som kan ha nytte for andre i lignende situasjoner. Funnene kan da forhåpentligvis peke på noen aspekter av og forutsetninger for integreringen av nye tiltak. På denne måten tenker jeg at kunnskapen som ble produsert gjennom fokusgruppeintervjuene kan ha betydning for andre lignende problemstillinger i praksis (Kvale & Brinkmann, 2009).

## 5 AVSLUTNING

I dette forskningsprosjektet har jeg vært opptatt av å få innblikk i helsepersonalets tanker om hva som skal til for å bygge opp et integrert musikkterapitilbud på en demensavdeling. Å skape en felles kunnskapsplattform der helsepersonell og musikkterapeut kan utveksle kunnskap seg imellom ser ut til å være en viktig strategi til integreringen av musikkterapi i demensomsorgen.

”Fra del til helhet” er tittelen på denne masteroppgaven. Denne tittelen føler jeg oppsummerer både den faglige og den personlige prosessen jeg har vært gjennom samtidig som den oppsummerer datamaterialet. Fokusgruppeintervjuene ga meg et rikt datamateriale med mange løse deler som til slutt ble til et helhetlig bilde. Med en konstruktivistisk og hermeneutisk tilnærming, vil jeg si at resultatet ble min tolkning av ett av flere mulige malerier. Tittelen oppsummerer også både personnivået og systemnivået som kom fram i analysen av datamaterialet. Hver enkelt fagperson bidrar med sin del i kunnskapsutvekslingen, og gjennom å samle delene har vi mulighet til å skape et mer helhetlig integrert musikkterapitilbud i eldreomsorgen. I fremtiden håper jeg at flere musikkterapeuter får være en av de mange brikkene i sykehjemmets puslespill!

## 6 LITTERATURLISTE

- Aasgaard, T. (2006). Musikk i helsefag : fysioterapi, ergoterapi og sykepleie, I T. Aasgaard (Red), *Musikk og helse* (s. 31-51). Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Alvesson, M. & Skjöldberg, K. (2008). *Tolkning och reflection. Vitenskapsfilosofi och kvalitativ metod* (2utg). Lund: Studentlitteratur.
- Amir, D. (2005). Grounded Theory. I B. Wheeler (Red.), *Music therapy research* (2utg) (s. 365-378). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Balteskard, B., Storli, S. L. & Martinsen, K. (2012). Hendene husker ulla's uttrykk – Om betydningen av å gjøre tilværelsen rommelig for pasienter på sykehjem. *Nordisk sygeplejeforskning*, 2(3), s. 167-179. Hentet fra: [http://www.idunn.no/nsf/2012/03/hendene\\_husker\\_ullas\\_uttrykk\\_-\\_om\\_betydningen\\_av\\_aa\\_gjoere\\_ti](http://www.idunn.no/nsf/2012/03/hendene_husker_ullas_uttrykk_-_om_betydningen_av_aa_gjoere_ti).
- Barbour, R. & Kitzinger, J. (1999). *Developing Focus Group Research: Politics, Theory and Practice*. London: Sage publications.
- Berentsen, V. D. (2008). *Demensboka – Lærebok for pleie- og omsorgspersonell*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Brochmann, G. (2014, 31. oktober). *Integrering*. I Store norske leksikon. Hentet 3. mai 2015 fra: <https://snl.no/integrering>.
- Bruscia, K. (1998). *Defining Music Therapy* (2.utg, Vol 2). Gilsum NH: Barcelona Publishers.
- Bøysen, B. (2007). *Spillerom for samspill. Etablering og integrering av musikkterapi i eldreinstitusjoner* (Masteroppgave). Oslo: Norges musikkhøgskole.
- Bøysen, B. & Salhus, Ø. (2015). Opplæring av helsepersonell og andre samarbeidspartnere. I *Ressurshfte for musikkterapeuter i eldreomsorgen – Nettverket musikk og eldre*. GAMUT: Griegakademiets senter for musikkterapiforskning. Hentet fra: [https://uni.no/media/manual\\_upload/GAMUT\\_ressurshftemusikkogeldre.pdf](https://uni.no/media/manual_upload/GAMUT_ressurshftemusikkogeldre.pdf)
- Charmaz, K. (2006) *Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis*. London: Sage Publications.
- Choi, B. C. (1997). Professional and Patient Attitudes about the Relevance of Music Therapy as a Treatment Modality in NAMT Approved Psychiatric Hospitals. *Journal of Music Therapy*, 34(4), s. 277-292. Doi: 10.1093/jmt/34.4.277
- Choi, A., Lee, M.S., Cheong, K. & Lee, J. (2009). Effects of group music intervention on behavioral and psychological symptoms in patients with dementia: A pilot-controlled trial. *International Journal of Neuroscience*, 119, s. 471-481. Doi:10.1080/00207450802328136.

