

Nøkkelen til det innelåste?

En kvalitativ studie om preferansebasert musikk i demensomsorgen



Aila Kristine Aalborg Worley



Masteroppgave i Musikkterapi

Griegakademiet, Fakultet for Kunst, Musikk og Design

Universitetet i Bergen

2018

*Music won't cure her dementia, we know that. But it does make the life she has happier, more fulfilling and gives her a way to communicate with us and the world around her. It's easy to take music for granted but watching Mum respond to **old songs and tunes she has always known** highlights how important it really is.*

Music lights up her life and gives us our Mum back.

- (Nordoff Robbins Music Therapy, u.å.)

Forord

Etter fem lange år som student vil jeg gjerne benytte denne sjansen til å takke alle dere som har vært med meg i denne lange, men spennende prosessen. Det har vært en lang reise som nå er slutt, men som også begynner.

Tusen takk til **informantene** som sa seg villig til å delta i studien!

Stor takk til **Frode Aass Kristiansen** for god veiledning og hjelp – jeg setter stor pris på det.

Tusen takk til **mamma, pappa** og **Kai** for inspirasjon og støtte!

En stor takk til deg, **Alexander**, for gode ord og oppmuntring i en kanskje litt vel stressende periode for oss begge.

Takk til deg, **Anneli Isaksen**, for den fine illustrasjonen – akkurat det jeg ville ha.

Sist, men absolutt ikke minst, takk til mine flotte **medstudenter** som har gjort studietiden så gøy. Og, takk for at dere har gjort tiden på lesesalen mer enn tålelig med både gitarspill og koselige post-it lapper.

Bergen, mai 2018

Aila Kristine Aalborg Worley

Abstract

A Key to What is Hidden?

A Qualitative Study about Preference-based Music in Dementia Care

This master's thesis is a qualitative study focusing on the role of preference-based music in dementia care. Semi-structured interviews were conducted with five music therapists all working with clients with dementia. The goal has been to let each music therapist reflect upon why they use preference-based music and what benefits they have seen using this approach. Through a hermeneutical approach an analysis of the findings was conducted by interpreting the answers from these informants. The findings were contextualized through relevant literature and three main themes were identified: 1) person-centered care, 2) identity and 3) verbalization. The findings from this master's thesis suggest that preference-based music is of crucial significance to the patients in dementia care. Preference-based music seems to be a tool for music therapists to help people with dementia reconnect with their identity and find themselves through music. It may also be a rare opportunity for verbalization and cognitive stimulation.

Keywords: Music Therapy, Dementia Care, Preference-based music, Person-centered care, Identity, Verbalization, Cognitive Stimulation

Innholdsfortegnelse

Forord	3
Abstract	4
1.0 Introduksjon	7
1.1 Tema og motivasjon	8
1.2 Problemstilling	8
1.3 Begrepsavklaring	9
1.4 Demenssykdom.....	10
2.0 Teori	12
2.1 Relevant litteratur	12
2.2 Preferansebasert musikk	13
2.3 Personsentrert omsorg	16
2.4 Identitet.....	19
2.5 Verbalisering	23
3.0 Metode	26
3.1 Forskningsmetode	26
3.2 Kvalitative metoder.....	26
3.2.1 Det kvalitative forskningsintervju	26
3.3 Forarbeid.....	27
3.3.1 Utvalg av informanter	28
3.3.2 Utforming av intervjuguide.....	28
3.3.3 Gjennomføring	29
3.4 Analyseprosessen	30
3.4.1 Transkribering	31
3.4.2 Kategorisering	32
3.5 Etske refleksjoner	33
3.6 Refleksjoner rundt egen forskning.....	34
4.0 Presentasjon av funn	35
4.1 Generelt om preferansebasert musikk.....	35
4.1.1 Kartlegging av preferansemusikken	37
4.2 Relasjoner som oppstår ved bruk av preferansemusikk	40
4.3 Preferansebasert musikk som bygger oppunder identitet.....	42
4.4 Preferansebasert musikk og kognitiv stimulering	44
5.0 Drøfting	47
5.1 Preferansebasert musikk – en avgjørende faktor?	47
5.2 Preferansebasert musikk som personsentrert omsorg	48
5.3 Preferansebasert musikk som opprettholdelse av identitet.....	50
5.4 Preferansebasert musikk åpner for verbalisering og kognitiv stimulering	53

6.0 Avslutning	59
7.0 Referanseliste.....	62
Vedlegg 1 – NSD.....	65
Vedlegg 2 – Forespørsel om deltakelse.....	67
Vedlegg 3 - Intervjuguide	69
Vedlegg 4 – Musikalsk biografi.....	71

1.0 Introduksjon

*På et sykehjem ligger det en kvinne inne på rommet sitt, hun har trukket seg vekk fra familie og pleiere, og er ikke interessert i å delta på aktiviteter som skjer på sykehjemmet. Hun snakker lite og det er vanskelig å fange oppmerksomheten hennes. Det er vanskelig å vite om det er på grunn av dårlig hørsel, eller om hun bare ikke er interessert. Jeg går inn, introduserer meg selv og spør om det er greit om jeg spiller litt gitar og synger med henne. Hun ser på meg med et tomt blikk, og svarer etter en liten stund ja. Jeg setter meg ned ved siden av sengen og spør om det er en sang hun vil høre, uten å få et svar. Jeg sier navnet hennes og hun ser på meg. Jeg stiller spørsmålet på nytt, denne gangen litt høyere, fortsatt ikke noe svar. Så jeg tar sjansen på at det fortsatt er greit at jeg er der. Den første sangen jeg spiller er *De nære ting*, jeg får ingen respons så jeg fortsetter med de sangene jeg tenker kan slå an. Etter cirka 10 minutter avslutter jeg da jeg ser at hun holder på å sovne. Uken etter prøver jeg igjen. Jeg opplever det samme denne gangen. Jeg prøver med en ny sang; *Vi har en tulle...* Jeg synger første verset, uten respons, men fortsetter likevel til andre verset. Da skjer det noe, hun snur hodet mot meg og ser meg inn i øynene mens hun mimer teksten til første verset. Jeg prøver raskt å følge henne og synger første verset på nytt. Hun fortsetter å mime teksten og etter hvert hører jeg svak synging. Dette var den eneste sangen i løpet av perioden min på dette sykehjemmet som gjorde at jeg nådde inn til henne.*

Denne hendelsen er hentet fra egen erfaring i praksis på et sykehjem. Musikkterapi i demensomsorg handler mye om opprettholdelse av identitet, da ved bruk av preferansebasert musikk. Da jeg skulle inn og ha musikkterapitime på egenhånd med denne kvinnen var det som nevnt vanskelig å finne nøkkelen som kunne åpne opp for kontakt. Det var ikke alle beboerne på sykehjemmet hvor jeg faktisk klarte å finne denne nøkkelen, derfor står denne hendelsen frem som en fin opplevelse. I det øyeblikket man ser personen "bak sykdommen", og man ser at oppmerksomheten rettes mot noe mellom oss – da skapes en forbindelse mellom musikken og identiteten. Denne hendelsen var med på å åpne øynene mine for hvordan musikken faktisk kan nå inn til personer med demens. Men, dette gjelder ikke bare hvilken som helst musikk, men særlig den preferansebaserte musikken som er hovedfokus for denne oppgaven.

1.1 Tema og motivasjon

Det overordnede tema for denne masteroppgaven er musikkterapi og demens. Der er flere grunner til at nettopp dette er av interesse for meg, både personlig og profesjonelt. På et personlig plan har jeg selv opplevd å se hvordan musikken kan være med å lyse opp hverdagen til en bestefar med Alzheimers sykdom. Etter hvert som sykdommen progredierte var det sjeldent vi klarte å oppnå kontakt. Han mistet med tiden også språket og vi opplevde at kommunikasjon ble vanskelig. Man tenker kanskje at det å ta personer med demens til et sted utenfor institusjonen de bor i kan bli vanskelig, og det kan det ofte være. I dette tilfelle var det etter hvert kun når han var i kirken og hørte salmer at han "våknet" opp. Der kunne han synge med på alle salmene, og han kunne tekstene på rams. Vi så en glede og en gnist i øynene hans som ikke var tilstede ellers. Dette var musikken hans, og den nådde inn.

I følge *Folkehelse rapporten 2014* vil antallet mennesker med demens, på verdensbasis, tredobles innen 2040 (Strand & Skirbekk, 2014). Økning i folketall og høyere levealder er med på å øke antall personer med demens. Med utgangspunkt i disse tallene mener Charalampos Tzoulis, overlege i nevrologi ved Haukeland Universitetssykehus, at dette kan bety at vi får 200 000 mennesker med demens i Norge innen 2040, og 400 000 innen 2100 (Røsjø, 2015). Tzoulis uttrykker bekymring over Norges kapasitet til å behandle så mange personer med demens. Med bakgrunn i dette, er behovet for å lære mer om hvordan man kan nå inn til mennesker med demens, og for å videreutvikle behandlingsformene, viktig.

På bakgrunn av en semesteroppgave som jeg skrev tidligere i utdanningen om preferansebasert musikk, er jeg i masteroppgaven min interessert i å utvide perspektivet for å se nærmere på sammenhengen mellom preferansebasert musikk og identitet.

1.2 Problemstilling

Jeg ønsker med denne masteroppgaven å rette oppmerksomheten mot hvordan musikk kan brukes for å nå inn til mennesker med demens. Særlig er det preferansebasert musikk jeg tar opp, og spørsmålene jeg undersøker er om preferansebasert musikk er en avgjørende faktor for å nå inn til personer med demens. Hvis så, hvorfor? For å utforske dette har jeg formulert følgende problemstilling:

Er preferansebasert musikk en avgjørende faktor for å nå inn til personer med demens i musikkterapeutisk arbeid i demensomsorgen, og i så fall hvorfor er det slik?

1.3 Begrepsavklaring

I følge Roar C. Pettersen bør det gis en begrepsavklaring dersom fagtermene kan være vanskelige å forstå (2008, s. 66). Jeg velger å gjøre rede for sentrale begrep i teksten da det er viktig å være enig i hva vi legger i begrepene. Videre presenterer jeg hvilke definisjoner jeg har valgt å bruke.

Begrepene som vil defineres i denne delen av oppgaven er *demens*, *preferansebasert musikk*, og *identitet*. Dette er begreper som blir brukt flittig, og ettersom det kan være ulike definisjoner eller betydninger vil jeg utdype hvilken betydning jeg legger i begrepene.

I boken *Demens: sykdommer, diagnostikk og behandling* blir sykdommen demens definert på følgende måte:

Demens (ute av sinn, avsindig) er en fellesbetegnelse på en tilstand eller et syndrom som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer, og som er kjennetegnet ved en kronisk og irreversibel kognitiv svikt, sviktende evner til å utføre dagliglivets aktiviteter på en tilfredsstillende måte sammenliknet med tidligere og endret sosial atferd. (Engedal & Haugen, 2018a, s. 18)

Jeg velger å bruke denne definisjon ettersom den sier noe om tilstanden til personer med demens, samtidig som den påpeker at det er en fellesbetegnelse. Jeg har valgt ikke å gå inn på en spesifikk demens diagnose og bruker heller begrepet som en generell betegnelse. Grunnen til dette er fordi jeg har som utgangspunkt at bruk av preferansebasert musikk vil være viktig uansett demensdiagnose, dermed vil det ikke være nyttig å spisse det til en bestemt diagnose.

Det har vært utfordrende å finne en god definisjon på *preferansebasert musikk*. Det jeg har funnet handler mer om *individualisert musikk*. Jeg har valgt å definere begrepet selv, basert på det jeg har lest og erfart.

Preferansebasert musikk viser til den musikken som treffer hvert menneske, på en unik og individuell måte.

Jeg velger derfor å bruke *preferansebasert musikk* i stedet for *individualisert musikk* ettersom det er det som blir brukt i musikkterapilitteraturen. Jeg mener det er en forskjell i begrepene der *individualisert musikk* kan tolkes som musikk som er tilpasset til brukerens behov uten at det er spesifisert hvordan denne tilpasningen har skjedd. *Preferansebasert musikk* derimot får frem at ulike mennesker har forskjellige preferanser når det kommer til hvilken musikk de

liker, både når det kommer til sjanger og når det kommer til enkeltsanger. Det er særlig dette jeg mener man må ta hensyn til. Når det i min masteroppgave skrives om dette, vil jeg variere mellom *preferansebasert musikk* og *preferansemusikk*, ettersom jeg mener det er en forskjell på bruken av begrepene. Det ene handler om bruken av musikken, mens det andre handler om selve musikken.

Begrepet identitet brukes i ulike sammenhenger; det kan være ytre kjennetegn som navn, kjønn, alder og yrke, men også personlige kjennetegn som "[...]i en spesiell kombinasjon skiller oss som individer fra andre" (Ruud, 2013, s. 51). I denne oppgaven definerer jeg identitet som: individets bevissthet om "å være den samme" personen over tid, og "opplevelsen av kontinuitet i selvoppfatning" (Ruud, 2013, s. 52).

1.4 Demenssykdom

Konteksten for problemstillingen i denne masteroppgaven er demensomsorgen. Ønsket med oppgaven er som nevnt å utforske bruk av preferansebasert musikk i demensomsorgen og dermed vil det være nødvendig å skrive litt generelt om demens.

Demens er en fellesbetegnelse på en tilstand forårsaket av sykdom i hjernen. I følge Engedal og Haugen kan man kjennetegne demens ved en "kronisk og irreversibel kognitiv svikt, sviktende evner til å utføre dagliglivets aktiviteter på en tilfredsstillende måte sammenliknet med tidligere og endret sosial atferd" (2018a, s. 18).

De vanligste symptomene på demens er dårligere hukommelse, problemer med språket og vanskeligheter med å utføre daglige gjøremål (Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2018). Der finnes mange ulike årsaker til demens; både skader (hjerneslag, hjernesvulster, hodeskader) og sykdommer. Den vanligste årsaken er Alzheimers sykdom.

Det er mye som spiller inn på progresjonen av en demenssykdom. Startfasen er ofte ulik fra person til person, grunnet ulike nivåer av stress og forskjellige somatiske sykdommer. (Engedal & Haugen, 2018a, s. 20). Etter hvert som demenssykdommen progredierer vil den som oftest presentere seg mer og mer likt hos de fleste pasienter. Utviklingen av demens deles inn i tre faser; kompenseringfasen, dekompenseringsfasen og pleiefasen (Engedal & Haugen, 2018a, s. 20).

Den første fasen vil ofte være preget av hukommelsessvikt – som å glemme avtaler, glemme å spise o.l. I tillegg kan det oppstå vansker med å relatere hendelser i riktig tidsperspektiv (Engedal & Haugen, 2018a, s. 21). Neste fase er i følge Engedal og Haugen (2018a) gjerne preget av vansker med å bruke tillærte mestringsevner. En kan oppleve

forvirring, vrangforestillinger og hallusinasjoner, og noen vil kanskje miste språkevnen og orienteringsevnen. I denne fasen vil hukommelsen også svekkes betydelig. I den siste fasen opplever mange inkontinens og mangel på motorisk kontroll (Engedal & Haugen, 2018a, s. 21). Kommunikasjonsproblemer oppstår i denne fasen, og noen vil over tid oppleve å miste språket. De fleste mennesker med demens vil i denne fasen bli totalt avhengig av fysisk pleie.

2.0 Teori

Litteraturen jeg har valgt gjenspeiler teoretiske perspektiver og temaer jeg ser som aktuelle for å utforske preferansebasert musikk med personer med demens. Denne oppgaven har et humanistisk og ressursorientert ståsted, noe som også gjenspeiler den norske musikkterapien. En humanistisk tilnærming gir oss muligheter til å forstå menneskers livsverden (Ruud, 2008, s. 5) og en ressursorientert tilnærming oppfordrer oss til å se menneskers muligheter istedenfor deres begrensninger (Rolvsjord, 2008, s. 126). Videre har jeg valgt å presentere litteraturen delt opp i ulike teorier.

2.1 Relevant litteratur

For å kunne utforske problemstillingen har jeg gjort et litteratursøk for å finne litteratur som er mest mulig relevant til oppgaven. Det har vært utfordrende å finne litteratur som direkte omhandler oppgavens tema. Dermed vil jeg bruke litteratur som omhandler tema som *personsentrert omsorg, identitet, og preferansebasert musikk/individualisert musikk* for å belyse problemstillingen. Derfor velger jeg her å kort presentere den litteraturen som er mest sentral i denne oppgaven.

Brynjulf Stige og Hanne Mette Ridder har i boken *Musikkterapi og eldreomsorg* (2016) samlet artikler som omhandler musikkterapi i eldreomsorgen. I denne boken er det flere kapitler som vil være relevante for denne masteroppgaven. Blant annet Ridder sine kapitler: "Musik i et personcentrert perspektiv" (2016a), "Musik som hverdagsressurs i ældrelivet: samvær og erindring" (2016b) og "Musikterapi i en psykososial demensomsorg i plejebolig" (2016c). Ridder bygger flere av artiklene sine rundt et personsentrert perspektiv. Dette perspektivet stammer fra Tom Kitwoods teorier om personsentrert omsorg. Denne tanken baserer seg på et helhetlig perspektiv på mennesket og er en tverrfaglig arbeidsmåte som møter personer med demens på en verdig og respektfull måte. Her er det også viktig å trekke frem Tom Kitwoods bok *Dementia Reconsidered* (1997) hvor han skriver om sitt menneskesyn og hvordan denne måten å drive pleie og omsorg også påvirker måten man ser på personer med demens.

Litteraturen om identitet blir hovedsakelig hentet fra Even Ruud sin *Musikk og identitet* (2013). Ruud skriver om "selvet" og hvordan mennesker både har en personlig og en sosial identitet. Han skriver om hvordan man i arbeidet med personer med demens kan se sammenhengen mellom musikk og identitet, og at man med musikken som verktøy kan skape

en sammenhengende livshistorie. Men også her er det verdt å nevne musikkterapeuter som Gary Ansdell (2014) og Randi Rolvsjord (1998) som også relaterer musikken til vår identitet.

Jeg har også valgt å bruke litteratur av Audun Myskja ("Bruk av musikk som terapeutisk hjelpemiddel i sykehjem" (2005)) som baserer seg på Linda Gerdners teorier om individualisert musikk ("The effects of individualized music on elderly clients who are confused and agitated" (Gerdner & Schoenfelder, 2010)). I tillegg trekker jeg fram blant annet Hanne Mette Ridders "Musikterapi med demensramte: hukommelse, identitet og musikreminiscens" (2011) fordi hun skriver om hvordan musikken kan gi et narrativ i personer med demens sitt liv, og Tone Sæther Kvamme som i "Musikk for demensrammede – en livsnødvendighet?" (2008) skriver om hvordan musikk som personer med demens har et forhold til kan vekke minner, følelser og opplevelser av mestring.

