



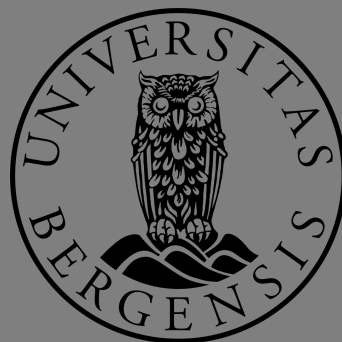
Foto: Tom Hussey

## Forstår du meg egentlig?

*En Mixed Method-studie om forståelse og observasjoner vi gjør med personer med demens innenfor musikkterapi, og om disse stemmer overens med brukerperspektivet.*

Gerd Karine Eriksrud Lunde

Masteroppgave i musikkterapi



**Til Jan Sigurd**

*Fordi du alltid har delt historier fra din hverdag, og lært meg så mye om hvordan det er å leve med en demensdiagnose.*

## ABSTRACT

”Do you really understand me? A mixed method study of the understanding and observations we do with people with dementia in music therapy, and whether it corresponds with the user perspective” explores the observation of employees in a day care centre for people with dementia and the music therapist, and the experience of people with dementia in music therapy.

The research question of this study is, ”To what extent do we have an understanding of people with dementia’s experiences of participating in a music therapy group?”. The sub questions of the study are, ”To what extent is there correspondence between the music therapist and employees observations, and the participant’s experience of music therapy?” and ”What differences are reflected in the material?”.

A mixed methods method was used with a triangulation design. The data was generated using both the ”Music in Dementia Assessment Scale (MiDAS)” which was filled in by the employees and the music therapist, and semi-structured interviews with the three participants. This combination was carried out twice. The collected data is presented as a single case series and are triangulated separately, before there is an overarching triangulation.

Though this is a small study, the results show that there are some correspondences in the degree of understanding how people with dementia experience participation in a music therapy group. Also the results show that by comparing their results, the non-music therapy staff and the music therapist often get closer to the correct answer than they do with only their own observations.

Listening to people with dementia, and conducting interviews with them is not only possible, but also provides deep insight, as this research has shown. Interdisciplinary collaboration has proven to increase the level of understanding people with dementia. This research highlights the need for more attention and research in people with dementia, music therapy and compliance perspectives to further develop and improve care for people with dementia.

## FORORD

Arbeid med denne oppgaven har vært en lang prosess, men har også vært svært spennende og lærerik. Når man har jobbet så lenge med en oppgave og endelig nærmer seg slutten er det selvfølgelig en god følelse, men også litt tomt å skulle gi slipp på noe man har jobbet hardt og lenge med. Likevel gleder jeg meg veldig til å kunne la andre få lese denne forskningen.

Forsidebildet på denne oppgaven er hentet fra fotograf Tom Hussey sin ”Reflections of the past”-samling som han lagde til en kampanje for firmaet Novartist – et godt beskrivende bilde som står sterkt knyttet til denne oppgaven.

Det er flere jeg gjerne ønsker å takke i forbindelse med denne masteroppgaven: Først og fremst vil jeg takke mine tre deltakere og informanter som har gjort denne oppgaven mulig. Tusen takk for at dere tok dere tid, hadde lyst til å la dere intervju og for at dere ga meg så mye spennende datamaterialet å jobbe med.

Jeg vil også takke ansatte og leder ved dagsenteret hvor forskningen og musikkterapigruppene foregikk. Tusen takk for at dere lot meg komme til dere for å ha musikkterapigrupper og forske, og takk for at dere tok dere tid til å fylle dette ut MiDAS.

Tusen takk til mine to dyktige og kunnskapsrike veiledere Simon Gilbertson og Wolfgang Schmid for at dere har hørt på idéene mine, alltid har stilt opp når jeg har hatt behov for det, gitt gode og konkrete tilbakemeldinger og hele tiden har hatt troen på meg. Dere er begge til stor inspirasjon for meg, og det har vært veldig spennende å jobbe med dere!

Det er viktig for meg å takke hele min familie for å støtte meg i det å bli en musikkterapeut, for gode samtaler og oppfordring til å alltid jobbe videre. Spesielt her vil jeg takke mamma og pappa for alt dere har gjort for meg. Jeg ønsker også å takke min fetter Øyvind og onkel Finn som har korrekturlest og sett over oppgaven min.

Jeg føler meg heldig som har fått gå i en så flott klasse som jeg har i disse fem årene. Tusen takk til dere alle sammen, men spesielt takk til Malena for støtte gjennom alle år og gode diskusjoner om eldreomsorg, og til Kjetil for motivasjonen du gir oss andre og at du alltid klarer å finne en løsning på ting jeg syns er vanskelig. Dere er gull!

Til slutt vil jeg gi en spesiell takk til Lars Otto for den unike tålmodigheten du har vist, samtidig som du hele tiden har gitt meg det sparket jeg trenger for å jobbe videre.

Tusen takk alle sammen!

Bergen, Mai, 2016

Gerd Karine Eriksrud Lunde

# INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1.0 INNLEDNING</b>	<b>s. 8</b>
<b>1.1 Problemstilling</b>	<b>s. 11</b>
1.1.2 Begrepsavklaring	s. 11
<b>1.2 Oppgaven sin struktur</b>	<b>s. 13</b>
<b>2.0 LITTERATURGJENNOMGANG</b>	<b>s. 13</b>
<b>2.1 Demens</b>	<b>s. 14</b>
2.1.1 Hjernen	s. 15
2.1.2 Ulike demensdiagnoser	s. 16
2.1.3 Personer med demens: brukerperspektiv	s. 18
<b>2.2 Musikkterapi</b>	<b>s. 20</b>
2.2.1 Ressursorientert tilnærming	s. 22
<b>2.3 Musikkterapi med personer med demens</b>	<b>s. 23</b>
<b>3.0 METODE</b>	<b>s. 29</b>
<b>3.1 Deltakere: Utvalg og inklusjonskriterier</b>	<b>s. 29</b>
<b>3.2 Begrunnelse for valg av metode</b>	<b>s. 29</b>
<b>3.3 Mixed Method</b>	<b>s. 30</b>
3.3.1 Triangulering	s. 32
3.3.2 Kvantitativt: Music in Dementia Assessment Scale	s. 32
3.3.3 Kvalitativt: Semistrukturert intervju	s. 34
3.3.4 Transkribering	s. 36
<b>3.4 Analyse: Interpretative Phenomenological Analysis</b>	<b>s. 37</b>
<b>3.5 Etske refleksjoner</b>	<b>s. 40</b>
<b>4.0 PRESENTASJON AV DATA</b>	<b>s. 42</b>
<b>4.1 Presentasjon av deltakerne</b>	<b>s. 42</b>
4.1.1 "I"	s. 42