- Cochrane Community (2014, 26.mai). Cochrane Reviews. Hentet fra:  
<http://community.cochrane.org/cochrane-reviews>.
- Cummings, G. G., Fraser, K., & Tarlier, D. S. (2003). Implementing advanced nurse practitioner roles in acute care: An evaluation of organizational change. *Journal of Nursing Administration*, 33(3), s. 139-145. Hentet fra:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12629300>
- Darsie, E. (2009). Interdisciplinary Team Members' Perceptions of the role of Music Therapy in a Pediatric Outpatient Clinic. *Music Therapy Perspectives*, 27(1), s. 48-54.  
 Hentet fra: <http://mtp.oxfordjournals.org/content/27/1/48.full.pdf>
- Erlandsen, C. (2015). Tanker rundt fagpolitisk strategi – Den kompetente sykehjemspasienten. I *Ressurshefte for musikkterapeuter i eldreomsorgen – Nettverket musikk og eldre*. GAMUT: Griegakademiets senter for musikkterapiforskning. Hentet fra: [https://uni.no/media/manual\\_upload/GAMUT\\_ressursheftemusikkogeldre.pdf](https://uni.no/media/manual_upload/GAMUT_ressursheftemusikkogeldre.pdf)
- Fischer-Terworth, C. & Probst, P. (2011). Evaluation of a TEACCH- and Music Therapy-Based Psychological Intervention in Mild to Moderate Dementia: A Controlled Trial. *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 24(2), s.93-101. Doi: 10.1024/1662-9647/a000037
- Folkehelseinstituttet (2015). Demens – Folkehelse rapporten 2014. Hentet 24.april 2015 fra:  
<http://www.fhi.no/artikler/?id=110544>
- Fottland, A.S. (2011). *Kunnskapsutveksling i det daglige arbeidet – Er det rom for dette i norske sykehjem?* (Masteroppgave). Tromsø: Institutt for helse- og omsorgsfag
- Gallagher, L.M., Huston, M.J., Nelson, K.A., Walsh, D. & Steele, A.L. (2001). Music Therapy in Palliative Medicine. *Support Care Cancer* 9, s. 156-161.  
 Doi: 10.1007/s005200000189.
- Glaser, B.G. & Strauss, A.L. (1999). *Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine Transaction
- Gold, K. (2013). But does it do any good? Measuring the impact of music therapy on people with advanced dementia: (Innovative practice). *Dementia- International Journal of Social Research and Practice* (13), s. 258-264. Doi: 10.1177/1471301213494512
- Gottschalk, P. (2005). *Strategic Knowledge Management Technology*. Idea Group Publishing.
- Guétin, S., Portet, F., Picot, M.C., Pommié, C., Messaoudi, M., Diabelkir, L., Olsen, A.L., Cano, M.M., Lecourt, E. & Touchon, J. (2009) Effect of music therapy on anxiety and depression in patients with Alzheimer's type dementia: randomised, controlled study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 28 (1), s. 36-46.  
 Doi: 10.1159/000229024.