2.2 Preferansebasert musikk

Linda Gerdner var den som etablerte betegnelsen *individualisert musikk* da hun i 1992 skrev sin masteroppgave "The effects of individualized music on elderly clients who are confused and agitated" (Gerdner & Schoenfelder, 2010). Gerdner definerer *individualisert musikk* på følgende måte: "individualized music is [...] music that has been integrated into the person's life and is based on personal preference". Også i Norge har *individualisert musikk* blitt brukt i behandling av eldre på sykehjem. Audun Myskja skriver om dette i artikkelen "Bruk av musikk som terapeutisk hjelpemiddel i sykehjem" (2005). Myskja (2005) definerer det slik: "en metode, en syntese av musikkterapi og musikkmedisin, spesielt tilpasset pasienter ved sykehjem. Individualisert musikk integrerer musikkterapeutisk arbeid med øvrige pleie- og omsorgstiltak ved avdelingen". Musikkterapeuters syn på det de kaller *preferansebasert musikk* er noe annerledes enn det som allerede er nevnt. I denne oppgaven er det *preferansebasert musikk* som blir brukt da dette er en videreutviklet "metode" innenfor musikkterapi. Forskjellen mellom *individualisert musikk* og *preferansemusikk* ligger i hvordan musikken blir brukt. Bruk av *preferansebasert musikk* er grunnlaget for individuelt musikkterapeutisk arbeid i demensomsorgen. Musikken som musikkterapeuten velger danner grunnlaget for en relasjon og for det terapeutiske forløpet, mens *individualisert musikk*, slik Gerdner praktiserte det, er et utvalg av preferansemusikk på en CD som primært ble brukt for å minske agitasjon.

Tone Sæther Kvamme (2008) skriver i "Musikk for demensrammede – en livsnødvendighet?" om viktigheten av det å bruke musikk som klientene faktisk har et forhold

til, også kalt preferansemusikk. Hun påpeker at bruk av kjent musikk kan åpne opp for både kommunikasjon og deltakelse (Kvamme, 2008). Når klienter får høre den musikken de har et spesielt forhold til kan det åpne dører man ikke får tilgang til ved bruk av musikk som ikke er preferansebasert. Kvamme beskriver hvordan musikken kan være et hjelpemiddel for kontakt:

Er tilbud om musikk en livsnødvendighet for demensrammede? Jeg mener ja, fordi demenssykdom sperrer så mange kanaler for kommunikasjon, kontakt og meningsfull tilværelse. Musikk når ofte frem via kanaler som ikke er skadet og kan gi tilgang til følelser, være en hjelp til å uttrykke seg, vekke hukommelse om viktige minner og styrke identitet. Dessuten kan musikk gi opplevelser av mestring og tilhørighet.
(Kvamme, 2008, s. 496)

Her kaller Kvamme (2008) musikkterapi for en livsnødvendighet, og begrunner det med måten musikken når inn til klientene, hvordan den kan være et verktøy for kommunikasjon, hukommelse og identitet.

Hanne Mette Ridder skriver i "Musikterapi med demensramte: hukommelse, identitet og musikreminiscens (2011) om forholdet mellom identitet og musikk, og hvordan man gjennom musikk kan skape et narrativ av en persons livshistorie. Mennesker husker ofte viktige øyeblikk og gode minner i bruddstykker og musikken kan være med på å fremme denne hukommelsen ved at den vekker følelser og motivasjon (Ridder, 2011). Hvordan kan man gjøre dette med en person som har fått en demensdiagnose? Som et mulig svar påpeker Ridder (2011) derfor viktigheten av å prøve seg frem med sang, musikk og dans som personen har hatt et tidligere forhold til. På denne måten kan man vekke noen følelser som gjør det lettere for en person med demens å fremkalle visse minner (Ridder, 2011).

Musikken kan give personer med demens mulighed for at genopleve betydningsfulde oplevelser og indgå i et motivert og følelsesmæssigt engageret samvær. Herigennem kan personen få bekræftet sin identitet og føle sig mødt og forstået, trods en demenssygdom. (Ridder, 2011, s. 61)

Ved å bruke preferansebasert musikk kan man altså få tilgang til en person med demens sin identitet. Ridder beskriver det slik:

[Musikk] vil kunne motivere og engagere dem i et samvær med en terapeut eller med en gruppe af personer. Ikke blot for at adsprede og underholde, men for at finne frem til musikk som har betydning for den enkelte person og som i et motiveret og følelsesmessig engageret samvær bekrefter personens identitet. (Ridder, 2011, s. 74)

For å finne frem til denne musikken som Ridder snakker om vil det som musikkterapeut være nyttig å ha et verktøy til akkurat dette. Noen ganger kan det være en utfordring å finne frem til akkurat den musikken som vil ha betydning for den enkelte. Dette er også noe Rolvsjord setter ord på:

De gamles musikalske identitet er selvfølgelig ikke ensartet, selv om det musikalske landskap kanskje er mer uoversiktlig i dag enn det var når de var unge. For musikkterapeuten er det en stor utfordring å finne fram til sanger som har hatt spesiell betydning for den enkelte. En del musikk er imidlertid en felleskulturell arv for store deler av befolkningen i Norge. Dette gjelder sanger som skolebarn har lært i generasjoner og som synges som allsanger på et utall av sosiale sammenkomster. (Rolvsjord, 1998, s. 10)

Som et redskap for dette er det utviklet ulike skjema for å kartlegge musikkpreferansene til personer med demens. Et eksempel på et slikt skjema er et som er utarbeidet av Solgunn E. Knardal i 2010 i forbindelse med GAMUT sitt Ressurshefte for musikkterapeuter i eldreomsorgen (Nettverket musikk og eldre, 2008-2014) (se vedlegg 4). Skjemaet heter "Musikalsk Biografi", og man fyller det ut systematisert etter epoker i livet; barndom, skolegang, ungdom, ung voksen, voksen og nå. Her kan man fylle inn viktige personer, musikk og historie som vil være relevant fra de ulike epokene. Dermed kan man danne seg et bilde av personen med demens, i tillegg til at man kanskje klarer å finne frem til den ene sangen som kan nå inn med. Et annet verktøy man kan bruke er Individualisert musikk: preferanse CD som er laget publisert av GERIA - Ressurscenter for aldersdemens/alderspsykiatri (Skogen, Kvamme & Lyngroth, 2004).

2.3 Personsentrert omsorg

Hanne Mette Ridder (2016a) bruker Tom Kitwoods personsentrerte teorier når hun skriver kapittelet "Musik i et personcentrert perspektiv". Hun trekker frem at Kitwoods teorier har en relasjonsorientert tilnærming til demens og omsorg (Ridder, 2016a). Ridder (2016a) påpeker at selv om Kitwoods personsentrerte menneskesyn handler mest om mennesker med demens, så viser det også et grunnleggende menneskesyn som er relevant for eldreomsorgen generelt. Dette menneskesynet viser hvorfor og hvordan vi skaper møter gjennom samhandling og psykososiale tiltak. Dette gjelder spesielt i pleien og omsorgen i vanskelige tilfeller, som da for eksempel med personer med demens (Ridder, 2016a). Med Kitwoods biopsykososiale forståelse i bunn skriver Ridder (2016a) at man må ha et helhetsorientert og tverrfaglig perspektiv på pleien og omsorgen for personer med demens. Om man for eksempel skal finne ut hvorfor en person er urolig må man se på symptomer og utrede for smerter, ikke bare konkludere med at personen er urolig eller vrang.

Tom Kitwood skriver i sin bok *Dementia Reconsidered* (1997) om begrepet *personhood*, og gir følgende definisjon: "It is a standing or status that is bestowed upon one human being, by others, in the context of relationship and social being. It implies recognition, respect and trust" (Kitwood, 1997, s. 8). Også Stige og Ridder beskriver *personhood* på tilsvarende måte når de bruker det i sammenheng med personsentrert omsorg: "å være subjekt og ha verdighet og 'personstatus', altså både om private og sosiale selv og om identitet" (B. Stige & H. M. O. Ridder, 2016, s. 23).

Personsentrert omsorg er i *Musikkterapi og eldrehelse* (B. Stige & H. M. Ridder, 2016) et viktig aspekt ved hvordan vi arbeider med mennesker i eldreomsorg. Sitatet nedenfor mener jeg rører ved kjernen av hva som er viktig i møtet med de eldre og hvordan vi arbeider som både pleiepersonale og terapeuter.

Når målet er å fremme livskvalitet og mestring, er ikke vår omsorg og behandling god uten at den oppleves som god. Personene vi arbeider med, må føle seg sett, hørt og respektert og ha anledning til å påvirke sin egen situasjon. Nettopp i forhold til dette, kan musikk og musikkterapi vise seg å tilby redskaper som eldreomsorgen har stort behov for. (B. Stige & H. M. O. Ridder, 2016, s. 23)

I sin artikkel "Når musikken minner om livet" påpeker Randi Rolvsjord (1998) at det har skjedd en endring i behandlingen av eldre på institusjoner. Behandling har gått fra å bestå av

medikamentell behandling av sykdommer og symptomer, til en økende bevissthet blant pleiepersonell om at dette gjerne ikke er tilstrekkelig.

Knut Engedal og Per Kristian Haugen skriver i *Demens: sykdommer, diagnostikk og behandling* (2018b, s. 48) om *personen i sentrum*. I likhet med Rolvsjord mener forfatterne at det har skjedd en utvikling i løpet av de siste tiårene, fra å ha oppmerksomheten rettet mot de kognitive endringene i demensprogresjonen til å legge vekt på menneskenes egne opplevelse av ha diagnosen (Engedal & Haugen, 2018b, s. 48). Ved en slik tilnærming vil det være nødvendig å se personens unike bakgrunn og personlighet. I tillegg er det ønskelig at man tar utgangspunkt i perspektivet til personen med demens (Engedal & Haugen, 2018b, s. 49). Rolvsjord (1998) mener at et holistisk menneskesyn gjør at det oftere vurderes miljøtiltak og aktivisering. I følge Rolvsjord byr dette på en mulighet for musikkterapi å "ivareta hele menneskets behov, snarere enn en mulighet til alternativ behandling av sykdommer eller lindring av spesielle symptomer" (Rolvsjord, 1998, s. 4).

Nettopp denne utviklingen ble tydeliggjort i den nye *Nasjonale faglige retningslinje om demens* (Helsedirektoratet, 2017) hvor det legges spesielt vekt på *personsentrert omsorg*. I retningslinjene heter det:

Det må legges vekt på respekt, verdighet, det å tilegne seg kjennskap til den enkeltes livshistorie, det å tilby individualiserte aktiviteter, det å være sensitiv for individuell religiøs trosretning, åndelig og kulturell identitet samt å forstå utfordrende atferd som kommunikasjon av umøtte behov. (Helsedirektoratet, 2017)

I likhet med annen litteratur om *personsentrert omsorg* påpekes det også her at det "[...] i praksis skal underbygge personens opplevelse av personverd (personhood). Dette innebærer gjenkjennelse, respekt og tillit" (Helsedirektoratet, 2017).

Hanne Mette Ridder skriver i "Musikterapi i en psykososial demensomsorg i plejebolig" om hvordan man som musikkterapeut skal kunne møte mennesker med demens (Ridder, 2016c). Hun tar opp tre hovedproblemer personer med demens har: å forholde seg til "nuet", forholde seg til noe mer vedvarende og forholde seg til andre personer. På bakgrunn av dette trekker Ridder frem at man har behov for tre ulike måter å møte denne problematikken på. Denne måten å arbeide på kaller hun for musikkterapeutens tre R'er: *ramme, regulering* og *relasjon* (Ridder, 2016c, s. 140).

Bruk av musikk kan være med på å skape gjenkjennelse, noe Ridder (2016c, s. 140) mener kan hjelpe personer med demens til å fokusere på det som skjer her og nå – musikken

blir et utgangspunkt for samvær og felles oppmerksomhet. Det er her *ramme* kommer inn. Musikken brukes som et slags "cue", et signal, og på denne måten kan man ha en startsang som signaliserer hva som skal skje, og en avslutningssang som signaliserer at noe avsluttes. Hvis man bruker disse sangene konsekvent, kan det være med å skape en gjenkjenning og trygghet hos klienten. Musikken blir brukt som en ramme i musikkterapien, og det blir lettere for personer med demens å forholde seg til nuet ved å kjenne igjen hva som skal skje.

En trygg og velkjent ramme ligger til grunn for å kunne arbeide med regulering (Ridder, 2016c, s. 140). Bruk av musikk er et godt verktøy for å regulere, og de fleste mennesker bruker det i hverdagen for å regulere blant annet følelser og stress. For mennesker som har problemer med å holde fokus, og med selvregulering blir det derfor viktig at musikkterapeuten kan bidra med dette for dem. Trygghet er essensielt for å oppnå kontakt og positivt samvær, derfor er det viktig at rammen er på plass for at personer med demens skal føle seg trygg, og klare å være rolig (Ridder, 2016c, s. 141). Musikkterapeuten har en kunnskap om hvilke elementer i musikken som er med på å regulere mennesker; puls, tempo, dynamikk, toneleie, melodi, klangfarge, harmonikk og form. For å bruke musikk som regulering er det også viktig å bruke musikk som er kjent for den enkelte.

Ridder (2016c, s. 142) trekker inn Tom Kitwood sin psykososiale teori hvor han har mellommenneskelighet i fokus. I et mellommenneskelig møte er det ikke talen, men samtalen som er viktig. I tillegg er tillit viktig ettersom det må være tilstede for å skape et *møte*. Når man snakker om samvær mellom to personer er deres evne til å relatere seg til hverandre et viktig grunnlag. Som musikkterapeut er man nødt til å kunne være tilstede i situasjonen, nettopp fordi måten man møter klientene på er med å skape et grunnlag for *relasjon* (Ridder, 2016c). Musikkterapeuter er bevisst på musikkens evne til å skape en møteplass og en felles oppmerksomhet. Dette kan være med på å bedre relasjonen mellom terapeut og klient, og gi en opplevelse av tilhørighet hos klienten. Samtidig brukes musikken som et kommunikasjonsmiddel og gir rom for non-verbale uttrykk om holdning og validering, og kan på denne måten dekke personers psykososiale behov (Ridder, 2016c).

Gary Ansdell (2014) skriver mye om hvordan vi behandler hverandre som mennesker, og hvordan vi anerkjenner hverandre. I tillegg skriver han om hvordan, i hans mening, helsevesenet har utviklet seg i en retning hvor "bedrift"-aspektet fører til en promotering av de-humaniserende holdninger og oppførsel blant pleiepersonell. Ansdell kobler dette opp mot demens, og skriver følgende:

The de-menting of dementia involves a loss of the integrity of the self that we usually take for granted, and with this a threat to 'social being'. Individuality, subjectivity and relatedness are threatened not only by the illness, but also by how sufferers are seen and cared for. (Ansdell, 2014, s. 99)

I en musikkterapeutisk sammenheng kan man knytte dette opp mot det Ansdell kaller for "musical personhood", eller "musikalsk personstatus" (min egen oversettelse). Dette beskriver han som realisert når mennesker føler seg hjemme gjennom musikk sammen med andre (Ansdell, 2014). Musikkterapien kan dermed danne et grunnlag for relasjon, som gjør at man ser personen med demens på en annen måte enn kun en "demensrammet".

[...] music helped by laying a ground for contact and response on which further relatedness and recognitions could be built. Being able to have a 'musical view' of a person meant having a stronger sense of the person 'still there' under the layers of pathology. (Ansdell, 2014, s. 99)

Sitatet ovenfor sier noe om en måte å se mennesker på. Musikken gir oss en måte å se forbi sykdommen og direkte på hvem personen bak sykdommen er.

2.4 Identitet

I sin bok *Musikk og Identitet* (2013) skriver Even Ruud om ulike aspekter ved identitet. Der finnes mange ulike kategorier som er sentral når man snakker om identitet. I denne oppgaven vil det være aktuelt å gå inn på *selvet*, *individet* og *selvoppfatning*. Med unntak av at vi har en oppfatning av vårt *selv*, mener Ruud at vi tross alt lever i et samfunn med andre mennesker som bekrefter oss utenifra (2013, s. 51). Han mener at man da kan si at vi som mennesker har både en personlig og en sosial identitet.

Der finnes ulike oppfatninger innen litteraturen om hva *selvet* er. Innen den tradisjonelle psykoanalytiske teorien blir *selvet* sett på som et subjektivt innhold, som noe ubevisst på lik linje med følelser og tanker. Man kaller det et produkt av *ego* og blir da *egos* summering av alle selvrepresentasjoner. Innenfor den humanistiske psykologien blir *selvet* sett mer som menneskets indre kjerne; man refererer til en personlig essens. *Selvet* blir oppfattet som et prinsipp som integrerer ulike sider ved individet. Her blir *refleksivitet* et viktig begrep, en selvoppmerksomhet som følger med oss. Ifølge Ruud (2013) blir

refleksiviteten en enhet mellom kropp og sinn, uten en dualistisk tankegang som setter *selvet* over kroppen, men en kontinuitet mellom kroppslige og sjelelige tilstander (Ruud, 2013, s. 53). Her trekkes musikkopplevelser frem som et viktig aspekt, hvor man ofte opplever at kroppen kommer til uttrykk eller er i sentrum av opplevelsen. Når det gjelder denne oppgaven vil det være mer naturlig ettersom jeg skriver utfra et humanistisk ståsted å bruke den humanistiske oppfatningen av *selvet*. I tillegg retter teoriene brukt i denne oppgaven seg mot en humanistisk tankegang.

Ruud (2013, s. 62) forklarer hvordan identitet omfatter både en tilbakeskuende og framoverskuende dimensjon. Den er tilbakeskuende ettersom vi støtter oss til minnet og henter frem hendelser og refleksjoner som forankrer fortellingen vår i fortiden. Ut fra våre egne forestillinger skaper vi en kontinuitet i livsløpet. Den framoverskuende dimensjonen kommer ved at vi identifiserer oss med personer og verdier. Dermed kan man si at identiteten vår består av identifiseringer.

Der hukommelsen svikter og identitetsopplevelsen samtidig svinner i takt med minner om konkrete biografiske hendelser, viser det seg ofte at musikalske ferdigheter, sanger og salmevers som er kodet inn i musikk, fortsatt henger igjen og kan gjenopplives. Samtidig vekkes også assosiasjoner knyttet til musikkopplevelsene, og viktig biografisk hukommelse kan framkalles og være med på å skape kontinuitet i livserfaringene og større deltakelse i situasjonen her og nå. (Ruud, 2013, s. 272)

Som menneske prøver man å skape en identitet for oss selv. Dette gjøres i det episodiske minnet og man kan kalle det vårt *selvbiografiske minne*. Det handler om å lagre spesifikke hendelser i minnet, som blir en form for fortelling om oss selv. Ridder kaller dette for erindringer, som igjen kan føre til et bilde av hvem vi selv er.