4.1.2 "O"	s. 42
4.1.3 "B"	s. 43
<b>4.2 Resultat</b>	<b>s. 43</b>
4.2.1 "I"	s. 43
4.2.1.1 MiDAS I-1	s. 43
4.2.1.2 Intervju I-1	s. 45
4.2.1.3 MiDAS I-2	s. 46
4.2.1.4 Intervju I-2	s. 48
4.2.1.5 Triangulering "I"	s. 49
4.2.2 "O"	s. 50
4.2.2.1 MiDAS O-1	s. 50
4.2.2.2 Intervju O-1	s. 52
4.2.2.3 MiDAS O-2	s. 53
4.2.2.4 Intervju O-2	s. 55
4.2.2.5 Triangulering "O"	s. 56
4.2.3 "B"	s. 57
4.2.3.1 MiDAS B-1	s. 57
4.2.3.2 Intervju B-1	s. 58
4.2.3.3 MiDAS B-2	s. 60
4.2.3.4 Intervju B-2	s. 62
4.2.3.5 Triangulering "B"	s. 63
<b>4.3 Overordnet triangulering</b>	<b>s. 64</b>
<b>5.0 DISKUSJON</b>	<b>s. 67</b>
<b>5.1 Funn relatert til annen forskning og diskrepans</b>	<b>s. 68</b>
5.1.1 Tverrfaglig perspektiv	s. 68
5.1.2 Sosial kompetanse, samvær og identitet	s. 70
5.1.3 Brukerperspektiv	s. 73
<b>5.2 Betydningen av å bruke flere metoder</b>	<b>s. 75</b>
<b>5.3 Metodekritikk</b>	<b>s. 76</b>
<b>5.4 Konklusjon</b>	<b>s. 78</b>

<b>Litteraturliste</b>	<b>s. 79</b>
<b>Vedlegg 1</b>	<b>s. 84</b>
<b>Intervjuguide</b>	
<b>Vedlegg 2</b>	<b>s. 86</b>
<b>NSD-godkjenning</b>	
<b>Vedlegg 3</b>	<b>s. 87</b>
<b>MiDAS</b>	

## 1.0 INNLEDNING

*Jeg gikk inn døren til pasientkorridoren. Halvveis i den lange korridoren kunne jeg se en eldre mann, sittende på en krakk, som veivet med både armer og ben. Han skrek høyt og alle andre dører i korridoren var lukket, sannsynligvis for å skjerme medpasienter.*

*Dette var en ny pasient som hadde ankommet dagen før, og jeg visste ingenting om ham. Praksislæreren min hentet gitaren sin på kontoret og ba meg følge etter, men ba meg holde noe avstand. Dette var en stor mann, og tross sin høye alder hadde han god kraft i bevegelsene sine. Praksislæreren satte seg rolig ned foran mannen som hoiet og styrte på med uforståelig babling. Hun hilste på ham og sa det var hyggelig å treffe ham igjen og satte i gang å klimpre på gitaren.*

*Mannens roping og kraftige bevegelser roet seg kraftig ned og øynene begynte å søke etter kilden til lyden. Da praksislæreren min fikk kontakt med øynene begynte hun å synge:*

*”Vesle Daniel skal ut i verda  
og gjer kista klar i denne stund  
Over store hav mot sør går ferda  
med ”San Salvador” av Haugesund”*

*Jakob Sandes ”Vesle Daniel” fanger hans oppmerksomhet. Pasienten begynner å gråte, praksislæreren min går nærmere og tar ham på skulderen og tiltaler ham ved navnet hans. Pasienten forteller uttaler: ”e-eg var lenge sjømann, men no kan ingen lenger finne meg (...) Ikkje eg heller”.*

Jeg har alltid hatt en interesse for å arbeide med eldre mennesker innenfor psykisk helse og spesielt de som har fått en demensdiagnose. Egne opplevelser og erfaringer fra praksis, besteforeldre som har hatt en demensdiagnose og arbeid på et dagsenter for demente de siste tre årene har vært med på å øke min interesse og nysgjerrighet for dette feltet ytterligere.

I mine observasjoner i praksis og eget arbeid har det slått meg hvor forskjellig de ulike diagnosene slår inn hos forskjellige mennesker, hvordan det påvirker den som får diagnosen, men også hvordan det påvirker alle rundt den rammede. Hvordan de flere ganger i løpet av en dag opplever tapsopplevelser på ulikt nivå uansett om det er ufaglærte, pårørende, leger, sykepleiere eller andre som møter dem. Men også hvordan de flere ganger i løpet av en dag opplever mestring, å bli hørt og at noen har bruk for dem som person.

Ordene til pasienten ”ingen kan lenger finne meg” fikk meg til å tenke på forståelsen vi



har av personer med demens, hvordan vi kan utvikle denne, og om det i det hele tatt er mulig å ha en god forståelse av personer med demens når de ikke lenger har noen forståelse igjen av hvem sitt eget ”jeg” er.

Å miste følelsen av hvem vi er gjør at vi mister vår identitet. ”Identitet handler om individets bevissthet om å ”være den samme” (latin idem = ”den samme”). Videre peker identitetsbegrepet mot opplevelsen av kontinuitet i selvoppfatning og å være forskjellig fra andre” (Even Ruud, 2013, s. 52). Identiteten vår er iboende i oss, og hvis man får en demensdiagnose kan vi måtte trenge hjelp til å vise andre hva som er vår identitet. Isolert fra vår egen personlighet, eget selv og forståelse av ”jeg” kan igjen føre til angst, depresjon og andre psykiske lidelser hos personer med demens (Kvamme, 2013).