- Han, P., Kwan, M., Chen, D., Yusoff, S. Z., Chionh, H.L., Goh, J. & Yap, P. (2010). A Controlled Naturalistic Study on an Weekly Music Therapy and Activity Program on Disruptive and Depressive Symptoms in Dementia. *Dementia and Cognitive Disorders*, 30(6), s. 540-546.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013). *Morgendagens omsorg*. (Meld. St. Nr. 29, 2012-2013). Oslo: Departementenes servicesenter.
- Hodne, I. H. (2008). *Musikkterapeutene som profesjonsgruppe i Norge* (Masteroppgave). Oslo: Norges musikkhøgskole.
- Implementere. (2009, 14. februar). I *Store norske leksikon*. Hentet 3. mai 2015 fra: <https://snl.no/implementere>.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: the person comes first*. Philadelphia: Open University Press.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2.utg). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvamme, T. S. (2013). *Glimt av glede. Musikkterapi med personer med demens som har symptomer på depresjon og angst*. (Doktoravhandling). Oslo: Norges Musikkhøgskole.
- Langdridge, D. (2006). *Psykologisk forskningsmetode: en innføring i kvalitative og kvantitative tilnærminger* [oversatt av Petter Røen og Sturle D. Tvedt]. Trondheim: Tapir.
- Lauvås & Lauvås (2004). *Tverrfaglig samarbeid: perspektiv og strategi* (2.utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ledger, A. (2010). *Am I a founder or am I a fraud? Music therapists' experiences of developing services in healthcare organizations* (Doktoravhandling). Limerick: University of Limerick.
- Ledger, A., Edwards, J. & Morley, M. (2013). A change management perspective on the introduction of music therapy to interprofessional teams. *Journal of Health Organization and Management*, 27(6), s. 714-732. Doi: <http://dx.doi.org/10.1108/JHOM-04-2012-0068>
- Lillefjell, M., Knudtsen, M.S. & Wist, G. (2011). *Kunnskapsbasert folkehelsearbeid - kartlegging av kunnskapsgrunnlag, pågående satsinger samt forsknings- og kompetansebehov i folkehelsearbeidet lokalt og regional*. Rapportserie fra senter for helsefremmende forskning, HiST, NTNU. Hentet fra: <http://www.ntnu.no/documents/12446710/16798533/Kunnskapsbasert+folkehelsearbeid.pdf>.

- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3. utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- McDermott, O., Crellin, N., Ridder, H.M. & Orell, M.(2012). Music therapy in dementia: a narrative synthesis systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28, s.781-794. Doi: 10.1002/gps.3895
- Moltubak, A. & Knardal, S. (2015). Henvisning, kartlegging og dokumentasjon i praksis. I *Ressurshfte for musikkterapeuter i eldreomsorgen – Nettverket musikk og eldre*. GAMUT: Griegakademiets senter for musikkterapiforskning. Hentet fra: [https://uni.no/media/manual\\_upload/GAMUT\\_ressurshftemusikkogeldre.pdf](https://uni.no/media/manual_upload/GAMUT_ressurshftemusikkogeldre.pdf)
- Myskja, A. (2011). *Integrated music in nursing homes – An approach to dementia care* (Doktoravhandling). Bergen: Universitetet i Bergen.
- Nonaka, I. & Takeuchi, H. (1995). *The knowledge creating company: how Japanese companies create the dynamics of innovation*. New York: Oxford University Press.
- Norges Musikkhøgskole og Universitetet i Bergen, i samarbeid med Musikernes Fellesorganisasjon (MFO) og Norsk forening for musikkterapi (2010). *Søknad om autorisasjon av musikkterapi*. Utarbeida til helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: [http://www.musikerorg.no/\\_upl/soknad\\_om\\_auorisasjon.pdf](http://www.musikerorg.no/_upl/soknad_om_auorisasjon.pdf)
- Norsk forening for musikkterapi (2014). Innspill fra Norsk Forening for Musikkterapi til Folkehelsemelding 2015. Hentet fra: <http://folkehelsemelding.regjeringen.no/files/2014/07/Innspill-fra-Norsk-Forening-For-Musikkterapi.pdf>
- O’Callaghan, C. (2012). Grounded Theory in Music Therapy Research. *Journal of Music Therapy*, 49 (3), s. 236–277. Doi:10.1093/jmt/49.3.236
- O’Grady, L., Rolvsjord & McFerran, K. (2015). Women performing music in prison: an exploration of the resources that come into play. *Nordic Journal of music therapy*, 24(2), s. 123-147. Doi:10.1080/08098131.2013.877518
- O’Kelly, J. & Koffman, J. (2007), Multidisciplinary perspectives of music therapy in adult palliative care. *Palliative Medicine*, 21, s. 235-241. Doi:10.1177/0269216307077207
- Peters, D.H., Tran, N.T. & Adam, T. (2013) *Implementation research in health: a practical guide*. Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization. Hentet fra: [http://who.int/alliance-hpsr/alliancehpsr\\_irpguide.pdf](http://who.int/alliance-hpsr/alliancehpsr_irpguide.pdf)
- Puchta, C. & Potter, J. (2004). *Focus group Practice*. London: SAGE Publications.
- Raglio, A., Bellelli, G., Traficante, D., Gianotti, M., Ubezio, M.C., Gentile, S., Villani, D. & Trabucchi, M (2010). Efficacy of music therapy treatment based on cycles of sessions:



