

Relasjonelle øyeblikk

En kvalitativ studie om hvordan relasjon kan oppstå i musikkterapi

med mennesker rammet av demens



Sandra Sognnes Thorstensen



Masteroppgave i Musikkterapi

Griegakademiet, Fakultet for Kunst, Musikk og Design

Universitetet i Bergen

2018

Forord

Tiden på musikkterapistudiet er snart over. Fem år som student på dette studiet har vært veldig lærerikt, spennende, givende og krevende. Jeg vil benytte denne anledningen til å takke personer som har vært betydningsfulle for meg, ikke bare i arbeidet med denne masteroppgaven, men også gjennom mine fem år på studiet.

Takk til:

Mine flotte klassekamerater. For en reise det har vært! Fem travle, latterfylte, morsomme, utfordrende, musikalske og spennende år sammen! Det har bare vært helt fantastisk! Ikke minst takk for støtte, gode samtaler, diskusjoner og post-it lapper på lesesalen som har gitt meg motivasjon på dager hvor jeg virkelig har trengt det.

Min veileder Frode Aass Kristiansen som alltid har tatt seg tid til meg, utfordret meg og alltid gitt meg oppmuntrede ord i prosessen. Det har betydd mye!

Informantene som har gitt meg gode, opplysende samtaler. Dere har inspirert meg og motivert meg, og jeg ser opp til deres arbeid som musikkterapeuter!

Mamma og pappa for at dere tar dere tid til å lytte, diskutere og hjelpe meg der det trengs. Alt i fra pass av hund til korrekturlesing! Jeg hadde ikke klart det uten dere.

Gode venninner for korrekturlesing og støttende, motiverende ord gjennom hele denne prosessen!

Takk til Jannicke for en nydelig forsidedegning!

Takk til Marius, du er helt unik!

Sandra Sognes Thorstensen

Vår 2018

Abstract

Relational moments

A qualitative study that examines how relations can be created in music therapy with people with dementia.

This is a qualitative study that examines how music therapists experience relationships with people with dementia. What is needed to achieve a relationship, and is it possible to create lasting relationships with patients with a degenerative, cognitive disease? To investigate this, four music therapists with different experience from working in the dementia field in nursing homes has been interviewed. Theory on relations, person-centered care, intersubjectivity, therapeutic alliance from both the field of music therapy and psychology are emphasized as a context for discussion.

The findings suggest that security, affirmation and a recognition of the patients plays an important role in accomplishing contact with the patients with dementia. The active role of the music therapist seems to be of importance, and this paper suggest a framework for accomplishing relations with this patient group. A person-centered approach is explored to better understand the elements needed to create relational moment. Respectful involvement from the therapist, security for the patient and contact can lead to relational moments, which is a term that I consider as particularly useful for a theoretical investigation of music therapy in elderly care.

Keywords: Music therapy, dementia, relation, relational moments, respectful involvement, security, contact, person-centered approach.

Innholdsfortegnelse

Forord	2
Abstract	3
1.0 Innledning	6
1.1 Personlig bakgrunn og kontekst	6
1.2 Demens.....	7
1.2.1 Kitwoods relasjonsorienterte tilnærming til demens	8
1.3 Musikkterapi og demens	8
1.4 Relasjon	9
1.5 Litteratur.....	10
1.6 Problemstilling og avgrensning.....	11
2.0 Teori	13
2.1 Intersubjektivitet	13
2.2 Terapeutisk allianse.....	15
2.3 Kommunikativ musikalitet.....	17
2.4 Bubers møtebegrep	18
2.5 Musikkterapi i demensomsorg – de tre R'er.....	19
3.0 Metode	21
3.1 Kvalitativt forskningsdesign	21
3.2 Datainnsamlingsmetode.....	21
3.3 Forberedelser.....	22
3.4 Gjennomføring av intervju.....	23
3.5 Transkribering	24
3.6 Refleksivitet og etikk	25
3.6.1 Informert samtykke	25
3.6.2 Konfidensialitet.....	25
3.6.3 Konsekvenser	26
3.6.4 Forskerens rolle.....	26
3.7 Hermeneutikk.....	28
3.8 Analysemetode	29
4.0 Presentasjon av funn	31
4.1 En aktiv terapeutrolle?	31
4.2 Hvordan oppstår relasjoner?.....	34
4.3 Kontakt.....	38
4.4 Musikkens rolle	40
5.0 Drøfting	46
5.1 Respektfull involvering	47
5.1.1 Validering som verktøy.....	47
5.1.2 Genuin interesse.....	49

5.2 Trygghet.....	51
5.3 Kontakt.....	54
5.3.1 Intuitiv kontakt.....	54
5.3.2 Kontaktskaping gjennom musikk.....	56
5.4 Relasjonelle øyeblikk.....	58
5.5 Sammenfattet drøfting.....	60
6.0 Konklusjon	62
6.1 Kritisk blikk på egen forskning og veien videre.....	62
6.2 Avsluttende ord.....	62
Referanseliste	64
Vedlegg 1	68
<i>Kvittering på melding om behandling av personopplysninger.....</i>	68
Vedlegg 2	70
<i>Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt.....</i>	70
<i>Samtykke til deltakelse i forskningsprosjekt</i>	72
Vedlegg 3	73
<i>Intervjuguide.....</i>	73

1.0 Innledning

Relasjon bidrar til personsentrert omsorg og kontinuitet. Og det som kanskje er litt spesielt i demensomsorgen er at det er en degenerativ sykdom – pasientene blir jo dårligere. For de glemmer, og gjenkjenner deg ikke igjen nødvendigvis. Så relasjon er jo på en måte kjernen vår, eller vår klippe da og musikken blir på en måte vårt verktøy.

Informant fra studien

1.1 Personlig bakgrunn og kontekst

Sitatet over beskriver en relasjon mellom musikkterapeut og pasient. Informanten beskriver at relasjonen er kjernen i samspillet mellom terapeut og pasient, og musikken er verktøyet. Jeg vil i denne studien undersøke hvordan musikkterapeuter forstår og opplever relasjoner som oppstår mellom terapeut og pasienter rammet av demens, og hva som kjennetegner disse relasjonene. Med utgangspunkt i demens som en degenerativ sykdom; hva er en relasjon, hvordan skapes den og hvilke forutsetninger må være til stede? Som musikkterapistudent har jeg selv erfart hvor stor betydning musikk kan ha for eldre som bor på sykehjem. Under mine praksisperioder på sykehjem har jeg hatt mange gode opplevelser i samspill med eldre med demens. Jeg har opplevd en form for kontakt og tillit som kan minne meg om andre vanlige relasjoner, selv om jeg ikke kan være sikker på om personen kjenner meg fra gang til gang. Det har gitt meg en nysgjerrighet og undring, og jeg har stilt meg spørsmål som; hva er en god relasjon? Kjennetegnes en god relasjon av at den er vedvarende, eller kan relasjoner skapes i øyeblikket, og kan her-og-nået også ha en verdi? Og hvilke elementer må være til stede for at en god relasjon skal kunne etableres? Kan man argumentere for at relasjonen er god om klienten husker deg som «synge-og-spille-damen»? Eller er det en mer dyptgående relasjon som må oppnås? Dette er spørsmål jeg ønsker å se på i denne studien.

Stadig større andel av befolkningen er eldre enn 70 år, som i følge Statistisk sentralbyrå gjelder 1 av 10 nordmenn. Engedal (2016) argumenterer for at i 2060 vil 1 av 5 nordmenn være eldre enn 70 år (s. 13). I følge Aldring & helse (2017) er det ingen gyldige estimater for forekomsten av demens i Norge. Dokumentasjon viser et spenn mellom 70 000 og 104 000 forekomster av demens i Norge, noe som tilsvarer et 50% avvik. På dette tidspunkt foregår det en undersøkelse av nettopp forekomsten av demens i Norge, hvor formålet er valide estimater på mennesker rammet av demens ut i fra alder og kjønn (Aldring & helse, 2017).

Eldre som i dag får plass ved et sykehjem eller en annen institusjon har store helseutfordringer. En undersøkelse fra 2004/2005 viser at 80% av alle som bor på sykehjem er rammet av demens (Selbæk, 2007, s. 10). Fokuset på god helse, og det å jobbe personsentrert blir derfor i større og større grad et fokus i norsk eldreomsorg. Regjeringen vedtok i 2015 en 5-års plan for «å forbedre tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende» (Helse - og omsorgsdepartementet, 2015). Av planen fremgår det at regjeringen har som formål å skape et mer demensvennlig samfunn, hvor personer med demens i større grad kan integreres i samfunnet. I følge *Nasjonale retningslinjer for demens* (2017) er det *sterkt anbefalt* å legge til rette for psykososiale aktiviteter, hvor personen med demens med sine egne preferanser og interesser er en viktig faktor. Musikk blir nevnt som en tiltak for å dekke psykososiale behov (Helsedirektoratet, 2017).

Engedal (2016) mener at selv om man som eldre reduserer kreftene ved økende alder, har man fortsatt evne til å bruke musikk som et middel for å nyte, delta og kommunisere med sine medmennesker (s. 14). Sang og musikk har en egen inngangsport til hjernen, og Engedal argumenterer helt tydelig for at musikk kan være terapi til å få et bedre liv og en bedre livskvalitet i eldre år (Engedal, 2016, s. 15).

1.2 Demens

Engedal & Haugen (2018) beskriver demensdiagnosen som et kronisk, hjerneorganisk syndrom, hvor voksne og eldre personer kan bli rammet. Kjennetegn ved demenssykdommen kan være svekket kognitiv kapasitet, hvor hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenking og kommunikasjon blir redusert. En slik redusert kognitiv svikt gir nedsatt evne til å klare dagliglivets aktiviteter og vil kunne gi en endret atferd (Engedal & Haugen, 2018a, s. 18).

De store kognitive vanskene sykdommen bærer med seg blir en stor utfordring for personer med demens. I 1901 da Alois Alzheimer undersøkte sin mest kjente pasient Auguste Deter, kom det frem en stor fortvilelse hos pasienten. Hun ble stilt flere spørsmål som hun ikke kunne besvare og hun mislyktes også med å skrive sitt eget navn. Fortvilet brøt hun ut: *jeg har tapt meg selv*. Dette beskriver en opplevelse av redsel og forsvarsløshet som mange opplever når de får sykdommen (Engedal & Haugen, 2018b, s. 48).

For å forstå demens har faglitteraturen tradisjonelt vært opptatt av de kognitive endringene som skjer ved demens. De siste tiårene har det derimot skjedd en utvikling, hvor personens unike bakgrunn og personlighet har fått økt fokus. Det har derfor vært mye forskning på hvordan mennesker med progredierende demens opplever sin situasjon, og forskere har håpet at dette vil kunne gi en større forståelse for sykdommen.

1.2.1 Kitwoods relasjonsorienterte tilnærming til demens

Tom Kitwood er en britisk sosialpsykolog og kan med sin forskning på demens anses som en pioner i eldreomsorgen. Kitwood har utviklet en tenkemåte der man ser på det helhetlige bilde, og fokuserer på *personen* med demens, og ikke på selve demenssykdommen, og kaller dette for *personsentrert omsorg*. Kitwood beskriver i sin bok *Dementia reconsidered; The Person Comes First* (1997) en tenkemåte hvor det lenge har vært fokusert på negative konsekvenser av demenssykdommen og hvor sykdommen settes i sentrum, og behandlingsbildet preges av symptomlindrende behandling. Personsentrert omsorg tar utgangspunkt i den demensrammede som person og personens behov. Kitwood beskriver fem psykososiale behov; tilknytning, omsorg, meningsfull bekreftelse, inkludering og identitet (Kitwood, 1997, s. 82).

Hanne Mette Ridder trekker inn *personhood* i kapitlet «Musik i et personcentrert perspektiv» i boken *Musikkterapi og eldrehelse* (2016). Ridder oversetter *personhood* til *personhed* på dansk og Brynjulf Stige bruker ordet *personstatus* på norsk (Stige & Ridder, 2016, s. 23). Dette for å understreke at det handler om mer enn bare personlighet, og det skal bli forstått som et «socialt konstruert fænomen, hvor samspillet med en eller flere personer bekrefter en persons eksistens som menneske» (Astell & Ellis, referert i Ridder, 2016a, s. 40).

Personsentrert omsorg har en *relasjonsorientert tilnærming* til demens, og Kitwoods teorier har et menneskesyn som er relevant for eldreomsorgen generelt (Ridder, 2016a, s. 39).

Det er et menneskesyn som giver et bud på hvorfor og hvordan vi skaber møder gennem interaktioner og psykosociale indsatser, særligt der hvor plejen og omsorgen i perioder er vanskelig, som for eksempel hos personer med svær demens. (Ridder, 2016a, s. 39)

1.3 Musikterapi og demens

Å forstå sammenhengen mellom musikk og helse er et essensielt mål i musikkterapi.

Musikkterapeuter har som mål å øke livskvalitet, bedre helse og fremme utvikling hos ulike brukergrupper (Ruud, 2018a). Bruk av sang og musikk i eldreomsorgen er ikke noe nytt (Kvamme, 2008, s. 487). Musikkterapeuter i demensomsorgen bruker «musikk til å styrke minnefunksjon og identitet, til å motvirke uro og gi bedre sosial samhandling» (Ruud, 2018a), og argumenterer i sin bok *Musikk og identitet*, for at musikk kan gi tilgang til viktige minner fra livet (Ruud, 2013).

Tone Sæther Kvamme beskriver musikk som en livsnødvendighet for demensrammede:

(...) 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 for å uttrykke seg, vekke hukommelse om viktige minner og styrke identitet. Dessuten kan musikk gi opplevelser av mestring og tilhørighet. Musikk er faktisk i en del tilfeller det eneste som fortsatt skaper kontakt. (Kvamme, 2008, s. 495)

Kvamme sin siste setning «Musikk er faktisk i en del tilfeller det eneste som fortsatt skaper kontakt» syntes jeg særlig er et interessant utsagn, og ønsker å utforske dette videre i studien. Å bruke musikk som personer med demens kjenner igjen og er glad i kan fungere som døråpner for kontakt. «Når den rette musikken kommer, skjer det ofte store, positive forandringer også hos demensrammede (...)» (Kvamme, 2008, s. 489). Individualisert musikk er en metode utviklet av den amerikanske sykepleieren Linda Gerdner. I Norge har Audun Myskja (2006) videreutviklet metoden i samarbeid med «Geria ressurscenter for Aldersdemens». «Individualisert musikk tilpasset den enkeltes historie, kulturbakgrunn, alder og personlighet kan bidra til å gjenskape trygghet og minske disposisjon for agitasjon» (Myskja, 2006, s. 181).

I musikkterapi brukes begrepet *preferansebasert musikk* når vi snakker om individualisert musikk. Dette er en sentral metode i arbeid med mennesker rammet av demens. Kvamme (2008) beskriver en arbeidsmetode hvor bruk av musikkpreferanser hos mennesker rammet av demens påvirker positivt inn på fysisk, kognitive og psykososiale områder. Hun beskriver at musikken kan gi motivasjon og være med på å stimulere språk og hukommelse. Musikken kan også bli brukt som et redskap for å støtte identitetsbekreftelse og trygghet, også beskrevet som pasientenes psykososiale behov (Kvamme, 2008, s. 495).

1.4 Relasjon

Store Norske Leksikon definerer relasjon med begreper som *forhold, forbindelse eller samhörighet* (Aubert, 2018). Amble & Dahl-Johansen beskriver en god relasjon som en inngangsport til endring av atferd, og argumenterer for at dette har en stor betydning for hva slags utvikling og endring man kan få til (Amble & Dahl-Johansen, 2016). Hanne Mette Ridder (2016b) ser relasjon i sammenheng med en interaksjon som brukes i demensomsorgens hovedproblematikk: «å forholde seg i nuet, til noe mer vedvarende, og til andre personer» (s. 140). Med det som bakgrunn beskriver Ridder musikkterapeutens 3 R'er:

ramme, regulering og relasjon (Ridder, 2016b, s. 140). Dette vil jeg greie mer ut om i mitt teorikapittel.

Relasjonell musikkterapi er en retning innenfor musikkterapien som legger vekt på samspillet mellom musikkterapeut og klient, og blir sett på som en viktig faktor i terapiprosessen (Ruud, 2018b). Gro Trondalen, som forsker på relasjonell musikkterapi i Norge, har skrevet boken *Relational Music Therapy: An Intersubjective Perspective* (2016). Trondalens bok vil være svært relevant for meg i denne studien. Even Ruud referer til Gro Trondalen, som beskriver et fokus på relasjon i musikkterapi, i kapittelet «Musikkterapi – et relasjonelt perspektiv» (Trondalen, 2008). Trondalen (2008) beskriver musikkterapi ut i fra et humanistisk perspektiv, hvor et overordnet syn på mennesket som handlende og meningssøkende er i fokus. I en humanistisk musikkterapi tradisjon går individene inn i et likeverdig forhold der begge har mulighet til å påvirke samspillet. Trondalen beskriver mennesket som relasjonelle vesen, som betyr at mennesket finner sin grunnleggende menneskelighet gjennom fellesskap og samhørighet med andre (s. 29).

Videre definerer Trondalen mennesket som meningssøkende og intensjonelt, sett i lys av en relasjonell teoriforståelse. For å forstå den relasjonelle teoriforståelsen må vi gå inn i det som beskrives som den relasjonelle vending, der det oppstod en endring blant annet i psykodynamisk teori og spedbarnsforskning (Trondalen, 2008). Fokuset fra en-person til en to-person modell ble etablert, og intersubjektiv tankegang ble en grunnleggende teori for forståelse av den relasjonelle dimensjonen. I en slik intersubjektiv tankegang blir gjensidig anerkjennelse et kjerneelement (Trondalen, 2008, s. 36). Intersubjektivitet vil jeg komme nærmere inn på i teorikapittelet.

1.5 Litteratur

I problemstillingen min spør jeg om hvordan en relasjon oppstår i musikkterapi med et menneske rammet av demens. Jeg har ikke funnet litteratur som spesifikt ser på hvordan relasjon oppstår i musikkterapi med mennesker rammet av demens. Jeg har utført litteratursøk i databaser som *Oria*, *Google Scholar*, *Bora*, *PubMed*, *PsycINFO* og brukt søkeord som *musikkterapi**, *relasjon*, *kontakt*, *oppstår*, *opplevelse* og *demens*. Søkeordene har jeg brukt både på norsk og engelsk. Jeg har altså ikke lyktes med å finne tidligere forskning som er gjort på mitt forskningstema, noe som jeg synes er oppsiktsvekkende. Det nærmeste jeg har kommet er masteroppgaven av June Strønen Halhjem (2017), hvor hun utforsker musikk som relasjonsopplevelser i en kontekst mellom mor og spedbarn. Hennes funn består av tre hovedkategorier; *møter i musikken*, *musikk som verktøy* og *oppfatning av barnet*. Halhjem

kommer med interessante funn, og jeg ser flere likhetstrekk mellom mine og hennes funn. Det er likevel en annen kontekst for oppgaven hennes; informantene og målgruppen er en annen, og utgangspunktet i min oppgave, som er mennesker med demens, gir et annet utgangspunkt for å utforske relasjoner i musikkterapi.

For å få en bredere forståelse har jeg også valgt å søke på *relasjon* og *musikkterapi* i tilsvarende databaser. Relasjon i musikkterapi, generelt, er mye omtalt. Blant annet skriver Gary Ansdell (2014) om «musical relationship» i sin bok *How Music Helps: in Music Therapy and Everyday Life*. Ansdell skriver om hvordan en kan opprettholde *personstatus* og hvordan en kan etablere og utvikle identitet. Hanne Mette Ridder i «Musikkterapi med demensramte; hukommelse, identitet og musikreminiscens» skriver riktignok ikke konkret om hvordan en relasjon oppstår i musikkterapi med mennesker rammet av demens, men stiller spørsmålsteget ved om det gir mening å gjennomføre et terapiforløp med personer som har alvorlige hukommelsesproblemer, og ikke husker at samværet har funnet sted (Ridder, 2011).