Erindringer [...] hver gang vi fortæller om dem, og således genoplever dem sammen med en anden person, bliver der føjet nye lag og nye forståelser til vores oplevelse. Erindringerne forærer os brudstykker af et levet liv som handler om hvem vi er. De giver et billede af vores identitet som er skabt gennem samvær med andre. (Ridder, 2016b, s. 65)

Musikk og identitet handler mye om hvordan musikken gir tilgang til opplevelser og erfaringer som danner råstoffet i fortellingen om oss selv. Når man tenker på musikk og

identitet i sammenheng med personer med demens kan man se at musikken i mange tilfeller kan være med på å gjenkalle og fremkalle minner, og på denne måten styrke identitetsopplevelsen (Ruud, 2013). Ruud sier det slik:

Musikken er med på å opprettholde og videreføre kontinuitet og mening; vår identitet unngår den fragmentering som kan true oss når livet leves i sin siste fase. Når livsfortellinger bryter sammen, står vi overfor sammenbrudd i den livsfortellingen som danner kjernen i identiteten. Gode og sterke musikkopplevelser kan holde fortellingen i gang, gjøre nye fortolkninger av livsløpet mulig og forhindre en for tidlig avslutning. (Ruud, 2013, s. 47)

Det er viktig å føle at man eier sin egen livsfortelling, og gjennom musikkterapi kan man få mulighet til nettopp det. Hanne Mette Ridder bruker følgende definisjon på identitet: "det at vite hvem man er, både kognitivt og følelsesmessig" (Ridder, 2011, s. 70). Identiteten blir da vår oppfattelse av sammenheng og kontinuitet, gjennom opplevelser vi har hatt. Dette gir en form for eierskap til en *fortelling* om hvem man er (Ridder, 2011). Både Ridder og Ruud mener dermed at det er en sammenheng mellom musikk og identitet.

Randi Rolvsjord (1998) definerer også *identitet* ved hjelp av ord som *kontinuitet* og *sammenheng*.

[...] viser subjektiv eller individuell identitet til opplevelsen av kontinuitet og sammenheng i mitt indre. Dette identitetsnivået er med andre ord knyttet til opplevelsen av å ha en kjerne. Denne opplevelsen innebærer at jeg på tross av livslang forandring, erfarer at jeg er den samme gjennom hele livet. Jeg velger å betrakte både de mest basale selvopplevelser og den voksne selvoppfattelsen som deler av denne subjektive identitet. (Rolvsjord, 1998, s. 7)

Rolvsjord legger vekt på hvordan identiteten knyttes til vår opplevelse av oss selv. Denne opplevelsen blir et viktig aspekt i vår oppfattelse av hvem vi er.

Hvor viktig musikk er i en persons liv varierer nok, og for de fleste mennesker har musikken ulike funksjoner (Kvamme, 2008). Tone Sæther Kvamme mener at alle personer med demens bør få et tilbud om musikk som er tilrettelagt for akkurat de. En slik tilretteleggelse vil underbygge menneskers behov for å bli sett og hørt som individer.

Gary Ansdell skriver i *How Music Helps* om det han kaller *musikalske identiteter* (musical identities) (Ansdell, 2014). Mennesker kan i ulike faser av livet, og av ulike grunner oppleve en form for identitetskrise. Ansdell (2014) bruker begrepet *selfhood*, og skriver at vår opplevelse av oss selv og vår identitet blir truet når vi opplever sykdom, uførhet eller forstyrrede sosiale forhold. Ansdell snakker også om menneskets behov for å opprettholde en livsfortelling. Mennesker rammet av demens opplever nok at denne livsfortellingen blir "truet", noe som kommer frem i følgende sitat:

Though the cause may be different, people in each of these groups are likely to experience a similar threat to their personhood and selfhood. No longer recognized or respected as the person they've been used to being, they can find it increasingly difficult to believe or maintain the story and style of their identity. (Ansdell, 2014, s. 122)

Mennesker rammet av demens er fortsatt individer, og de kan oppleve ting akkurat som alle andre. Det som kan være et problem er at hukommelsessvikten påvirker deres evne til å gjenkalle og fortelle sin historie, både for egen del og til andre (Ansdell, 2014). Det er akkurat det musikkterapi kan være med å bidra med. Musikken vi bruker med klientene gjør det mulig for dem å fortelle sin historie, uten nødvendigvis å bruke ord. Vi kan bruke musikken som et narrativ, men kanskje av og til er det nettopp det å bruke ord som er viktig.

Ansdell (2014) skriver om *musical recognition*, her legger han vekt på måten vi ser på mennesker i en relasjon og gjennom musikk. "Personhood" blir her et sentralt begrep: We can't define personhood by what a person possesses or does; rather, personhood must simply be attributes to any human, in any state, in any situation. Personhood has to be bestowed, not diagnosed" (Ansdell, 2014, s. 98). Ansdell (2014) mener at *personhood* er et relasjonelt og økologisk fenomen, og påstår at vi mennesker blir til i relasjon med andre, hvem vi er med og hvor vi befinner oss.

Vi er alle individer, men vi eksisterer også i et samfunn hvor vi relaterer oss til andre mennesker. Ansdell (2014) beskriver en sammenheng mellom individualitet, subjektivitet og relasjon. Individualitet er det faktum at vi, som individ, er unik. Dette blir sett i sammenheng med subjektivitet, som er at vi unikt er oss selv i vår livsverden og vår unike historie. Individualitet og subjektivitet, er i følge Ansdell (2014) bare mulig gjennom relasjon; vår basale trang til å bli anerkjent, bli kommunisert med og en ha en følelse av forståelse for vår situasjon og hvordan vi opplever den.

To truly bestow personhood on another is therefore not simply to acknowledge them, but to take responsibility for how they can only retain individuality and subjectivity through our relatedness with them. I am 'through' you; you are 'through' me. (Ansdell, 2014, s. 99)

Det å gi personstatus til et annet menneske er ikke bare det å anerkjenne dem, men også det å ta ansvar for hvordan individualitet og subjektivitet oppstår gjennom relasjoner med andre. Dette er også noe Ridder tar opp når hun skriver om musikkopplevelser i sosiale fellesskap. Hvordan musikken kan fortelle noe om hvem vi er. "Musik fortæller noget om hvem vi er, og at dele musikopplevelser sammen med andre giver mulighed for at indgå i sociale fællesskaber og deltage i det kulturelle liv på præcis den måde, den enkelte får mest ud af " (Ridder, 2016b, s. 63).

Ved bruk av musikk i demensomsorgen kan man altså: "[...] engasjere den gamle til å handle, føle, minnes, sanse og kommunisere og kan slik minne om de mest grunnleggende aspekter ved den gamles identitet" (Rolvjord, 1998, s. 7).

2.5 Verbalisering

Kenneth Aigen skriver i sin bok *The Study of Music Therapy* (2014) om verbaliseringens rolle i musikkterapi. Han skriver om hvordan det oppigjennom tidene har vært vanskelig å definere hvilken rolle *musikken*, *relasjonen* og *samtalen* skal ha i musikkterapi. Han poengterer at det har svingt fra å se musikken som viktigst, til at relasjonen var det viktigste, videre til at samtalen var det. Etter hvert har musikkterapeuter blitt mer bevisst på at alle tre elementer kan være viktige.

Jeg har i likhet med Aigen (2014) valgt å kalle kommunikasjonen som oppstår i musikkterapi med personer med demens for *verbalisering*. Dette er for å få frem at det er spesielt den språklige samtalen det er snakk om, og at det er denne som ofte kan være vanskelig for personer med demens.

Aigen (2014, s. 92) presenterer argumenter som blir brukt i diskusjonen om psykoanalytisk tenkning i musikkterapi. Musikkterapeuter som arbeider med musikken i fokus har en tendens til å argumentere med at: når klientenes emosjoner som "personlig vekst" ikke er det man jobber med i musikkterapien, vil dermed ikke heller verbale interaksjoner være en nødvendighet. Hvis man kun skal jobbe mot en forbedring av funksjoner, motorikk o.l så er det heller ikke nødvendig å verbalisere det som skjer.

Motargumentet Aigen trekker frem i denne diskusjonen er at klienter kan oppleve store ting i musikkterapien, og at musikkterapeuten ikke kan forutse hvordan klienten påvirkes, eller reagerer. Dette gir musikkterapeuten et ansvar for å hjelpe klientene bearbeide det som måtte oppstå, om det er ønskelig for klienten. Aigen sier det på følgende måte: "The musical activities introduced by music therapists might evoke powerful feelings, memories, and experiences that warrant being managed in a psychotherapeutic way, even if this was not the therapist's focus or intention" (2014, s. 92).

Når det er snakk om samtale i musikkterapi, kan den bestå av både verbal og non-verbal kommunikasjon. Dorit Amir skriver i artikkelen "Musical and verbal interventions in music therapy: A qualitative study" om ulike måter musikkterapeuter bruker non-verbal (musikk) og verbal kommunikasjon i musikkterapien (Amir, 1999). Amir er interessert i å se på ulike situasjoner hvor musikkterapeuter velger musikk fremfor verbal kommunikasjon og omvendt. Som resultat av forskningen formulerer Amir ni generelle funksjoner av musikalske intervensjoner i musikkterapi, samt syv generelle verbale intervensjoner i musikkterapi. I denne oppgaven er det relevant å trekke frem de verbale intervensjonene, som jeg igjen vil komme tilbake til senere i oppgaven.

- to open a space for understanding, awareness and clarity within the client's rational cognitive mind.
- to check issues that deal with content, description and analyses
- to get to the known, natural and familiar mode of communication.
- to take distance, to be less involved, so that one can look at the experience from a different angle.
- to make an interpretation.
- to bring clients back from the unconscious to the conscious, from fantasy world to reality, from altered state of consciousness to regular consciousness.
- to acknowledge and give meaning to the experience: sometimes, not to talk about it is to almost say that it didn't happen.

(Amir, 1999, s. 167)

I "Verbal Dialogue in Music Therapy: a Hermeneutical Analysis of Three Music Therapy Sessions" skriver Katarina Lindblad (2016) om ulike spesifikke verbale intervensjoner som blir brukt i musikkterapi timer – spørsmål, repetisjon, kommentarer, fortolkninger o.l.

I artikkelen kommer det frem at disse verbale teknikkene er med på å etablere tillit mellom musikkterapeuten og klienten, forsterke erfaringene som oppstår, og å tydeliggjøre klientens livsfortelling.

En siste teori jeg velger å presentere er Paul Nolans (2005) teori om *verbal prosessering*. Nolan formulerer følgende definisjon av verbal prosessering: "the talking that facilitates the therapeutic process during, and in response to, music making or music listening" (2005, s. 18). I følge Nolan (2005) vil verbal prosessering oppstå i ulike former i løpet av musikkterapi, noe han kaller for aktive og passive tilnærminger. Nolan presiserer at den verbale prosesseringen kan være både non-verbal og verbal, og dermed kan den komme til uttrykk gjennom for eksempel musikkterapeutens verbalisering, eller musikkterapeuten og klientens spontane synging (Nolan, 2005, s. 19). I en metaanalyse som undersøker effekten av musikkterapi på kognitive ferdigheter hos personer med demens konkluderes det med at *aktiv* musikkterapi hos personer med demens har effekt på kognisjon mens reseptiv musikkterapi ikke har det (Fusar-Poli, Bieleninik, Brondino, Chen & Gold, 2017).

3.0 Metode

Følgende er en presentasjon av metode, forsknings- og analyseprosessen. I dette kapittelet vil valg av metode presenteres, samt selve forskningsprosessen og analyseprosessen vil beskrives og forklares. I tillegg vil det bli gjort etiske refleksjoner i henhold til forskningsprosessen. Denne oppgaven har en hermeneutisk, fortolkende tilnærming. Denne tilnærmingen kan til dels knyttes opp mot et konstruktivistisk syn på kunnskap.

3.1 Forskningsmetode

Når det er snakk om forskningsmetoder kan man skille mellom kvantitative og kvalitative metoder. Dette er to forskjellige måter å representere et kunnskapsfelt, hvor kvantitative metoder baserer seg primært på numerisk data og statistikk, og kvalitative metoder baserer seg primært på tekstmateriale. Kvantitativ forskning er ofte ute etter å finne ut *hvor mye* som finnes av noe, mens kvalitativ forskning ønsker å finne ut *hvordan* noe gjøres eller oppleves (Brinkmann & Tanggaard, 2012, s. 11).

3.2 Kvalitative metoder

Valget av den metodiske tilnærmingen var preget av både tema og innfallsvinkel på masteroppgaven. Kvalitative metoder er utviklet for å kunne belyse menneskers opplevelser, erfaringsprosesser og sosiale liv (Brinkmann & Tanggaard, 2012, s. 12). I følge Brinkmann og Tanggaard ønsker kvalitative metoder å "forstå menneskelivet 'innenfra' livet selv – i de lokale praksiser, hvor livet leves – snarere enn 'utenfra' og på avstand" (2012, s. 12).

Jeg valgte å bruke en kvalitativ metode ettersom oppgaven min ønsker å belyse spørsmålet om preferansebasert musikk er en avgjørende faktor for å nå inn til personer med demens i musikkterapeutisk arbeid i demensomsorgen, og i så fall *hvorfor* det er slik, hvilket etter min mening ikke kan behandles uten å legge vekt på informantenes subjektive forståelse. Det var med andre ord ønskelig å få musikkterapeuters eget syn på hvorfor de mener det er slik; deres opplevelser og tanker rundt temaet.

3.2.1 Det kvalitative forskningsintervju

Det kvalitative forskningsintervjuet ønsker å forstå verden sett fra informantens sted. Intervju er den mest utbredte formen for datainnsamling innenfor kvalitativ forskning. Med tema og problemstilling i bakhodet, og at jeg skulle intervju en og en informant (Malterud, 2011, s. 129), valgte jeg å bruke metoden som Kvale og Brinkmann (2015) kaller semistrukturert

livsverdenintervju, også kalt semistrukturert intervju. Kvale og Brinkmann definerer semistrukturert intervju på følgende måte: "en planlagt og fleksibel samtale som har som formål å innhente beskrivelser av intervjupersonens livsverden med henblikk på fortolkning av meningen med de fenomener som blir beskrevet" (2015, s. 357).

Denne intervjuformen kan ligne en dagligdags samtale, men har et tydelig formål. Semistrukturert intervju brukes for å innhente informasjon om informantens perspektiv på temaer fra dagliglivet, informantens beskrivelse av deres livsverden og fortolkninger av meningen med fenomenet som er beskrevet (Kvale & Brinkmann, 2015). For å kunne utføre semistrukturerte intervju var det behov for å utforme en intervjuguide. Semistrukturert intervju er verken en åpen samtale eller et lukket spørreskjema (Kvale & Brinkmann, 2015). Intervjuguiden inneholder tema og veiledende spørsmål som blir utgangspunktet til det semistrukturerte intervjuet (Krumsvik, 2014). Likevel bør man være fleksibel, og stille oppfølgingsspørsmål der det passer. Dette er med på å gi samtalen en god flyt.

3.3 Forarbeid

Før prosjektstart sendte jeg inn en søknad til NSD (Norsk senter for forskningsdata) for å få tillatelse til å utføre prosjektet (se vedlegg 1). Da denne ble godkjent ble det tatt kontakt med informantene jeg ønsket å ha med i studien. Forespørsel om deltakelse i prosjektet ble sendt per e-post (se vedlegg 2). Dokumentet inneholdt informasjon om studien, samt informasjon om hva som kom til å inngå ved deltakelse i prosjektet. Vedlagt forespørselen sendte jeg med samtykkeskjemaet (se vedlegg 2). Dette ble samlet inn før utførelsen av intervjuene, med unntak av ett som ble sendt til meg i etterkant av intervjuet per e-post.

Før gjennomføringen av intervjuene forberedte jeg meg ved å lese om intervjuteknikker, blant annet så jeg på eksempelet til Kvale og Brinkmann (2015) av et semistrukturert intervju. I tillegg utførte jeg et prøveintervju på en medstudent, for på denne måten å kunne øve meg på selve intervjusituasjonen, samt se om det var noen spørsmål i intervjuguiden som måtte endres på.

Før utarbeidelsen av intervjuguiden forberedte jeg meg ved å lese litteratur som kunne være relevant (litteratur om musikkterapi i demensomsorg, personsentrert omsorg o.l) for temaet i oppgaven. I tillegg ble det jobbet mye med å utarbeide en problemstilling for å konkretisere, ikke bare for meg selv men også for intervjuobjektene, hva oppgaven skulle handle om og hva som var viktig å få kunnskap om.

Lene Tanggaard og Svend Brinkmann (2012) skriver i boken *Kvalitative metoder: Empiri og teoriutvikling* om viktigheten av forarbeid. I følge Tanggaard og Brinkmann (2012) vil noen mene at for mye forkunnskap om et tema ikke er bra for forskerens nøytralitet og objektivitet. Dette er det uenighet om ettersom forfatterne selv mener at: "[...]ingen forskningsintervju er nøytrale, men er alltid bestemt av den ene parts dagsorden (forskerens), som er – eller bør være – teoretisk begrunnet" (Tanggaard & Brinkmann, 2012, s. 27). Med dette i tankene, forberedte jeg meg, men forsøkte samtidig å bevare en relativt fleksibel holdning under selve utførelsen av intervjuene, og ha en relativt fleksibel holdning til mitt "manus".

3.3.1 Utvalg av informanter

Denne masteroppgaven tar utgangspunkt i intervjuer med fem ulike musikkterapeuter med erfaring fra demensomsorgen. Valget falt på å intervjuer både musikkterapeuter som har vært i yrket noen år, og musikkterapeuter som er ganske nylig utdannet. Med dette i tankene laget jeg en hypotese om at det ville oppstå variasjoner i deres refleksjoner rundt musikkterapi i demensomsorgen. Dette på bakgrunn av deres ulike erfaringer med denne målgruppen, både med tanke på antall års erfaring, men også deres personligheter. Informantene har alle bakgrunn fra arbeid i demensomsorgen.

3.3.2 Utforming av intervjuguide

I utformingen av intervjuguiden var det problemstillingen som var utgangspunktet for spørsmålene (se vedlegg 3). Dette for å konkretisere temaet og deretter formulere spesifikke spørsmål. Intervjuguiden inneholdt både generelle og konkrete spørsmål, spørsmål om kontekst, og spørsmål om musikkterapeutenes erfaringer. Der er en rekke ulike typer spørsmål som kan brukes når man lager en intervjuguide, og når man utfører intervjuer. Tanggaard og Brinkmann (2012, s. 31) nevner blant annet *innledende spørsmål* som er med på å få intervjupersonen til å komme i gang, *oppfølgingsspørsmål* som er relevante i forbindelse med det intervjupersonen snakker om. Slike spørsmål kan være enten direkte eller mer åpne (Tanggaard & Brinkmann, 2012). I tillegg kan man stille *direkte spørsmål*, som kan gi mer konkrete svar til eventuelle forskningsspørsmål. Min intervjuguide var preget av en blanding av alle tre varianter av spørsmål.

Under utarbeidelsen av intervjuguiden ble det satt opp noen hovedtema som jeg mente var viktige for oppgaven, og jeg laget så spørsmål utfra disse. Dette viste seg å åpne opp for

musikkterapeutenes egne tanker om spørsmål jeg ønsket å få svar på. Problemstillingen som i utgangspunktet ble satt opp i intervjuguiden har i løpet av denne skriveprosessen endret seg. Jeg mener likevel at endringene ikke har gjort de spørsmålene som ble ført opp i intervjuguiden noe mindre relevante, og at datamaterialet jeg har endt opp med er egnet for å belyse også den endelige problemstillingen.