Tom Kitwood (1997) bruker begrepet ”*personhood*”, et begrep som har vist seg å være svært viktig for utviklingen frem mot dagens eldreomsorg, og som vil stå sentralt i denne oppgaven. Han skriver i sine tekster om en personsentrert omsorg med fokus på en biopsykososial forståelse av omsorg og pleie.

”(…) en integrasjon av det biologiske, psykologiske og sosiale i møte med den enkelte person” (Ridder, in press, s. 3). Målet her er et helhetlig perspektiv.

Denne modellen utarbeidet Kitwood da han så hvordan personer med demens fikk identitet og verdier undergravd gjennom den da eksisterende behandlingsmåten. Kitwood er bevisst de hjerneorganiske endringene som skjer grunnet sykdommen, men legger vekt på at vårt syn på den enkelte i tillegg til sykdommen må inneholde personlighet, livshistorie, helse, nevropatologi og sosialpsykologi. ”Personhood is a standing or a status that is bestowed on one human being, by another in the context of relationship and social being” (Kitwood, 1997, s.8). Her ser vi flere likhetstrekk med Even Ruuds definisjon av identitet.

Kitwood (1997) la vekt på at mennesket ikke mister sin personlighet, men at personligheten kan ivaretas gjennom samvær med andre mennesker. For å ivareta personligheten må vi møte den enkelte som medmenneske ut fra de psykologiske behovene den enkelte har (Kitwood, 1997; Kvamme, 2008). Den enkelte personen sitt selv og de individuelle opplevelsene og håndtering av sitt liv med sykdommen er hovedfokus.

Musikkterapien innenfor eldreomsorgen og demensomsorgen mener jeg i stor grad er inspirert av Kitwood sin modell. Dette støttes også av McDermott et. al (2014) som skriver at oppbygging av forhold gjennom musikalske interaksjoner er viktig.

Flere musikkterapeuter fremmer bruk av sanger som har betydd noe spesielt for den enkelte (Aldridge, 2005), og dette bekreftes også av sykepleiere og andre helsefagarbeidere. Linda A. Gerdner er utdannet sykepleier og argumenterer for bruk av individualisert musikk med

demenspasienter. Hennes studie viser hvordan bruk av musikk, basert på personlige preferanser, kan redusere agitasjon hos demenspasienter (Gerdner, 2012). Denne forskningen, og hennes tidligere forskning, har vært med på å øke interessen for bruk av musikk med personer med demens hos helsearbeidere.

Musikk er en aktivitet som aktiverer komplekse nettverk i hjernen, som blant annet involverer bevegelse, følelser og erindring (Koelsch, 2012). Musikken gir også mulighet til å inngå i et fellesskap der vi kan få dekt våre grunnleggende psykososiale behov, og skape en relasjon (Ridder, 2012). ”Musical perception, musical sensibility, musical emotion and musical memory can survive long after other forms of memory have disappeared” (Sacks, 2008, s. 373). Musikken og gleden av musikken kan fremdeles være iboende i kroppen til den enkelte etter at musikkterapien er ferdig.

I praksis har jeg sett at praksislærer har hentet frem en pasient sitt ”selv”, som han selv hadde glemt eksisterte, og hvor viktig dette var for den enkelte pasient. Observasjonene vi gjør formes av vårt eget selv og opplevelser vi bringer med oss som gir oss muligheten til å fortolke det vi ser. ”Møteplass for mestring” - et helgekurs for unge personer med demens og pårørende, har jeg også fått delta med praksislærer. Her var det blant annet samtalegrupper hvor pårørende gikk i en egen gruppe og personene med en demensdiagnose var i en annen gruppe. Flere av personene med demensdiagnose, som hadde vært helt stille i grupper bestående av både pårørende og dem selv, valgte her å ta ordet og forklare hvordan de selv hadde det og opplevde det å leve med en demensdiagnose. Felles for mange av personene med demens i denne gruppen var at de følte at de aldri fikk muligheten til å fortelle hva de egentlig følte fordi alle rundt dem kun henvendte seg til deres pårørende for å stille spørsmål. Det å høre disse deltakerne fortelle dette selv har i stor grad inspirert og formet min utvikling av meg selv som musikkterapistudent, men også gjort meg veldig nysgjerrig på hvordan personer med demens opplever musikkterapi. Dette har lagt grunnlaget for hva jeg ønsker å finne ut i dette forskningsprosjektet.

I denne oppgaven ønsker jeg å sette fokus på observasjonene (og fortolkningen av disse) som blir gjort innenfor musikkterapi av personer med demens i musikkterapi, og se om det er overenstemmelse med deltakernes egen opplevelse. Til å belyse dette ønsker jeg å bruke et Mixed Method Design.

For å finne ut om det her er en overenstemmelse skal jeg bruke den standardiserte målingsenheten Music in Dementia Assessment Scale (MiDAS) for vise hva observasjonene, til musikkterapeut og ansatt ved dagsenteret, er av deltakerne. Dette er en kvantitativ måleenhet utviklet hovedsakelig av Orri McDermott (2014). Hun skriver at bakgrunnen for å

utvikle MiDAS var en manglende målingsenhet for personer med demens for å måle verdier og hva som betyr mest for den enkelte innenfor musikken.

For å finne brukerperspektivet vil det bli gjort semistrukturerte intervju med åpne svar som fremstår som en dialog mellom forsker og deltaker i gruppen. Til slutt vil disse to sammenlignes og diskuteres.