I det foregående har jeg beskrevet Gro Trondalen som en foregangsperson for relasjonell musikkterapi i Norge. I hennes bok beskriver hun forskjellige perspektiver og idéer om hvordan vi kan forstå relasjon i musikkterapeutisk kontekst. Trondalen (2016) beskriver riktignok ikke relasjon ut fra en demenskontekst, men jeg ser likevel dette som en svært relevant bok for studien. Relevante teoretiske perspektiver fra Trondalens bok vil jeg gå videre inn på i teorikapittelet.

1.6 Problemstilling og avgrensning

Å forstå relasjonsbegrepet i en kontekst der det er snakk om mennesker med demens, er noe jeg vil prøve å besvare i denne oppgaven. Relasjon i musikkterapi legger vekt på samspillet mellom terapeut og klient og defineres som en viktig del av terapiprosessen (Ruud, 2018b). For å få en større forståelse for relasjonell musikkterapi i demensomsorgen er min problemstilling følgende:

Hvordan oppstår relasjon i musikkterapi for mennesker med demens?

Når jeg stiller spørsmål ved hvordan en relasjon *oppstår*, er jeg ute etter å forstå hva som skjer i et møte mellom musikkterapeut og pasient i en demenskontekst. Å bruke begrepet *oppstår* kan gi en forklaring på hva som skjer (i relasjonen) mellom terapeut og klient, både mellommenneskelig, og gjennom musikk. Dette kan videre gi en forklaring på hvordan en

relasjon kan forstås i en demenskontekst, og gi en bredere forståelse i arbeid med mennesker med demens. I videre disposisjon av oppgaven vil jeg først gå inn på teorier jeg mener kan være med på å belyse min problemstilling. Jeg vil så beskrive fremgangsmåten for min forskning i metodedelen, og videre vil jeg presentere mine funn. Tilslutt vil jeg knytte teori, empiri og praksis sammen i en diskusjonsdel for å prøve å besvare min problemstilling.

2.0 Teori

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for relevante teoretiske perspektiver i denne studien. Jeg har valgt å legge mitt teoretiske hovedgrunnlag på Gro Trondalen (2016) sin bok om relasjonell musikkterapi og tar utgangspunkt i *intersubjektivitet og terapeutisk allianse*. Videre vil jeg gå inn på *kommunikativ musikalitet*, *Bubers møter* og *musikkterapi i demensomsorg*. Disse perspektivene anses å ha en sentral rolle i å forstå relasjonsbegrepet i terapi.

Som musikkterapistudent ved Griegakademiet i Bergen er jeg en del av et miljø som er sterkt samfunnsmusikkterapeutisk rettet. I en større sammenheng er musikkterapi miljøet i Norge mer eller mindre rettet mot et humanistisk perspektiv på musikkterapi. Det er altså her jeg velger å posisjonere meg i denne oppgaven. Jeg har derfor opplevd det svært som interessant og meningsfullt å knytte meg opp mot teori som kan utvide mitt forståelsesgrunnlag for musikkterapifaget.

2.1 Intersubjektivitet

Gro Trondalen (2016) beskriver intersubjektivitet som en forståelse av relasjonell musikkterapi i sin bok *Relational Music Therapy – An Intersubjective Perspective*. Intersubjektivitet i en filosofisk forståelse har sine røtter i Husserl & Merleau-Ponty's eksistensielle og fenomenologiske tankegang. En slik tankegang handler om at mennesker kan være i stand til å oppleve mening gjennom tilhørighet til samfunnet og den opplevde erfaring (Trondalen, 2016, s. 11). Fra et fenomenologisk perspektiv refererer intersubjektivitet til «menneskets subjektive- og intensjonale utstrekning mot et delt opplevelsesfellesskap» (Johns, 2008). Fra et fenomenologisk perspektiv sees mennesket på som naturlig intersubjektiv, avhengig og åpen: «human beings are dialogical and intentional from the beginning» (Trondalen, 2016, s. 11). Med dette sitatet mener Trondalen at mennesker er dialogiske og intensjonelle fra fødselen av. Å være *i tiden* sammen i *her-og-nå-modus* er nødvendig for å etablere intersubjektive relasjoner.

Historisk sett har det teoretiske perspektivet på intersubjektivitet blitt presentert på tre ulike måter, der det nåværende intersubjektive perspektivet på relasjonell musikkterapi er knyttet til den tredje og siste forståelsen (Hansen, 1996, s. 82). Denne tredje forståelsen av intersubjektivitet er i tråd med moderne utviklingspsykologi; intersubjektivitet preges av en mellommenneskelig, gjensidig etablert og delt meningsverden (Bråten, Stern & Trevarthen i Trondalen, 2016, s. 12).

Intersubjektivitet handler om å skape mental kontakt mellom mennesker (Stern, referert i Trondalen, 2016, s. 12). Trondalen beskriver den mentale kontakten som i hovedsak non-verbal eller implisitt, der opplevelse, kropp og affekter er kjerneelementer. Affektive, non-verbale uttrykk er grunnleggende, og kommer til syne når vi snakker om opplevelser (Hansen, referert i Trondalen, 2016, s. 12).

Trondalen refererer til Stern (2000) som peker på tre mentale stadier eller tilstander som er tydelige i intersubjektivitet; *felles oppmerksomhet, deling av intensjoner og affektive tilstander* (Trondalen, 2016, s. 12). Felles for disse tre er at de kan deles mellom mennesker uten å oversettes til språk, og de forekommer både i ekspressiv og reseptiv musikkterapi. Trondalen peker igjen på betydningen av det non-verbale; en verbal samtale i musikkterapi kan øke meningen i den musikalske opplevelsen, men kan ikke erstatte opplevelsen av mening på et non-verbalt nivå.

Intersubjektivitet innebærer å etablere intersubjektive felt hvor mellommenneskelig her-og-nå kontakt skapes. I dette feltet kan man dele felles, men ikke identiske opplevelser. Hva som deles er knyttet til relasjonen og konteksten man befinner seg i; hvorvidt partene er en omsorgsperson og barn, eller en voksen klient og en terapeut (Tronick, referert i Trondalen, 2016, s. 13). Et intersubjektivt felt kan skapes gjennom alle musikalske aktiviteter, enten de er ekspressive eller reseptive, der deltakerne får mulighet til å oppleve verden og seg selv gjennom et bestemt forhold. Trondalen beskriver dette forholdet som en musikalsk flytende prosess som innebærer regulering av følelser og påvirkning på et ikke-verbalt nivå, der mikroprosessene spiller den avgjørende rollen (Trondalen, 2016, s. 15).

Trondalen (2016) mener et intersubjektivt perspektiv på musikkterapi som ser på det terapeutiske forholdet som en ramme og en mulighet for utvikling og forandring gjennom relasjoner. Gjennom bruk av musikk møtes pasient og terapeut i en indre verden i intersubjektive rammer for gjensidig regulering interaksjon. Intersubjektivitet innebærer derfor en bevisst bruk av det musikalske forholdet i seg selv (Trondalen, 2016, s. 15).

Med dette som utgangspunkt, beskriver Trondalen det som et hovedmål for musikkterapien å utvide pasientens opplevde erfaring og intersubjektive bevissthet gjennom nye måter å relatere seg gjennom musikk på. I en slik musikalsk tilnærming er terapeutens følelsesmessige tilgjengelighet og respons, oppmerksomhet, regulering av følelser og refleksivitet avgjørende. Gjennom aktiv og gjensidig medvirkning og samspill med andre mennesker kan man skape mening og sammenheng for klienten.

2.2 Terapeutisk allianse

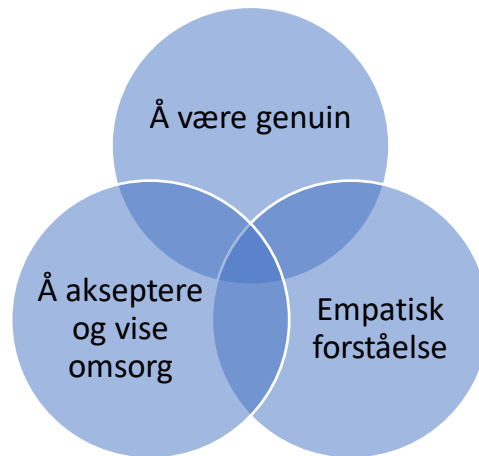
Gro Trondalen (2016) skriver i kapittelet «The Relational Music Therapist» om relasjonen mellom terapeut og klient, og kaller denne relasjonen en *terapeutisk allianse*. En allianse kan ha kognitive og emosjonelle aspekter, og inkluderer mening på ulike nivåer, og i ulike moduser (Trondalen, 2016, s. 91). På et praktisk nivå innebærer en allianse i terapi at det er et positivt bånd mellom terapeut og klient, der de stoler på og bryr seg om hverandre.

Innen psykoterapien er det et fokus på den terapeutiske alliansen som en interaksjon og samarbeid mellom terapeut og klient på et dypere nivå. Trondalen refererer til Bordin (1997) som peker på at en slik allianse har tre ulike egenskaper; enighet om mål, tildeling av oppgaver og utvikling av emosjonelle bånd/bindinger. De to første handler primært om dialog og forhandling mellom terapeut og klient, mens den tredje innebærer å utvikle gjensidig tillit, aksept og konfidensialitet (Trondalen, 2016, s. 91).

Interaksjonen mellom mennesker skjer i hovedsak innenfor et implisitt og ikke-verbalt område. I en terapeutisk sammenheng er det derfor viktig å forstå den terapeutiske alliansen, som først og fremst handler om det som ikke er eksplisitt eller uttalt (Binder et al., 2006). Fra en intersubjektivt, utviklingsorientert perspektiv, kan man si at relasjonen i seg selv utgjør både ramme og mulighet for endring. Dette vil da innebære en bevisst utvikling og bruk av relasjon i terapien (Svendsen, referert i Trondalen, 2016, s. 92).

Som musikkterapeut har du en tilnærming til pasienten ved å ta utgangspunkt i en rekke aspekter, teknikker og roller. Med et slikt utgangspunkt kan terapeuten møte pasientens behov på best mulig måte gjennom og i musikk. Trondalen (2016) mener at å bygge musikkterapien basert på anerkjennelse er grunnleggende for å utvikle relasjonen mellom terapeut og klient; en aksepterende, empatisk og bekreftende holdning basert på forståelse og respekt er avgjørende (s. 93-94).

Trondalen beskriver en slik forståelse som en personsentrert tilnærming til (relasjonell) musikkterapi. Trondalen trekker inn Rogers (1979) som beskriver tre karakteristikk for personsentrert tilnærming.



Figur 1: Carl Rogers tre karakteristikk for personsentrert tilnærming (egen oversettelse).

(Rogers, referert i Trondalen, 2016, s. 94)

Å akseptere og vise omsorg beskriver en terapeut som virkelig bryr seg om sine pasienter, hvor de blir akseptert og verdsatt som de er. Med *empatisk forståelse* mener Rogers at terapeuten forstår pasientens opplevelse og følelser på en medfølende måte, gjennom at terapeuten er en aktiv lytter. Når terapeuten er ekte og troverdig med sine klienter fører det til et godt terapeutisk forhold til klienten, og Carl Rogers sammenfatter disse beskrivelsene i sin siste karakteristikk *genuin interesse* (Rogers, referert i Trondalen, 2016, s. 94).

Trondalen beskriver videre et relasjonelt perspektiv på musikkterapi, sett i lys av terapeutisk allianse, hvor terapeut og pasient deler erfaringer og streber mot en delt, men ikke identisk opplevelse. Med et slikt opplevelsesgrunnlag kan relasjonen utvikles, og ekspandere. Trondalen refererer til Bruscia (2014): «The therapist cannot make the necessary change for the client, nor can the therapist force the client to make the necessary changes, no matter how much guidance and motivation are applied» (Bruscia, 2014, s. 75). Sitatet beskriver et syn på at musikkterapeuters oppgave er å legge til rette for klienten, forstå klientens behov, og å gi klienten en stemme. Likevel er det kun klienten *selv* som kan gjennomføre endringer. Videre er det viktig at terapeuten er til stede, utforsker alternativer, guider, motiverer, validerer og bekrefter omsorg for klienten, men Bruscia poengterer også at terapeuten skal samtidig beskytte egen evne til å hjelpe (Bruscia, 2014, s. 74). Trondalen mener at disse karakteristikkene er viktig, uavhengig av hva slags rolle man tar som musikkterapeut, og om det er som en «hjelper» (Solli & Rolvsjord, referert i Trondalen, 2016, s. 96).

Rent konkret handler den terapeutiske alliansen om å bygge et trygt rom til å utforske relasjoner gjennom musikk, som gir et rom for tillit. Gjennom *relasjonsopplevelser* i musikk, inviteres klienten til å utforske følelsen av at terapeuten er til nytte for han eller henne, og på

den måten til å stole på for klienten. Trondalen peker på at troverdighet og autentisitet ser ut til å være viktige karakteristikk (Trondalen, 2016, s. 97).

Som beskrevet er terapeutisk allianse et positivt bånd mellom terapeut og klient, der de stoler på og bryr seg om hverandre. Tradisjonelt eksisterer det et syn på terapeutisk allianse som innebærer at klienten i musikkterapirelasjonen er kognitivt velfungerende, og at dette er en viktig forutsetning for *samarbeidsaspektet* i teorien om terapeutisk allianse.

Trondalen (2016) trekker frem, når hun skriver om terapeutisk allianse, Bordins (1997) tanker om tre ulike egenskaper en allianse skal ha; enighet om mål, tildeling av oppgaver og *utvikling av emosjonelle bånd/bindinger* (s. 91). Bordins første to egenskaper kan være med på å argumentere for at terapeutisk allianse ikke kan forstås i sammenheng med mennesker med demens. Mennesker med demens har ikke nødvendigvis mulighet til å ta del i å planlegge terapiens mål og kan ofte heller ikke være med på tildeling av oppgaver. Det kan kanskje derfor være lett å argumentere for at terapeutisk allianse ikke vil være en passende teori i dette prosjektet.

Jeg vil likevel utforske om teorien om terapeutisk allianse kan sees i sammenheng med musikkterapi og demensrammende. Hvorvidt det er mulig å skape en *fullstendig* terapeutisk allianse med pasienter med demens stiller jeg meg åpen til, og vil drøfte videre om dette mot slutten av oppgaven.

2.3 Kommunikativ musikalitet

Ofte forbinder man musikalitet med noen som har kunnskap om musikk, eller har en evne til å spille et instrument. Stephen Malloch & Colwyn Trevarthen (2009) beskriver musikalitet som en medfødt menneskelig evne til å produsere musikk og «nyte» musikk (s. 4). Kommunikativ musikalitet (på engelsk *communicative musicality*) er et begrep Stephen Malloch innførte i 1999 for å beskrive en samstemt kommunikasjon mellom omsorgsperson og barn, som både er verbal og fysisk. En slik kommunikasjon er avgjørende i interaksjonen mellom omsorgsperson og spedbarn (Malloch, 1999). «Kommunikativ musikalitet er et begrep som kan brukes om vår medfødte menneskelige evne til å dele emosjonell mening med andre gjennom musikalske virkemidler slik som stemme, puls, gester og bevegelse» (Kulset, 2018).

Malloch gjorde mye av sitt arbeid i samarbeid med Trevarthen på 1990-tallet. Gjennom sin forskning argumenterer de for at omsorgsperson og spedbarn kan skape en felles musikalsk opplevelse i samspill med hverandre (Malloch, 1999, s. 47). Slike musikalske samspill gir omsorgsperson/spedbarn eller voksen/voksen mulighet til å dele en felles følelse

av sympati, samtidig som de får en opplevelse av mening i en felles «passing time» (Malloch & Trevarthen, referert i Edwards, 2011, s. 12). Ellen Dissanayake beskriver musikalitet som *kommunikative møter* mellom omsorgsperson og spedbarn. Hun trekker inn begrepet *proto-musical* og argumenterer for at menneskets oppførsel er grunnleggende musikalsk, når hun ser på interaksjonen mellom omsorgsperson/spedbarn (Dissanayake, 2008, s. 176).

One can then say that human infants are born ready to respond to aesthetic or proto-musical features such as formalization, repetition, exaggeration, dynamic variation, and manipulation of expectation as it is these operations upon visual vocal, and kinesics signals that enable their emotional bond with their mothers. (Dissanayake, 2008, s. 176)

Malloch & Trevarthen (2009) beskriver «the power of musicality» i kapitlet «Musicality: Communicating the vitality and interest of life» (Malloch & Trevarthen, 2009). I musikk- og danseterapi er det påvist at musikk har en evne til å gjøre det lettere å etablere interaksjoner, for mennesker som i utgangspunktet har store interaksjonsvansker.

Music and dance, with their progressions from regularity and predictability to novelty and surprise and back again, can provide a safe, supportive environment in the 'present moment' for those for whom interactions with others are fraught with complexities and difficulties. (Malloch & Trevarthen, 2009, s. 6)

2.4 Bubers møtebegrep

Filosofen Martin Buber er kjent for sin filosofi om ulike type møter i sin bok *Ich und Du* (1922). Boken ble senere oversatt til engelsk, med tittelen *I and Thou* (1937). Det er to måter å erfare verden på, i følge Buber; å leve i en «Jeg-Det»-relasjon, eller i en «Jeg-Du»-relasjon.

Relating in the I-It mode implies coolness, detachment, instrumentality. It is a way of maintaining a safe distance, of avoiding risks; there is no danger of vulnerabilities being exposed. The I-Thou mode, on the other hand, implies going out towards the other; self-disclosure, spontaneity – a journey into uncharted territory. (Kitwood, 1997, s. 10)

Rudy Garred (2004) har skrevet doktorgraden *Dimensions of Dialogue*, hvor han trekker inn Bubers filosofi. Han argumenterer for at Martin Buber, og hans bok *I and Thou* kan ansees å være en primær kilde for moderne dialogisk tenking (Garred, 2004, s. 69). Garred skriver at Martin Buber har blitt referert til i musikkterapeutisk litteratur gjentatte ganger, blant annet i Ansdell (1995) og i Ruud (1995) og (1998). Også i Gary Ansdell sin bok *How Music Helps* trekkes Buber inn i sine refleksjoner i kapittelet «Musical meeting» (2014). Han beskriver en relasjon til objekter som vanligvis er en «Jeg-Det» relasjon, mens en relasjon til en annen person relateres til en «Jeg-Du» relasjon. Ansdell argumenterer for at vi både trenger «Jeg-Det» og «Jeg-Du» forholdet; å leve i en konstant «Jeg-Du» er det ingen som kan, eller vil. Han skriver videre at det likevel er avgjørende for vårt mellommenneskelige forhold; vi må kunne tolerere, stole på og verdsette viktigheten av «Jeg-Du» relasjonen (Ansdell, 2014, s. 174). Garred siterer Ansdell (1995) når han beskriver «Meeting in Music»: «Music lives between people; it makes contact, communicates patterns of thought and feeling, moves people together» (Ansdell, referert i Garred, 2004, s. 33).

2.5 Musikkterapi i demensomsorg – de tre R'er

Ridder skriver i sin artikkel «Musikterapi i en psykososial demensomsorg i plejebolig», hentet fra boken *Musikkterapi og eldrehelse* (2016). Ridder fremhever tre hovedproblematikker ved demens; å gjenkjenne og fokusere, å holde fokus og selvregulere, og å kommunisere og inngå i relasjoner. Hun skriver at disse tre punktene krever forskjellige interaksjoner, men argumenterer for at musikk kan brukes som er virkemiddel i alle tre problematikkene. En slik arbeidsmåte å jobbe på korter Ridder ned til musikkterapeutens 3 R'er; ramme, regulering og relasjon (Ridder, 2016b, s. 140).