3.3.3 Gjennomføring

I forkant av intervjuene kom det spørsmål fra noen av intervjuobjektene om det var mulig å få tilsendt intervjuguiden på forhånd. Dette var noe jeg var usikker på og jeg diskuterte derfor mye frem og tilbake med mine medstudenter. Jeg bestemte meg etter hvert for at jeg ikke ønsket at de skulle kunne forberede seg på konkrete spørsmål, men at de heller skulle få muligheten til å forberede seg mer på generelle tema. Derfor sendte jeg heller en liste med overordnede temaer for å indikere hva jeg ønsket å få svar på. Ved at intervjuobjektene ikke kunne forberede seg på spesifikke spørsmål fikk jeg da mer tilstedeværelse i samtalen og informantene var heller ikke låst til det de hadde forberedt seg på. Informantenes eventuelle forberedelser var dermed heller ikke rettet mot det de antok at jeg ønsket svar på. En ulempe ved dette kan selvfølgelig være at det kan bli vanskelig for intervjuobjektene å spontant trekke frem konkrete eksempler. Jeg valgte derfor å si på forhånd at det ville komme spørsmål om å beskrive både positive og negative case-eksempler, for at de skulle kunne forberede seg på akkurat det.

Selve intervjuene ble gjennomført på de ulike informantenes arbeidsplasser, med unntak av et som ble utført i universitetets lokaler. På denne måten tilpasset jeg meg deres arbeidshverdag og de hadde "kontroll" på når og hvor vi skulle utføre intervjuet. Det kan tenkes at informantene, ved å få utført intervjuene på arbeidsplassen, fikk en form for trygghet i intervjusituasjonen, i tillegg til at det gjerne bød på en del inspirasjon når de svarte på spørsmålene. Ved å være tilstede der de faktisk utfører musikkterapien er det mulig at de lettere kunne huske og trekke frem eksempler fra sin egen praksis.

For å registrere intervjuene valgte jeg å ta lydopptak. Dette er blitt gjort ved hjelp av en Zoom lydopptaker. På denne måten hadde jeg mulighet til å gå tilbake og lytte til intervjuene så mye som trengs. I tillegg vil bruk av ord, tonefall og pauser bli registrert, og jeg kunne fokusere på innholdet i samtalen. (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 205)

3.4 Analyseprosessen

For å begynne analysen av datainnsamlingen som ble utført transkriberte jeg først intervjuene. Deretter strukturerte jeg de slik at jeg lettere kunne ha en oversikt over relevante deler som skulle være med i masteroppgaven min.

Analysen foregikk ved at jeg tolket svarene som informantene hadde gitt meg og deretter satte jeg de i en teoretisk sammenheng. Dette ble gjort ut fra en hermeneutisk tankegang som tilsier at tolkningene utvikles i en sirkel. Det vil si at tolkningen skjer vekselvirkende fra *delen* til *helheten* og fra *helheten* til *delen*.

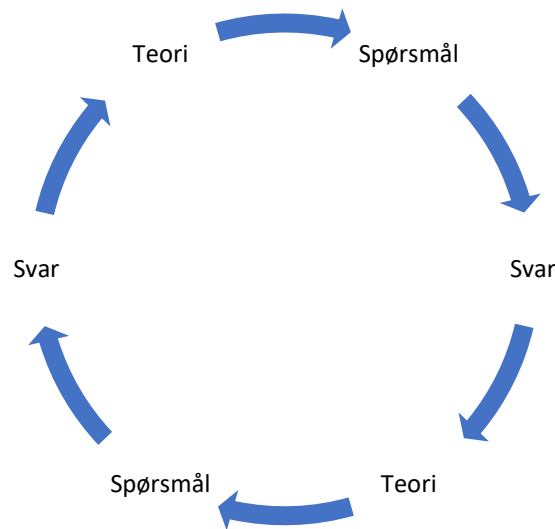


Fig. 1, min tolkning av den hermeneutiske sirkel

Svarene fra de ulike informantene sammenlignes for å se etter likheter og ulikheter. Dette er for å kategorisere svarene og skape en oversiktlig og fullstendig beskrivelse av informantenes erfaringer av musikkterapi med mennesker rammet av demens.

Som forsker må man være bevisst på at "tolkningen av et materiale er preget av den forståelsesformen som forskeren bærer med seg, som er bygd på variert erfaring, og som er en integrert del av forskerens personlighet" (Alver & Øyen, 1997, s. 57). Uavhengig av teoretisk perspektiv er det viktig å være bevisst på at det kan "farge våre briller og gjøre vår oppfattelse selektiv" (Alver & Øyen, 1997, s. 58). Målet mitt har i løpet av denne prosessen vært å være undersøkende, åpen for funn underveis, og samtidig se funnene i forhold til, ikke bare de spørsmål jeg stilte ved starten, men også de som dukket opp etter hvert i prosessen.

3.4.1 Transkribering

Det første som ble gjort i selve analyseprosessen var transkriberingen av de fem intervjuene. Det ble ikke valgt en spesifikk metode for transkriberingen, men på forhånd hadde jeg lest i *Det kvalitative forskningsintervju* (Kvale & Brinkmann, 2015) for å se på transkripsjonseksemplene deres. Transkriberingen ble utført fortløpende, og så raskt som mulig etter hvert utført intervju. På denne måten hadde jeg intervjuene relativt ferskt i minnet og kunne bedre huske mer om hvordan selve intervjusituasjonen var.

Transkriberingen gjøres for å få "oversatt" materialet fra et muntlig språk til et skriftspråk. Dette kan være utfordrende ettersom talespråket i stor grad er mer flytende, det vil si uten bestemt start eller slutt. På denne måten blir transkriberingen en tolkningsprosess. Dette kan i seg selv føre til ulike tolkningsmessige problemstillinger (Kvale & Brinkmann, 2015). I følge de to forskerne er det tre aspekter ved en transkripsjon som er viktig å være oppmerksom på. Det er *reliabilitet*, *validitet* og *etikk* (2015). Videre vil jeg beskrive transkripsjonsprosessen i lys av disse tre begrepene.

3.4.1.1 Reliabilitet

I henhold til reliabilitet vil det være nødvendig å beskrive hva jeg transkriberte, hvor mye, hva jeg inkluderte, eventuelt ekskluderte, samt hva jeg noterte meg underveis i intervjuene.

Før jeg startet selve transkriberingen lyttet jeg gjennom lydopptaket for å danne meg et helhetlig bilde av intervjuet. Deretter startet jeg transkriberingen. Som nevnt fulgte jeg ikke en spesifikk metode for transkribering, men det var viktig for meg å være konsekvent på hva jeg tok med og hva jeg valgte å ekskludere. Jeg valgte i mine transkripsjoner å la være å skrive ned alle fyllord som "ehm", "mhm", og "hmm", derimot inkluderte jeg alle pauser ved bruk av tegnet "...". I tillegg ble ord satt inn i transkripsjonen for å skape mening ved hjelp av "[]". Det ser ut slik: "Jeg tenker at det er det [researchen] som gjør...".

3.4.1.2 Validitet

Underveis i intervjuene observerte jeg ting, for eksempel kroppsspråk, som jeg anså som nødvendige å ha med i transkriberingen. Dette kunne for eksempel være at informanten demonstrerte noe med hendene, eller ved hjelp av lyder. I selve transkripsjonene er dette blitt seende slik ut: "...der du tar fingen i munnen og presser fingen ut i kinnet og det kommer en poppelyd (lager lyden selv), eller hva man skal kalle det". Utfra notatene kunne jeg dermed

skrive dette inn ved hjelp av parentes og synliggjøre intervjuobjektets non-verbale kommunikasjon.

Etter endt transkripsjon leste jeg gjennom tekstmaterialet samtidig som jeg lyttet til lydopptaket. Dette gjorde jeg for å passe på at lydopptaket og transkripsjonen var samstemte. Likevel er det viktig å se transkripsjonen som et verktøy og ifølge Kvale og Brinkmann vil det være formålstjenlig å spørre seg selv: "hva er en nyttig transkripsjon for min forskning?", ikke: "hva er en korrekt transkripsjon?" (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 212).

3.4.1.3 Etikk

Etiske aspekter ved transkriberingen vil her være at jeg allerede i denne prosessen valgte å anonymisere informantene. Jeg valgte å ikke sende transkriberingen til mine informanter i etterkant av intervjuene ettersom jeg ikke så det som hensiktsmessig for informasjonen som var samlet inn. En grunn er at der ikke var noe personlig informasjon som kom frem, verken om de eller deres klienter. Jeg mener jeg har ivaretatt deres profesjonalitet utad i mitt valg av sitater. Lydopptakene av intervjuene ble lagret på en ekstern harddisk som var beskyttet med et personlig passord. Etter endt analyseprosess ble lydopptakene slettet.

3.4.2 Kategorisering

Da transkripsjonen var ferdig leste jeg gjennom alt tekstmaterialet for å få et helhetlig inntrykk av meningsinnholdet. Deretter sorterte jeg ut de delene av intervjuet som kunne være relevant for min oppgave. Jeg valgte så å lage en sammenfatning av hvert intervju og identifiserte viktige temaer i intervjuene. Slik fikk jeg en oversikt over de overordnede temaene jeg mente ville være relevant i oppgaven. Temaene la grunnlaget for videre analyse og det ble laget kategorier utfra disse. Denne prosessen gjorde jeg ved hjelp av fargekoder. Jeg ga hver kategori en egen farge og markerte alt i teksten som handlet om dette. Ved å gjøre det slik ble videre presentasjon av funnene enklere og mer oversiktlig.

Det er helt avgjørende, jeg har faktisk tenkt på det at preferansemusikk er grunnsteinen i musikkterapiarbeidet med personer med demens. Det handler om hvilken musikk de har med seg fra sitt levde liv. Så jeg starter alltid med å finne ut hvilken musikk de har med seg, hva de har likt å høre på. Dette gjør jeg ved å lese i journalen, snakke med pårørende og med personalet. Jeg tenker at det er det [resepsjonen] som gjør musikkterapi i eldreomsorg så spennende, og så viktig! At man kan finne ut hva de har likt før og at man kan ta det med som noe friskt inn i sykdommen.

Jeg spør om bruken av preferansemusikk påvirker relasjonen mellom musikkterapeuten og pasienten.

I1: Ja absolutt! Jeg kommer rett inn til kjernen med en gang, og da skapes en helt spesiell relasjon. Beboeren merker at jeg kan sangene og jeg merker at de responderer på de sangene de har med seg.

Fig. 2, eksempel fra kategorisering

Even Ruud skriver i *Fra musikkterapi til musikk og helse* (Ruud, 1995/2015, s. 55) om kategorisering sett i lys av Glaser og Strauss (1967) sine tre ulike former for koding: åpen koding, aksial koding og selektiv koding (grounded theory). Ruud mener dette handler om hvilket nivå man befinner seg på i analyseprosessen. Åpen koding er hvilke kategorier som umiddelbart springer ut etter første lesing av datamaterialet. Aksial koding mener Ruud handler om å finne sammenhenger mellom ulike kategorier, og selektiv koding er når man finner frem til kjerne-kategorier og underkategorier.

Ruud referere til følgende sitat av Glaser og Strauss (1967):

Joint collection, coding, and analysis of data is the underlying operation. The generation of theory, coupled with the notion of theory as process, requires that all three operations be done together as much as possible. They should blur and intertwine continually, from the beginning of an investigation to its end. To be sure, in any investigation the tendency is to do all three simultaneously; but in many (if not most) studies of description and verification, there is typically such a definite focus on one operation at a time that the others are slighted or ignored. (Glaser & Strauss, 1967, s. 43)

Det Ruud understreker fra dette sitatet er tanken om at analysen ikke er noe man gjør helt til slutt etter innsamling av data, men noe som foregår kontinuerlig gjennom hele prosessen, som igjen virker tilbake på videre innsamling av empiri (Ruud, 1995/2015, s. 55). Dette kan også knyttes til den hermeneutiske sirkel, som er nevnt tidligere.

3.5 Etiske refleksjoner

I et hvert forskningsprosjekt vil det stort sett alltid oppstå etiske utfordringer underveis i prosessen. Dette er det som forsker viktig å være klar over slik at man tar forhåndsregler.

Ved prosjektstart ble det, som tidligere nevnt, sendt inn søknad til NSD (norsk senter for forskningsdata). Dette var av hensyn til anonymisering av mine informanter. Som tidligere beskrevet ble det sendt en forespørsel om deltakelse i prosjektet til alle informantene etter at NSD søknaden var blitt godkjent. Vedlagt denne forespørselen var det også et samtykkeskjema. I følge Malterud (2011) er informert samtykke og informasjon om studien en forutsetning for å drive etisk forsvarlig forskning. Derfor ble det informert om prosjektets

formål og bakgrunn i forespørselen, samt informasjon angående anonymisering. Det ble også presisert hvordan datamaterialet skulle lagres i prosjektperioden i tillegg til informasjon om hva som skulle skje med materialet ved prosjektslutt. Denne informasjonen ble gitt både for at informantene skulle få nok kjennskap til prosjektet for å kunne bestemme seg for å delta eller ikke, men også for å gi kjennskap om retten til å trekke seg når som helst i løpet av prosjektet. Informantene hadde også mulighet til å ta kontakt hvis det skulle oppstå noe underveis, eller om de hadde eventuelle spørsmål i løpet av prosjektet.

Et annet etisk aspekt i dette prosjektet vil være det faktum at flere av informantene har vært tilknyttet musikkterapistudiet i løpet av min egen studietid. Jeg hadde også god kjennskap til en av informantene på forhånd, noe som i følge Malterud (2011) kan føre til at informanten ønsker å gi "riktige" eller "gode" svar på spørsmålene jeg stiller. På en annen side kan kjennskap likevel være en styrke da den kan være med å skape en trygghet for informanten i intervjusituasjonen.

Jeg la i løpet av prosessen vekt på at minst mulig opplysninger som potensielt kunne virke direkte identifiserbare for både informanter og klienter skulle registreres i datamaterialet.

3.6 Refleksjoner rundt egen forskning

I dette prosjektet har jeg hatt ulike roller. Det er jeg som har utformet selve prosjektet, utført det og analysert datamaterialet. Jeg har vært delaktig under hele prosjektet fra start til slutt. I selve intervjusituasjonen har jeg hatt en rolle som intervjuer, men jeg vil også si at jeg har hatt en rolle som musikkterapistudent og som enkeltindivid. Jeg har sett min egen rolle slik Bente Alver og Ørjar Øyen (1997, s. 130) gjør det: "[...] forskeren samhandler med sine informanter og at det empiriske materialet *ikke bare innhentes men skapes* gjennom denne samhandlingen" (Alver & Øyen, 1997, s. 130). Samhandlingen har ført til en prosess, der jeg har reflektert underveis over egne observasjoner i mine ulike praksisperioder. Min rolle som musikkterapistudent har hatt betydning for min egen tolkning av informantenes svar, samt mine oppfølgingsspørsmål da de preges av min egen forkunnskap og nysgjerrighet. Dette har også vært avgjørende for hvilke teorier jeg har valgt å bruke i denne oppgaven.

4.0 Presentasjon av funn

I analysen av intervjuene har jeg forsøkt å identifisere temaer som gikk igjen, og utvikle og etablere noen hovedkategorier. Jeg har valgt å kategorisere det empiriske materialet inn i fire deler, som jeg her skal presentere. Kategoriene er som følger: betydningen av preferansebasert musikk generelt, sammenhenger mellom preferansebasert musikk og identitet, sammenhenger mellom preferansebasert musikk og relasjon, og sammenhenger mellom preferansebasert musikk og kognitiv stimulering. Disse er kategorier som henger sammen.

Jeg ønsker altså å få frem musikkterapeutenes eget syn på musikkterapi innenfor demensomsorgen. Informantene er anonymisert og vil heretter bli referert til som M1, M2 etc.

4.1 Generelt om preferansebasert musikk

Den første kategorien jeg skal ta for meg er *preferansebasert musikk*. Dette var et gjennomgående tema i de ulike intervjuene, og informantene hadde mange meninger om hvorfor det er viktig i musikkterapeutisk arbeid med personer med demens. Informantene kom også med eksempler på hvordan preferansebasert musikk var blitt en sentral del av musikkterapien.

Som musikkterapeut kan man ha et lager av sanger som man vet faller i smak innenfor eldreomsorgen, men som alle andre så har også eldre mennesker sin egen musikksmak. Å finne den såkalte preferansebaserte musikken er viktig i musikkterapi med personer med demens. I fire av fem intervju ser vi at preferansebasert musikk er det viktigste redskapet:

M1: Det er helt avgjørende, jeg har faktisk tenkt på det at preferansemusikk er grunnsteinen i musikkterapiarbeidet med personer med demens. Det handler om hvilken musikk de har med seg fra sitt levde liv.

Allerede her får jeg et svar som indikerer hvor viktig preferansebasert musikk er i demensomsorgen. Ikke bare musikk, men preferansemusikk.

M2 er overbevist om at preferansebasert musikk i terapisisituasjonen kan bidra til at klienten får den indre motivasjon som skal til for å takle en utfordrende hverdag:

M2: det er noe med at, klarer du å skape gjenkjenning og at du kjenner at du eier noe, så gjør det noe med ryggrad og motivasjonen til å gå inn i dagen, at du har noe du kan holde deg fast i. Ved en demensdiagnose kan mye oppleves fragmentert og man

har gjerne en tapsopplevelse, så at der er noe som faktisk er ditt og som du kan vise til – det er viktig!

Her reflekterer M2 rundt dette med at preferansemusikken faktisk gjør noe med motivasjonen til personer med demens. Jeg vil også trekke frem betydningen av dette: "at der er noe som faktisk er ditt og som du kan vise til – det er viktig!". Dette poenget mener jeg det er viktig å tenke over. Man finner faktisk frem til den musikken som personen føler et eierskap til, som er viktig i en hverdag hvor man kanskje ikke opplever at man har noe man skulle sagt lengre.

Hvis musikken er med på å fremkalle identiteten til personer med demens, vil dette kanskje være med på å gi en opplevelse av å ha en sammenhengende livshistorie slik M5 sier i følgende sitat:

M5: ja, jeg ser på det som en helt vesentlig del. Absolutt. Det at man skal kjenne at man har en sammenhengende historie, opplevelse av det, det er helt vesentlig for et menneske og veldig viktig for en som har demens, som på en måte får store hull i hukommelsen, og da få en opplevelse av at man eier sin egen historie.

Som musikkterapeut har man, slik jeg velger å uttrykke det, muligheten til å være med å tette noen av disse hullene som har oppstått hos personer med demens, selv om det kanskje bare er for et øyeblikk, der og da. Eksempler på slike hull kan være viktige hendelser i livet, personer som har stått dem nær, eller steder man har besøkt eller bodd tidligere i sitt liv. Jeg mener at en metafor for dette kan være at musikken blir som broer over kløftene som oppstår i hukommelsen når minnene blir borte. Musikkterapien gir en følelse av sammenheng i livshistoriene til klienten, og personen kan oppleve en helhet. Men igjen så vil jeg vektlegge at det ikke er likegyldig hvilken musikk man bruker her, slik jeg ser det er det preferansemusikken som best kan ha en slik funksjon. Musikkterapeutens jobb er derfor å finne ut hvilken musikk personen med demens responderer på, ikke bare anta at man vet hva "de eldre" liker:

M4: Det er Alpha Omega, det er virkelig Alpha Omega og jeg har sett eksempel der det ikke blir gjort og der en tror at alle liker "Blåveispiken" og "Jenter fra Bergen" og "De Nære Ting", men det er altså sånn at alle er forskjellige, så det er veldig viktig at både vi som er musikkterapeuter og alle andre som er rundt har kunnskap om det. Det er noe av det vi baserer jobben vår på.