## 1.1 Problemstilling

Som tidligere nevnt finner jeg flere aspekter rundt å arbeide med personer med demens interessant, men særlig overenstemmelsen mellom musikkterapeut og personen selv sitt perspektiv. Med en stadig voksende befolkningsandel som kommer til å få en demensdiagnose (Solheim, 2015) ser jeg et behov for å sette seg inn i dette tema og kunne videreutvikle eksisterende praksis. Ut fra tema og hovedfokus, som er utgangspunktet for masteroppgaven, har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

### **I hvilken grad har vi en forståelse av personer med demens sin opplevelse av å delta i en musikkterapigruppe?**

For å bedre hjelp til å besvare problemstillingen min har jeg valgt å ta med følgende forskningsspørsmål:

*- I hvilken grad er det sammenheng mellom musikkterapeut/ansatt sine observasjoner og deltakers opplevelse av musikkterapien?*

*- Hvilke forskjeller kommer til uttrykk i materialet?*

#### 1.1.2 Begrepsavklaring

Jeg vil her gi en kort begrepsavklaring fra problemstillingen og for viktige begrep som vil gå igjen i denne oppgaven, for på best mulig måte å kunne lage en felles forståelse av hva ordene innebærer:

*Vi:* I denne sammenhengen er ”vi” en fellesbetegnelse på de som deltar i musikkterapigruppen som ansatte og ikke brukere av tilbudet. Deltakerne i denne gruppen utenom brukere av tilbudet er musikkterapeut og to ansatte.

*Forståelse av personer med demens sin opplevelse:* Den idéen vi, som observerer aktiviteten får av å se deltakerne delta i den gitte musikkterapeutiske aktivitet. Her gjør vi en fortolkning av det vi ser og skaper oss en forståelse om hva deltakeren mener, synes og hvordan de har det – dette blir vår observasjon av deltakerens opplevelse.

*Personer med demens:* Demens vil senere defineres (2.1), men brukes i problemstillingen som person med en gitt demensdiagnose over 65 år. Dette er en av inklusjonskriteriene for å være deltaker i forskningen. Jeg har bevisst valgt å bruke frasen ”person(er) med demens” i oppgaven fremfor ”demenspasient” eller bare ”dement”. Dette for å sette personen fremfor sykdommen og unngå en stigmatisering om at alle personene er like. Dette grunner i Kitwood (1997) sin ideologi og verdier om en personsentrert omsorg, noe som står sentralt gjennom hele denne oppgaven.

Det kan diskuteres om også ”person(er) med demens” er et godt nok begrep eller om dette også kan oppfattes som stigmatiserende, men per dags dato er det slik jeg finner det best å uttrykke hvem man snakker om.

*Musikkterapi:* Musikkterapi vil senere i denne teksten defineres (2.2), men brukes her i problemstilling som en musikalsk aktivitet styrt av musikkterapeut under utdanning, tilrettelagt for den gitte gruppen. Musikkterapi vil alltid her bli utført i gruppe på opptil 15 personer basert på musikkpreferanser til gruppen og ønsker som dukker opp. Musikkterapien kan eksempelvis være arbeid med reminisens ved bruk av musikk, gjort som en musikkquiz, samspill eller musikk og bevegelse.

*Personhood:* Dette er et begrep som vil bli mye brukt gjennom oppgaven og som er et teoretisk begrep som ble introdusert i innledningen. Tom Kitwood (1997) beskriver ”Personhood”, eller vår personlighet og identitet, som noe personer med demens ikke mister på tross av sykdommen. Dette er noe iboende og vedvarende i oss som kan ivaretas gjennom samvær med andre mennesker. ”Vi må forstå denne personhood i personen for å kunne skape en trygg relasjon som er basert på tillit” (Ridder, in press). Dette er en viktig teori som legger det teoretiske grunnlaget for at det er mulig å intervju og få noe meningsfylt ut av personer med demens. Det innebærer også at de har noe iboende i seg som de trenger å få stimulert.

## 1.2 Oppgaven sin struktur

Innledningen er en introduksjon til selve oppgaven og legger frem valgt tema og problemstilling med forskningsspørsmål. I del 2.0 Litteraturgjennomgang blir det teoretiske grunnlaget og tilhørende litteratur lagt frem. I 3.0 Metode presenterer jeg valg av metode og vitenskapsteoretisk tilnærming. Her blir også forskningsmetode, forskningsprosessen og etiske refleksjoner presentert. Jeg vil så legge frem 4.0 Presentasjon av data hvor deltakerne i gruppen vil bli presentert. Resultatet av de to måleenhetene og triangulering av disse legges også frem her. I 5.0 Diskusjon vil funnene fra datainnsamlingen diskuteres opp mot teori og forskningsspørsmål, før det til slutt i oppgaven vil komme en avsluttende konklusjon.

## 2.0 LITTERATURGJENNOMGANG

Jeg vil her legge frem litteraturen og det teoretiske grunnlaget for oppgaven.

Det har blitt gjort søk i ulike søkemotorer som ”oria”, ”pubmed”, ”google scholar” og ”Taylor & Francis online” (videre vil treffene vises i denne rekkefølgen). På de ulike stedene har søkeresultatet vært variabelt etter søkeordene.

Søkeord brukt er:

- ”musikkterapi + demens” (treff: 44, 0, 160, 2),
- ”music + therapy + dementia” (treff: 1 651, 360, 31 800, 1 722),
- ”music + dementia” (treff: 3 272, 569, 50 800, 2 689),
- ”user perspective + dementia” (treff: 65, 13, 45 000, 9 689),
- ”brukerperspektiv + demens” (treff: 3, 0, 187, 0),
- ”resource oriented + music + therapy” (treff: 152, 7, 52 200, 4 348),
- ”interview + dementia” (treff: 7 922, 3 072, 367 000, 10 623),
- ”intervju + demens” (treff: 41, 0, 4 830, 1)

I artikler jeg fant gode har jeg videre gått i referanselisten for å slik finne mer litteratur.

Jeg har også i stor grad brukt egen litteratur som jeg har opparbeidet meg gjennom årene som student. Både som jeg har funnet selv og fått gjennom undervisning og av praksislærere. Jeg har også fått litteraturtips fra veiledere, medstudenter og kollegaer innenfor ulike yrker som brukes i denne oppgaven.