Om relasjon fremhever hun et personsentrert menneskesyn med hovedmål om å skape støttende relasjoner (Ridder, 2016b, s. 142). Hun trekker inn Kitwood og hans psykososiale teori hvor mellommenneskeligheten er i fokus. Hun skriver: «I et mellommenneskelig møte er det ikke talen, men samtalen som er viktig (Martinsen, 2006), ligesom tillid er avgjørende for at der skabes et 'møde'» (Martinsen, referert i Ridder, 2016b, s. 142). Hun beskriver også viktigheten av at terapeuten er tilstede som person og er bevisst hvordan en møter sin klient, da dette er avgjørende i møtet mellom dem.

Ridder skriver at musikk kan være med på å skape et møte og felles oppmerksomhetsfokus, bidra til å forlenge samværet og gi plass til å dele opplevelser av samhold. «Musikterapeuten bruker musikken kommunikativt i en udveksling af ikke-sporlige

og ekspressive uttryk. Musikterapeuten arbeider på et relationelt plan med interaksjoner som holdning og validering og kan på denne måte bidrage til at dekke personens psykosociale behov» (Ridder, 2016b, s. 142).

Ridder beskriver også at musikk er et sosialt fenomen. Med dette mener hun at mennesker, gjennom kommunikativ musikalitet, inngår i et samspill, hvor samvær, ritualer, kulturelle fenomener er med og refererer til personens identitet, historie og kultur. Her mener hun at musikkterapeuten skal ha fokus både på den nære relasjonen til personen, men også personen i en større kontekst. Ut i fra en slik bevissthet kan musikkterapeuten forstå personens identitet, som konstrueres av tidligere og nåværende relasjoner (Ridder, 2016b, s. 142).

Ridder argumenterer for at det kan ta lang tid å bygge en relasjon hos en person med kognitivt tap. Det er en forutsetning at mennesker med demens skal oppleve trygge og givende interaksjoner. Å dekke behov for trøst, bekreftelse, inkludering, identitet og tilknytning er en forutsetning.

3.0 Metode

Jeg vil i dette kapittelet gjøre rede for forskningsdesign og metode som benyttes i min studie. Jeg har et ønske om å ta utgangspunkt i musikkterapeuters egne opplevelser og tanker knyttet til studiens problemstilling, og undersøker spørsmål som; hvordan oppstår gode relasjoner med en person som ikke husker deg fra gang til gang? Kan musikken være en bidragsyter til å skape gode relasjoner i denne sammenheng? Og hvordan opplever musikkterapeuten en relasjon med mennesker med demens? Jeg har i denne oppgaven tatt utgangspunkt i en hermeneutisk, fortolkende tilnærming, som jeg vil komme tilbake til senere i dette kapittelet.

3.1 Kvalitativt forskningsdesign

Med dette som bakteppe er det naturlig for meg å velge en kvalitativ forskningsmetode. Krumsvik (2014) skriver om kvalitativ forskning; «Kvalitativ forskning studerer altså først og fremst den autentiske konteksten og/eller korleis informantar ser på denne» (s. 21). I kvalitativ forskning innhenter, organiserer og tolker forskeren et tekstlig materiale som er hentet fra samtaler, observasjon eller skriftlig kildemateriale (Malterud, 2011, s. 76). Når man ønsker å forske kvalitativt er forskeren interessert i *hvordan* noe gjøres, sies, oppleves, fremstår eller utvikles (Brinkmann & Tanggaard, 2012, s. 11). Videre vil jeg gå nærmere inn på valg av metode som er blitt brukt for å samle inn data til denne studien.

3.2 Datainnsamlingsmetode

I denne studien har jeg brukt semi-strukturert intervju som datainnsamlingsmetode, hvor jeg har valgt å gjøre individuelle intervju med hver enkelt informant. En slik metode vil kunne gi meg som forsker kunnskap om intervjuobjektets meninger, holdninger og livshistorier (Brinkmann & Tanggaard, 2012, s. 17). Et intervju basert på en semi-strukturert form gir forskeren mulighet til å endre rekkefølgen, formuleringer av spørsmål som kommer opp, og det vil gi rom for eventuelle utdypninger av temaer (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 138). I et semi-strukturert livsverdsintervju er det temaer fra dagliglivet ut i fra informantens egne perspektiver (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 46). Kvale & Brinkmann (2015) skriver i sin bok *Det kvalitative forskningsintervju*, et semi-strukturert livsverdsintervju som verken er en åpen samtale eller et lukket spørreskjema.

Intervjuet baserer seg på en intervjuguide med bestemte temaer, og som inneholder forslag til spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 46). Intervjuguiden ble utarbeidet tidlig i

forløpet i samarbeid med veileder. Spørsmålene er generelle og følges opp av konkrete spørsmål, som Krumsvik (2014) definerer som «tunelling».

I min studie har det ikke vært aktuelt å velge fokusgruppeintervju som metode.

Fokusgruppeintervju som tilnærming er «spesielt godt egnet hvis vi vil lære om erfaringer, holdninger eller synspunkter i et miljø der mange mennesker samhandler» (Malterud, 2011, s. 133). Sett i lys av Malteruds beskrivelser av fokusgruppeintervjuer, anser jeg at jeg i større grad vil kunne få valide data til forskningen gjennom en-til-en intervjuer.

Kvale & Brinkmann (2015) ser på det semi-strukturerte intervjuet ut i fra tolv fenomenologiske inspirerte aspekter: *livsverden, mening, kvalitativt, spesifisitet, bevisst naivitet, fokusert, flertydighet, forandring, sensitivitet, mellommenneskelig (interpersonell) situasjon, positiv opplevelse*. Jeg vil spesielt trekke frem aspektene *livsverden og bevisst naivitet*.

Livsverden, i følge Kvale & Brinkmann (2015), beskrives som «verden slik vi møter den i dagliglivet, og slik den fremtrer i den umiddelbare og middelbare opplevelse, uavhengig av og forut for alle forklaringer» (s. 46). Med dette som utgangspunkt vil menneskers grunnleggende opplevelser av livsverdenen være viktig i en intervjusituasjon. Jeg er først og fremst opptatt av musikkterapeutenes livsverden, og spesielt musikkterapeutens opplevelser og erfaringer i sin egen arbeidskontekst.

Kvale & Brinkmann ser på *bevisst naivitet* som en åpenhet hos intervjueren. Det har vært viktig å være åpen for uventede fenomener, i stedet for å ha ferdige kategorier og fortolkningsskjemaer. Som Kvale & Brinkmann (2015) skriver «intervjueren bør være nysgjerrig og lydhør for det som sies, så vel som det som ikke sies. Dessuten bør intervjueren være kritisk for egne forutsetninger og hypoteser» (s. 48). Jeg som forsker og intervjuer har vært bevisst på min nøytrale rolle. Dette skal jeg komme tilbake til senere i dette kapittelet.

3.3 Forberedelser

Jeg har valgt å intervju fire musikkterapeuter som selv jobber med mennesker rammet av demens, og som er vurdert som spesielt informasjonsrike informanter. Patton (2002) ser det som hensiktsmessig å velge informanter som ansees å være informasjonsrike for temaet forskeren ønsker å forske på, og beskriver dette som en karakteristisk utvalgsmetode for kvalitative metoder. Jeg har valgt musikkterapeuter med ulik institusjonell tilhørighet og praksis, for å få en bredde og variasjon. Denne form for utvalgsmetode beskriver Patton for *maximum variation*, hvor informantene beskriver sentrale temaer med variasjon og bredde

(Patton, 2002). Ved hjelp av min veileder har jeg valgt informanter som jeg anser aktuelle, og kontaktet disse via e-post. Musikkterapeutene jobber på forskjellige sykehjem og har ulik erfaringsbakgrunn.

I mine forberedelser til denne studien startet jeg med å melde inn forskningsprosjektet mitt til NSD – Norsk senter for forskningsdata, Personvernombudet for forskning. Ut i fra min problemstilling skal jeg ikke nødvendigvis behandle personsensitiv informasjon som omhandler klienter, men jeg vil likevel anonymisere musikkterapeutene som deltar i studien. Dette er fordi jeg har oppfordret musikkterapeutene til å komme med kasuseksempler under intervjuet, og at omfanget av musikkterapeuter som jobber på sykehjem er noe begrenset. I forbindelse med melding av forskningsprosjektet ble det laget et informasjonsskriv og en intervjuguide. Informasjonsskrivet ble laget i samråd med min veileder for å sikre tilstrekkelig informasjon om forskningsprosjektets overordnede formål og prosjektets hovedtrekk, samt mulige risikoer og fordeler ved å delta i forskningsprosjektet. Det ble også informert om at studien var frivillig og at informanten kunne trekke seg når som helst. Dette for å sikre informert samtykke hos informantene (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 104).

Da NSD-søknaden ble godkjent tok jeg kontakt med de aktuelle informantene, via e-post. Jeg la ved informasjonsskrivet allerede i første mail, for å kunne gi informantene tilstrekkelig informasjon allerede da. I samråd med min veileder og i diskusjonsgrupper på skolen valgte jeg å ikke legge ved intervjuguiden. Dette var fordi jeg ønsket at informantene skulle kunne komme med egne refleksjoner i «her-og-nå» situasjon, under intervjuet. Vedlagt i denne oppgaven ligger tilbakemelding fra NSD (vedlegg 1), informasjonsskriv og samtykke (vedlegg 2) intervjuguide (vedlegg 3). Problemstillingen som er blitt sendt inn til NSD og satt opp i intervjuguiden har endret seg i løpet av denne prosessen. Jeg foretok også et testintervju med en medstudent for å øve meg på intervjusituasjonen, samtidig som jeg fikk se om jeg måtte endre på noen spørsmål.

3.4 Gjennomføring av intervju

Jeg valgte å starte hele intervjuet med en kort brifing om hva informanten kunne forvente. Kvale & Brinkmann (2015) understreker at de første minuttene av et intervju er avgjørende. Det er viktig at det skapes en god kontakt mellom intervjuer og intervjuperson allerede fra start. I alle fire intervjuene valgte jeg å sette av 5-10 minutter for «small-talk» for å skape en avslappet atmosfære, og en trygghet mellom meg som intervjuer og informanten. Det var også viktig å gi en definisjon av situasjonen, hvor jeg fortalte litt om formålet med intervjuet, litt

om oppgavens problemstilling, hva lydopptakeren skulle brukes til, og jeg presiserte viktigheten av anonymisering av arbeidsplass og eventuelle klienter som ville komme opp som tema under intervjuet. Jeg informerte også om hva som ville skje med materialet etter endt forskningsprosjekt. Til slutt ga jeg informanten mulighet til selv å stille spørsmål. Jeg fulgte den innledende brifingen opp med en debriefing på slutten av intervjuet, og spurte informanten om h*n hadde noe mer på hjerte (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 160-161).

Intervjuguiden var et godt hjelpemiddel og verktøy i gjennomføring av intervjuene. Ettersom jeg har valgt å gjøre intervjuene semi-strukturerte var intervjuguiden først og fremst kategorisert etter ulike temaer jeg mente ville være relevant å ta opp. Under hvert tema var det forslag til spørsmål. Intervjuene ble veldig forskjellige, noen intervjuer fulgte jeg intervjuguiden med noen utsving, mens med andre intervjuer ble intervjuguiden mer et holdepunkt og en veiviser.

Jeg startet hvert intervju, etter opptakeren var slått på, med to spørsmål om informantens arbeidsplass og hverdag på arbeidsplassen. Dette gjorde jeg for å gi en «myk» start og for å sette alt i en kontekst. Jeg flyttet så fokuset over til intervjuguiden og pratet om temaer som «opplevelse av relasjon, relasjonens rolle, musikkens rolle og identitet».

3.5 Transkribering

Transkripsjon betyr å transformere, som i dette tilfellet er fra tale til tekstform.

Så snart intervjutranskripsjonene er foretatt kan dette ansees som intervjuprosjektets grunnleggende empiriske data (Kvale & Brinkmann, 2015). Kvale & Brinkmann (2015) deler en intervjuprosess inn i to abstraksjoner; *lydopptaket er første abstraksjon*, hvor den fysiske tilstedeværelsen og kroppsspråket går tapt og *transkripsjonen av intervjusamtalen* som den andre abstraksjonen hvor stemmeleie, intonasjon og åndedrett går tapt. Likevel argumenterer Kvale & Brinkmann (2015) for at når materiale struktureres i tekstform vil det være bedre egnet for analyse.

Jeg har valgt å skrive alle transkripsjonene på bokmål – både for å gjøre det lett for meg å analysere teksten i etterkant, men også for å ivareta informantens personvern. Dialekt kan være indirekte personidentifiserende opplysninger. Brinkmann & Tanggaard (2012) presiserer viktigheten av kontinuitet når man bestemmer seg for hvordan man skal transkribere. Jeg har bevisst valgt å unngå å skrive ufullstendige ord som «øh, ehm, mhm...» og lignende.

Fortolkningsprosessen i en transkripsjon er viktig å være bevisst på. Jeg har lyttet til båndopptakene flere ganger for å unngå feiltolkning av setninger. «Ved å lytte til båndet en gang til oppdager man kanskje at noen av ulikhetene skyldes dårlig kvalitet på opptaket og at man har hørt feil» (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 211). Jeg har vært bevisst på aspekter som Kvale & Brinkmann (2015) belyser, når det snakkes om reliabilitet: «Når slutter en setning? Når er det pause? Hvor lang tid må det gå før stillhet blir til en pause i en samtale?» (s. 211).

3.6 Refleksivitet og etikk

Jeg vil i denne delen av kapittelet ta for meg noen etiske og moralske spørsmål knyttet til innhenting av datamaterialet, og hvordan jeg har tatt stilling til disse i forskningsprosjektet. Kvale & Brinkmann (2015) tar for seg fire etiske retningslinjer: *informert samtykke*, *konfidensialitet*, *konsekvenser* og *forskerens rolle*.

3.6.1 Informert samtykke

Som tidligere nevnt i kapittelet skrev jeg et informasjonsbrev om forskningsprosjektets hovedtrekk og formål, men også prosjektets risikoer og fordeler. Informantene fikk, i tillegg til informasjonsskrivet i forkant, en brifing og debriefing før og etter intervjuet. Kvale & Brinkmann (2015) understreker viktigheten av å gi tilstrekkelig informasjon til informantene om hvem som vil få tilgang til intervjuet eller annet materialet, fortrolighet og hva jeg som forsker har rett til å offentliggjøre av datamaterialet. Jeg informerte informantene om at det var kun jeg og min veileder som ville ha tilgang til datamaterialet og informasjonen som kom frem under intervjuet.

3.6.2 Konfidensialitet

For å overholde konfidensialitet under hele forskningsprosjektet har jeg valgt å lage en koblingsnøkkel med informasjon jeg trenger fra informantene. Denne koblingsnøkkel ligger på en kryptert harddisk som kun jeg har tilgang til. Kvale & Brinkmann (2015) argumenterer her for konfidensialitet som et viktig aspekt når en gjør kvalitative undersøkelser. «I en kvalitativ intervjuundersøkelse, der deltakernes utsagn fra en privat intervjusituasjon kan inngå i offentlige rapporter, skal man sørge for å beskytte deltakernes privatliv» (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 106). Jeg har overholdt konfidensialiteten ved å anonymisere deltakerne, omskrive sitater som indirekte og direkte kan identifisere informanter, men har på samme tid beholdt informantenes egne formuleringer og erfaringer. Overfor informantene understreket jeg også viktigheten av anonymisering under intervjuene, både anonymisering av informanten

og av eventuelle klienter som kommer opp som tema under intervjuene. Jeg understreket også at alt datamaterialet, e-post korrespondanse og andre personidentifiserende opplysningen ville bli fjernet og slettet etter endt forskningsprosjekt.

Kvale & Brinkmann (2015) ser også på konfidensialitet som et usikkerhetsområde, hvor anonymitet på den ene siden kan beskytte informantene, men det kan også frata de en stemme i forskningen (Parker, referert i Kvale & Brinkmann, 2015, s. 106). I denne sammenheng har jeg selv opplevd anonymisering som et ønske fra informantene, og ser ikke på dette som en aktuell problemstilling.

3.6.3 Konsekvenser

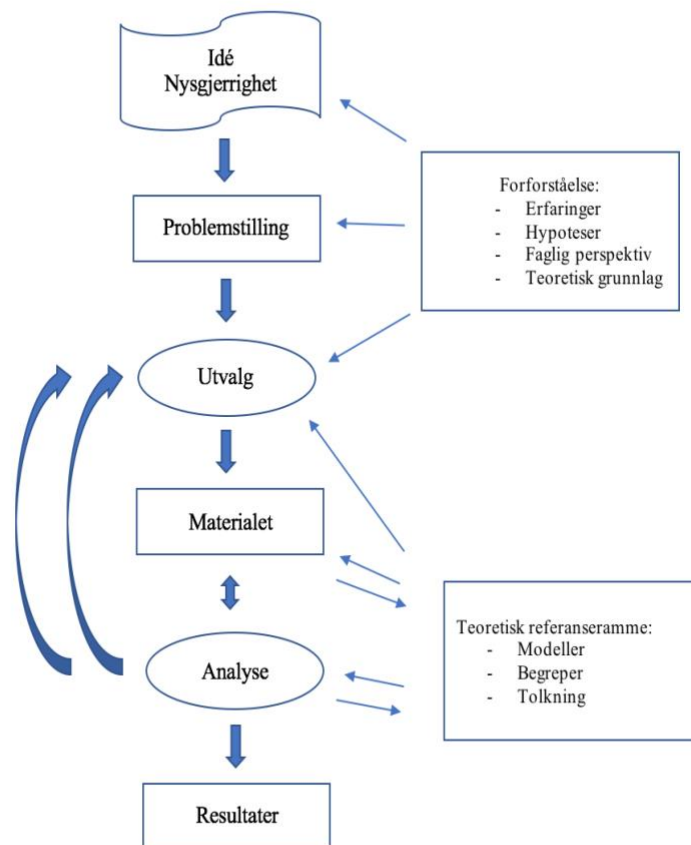
Konsekvenser i en kvalitativ undersøkelse skal man som forsker skal forholde seg til. Kvale & Brinkmann (2015) snakker om konsekvenser både som mulig skade prosjektet kan påføre deltakeren, men også de fordelene deltakerne kan forvente seg å få gjennom deltakelse i prosjektet. De trekker frem begrepet *velgjørenhet*, som betyr at risikoen for å skade en informant bør være lavest mulig. Et viktig aspekt som jeg som forsker må tenke på er hvordan jeg legger frem informantens utsagn i ettertid. Det er en forskjell mellom talespråk og skriftspråk. Det er viktig at informanten kjenner seg igjen i det som blir brukt som datamaterialet, og det er viktig at jeg som forsker er bevisst på hvordan jeg legger frem datamaterialet i denne oppgaven. Jeg har også vært bevisst på hvordan min åpenhet, intimitet og min evne til å lytte oppmerksomt kan påvirke informanten. Dette bringer meg videre inn på min rolle som forsker i denne prosessen.

3.6.4 Forskerens rolle

«Forskerens rolle som person, forskerens integritet, er avgjørende for kvaliteten den vitenskapelige kunnskap og de etiske beslutninger som treffes i kvalitativ forskning» (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 108). Med intervju som metode, er det forskeren selv som er det viktigste redskapet til innhenting av kunnskap. Forskerens moralske integritet, empati, sensitivitet, kunnskap, erfaring og rettferdighet er avgjørende i et forskningsprosjekt. I dette forskningsprosjektet har jeg har flere ulike roller, som både forsker, moderator og musikkterapistudent. Informantene har møtt meg i alle disse rollene. Med dette som grunnlag kan informantene i forskningsprosjektet ha møtt meg ut i fra de premissene jeg legger til grunn. Som musikkterapistudent har jeg en ekstra lyst og på søken etter informasjon og lærdom som jeg kan ta med meg inn i prosjektet. Som forsker og moderator er jeg ute etter å innhente all den informasjonen jeg kan får fra mine informanter. Dette kan ha påvirket

svarene informantene har gitt meg. Jeg har derfor vært tydelig på at jeg ønsker deres *ærlige* svar, refleksjoner, oppfatninger og tanker. Jeg har også valgt å formulere spørsmålene så åpne som mulig, for å gi informantene rom til refleksjoner, temaer og innspill.