I Norge har den eldre generasjonen en såkalt "sangskatt". Dette er sanger som de fleste i denne generasjonen kan og som de har et forhold til. Likevel vil det variere hvilke sanger personer med demens responderer på og derfor er det viktig at man tar hensyn til dette. Finner vi den ene sjangeren eller den ene sangen som når inn til personen, kan dette gi grunnlag for videre og spennende arbeid i musikkterapien:

M4: Det handler om nøkler, og de er forskjellig fra person til person.

4.1.1 Kartlegging av preferansemusikken

Samtlige informanter snakket om hvor viktig bakgrunnsinformasjon kan være for å kunne finne denne preferansebaserte musikken. Informasjonen hentes ofte fra pårørende eller ansatte på institusjonen. Noen fortalte at det er dette som gjør jobben som musikkterapeut i demensomsorgen så spennende, mens andre påpekte at det er viktig for å kunne gjøre en så god jobb som mulig.

M1 forteller at h*n alltid begynner musikkterapiforløpet med å undersøke bakgrunnen til de h*n skal jobbe med:

M1: Så jeg starter alltid med å finne ut hvilken musikk de har med seg, hva de har likt å høre på. Dette gjør jeg ved å lese i journalen, snakke med pårørende og med personalet. Jeg tenker at det er det [kartleggingen] som gjør musikkterapi i eldreomsorg så spennende, og så viktig! At man kan finne ut hva de har likt før og at man kan ta det med som noe friskt inn i sykdommen.

Denne måten å arbeide på er kjent blant flere av informantene, og kartleggingen består av å prøve å finne ut noe om personen musikkterapeuten skal jobbe med slik at man kan gi klienten et positivt glimt i hverdagen. Dette ser vi også i følgende sitat:

M4: Det første vi gjør er å kartlegge, selvsagt diagnoser og symptom og sånn, men enda viktigere hvem de er og hvilken musikk de liker, har et forhold til eller ikke har et forhold til. Hva er det de ikke liker?

Jeg vil gjøre et poeng ut av det M4 sier når h*n presiserer at det viktigste de som musikkterapeuter kan finne ut av er hvem deres klienter er. Diagnoser og symptomer er selvfølgelig bare en del av det. Det man bør fokusere på er personen bak sykdommen.

Ved å ha så god bakgrunnsinformasjon som mulig om en person, mener M2 at h*n som musikkterapeut kan møte sine klienter på en bedre måte:

M2: jeg klarer ikke å gjøre jobben min godt hvis ikke jeg vet alt det andre, sant, det er jo noe med å kunne svare folk skikkelig i en samtale og respondere på det de kommer med.

Her ser vi faktisk at musikken er med på å fremkalle samtale og ved hjelp av forkunnskapen som musikkterapeuten har tilegnet seg om personen vil h*n være i stand til å gi sin klient det svaret, den responsen og den samtalen de fortjener.

For å finne denne bakgrunnsinformasjonen samarbeider M2 med både leger, sykepleiere, pårørende og miljøpersonalet:

M2: Så vi prøver jo å jobbe så tverrfaglig som mulig, men av og til blir det jo mer flerfaglig, men vi har så pass mye møtepunkter og prøver å trekke i alle tråder for at det skal være så oversiktlig som mulig.

Denne tverrfagligheten som M2 forteller om er med på å skape et helhetlig bilde av de personene man som musikkterapeut, eller annet pleiepersonell, skal jobbe med. Dette kan bidra til en enda større bevissthet rundt hvordan man behandler og møter personer med demens fordi de er flere, som alle har ulike roller men likevel samme målsetting de skal ivareta overfor klienten.

Et tett samarbeid med annet pleiepersonell kan kanskje være med å gjøre kartleggingen av musikkpreferanser lettere:

M4: Det er helt utrolig hva som kan komme frem, seinest i dag fant en pleier ut at; åja, han har likt å spille på kam! Okei, det var jo litt spesielt, det hadde jeg aldri funnet ut hvis ikke konen hadde sagt det til pleieren. Så da kartlegger vi det, og vi snakker med både pårørende, med pasienten selv, og pleiere. Vi gjør virkelig alt for å finne ut hva som egentlig er innertieren.

Dette er et eksempel der musikkterapeuten er i tett dialog med både pleiepersonell og familie og på den måten finner preferansemusikken til personene de jobber med. Slik kan man kontinuerlig fremskaffe informasjon om noen og på denne måten bygge ut repertoaret av sanger. Likevel er det ikke alltid kartleggingen går like lett. Av og til kan det være vanskelig å

finne ut noe om de man skal jobbe med. Man kan som musikkterapeut oppleve at verken familie eller pleiepersonell vet noe om hvilke musikkpreferanser en person har:

M3: Som regel vet ikke de som jobber på avdelingen så mye. De har et skriv som familien fyller ut når de kommer; hva de har gjort før, har de likt musikk? Men som regel så står det gjerne; har de likt musikk? Ja/nei... så det er ikke så ofte jeg får noe ut av det, så stort sett er det jeg som prøver meg frem og ser på responsen.

Som nevnt allerede er en stor del av jobben som musikkterapeut å finne preferansene til personer med demens. Som M3 forklarer vil man ofte oppleve å rett og slett måtte prøve seg frem med forskjellige sanger. En musikkterapeut kan oppleve mye prøving og feiling når de skal finne ut preferansemusikken. Videre påpeker M3 at det alltid er viktig å notere ned når man først får responser. Det samme gjelder de gangene man ikke får respons:

M3: Jeg vet kanskje ut ifra bakgrunnsopplysninger om de har gått mye i kirken eller på dans, og da har man en pekepinn om de liker dansemusikk eller religiøs musikk. Så det er mye testing. Jeg noterer alltid ned for meg selv, om det slår an eller ikke. Også noterer jeg i journalen hvis det er noe som er en stor hit, eller om de kommer med egne forslag. Og av og til har de pårørende noe å fortelle hvis jeg møter de, men det er mange som også ikke vet hva foreldrene liker: ja hun drev nå og sang litt og hørte på radioen... men de husker ikke noe spesifikt. Så det er veldig forskjellig, med noen er det lett å finne ut preferansemusikken, og med andre er det vanskelig.

I tillegg til å være nøye med å notere ned når man har fått respons på musikkvalg, må musikkterapeuter hele tiden være oppmerksom slik at man kan videreformidle denne informasjonen til både familie og annet pleiepersonell. På denne måten kan musikken brukes i andre situasjoner og ikke bare i musikkterapeutisk arbeid.

Det siste eksempelet jeg har lyst å trekke frem når det gjelder kartleggingen av preferansemusikk kan knyttes sammen med neste kategori; *relasjon*. M2 beskriver en episode hvor mangel på bakgrunnsinformasjon om en person har vært med på å ødelegge relasjonen samt videre musikkterapeutisk arbeid med klienten.

M2: Jeg har jo dratt med meg folk på musikkterapigrupper med viser og bevegelse, og dette har vært folk som er vandt til å sitte pent på stolen og lytte til klassisk musikk. Da har jeg opplevd at det har blitt helt feil. Når jeg har hatt de med meg så har jeg gjerne

ikke visst noe om de, og da har jeg kanskje ødelagt den kimen til relasjon, da er motstanden så høy at det ikke har vært noe vits.

Her blir det tydelig hvor viktig kartleggingen er for at relasjonen skal oppstå.

4.2 Relasjoner som oppstår ved bruk av preferansemusikk

Fire av informantene har den samme opplevelsen av at bruk av preferansebasert musikk påvirker relasjonen mellom musikkterapeut og klient. Musikken blir en slags kilde til inspirasjon og er med på å fremme relasjoner. Nedenfor er noen tanker informantene har gjort seg om nettopp relasjon:

M2: Ved at man representerer noe som er positivt og vitalt gjør at man blir sett på som en lyskilde. Mennesker som får en demensdiagnose opplever en del tapsopplevelser. Det er mye som forandrer seg ved å få en slik diagnose. Man opplever at man ikke kan jobbe lenger, ikke bo hjemme, blir fratatt førerkortet, det er rett og slett mange ting man ikke lenger får lov til eller har mulighet til. Musikkterapeuten kommer da og gjør noe som de fleste kan sette pris på, og det gjør at relasjonen blir annerledes.

Musikkterapeuter er såpass heldige at de får lov til å møte personer med demens i en helt annen type situasjon enn det for eksempel pleiepersonell gjør. Det at musikkterapeuten kan bringe noe positivt inn i en situasjon hvor personer med demens har opplevd ulike typer tap i livet, vil kanskje være med på å skape en annen form for relasjon.

Håpet er at klienten vil forbinde musikken med noe positivt, som dermed legger et grunnlag for en relasjon i terapisisituasjonen:

M4: Jeg merker at musikk og musikkterapi, at de forbinder det med noe positivt. Også er det jo gjerne det at det er veldig viktig å smile; smile og le, jeg bruker mye humor i musikkterapi.

Slik M4 påpeker kan musikkterapien inneholde mye glede. Positiviteten som en musikkterapeut kan formidle gjennom musikken, kan også uttrykkes på andre måter. Ved å bruke humor, gjerne i form av morsomme sanger, kan klientene forbinde musikkterapi med noe positivt. Her vil jeg påpeke at dette også avhenger av personens preferanser. Man må

være forsiktig med hvilken musikk og innfallsvinkel man har, slik vi ble oppmerksom på i siste sitat i kapittel 4.1.

Ved å bruke preferansebasert musikk kan man nå inn til personer med demens på en unik måte:

M1: Jeg kommer rett inn til kjernen med en gang, og da skapes en helt spesiell relasjon. Beboeren merker at jeg kan sangene og jeg merker at de responderer på de sangene de har med seg.

Relasjonen som oppstår gjennom bruk av preferansemusikken kan gjerne være annerledes enn den som oppstår ved bruk av generell musikk. En årsak kan være fordi man ikke kommer inn til personen med demens sin innerste personlighet.

Relasjon oppstår i møte med en annen person. Ved bruk av preferansemusikken til personer med demens kan man oppnå en kontakt som der og da er akkurat det som trengs for å nå frem til en tydeligere identitet:

M5: akkurat disse preferansebaserte sangene, de gir en veldig tett kontakt der og da, som er litt sånn intuitiv og sterk og som gjør at vi kjenner hverandre godt selv om vi egentlig ikke kjenner hverandre i det hele tatt. Så gir det en veldig tett og nær kontakt som gjør at de på en måte åpner seg og blir tilstede og deltagende og vitale.

En slik kontakt mener M5 kan være sterke øyeblikk for klienter da de kan oppleve at de blir sett for hvem de virkelig er. Denne kontakten kan være vel så sterk for musikkterapeuter ettersom man i det øyeblikket føler at man blir kjent med personen. Slike her-og-nå opplevelser er det viktig å ta vare på, og bære med seg i det videre arbeidet med klientene.

Hvis preferansebasert musikk er grunnlaget i musikkterapeutisk arbeid i demensomsorgen, da er det viktig å bruke ressurser og tid på akkurat denne fremgangsmåten. Dette kan videre føre til det M2 kaller for et elektrisk møte:

M2: Plutselig så har du dette elektriske møtet og magien i det, og det må du ha redskap både til å klare å finne, verdsette når det kommer og klare å slutte der sånn at ikke denne elektrisiteten snur seg til noe dårlig.

En forutsetning for at dette som informanten betegner som et elektrisk møte er derfor, slik jeg ser det, at man kjenner preferansemusikken til personen.

4.3 Preferansebasert musikk som bygger oppunder identitet

Identitet er en kategori som fremkommer av samtalene rundt preferansebasert musikk og dens rolle som identitetsskapende virkemiddel. Samtlige informanter nevnte identitetsarbeid som en viktig faktor i musikkterapi med personer med demens. Videre vil jeg trekke frem noen tanker mine informanter har gjort seg om preferansebasert musikk som identitetsbygger.

M2: når det gjelder mennesker med demens så er det vi som er rundt personen som bærer hukommelsen deres, det er vi som holder fragmenter på plass og gir de en bekreftelse på eksistens og identitet.

Når man jobber med en gruppe mennesker som ikke klarer å organisere og hente frem minnene sine, og ikke helt klarer å holde fast på hvem de er, så har man som musikkterapeut et ansvar om å gi de den bekreftelsen og stabiliteten de gjerne trenger.

Ved å bruke musikk som en gang var en del av livet til den man arbeider med, kan man være med å gjenkalle en identitet som ligger "innelåst". På denne måten kan man gjennom musikken fortelle hvem man er:

M1: Musikkterapi er identitetsskapende, fordi kognitiv svikt fører til at man glemmer hvem man er, så når jeg da for eksempel synger de frelsesarmeen sangene til hun som har vært soldat i frelsesarmeen, så hjelper det henne til å huske hvem hun er. Eller for eksempel sjømannen, at man synger noe som forsterker identiteten eller som kan fortelle hvem du er og hvem du har vært.

Preferansebasert musikk har en "evne" til å fremkalle minner som kan være glemt. Disse minnene kan være viktige deler av en persons identitet. Dermed er det ekstra viktig at man kan ta seg tid til å finne frem til den musikken som gjør at man kan danne et bilde av den personen man jobber med, om så bare for et øyeblikk.

Samme tankegang gjør seg gjeldene hos musikkterapeuten som mener at musikken kan bidra til at man "finner" seg selv igjen gjennom musikken og dette møtet med musikkterapeuten:

M4: musikken starter der ord slutter, de har kanskje ikke språk og de har uansett mistet en del av det kognitive. En kan si at de har en opplevelse av at de har mistet seg selv, og det går an å finne seg selv i musikk og da spesielt i møte med et annet menneske som har funnet ut litt om deg.

Igjen, demens fører til ulike former for tapsopplevelser, men også her er det musikken som er det som gjør at man kan oppleve en helhet igjen. Vi ser igjen viktigheten av kartleggingen som musikkterapeuten gjør. Uten den kartleggingen hadde heller ikke dette møtet og opplevelsen personen med demens får av å "finne" seg selv gjennom musikken vært mulig.

Et viktig aspekt ved preferansemusikk er hvordan det kan føre til en positiv egenfortelling – et positivt syn på seg selv og egen verdi:

M2: målsettinger kan være å finne grunnlag for god samhandling, grunnlag for motivasjon, positiv egenfortelling - for ved å få en demensdiagnose kan en oppleve depresjon eller forestillinger om egen verdi. Tankene om deg selv blir kanskje ikke særlig konstruktive når en har fått en sykdom på hjernen som bare har kommet og skal være der til du dør.

Ved å bruke preferansemusikken til den personen man skal jobbe med kan man bidra med å gi de en positiv opplevelse av seg selv. M2 utdyper med å forklare at:

"det og da kunne fortelle noe vitalt og godt om seg selv kan være viktig. Det at man får strukturerte fortellinger med musikk, kan stimulere til den gode samtalen om ressursene og vitaliteten i livet og ikke bare sykdom og symptomer".

For å kunne gi personer med demens muligheten til å skape en positiv egenfortelling, vil det også være nødvendig å se mennesket som en helhet. En av informantene nevnte personsentrert omsorg som en viktig del av musikkterapi i demensomsorgen. Informanten knytter denne teorien opp mot sine egne møter med klienter, og peker på at det er viktig å huske på at de fortsatt er mennesker (med alt det innebærer), til tross for at de har fått en demensdiagnose:

M4: Det er jo hovedtrekket i personsentrert omsorg. Så det er en ting som er veldig viktig i musikkterapi med personer med demens fordi det er viktig å bli sett for det mennesket som man er og ikke bare det mennesket man var. For selv om man oppsøker bakgrunnsinformasjon så er jo fortsatt det mennesket, det mennesket.

Opplevelse av identitet handler om å ha en opplevelse av at man er den samme over tid. Ved at musikkterapeuten behandler klientene sine som hele mennesker kan dette videre bidra til en verdighetsfølelse hos klientene. Å ha et personsentrert menneskesyn er grunnlaget for at musikkterapeuter skal kunne drive identitetsarbeid med personer med demens – altså man må ha et helhetlig menneskesyn og kunne se personen bak sykdommen.

M5 sitt utsagn mener jeg oppsummerer hvordan preferansebasert musikk kan bygge oppunder identitet på en verdig og fin måte:

M5: Det er helt vesentlig egentlig, det å kjenne på at man er verdsatt, også er det jo veldig viktig med denne broen, at mange gjennom sang og musikk, hvor man bruker preferansebasert musikk, at man kan hjelpe en person til å holde fast ved hvem han eller hun er, ved å bruke musikken bevisst. Man kan skrive livshistorie, eller små narrativ, gjennom det å bruke sanger fra barndom, ungdom eller voksenliv. Og sanger fra et sammensatt og langt liv. Det at det blir en bro for gjenkjennelseshukommelsen og at man kan bygge oppunder identitet, for det er jo et av de store problemene, at de mister tak i hvem de er.

4.4 Preferansebasert musikk og kognitiv stimulering

Hittil i presentasjonen av funn har det handlet om preferansebasert musikk generelt, preferansebasert musikk og identitet, og preferansebasert musikk og relasjon. Videre har jeg valgt å presentere funn om preferansebasert musikk og kognitiv stimulering. Dette er fordi jeg mener kognitiv stimulering kan fremkalles ved hjelp av preferansebasert musikk, og derfor bør være en viktig del av musikkterapi i demensomsorgen. I de neste sitatene trekker musikkterapeutene frem ulike sider ved musikkterapi som de mener har innvirkning på de kognitive funksjonene til personer med demens.

Vi vet at hjernen påvirkes av musikk, noe M1 også kommenterer. Her poengterer h*n viktigheten av musikkterapi basert på preferansemusikk som behandlingsform, for eksempel hos pasienter som har hatt slag:

M1: Vi vet at musikk er med på å bidra til å skape tilhørighet, så det tenker jeg også er viktig. Og selvfølgelig, du stimulerer hjernen. Vi vet at selv om man har fått slag så kan man synge fordi det er andre deler av hjernen som blir berørt enn når man snakker. Musikkterapi har masse å bidra med!

Kunnskapen om at musikk kan bidra til en bedring av kognitive funksjoner også hos slagpasienter, er nyttig å ta med seg inn i demensomsorgen da man kan se lignende typer funksjonstap også her.

Også M4 viser til kunnskapen om hvordan musikk påvirker hjernen og mener den også kan ha betydning for hvordan musikkterapi kan brukes:

M4: det er jo vist at musikk aktiverer hele hjernen og har sånn by-pass funksjon at det kan nå inn til områder i hjernen som fortsatt er friske og få hjernehalvdelen til å kommunisere, men ikke bare det med hjernen men og det psykiske, det sosiale. Det med motivasjon kan igjen gjøre at språket kommer frem.

Den kognitive stimuleringen M4 her viser til er et eksempel på hvor stor innvirkning musikken har på kroppen vår rent fysiologisk. At musikken faktisk påvirker hjernen som igjen kan føre til at vi som mennesker får motivasjon til å snakke er i mine øyne interessant å tenke på.