## 2.1 Demens

”Demens” er et sammensatt ord av de to latinske ordene *de* = uten og *ment* = sinn, altså å være borte fra sitt sinn (Gjerstad, Fladby og Andersson, 2013). Vi skiller demensbegrepet fra begrepet ”Senil”, som stammer fra latin det latinske ordet *senex* = gammel. Gjerstad et. al. (2013) legger frem at det er mulig å slå sammen senil-begrepet med demens-begrepet for å si noe om når demensdiagnosen har oppstått: Senil demens (demens hos eldre) eller presenil demens (demens hos yngre personer – under 65 år).

Demens kalles i medisinsk kontekst for demenssyndrom. Syndrom er ”gruppe eller samling av sammenløpene symptomer som ofte sammen peker hen på en bestemt sykdom, men som av og til representerer, beskriver, hele sykdomsbildet” (Roald, 2015). Demens er altså en fellesbetegnelse på flere lidelser hvor de ulike diagnosene kan ha like og ulike kognitive symptomer og ikke-kognitive symptomer (Solheim, 2015).

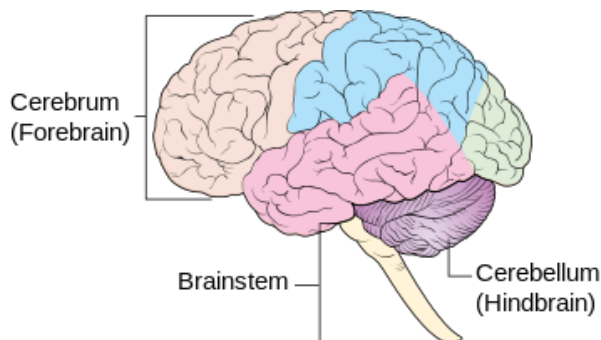
Det stilles diagnostiske kriterier for å avgjøre om en kan kalle tilstanden demens. I Norge bruker ICD-10 (*International Classification of Diseases and Related Health Problems* - WHO sitt diagnosesystem) sin definisjon for å definere om en person kan få en demensdiagnose eller ikke: ”Demens er et syndrom som skyldes sykdom i hjernen, vanligvis av kronisk og progressiv natur, med forstyrrelse av flere høyere kortikale funksjoner som hukommelse, tenkeevne, orienteringsevne, forståelse, regneferdighet, læreevne, språk og dømmekraft. Bevissthetsnivået er ikke redusert. Svekkelser av kognitive funksjoner blir vanligvis ledsaget av, men kan også etterfølge, svekkelser av følelsesmessig kontroll, sosial atferd og motivasjon. Dette syndromet inntreffer ved Alzheimers sykdom, cerebrovaskulære sykdommer og andre tilstander som primært eller sekundært påvirker hjernen” (WHO & Statens helsetilsyn, 2014, s. 43).

Demens er et felt under utvikling som det har blitt økende fokus på de siste årene, spesielt etter Demensplan 2015 (Helse og omsorgsdepartementet, 2007) ble lagt frem. Solheim (2015) legger frem at det per 2015 er 20-25% av mennesker over 80 år som har en demenslidelse. Det vil si at det i Norge er rundt 70 000 mennesker som har en demensdiagnose. Med den stadig stigende populasjonen i Norge kan vi se at det i 2030 vil være 94 000 mennesker med demens, 2050 – 142 000 mennesker med demens, og i 2060 vil det være 200 000 mennesker med demens i Norge (Solheim, 2015). Behovet for utvikling og forskning på feltet er derfor stort og nødvendig.

### 2.1.1 Hjernen

For å få en god og fullstendig forståelse av de ulike demenssykdommene sin påvirkning på menneskene det rammer, mener jeg det er nødvendig å ha en grunnleggende forståelse av hjernen. Dette fordi hjernen er det stedet som rammes av en demensdiagnose. En god forståelse av hjernen som organ kan også være med på å gi en forståelse av den enkelte person med diagnosen sine handlinger og væremåter. Likevel vil det være viktig å ikke glemme det personsentrerte fokuset som er en stor del av grunnlaget for denne oppgaven.

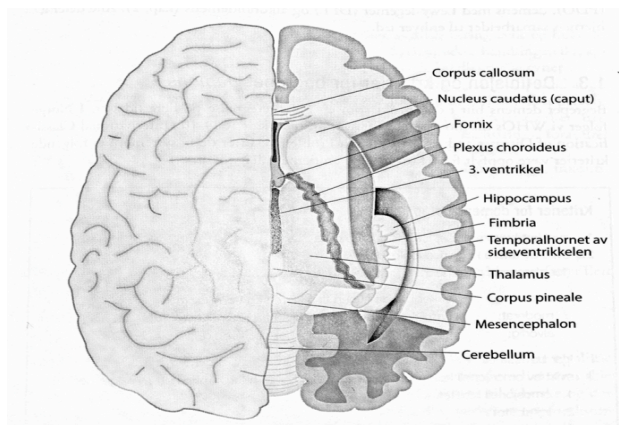
Hjernen er et komplisert organ hvor alle deler samarbeider til enhver tid (Solheim, 2015), og er en livsviktig del av vår eksistens som mennesker (Barker & Cicchetti, 2012). Alt styres fra hjernen, og det vi har med oss fra arv er grunnlaget for hjernens utvikling. Hvordan denne utviklingen skjer preges av miljøet (Gjerstad, Fladby og Andersson, 2013). Hjernens utvikling er altså en del av arv og miljø, og dette er også en av grunnene til at vi mennesker er så forskjellige som vi er.