Her vil jeg også trekke inn Malterud (2011) som refererer til moderne vitenskapsteori som avviser forestillingen om den nøytrale forskeren. «Forskerens ståsted, faglige interesser, motiver og personlige erfaringer avgjør hvilken problemstilling som er mest aktuell, hvilket perspektiv som skal velges, hvilke metoder som og utvalg som skal brukes, og hvordan konklusjonene skal vektlegges og formidles» (Malterud, 2011, s. 37).



Figur 2: Forskerens rolle gjennom forskningsprosessen (Malterud, Family Practice 1993 i Malterud, 2011, s. 37).

3.7 Hermeneutikk

Kjersti Johansson definerer hermeneutikk som: «metoder som er basert på fortolkning av menneskelige handlinger og uttrykk» (Rønholt, Holgersen, Fink-Jensen & Nildrn, referert i Johansson, 2016). I tidlig historie var en hermeneutisk fortolkningsprosess ment til fortolkning av bibelske og antikke tekster. I senere år har tekstbegrepet også inkludert litterære tekster, handlinger, talte ord og estetiske objekt (Johansson, 2016). Vi kan se en hermeneutisk forståelse ut i fra et relasjonelt aspekt, hvor en søker å forstå andre menneskers uttrykk (Stensæth, 2008, s. 40). Begrepet *forståelse* sees ikke kun i sammenheng med at en person forstår noe, men at en person forstår noe sammen med en annen (Gadamers, referert i Johansson, 2016). Johansson trekker videre inn Gadamers forståelse av hermeneutikk, hvor hun siteter: «Conversation is a process of coming to an understanding». Ut i fra dette sitatet beskriver Johansson en hermeneutisk forståelse hvor personer ut i fra en samtale eller dialog kommer til en forståelse (Gadamer, referert i Johansson, 2016). I mitt forskningsprosjekt har den hermeneutiske forståelsen av dialog spilt en viktig rolle; gjennom å gjennomføre semi-strukturerte forskningsintervjuer, er det nettopp gjennom dialog jeg har skaffet meg en forståelse rundt forskningsspørsmålene mine.

De hermeneutiske spiraler, eller hermeneutisk sirkel, er et annet sentralt begrep i den hermeneutiske tradisjonen. Ën forståelse av den hermeneutiske spiralen er hentet fra den objektive hermeneutikken (Alvesson & Sköldbberg, 2009, s. 92). Johansson refererer til Ruud (2005) som beskriver et utgangspunkt hvor en tekst alltid skal forstås «i forhold til helheten og omvendt» (Ruud, referert i Johansson, 2016).

En del kan være et tekstutdrag, en musikalsk passasje, en hendelse, et utsagn osv. Helheten til en del kan være boken tekstutdraget er hentet fra, musikkverket den musikalske passasjen inngår i eller intervjuet utsagnet stammer fra, men den kan også favne videre, for eksempel kan deltakernes biografiske historie, videre kulturell og sosial kontekst, samfunnet eller den historiske bakgrunnen være helheten. (Johansson, 2016)

I mitt forskningsprosjekt har jeg hatt som mål å forstå musikkterapeuters opplevelse av relasjon mellom dem som terapeuter og et menneske rammet av demens. Jeg har deretter forsøkt å tolke og sammenlikne deres tanker og opplevelser, for å kunne besvare min problemstilling.

3.8 Analysemetode

Min analyseprosess har skjedd i flere faser. Jeg har vært opptatt av å fort kunne se sammenhenger og kategorisere datamaterialet i temaer som først og fremst har kunnet belyse problemstillingen min, men som jeg også har kunnet se i sammenheng med teori jeg har valgt for denne oppgaven. Jeg startet hele analyseprosessen med å bli kjent med datamaterialet, og jeg valgte ganske fort å se det opp mot mine teorier. Jeg dannet meg små kategorier og kodet datamaterialet ut i fra kategoriene jeg dannet meg. Et eksempel på dette:

Emne område	Trygghet	Relasjons-opplevelser i musikk	Kontakt	Ramme og gjenkjennelse
Informant 1	XXX	XX	XX	X
Informant 2	X	XXX	X	XXX
Informant 3	X	XX	XXX	XX
Informant 4	XX	X	XXX	XX

Figur 3: Dette er et eksempel på hvordan kodingen av datamaterialet kunne se ut.

Med dette som utgangspunkt kunne jeg lettere knytte funnene mine opp til teori, og det var også lettere og se funnene mine i en større sammenheng. Det har vært viktig gjennom denne dataanalysen å gå igjennom intervjuene flere ganger. Dette for å etablere funnene mine ytterligere, men også for å se om det er andre aspekter som er viktigere å trekke frem, som gjerne ikke kom frem i de første gjennomgangene.

Min dataanalyse er blitt inspirert av en tematisk analyse som metode, hvor jeg identifiserer, analyserer og rapporterer gjentatte meningsmønstre (tema/kategorier) (Braun & Clarke, 2006). Braun & Clarke (2006) presenterer en analysemetode inndelt i seks faser:

Fase		Beskrivelse av prosessen
<i>Fase 1:</i>	<i>Å bli kjent med datamaterialet</i>	I det første steget av en tematisk analyse transkriberes datamaterialet, og forskeren gjør seg kjent med datamaterialet.
<i>Fase 2:</i>	<i>Koding av datamaterialet</i>	Koding av interessante aspekter ved datamaterialet, og samling av data som er relevant for hver kode.
<i>Fase 3:</i>	<i>Søk etter temaer og kategorier</i>	Søke etter temaer som kan være relevante.
<i>Fase 4:</i>	<i>Gjennomgang av kategorier</i>	Gjennomgang av temaer som er kommet opp og kontrollere om temaene fungerer i forhold til datamaterialet som er kodet, og for hele datasettet. På denne måten skapes et tematisk «kart» av analysen.
<i>Fase 5:</i>	<i>Definere og navngi kategorier</i>	Forskeren definerer og navngir temaer. Datamateriale avgrenses spesifikt til hvert tema.
<i>Fase 6:</i>	<i>Produsere artikkel</i>	Den endelige muligheten for analyse. Utvalg av levende, overbevisende ekstraksjonseksempler, endelig analyse av utvalgte ekstrakter Analysen knyttes så tilbake til forskningsspørsmålet og litteraturen, og artikkelen produseres.

Figur 4: Illustrasjon av Braun & Clarke (2006) sin modell for tematisk analyse, inndelt i seks faser.

Analyseprosessen er både blitt påvirket av datamaterialet, men også av mitt teoretiske rammeverk for oppgaven. Denne måten å gjøre analyse på kan sees i sammenheng med det Kvale & Brinkmann (2015) beskriver som en kombinasjon av en *induktiv* og *deduktiv* tenkemåte. Med Braun & Clarke sin modell for tematisk analyse og Kvale & Brinkmann sine beskrivelser om en *induktiv* og *deduktiv* tenkemåte som bakteppe, vil jeg nå presentere mine funn i denne studien.

4.0 Presentasjon av funn

Til dette forskningsprosjektet har jeg intervjuet 4 musikkterapeuter, hvor jeg i dette vil presentere min forskningsempiri, som kan være med på å belyse min problemstilling. Videre i dette kapitlet vil jeg skille informantenes utsagn med forkortelsene A1, A2, A3, A4. Jeg vil omtale meg selv som forsker, og med da forkortelsen F.

4.1 En aktiv terapeutrolle?

Gjennom intervjuene har temaet om terapeutens rolle kommet opp som et viktig tema. For å forstå hva som menes med *terapeutens rolle* i å oppnå en relasjon vil jeg først definere rollen til en *musikkterapeut*. Bruscia (1998) sier det slik:

Music therapy is a systematic process of intervention, wherein the therapist helps the client to promote health, using music experiences and the relationships that develop through them as dynamic forces of change. (Bruscia, 1998, s. 20)

Informantene beskriver, som Bruscia, en relativt aktiv terapeutrolle. Jeg har i denne oppgaven valgt å legge hovedvekten på terapeutens aktive rolle, og har i hele forskningsperioden vært mest opptatt av musikkterapeutenes *egne* opplevelser og tanker om det å forstå og oppnå relasjon i demensomsorgen. Dette vil jeg komme videre inn på i drøftingskapitlet mitt, på side 51.

Johansen (2012) beskriver musikkterapeutisk en rolle der terapeuten aktivt bruker seg selv for å kunne hjelpe pasienten til å fremme helse. Hun refererer til Ruud (1990) og som peker på terapeutens rolle i å gi pasienten nye «handlingsmuligheter» (Ruud, 1990, s. 24). Stensæth (2006) er med på å underbygge Ruuds og Johansens beskrivelser når hun beskriver en musikkterapeut som opptrer profesjonelt, men også som et medmenneske i samspillet med pasient (Stensæth, referert i Johansen, 2012, s. 12).

Jeg mener det også vil være naturlig å trekke inn begrepet *anerkjennelse*, for å forstå musikkterapeutens rolle. Schibbye (2009) definerer anerkjennelse som at den ene, i dette tilfelle terapeuten, setter seg inn i den andres subjektive opplevelse. Anerkjennelse innebærer altså en evne til å ta den andres perspektiv. Informantene forteller om terapeutens rolle som et viktig aspekt når det er snakk om relasjon. Terapeuten må ha en interesse, bruke av seg selv og være tilstede for pasienten, noe som innebærer en relativt aktiv terapeutrolle i musikkterapi med pasienter med demens.

Informantene beskriver en tilstedeværelse, hvor det å ta pasientene på alvor, forstå hvordan pasientene har det, og å kunne forstå sykdomsbildet er sentrale elementer. Informantene beskriver hvordan de bruker musikken for å romme følelsene som pasientene signaliserer.

A2: Jeg vil alltid jobbe med å se pasientene, ta de på alvor, vise respekt og bruke musikken til å romme litt det som kommer av følelser.

Informant 3 peker på hvor viktig forarbeidet er når man jobber med mennesker med demens, og at musikkterapeutens tilstedeværelse både *før* og *i* terapitimen er avgjørende for å få til et godt samspill med pasienten:

A3: (...) Før jeg begynner med en pasient, så er jeg veldig opptatt av å få med meg bakgrunnsopplysninger.

Informanten beskriver en aktiv involvering *i* terapitimen. Å oppnå gode relasjoner kan oppleves som utfordrende, og derfor må terapeut være tilstede og være «på» hele tiden. Informanten beskriver her en måte å *tone seg inn* på pasienten i terapitimen. Dette kan oppleves forskjellig fra pasient til pasient.

A2: (...) du har så mye som gjør til at det er ekstra vanskelig å nå frem, så du må jo prøve og feile litt for å finne ut av relasjon.. Skal jeg være veldig tilbaketent, eller må jeg være på, må jeg komme tett for at du i det hele tatt skal se meg. Hvor er latenstiden her, hvor er responsevnen sant, og at det der må man jo ta med i vurderingen.

Flere av disse sitatene underbygger viktigheten av det å forstå pasienten, og at det innebærer både å forstå pasientens sykdomsbilde og forstå pasientens behov der og da. Informant 2 opplever det slik at hele deg som person blir et verktøy i å kunne oppnå en relasjon med et menneske rammet av demens, noe også informant 1 beskriver:

A2: (...) Men hele deg blir jo på en måte et verktøy. Alt du gjør og alt du sier.

A1: Skal jeg klare å skape en relasjon, da må man faktisk ville det. Det må være ekte og ærlig og oppriktig liksom. Man må på en måte, man må jammen gi mye av seg selv

for å klare å få det frem da. Man må bruke hele seg. Kropp, stemme og ansiktsmimikk og alt det der non-verbale er egentlig nesten viktigere da enn det som man sier.

Informant 1 sitt sitat bringer meg videre til det informantene beskriver som *genuin interesse* for pasientene. For å kunne oppnå en god relasjon med sine pasienter, må det være en interesse hos terapeutene. En interesse i pasienten, her-og-nå, men også en interesse i pasientens tidligere levde liv.

A1: Jeg tror man må være genuint interessert i pasienten. Hvem er denne pasienten (...). Det er ikke bare noe man gjør fordi det er jobben din, men jeg gjør det fordi jeg er genuint interessert da. I et hvert menneskemøte, så er det en spennende historie og i hvilken grad kan vi hente frem den du er (...) Skal jeg klare å skape en relasjon, da må man faktisk ville det. Det må være ekte og ærlig og oppriktig liksom. Man må på en måte, man må jammen gi mye av seg selv for å klare å få det frem da. Man må bruke hele seg. Kropp, stemme og ansiktsmimikk og alt det der non-verbale er egentlig nesten viktigere da enn det som man sier.

A4: Du må ha lyst til å gjøre det bra som musikkterapeut, for å fremme pasienten.

Informantene forteller at de er interessert i pasienten, og stiller spørsmål som: hvem er du? Hva skal til for at du skal få en relasjon med meg? Hvordan er livshistorien din? Hvordan har du det? Dette er alle spørsmål som kommer opp både i forkant av en terapitime, og i en terapitime.

A1: jeg alltid ute etter: hvem er du? Hvordan har du det? Hvordan kan vi få til et samspill? Kan jeg få dette menneske til å formidle seg? Og hvordan har den personen det i det øyeblikket jeg kommer inn i en sang og musikkstund?

De beskriver også en form for kartlegging i terapiarbeidet. Spesielt forteller de om kartlegging av preferansebasert musikk. Informantene mine peker på at en slik form for kartlegging gjør at de i terapitimer kan bruke denne kunnskapen til å skape trygge rammer og tillit hos pasientene:

A2: *Jeg er veldig opptatt av å finne den unike musikken til hver enkelt (...). Det kan være like mye det at det er en rett sjanger, eller det kan være en rett tidsepoke. (...) Det kan være så enkelt som det (...).*

A3: *Jeg tror jo at dette med preferansebasert musikk er veldig viktig. Jeg kan skape trygge rammer, jeg kan bidra til følelser og musikkpreferanser er med på å skape tillit.*

Informantene forteller altså at de opplever at det å ha en genuin interesse for pasienten er nødvendig for å kunne fremme pasientenes beste. Det er også flere av informantene som beskriver at de ønsker å forstå, bli kjent med og finne ut av hvordan pasienten har det, for å oppnå en god relasjon.

4.2 Hvordan oppstår relasjoner?

Informantene bruker begreper som *trygghet*, *gjenkjennelse* og *rammer* når de skal svare på hvordan en god relasjon kan oppstå, der trygghet ser ut til å være et viktig grunnelement.

Begrepet trygghet lar seg ikke definere i én setning. Kristoffersen, Nortvedt & Skaug (2005) beskriver begrepet trygghet i en pleiekontekst, hvor relasjonen mellom sykepleier og pasient er grunnleggende for å kunne forstå trygghet. Det å føle seg trygg kan gi en opplevelse av fellesskap, mening, tilhørighet og kan skape gode relasjoner (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005).

Å føle seg utrygg er en vanlig problemstilling for mennesker rammet av demens. Som beskrevet innledningsvis lider demensrammede av svekket kognitiv kapasitet, hvor faktorer som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenking og kommunikasjon blir redusert (Engedal & Haugen, 2018a, s. 18). En slik kognitiv svekkelse og liknende faktorer kan være med på true en følelse av trygghet hos mennesker med demens. Blix & Breivik (2006) beskriver sykepleierens sentrale rolle i arbeid med mennesker med demens. «Personer som gir trygghet er rolige, varme, hyggelige og sikre.. de utstråler trygghet» (Blix & Breivik, 2006, s. 86).

Flere av informantene beskriver også en etablering av trygge rammer og betegner gjenkjennelse som et positivt tegn på å forstå en relasjon. Hanne Mette Ridder (2016b) argumenter for at musikk er med på å skape gjenkjennelse. Det å ha en felles oppmerksomhet er et godt utgangspunkt for samvær. En slik felles oppmerksomhet argumenterer Ridder for at skjer gjennom musikk, og det hun kaller «cueing». Med det mener hun at musikk kan bevisst brukes til å markere tid, sted eller å gjenkjenne personer i miljøet (Ridder, 2016b, s. 140).

Ridder beskriver en musikalsk ramme, og gir eksempler som en bestemt sang å starte med eller slutte med som informerer om hva som skal skje, eller en fast sluttsang. Med en slik fast ramme kan musikken være med på å gi en kontekst til pasienten, og pasienten kan kjenne igjen situasjonen. Ridder mener at gjenkjennelse er en viktig faktor for at pasienten skal føle seg trygg, og det er derfor viktig at musikkterapien er med på å skape en gjenkjennelig ramme, for å fremme et positivt samvær (Ridder, 2016b, s. 140).

På spørsmålet «Hva mener du kjennetegner en god relasjon? Og hvordan kan du skape gode relasjoner?» svarer informantene at *trygghet* er et viktig aspekt. Dersom terapeuten skaper trygghet for pasienten, og pasienten opplever å ha tillit til terapeuten, vil det kunne være med på å bygge relasjoner, mener klientene. Informant 3 beskriver trygghet som et viktig mål i seg selv i musikkterapi med mennesker med demens:

A3: Målet mitt er å skape trygge rammer.

A1: Man ønsker jo å skape en ramme og trygge forhold for at pasient skal kunne formidle seg og at pasient skal føle at han er verdifull, sett og bekrefte at han er verdifull som den han er

De beskriver også trygghet som en opplevelse av at terapeut og pasient har en relasjon. Også her er nevnes begrepet tillit.

A1: For hva kjennetegner en god relasjon? Altså en god relasjon i denne sammenhengen, så må det jo være at pasienten føler at han har tillitt til musikkterapeuten (...).

Informantene beskriver hvordan de bruker seg selv og musikken for å føre pasientene inn i en trygg kontekst, eller et trygt «rom».

A2: De jeg har klart å få gode relasjoner med, de husker ikke hvor de har truffet meg hen, men det er veldig mange som tenker eller som sier det at 'Åhhhh, ja! Jeg kjenner deg så godt, du har jo vært hjemme hos meg'. Og det er en bekreftelse på at du har en god relasjon med noen (...).

F: Og det handler gjerne om trygghet igjen.. at man bruker musikken og det vi gjør til å på en måte føre de inn i en trygg kontekst. Og romme de der på en måte, der de er trygg.

A2: Ja, absolutt!

A3: Det er jo sånn at når jeg kommer, så går jeg alltid rundt på forhånd og sier at 'i dag skal vi synge sammen'. De kjenner jo ikke ansiktet, men de gjenkjenner gitaren. Og da er det veldig mange som kobler og sier 'Åja, det var du da! Å, så kjekt at du kommer (...).

Dette bringer informantene videre inn på et annet aspekt for trygghet for pasientene; *gjenkjennelse og rammer*. Informant 3 beskriver bruk av musikalske verktøy for å skape en kontekst der ting er gjenkjennbart, og som kan oppleves som en trygghet for pasienter med demens. Informant 4 beskriver viktigheten av gjentakelse og gjenkjennbarhet for pasientene, for å kunne skape trygghet for pasientene. Informanten peker også på viktigheten av en trygg «base», eller et trygt rom for pasienten for å kunne oppleve noe sammen, eller dele noe felles.

A4: Man har en viss form for gjentakelse, eller gjenkjennbarhet da. At de føler trygghet på at 'åja, nå er vi her igjen'. Og at man opplever glede sammen, eller sorg også for den saks skyld. At man deler følelser.

Også informant 2 er inne på det informant 3 og 4 beskriver:

A2: Relasjon er jo ikke nødvendigvis sånn at de husker navnet mitt, men de husker kanskje 'Ja det er du med gitaren..', eller det er 'hun med den blå kjolen'. At det er andre ting som skaper gjenkjennelse og jeg opplever egentlig at musikk er et verktøy som gir mer evne til gjenkjennelse enkelte ganger. Det er mange jeg har jobbet med som ikke nødvendigvis ikke husker å ha hatt besøk av meg samme dag, men som fortsatt går og synger på en sang vi sang sammen..