- A randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, 14(8), s.900-904.  
Doi: 10.1080/13607861003713158
- Reiten, D. & Vallestad, T.R. (2011). *Kunnskapsdeling i team* (Masteroppgave).  
Bergen: Norges Handelshøgskole.
- Reuer, B., Guy, J., Sturley, A., Soskins, M., & Lewis, C. (2011). Feasibility of conducting a music therapy study with hospice patients with dementia and agitation. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 11(2), s.3. Hentet fra:  
<https://normt.uib.no/index.php/voices/article/view/572/464>
- Ridder, H.M. (2005). An Overview of Therapeutic initiatives when Working with persons Suffering from Dementia. I D. Aldridge (Red), *Music therapy and Neurological rehabilitation*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Ridder, H.M., Ottesen, A.M. & Wigram, T. (2009). A Pilot Study on the effects of Music Therapy on Frontotemporal Dementia – developing a research protocol. *Nordic Journal of Music Therapy*, 18(2), s.103-132. Doi: 10.1080/08098130903062371.
- Ridder, H.M.O., Stige, B., Qvale, L.G. & Gold, C. (2013). Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, 17(6), s. 667-678. Doi:10.1080/13607863.2013.790926.
- Ruud, E. (2008). Et humanistisk perspektiv på norsk musikkterapi. I G. Trondalen, & E. Ruud (Red), *Perspektiver på musikk og helse - 30 år med norsk musikkterapi. Skriftserie fra Senter for musikk og helse* (s. 5-29). Oslo: NMH- Publikasjoner.
- Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervjuet. Fra vitenskapsteori til feltarbeid*.  
Bergen: Fagbokforlaget.
- Sandve, O. & Enge, K. E. (2015). Musikkterapeutens rolle vs. andre faggruppers rolle. I *Ressurshäfte for musikkterapeuter i eldreomsorgen – Nettverket musikk og eldre*.  
GAMUT: Griegakademiets senter for musikkterapiforskning. Hentet fra:  
[https://uni.no/media/manual\\_upload/GAMUT\\_ressurshftemusikkogeldre.pdf](https://uni.no/media/manual_upload/GAMUT_ressurshftemusikkogeldre.pdf)
- Selbæk, G. (2010). Demens er mer enn kognitiv svikt. *Utposten*, 3(7), s. 3-7. Hentet fra:  
<http://www.utposten-stiftelsen.no/LinkClick.aspx?fileticket=ofJomvfH6lk%3D&tabid=640&mid=1441>.
- Silverman, M.J. & Chaput, J. (2011). The Effect of a Music Therapy In-Service on Perceptions of Oncology Nursing Staff. *Music Therapy Perspectives*, 29(1), s. 74-77.  
Doi: 10.1093/mtp/29.1.74.
- Stige, B. (2012). Health Musicking: A Perspective on Music and Health as Action and Performance. I R. MacDonald, G. Kreutz, & L. Mitchell, *Music, Health and Wellbeing*.