**Figur 1** Oversiktsbilde over hjernens ytre, med plassering av lappene (Human brain, 2015)

Barker og Cicchetti (2012) legger frem en kort forklaring av hjernens anatomi: Hjernen er omsluttet av ben som vi kaller for skallen. Det ytterste laget til hjernen kalles for korteks eller grå substans. De indre delene av hjernen, bestående av hvit substans, kalles subkorteks. Hjernen består av to like hemisfærer (hjernehalvdeler) som er koblet sammen av pons (hjernebroen). Hver av hemisfærene har hver sin del av pannelapper (Figur 1 beige), tinninglapper (Figur 1 rosa), isselapper (Figur 1 blå) og bakhodelapp (Figur 1 grønn). Alle disse lappene er en del av storehjernen. I lilla på figur 1 ser vi lillehjernen som ligger rett ved hjernestammen. Hjernestammen er livsnødvendig for at vi skal kunne leve og styrer automatiske deler som hjerteslag og pust (Barker og Cicchetti, 2012).

Det oppstår skader i både korteks og subkorteks ved utvikling av en demenssykdom. Hvilke deler som er rammet blir synliggjort av symptomene: kognitiv svikt, psykiske-, atferdsmessige- og motoriske symptom (Solheim, 2015).



**Figur 2 Hjernens indre strukturer med hippocampus og thalamus (Solheim, 2015 s. 19)**

Av figur 2 kan vi se området merket som ventrikkel (som er små hulrom i hjernen). Ved 3. ventrikkel ligger hippocampus (område for læring og hukommelse) og thalamus (sender signaler fra sanseapparatene). Skader i de ulike områdene har betydning for utfallet av sykdommen. Selv små skader på tinninglappene, thalamus, hippocampus eller den tredje ventrikkel (alle områder for læring, hukommelse og bearbeiding av sanseinntrykk) kan medføre til kognitiv svikt (Solheim, 2015).

Grovt sett kan vi dele de ulike demensdiagnosene i to utfra hvor de sitter i hjernen. Vi deler da inn i kortikal demens (Alzheimers sykdom og frontalteporal demens) og subkortikal demens (parkinsonssykdom med demens, lewylegme demens og alkoholdemens).

### **2.1.2 Ulike demensdiagnoser**

Jeg har i denne delen valgt i størst mulig grad å bruke artikler fra nyere tid (fra 2010) av norske forfattere, grunnet den store utviklingen demensomsorgen har hatt i Norge de siste årene.

De ulike demensdiagnosene blir definert utfra hvor skaden sitter og hvilke symptomer den gir. Det er likevel ikke slik at lokalisering av ulike funksjoner i hjernen er 100% gitt. De ulike lappene kommuniserer med hverandre og strekker seg noe utenfor centimetersatte grenser (Gjerstad, Fladby og Andersson, 2012). De ulike diagnosene fremstår forskjellig fra person til person gitt av personligheten til den enkelte (Solheim, 2015). Vi skiller også de ulike demensdiagnosene fra eksempelvis depresjon, angst og delirium. Disse kan fremtre med symptomer som en demensdiagnose men er ikke nødvendigvis demens. Disse er også kurerbare i motsetning til demens som ikke kan kureres (Solheim, 2015). Jeg kommer ikke til å gå dypere inn på depresjon, angst og delirium i denne oppgaven.



Jeg vil nå kort greie ut om den største demensdiagnosene Alzheimers sykdom siden dette er diagnosen de tre deltakerne i prosjektet mitt er diagnostisert med. Jeg ønsker likevel å nevne at det finnes fem andre typer demens som ofte blir omtalt: Lewylegemedemens og Parkinsons sykdom med demens, Frontotemporal demens, Vaskulær demens og Sekundærdemens.

*Alzheimers sykdom* er en degenerativ demenssykdom. Dette betyr at det skjer en gradvis død av nervecellene helt frem til mennesket selv dør (Solheim, 2015). Dette er en av de vanligste sykdommene i Norge. Per 2013 var det 50 000 mennesker med denne diagnosen (Gjerstad, Fladby og Andersson, 2012). Sykdommen skyldes at det skjer en avleiring i hjernen av amyloidplakk. Mengden av dette korrelerer med demensens alvorlighetsgrad (Juhler og Vorstrup, 2010).

Karakteristisk for alzheimerssykdom er problem med hukommelse, vansker med konsentrasjon, vansker med tids og stedsorientering, problem med å finne ting og endring av personligheten (Solheim, 2015). Man ser her særlig skade/isolering av hippocampus, som er avgjørende for hukommelsen (Ridder, 2012). Endringene i hjernen har ofte pågått i lang tid før personen begynner å vise symptomene (Gjerstad et. al. 2012).

Som vi kan se er det hjerneceller som er involvert i de mentale funksjonene som først degenereres. Dette fører til en endring i de mentale funksjonene som er knyttet opp til det området i hjernen som er rammet av sykdommen.

Selv om diagnosen har gitte symptomer er det viktig å huske på personen bak sykdommen og at sykdommen oppleves forskjellig fra person til person. Symptomer for en diagnose kan se annerledes ut hos andre siden dette er en sykdom som påvirker hjernen vår hvor vi alle er noe, om ikke mye, forskjellige (Solheim, 2015).

Mot slutten av 2015 kom Helse- og omsorgsdepartementet med en avløser og videreføring av ”Demensplan 2015” kalt ”Demensplan 2020 – *et mer demensvennlig samfunn*”.

Demensplan 2020 har et hovedfokus på brukerinnflytelse, involvering av både personer med demens og pårørende. Det å skape individuelt tilpassede tilbud, ønsker om å ta bedre vare på personer med demens og bedre integrere disse i et fellesskap står her sentralt. Planen har blitt utviklet i samarbeid mellom fagpersoner, kommuner, brukerorganisasjoner, pårørende og personer med demens. ”For at personer med demens skal kunne utnytte sine ressurser lengst mulig og oppleve trygghet og mestring, er det viktig å ta utgangspunkt i den enkeltes ønsker, interesser, vaner og aktivitetsmønster. Dette må danne grunnlag for utforming av enkeltpersoners konkrete tjenestetilbud” (Helse og omsorgsdepartementet, 2015, s. 18).

Grunnlaget for disse teoriene stammer i stor grad fra Kitwood (1997) sine teorier om en

personsentrert omsorg og med et stort fokus på ”personhood”.