Også M2 sitt eksempel viser hvordan musikk kan påvirke ulike sider ved et menneske i tillegg til situasjoner, som her for eksempel under morgenstellet:

M2: Jeg jobbet med en mann som hadde veldig tunge starter på dagene sine. Han var litt av en brumlebass – sint. Dårlig syn og dårlig hørsel, kombinert med litt mistenksomhet. I tillegg var han veldig opptatt av at konen ikke var der med han, noe som gjerne var vanskelig for de begge. Pleierne hadde vansker med å få han til å spise, ta medisiner og kle på seg. Derfor la vi opp til å ha musikkterapi med en gang han stod opp. Her var det viktig at vi spilte på preferanser, kjennskap og vennskap. De ulike sangene og sjangrene trigget ulike fortellinger fra livet hans. Det var akkurat som om ordene og fortellingen ble skrudd på. Bit for bit og bilde for bilde snudde stemningen seg – og han var på plass. Når stemningen var snudd var det mulig for pleierne å utføre morgenstell og gi medisiner. Jeg fikk også inntrykk av at han var i godt humør utover dagen.

Preferansebasert musikk kan ha flere positive ringvirkninger også slik vi ser det her, hvor musikken er til hjelp i pleiesituasjonen. Likevel ønsker jeg å rette fokus mot den kognitive stimuleringen som skjedde da informanten forklarer at "det var akkurat som om ordene og

fortellingen ble skrudd på". Jeg mener dette underbygger tanken om at preferansebasert musikk kan føre til kognitiv stimulering, også når det gjelder å fasilitere verbalisering.

Hvis et av målene med musikkterapi er å gi bedre livskvalitet til mennesker rammet av demens, blir ringvirkningene denne informanten viser til særdeles viktige. Det er ringvirkninger i hverdagen musikkterapi kan og bør være med på å skape.

M3: Jeg føler at det gir veldig mye glede, folk reiser seg og begynner å danse, prate, synger sanger for de andre, forteller historier. Så tenker jeg at man skal ikke undervurdere glede da... det gir veldig ringvirkninger sant, hvis du er glad så har du lyst å si ja når sykepleieren sier: nå skal jeg følge deg, nå skal du på toalettet eller i dusjen. Eller du har lyst å prate, du har lyst å spise, du har lyst til å ta den turen ut, du har lyst til å gå ned på den konserten som du har hørt skal være nede på aktivitetsavdelingen sant, så da får du det med en gang bedre.

Nok en gang ser vi eksempler på ringvirkninger som oppstår i hverdagen til personer med demens når preferansebasert musikk tas i bruk. Og, nok en gang ønsker jeg å rette fokus mot en liten men viktig del av det informanten sier: "eller du har lyst å prate". Dette viser igjen til den kognitive stimuleringen som kan føre til verbalisering.

Musikkterapi kan ha en fantastisk funksjon i arbeid med personer med demens, enten man regner resultatene som store eller små. Likevel må man også anerkjenne at det ikke eksklusivt er musikkterapi som har virkning, men den blir en del av et helhetlig behandlingstilbud.

M2: Det er aldri bare musikkterapi som virker, der er veldig mange situasjoner som kan bli problematiske i løpet av et døgn sant, sånn at det handler litt om å ha en redskapskasse til; å møte. Det er ikke alltid du kan forandre mennesker som har en progredierende sykdom men du kan bygge ut verktøykassen med måter å være sammen med de på for at de skal oppleve en viss kvalitet og oppleve gode elementer i sin egen hverdag.

5.0 Drøfting

Alle informantene jeg intervjuet synes å ha sterke meninger om hvordan musikkterapi i demensomsorg bør foregå, og hva som er avgjørende faktorer for å gi et godt musikkterapeutisk tilbud for personer med demens. Informantene trakk frem preferansebasert musikk og identitetsfølelse som viktige aspekter ved musikkterapi med mennesker rammet av demens.

For å repetere fokuset i denne masteroppgaven kan det være på sin plass å gjenta problemstillingen; *Er preferansemusikk en avgjørende faktor for å nå inn til personer med demens i musikkterapeutisk arbeid i demensomsorgen, og i så fall hvorfor er det slik?* Denne er en todelt problemstilling, som derfor trenger et todelt svar. Etter at jeg nå har gjennomgått teori og presentert funnene skal jeg undersøke hvordan preferansebasert musikk er en avgjørende faktor i musikkterapeutisk arbeid i demensomsorgen.

5.1 Preferansebasert musikk – en avgjørende faktor?

Tone Sæther Kvamme (2008) skriver i "Musikk for demensrammede – en livsnødvendighet?" at bruk av kjent musikk er med på å åpne dører man gjerne ikke har tilgang til når man bruker generell musikk. I tillegg kan det være med på å fremme kommunikasjon og deltakelse. Dette er også noe Ridder (2011) trekker frem i "Musikterapi med demensramte: hukommelse, identitet og musikreminiscens". Hun beskriver hvordan musikken er med på å vekke følelser og motivasjon, som igjen fremkaller positive minner. Preferansebasert musikk blir av mine informanter beskrevet som *grunnsteinen, alfa omega* og en *vesentlig del* av musikkterapi i demensomsorgen. En trekker sågar frem hvordan preferansemusikken kan gi personer med demens en sammenhengende livshistorie;

Ja, jeg ser på det som en helt vesentlig del. Absolutt. Det at man skal kjenne at man har en sammenhengende historie, opplevelse av det, det er helt vesentlig for et menneske og veldig viktig for en som har demens, som på en måte får store hull i hukommelsen, og da få en opplevelse av at man eier sin egen historie.

I introduksjonen av oppgaven min presenterte jeg en vignett fra min tid i praksis; *Jeg prøver med en ny sang; Vi har en tulle... Jeg synger første verset, uten respons, men fortsetter likevel til andre verset. Da skjer det noe, hun snur hodet mot meg og ser meg inn i øynene mens hun mimer teksten til første verset.* Poenget mitt med å trekke frem dette eksempelet er at det av

og til *kun er én sang* som åpner opp for kontakt. Jeg opplevde denne dagen at det å finne frem til disse sangene kanskje er det viktigste musikkterapeuter som arbeider i demensomsorgen gjør. Dette betyr ikke at man ikke kan oppnå mange gode opplevelser også ved bruk av generell musikk som alle liker. Bruk av generell musikk har også sin plass. Men dersom man skal være oppriktig interessert i klienten, og se noe mer enn bare en gammel mann eller kvinne som helt sikkert liker Jens Book-Jensen må man til tider anstrenge seg i hvert fall noe for å undersøke hva personen vi jobber med foretrekker. Jeg mener dette handler om grunnleggende respekt og alminnelig høflighet.

På bakgrunn av datamaterialet jeg har samlet inn mener jeg i tillegg å kunne underbygge at viktigheten av bruk av preferansebasert musikk er noe fire av fem musikkterapeuter pekte på som en svært viktig faktor.

Man kan riktig nok innvende at det er mulig å oppnå kontakt, i hvert fall med noen personer med demens, uten å bruke preferansebasert musikk. For eksempel, i musikkterapi grupper kan man bidra til felles aktivisering og sosialisering, som kan fostre en følelse av fellesskap. Noe som også er egnet i musikkterapeutisk arbeid med personer med demens. Likevel mener jeg at preferansebasert musikk er mer effektivt, og at man som musikkterapeut med begrenset tid og ressurser bør arbeide på den mest effektive måten.

Dermed vil jeg si at preferansebasert musikk er en avgjørende faktor for å nå inn til personer med demens, men hvorfor er det slik? For å svare på dette skal jeg ved hjelp av teori, resultater og egne erfaringer nå sammenfatte tre aspekter jeg mener står særlig sentralt i forklaring av dette.

5.2 Preferansebasert musikk som personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg er en modell som blir tatt i bruk i eldreomsorgen, da særlig rettet mot personer med demens. Som nevnt i teorikapittelet er dette en modell utviklet av Tom Kitwood hvor et helhetlig syn på mennesket er essensielt (Kitwood, 1997).

Etter å ha lest litteratur om både personsentrert omsorg og preferansebasert musikk ser jeg en klar sammenheng mellom de to. Preferansebasert musikk legger vekt på tilrettelegging av musikkvalg for hvert enkelt menneske. Dersom personsentrert omsorg er viktig i behandlingen av hvert enkelt menneskes behov, så må også preferansebasert musikkterapi være en grunnleggende del av demensomsorgen. Disse to går hånd i hånd.

Ved en personsentrert tankegang er det personen som står i fokus, hele mennesket, noe som i dag står sterkt i norsk pleiekultur. Dette er også en viktig del av *Nasjonal faglig*

retningslinje om demens (Helsedirektoratet, 2017), noe som tyder på et ønske fra staten om å bedre pleiekulturen og gjøre den mer individualisert.

En sentral del av en personsentrert omsorg vil være å arbeide tverrfaglig. Dette er viktig for å kunne se mennesket i en helhet, der man er observant på at det er mange ulike variabler som spiller inn på hvordan man opplever hverdagen sin. For eksempel er det lett å forklare aggresjon hos personer med demens som et uttrykk for forvirring, men det kan like mye være et uttrykk for smerte eller noen ganger et resultat av å ikke føle seg forstått. Ved å arbeide tverrfaglig tar man hensyn til alle sider ved sykdomshistorien og mennesket bak sykdommen. Dette var også noe M2 var opptatt av slik vi så i kapittel 4.1.1:

Så vi prøver jo å jobbe så tverrfaglig som mulig, men av og til blir det jo mer flerfaglig, men vi har så pass mye møtepunkter og prøver å trekke i alle tråder for at det skal være så oversiktlig som mulig.

Som musikkterapeut skal man tilrettelegge musikkterapien for den enkelte. Hvis institusjonene allerede har et personsentrert perspektiv på pleie, vil det da bli enklere for musikkterapeuter å gjøre "jobben" sin. Helhet og tverrfaglighet er viktige faktorer ved personsentrert omsorg og nettopp derfor er det viktig for musikkterapeuter å ha et tett samarbeid med pleiepersonell og pårørende, og samtidig ta hensyn til personen med demens sine preferanser. I bruken av preferansebasert musikk ligger det en grunntanke om at omsorg og terapi skal se hele individet, ikke bare mennesket. En slik tilnærming gjør det mulig å se personen gjennom musikken.

Det jeg tenker først og fremst er at dette med personsentrert omsorg, det står veldig sentralt i musikkterapi med personer som har demens [...] for å sette det inn i en praktisk sammenheng så handler det først og fremst om et møte med personen, altså det å se personen bak sykdommen. Det er jo hovedtrekket i personsentrert omsorg. Så det er jo en ting som er veldig viktig i musikkterapi med personer med demens fordi det er viktig å bli sett for det mennesket som man er og ikke bare det mennesket man var. For selv om man oppsøker bakgrunnsinformasjon så er jo fortsatt det mennesket, det mennesket.

Det kommer frem i sitatet over hvor viktig musikkterapeuten mener bakgrunnsinformasjon er for å kunne gi person med demens en fullverdig behandling. Det påpekes også at det viktigste

man ikke skal glemme er å se personen bak sykdommen. Knytter man dette opp mot kommentaren til informant M2, som mente at man må ha bakgrunnsinformasjon for å kunne gjøre en god jobb: "På den måten kan man svare folk på en ordentlig måte i samtalen og respondere bedre på det de kommer med", så ser vi at denne tanken ligner på den Stige og Ridder (2016) fremmer når de sier:

Når målet er å fremme livskvalitet og mestring, er ikke vår omsorg og behandling god uten at den oppleves som god. Personene vi arbeider med, må føle seg sett, hørt og respektert og ha anledning til å påvirke sin egen situasjon. (B. Stige & H. M. O. Ridder, 2016, s. 23)

Det kan nok tenkes at man kan arbeide personsentrert uten å bruke preferansebasert musikk. Dette ser man blant annet i musikkterapi grupper eller sangstunder på sykehjem der musikkterapeuten er opptatt av å skape gode opplevelser og bidra til en økt fellesskapsfølelse. Likevel mener jeg det kan være en utfordring å jobbe personsentrert i en større gruppe hvor behovene kan være forskjellige. Dermed vil jeg argumentere for at preferansebasert musikk er en egnet metode å bruke i en personsentrert tilnærming i demensomsorgen.

Proessen frem mot å finne preferansemusikken til personer med demens kan ta tid, men den tiden må musikkterapeuter være villige til å gi sine klienter, for plutselig kan de finne nøkkelen som fører inn til individet bak døren som ellers virker lukket. Dette ser man også i vignetten jeg innledet med, der jeg fant den ene sangen som åpnet opp for kontakt mellom klienten og meg. Som informant M4 sier det - *det å finne hva innertieren er, det er musikkpreferansen.*

5.3 Preferansebasert musikk som opprettholdelse av identitet

Flere av informantene knytter bruk av preferansebasert musikk opp mot identitet – som en måte å opprettholde identitet blant mennesker rammet av demens. En informant sier det slik: *"når det gjelder mennesker med demens så er det vi som er rundt personen som bærer hukommelsen deres, det er vi som holder fragmenter på plass og gir de en bekreftelse på eksistens og identitet".*

Som vi har sett i litteraturen presentert i kapittel 2.4 er identitet en sentral del av både Even Ruud (2013), Gary Ansdell (2014) og Randi Rolvsjord (1998) sine teorier. I denne delen

av oppgaven vil jeg ved hjelp av deres litteratur, mine funn og egne refleksjoner, drøfte hvorfor preferansebasert musikk kan knyttes til opprettholdelse av identitet.

Spørsmålet er, hvordan kan vi opprettholde identitet ved hjelp av preferansebasert musikkterapi? Musikk og identitet som argument for å bruke preferansebasert musikk er et velkjent men likevel viktig argument. Musikk er med på å fremme minner som har vært viktige for oss oppgjennom livet. Mange knytter spesifikke minner opp mot spesifikke musikk, og på denne måten skapes en kontinuitet i vår egen livsfortelling. I samtalen om hva musikkterapi kan bidra med i demensomsorgen, kom informant M5 inn på hvordan man kan bruke sanger fra ulike perioder av livet for å skape en sammenheng og en følelse av identitet;

Man kan skrive livshistorie, eller små narrativ, gjennom det å bruke sanger fra barndom, ungdom eller voksenliv. Og sanger fra et sammensatt og langt liv, det å nå forskjellige epoker. Det at det blir en bro for gjenkjennelse og at man kan bygge oppunder identitet, for det er jo et av de store problemene, at de mister tak i hvem de er.

Musikkterapeutens rolle blir å finne og bruke sangene som nøkkel for å låse opp døren inn til klientens identitet. Even Ruud sier at "musikk forankrer individet i relasjonen" (Ruud, referert i Rolvsjord, 1998, s. 7). En tanke Randi Rolvsjord (1998, s. 7) spinner videre på når hun skriver om musikk som en vesentlig del av menneskers samspill helt fra livets begynnelse. Hun trekker frem samspillet mellom barn og foreldre, og mellom søsken. Disse nære relasjonene er preget av musikken, som blir en vanlig samhandlingsmåte – foreldre som synger voggeviser, eller aftenbønn for sine barn. "Man synger for å trøste barnet, og man synger for å glede det" (Rolvsjord, 1998, s. 7). Som musikkterapeut kan man oppleve at det er sanger fra barndommen som når inn til personer med demens. Dette kan ha med at det nettopp er disse sangene som gjør at minner fra barndommen oppstår, og at en dermed også minnes de som sang dem.

Som nevnt i teorikapittelet snakker Even Ruud (2013) mye om *selvet*. Han trekker frem nettopp det at *selvopplevelse* er en viktig del av menneskers identitet. Identiteten vår skapes i både sosiale og personlige settinger, og vår egen selvopplevelse er derfor viktig. Musikkterapeuter arbeider ofte hardt for å finne ut nok om en person til å kunne gi gode opplevelser. Dermed vil preferansebasert musikk være med å opprettholde identitet ved at musikkterapeuten finner frem til noe om en person, som kanskje pasienten selv har "glemt". Dette kan ses i resultatene hvor informant M2 snakker om at den personen med demens kan

finne seg selv gjennom musikken, i møtet med en annen: "[...] man kan si at de har en opplevelse av at de har mistet seg selv, og det går an å finne seg selv i musikk og da spesielt i møte med et annet menneske som har funnet ut litt om deg".

Kroppen vår endrer seg, men det er noe i bevisstheten som gjør at vi, over tid, har en indre forståelse av at vi er den samme personen. Jeg mener det går an å stille spørsmål om det, for mange personer med demens, skjer noe grunnleggende med tidsforståelsen. Som det kommer frem i Even Ruud (2013) sitt sitat (jf. s. 21) presiserer han hvordan "musikken er med på å opprettholde og videreføre kontinuitet og mening; vår identitet unngår den fragmentering som kan true oss når livet leves i siste fase" (Ruud, 2013, s. 47). Ruud forklarer hvordan "livsfortellinger bryter sammen" når vi opplever brudd i livsfortellingen som er det som danner kjernen i vår identitet (Ruud, 2013, s. 47).

Randi Rolvsjord sier noe av det samme når hun snakker om "opplevelsen av kontinuitet og sammenheng", og "opplevelsen av å ha en kjerne".

[...]subjektiv eller individuell identitet [...] opplevelsen av kontinuitet og sammenheng i mitt indre. Dette identitetsnivået er med andre ord knyttet til opplevelsen av å ha en kjerne. Denne opplevelsen innebærer at jeg på tross av livslang forandring, erfarer at jeg er den samme gjennom hele livet. (Rolvsjord, 1998, s. 7)

Språklig sett finnes det flere måter å si dette på. Vi kan bruke Ruud sine ord om hvordan personer med demens kan oppleve en fragmentert identitet, eller vi kan gjøre som Rolvsjord når hun understreker viktigheten av en indre kjerne. Jeg vil tilføye at man også kan beskrive personer med demens sin identitet som "bortgjemt". Min tanke er at personer som ikke klarer å strukturere minnene sine også har vanskelig for å få vist hvem de egentlig er, både i ord og i handlinger. Min familie opplevde noe av dette da min bestefar mot slutten begynte å snakke engelsk, og snakket om at han måtte på jobb (jobber han hadde hatt når han bodde i New York som ung). Vi tolket dette som en forvirring rundt hvor han befant seg geografisk, og i et tidsperspektiv. Hvis vi ser dette i perspektiv av personer med demens som går tilbake til barndommen og opplever at de er barn, ser jeg her en mulighet for musikkterapeuter til å hjelpe pasienter til å sette minnene på plass, både i tid og sted.

Ansdell (2014) mener at det å ha en musikalsk identitet kan være med å gi mennesker med demens en sammenheng i sine livsfortellinger – å bruke musikken som et narrativ. Han påpeker at vår selvopplevelse kan trues av blant annet sykdom, et poeng også en av informantene trekker frem: "*Det at man får strukturerte fortellinger med musikk, kan*

stimulere til den gode samtalen om ressursene og vitaliteten i livet og ikke bare sykdom og symptomer". Både Ansdell (2014) og informanten mener at musikken er et godt virkemiddel til å opprettholde identitet. Bruken av preferansebasert musikk blir derfor spesielt viktig når man skal hjelpe et menneske til å få vist hvem de er. Ved å finne frem til de rette sangene, det som en av informantene kalte "innertieren", vil man kunne hjelpe den personen med demens til å kunne holde fast ved hvem de er. Dermed blir det musikkterapeutens viktige oppgave å gjøre det de kan for å underbygge identitet hos en gruppe mennesker som ikke helt klarer dette alene.