- (s.183-195). New York: Oxford University Press.
- Stige, B., Ridder, H. M. & Kvamme, T. S. (2015). Etterord: yrkesrolle, fagpolitikk og etikk. I *Ressurshäfte for musikkterapeuter i eldreomsorgen – Nettverket musikk og eldre*. GAMUT: Griegakademiets senter for musikkterapiforskning. Hentet fra: [https://uni.no/media/manual\\_upload/GAMUT\\_ressurshftemusikkogeldre.pdf](https://uni.no/media/manual_upload/GAMUT_ressurshftemusikkogeldre.pdf)
- Svartdal, F. (2012, 19. November). Randomisert Kontrollstudie. I Store norske leksikon. Hentet 14. mai 2015 fra [https://snl.no/randomisert\\_kontrollstudie](https://snl.no/randomisert_kontrollstudie).
- Trondalen, G., Rolvsjord, R. & Stige, B. (2010). Music Therapy in Norway- Approaching a New Decade. *Voices: A World Forum of Music Therapy*. Hentet fra: <http://testvoices.uib.no/community/?q=country-of-the-month/2010-music-therapy-norway-approaching-new-decade>
- UiB (2015). Hva gjør vi og hvordan blir du med? Hentet 29.april 2015 fra: <http://www.uib.no/tveps/66077/hva-gjør-vi-og-hvordan-blir-du-med>
- UniResearch (2015) Kurs, etter- og videreutdanning. Hentet 29.april 2015 fra: <https://uni.no/nb/uni-helse/gamut/kurs-etter-og-videreutdanning/>
- Urassa, E. P. (2011). *Integrering er informasjon: invandrerkvinnens utfordring hjemme og i samfunnet*. Oslo: E.P. Urassa.
- Vaughn, S., Schumm, J.S. & Sinagub, J. (1996). *Focus group interviews in education and psychology*. Thousand Oaks: Sage Publications
- Vink, A. C., Bruinsma, M. S. & Scholten, R.J. (2011) Music Therapy for People with Dementia (Review). *The cochrane collaboration (3)*. Hentet fra: <http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1002/14651858.CD003477.pub2/asset/CD003477.pdf;jsessionid=84E38362A344D64E2A379600D427AB83.f04t03?v=1&t=i9k33xtr&s=6c6e208e76b7b35bb397e7286a56508e1029676b>
- Vink, A. C., Zuidersma, M., Boersma, F., de Jonge, P., Zuidema, S. U. & Slaets, J.P.J. (2013). The effect of music therapy compared with general recreational activities in reducing agitation in people with dementia: a randomised controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 28(10), s. 1031-1038. Doi: 10.1002/gps.3924.
- WHO (2015, Mars) Dementia - Fact sheet N°362 - Hentet 4.mai 2015 fra:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>

Wigram, T., Bonde, L. O. & Pedersen, I. N. (2002). *A comprehensive guide to music therapy theory, clinical practice, research and training*.

London; Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Wilhelmsen Trøen, T. (2014, 28.oktober). En riktig satsning. Dagbladet. Hentet fra:

[http://www.dagbladet.no/2014/10/28/kultur/meninger/kronikk/sykehjem/den\\_kulturelle\\_spaserstokken/35958420/](http://www.dagbladet.no/2014/10/28/kultur/meninger/kronikk/sykehjem/den_kulturelle_spaserstokken/35958420/)

## Vedlegg 1

### Kvittering på melding om behandling av personopplysninger

#### Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Randi Rolvsjord  
Griegakademiet - Institutt for musikk Universitetet i Bergen  
Postboks 7800  
5020 BERGEN

Vår dato: 28.08.2014

Vår ref: 39506 / 3 / KH

Deres dato:

Deres ref:

#### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 20.08.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

39506

Behandlingsansvarlig

Daglig ansvarlig

Student

*Helsepersonalets refleksjoner rundt bruk av musikkterapi på et sykehjem*

*Universitetet i Bergen, ved institusjonens overste leder*

*Randi Rolvsjord*

*Guri Gjermstad Dypvik*

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

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

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Kjersti Haugstvedt

Kontaktperson: Kjersti Haugstvedt tlf: 55 58 29 53

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Guri Gjermstad Dypvik [guridypvik@gmail.com](mailto:guridypvik@gmail.com)

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

*Avdelingskontoret / District Offices*

*OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47 73 59 19 07. [kyrre.svarva@svt.ntnu.no](mailto:kyrre.svarva@svt.ntnu.no)  
TROMSØ: NSD, SVI, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47 77 64 43 36. [nsdmaa@svi.uit.no](mailto:nsdmaa@svi.uit.no)*

## Vedlegg 2

### Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

#### **Bakgrunn og formål**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt knyttet opp mot masterstudiet i musikkterapi ved Griegakademiet i Bergen.