Norske lærebøker om demens og andre degenerative sykdommer har gjennom de siste årene i økende grad fått fokus på en personsentrert omsorg i demensomsorgen og sett på viktigheten av å jobbe seg vekk fra sykdomsideologien som står så sterkt for denne sykdommen (Solheim, 2015).

I Gjerstad et. al (2013) sin bok ”Demenssykdommer” står årsaker og diagnostikk sterkt i fokus, men også her fremmes en behandling hvor man ser på personen bak symptomene og frem mot veien videre med fokus på fremtidsperspektivene og jakten etter lysglimt. Selv om Kitwood (1997) for flere år siden la frem idéen om ”Personhood” (en personsentret omsorg hvor pasienten er det viktigste fremfor sykdommen i seg selv), har det tatt flere utgaver av Solheim (2015) sin bok ”Demensguiden” å få et så sterkt fokus i alle kapitler om viktigheten med å se personen fremfor sykdommen og å behandle personer med demens med likeverd uansett kognitiv svikt. Dette er en viktig ideologi som henspeler de musikkterapeutiske verdiene og den ressursorienterte tilnærming som jeg senere vil legge frem.

### 2.1.3 Personer med demens: brukerperspektiv

Kitwood la frem viktigheten om å la personer med demens få komme til orde og bli hørt slik at de kan ta ansvar for sin egen behandling (Ridder, in press). Dette har vært med på å utvikle demensomsorgen og inkludering av personer med demens helt frem til i dag.

Det å involvere personer med demens direkte i forskning har blitt sett på som kontroversielt, og at det byr på etiske og metodologiske utfordringer. Likevel har det de siste årene skjedd en endring innenfor internasjonal demensforskning. Flere har begynt å inkludere personer med demens i et tidlig til moderate stadier av sykdommen og stilt dem spørsmål (von Kutzleben & Schmid, 2012).

Boken ”Langsomme jordskjelv – erfaring med demens midt i livet” (Krüger, 2013) inneholder intervjuer med både pårørende og personer med demens.

Personene med demens som er i stand til å snakke for seg selv forteller i denne boken om at det føles sårt, de har mye bekymring for seg selv, pårørende og fremtiden. De opplever også at ting blir vanskeligere, men at de ikke ønsker å gi opp og at det fremdeles finnes gode stunder. En av informantene i boken, som heter Sigrunn, fikk demens i ung alder rapporterer en kaotisk følelse mange personer med demens beskriver: ”Jeg trodde jeg var i ferd med å bli gal. Jeg gikk i ring på gulvet og gråt og gråt. Ingen kan forstå hvor skremmende et slikt kaos er” (Krüger, 2013, s. 67). En slik forklaring av en opplevelse kan man kun få fra noen som selv har opplevd det.

Hun forteller i senere i boken om bekymringer for fremtiden: "(...) samtidig er jeg redd for å komme på et sykehjem og bli stengt inne, ikke få gå tur, og kanskje ikke bli forstått av dem som er rundt meg. Kanskje forstår jeg mer enn de tror" (Krüger, 2013, s. 72).

Artikkelen "Incongruity of perspectives: Self-reports of persons with dementia and the evaluations of spouses and caregivers – results and conclusions from a systematic review of reviews" (von Kutzleben & Schmid, 2012) ser på uoverensstemmelsene mellom hva personer med demens rapporterer og hva pårørende og de rundt rapporterer. De så på seks artikler hvor fire viste til uoverensstemmelse på sentrale tema som eksempelvis bevissthet av hukommelsesproblem og evaluering av forhold (kvalitet på forhold til partner, seksualitet og anspenthet). Personer med demens tenderer også til å evaluere situasjon, livskvalitet og forholdskvalitet mer positivt enn pårørende. Pårørende føler i større grad på at forholdet blir tyngre og kjenner på de kognitive begrensningene.

Forskningen viser også at personer med demens har forskjellig erfaring med sykdommen både på innsiden og utsiden av kroppen, og viser at alle har forskjellige individuelle behov.

Oppsummert viser forskningen at det å inkludere personer med demens i forskning kan være utfordrende, men at en stor andel av personer med mild til moderat grad av demens har mulighet og ønske om å uttrykke seg. Dette kan også gi oss mulighet til å få en dypere innsikt i de behovene og kravene personer med demens har. Von Kutzleben og Schmid (2012) kommenterer til slutt at behovene og prioriteringene varierer fra person til person og at man derfor må forbedre det de ønsker på et individuelt nivå for å møte dem på best mulig måte.

Kjersti Wogn-Henriksen fullførte i 2012 sin doktorgradsavhandling "Du må ... skape deg et liv – en kvalitativ studie om å oppleve og leve med demens basert på intervjuer med en gruppe personer med tidlig debuterende Alzheimers sykdom". Wogn-Henriksen har her intervjuet personer med demens og stilt spørsmål om hvordan sykdommen oppleves og hvordan de takler den.

Studien viser at deltakerne i intervjuene kunne gi god innsikt og forståelse av hvordan det var å leve med sykdommen og situasjonene de var i. Deltakerne viste også at de ønsket å bli informert og inkludert i samtaler og informasjon om sin diagnose, samtidig som de hadde et ønske om å bli hørt. Deltakerne rapporterte også at de kjente på det stigma som en demensdiagnose bærer med seg.

"Et perspektiv som anerkjenner personer med demens sin unike livsverden, kan styrke omsorgsgiveres engasjement og hengivenhet og bidra til å humanisere demensomsorgen" (Wogn-Henriksen, 2012, s. vi). Wogn-Henriksen viser her, i likhet med von Kutzleben og Schmid (2012), at det å få informasjon fra personene med demens kan bidra til en bedre og

mer velfungerende demensomsorg med større vekt på Kitwood sine teorier.

## 2.2 Musikterapi

Selv om idéen bak musikkterapi stammer fra tusen år gamle tradisjoner med bruk av musikk og rytme som kommunikasjon (Malloch og Trevarthen, 2009), er fremdeles musikkterapi et ungt yrke under stadig utvikling (Bruscia, 2014).