Videre kommer jeg og informant 2 inn på hvilke aspekter som er med på å skape gjenkjennelse. H*n mener at hele deg som terapeut, blir et verktøy for å skape gjenkjennelse. Alt fra det du gjør og sier, til klær og en hårklipp kan være faktorer for gjenkjennelse, og det

kan også være med på å «sette pasienten ut av spill» om ting endres eller ikke er tilstede. Vi går derfor inn på temaet, hva det er som skaper gjenkjennelse og er dette med på å skape gode relasjoner:

*A2: Hva er det som skaper gjenkjennelse? Hva er de viktigste elementene for at folk husker på deg? Jeg tror det med klær er et stort verktøy. (...) folk legger merke til det... og det er veldig fort at jeg får kommentarer på klærne jeg har på. Og jeg har fått mange kallenavn opp igjennom min karriere. 'Spreddlo' - det er h*n med mye energi, hun med den blå genseren.. (har i dette avsnittet vært nødt å anonymisere ytterligere).*

F: Og da er jo spørsmålet om det er en form for relasjon?

A2: Det er jo noe som gjør at det er lettere å skape en relasjon. Fordi det er gjenkjennelse inni det. Når folk gir uttrykk for at de har observert noe med deg, så er jo det på en måte.. det er jo en bekreftelse på en relasjon på en eller annen måte.

Informanten peker på at det kan være flere faktorer som skaper gjenkjennelse. Som nevnt ovenfor er terapeuten i seg selv en viktig faktor for gjenkjennelse, men også situasjon, rammer, kontekst og musikk kan ha betydning.

A4: For ofte husker de deg når du begynner å synge da. Hvis det er noe de har sunget med på iallfall. Eller ikke deg, men de husker musikken. Så da husker de jo deg indirekte.

Som beskrevet er trygghet og gjenkjennelse elementer i å forstå gode relasjoner. Rammer er et tredje element. Informant 1 svarer på hvordan h*n opplever relasjonen mellom seg selv og pasienter som er rammet av demens:

A1: Det er jo dette med rammene, når man møter disse menneskene, så er det kjente rammer tilstede. At man opplever en relasjon i det hele tatt, da er det mye som skal være tilstede, i disse rammene. Er de tilgjengelig for kontakt, sant, kjenner de seg trygge, har de det fint når de skal være med i en sånn musikkterapeutgruppe?

4.3 Kontakt

Et annet overordnet begrep som brukes av informantene er *kontakt*. De beskriver at kontakten ofte er non-verbal, intuitiv og noe som skjer her-og-nå. De forteller om kontakt som noe mellommenneskelig og de opplever at kontakt er en viktig del relasjonen med pasienter.

Informantene opplever at det å skape en kontakt, eller oppnå en relasjon med pasienter med demens kan være krevende. Det er mye som skal falle på plass, og det krever mye ressurser av terapeuten i arbeid med demenspasienter. I teorikapitlet i denne oppgaven har jeg gått nærmere inn på kontakt i et teoretisk perspektiv, men ønsker her å trekke inn Virginia Satir i sin bok *Om å skape kontakt*:

Å skape kontakt er ikke et spørsmål om å få «snøret i bånd» og deretter leve lykkelig. Det er ærlige forsøk på å dele det som er viktig for mennesker, og mellom mennesker. Det hjelper deg til å ta vare på deg selv – dine særtrekk, og gir selvfølelsen din næring. Etterhvert vil du kunne utvikle forholdet både til deg selv og til andre.
(Satir, 1997, s. 12)

Informantene beskriver, etter min oppfatning, en intuitiv og naken kontakt de får med sine klienter gjennom bruk av musikk. Kontakten kan ofte oppleves som umiddelbar og ekte:

A1: (...) jeg føler jo at jeg opplever ganske snart den der intuitive kontakten man ofte får ved å bruke musikk, den der som er non-verbal, som er umiddelbar, og som er veldig direkte, naken..

Samtlige informanter peker på at kontakt med mennesker med demens ofte er non-verbal, enten helt eller delvis. Informantene beskriver at det å lære seg å oppfatte «signaler» fra pasienten, og tolke det som en non-verbal dialog er viktig for å finne veien i terapitimene, slik informant 2 beskriver:

A2: (...) det er jo litt det vi snakker om med kontakt og sånn også, men det at du ser at det er greit at du er i den relasjon da og at du får noe slags form for respons, at det er på en måte en dialog, selv om ikke ordene er tilstede, men at det er ett eller annet som gjør at du kan finne noe tegn som tilsier at 'okei, det her.. det her noe som du syntes er greit'. Det kanskje tenker jeg at det er viktig med gjensidighet. Ja.. at det er noe... at du kan reflektere noe i den andre da, og at du får noe tilbake igjen også. Det kan jo

være veldig forskjellig ut i fra hvilken funksjon man har da. Mhm ja, jeg tror det er det.

Informant 4 forteller også om en non-verbal kontakt, og forteller om en interesse som oppstår når terapeut og pasient begynner å bli kjent med hverandre.

A4: (...) de har lyst til å dele noe med deg da. Da kjenner jeg liksom at de begynner å bli kjent med meg, når de føler at de må 'ååå, dette må jeg fortelle til Turid' (anonymisert navn), og så viser de frem noe, eller gjør ett eller annet spesielt, som bare er til meg da. Når man har fått litt sånn intern humor. For eksempel når jeg står midt i gangen og neier til personen, så står han på andre siden av gangen og bukker til meg (...) Og det er veldig non-verbalt, men likevel humor og samtidig en slags form for anerkjennelse.

Informant 1 forteller også om den non-verbale kontakten, og ser likhetstrekk med sine egne barn, da de var små:

A1: Jeg er veldig opptatt av det samspillet som oppstår der og da, og jeg husker veldig godt.. jeg har fire barn som jeg har forholdt meg til på stellebordet. Den non-verbale kontakten man fikk ved å på en måte bruker ansiktsmimikk, blikk, kropp, lyder..

Slik jeg oppfatter informant 1, er dette et godt eksempel på det *intuitive* i denne non-verbale kontakten. Mennesker er i utgangspunktet født med gode evner til å tolke non-verbalt, universelt språk. Videre reflekterer informant 1 rundt tidsaspektet ved en relasjon, hvor hun sier at her-og-nå øyeblikkene er viktige:

A1: Ja, jeg tenker på der og da ja. Altså, jeg er jo også ute etter glimt da, selvfølgelig. Hos noen kan man ikke forvente annet enn et glimt, så er de på en måte tilbake..

Informant 3 forteller om en opplevelse hvor kontakten var umiddelbar. Jeg spør informant 3 hva h*n tenker om tidsaspektet i det å oppnå en relasjon:

A3: Jeg hadde min første time i en gruppe med pasienter med demens på sykehjemmet. Jeg kjente ingen av dem fra før. Jeg valte å begynne med en Bergenssang, for det er

alltid safe. Da var det en mann som tente med en gang! Han sang med, begynte å snakke, fortelle og han hadde mange sanger som han vill at jeg skulle synge. Men da tenker jeg at kontakten var der med første øyeblikk.

(...)

A3: Det er vanskelig å si hvor lang tid tar det for å skape en relasjon. Jeg tenker at det kan skje umiddelbart, men selvfølgelig, relasjonen blir jo forsterket for hver gang vi møtes.

Jeg spør også informantene mine om det hender at de opplever å ikke få kontakt med pasientene sine. Informant reflekterer rundt hva det egentlig innebærer å ha eller oppleve kontakt med pasientene:

A2: Jeg føler at på en måte kontakt handler om kommunikasjon da, det handler jo om så mye, mye mer enn bare den her, det å delta eller det å svare på et spørsmål. Så kontakt kan være og det at noen åpner øynene og ser på deg når du spiller, eller det kan være noen som tramper takten i det du spiller en låt. Men man kan jo og få en kontakt som ikke nødvendigvis er bare positiv og. Musikk kan jo og gjøre til at folk blir provosert og blir irritert og, det kan jo skape et engasjement som ikke nødvendigvis er positivt heller. Og det er jo viktig å romme det også.

4.4 Musikkens rolle

Vi har sett at i den intuitive, non-verbale kontakten beskriver terapeutene at det å kunne lese de små tegnene er viktig i den non-verbale dialogen med pasientene. Spørsmål i det videre er hvilken rolle musikken spiller i denne sammenhengen. Informantene peker på ulike funksjoner, både musikkens rolle i å skape en intuitiv kontakt, musikken som et verktøy for anerkjennelse og verdi, og musikkens rolle i å gi pasienten *bekreftelse*.

Flere av informantene forteller om relasjonsopplevelser de får gjennom bruk av musikk, og i musikken. Jeg vil også her trekke frem sitatet til informant 1 om den intuitive kontakten man kan få gjennom musikk.

A1: Nå har vi akkurat nå fått inn en ny pasient. Og det som er interessant da er jo at jeg føler jo at jeg opplever ganske fort den der intuitive kontakten man ofte får ved å

bruke musikk. Den der (kontakten) som er non-verbal, som er umiddelbar, og som er veldig direkte, naken og... den bare oppstår (...). Det er egentlig veldig interessant da.

Informant 2 opplever at relasjonen med pasientene kan bli formet som et resultat av musikk:

A2: (...) Så relasjon er veldig ofte knyttet til musikkopplevelser og til at de forbinder meg med noe godt ofte. Det er veldig fasinende..

Informant 1 argumenterer for at musikken utgjør en viktig rolle i å opprette kontakten, å knytte båndene mellom klient og terapeut:

A1: Ja, for det er jo vanskelig å si om det er liksom.. og det er jo veldig forskjellig i hvor stor grad disse personene knytter seg til meg følelsesmessig, men... de gjør det som et resultat av at vi møtes på en måte i musikken (...) Jeg vil si at musikken, i denne sammenhengen spiller en stor rolle da. Musikken er med å opprette den kontakten, knytter de båndene..

Informant 4 beskriver hvordan pasienten og terapeuten kan møtes gjennom musikk:

A4: Musikken er noe man gjør sammen og noe man møtes i. Samtidig som det er et verktøy for å møtes. Det blir jo på en måte et verb sant, noe man gjør sammen.

Informant 1 peker på musikken som en katalysator for de små tegnene, og som videre skaper kontakt:

F: Musikkterapeuter er jo ute etter disse små mikrotingene da, hvis vi skal kalle det det, som oppstår i et samspill mellom deg og en person.

A1: ... Musikken er kanskje som en katalysator for at disse tingene faktisk skjer, og som gir en umiddelbar og en veldig sånn levende kontakt.

Informant 2 snakker om hvordan man kan bruke musikken som et verktøy for å løfte og bekrefte pasientene:

A2: Men det er like mye hvordan jeg bruker musikken som et verktøy da. (...) det er ikke bestandig det er bare musikken og den rette sangen til den rette damen, men det er like mye hvordan jeg bruker musikken som et verktøy da, for å komme inn på gode samtaler, for å løfte opp det unike med deg (pasienten). Da er vi tilbake til det her med personsentrert omsorg og identitetsbekreftelse, sant.

Informant 3 beskriver også hvordan h*n bruker musikken som et verktøy når jeg spør om h*n opplever det som en hindring at pasientene ikke husker terapeuten:

A3: Nei, absolutt ikke opptatt av det. Det er jo ikke meg de skal huske, det er jo musikken som er mitt verktøy. Musikken er på en måte hovedverktøyet mitt.

Videre beskriver informant 1 om viktigheten av musikken, og snakker om dialogen som kan oppstå gjennom musikk:

A1: Du sa dette med musikkens rolle i det hele, og den er jo ganske.. altså, musikkens rolle er essensiell. Musikken blir på en måte mitt språk, eller mitt utgangspunkt for et samspill og en dialog, non-verbal, og verbal, aller helst non-verbal. Den dialogen som oppstår i musikk. Men det er jo musikken og sangene, og det er preferansebasert. Det betyr jo veldig mye og har sentral rolle, og er likeverdig i den sammenhengen der.

Her snakker informant 2 om musikken som et verktøy for å ivareta, synliggjøre og bekrefte pasienten, og at dette innebærer tilgjengeliggjøring for pasienten:

A2: Musikken er et verktøy til å løfte personen, ivareta personen, synliggjøre personen ikke minst. Og det kan gjøres på veldig mange måter, tenker jeg. Og det handler veldig om hvordan en gjør det med respekt da, du må liksom finne den musikken som er verdig. Som er verdig den personen og som ja, gjør at den føler seg bekreftet da. Det høres jo veldig stort ut, men det handler jo litt om det. Du kan jo virkelig komme med musikk som gjør at det stikk motsatte skjer. Ja.. men som sagt så er jeg blitt mer og

mer opptatt av hvordan jeg bruker musikken. Hva er det jeg gjør? Og noen ganger, gjøre det så enkelt som mulig. Gjør det tilgjengelig.

Informant 3 forteller om hvordan musikken åpner opp en arena, hvor hukommelse og andre negative faktorer ikke spiller en rolle:

*A3: I musikken, det er en annen greie. Jeg er veldig opptatt av en ressursorientert musikk. Det å ha fokus på ressursene, identiteten. Da spiller det ikke noe rolle om pasienten husker om han har spist frokost eller ikke. Musikken åpner opp for en annen arena, der det på en måte er andre.. jeg har ingen krav i musikkterapigruppen (...)
Fokuset mitt er at alle skal bli sett, få noe ut av det. Alle skal få bruke ressursene sine, noen bruker de til å danse, noen bruker de til å synge, klappe, noen forteller, leser dikt.. De kan ikke fortelle hva de spiste til frokost for 10 minutter siden, men de kan alle versene av en sang.*

Videre snakker informant 2 om hvordan en tilrettelegger musikken for at den skal bli tilgjengelig for den enkelte pasient:

A2: Så handler jo det om hvordan du tilrettelegger musikken for at den skal bli tilgjengelig. Jeg ser jo ofte det, både med kognitive utfordringer, utfordringer med hørsel, utfordringer med latenstid sant, så må du og på en måte tilrettelegge musikken for at den skal bli tilgjengelig for deg. Den skal bli forståelig, at den skal bli tydelig da. Det er noe med det å tilrettelegge tempo. Tilrettelegge toneart. Tilrettelegge 'okei, er det noen som har evne... er den her damen en som har evne til så mye stimuli som en gitar, sang og rytmeinstrument gir? Eller må jeg gå helt ned på sangen? Er det stemmen i seg selv som må være det bærende. Hvor mye stimuli trenger hver og en på en måte? Og det er veldig forskjellig. (...) At jeg artikulerer godt, at jeg er tydelig i hvordan jeg får frem tekst, melodi. Alt dette her er kjempeviktig da.

I dette sitatet er musikken med på å fremme pasientens ressurser.

A4: Ja. Veldig mange av de som jeg har i gruppene mine, de hadde ikke kunnet fungert, altså de fungerer ikke i samtale eller i en sosial setning med så mange

mennesker. Men når vi har musikken der, så legger du ikke merke til det. Det blir noe å samles rundt, samles i.

Informantene trekker inn bruk av *preferansebasert musikk* som en viktig faktor.

Preferansebasert musikk er et begrep som rommer den enkelte pasients preferanser i musikk knyttet til tidligere erfaringer og musikksmak. Det kan innebære pasientens preferanser når det gjelder sjanger, instrumenter, artister og komponister, eller mer konkrete ting, som for eksempel bestemte sanger knyttet til tidligere opplevelser, tempo eller tonalitet. Informant tre argumenterer for at preferansebasert musikk er med på å fremme faktorer som følelser, trygge rammer og tillit. Informant 3 mener også at å synge preferansebaserte sanger kan bidra til å initiere kontakt:

A3: Det med å initiere kontakt – å synge sanger som for eksempel relateres til der de vokst opp, eller steder som er kjent. Musikken er veldig sterkt med på å initiere denne kontakten da.

Informant 4 mener også at det er viktig å tenke preferanser, men at det også er viktig å ikke låse seg helt fast:

A4: Jeg tror det er viktig å tenke på preferanser, men jeg tror ikke man skal låse seg helt fast i det. Fordi at musikken er på en måte noe man gjør samlet og så skaper man jo alltid nye preferanser på en måte. Man skaper ting man kan gjøre sammen

Også informant 2 mener det er viktig å ha variasjon i valg av musikk:

A2: En må ikke bruke opp musikkpreferansene. Hvis du har bare fått kartlagt to-tre sanger, til den ene beboeren, skal du bruke de tre sangene om og om igjen? Da blir jo folk lei, så det jo noe med det å by på ulike musikalske opplevelser og da. Jeg tenker det at man ikke skal undervurdere pasientene.

Informant 2 forteller om hvordan h*n bruker musikken for å gjøre den verdig, tilgjengelig:

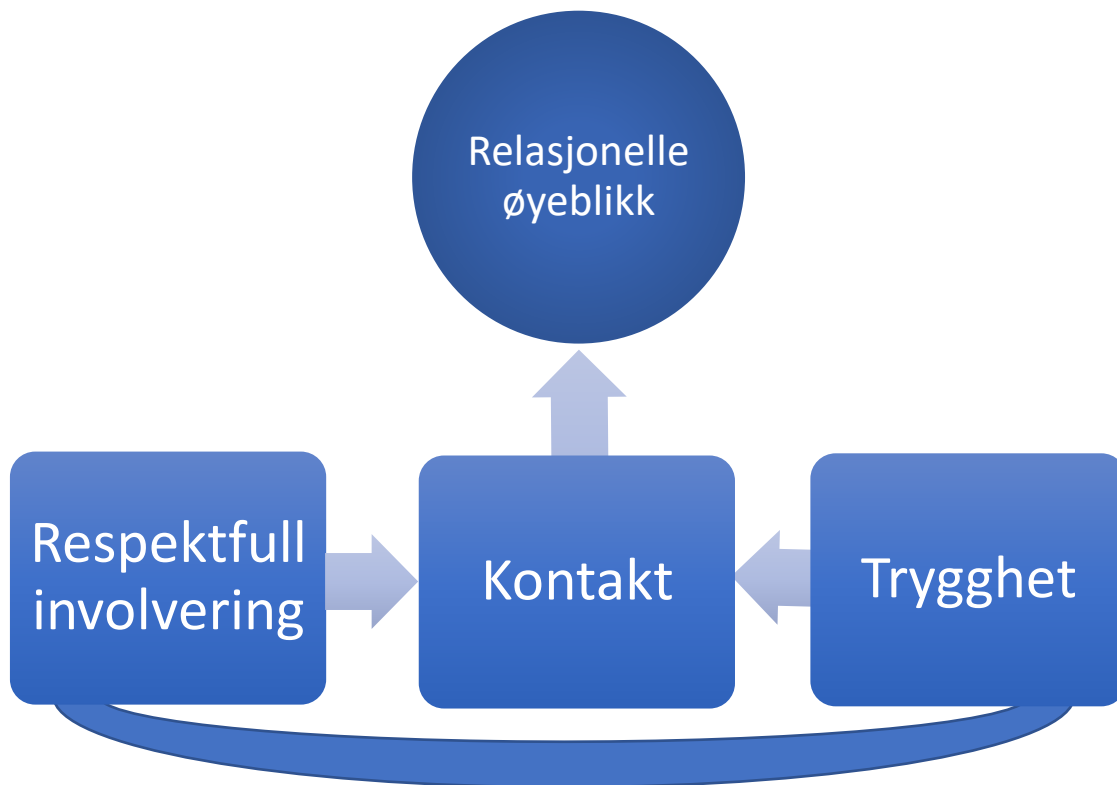
Og det kan gjøres på veldig mange måter, tenker jeg. Og det handler veldig om hvordan en gjør musikken med en respekt da (...) Som er verdig den personen og som

gjør at den føler seg bekreftet. (...) jeg blitt mer og mer opptatt av hvordan jeg bruker musikken. Hva er det jeg gjør? Og noen ganger, gjøre det så enkelt som mulig. Gjør det tilgjengelig.