Hensikten med prosjektet er å diskutere og utforske hva dere som helsepersonell tenker musikkterapi er og hva dere forventer at faget kan bidra med på sykehjem. I tillegg vil vi utforske hvordan musikkterapeuter og helsepersonell kan samarbeide for å oppnå best mulig utbytte av musikkterapien. Det vil settes i gang musikkterapi grupper på sykehjemmet, hver onsdag fra september til desember, høsten 2014. Dette er i sammenheng med masterstudentens egenpraksis.

Kriteriene for utvalg er å få tak i personale som oftest har mulighet til å være observerende deltakere under disse musikkterapi gruppene, og som har lyst til å diskutere bruken av musikkterapi sammen med flere kollegaer. Bakgrunn for utvelgelse av deltakere er fordi dere alle har erfaringer, kunnskap og tanker knyttet opp mot hva som er viktig for beboerne og dere kan komme med nye refleksjoner rundt bruken av musikkterapi. Et fokus på helhetlig behandling hvor ulike faggrupper kan samarbeide godt og forme gode behandlingstilbud, er også i tråd med det samhandlingsreformen fra 2012 ønsker å oppnå.

#### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Utenom deltakelse i musikkterapi gruppene, vil forskningsprosjektet innebære å delta på to fokusgruppeintervju i løpet av høsten 2014. Fokusgruppen vil bestå av seks deltakere, med ideelt tre helsepersonell fra hver avdeling. Ønsker gjerne en bred og allsidig deltakergruppe, med avdelingsledere, sykepleiere, hjelpepleiere eller pleieassistenter. Hver samling varer i 90 minutter og vil bli gjennomført ved sykehjemmets lokaler. Tidspunktene for samlingene skal prøve å være best mulig tilpasset personalets turnus og institusjonshverdag. Diskusjon og refleksjon rundt hvordan dere som helsepersonell opplever musikkterapien og hva den kan bidra med ved sykehjemmet, vil vektlegges, men fokusgruppen vil ha en fri form som åpner opp for nye temaer, refleksjoner og innspill.

## **Hva skjer med informasjonen som kommer fram i fokusgruppene?**

I de to fokusgruppeintervjuene som vil bli gjennomført vil samtalen bli tatt opp med en lydopptaker. Dette er for at masterstudenten i etterkant kan transkribere og analysere datamateriale som kommer frem og bruke det som grunnlag til å drøfte forskningsspørsmålet. Datamaterialet vil bli transkribert og analysert fortløpende, slik at dere kan få innsikt i transkripsjonene og analysen og har mulighet til å komme med innspill og kommentarer til disse. Opptaker med lydopptakene vil bli låst inn på et trygt sted etter samlingene.

Alle opplysninger som omhandler helsepersonalet vil bli anonymisert og behandlet uten navn. Dette er også viktig for å unngå at beboernes identitet indirekte kan bli avslørt via personalet. Lydopptakene vil bli slettet så snart transkribering er gjennomført.

Resultatene vil etter planen bli presentert i en artikkel og vil bli framstilt på en måte som ikke gjør det mulig å identifisere dere som deltar. Dette vil skje gjennom anonymisering av institusjon og ved å unngå personopplysninger og karakteristiske uttalelser (for eks dialektord), som andre vil kunne gjenkjenne.

Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har tilgang på navnelister og som kan finne tilbake til deltakerne i fokusgruppen. De det er snakk om er masterstudenten selv og hennes veileder ved Universitetet i Bergen, Randi Rolvsjord.

## **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i dette forskningsprosjektet. Du kan når som helst og uten grunn trekke ditt samtykke til å delta. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte masterstudent Guri Gjermstad Dypvik på tlf..... eller mail.....