5.4 Preferansebasert musikk åpner for verbalisering og kognitiv stimulering

Jeg velger å trekke frem verbalisering i denne oppgaven, fordi jeg mener at musikk, da særlig preferansemusikk, kan åpne opp for spennende samtaler med klienter. Dette kan være samtaler rundt musikken, hva som skjedde i timen, eller samtaler om minner som kommer frem i løpet av en musikkterapitime.

For mange av oss er det ofte slik at vi gjerne får assosiasjoner til en sang eller et musikkstykke vi hører. Det kan være en hendelse eller et minne, som igjen åpner opp for en samtale med de vi er sammen med. Dette gjelder også hos personer med demens. Mange gode samtaler kan oppstå etter at man har spilt eller sunget sammen, og for personer med demens er det gjerne etter en sang at de kommer på noe fra tidligere i sitt liv. Den verbaliseringen som oppstår er det viktig å ta vare på og forsøke å utnytte maksimalt.

I musikkterapi bruker vi musikken som et kommunikasjonsmiddel, og da må vi huske på at mennesker også har et ønske om å kunne uttrykke seg verbalt. Dette gjelder selvsagt også personer med demens. Det at preferansebasert musikk kan åpne opp for verbalisering, er dermed en avgjørende faktor for samspillet som oppstår mellom musikkterapeut og klient. Som musikkterapeut har man et fantastisk redskap i nettopp musikken, men dette bør ikke sette en stopper for en eventuell verbal kommunikasjon.

Når man så jobber med mennesker som har vanskelig for å uttrykke seg, kan det være lett å umiddelbart ta frem musikken. Derimot tenker jeg det er viktig å være bevisst på at verbal kommunikasjon kan oppstå i kjølvannet av preferansebasert musikk, og derfor gi rom for det. Selv om den usammenhengende verbaliseringen kommer raskt tilbake, så er det likevel viktig å gi rom – rom for både stillheten, men også samtalen som forhåpentligvis oppstår når minnene dukker opp.

Denne tankegangen er også noe Kenneth Aigen (2014) snakker om. Det har oppigjennom tidene vært vanskelig å definere hvilken rolle musikken, relasjonen og samtalen har i musikkterapi. Som nevnt tidligere har det svingt fra å se musikken som viktigst, til at relasjonen var det viktigste, videre til at samtalen var det. Etter hvert har musikkterapeuter blitt mer bevisst på at alle tre elementer kan være viktige.

Music therapists still consider these elements to be the factors that make music therapy work although there are differences among them regarding how much weight is given to each element and if each element should be accounted for in all clinical music therapy processes, regardless of the type of work one is engaged in, or the particular theoretical framework under which one is practicing". (Aigen, 2014, s. 91)

Hvor stor rolle man gir hvert element er opp til den enkelte musikkterapeut. Aigen (2014) presiserer at det er enighet blant musikkterapeuter at det er en kombinasjon av disse elementene som gjør at musikkterapi fungerer.

Kanskje er musikkterapeuter som arbeider i demensomsorgen litt "redde" for samtalen som kan utvikle seg i musikkterapien. I et av mine intervjuer kom vi inn på afasi og jeg stilte spørsmål angående hvordan M1 jobber med for eksempel personer med demens som har afasi: *"Da prøver jeg å snakke minst mulig, og synge mest mulig"*. Dette har jeg i ettertid reflektert litt over. Som musikkterapeuter er vårt fokus på bruk av musikk i behandling. Men dersom vi skal kunne bidra i en tverrfaglig sammenheng må vi, etter min mening, som musikkterapeuter være åpen for det som måtte komme, også av verbalisering.

I følge Anette Dalmo Moltubak (2016, s. 160) vil endringer i kognitive funksjoner muligens ha store følger for en persons selvstendighet, relasjoner og sosiale liv. Hun presiserer dermed at musikkterapi vil være et godt redskap i rehabilitering av kognitive funksjoner. Jeg ønsker å knytte dette opp mot demens. Vanlig praksis i musikkterapi i demensomsorgen er etter min forståelse ressursorientert, og derimot ikke rettet mot opptrening av funksjoner som er mistet. Likevel har musikkterapeuter kunnskap om hvordan musikken faktisk påvirker hjernen. Dette er også noe M4 poengterer:

[...] det kan være å fremme språkressurser og det er jo et eget tema; musikk og hjerne. Det er vist at musikk aktiverer hele hjernen og har en form for by-pass funksjon slik at musikken kan nå inn til områder i hjernen som fortsatt er friske og dermed få hjernehalvdelen til å kommunisere. Dette påvirker ikke bare hjernen men også det

psykiske, det sosiale. Musikkterapi kan føre til motivasjon som igjen kan gjøre sånn at språket kommer frem.

Musikken kan altså nå inn til deler av hjernen som også styrer språkfunksjoner. Dette kan være en av grunnene til at sang er bra i opptrening av språkfunksjoner. Moltubak (2016, s. 162) beskriver hvordan det å snakke og det å synge har mye til felles. "Både den måten pusten er involvert på, forming av lyder og ord, rytme, melodi og fraserings. I tillegg tilbyr musikkterapi rike muligheter for å stimulere auditiv bearbeiding og kognitive funksjoner som er felles for språk og musikk" (Moltubak, 2016, s. 162).

Denne kunnskapen ser jeg som relevant også i demensomsorgen da personer med demens ofte opplever tap av språkfunksjoner. Jeg mener ikke at man skal ha fokus på opptrening av språk, men at man som musikkterapeut skal være bevisst på hvilken effekt musikken faktisk har på språkfunksjoner og dermed reflektere rundt hvordan man best kan bruke musikken til å stimulere denne funksjonen. Igjen vil jeg presisere at jeg også her tenker at preferansebasert musikk vil være mest effektiv.

For musikkterapeuter som arbeider i demensomsorgen er det musikken som står mest sentralt, men jeg mener at verbaliseringen også er en viktig del av musikkterapien. Rolvsjord (1998) trekker verbalisering inn i eldreomsorgen som en del av det å uttrykke musikalsk identitet gjennom minner. Å uttrykke minnene verbalt gjøres ved å fortelle om musikkopplevelser eller etterspørre spesifikke sanger, samt huske tekster og melodier.

Minnene om musikalsk identitet kan uttrykkes verbalt, gjennom fortellinger om musikkopplevelser, eller som ønsker om å synge bestemte sanger eller lytte til spesielle musikkstykker. I grupper med mennesker med aldersdemens uttrykkes imidlertid musikalsk identitet oftest gjennom musikk. For eksempel vitner en deltakelse i allsang om kodeforsikhet til en bestemt sjanger. Å huske en tekst, å huske en melodi eller en annenstemme er andre eksempler på hvordan musikalsk identitet kommer til uttrykk.
(Rolvsjord, 1998, s. 10)

Hun nevner kort det jeg mener om hvordan man kan uttrykke musikalsk identitet både verbalt og gjennom musikk. Derimot mener jeg man ikke skal undervurdere verbalisering, men heller kanskje legge enda mer vekt på den, og legge enda mer til rette for den.

Mine informanter fokuserte ikke så mye på det at følelser kan uttrykkes også gjennom verbalisering. De var mer opptatt av kognitiv stimulering som følge av musikkterapi. Jeg har

ikke mulighet til å drøfte alle typer kognitiv stimulering i musikkterapi, men har valgt å fokusere særlig på verbalisering.

I musikkterapi kan det tenkes at de største opplevelsene kommer gjennom musikken, ikke verbaliseringen (Aigen, 2014), likevel tenker jeg det er viktig å huske på at verbalisering kan være med på å underbygge disse store, gode opplevelsene, og i den sammenheng blir et viktig verktøy.

I løpet av studiet har jeg opplevd at verbalisering kommer litt i bakgrunnen i forhold til andre retninger. Det har vært mye fokus på musikkcentrerte retninger, som både Aigen og Ansdell (2014) er advokater for, både i studiets pensumlitteratur, litteratur generelt og i forelesninger på studiet. Kanskje har dette gått på bekostning av studenters bevissthet rundt verbalisering i musikkterapi. Dette er noe jeg har reflektert mye rundt i løpet av praksisperiodene mine, og i likhet med Aigen (2014) mener jeg vi, som musikkterapeuter, har et ansvar om å være åpen for det som måtte komme av verbal kommunikasjon, og gi grobunn for at den får utfolde seg.

Jeg har opplevd episoder i praksis der jeg har lurt på om musikkterapeuten kanskje kunne holdt fast ved samtalen enda litt lenger. Klienten har begynt å fortelle om en hendelse like etter en sang, og selv om musikkterapeuten taklet det veldig fint, så var det noe som gjorde at jeg tenkte samtalen kunne vart enda lenger. Jeg fikk flere ganger i løpet av praksisen min inntrykk av at klienter hadde et ønske om å verbalisere noe, og der tror jeg mitt instinkt ville vært å grave litt dypere, og se om samtalen ville på en naturlig måte utviklet seg videre.

Det er nok lett for musikkterapeuter ikke å stoppe opp, og heller gå videre på en ny sang. Det er jo tross alt musikken som er terapeutens verktøy og naturligvis vil det også være der fokuset i musikkterapien ligger. Hvis man i utgangspunktet tenker at verbalisering med personer med demens kan være utfordrende, vil det da være naturlig å fokusere på musikken.

Det var nettopp denne typen tankevekkende opplevelser som gjorde møtet mitt med svensk musikkterapipraksis så overraskende. Der opplevde jeg praksislæreren som meget opptatt av verbalisering. Jeg var i praksis på et sykehus i rehabilitering med slagpasienter hvor opptrening av språkfunksjoner naturligvis var i fokus. Likevel opplevde jeg det påfallende hvordan musikkterapeuten tok seg tid til å stoppe opp i de situasjonene hvor pasienten gav uttrykk for et ønske om å snakke. I ettertid har jeg tenkt at dette også må kunne overføres til arbeidet med personer med demens, og da er preferansebasert musikk et verktøy som kan gjøre dette mulig.

Dorit Amir (1999) oppsummerer som vi har sett (jf. s.24) syv funksjoner som verbale intervensjoner har i musikkterapien. Jeg velger å trekke ut to av disse funksjonene og mener

disse spesifikt kan relateres til preferansebasert musikk i demensomsorgen. Den første er: "to open a space for understanding, awareness and clarity within the client's rational, cognitive mind" (Amir, 1999, s. 167). Denne mener jeg er kanskje den mest naturlige måten å bruke verbalisering med personer med demens. Denne fremgangsmåten kan gi rom for å snakke om det som oppstår av minner og følelser etter å ha aktivt deltatt i en sang. Den andre er: "to get to the known, natural and familiar mode of communication" (Amir, 1999, s. 167), som jeg tenker kan være relevant når man arbeider med mennesker med demens. Det er ikke nødvendigvis sann at dette alltid skal være et mål i musikkterapien, men jeg mener at det kan være viktig å være bevisst på at bruk av preferansebasert musikk kan føre til et behov for verbalisering. Dermed gjelder det å ha relevante fremgangsmåter for å fange opp denne verbaliseringen.

Jeg synes også Paul Nolans (2005) begrepsapparat om *verbal prosessering* er relevant her. Han mener det er to grunner for å bruke verbal prosessering i musikkterapi. Den ene er at det gir mulighet for bevisstgjøring og forståelse av egne tanker og følelser, og også rundt musikken og interpersonlige erfaringer som oppstår. Ved slik bruk av verbal prosessering kan man integrere non-verbale og verbale erfaringer. Dette kan knyttes til det første punktet jeg trakk frem av Amir sine funksjoner for verbalisering.

Den andre grunnen for å bruke verbal prosessering er at det kan gi musikkterapeuten større innsikt om klienten. Dette mener jeg er relevant når det gjelder preferansebasert musikk, der man som musikkterapeut er ute etter å få en dypere forståelse for hvem pasienten er, og finne nøkkelen som kan nå inn til personer med demens. Dette mener jeg også kan knyttes til Katarina Lindblad (2016) som ser på verbale teknikker som tillitsskaper blant musikkterapeut og klient, som igjen kan føre til en forståelse av klienten og situasjonene som oppstår.

Sist men ikke minst kan verbalisering trolig, for noen klienter, være med på å opprettholde kognitive funksjoner. Vi har tidligere sett at en metaanalyse som undersøker effekten av musikkterapi på kognitive ferdigheter hos personer med demens konkluderer med at *aktiv* musikkterapi hos disse har effekt på kognisjon mens reseptiv musikkterapi ikke har det (Fusar-Poli et al., 2017). Det vil si at musikkterapi hvor klienten deltar ved å synge, spille eller snakke vil være mer effektiv enn hvis klienten kun lytter til musikken. Resultatene viser at musikkterapi da kan forbedre kognisjonen hos personer med demens. Dersom man da ser på bruken av preferansebasert musikk som et verktøy til å åpne opp for samtale, kan man si at dette er en form for aktiv musikkterapi. Klienten trenger ikke nødvendigvis å synge med, men hvis sangen fremkaller minner og klienten verbaliserer disse vil jeg påstå at de er aktive.

Jeg ønsker å presisere at aktiv musikkterapi ikke passer for alle. Et eksempel der aktiv musikkterapi eventuelt ikke er den beste tilnærmingen kan være i palliativ omsorg.

Wolfgang Schmid og Hilde Skrudland (2016) beskriver i "Musikkterapi i palliativ omsorg" hvordan musikkterapien her handler om å lytte til mennesker. Her er det et mål om å tilby stillhet og oppmerksomhet. Dette vil igjen påvirke hvilken musikk man bruker i terapirommet. Også her vil det være nyttig å bruke musikk som pasienten har kjennskap til, men den skal brukes som nærvær, ikke som et produkt.

Som musikkterapeut vil det være nødvendig å være tilstede i nuet, slik at man kan følge med på pust, uro, og ansiktsuttrykk for å se etter tegn på overbelastning. Det er altså non-verbale indikatorer som blir viktig i musikkterapi i palliativ omsorg, og "pauser og stillhet er minst like viktig som musikken selv" (Schmid & Skrudland, 2016, s. 185). Slike tegn kan det også være viktig å se etter hos personer med demens, hvor overstimulering kan føre til negativ energi slik M2 forteller her:

Så må jeg lese henne, for når blikket begynner å flakke og jeg merker at pusten går så vet jeg at da har jeg begynt å slite henne ut. Da må jeg takke pent for meg også må jeg gå. Det er jeg som ta ansvar for å slutte av, ikke bruke opp den gode energien, slik at hun kan ha den med seg videre.

Uansett hvilken målgruppe musikkterapeuter jobber med, og hvilke mål de har for terapien, så er det de non-verbale signalene fra klientene terapeuten må kunne gjenkjenne for å kunne ivareta klienten på best mulig måte.

For å avslutte denne drøftingsdelen vil jeg understreke at jeg mener det er avgjørende at musikkterapeuter er klar over at preferansebasert musikk kan være med å frigjøre minner, som igjen kan føre til et ønske om å kommunisere verbalt. Dette er slik jeg ser det en gyllen mulighet som man kan gå glipp av hvis man bare fortsetter videre på neste sang, og ikke tar seg tid til å stoppe opp. Det er etter min mening viktig å finne frem til hvilke metoder som er mest effektive i demensomsorgen, og bruke mest tid og ressurser på dem.

6.0 Avslutning

Denne studien har undersøkt preferansebasert musikk i lys av teorier om personsentrert omsorg, identitet og verbalisering. Ved hjelp av beskrivelser fra fem informanter har vi sett hvordan musikken man bruker spiller inn på både opprettholdelse av identitet, relasjonen mellom musikkterapeut og klient, og kognitiv stimulering. Slik jeg ser det handler musikkterapeutisk arbeid i demensomsorgen mye om å opprettholde identitet, gi livskvalitet og skape et lyspunkt i hverdagen. Jeg har hatt som utgangspunkt at preferansebasert musikkterapi kan være nøkkelen til å oppnå akkurat disse målene.

Ved hjelp av teori og egne funn har jeg derfor forsøkt å drøfte hvorfor nettopp preferansebasert musikk bør brukes i demensomsorgen. Både Rolvsjord (1998) og Ruud (2013) knytter musikk og identitet sammen. Ruuds måte å snakke om vår opplevelse av oss selv, og Rolvsjords måte å snakke om sammenheng i livshistorien vår har vært nyttig i drøftingen rundt preferansebasert musikk og dens funksjon i identitetsarbeidet som er en stor del av musikkterapi i demensomsorgen.

Kitwoods bok *Dementia reconsidered* (1997), Stige og Ridders bok *Musikkterapi og eldrehelse* (2016) og Ansdells bok *How Music Helps* (2014) har i min oppgave vært sentral i å kaste lys over viktigheten av personsentrert omsorg i demensomsorgen. Det handler om hvordan vi, ikke bare som musikkterapeuter men også mennesker, både ser og behandler personer med demens.

Til slutt har forfattere som Aigen (2014), Amir (1999), Nolan (2005), Lindblad (2016) og Moltubak (2016) bidratt til at jeg har kunnet drøfte verbaliseringens mulige plass i musikkterapeutisk arbeid i demensomsorgen.

Funnene og sitatene jeg har presentert i denne oppgaven må ses som observasjoner jeg har gjort underveis. Disse har jeg selv et ønske om å ta med meg videre. Jeg har i løpet av denne prosessen sett muligheter musikkterapifaget har, men jeg har også sett at man som musikkterapeut jobber i en større sammenheng. Sammen med annet omsorgspersonell jobber musikkterapeuter utfra retningslinjer, og dermed er det nødvendig å være klar over at tid og ressurser kan være en begrensning for dette arbeidet i hverdagen.

I litteraturen og i funnene kommer det klart frem at det er mye man må ta hensyn til når man skal jobbe som musikkterapeut. Faget i seg selv er både omfattende og komplekst, derfor vil det i denne masteroppgaven være vanskelig å gå inn på alle sider av en sak. Jeg har derfor valgt å konsentrere meg om de tre aspektene jeg mener det er avgjørende å reflektere over som musikkterapeut i demensomsorgen.

Hvis jeg i det hele tatt skal komme med en konklusjon på problemstillingen i denne masteroppgaven blir det nok at jeg anser preferansebasert musikk som en avgjørende faktor i det musikkterapeutiske arbeidet innen demensomsorgen. Preferansebasert musikk er, slik jeg ser det, avgjørende på grunn av tre faktorer. Det ene er at denne musikken, slik vi har sett i løpet av denne oppgaven, kan knyttes til personsentrert omsorg. I demensomsorgen er man bevisst på å arbeide personsentrert og dermed vil det etter min mening være formålstjenlig som musikkterapeut å ha preferansebasert musikk som grunnleggende tilnærming. En tilnærming som fokuserer på mennesket.