Jeg har i funndelen av denne oppgaven valgt å dele inn funnene mine slik det har vært naturlig etter informantenes utsagn og refleksjoner. Vi har sett på funn knyttet til *en aktiv terapeutrolle, opplevelser av relasjon, kontakt og musikkens rolle*. I neste kapittel vil jeg knytte funnene mine opp til forskningsspørsmålene og problemstillingen i min oppgave; *hvordan oppstår relasjon i musikkterapi for mennesker med demens?*

5.0 Drøfting

I denne drøftingsdelen vil jeg forsøke å strukturere funnene mine til en helhetlig forståelse av de elementer jeg har funnet som ser ut til å være primære i det å forstå hvordan relasjon kan oppstå med mennesker med demens i musikkterapi. Jeg valgt å dele forståelsen inn i tre hovedkategorier som synes å gjøre seg gjeldende; *respektfull involvering*, *trygghet* og *kontakt*. De tre kategoriene ser ut til å være gjensidig avhengig av hverandre for å skape en relasjon med personer med demens, og bør sees i sammenheng. Jeg vil argumentere for at disse tre kategoriene være med på å muliggjøre det jeg har valgt å kalle *relasjonelle øyeblikk*, som er en egen særegen form for relasjon som jeg mener særpreger musikkterapi i demensomsorgen.



Figur 5: I en respektfull involvering og etablering av trygghet oppnår musikkterapeuter kontakt. Da kan det oppstå relasjonelle øyeblikk.

Felles for de tre kategoriene i modellen er at terapeutens rolle i den utøvende praksisen ser ut til å være av avgjørende karakter. Jeg legger altså mer vekt på terapeutens rolle i det relasjonelle spillet med pasienten med demens, enn det som kanskje er vanlig i andre musikkterapisammenhenger. At dette er særskilt viktig i demensomsorg mener jeg å kunne underbygge gjennom det informantene har fortalt meg. Arbeid på feltet stiller store krav til at

terapeuten kan ivareta sårbare klienter, og det vil være viktig å fange opp subtile signaler personene med demens sender ut. Det å kunne validere disse signalene kan igjen skape trygghet som leder til en kontakt. Det starter altså med terapeutens sensitive tilstedeværelse og aktive forsøk på å etablere noe relasjonelt. Dette har jeg forsøkt å sammenfatte i uttrykket *respektfull involvering*.

Jeg vil i det neste gjøre rede for de tre ulike kategoriene i modellen, og knytte disse opp mot teori, forskning og min egen empiri jeg tidligere har gjort rede for. Til slutt vil jeg oppsummere ved å se på mulige implikasjoner som min modell kan ha på musikkterapeutisk praksis.

5.1 Respektfull involvering

Respektfull involvering handler om hvordan man som musikkterapeut møter personer med demens. Med bakgrunn i teori og informantutsagn, har jeg valgt å bryte det ned i to underkategorier; *validering* og *genuin interesse*. Disse to elementene er, slik jeg ser det, særlig sentrale aspekter i relasjon med personer med demens, som i sum utgjør respektfull involvering.

5.1.1 Validering som verktøy

Validering anses å være et viktig redskap i arbeid med personer med demens, og vil være naturlig å trekke inn som et teoretisk begrep for å belyse informantenes utsagn. «Validering betyr å verdsette; gjøre gyldig eller bekrefte. Validering innebærer at vi tar den gamles følelser på alvor, at vi aksepterer og verdsetter personen slik vedkommende er og slik personen opplever virkeligheten» (Feil, referert i Simonsen, 2008, s. 16). Jeg vil understreke at validering, i denne sammenheng er en aktiv teknikk. Dette er noe terapeuten gjør for å hjelpe klienten, og inngår altså, slik jeg ser det, som et nøkkelement i den respektfulle involveringen jeg mener ligger til grunn for mine andre elementer i modellen; *trygghet* og *kontakt*. Informantene mine er opptatt av å *forstå pasientens sykdomsbilde* og å *ta pasientene på alvor*:

A2: (...) å se pasientene, ta de på alvor og vise respekt (...).

I en terapeutisk allianse mellom terapeut og pasient, har terapeuten en aksepterende, empatisk og bekreftende holdning ovenfor pasienten. Terapeuten viser forståelse og respekt, og på

denne måten argumenterer Trondalen (2016) for at den utviklende relasjonen kan oppstå. Trondalen (2016) som refererer til Rogers (1979) argumenterer for at empati og aksept er viktige faktorer i å oppnå relasjon mellom terapeut og pasient, og jeg vil argumentere for at aksept og empati er viktige aspekter når man skal praktisere validering. Carl Rogers beskriver tre karakteristikk for en personsentrert tilnærming; *å akseptere og vise omsorg, ha empatisk forståelse og ha genuin interesse*, som beskrevet på side 16 (Rogers, referert i Trondalen, 2016). De to førstnevnte karakteristikkene ved personsentrert tilnærming kan sees i sammenheng med informantenes beskrivelser av validering. Å validere pasienten innebærer altså *å akseptere, og vise omsorg og empatisk forståelse* for pasientene. Informantene i forskningsprosjektet peker på viktigheten av nettopp dette; å innta en støttende rolle, i form av å anerkjenne pasienten, vise pasienten empati, og gi omsorg, samtidig ha en aksepterende rolle som terapeuter. Informantene beskriver også en aktiv tilstedeværelse for å forstå pasienten, og hva pasienten har behov for der og da.

A1: Jeg er jo veldig opptatt av at man skal ha en kjærlig tilstedeværelse (...) For det er noe med det å kjenne seg elsket, i det man skal formidle seg (...) Det å bli sett og bekreftet..

Ridder bekrefter informantenes tanker om terapeutens involvering, og beskriver en tilstedeværende terapeut som er bevisst på hvordan en møter pasienten. Ridder beskriver også en terapeut som *arbeider* på et relasjonelt plan, med fokus på blant annet validering (Ridder, 2016b, s. 142). I demensomsorgen arbeider altså terapeuten med å bygge relasjoner, og her blir validering et aktivt redskap. Informantene beskriver nettopp dette, at de bruker musikk som et verktøy i valideringen.

En av informantene beskriver det som at man bruker musikken til å «romme» pasientenes behov der og da. H*n beskriver musikken som katalysator for det som skjer i samspillet mellom pasient og terapeut. Musikken åpner opp for en arena hvor et felles språk, både på det verbale og non-verbale plan kommer til syne.

A2: Musikken er et verktøy til å løfte personen, ivareta personen, synliggjøre personen ikke minst.

Even Ruud (2005) beskriver musikkens virkninger i boken *Varme øyeblikk*. «Når musikkantropologer i dag studerer hvordan vi bruker musikken, legges det vekt på musikkens

evne til å *produsere* sosiale virkeligheter. Med dette menes at musisering skaper tilhørighet innad i grupper, fellesskapsfølelse og utforming av verdier» (Ruud, 2005, s. 132). Ridder (2016b) beskriver at musikken kan være med på å skape møter og felles oppmerksomhetsfokus og gi plass til å dele opplevelser av samhold (s. 142). Når mine informanter beskriver musikken som et verktøy for å løfte, ivareta og synliggjøre personen, ser de ut til å få støtte av Ruud og Ridder i at man deler opplevelser av samhold og fellesskap.

Å validere pasienten i musikkterapi ser ut til å være viktig når nye relasjoner skal skapes. Terapeutens respektfulle involvering i pasienten og pasientens liv kan være med å gi pasienten en opplevelse av *trygghet*, som er det tredje elementet i modellen i min studie, og som jeg vil utforske senere i denne diskusjonsdelen.

5.1.2 Genuin interesse

Informantene i min studie beskriver en ekte, ærlig og oppriktig interesse som må være tilstede i arbeid med mennesker rammet av demens. Informantene mener også at det er en forutsetning om at man må ønske å fremme pasientens beste, forstå hvem pasienten er og å gjøre en best mulig jobb med det enkelte menneske man møter.

A1: Jeg tror man må være genuint interessert i pasienten. Hvem er denne pasienten (...). Det er ikke bare noe man gjør fordi det er jobben din, men jeg gjør det fordi jeg er genuint interessert da. I et hvert menneskemøte, så er det en spennende historie og i hvilken grad kan vi hente frem den du er (...) Skal jeg klare å skape en relasjon, da må man faktisk ville det. Det må være ekte og ærlig og oppriktig liksom. Man må på en måte, man må jammen gi mye av seg selv for å klare å få det frem da. Man må bruke hele seg. Kropp, stemme og ansiktsmimikk og alt det der non-verbale er egentlig nesten viktigere da enn det som man sier.

Informantenes refleksjoner kan knyttes opp mot Carl Rogers siste karakteristikk *genuin interesse*. Jeg opplever at mine informanter oppriktig forsøker å forstå klientene både *før* terapitimen og *i* terapitimen.

A1: Jeg er alltid ute etter: hvem er du? Hvordan har du det? Hvordan kan vi få til et samspill? Kan jeg få dette menneske til å formidle seg? Og hvordan har den personen det i det øyeblikket jeg kommer inn i en sang og musikkstund?

Det avgjørende er etter min oppfatning, at denne viljen til å forstå, og bli kjent med pasientene før terapitimen starter, er genuin og ekte. Trondalen (2016) er inne på lignende tanker i det hun argumenterer for en ekte og troverdig terapeut som kan føre til et godt terapeutisk forhold til pasientene.

Informantene beskriver også en bevisst tankegang rundt sin egen tilnærming ovenfor sine pasienter og beskriver viktigheten av en terapeut som gir mye av seg selv for å romme pasientens behov når den genuine interessen er tilstede.

A2: Skal jeg være veldig tilbakelemt, eller må jeg være på, må jeg komme tett for at du i det hele tatt skal se meg. Hvor er latenstiden her, hvor er responsevnen sant, og at det der må man jo ta med i vurderingen.

Det å vise en genuin interesse for hvem pasienten er, passer godt sammen med de bærende prinsippene i personsentrert omsorg som jeg har gjort rede for innledningsvis i min oppgave. Det vil også her være viktig å merke seg Ridders (2016a) tanker om personstatus som et sosialt konstruert fenomen. Å se personen bak sykdommen innebærer mer enn bare å legge merke til personligheten. Det å skape en trygg sosial sammenheng der man interesserer seg for signaler som pasienten sender ut, og validerer disse, er en grunnleggende tanke hos mine informanter.

En måte genuin interesse kan komme til uttrykk på er gjennom å bruk av preferansebasert musikk, som et musikalsk verktøy. Informantene bruker tid på å finne musikk som pasientene liker, er glad i og gjerne allerede har et forhold til. Som Kvamme (2008) beskriver, kan musikken være med på å gi opplevelse av mestring og tilhørighet. Å gi pasienten en følelse av nettopp dette, er noe terapeuten har en viktig rolle i å initiere. Trondalen beskriver en musikkterapeut som har en evne til å «tone» seg inn på pasienten og dens behov (Trondalen, 2016, s. 93). Det er likevel ikke all musikk som er like godt egnet til dette, og her kommer betydningen av en grundig preferansekartlegging inn. Dette er noe informantene mine får frem i sine refleksjoner.

A2: Jeg er veldig opptatt av å finne den unike musikken til hver enkelt (...). Det kan være like mye det at det er en rett sjanger, eller det kan være en rett tidsepoke. (...) Det kan være så enkelt som det (...).

En av informantene er også inne på bruk av preferansebasert musikk:

A3: Jeg tror jo at dette med preferansebasert musikk er veldig viktig. Jeg kan skape trygge rammer, jeg kan bidra til følelser og musikkpreferanser er med på å skape tillit.

Her ser vi at informantene ser det som sitt ansvar å skape trygge rammer. Jeg vil igjen presisere at informantene skisserer en aktiv terapeutrolle hvor de har et stort ansvar for pasienten. Jeg har i denne oppgaven valgt å legge hovedvekten på terapeutens aktive rolle, og har i hele forskningsperioden vært mest opptatt av musikkterapeutenes egne opplevelser og tanker om det å forstå og oppnå relasjon i demensomsorgen. Dette har vært både av hensyn til avgrensning, og fordi jeg har opplevd det som vanskelig å gjennomføre intervjuer med sårbare personer med demens. Dette er riktignok kanskje ikke umulig, men vil innebære så vanskelige etiske avveininger, at ikke vurdert som riktig at jeg som masterstudent uten så mye forskningserfaring skulle ta på meg en slik oppgave.

Det er viktig å presisere at dette ikke må tolkes som at jeg mener at klientenes opplevelse av relasjon er irrelevant. Når jeg på bakgrunn av mine informanternes utsagn vektlegger musikkterapeutens aktive rolle i demensomsorgen og argumenterer for at terapeutens respektfulle involvering på sett og vis kan skape en relasjon, er det en beskrivelse som jeg mener er mest relevant for personer med demens med svært kort korttidsminne. Det vil derfor ikke nødvendigvis omhandle alle pasientgrupper med demens, og heller ikke innebære at jeg mener at det er umulig at også de pasientene jeg beskriver kan gjøre selvstendige valg i terapisisituasjonen om hvem de vil knytte seg til. Jeg håper at andre i fremtiden kan forsøke å skaffe empiri som kan belyse dette bedre. Videre vil jeg gå inn på *trygghet*, som min andre hovedkategori i modellen.

5.2 Trygghet

Trygghet er det andre elementet i min modell i denne studien. For alle informantene i studien står det å skape trygghet for personer med demens svært sentralt, for å kunne skape det jeg har valgt å kalle relasjonelle øyeblikk. Trondalen beskriver at terapeuten må skape et «trygt rom» for utforskning av relasjon i musikken, og at i et slikt rom kan tillit skapes: «Relationship is always about trust» (Grimen, referert i Trondalen, 2016, s. 96). Det kan argumenteres for at tillit står helt sentralt i pasientenes opplevelse av trygghet: «Tillit er menneskets følelse av at andres godhet, ærlighet og dyktighet er til å stole på» (Fugelli, 2015). I denne sammenheng kan trygghet forstås som *psykologisk trygghet*, altså opplevd trygghet i både omgivelser, relasjoner og situasjon.

Mine informanter beskriver at de opplever å kunne *skape trygghet* med sine pasienter gjennom musikkterapi. Musikken blir et verktøy for å gi en gjenkjennbar kontekst, der konteksten gir pasienten en opplevelse av trygghet. Hvorvidt dette handler om aktivisering av *tidligere* eller *nyere* minner er vanskelig å si, men gjennom musikk opplever informantene å kunne ta med seg pasienten til et «trygt rom».

A2: De jeg har klart å få gode relasjoner med, de husker ikke hvor de har truffet meg hen, men det er veldig mange som tenker eller som sier det at 'Åhhhh, ja! Jeg kjenner deg så godt, du har jo vært hjemme hos meg'. Og det er en bekreftelse på at du har en god relasjon med noen (...)

F: Og det handler gjerne om trygghet igjen.. at man bruker musikken og det vi gjør til å på en måte føre de inn i en trygg kontekst. Og romme de der på en måte, der de er trygg.

A2: Ja, absolutt!

Informantene peker på viktigheten av trygge rammer for møter. Dette kan ha en sammenheng med at mennesker med demens ofte opplever en stor uro og utrygghet i egen situasjon (Blix & Breivik, 2006, s. 86). Det er derfor viktig å etablere trygge og gjenkjennbare rammer for samspillet mellom musikkterapeut og pasient, slik at så få elementer som mulig er med på å bygge opp en følelse av utrygghet og uro for pasientene. Opplevd trygghet hos pasientene kan også legge til rette for at pasienten kan formilde seg, at pasienten skal få en følelse av å være verdifull, sier informantene. Som Kristoffersen, Nortvedt & Skaug beskriver kan trygghet være med på å gi en opplevelse av fellesskap, tilhørighet, mening og det kan være med på å skape gode relasjoner (Kristoffersen et al., 2005).

Informantene peker også her på musikk som et verktøy for å aktivere en følelse av trygghet hos pasientene. Musikken blir brukt til å hente frem pasientenes ressurser, romme følelser, ivareta og synliggjøre pasienten.

A2: (...) det er ikke bestandig det er bare musikken og den rette sangen til den rette damen, men det er like mye hvordan jeg bruker musikken som et verktøy da – for å komme inn på gode samtaler, for å løfte opp det unike med deg (pasient). Da er vi tilbake til det her med personsentrert omsorg og identitetsbekreftelse, sant.

Her vil det også være naturlig å trekke en forbindelse til personsentrert omsorg. Informanten bruker musikken for å kunne få frem det unike i hver pasient, og igjen er også bruk av preferansebasert musikk et viktig aspekt. Bruk av musikk som pasienten kan kjenne seg igjen i, vil kunne gi en opplevelse av å bli sett og hørt, som et unikt menneske, og pasienten vil også kunne oppleve en form for identitetsbekreftelse og trygghet (Kvamme, 2008, s. 495). Som Engedal & Haugen (2018b) skriver, kan personer med demens oppleve å «miste» seg selv etterhvert som sykdommen progredierer (s. 48). Jeg mener at en slik involvering fra terapeut igjen vil kunne gi pasienten en opplevelse av trygghet. Jeg vil videre knytte opp en del av mine funn mot Bordins (1997) tredje egenskap *utvikling av emosjonelle bånd/bindinger*, som jeg skisserte i kapittelet om terapeutisk allianse. Trondalen, med bakgrunn i Bordins tilnærminger, legger vekt på at det å utvikle emosjonelle bånd/bindinger til klienten er viktig og med dette kan terapeut og pasient utvikle gjensidig tillit, aksept og konfidensialitet (Trondalen, 2016, s. 91). Utsagnet under kan kyttes opp mot Bordins (1997) tredje egenskap *utvikling av emosjonelle bånd/bindinger*. Informanten beskriver en form for gjenkjennelse, som terapeuten kan være med på å skape.

A4: Det er jo det at man har en viss form for gjentakelse, eller gjenkjennbarhet da. At de føler trygghet på at 'Åja, nå er vi her igjen'.

Trygge og gjenkjennbare rammer er allerede nevnt som et viktig utgangspunkt for å skape trygghet for personer med demens. Flere av mine informanter beskriver at relasjoner er noe som bygges over tid, og som tar utgangspunkt i en form for gjenkjennelse – at brukeren kjenner igjen musikkterapeuten, musikken, eller musikkterapeutens redskaper, som for eksempel gitar eller piano. Ridder argumenterer for at musikk er med på å skape gjenkjennelse, som igjen kan skape et grunnlag for kontekst og trygghet hos pasienten (Ridder, 2016b, s. 140). Flere av informantene beskriver at de opplever å danne en «annen form for relasjon» med sine pasienter. Denne forståelsen av relasjonsbegrepet innebærer ofte at pasienten på en eller annen måte kjenner igjen musikkterapeuten, som informant 2 beskriver:

A2: Relasjon er jo ikke nødvendigvis sånn at de husker navnet mitt, men de husker kanskje 'Ja det er du med gitaren...', eller det er 'hun med den blå kjolen'. At det er andre ting som skaper gjenkjennelse og jeg opplever egentlig at musikk er et verktøy

som gir mer evne til gjenkjennelse enkelte ganger. Det er mange jeg har jobbet med som ikke nødvendigvis ikke husker å ha hatt besøk av meg samme dag, men som fortsatt går og synger på en sang vi sang sammen..

Informanten har en opplevelse av at musikken er et verktøy som skaper økt gjenkjennelse. Siste setning handler om en form for aktivering av minner gjennom musikk, og informanten ser ut til å oppleve at musikk på denne måten utgjør et godt verktøy for å bygge en relasjon med mennesker med demens. Når informanten møter pasienten neste gang, blir musikken en døråpner for dialog og samhandling med pasienten. Som Engedal (2016) beskriver kan musikk ha en egen inngangsport til hjernen (s. 15). Musikkterapeuten kan, ved bruk av musikk, fremkalle minner som er vanskelig å nå gjennom med verbale samtaler eller andre tradisjonelle behandlingsformer med personer med demens. Kan det være at musikkens evne til å aktivere tidligere, «godt gjemte» minner og kontekster kan brukes til å koble på nye elementer eller relasjoner, som igjen kan fremkalles gjennom noe som er trygt og gjenkjennbart? Informantene beskriver at de opplever å bli gjenkjent av pasienter med demens som ellers ikke ville hatt mulighet til å kjenne igjen nye personer som introduseres i livet.