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Vennlig hilsen

Guri Gjermstad Dypvik, Masterstudent i Musikkterapi

## Samtykke til deltakelse i forskningsprosjekt

Jeg har mottatt informasjon om studien og er villig til å delta

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 3

### Intervjuguide 1

#### Åpning:

Ønske velkommen og gi praktisk info: Lydopptak, tidsramme (11.00-12.30).

Fokusgruppe er en diskusjonsgruppe: ønsker en aktiv gruppe med fri flyt. Jeg er her for å lære av dere.

Presentere bi-moderator og meg selv og gi info om våre ulike roller.

Presentere praksishistorie:

*Olga og Anna er begge i dårlig humør og drar hverandre ned. De sitter ved siden av hverandre med hendene i kors og kritiserer de som synger. Anna blir fornærmet av en sang og nekter å være med å spille. Oppvaskmaskinen i naborommet lager like mye lyd som sangen på stua og Peder som sitter i hjørnet har mista konsentrasjonen. Som musikkterapeut/musikkterapistudent føler jeg meg mindre vellykka. Jeg får snakke med personalet og vi diskuterer sammen hva som kan forandres til neste gang og om våre ulike arbeidsoppgaver. Olga og Anna skal ikke sitte sammen, Peder hører visst dårlig, og bør derfor sitte nærmere pianoet, oppvaskmaskinen skal ikke være på og det kommer flere sangforslag basert på beboernes sangpreferanser. Neste time er kommet. Olga og Anna synger med for full hals fra hver deres kant, med energien på topp! Peder tramper takten ivrig samtidig som gruppen beveger seg i takt med musikken. Timen ender med spontan dans. Opplevelsen av en og samme gruppe kan variere enormt fra gang til gang. Det er mange faktorer som er med å påvirke dette, som søvn, inneklima, humør, mat, drikke osv. Men hvor stor påvirkning har samspillet og kunnskapsutvekslingen mellom musikkterapeut og helsepersonalet på kvaliteten på musikkterapien? Hvordan kan helsepersonalet med sin kompetanse bidra til best mulig utbytte av musikkterapi? Hva tenker helsepersonalet at musikkterapi er?*

#### INTERVJUSPØRSMÅL

- 1) Hva er musikkterapi, tenker dere?
- 2) Har dere egenerfaring rundt bruk av musikkterapi på sykehjem? Hvordan var det?
- 3) Ser dere behov og utfordringer beboerne har som dere tenker musikkterapi kan bidra i forhold til?
- 4) Noen tanker om hva musikkterapi kan bidra med som kunne lettet deres arbeidssituasjon?
- 5) Hvordan kan helsepersonell og musikkterapeut utfylle hverandre (samarbeide) for å oppnå best mulig utbytte av musikkterapi?
- 6) Hvordan kan dere bidra og tilrettelegge før og under musikkterapien?

#### Outro:

Hvordan var det å være med i gruppen? Noe som bør endres til neste gang?

Ta kontakt om dere kommer på noe i etterkant som gjerne skulle vært sagt



## Vedlegg 4

### Intervjuguide 2

Velkommen

Jeg oppfatter at det gjennomgående ble snakket om to ting i forrige fokusgruppeintervju; hvordan dere som helsepersonell selv bruker musikk i deres arbeidshverdag, og hvordan en musikkterapeut bruker musikk i sitt arbeid. Noe jeg gjerne vil at vi skal utforske og tenke kreativt rundt videre, er hvordan disse to måtene å anvende musikk på kan integreres, kombineres, styrke og utfylle hverandre.

- 1) Hvordan kan det dere gjør med musikk i hverdagen bidra til at musikkterapien blir bedre og hvordan kan musikkterapi bidra til at det dere gjør av sang og musikk blir bedre?
- 2) Tenk dere en situasjon der dere har en musikkterapeut tilgjengelig hele dagen. Hvordan ville dere brukt musikkterapeuten og til hva?
- 3) Hva skal til for at ulikt helsepersonell skal synes at det er komfortabelt å delta aktivt i musikkterapi-gruppene?
- 4) Kan dere beskrive deres arbeidshverdag med fem ord? Hvordan du opplever din arbeidshverdag.
- 5) Kan dere beskrive musikkterapisettingen/gruppen med ett ord?