Det andre er at musikken vi hører på er sterkt knyttet til vår identitet. Preferansebasert musikk som tilnærming fokuserer på mennesket man skal jobbe med, og på denne måten vil musikken vi bruker være avgjørende. Når man tar i bruk preferansebasert musikk i demensomsorgen vil man være opptatt av å se personen bak sykdommen og det vil dermed være en del av jobben, slik flere av informantene påpekte, å jobbe med identitetsstyrkende arbeid. Jeg mener preferansebasert musikk kan være nøkkelen som låser opp døren til klientens "bortgjemte" identitet.

Det siste jeg vil trekke frem er muligheten for verbalisering som oppstår ved bruk av preferansebasert musikk. Musikken vi selv har et forhold til er viktig for oss. Årsaken til dette er hvordan vi plasserer oss i et sosialt fellesskap gjennom musikk, i tillegg til hvordan vi plasserer oss selv i vårt eget liv gjennom musikk. Ved å bruke preferansebasert musikk kan vi åpne opp for verbalisering nettopp fordi musikken minner oss om noe som har skjedd, noen vi har kjent eller steder vi har vært. Dette kan forhåpentligvis være med på å fremme et ønske om å snakke om disse hendelsene, disse personene eller disse stedene, og på den måten kan man som musikkterapeut i demensomsorgen også oppleve at verbaliseringen blir en del av musikkterapien.

Det vil for min egen del være avgjørende, den dagen jeg er ute i feltet som musikkterapeut, å bruke preferansebasert musikk aktivt. Jeg har i løpet av praksisperiodene sett de mulighetene som denne fremgangsmåten kan by på, og selv om det ikke nødvendigvis har vært i demensomsorgen ser jeg grunn til å utprøve dette mer.

Jeg ser det som spennende å skulle få lov til å delta i en prosess der jeg sammen med et tverrfaglig team, familie og klienten selv kan være med å finne den preferansemusikken som gjør det mulig for klienten å finne seg selv gjennom musikken. Tenk å finne nøkkelen som åpner døren til minnene som ligger så dypt forankret hos andre; minner de selv ikke helt finner tilbake til selv.

Jeg prøver med en ny sang; Vi har en tulle... Jeg synger første verset, uten respons, men fortsetter likevel til andre verset. Da skjer det noe, hun snur hodet mot meg og ser meg inn i øynene mens hun mimer teksten til første verset. Jeg prøver raskt å følge henne og synger første verset på nytt. Hun fortsetter å mime teksten og etter hvert hører jeg svak synging. Dette var den eneste sangen i løpet av perioden min på dette sykehjemmet som gjorde at jeg nådde inn til henne.

7.0 Referanseliste

- Aigen, K. S. (2014). *The study of music therapy : current issues and concepts*. New York: Routledge.
- Alver, B. G. & Øyen, Ø. (1997). *Forskningsetikk i forskerhverdag: vurderinger og praksis*. Otta: Tano Aschehoug.
- Amir, D. (1999). Musical and Verbal Interventions in Music Therapy: A Qualitative Study. *Journal of Music Therapy*, 36(2), 144-175. doi: 10.1093/jmt/36.2.144
- Ansdell, G. (2014). *How music helps in music therapy and everyday life*. Farnham: Ashgate.
- Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (Red.). (2012). *Kvalitative metoder : empiri og teoriutvikling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2018a). Demens. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens: sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 14-28). Tønsberg: Forlaget aldring og helse - akademisk.
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2018b). Å leve med en demenssykdom. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens : sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 48-58). Tønsberg: Forlaget aldring og helse - akademisk.
- Fusar-Poli, L., Bieleninik, L., Brondino, N., Chen, X.-J. & Gold, C. (2017). The effect of music therapy on cognitive functions in patients with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Aging Mental Health*, 1-10. doi: 10.1080/13607863.2017.1348474
- Gerdner, L. A. & Schoenfelder, D. P. (2010). Evidence-based guideline. Individualized music for elders with dementia. *Journal of gerontological nursing*, 36(6), 7. doi: 10.3928/00989134-20100504-01
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory : strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter.
- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonalt faglig retningslinje om demens*. Hentet fra https://s3.amazonaws.com/files.magicapp.org/guideline/7cf622fe-45ff-4ba9-a738-12a14aea662b/published_guideline_2273-3_1.pdf
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered : the person comes first*. Buckingham: Open University Press.
- Krumsvik, R. J. (2014). *Forskningsdesign og kvalitativ metode : ei innføring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (T. M. Anderssen & J. Rygge, Overs. 3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Kvamme, T. S. (2008). Musikk for demensrammede, en livsnødvendighet? I G. Trondalen & E. Ruud (Red.), *Perspektiver på musikk og helse: 30 år med norsk musikkterapi* (Vol. 2008:3, s. 489-499). Oslo: NMH-Publikasjoner.
- Lindblad, K. (2016). Verbal Dialogue in Music Therapy: A Hermeneutical Analysis of Three Music Therapy Sessions. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 16(1). doi: 10.15845/voices.v16i1.842.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Moltubak, A. D. (2016). Musikkterapi i nevrorehabilitering: musikk, funksjon og relasjon. I B. Stige & H. M. Ridder (Red.), *Musikkterapi og eldrehelse* (s. 155-165). Oslo: Universitetsforlaget.
- Myskja, A. (2005). Bruk av musikk som terapeutisk hjelpemiddel i sykehjem. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 125(11), 1497-1499.
- Nasjonalforeningen for folkehelsen. (2018, 15.02.2018). Hva er demens? Hentet 28.04.18 fra <https://nasjonalforeningen.no/demens/hva-er-demens/>
- Nolan, P. (2005). Verbal Processing within the Music Therapy Relationship. *Music Therapy Perspectives*, 23(1), 18-28. doi: 10.1093/mtp/23.1.18
- Nordoff Robbins Music Therapy. (u.å.). Betty's Story. Hentet 11.05.2018 fra <https://www.nordoff-robbins.org.uk/case-study/bettys-story>
- Pettersen, R. C. (2008). *Oppgaveskrivingens ABC : veileder og førstehjelp for høgskolestudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ridder, H. M. (2011). Musikkterapi med demensramte: hukommelse, identitet og musikreminiscens. I K. Stensæth & L. O. Bonde (Red.), *Musikk, Helse, Identitet* (Vol. 2011:3, s. 61-83). Oslo: NMH-Publikasjoner.
- Ridder, H. M. (2016a). Musik i et personcentrert perspektiv. I B. Stige & H. M. Ridder (Red.), *Musikkterapi og eldrehelse* (s. 38-44). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ridder, H. M. (2016b). Musik som hverdagsressource i ældrelivet: samvær og erindring. I B. Stige & H. M. Ridder (Red.), *Musikkterapi og eldrehelse* (s. 59-67). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ridder, H. M. (2016c). Musikkterapi i en psykososial demensomsorg i plejebolig. I B. Stige & H. M. Ridder (Red.), *Musikkterapi og eldrehelse* (s. 133-145). Oslo: Universitetsforlaget.
- Rolvjord, R. (1998). Når musikken minner om livet. *Nordisk Tidsskrift for Musikkterapi*, 7(1), 4-13. doi: 10.1080/08098139809477915

- Rolvjord, R. (2008). En ressursorientert musikkterapi. I E. Ruud & G. Trondalen (Red.), *Perspektiver på musikk og helse : 30 år med norsk musikkterapi* (Vol. 3, s. 123-138). Oslo: NMH-publikasjoner.
- Ruud, E. (1995/2015). Kvalitativ metode i musikkpedagogisk forskning. I E. Ruud, *Fra musikkterapi til musikk og helse, artikler 1973-2014. Bind 2*. Oslo: NMH-publikasjoner. (Opprinnelig publisert i 1995).
- Ruud, E. (2008). Et humanistisk perspektiv på norsk musikkterapi. I E. Ruud & G. Trondalen (Red.), *Perspektiver på musikk og helse: 30 år med norsk musikkterapi* (Vol. 3, s. 5-28). Oslo: NMH-publikasjoner.
- Ruud, E. (2013). *Musikk og identitet* (2 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Røsjø, B. (2015). Frykter 400 000 med demens i Norge. *Forskning.no*. Hentet 21.04.2018 fra <https://forskning.no/aldring-helsepolitikk-alzheimer/2015/04/demens-kan-bli-en-samfunnstrussel>
- Schmid, W. & Skrudland, H. (2016). Musikkterapi i palliativ omsorg. I B. Stige & H. M. Ridder (Red.), *Musikkterapi og eldrehelse* (s. 177-186). Oslo: Universitetsforlaget.
- Skogen, B., Kvamme, T. S. & Lyngroth, S. R. (2004). *Individualisert musikk: preferanse CD*. Oslo: GERIA, Ressurscenter for aldersdemens/alderspsykiatri.
- Stige, B. & Ridder, H. M. (Red.). (2016). *Musikkterapi og eldrehelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Stige, B. & Ridder, H. M. O. (2016). Musikk som mulighet og rettighet. I B. Stige & H. M. Ridder (Red.), *Musikkterapi og eldrehelse* (s. 21-27). Oslo: Universitetsforlaget.
- Strand, B. H. & Skirbekk, V. F. (2014). *Folkehelse rapporten 2014: Demens*. (2014). Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens---folkehelse rapporten-2014/>
- Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2012). Intervjuet: Samtalen om forskningsmetode (W. Hansen, Overs.). I S. Brinkmann & L. Tanggaard (Red.), *Kvalitative Metoder: Empiri og teoriutvikling* (s. 17-45). Oslo: Gyldendal akademisk.

Vedlegg 1 – NSD



Frode Aass Kristiansen
Postboks 7800
5020 BERGEN

Vår dato: 23.10.2017

Vår ref: 56407 / 3 / BGH

Deres dato:

Deres ref:

Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 05.10.2017.
Meldingen gjelder prosjektet:

56407	Musikkterapi i demensomsorgen
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Bergen, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Frode Aass Kristiansen
Student	Aila Kristine Aalborg Worley

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Personopplysningene som blir samlet inn er ikke sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav personvernulempe. Prosjektet har derfor fått en forenklet vurdering. Du kan gå i gang med prosjektet. Du har selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i dette brevet.

Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet
- krav til informert samtykke
- at du ikke innhenter [sensitive opplysninger](#)
- veiledning i dette brevet
- Universitetet i Bergen sine retningslinjer for datasikkerhet

Veiledning

Krav til informert samtykke

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse.

Informasjon må minst omfatte:

- at Universitetet i Bergen er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet
- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileder) sine kontaktopplysninger
- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til

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

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS Harald Hårfagres gate 29 Tel: +47-55 58 21 17 nsd@nsd.no Org.nr. 985 321 884
NSD – Norwegian Centre for Research Data NO-5007 Bergen, NORWAY Faks: +47-55 58 96 50 www.nsd.no

- hvilke opplysninger som skal innhentes og hvordan opplysningene innhentes
- når prosjektet skal avsluttes og når personopplysningene skal anonymiseres/slettes

På nettsidene våre finner du mer informasjon og en veiledende mal for [informasjonsskriv](#).

Forskningsetiske retningslinjer

Sett deg inn i [forskningsetiske retningslinjer](#).

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 15.06.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Gjelder dette ditt prosjekt?

Dersom du skal bruke databehandler

Dersom du skal bruke databehandler (ekstern transkriberingsassistent/spørreskjema leverandør) må du inngå en databehandleravtale med vedkommende. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se [Datatilsynets veileder](#).

Hvis utvalget har taushetsplikt

Vi minner om at noen grupper (f.eks. opplærings- og helsepersonell/forvaltningsansatte) har [taushetsplikt](#). De kan derfor ikke gi deg identifiserende opplysninger om andre, med mindre de får samtykke fra den det gjelder.

Dersom du forsker på egen arbeidsplass

Vi minner om at når du [forsker på egen arbeidsplass](#) må du være bevisst din dobbeltrolle som både forsker og ansatt. Ved rekruttering er det spesielt viktig at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltakelse ivaretas.

Se våre nettsider eller ta kontakt med oss dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Belinda Gloppen Helle

Kontaktperson: Belinda Gloppen Helle tlf: 55 58 28 74 / belinda.helle@nsd.no

Vedlegg 2 – Forespørsel om deltakelse

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

Bakgrunn og formål:

Jeg er godt i gang med mitt siste år som musikkterapistudent ved Griegakademiet i Bergen. I den forbindelse skal jeg nå skrive min masteroppgave. Jeg er interessert i å skrive om eldreomsorgen, og da ha fokus på demensrammede pasienter. Demensrammede utgjør en stor del av sykehjemspopulasjonen og det er dermed relevant å fokusere på denne målgruppen. Jeg har lyst til å skrive om hva det er som gjør at musikkterapi fungerer med denne målgruppen. Jeg er selv interessert i dette temaet, og ser det som et viktig tema å forske på.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Studien innebærer kvalitative intervjuer med fem musikkterapeuter som arbeider med mennesker med demens. Intervjuene vil være individuelle og vil foregå mellom musikkterapeut og meg. Spørsmålene vil omhandle musikkterapeutens syn på musikkterapi i møte med demensrammede. Metoden som brukes er semistrukturert intervju og spørsmålene vil dermed være åpne, og det vil være rom for spontane spørsmål/oppfølgingsspørsmål underveis. Så langt det lar seg gjøre, vil intervjuene bli foretatt i November 2017.

Jeg er interessert i å høre musikkterapeutens egne erfaringer med målgruppen og hva de mener er spesielt med musikkterapi. Jeg er interessert i å høre om erfaringer hvor musikkterapeuten tydelig har sett at musikkterapi faktisk når inn til pasienten. Av hensyn til taushetsplikt vil jeg be deltakerne anonymisere både klienter, pårørende og institusjon. Jeg vil også understreke at deltakerne ikke bruker informasjon om klientene som kan virke indirekte identifiserende, slik som fødselsdag/fødselsår, tidligere bosted/adresse, slektskapsforhold eller spesielle hendelser i livet og så videre.

Jeg kommer til å bruke lydopptaker under intervjuene, samt ta notater. Opptakene vil bli lagret på en ekstern harddisk i etterkant av hvert intervju, som vil bli oppbevart hjemme. Vi vil sammen bli enig om tid og sted for intervjuene.

Hva skjer med informasjonen som kommer frem i studien?

Som deltaker i forskningsprosjektet vil du bli anonymisert og alle personlige opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det vil i den forbindelse bli laget en liste med navn, emailadresser, telefonnummer og arbeidsted på informantene, som vil bli lagret adskilt fra øvrige data. Det er kun jeg og min veileder som vil ha tilgang til denne listen.

Det vil etterstrebes å anonymisere informantene tilstrekkelig. Dette kan, ved behov, gjøres ved å endre alder og kjønn når informanten omtales i selve masteroppgaven. Alle notater og lydopptak, samt personopplysninger og koblingsnøkkel, vil bli slettet etter endt prosjekt.

Frivillig deltakelse

Det er helt frivillig å delta i dette forskningsprosjektet, og det er derfor til enhver tid mulig å trekke sin deltakelse, uten grunn.

Ønsker du å delta i forskningsprosjektet, skriver du under på en samtykkeerklæring. Har du spørsmål i forbindelse med prosjektet, eller ønsker å trekke deg, kan du kontakte masterstudent Aila Kristine Aalborg Worley på telefon **99 71 59 22** eller mail **aila.worley@gmail.com**

Med vennlig hilsen

Aila Kristine Aalborg Worley

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien til Aila Kristine Aalborg Worley, og er villig til å delta.

Signatur og dato

Vedlegg 3 - Intervjuguide

Intervjuguide

Dette er en intervjuguide til studien "Musikkterapi i demensomsorgen".

Jeg vil foreta et semistrukturert intervju, med hovedfokus på åpne spørsmål. Jeg vil intervjuer fem musikkterapeuter på fem forskjellige sykehjem. Intervjuguiden lages med rom for endringer.

Problemstilling for studien:

- Hva er det som gjør at musikkterapi når inn til pasienter med demens når andre ting ikke fungerer?
- Hvordan forklarer musikkterapeuter dette?

Rammesetting (ca. 5-15 min)

Jeg vil starte med å ønske velkommen og gi rom for 'løs prat', for å allerede da skape en relasjon med deltakeren. Deretter vil jeg gi deltakeren nødvendig informasjon om blant annet:

- Informasjon om studiens tema
- Bruk av lydopptaker
- Tidsramme
- Forklare hensikten med intervjuet
- Taushetsplikt og anonymitet
 - Jeg vil minne deltakerne på taushetsplikt og at de ved eventuell omtale av klienter ikke må bruke reelle navn, eller gi andre opplysninger som kan gjøre det mulig å indirekte identifisere enkeltklienter eller institusjonen.

Jeg vil også gi de mulighet til å komme med eventuelle spørsmål de måtte ha om noe skulle være uklart.

Intervju (45-60 min)

1. Hvorfor valgte du å jobbe på sykehjem med mennesker rammet av demens?
2. Hvor lang erfaring har du med denne brukergruppen?
3. Kan du fortelle om ditt arbeid som musikkterapeut på sykehjemmet?
 - a. Hvordan er en vanlig arbeidsdag lagt opp?
4. Hvordan vil du beskrive musikkterapi med mennesker rammet av demens?
5. Hva mener du musikkterapi kan bidra til med mennesker rammet av demens?
 - a. Hva er dine tanker om hvorfor musikkterapi når inn til denne brukergruppen?
6. Hvilke erfaringer har du hvor du har sett en tydelig innvirkning på beboeren?
 - a. Kan du komme med et eksempel?
7. Har du opplevd tilfeller hvor musikkterapi ikke har hatt en positiv effekt?
 - a. Har du et eksempel på det?
8. Bruk av musikkterapi med denne gruppen handler ofte om opprettholdelse av identitet og bruk av preferansebasert musikk. Hva er dine tanker om det?
 - a. Ser du det som en viktig del av arbeidet med brukergruppen? Evt. Hvorfor?
 - b. Påvirker det relasjonen mellom deg og beboeren? Evt. Hvordan?
9. Er det noe annet du ser som viktig for musikkterapeuter som arbeider med mennesker rammet av demens?

På bakgrunn av spørsmålene ser en at datamaterialet vil inneholde casebeskrivelser om klienter som musikkterapeuten har vært i samspill med. Det kan for eksempel være opplysninger om hvordan klienten har respondert på bestemt musikk, og hvorfor bestemt musikk har hatt betydning for den enkelte. Jeg vil som nevnt sørge for at det ikke blir registrert opplysninger som kan gjøre det mulig å gjenkjenne verken enkeltklienter eller institusjoner. Da det ennå er tidlig i forskningsprosjektet kommer jeg til å arbeide ytterligere med disse spørsmålene. Jeg vil understreke at det ikke vil bli gjort endringer som fører til at jeg registrer en annen type informasjon enn det jeg har oppgitt overfor.

Vedlegg 4 – Musikalsk biografi

MUSIKALSK BIOGRAFI

Namn:

Yrkesbakgrunn:

Heimstad:

	<u>PERSONAR</u>	<u>MUSIKK/SANG</u>	<u>HISTORIE</u>
<u>BARNDOM</u>			
<u>SKULEGANG</u>			
<u>UNGDOM</u>			
<u>UNG VAKSEN</u>			
<u>VAKSEN</u>			
<u>NO</u>			

(utarbeidet av musikkterapeut Solgunn E. Knardal, 2010)