Gjennom musikkterapi opplever pasienten noe gjenkjennbart og en trygghet. Det kan altså se ut til at mine informanter bekrefter at det å skape relasjoner med mennesker med demens som tilsynelatende glemmer deg fra gang til gang, *kan* være mulig gjennom musikkterapi. Jeg vil senere i diskusjonsdelen gå inn på hvilken form for relasjon som *kan* oppstå i musikkterapi med mennesker med demens.

5.3 Kontakt

Den tredje kategorien i min modell er *kontakt*, forstått enten som *intuitiv kontakt* eller som *kontaktskaping gjennom musikk*.

5.3.1 Intuitiv kontakt

Informantene beskriver at kontakt er som noe som oppstår under i samspillene med pasientene. Kontakten som oppstår beskrives som intuitiv, naken og umiddelbar. Den oppleves som en respons fra pasientene, gjerne som en non-verbal dialog som gir uttrykk for at det som skjer mellom terapeut og klient er greit.

A1: (...) jeg føler jo at jeg opplever ganske snart den der intuitive kontakten man ofte får ved å bruke musikk, altså.. den der som er non-verbal, som er umiddelbar, og som er veldig direkte, naken..

For å kunne forstå kontakten som oppstår i samspillet mellom terapeut og pasient vil jeg trekke inn Trondalen (2016) sitt syn på intersubjektivitet. Hun ser på intersubjektivitet som en forståelse av relasjonell musikkterapi. Trondalen trekker frem viktige aspekter i det intersubjektive perspektivet som kan relateres til flere av informantenes utsagn, deriblant at intersubjektivitet handler om å skape mental kontakt mellom mennesker (Stern, referert i Trondalen, 2016, s. 12). Den mentale kontakten er i hovedsak non-verbal eller implisitt, der opplevelse, kropp og affekter er kjerneelementer. Dette kan knyttes til beskrivelsene til informantene i studien, som beskriver at kontakt med pasienter kan komme til uttrykk på flere ulike måter. Den intuitive kontakten ser ut til å være den kontakten informantene opplever sterkest, og innebærer hovedsakelig en non-verbal kontakt som kommer til uttrykk gjennom kroppsspråk, mimikk, affekter eller andre mindre uttrykk.

Informantene reflekterer også rundt tidsaspektet ved en relasjon, hvor de poengterer at her-og-nå øyeblikkene er viktige. Det er ikke alltid man kan forvente noe mer en glimt og her-og-nå øyeblikk fra pasienter med demens. Det vil her være naturlig å spørre seg selv om vi kan beskrive informantenes opplevelser som en relasjon? Finnes det relasjoner som oppstår i øyeblikket, og kan dette gi grunnlag for videre arbeid med pasienten? Informantene i studien beskriver at de relasjonen med personer med demens kommer til uttrykk gjennom kontakt, men at kontakten ofte er flyktig, og av kort varighet. Jeg mener at vi bør kunne snakke om relasjon, også i eldreomsorgen, men at relasjonene ofte oppstår i øyeblikk. Disse korte relasjonelle øyeblikkene som oppstår gjennom musikkterapi beskrives av informantene som svært verdifulle. Vi kommer her inn på et interessant aspekt i min problemstilling; innebærer relasjonsbegrepet en langsiktighet og vedvarende relasjon, eller er relasjoner noe som kan eksistere i korte øyeblikk? Har slike korte øyeblikksrelasjoner en betydningsfull verdi? Dette er spørsmål med komplekse svar, men jeg vil her støtte meg på informantenes utsagn om at korte, intuitive øyeblikk mellom pasient og terapeut kan ha en betydningsfull verdi i øyeblikket. Gro Trondalen peker på at det å være *i tiden* sammen i *her-og-nå-modus* er nødvendig for å etablere intersubjektive relasjoner. Trondalen underbygger derfor informantene refleksjoner om kontakt som dannes i her-og-nå situasjoner. I en slik situasjon kan terapeut og pasient dele felles, men ikke identiske (Trondalen, 2016, s. 13).

Det hadde videre vært naturlig å gå mer i dybden på om betydningsfulle relasjonelle øyeblikk kan få en økt, vedvarende trykghetsfølelse. Dette vil jeg, av plasshensyn, ikke gå videre inn på i denne studien, men vil komme kort tilbake til det i slutten av oppgaven.

Som Virginia Satir beskriver er en kontakt et ærlig forsøk på å dele noe viktig med et annet menneske (Satir, 1997) Satirs utsagn kan videre sees i sammenheng med teorien om kommunikativ musikalitet. Dette vil jeg gå videre inn på i kapitlet om *kontaktskaping gjennom musikk*.

5.3.2 Kontaktskaping gjennom musikk

Musikken er noe man gjør sammen og noe man møtes i. Samtidig som det er et verktøy for å møtes. Det blir jo på en måte et verb sant, noe man gjør sammen.

Informant 4

Informantene forteller om relasjonsopplevelser de får gjennom musikken. De beskriver en form for *kontaktskaping*, som oppstår i musikken, men også musikken som et verktøy for å oppleve kontakt. Informantene mener at en slik form for kontakt er med på å knytte bånd mellom terapeut og pasient. Musikken er med på å initiere en kontakt, som for eksempel ved hjelp av kjente og kjære sanger for pasientene. Det vil her være naturlig å hente frem Kvamme (2008) sitt sitat: «Musikk er faktisk i en del tilfeller det eneste som fortsatt skaper kontakt». Hva er det som gjør at musikken er et så viktig verktøy for kontaktskaping? Og kan man se kontakt i sammenheng med relasjonelle øyeblikk?

Informantenes beskrivelser om kontaktskaping gjennom musikk kan igjen sees i lys av det intersubjektive perspektivet. Trondalen (2016) beskriver et intersubjektivt felt hvor en skaper en mellommenneskelig kontakt, her-og-nå. Kontakten kan skapes gjennom musikalske aktiviteter, både ekspressive eller reseptive, og som tidligere nevnt i denne drøftingen kan opplevelsen kan deles i fellesskap, men kan ikke oppleves identisk. Kontakt er altså noe som oppleves mellom mennesker, i en her-og-nå tilstand. Oppmerksomhet og kommunikasjon er to faktorer som blir redusert i en progredierende fase hos demensrammede (Engedal & Haugen, 2018a, s. 18). Å forstå en her-og-nå kontakt opp mot mennesker rammet av demens vil i denne sammenheng være naturlig.

Kontakten som oppleves beskrives som små glimt, og som en kommunikasjon mellom terapeut og pasient. Informantene beskriver kontakten som non-verbal og intuitiv. Musikken

er med på å knytte det som oppleves som bånd, mellom terapeut og klient. Disse beskrivelsene kan sees knyttes opp mot det Dissanayake (2008) beskriver som *kommunikative møter*, i denne sammenheng mellom terapeut og pasient. Menneskers oppførsel er grunnleggende musikalsk og har allerede fra spedbarnsalder opplevd felles musikalske opplevelser i samspill med omsorgspersonen (s. 176). Når musikken er tilstede i møtene mellom terapeut og pasient, vil den intuitive responsen oppleves som en kontakt. Vi har en medfødt evne til å dele emosjonell mening gjennom musikalske virkemidler. Kontakt gjennom musikk er altså grunnleggende fra fødsel av. Det vil være mulig å tro at gjennom bruk av musikk kan pasientens grunnleggende musikalsk intuisjoner kan være med å gjøre det enklere å få kontakt med musikkterapeuten. Dette er særlig viktig for sårbare personer med interaksjonsvansker, noe Malloch & Trevarthens sammenfatter; musikk- og danseterapi kan være med på å lettere etablere interaksjoner med mennesker som i utgangspunktet har store interaksjonsvansker (Malloch & Trevarthen, 2009).

A3: Det med å initiere kontakt – å synge sanger som for eksempel relateres til der de vokst opp, eller steder som er kjent. Musikken er veldig sterkt med på å initiere denne kontakten da.

Det kan se ut til at mine informanter har en opplevelse av at man gjennom musikkterapi kan finne frem til disse korte øyeblikkene av kontakt, og en opplevelse av en relasjon med pasienten. Jeg vil videre i min diskusjon utforske begrepet *relasjonelle øyeblikk*, som jeg mener er et relasjonsbegrep som kan forstås i en demenskontekst. Som tidligere nevnt er dette mest aktuelt for personer med demens som har en alvorlig svikt i korttidsminne. Det finnes mange varianter av demens, og mange ulike individuelle forløp, slik at evnene til å kjenne igjen en person fra gang til gang kan være intakt hos enkelte. De relasjonene som oppstår til musikkterapeuten vil da være mer stabile. Men dette ligger som tidligere nevnt utenfor oppgavens avgrensing. Jeg ønsker først og fremst å se på relasjon med pasienter som glemmer fra gang til gang.

Musikkterapiforløp der det stadig oppstår nye relasjonelle øyeblikk kan også etter en tid kanskje også forstås som varige relasjoner, men av avgrensingshensyn vil jeg ikke komme så mye inn på dette i min oppgave, men det er aspekt som jeg mener musikkterapiforskningen burde se mer på i fremtiden.

5.4 Relasjonelle øyeblikk

Jeg har i det foregående lagt frem en modell bestående av tre egenskaper; *relasjonell involvering, trygghet og kontakt*, som et forsøk på å besvare min problemstilling *hvordan oppstår relasjon i musikkterapi for mennesker med demens?* Jeg vil videre utforske begrepet *relasjonelle øyeblikk*, som er kommet frem som en mulig forklaring på hvordan vi kan forstå en relasjon som oppstår i musikkterapi med mennesker rammet av demens.

I 2005 publiserte Even Ruud en bok kalt *Varme øyeblikk*, hvor han ser på hvordan musikk og kulturaktiviteter kan spille en rolle for helse og livskvalitet. Mitt begrep *relasjonelle øyeblikk* er inspirert av Ruud sitt begrep *varme øyeblikk*. Det er også en rekke musikkterapeuter som på ulike måter har vært opptatt av øyeblikkets betydning i musikkterapi. Gavrielidou & Odell-Miller (2017) ser i sin artikkel «An investigation of pivotal moments in music therapy in adult health» en oversikt over dette. *Pivotal moments* kan oversettes som *vendepunkt*.

Pivotal moments describe a turning point, a moment of pivoting, or change, where something is seen from a different perspective or point of view and seem to be significant and nodal for the person involved. The term pivotal moments suggests a quality of experience, which is very powerful and meaningful for the person involved (e.g. the patient), in provoking change. (Gavrielidou & Odell-Miller, 2017, s. 50)

De viser til en rekke musikkterapeuter som har sett på feltet. Alle referanser jeg videre legger frem i dette avsnittet er referert i Gavrielidou & Odell-Miller (2017). Priestley (1975, 1994, 1994), som deler tiden inn i *den forbigående tiden* og *det evige nuet*, Grocke (1999a), som ser på *time altering experiences* innen musikkterapi, og deler uttrykket *pivotal moments* inn i følelsesmessige opplevelser, kroppslige opplevelser og opplevelser som har innvirkning på klientens liv. Odell-Miller (2002) understreker viktigheten av «her-og-nå interaksjoner» i et langsiktig perspektiv med alvorlig syke klienter. Amir (1992, 1996, 1999, 2001) ser på «meningsfulle øyeblikk», et uttrykk som også brukes av Fachner (2014). Ruud (1998) sammenligner meningsfulle øyeblikk med Daniel Sterns *present moment* i psykoterapien. Trondalen (2005) ser på signifikante øyeblikk, mens Pedersen (2006) snakker om *moment of countertransference*. DeBacker (2008) snakker om *moments of synchronicity*, Andsell et al. (2010) om øyeblikkene som «*windows for relational and therapeutic change*» (Gavrielidou & Odell-Miller, 2017).

De overnevnte forskerne har i stor grad sett på øyeblikk med stor betydning i terapiforløpet, i form av positiv endring eller et «vendepunkt», men begrepene er i liten grad blitt brukt innenfor demensfeltet. Jeg har valgt å se på øyeblikk med relasjon, eller relasjonelle øyeblikk (*relational moments*). Sett i lys av f.eks. Ruuds *meningsfylte øyeblikk*, eller Odell-Millers (2002) fokus på her-og-nå interaksjoner, kan man si at i musikkterapi med mennesker med demens, er det nettopp de relasjonelle øyeblikkene som utmerker seg som *meningsfylte øyeblikk*. Det til dels unike med begrepet innen demensfeltet er at tidsperspektivet ser annerledes ut, på grunn av ofte svært begrenset korttidsminne hos mange av pasientene.

Øyeblikk kan relateres til informantenes beskrivelser av her-og-nå kontakten som de opplever med sine pasienter. Det er et øyeblikk av kontakt, hvor kontakten er intuitiv og umiddelbar, og som er verdifull for å forstå betydningen av relasjon i denne sammenheng. Det ville kanskje også vært naturlig beskrive mine funn som *relasjonelle møter*. Bubers (1922) filosofi om *møter* og min empiri mener jeg har noen berøringspunkter. Dette gjelder særlig den kvaliteten Buber mener kjennetegner de såkalte «Jeg-Du» møtene. Også andre har for øvrig brukt møtebegrepet, for eksempel Dissanayake (2008) som skriver om *kommunikative møter* i beskrivelsene av samspillet mellom terapeut og pasient.

Likevel mener jeg at å bruke møtebegrepet vil «sende folk i feil retning», og ikke peker like tydelig på noe av det unike når det er snakk om relasjon i demensomsorgen. *Relasjonelle øyeblikk* vil jeg påstå fanger bedre opp noe av de fragmenterte og flyktige opplevelsene som gjerne musikkterapi preges av, i samspill med personer med demens. Hvis vi snakker om møter kan det forstås i en sammenheng der pasientens kognitive ferdigheter er en forutsetning.. Også tidsperspektivet er et aspekt jeg vil påstå er annerledes når vi snakker om *øyeblikk* vs. *møter*. Jeg har, ut i fra min empiri, fått en forståelse for at kontakten som oppstår mellom terapeut og pasient rammet av demens ofte kommer til uttrykk i en her-og-nå kontakt. Det er et øyeblikk, hvor terapeut og klient har en opplevelse av noe felles.

Jeg vil argumentere for at opplevelse av kontakt og opplevelse av relasjon mellom terapeut og pasient i denne sammenheng kan oppleves som det samme. En respektfull involvering fra terapeut, hvor *validering* og *genuin interesse* blir satt høy, og pasientens opplevelse av trygghet kan være med på å skape en intuitiv og umiddelbar kontakt mellom terapeut og pasient. Relasjon kan være en opplevelse av samhörighet (Aubert, 2018), og Ridder beskriver en relasjon hvor en forholder seg i «nuet» (Ridder, 2016b, s. 140). Jeg vil argumentere for at det vil være viktig, som musikkterapeut i arbeid med personer rammet av

demens, å ha en forståelse for at vi kan jobbe relasjonsorientert, også med pasienter som kun er til stede et øyeblikk om gangen. Som en av mine informanter beskriver:

Det er mange jeg har jobbet med som ikke nødvendigvis husker å ha hatt besøk av meg samme dag, men som fortsatt går og synger på en sang vi sang sammen..

Jeg vil hevde at også øyeblikk med kontakt, eller relasjonelle øyeblikk kan bidra til å gi pasienten en opplevelse av samhørighet og fellesskap. Trondalen (2008) peker på at det er nettopp gjennom fellesskap og samhørighet at det relasjonelle mennesket finner sin grunnleggende menneskelighet (s. 29). Demens er en progredierende sykdom, hvor viktigheten av små øyeblikk med glede og trygghet kan være avgjørende for pasientens psykososiale livskvalitet.

Jeg vil derfor påstå at en opplevelse av *relasjonelle øyeblikk* kan ha stor betydning i demensomsorgen. Dette innebærer at musikkterapeuter i møte med pasienter med demens bør innta en aktiv terapeutrolle, med mål om å skape relasjonelle øyeblikk gjennom respektfull involvering, trygghet og kontakt, som beskrevet i denne studiens modell. Dette vil kunne ha innvirkninger på hvordan man i den utøvende praksisen på feltet setter mål for den enkelte pasient, i samråd med annet fagpersonell. Sett i lys av demens som en progredierende sykdom, vil ikke målsetningen om økt livskvalitet gjennom relasjonelle øyeblikk kunne krysses av på en sjekklister, men derimot kunne bli stadig vanskeligere å oppnå etterhvert som sykdommen forløper. Dette innebærer langsiktig jobbing mot mål som oppnås kanskje i bare små øyeblikk, men som også over tid kan gjøre seg synlig gjennom en opplevd relasjon mellom terapeut og pasienter med demens. I min studie kommer dette til uttrykk i informantenes fortellinger; pasientene kan kanskje ikke navnet på noen av de ansatte på sykehjemmet, har glemt å ha hatt besøk av musikkterapeuten tidligere samme dag, men kan allikevel gjenkjenne terapeuten som «syng-og-spille-damen», eller nynne på melodier fra dagens terapitime.

5.5 Sammenfattet drøfting

Ut i fra mine funn mener jeg å kunne konkludere med at en relasjon kan oppstå ved hjelp av flere sammenhengende faktorer. I en respektfull involvering fra terapeut, hvor terapeuten validerer og anerkjenner pasienten, og hvor terapeuten har en genuin interesse i arbeid med pasientene. Terapeuten har også en rolle i å skape trygghet for pasientene, hvor trygge rammer og gjenkjennelse, sammen med respektfull involvering bør være tilstede for at det

skal oppstå en relasjon. Kontakt er en tredje faktor som bør være tilstede når det skal oppstå en relasjon, men jeg opplever også at informantene beskriver kontakten som en opplevelse av relasjonen som oppstår. Jeg har drøftet mine funn i lys av teoriene *intersubjektivitet*, *terapeutisk allianse* og *kommunikativ musikalitet*. Jeg har beskrevet *personsentrert omsorg*, som jeg vil si er informantenes grunnleggende utgangspunkt for å forstå personen rammet av demens. *Relasjonelle øyeblikk* har jeg sett opp mot Bubers møtebegrep, hvor jeg mener det finnes berøringspunkter mellom møtebegrepet og øyeblikk. Jeg har argumentert for at *relasjonelle øyeblikk* er en mer egnet beskrivelse av dette enn *relasjonelle møter*, som både i tidsaspekt og innhold vil kunne forstås annerledes enn de relasjonelle øyeblikkene.

I mitt teorikapittel har jeg beskrevet en terapeutisk allianse, ut i fra Trondalens (2016) beskrivelser, hvor det legges vekt på en dialog mellom terapeut og pasient. Terapeut og pasient skal bli enige om terapiens mål og det skal tildeles oppgaver dem imellom. Ut i fra denne forståelsen av terapeutisk allianse, tas det i utgangspunktet ikke hensyn til nedsettelsen av kognitive ferdigheter som mennesker med demens ofte har. Jeg har ønsket å utfordre begrepet terapeutisk allianse, og har i denne oppgaven sett på en allianse som kan oppstå mellom terapeut og pasient med demens. Jeg vil ut i fra mine funn argumentere for at en terapeutisk allianse også kan være en passende teori i denne studien. Jeg ser først og fremst på en terapeutisk allianse opp mot terapeutens rolle i møte med mennesker med demens. Trondalen beskriver en terapeut som legger til rette for sine pasienter, validerer, guider, og anerkjenner pasienten. Terapeuten bør også bygge et trygt «rom», hvor relasjoner gjennom musikk skal utforskes (Trondalen, 2016, s. 97). Jeg har videre drøftet kontakt, hvor informantene beskriver en kontakt som oppstår i terapirommet mellom terapeut og klient. Kontakten er intuitiv, umiddelbar og den oppleves først og fremst her-og-nå. Informantene beskriver også en kontakt de får gjennom musikken. For å kunne forstå terapeutisk allianse opp mot demensomsorgen vil det være naturlig å se på en allianse som skapes i her-og-nå øyeblikkene. Alliansen oppleves som positivt for terapeut og klient, og den er umiddelbar. Hvorvidt dette kan beskrives som en terapeutisk allianse, ut i fra Trondalen (2016) sine beskrivelser er vanskelig å poengtere her og nå, men ut i fra min empiri sett opp mot teori vil jeg argumentere for at en terapeutisk allianse kan oppstå i her-og-nå øyeblikk med personer med demens. Dette ser ut til å være et slags grenseland, som gjerne kan utforskes videre. Jeg har valgt å påstå at den tradisjonelle forståelsen av en terapeutisk allianse kan se ut til å være noe mer bastant enn det som kan se ut til å være nødvendig.

Teoriene om kommunikativ musikalitet og intersubjektivitet er relevante for oppgaven fordi de utforsker et mulighetsrom for å skape relasjoner. Teoriene underbygger, på en god

måte, hvordan vi kan snakke om kontakt med mennesker med demens, og hvordan kontakt igjen kan knyttes opp mot relasjonsbegrepet, uavhengig om kontakten er langvarig eller ikke. Teoriene og empirien leder frem mot det jeg har valgt å kalle for *relasjonelle øyeblikk*.

6.0 Konklusjon

6.1 Kritisk blikk på egen forskning og veien videre

Under hele forskningsprosessen har jeg forsøkt å være bevisst på valg som er tatt. Etter å ha fullført mitt første forskningsprosjekt, opplever jeg naturlig nok at det er flere tilfeller der jeg kunne valgt annerledes. Det vil være naturlig å stille spørsmålstegn ved; Reflekterer jeg rundt hvorvidt jeg burde hatt flere informanter? Var det riktig datainnsamlingsmetode, eller burde jeg valgt fokusgruppe intervju? Hvordan ville da funnene mine sett ut? Jeg har også reflektert rundt utvalget av informanter. Jeg har konsentrert meg om etablerte musikkterapeuter på området, som trolig i utgangspunktet har et positivt syn på musikkterapiens rolle innen demensfeltet. Hvordan ville datagrunnlaget sett ut dersom jeg involvert flere parter, for eksempel annet helsepersonell eller pårørende? Slik jeg vurderer det, etter endt prosjekt, ville økt antall informanter fra ulike fagfelt muligens kunne gi oppgaven større validitet, men jeg er usikker på om det ville gitt meg et bedre utgangspunkt for å besvare problemstillingen. Jeg er også usikker på om jeg ville oppdaget det jeg opplever som grunnleggende for denne masteroppgaven, nemlig et forslag til modell for å forstå hvordan relasjoner kan skapes med musikkterapi med mennesker med demens, og hvordan disse relasjonene kan *forstås*, sett i lys av teoriene som er lagt til grunn i oppgaven.

Ettersom jeg har valgt å fokusere på en relasjon som oppstår som øyeblikk mellom musikkterapeut og pasient, vil det være naturlig å stille seg spørsmålet: Vil en øyeblikksrelasjon kunne forlenges til en mer langvarig relasjon mellom terapeut og pasient? Informantene har reflektert også rundt dette spørsmålet, men av plasshensyn har jeg ikke hatt mulighet til å gå inn på dette i oppgaven. Jeg vil derfor oppfordre til videre forskning på temaet, hvor vi kan få en større forståelse av relasjoner, ikke bare her-og-nå, men i det langsiktige løp.

6.2 Avsluttende ord

I denne oppgaven, ved hjelp av teori, forskning og min egen empiri, har jeg sett på hvordan relasjon kan oppstå i musikkterapi med mennesker med demens.

«Relasjonelle øyeblikk», som er tittel på denne masteroppgaven, kan være med å gi en bevissthet rundt at også *øyeblikk* av kontakt kan være med på å gi mennesker med demens økt

livskvalitet og mestring i sin hverdag, og muligens være med på å påvirke pasientens opplevelse av mening og verdi i et lenger perspektiv. Demens er en progredierende sykdom, hvor viktigheten av små øyeblikk med glede og trygghet kan være avgjørende for pasientenes liv. Jeg vil derfor påstå at en opplevelse av *relasjonelle øyeblikk* kan ha stor betydning i demensomsorgen.

Som informanten i sitatet under poengterer, er relasjoner kjernen, og en viktig klippe for oss musikkterapeuter. Sitatet oppsummerer også på en god måte at relasjoner i demensomsorgen kan og bør forstås ikke bare som langsiktige relasjoner som mål for omsorgen, men i mange tilfeller er det kanskje like relevant å forstå det som kortsiktige relasjonelle øyeblikk i pasientens hverdag.

Relasjon bidrar til personsentrert omsorg og kontinuitet. Og det som kanskje er litt spesielt i demensomsorgen er at det er en degenerativ sykdom – pasientene blir jo dårligere. For de glemmer, og gjenkjenner deg ikke igjen nødvendigvis. Så relasjon er jo på en måte kjernen vår, eller vår klippe da og musikken blir på en måte vårt verktøy.

Referanseliste

- Aldring & helse. (2017). Undersøkelse av forekomsten av demens i Norge. Hentet 15.04 fra <https://www.aldringoghelse.no/alle-artikler/unders%C3%B8kelse-av-forekomsten-av-demens-i-norge/>
- Alvesson, M. & Sköldberg, K. (2009). *Reflexive methodology : new vistas for qualitative research* (2 utg.). London: Sage Publications.
- Amble, L. & Dahl-Johansen, C. (2016). *Miljøterapi som behandling ved komplekse traumer hos barn og unge*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ansdell, G. (2014). *How music helps in music therapy and everyday life*. Farnham: Ashgate.
- Aubert, K. E. (2018). Relasjon. I B. Nordbø (Red.), *Store Norske Leksikon* (2 utg.). Hentet fra 6. april 2018 <https://snl.no/relasjon>
- Binder, P.-E., Nielsen, G. H., Vøllestad, J., Holgersen, H. & Schanche, E. (2006). Hva er relasjonell psykoanalyse? Nye psykoanalytiske perspektiver på samhandling, det ubevisste og selvet. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 43(9), 899-908.
- Blix, E. S. & Breivik, S. (2006). *Basisbok i sykepleie: om menneskets grunnleggende behov*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2012). *Kvalitative metoder: empiri og teoriutvikling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bruscia, K. E. (1998). *Defining music therapy* (2 utg.). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. E. (2014). *Defining Music Therapy*. University Park IL: Barcelona Publishers
- Dissanayake, E. (2008). If music is the food of love, what about survival and reproductive success? *Musicae Scientiæ*, 12 (Spesial issue), 176. Hentet fra 6. mai 2018 <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1029864908012001081>.
- Edwards, J. (2011). *Music therapy and parent-infant bonding*. Oxford: Oxford University Press.
- Engedal, K. (2016). Når vi blir gamle IB. Stige & H. M. Ridder (Red.), *Musikkterapi og eldrehelse* (s. 13-15). Oslo: Universitetsforlaget.
- 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.

- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2018b). Å leve med en demenssykdom. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens: sykdom, diagnostikk og behandling* (s. 48-59). Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse.
- Fugelli, P. (2015). Grunnstoffet tillit. *Sykepleien*, (2). Hentet fra 7. mai 2018
<https://sykepleien.no/2011/06/grunnstoffet-tillit-0>.
- Garred, R. (2004). *Dimensions of Dialogue* (Doktorgradsavhandling). Aalborg Universitet, Aalborg. Hentet fra 4. mai 2018
http://vbn.aau.dk/files/195252591/rudy_garred_dimensions_dialogue.pdf
- Gavrielidou, M. & Odell-Miller, H. (2017). An investigation of pivotal moments in music therapy in adult mental health. *The Arts in Psychotherapy*, 52, 50-62. doi: 9. mai 2018
<https://doi.org/10.1016/j.aip.2016.09.006>
- Halhjem, J. S. (2017). *Musikken som relasjonsskaper - En kvalitativ studie om mødres oppfatning av relasjon til spedbarnet sitt i musikken* (Masteroppgave). Universitetet i Bergen, Bergen.
- Hansen, B. R. (1996). Den affektive dialogen i psykoterapi med barn: Implikasjoner fra nyere spedbarnsforskning IM. Kjær (Red.), *Skjønner du? Kommunikasjon med barn* (s. 79-96). Oslo: Kommuneforlaget.
- Helse - og omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplan 2020: et mer demensvenlig samfunn*. Hentet fra 15. mars 2018
https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf
- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for demens* Hentet fra 19.mars 2018
https://s3.amazonaws.com/files.magicapp.org/guideline/7cf622fe-45ff-4ba9-a738-12a14aea662b/published_guideline_2273-3_1.pdf
- Johansen, S. H. (2012). *Musikkterapi og anerkjennelse. Hva er anerkjennelse i musikkterapien og hvordan beskriver musikkterapeuter dette?* (Mastergradsavhandling). Norges musikkhøgskole, Oslo.
- Johansson, K. (2016). Mellom hermeneutikk og fenomenologi: et essay i vitenskapsteori. *Musikkterapi*, 2016 (2). Hentet fra 12.mars 2018 <http://www.musikkterapi.no/2-2016/2017/1/19/mellom-hermeneutikk-og-fenomenologi-et-essay-i-vitenskapsteori>.
- Johns, U. T. (2008). Å bruke tiden – hva betyr egentlig det? *Tid og relasjon – et intersubjektivt perspektiv* IE. Ruud & G. Trondalen (Red.), *Perspektiver på musikk og helse: 30 år med norsk musikkterapi* (s. 67-83). Oslo: Norges musikkhøgskole.

- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: the person comes first*. Buckingham: Open University Press.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (2005). *Grunnleggende sykepleie, bind 3: Pasientfenomener og livsutfordringer*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Krumsvik, R. J. (2014). *Forskningsdesign og kvalitativ metode: ei innføring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kulset, N. B. (2018). Kommunikativ musikalitet. I *Store Norske Leksikon* (3 utg.). Hentet fra 20.mars 2018 https://snl.no/kommunikativ_musikalitet
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (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 musikkterapi* (s. 487-497). Oslo NMF-publikasjoner.
- Malloch, S. & Trevarthen, C. (2009). Musicality: Communicating the vitality and interests of life. I S. Malloch & C. Trevarthen (Red.), *Communicative musicality : exploring the basis of human companionship* (s. 1-12). Oxford: Oxford University Press.
- Malloch, S. N. (1999). Mothers and infants and communicative musicality. *Musicae Scientiae* (Special Issue), 29-57.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Myskja, A. (2006). Individualisert musikk og Musikk i siste livsfase. I T. Aasgaard (Red.), *Musikk og helse* (s. 173-200). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3 utg.). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Ridder, H. M. (2011). Musikkterapi med demensramte: hukommelse, identitet og musikreminiscens. I K. Stensæth & O. L. Bonde (Red.), *Musikk, helse, identitet: Skriftserie fra Senter for musikk og helse* (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*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ridder, H. M. (2016b). Musikkterapi i en psykososial demensomsorg i plejebolig. I B. Stige & H. M. Ridder (Red.), *Musikkterapi og eldrehelse* (s. 133-145). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ruud, E. (1990). *Musikk som kommunikasjon og samhandling* Oslo: Solum forlag.
- Ruud, E. (2005). *Varme øyeblikk*. Oslo: Unipub forlag.

- Ruud, E. (2013). *Musikk og identitet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ruud, E. (2018a). Musikkterapi. I *Store Norske Leksikon* (8 utg.). Hentet fra 05.april 2018
<https://snl.no/musikkterapi>
- Ruud, E. (2018b). Relasjonell musikkterapi. I E. Ruud (Red.), *Store Norske Leksikon* (5 utg.).
Hentet fra 03.april 2018 https://snl.no/relasjonell_musikkterapi
- Satir, V. (1997). *Om å skape kontakt* (8 utg.). Oslo: Grøndahl Dreyer.
- Schibbye, A.-L. L. (2009). *Relasjoner: et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi* (2 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Selbæk, G. (2007). Psykiatriske symptomer hos sykehjemspasienter: Store utfordringer krever økte ressurser. *Demens & Alderspsykiatri* 11 (1), 8-11.
- Simonsen, N. (2008). *Demens: en bedre hverdag*. Hentet fra 2.mai 2018
<http://www.fagforbundet.no/file.php?id=7245>
- Stensæth, K. (2008). *Musical answerability: a theory on the relationship between music therapy improvisation and the phenomenon of action* (Doktorgradsavhandling). Norges musikkhøgskole, Oslo.
- Stige, B. & Ridder, H. M. (2016). Musikk som mulighet og rettighet. I B. Stige & H. M. Ridder (Red.), *Musikkterapi og eldre helse* (s. 21-27). Oslo: Universitetsforlaget.
- Trondalen, G. (2008). Musikkterapi: et relasjonelt perspektiv. I G. Trondalen & E. Ruud (Red.), *Perspektiver på Musikk og Helse: 30 år med norsk musikkterapi* (s. 29-48). Oslo: Norges musikkhøgskole: I samarbeid med Unipub, 2008.
- Trondalen, G. (2016). *Relational music therapy: an intersubjective perspective*. Dallas, Texas: Barcelona Publishers.

Vedlegg 1

Kvittering på melding om behandling av personopplysninger



Frode Aass Kristiansen
Postboks 7800
5020 BERGEN

Vår dato: 19.10.2017

Vår ref: 56279 / 3 / BGH

Deres dato:

Deres ref:

Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 29.09.2017.

Meldingen gjelder prosjektet:

56279	<i>Relasjonell musikkterapi i demensfeltet; Musikkterapeuters opplevelser av relasjon med mennesker rammet av demens</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Bergen, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Frode Aass Kristiansen
Student	Sandra Ivanna Sognnes Thorstensen

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 personvernuleppe. 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

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

- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til
- 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 29.06.2018 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/spørreskjemaleverandør) 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 i forskningsprosjekt

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

“Relasjonell musikkterapi i demensfeltet

Musikktapeuters opplevelser av relasjon med mennesker rammet av demens”

Bakgrunn og formål

Dette er en forespørsel til deg om å delta i mitt forskningsprosjekt som jeg gjør i forbindelse med min masteroppgave i musikkterapi ved Griegakademiet. Dette dokumentet vil gi deg et innblikk i bakgrunn for masterprosjektet.

Min masteroppgave baseres på musikkterapi i eldreomsorgen, nærmere bestemt demensomsorgen. Jeg er interessert i å undersøke hvordan musikkterapeuter opplever relasjoner som oppstår med et menneske rammet av demens. Relasjon står veldig sentralt i musikkterapeutisk behandling, spesielt i den norske musikkterapitradisjonen. Dette gjenspeiler seg også i litteraturen. I følge mine litteratursøk er det derimot ikke skrevet mye om relasjon mellom musikkterapeut og mennesker med demens. Dette er et tema som interesserer meg, og jeg mener det er et viktig tema å forske på.

Hva innebærer deltakelse i studien

Studien innebærer å gjøre kvalitative intervjuer med fem musikkterapeuter som jobber med mennesker med demens. Intervjuene vil foregå mellom musikkterapeut og meg hvor spørsmålene vil handle om musikkterapeutens opplevelse av relasjon, med et menneske med rammet av demens. Intervjuene vil foregå i november 2017, så langt det lar seg gjøre.

Intervjuene vil være semi-strukturerte. Jeg planlegger å stille åpne spørsmål til deltakerne, hvor det også vil være rom for spontane spørsmål underveis i intervjuet. Spørsmålene vil handle om hvordan deltakernes mener en relasjon oppstår mellom musikkterapeuten og mennesket med demens. Det vil også være naturlig å få deltakeren til å definere begrepet relasjon i denne sammenheng.

Jeg er interessert i å høre case-historier fra deltakernes egen praksis. Av hensyn til taushetsplikt vil jeg be deltakerne om å ikke bruke reelle navn på klienter eller pårørende under intervjuet. Jeg vil også understreke at det er viktig å ikke gi opplysninger om klienter

som kan være indirekte identifiserende som for eksempel fødselsdag/fødselsår, tidligere bosted/adresse, slektskapsforhold eller spesielle hendelser i livet og så videre.

Jeg vil bruke lydopptaker og ta notater under selve intervjuet. Opptakene vil jeg lagre på en kryptert ekstern harddisk i etterkant av intervjuet. Det kan hende jeg tar kontakt for et oppfølgingsintervju i etterkant. Vi vil sammen bli enig om sted og tidspunkt for intervjuet.

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 deltakerne, som vil bli lagret adskilt fra øvrige data. Det er kun jeg og min veileder som vil ha tilgang til denne listen.

Det vil etterstrebtes å anonymisere deltakerne tilstrekkelig. Dette kan, ved behov, gjøres ved å endre alder og kjønn når deltakerne 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 mitt forskningsprosjekt, og det er mulig å trekke sin deltakelse uten å måtte oppgi en 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 Sandra Sognes Thorstensen på telefon 951 25 109 eller mail sandra.sognes@gmail.com.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD – Norsk senter for forskningsdata AS.

Med vennlig hilsen

Sandra Sognes Thorstensen

Samtykke til deltakelse i forskningsprosjekt

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien til Sandra Sognes Thorstensen, og er villig til å delta.

Signatur og dato

Intervjuguide

Dette er en intervjuguide tilhørende studien ”Relasjonell musikkterapi – Musikkterapeuters opplevelser av relasjon med mennesker rammet av demens”.

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

Problemstilling for studien:

Hvordan opplever musikkterapeuter relasjonene som oppstår med et menneske rammet av demens?

Rammesetting (ca. 5-15 minutter)

Jeg vil starte med å ønske velkommen og vil 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
- Om bruk av lydopptaker
- Tidsramme
- Forklare hensikten med intervjuet
- Informere om taushetsplikt og anonymitet
 - o Jeg vil minne deltakerne på deres egen taushetsplikt og at de ved eventuell omtale av klienter ikke må bruke reelle navn, eller gi andre opplysninger som kan gjøre det mulig å gjenkjenne enkeltklienter.
- Spørre om noe er uklart og om deltakeren har noe spørsmål

Intervju (45-60 minutter)

1. Hvorfor valgte du å jobbe med sykehjem med mennesker rammet av demens?
2. Kan du fortelle meg om ditt arbeid som musikkterapeut på sykehjemmet?
 - a. Hvordan er en vanlig dag på jobb for deg?
3. Hvordan opplever du relasjonen mellom deg som musikkterapeut og klienter rammet av demens?
 - a. Opplever du at klienter fort knytter seg følelsesmessig til deg?
 - b. Hva er det som gjør at klienter fort får tillitt til deg, eventuelt ikke får tillitt til deg?
 - c. Hender det at du ikke får kontakt med klienter, i så fall hva skyldes det?
4. Hva mener du kjennetegner en god relasjon og hvordan skaper du gode relasjoner?
5. På hvilken måte er relasjon viktig i samspillet mellom deg og din klient?
6. I relasjonsbygging med mennesker med demens – hvilken rolle spiller musikken i;
 - a. Å initiere kontakt?
 - b. Det å skape gjensidig tillitt?
 - c. Det at klienten relaterer seg til deg?
7. En person med demens husker gjerne ikke deg som person fra time til time. Opplever du dette som en hindring?
 - a. Hva gjør du for å gi brukeren en god opplevelse i en slik situasjon?
 - b. Opplever du en utvikling i relasjonen mellom deg og din klient? Fortell gjerne mer om det.
8. Opplever du at du over tid, gjennom bruk av musikkterapi, kan bygge en varig relasjon til klienten?
 - a. Gjelder dette uavhengig hvor langt kommet dement klienten er?
9. Opplever du at mennesker med demens mister deler av sin identitet?
 - a. Tror du musikkterapien har en rolle i å bevare klientens identitet?
 - b. På hvilken måte?
10. Er det andre tanker du har rundt relasjonsarbeid i arbeid med mennesker rammet av demens?

På bakgrunn av dette ser vi altså 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 også ta opp refleksjoner om musikkterapeutens opplevelse av relasjonsbygging med ulike klienter. Jeg vil som nevnt sørge for at det ikke blir registrert opplysninger som kan gjøre det mulig å gjenkjenne enkeltklienter.

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.