Å definere musikkterapi er noe som har vist seg svært vanskelig for alle innenfor yrket (Bruscia, 2014). Musikkterapi er et sammensatt begrep bestående av ordene ”musikk” og ”terapi”, altså et transdisiplinært fag (Bruscia, 2014). Dette er to ord som også alene kan være vanskelige å definere, og som i like stor grad avhenger av konteksten de blir brukt i som ordet ”musikkterapi” seg selv.

Even Ruud ga i 1990 ut boken ”Musikk som kommunikasjon og samhandling – teoretiske perspektiv på musikkterapi”. Ruud definerte musikkterapi i denne boken som:

”(...) bruk av musikk til å gi mennesker nye handlemuligheter” (Even Ruud, 1990, s. 24).

Dette er en kort definisjon av et stort fag, og Ruud uttrykker selv i boken at den ikke er særlig opplysende for uvitende mennesker som aldri har hørt om musikkterapi. Denne definisjonen krever forkunnskap for å kunne bruke og forstås.

Målet med terapien blir her å gi mennesker nye handlemuligheter og viser til at musikken kan brukes for å gi denne muligheten.

Kenneth E. Bruscia ga i 1998 ut sin andre utgave av boken ”Defining Music Therapy”. Bruscia (1998) presiserer at hans definisjon er en ”working definition”, noe som vil si at det ikke er en helt satt definisjon, men en som er i en konstant prosess av å bli redefinert. Han presiserer også at dette er en teoretisk definisjon som vi selv må variere i henhold til hvilken kontekst defineringen finner sted.

”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” (Kenneth E. Bruscia, 1998, s. 20).

Dette er en bred definisjon på samme måte som Ruud (1990) sin definisjon, men forklarer i

større grad hva vi gjør i den terapeutiske situasjonen.

Vi ser av definisjonen at det er en målrettet prosess mellom en terapeut og en klient, hvor en terapeut (som må ha godkjent utdannelse) hjelper klienten å møte sine egne behov for å komme til sin ultimate tilstand ved bruk og hjelp av musikk. Her er det ikke bare musikken, men også forholdet til terapeut-klient som utvikles og videre kan føre til endring (Bruscia, 1998).

Bruscia ga i 2014 ut en tredje utgave av boken ”Defining Music Therapy” hvor han igjen redefinerer hva musikkterapi er. Bruscia (2014) legger her frem at det å definere musikkterapi er en viktig del av det å være musikkterapeut, men at det er lite sannsynlig at det noen gang vil komme en universell akseptert definisjon av musikkterapi. Dette begrunner Bruscia i at alle definisjoner har begrensninger for faget og yrket, og innenfor musikkterapien er det så mange felt at det er vanskelig å skape en paraplydefinisjon uten å avgrense noen felt.

Ved den tidligere versjonen av en definisjon på musikkterapi (1998) hadde Bruscia tatt utgangspunkt i eksisterende definisjoner og analysert disse, men ikke da på en systematisk måte. I denne tredje versjonen av definisjonen har Bruscia (2014) på en systematisk måte analysert 102 eksisterende definisjoner av musikkterapi og på utgangspunkt av resultatet produsert denne definisjonen:

”Music therapy is a reflexive process wherein the therapist helps the client to optimize the client’s health, using various facets of music experience and the relationships formed through them as the impetus for change. As defined here, music therapy is the professional practice component of the discipline, which informs and is informed by theory and research” (Kenneth E. Bruscia, 2014, s. 36).

Vi ser ut fra definisjonen at den ligner i stor grad på andre versjonen (1998), men at Bruscia her i større grad fin-definerer de ulike aspektene. Her er musikkterapien en refleksiv prosess hvor den utdannede terapeuten hjelper klienten til å optimere helsen ved å bruke varierte former for musikkopplevelser (ikke bare én type) og forholdet som dannes gjennom dette mellom terapeut og klient som en drivkraft for endring. Bruscia (2014) har her lagt til at musikkterapi er et profesjonelt yrke og praksis som påvirker og blir påvirket av gitte teorier og forskning.

Det å legge vekt på at en definisjon er en ”working definition” mener jeg er sunt for et yrke under utvikling, for yrket som musikkterapeut vil fremdeles endres. Dette grunnet

menneskene vi arbeider med som klienter og samarbeider med som kollegaer endres, og også at yrket vårt vil endres med tiden (Bruscia, 2014).

### 2.2.1 Ressursorientert tilnærming

I mitt arbeid med deltakerne i denne oppgaven ønsker jeg å ha en ressursorientert tilnærming. Jeg ønsker derfor å kort legge frem en forklaring og skape en grunnleggende og generell forståelse for hva en ressursorientert tilnærming er.

Ordet ”ressurser” står sentralt i forståelsen av tilnærmingen og ”(...) innebærer både noe en person har, som for eksempel personlige egenskaper og ferdigheter, men også det en person har tilgang til gjennom sitt sosiale nettverk, gjennom organisering av samfunnet, gjennom sin kultur” (Rolvjord, 2008, s. 126). Ressurser er altså både noe iboende i mennesket, men også noe vi har tilgang på å utvikle eller bruke i samvær med andre.

Ressursorientert tilnærming i musikkterapien er en orientering som er bygget opp fra flere teorier som empowerment-filosofien, positiv psykologi, psykoterapi og salutogene modeller (Rolvjord, 2008).

Empowerment-filosofien kommer fra borgerrettsbevegelsen på 60- og 70-tallet som hadde et mål om at alle mennesker skulle få en lik rett. Denne filosofien har også røtter fra ”antimedisinsk”-bevegelse, ”antipsykiatrisk”-bevegelse og feminisme (Rolvjord, 2010). ”Empowerment is a multilevel construct, corresponding to individual, organizational, and community levels of analyses and practices” (Rolvjord, 2010, s. 39). Empowerment er altså alltid situert i en kontekst og utfoldes i en gitt kultur.

Den positive psykologien startet som en kritikk til den allerede eksisterende psykologien (Rolvjord, 2010). Enkelte psykologer så en stadig voksende sykdomsideologi innenfor den eksisterende psykologien, ønsket å bryte med dette og skape et supplement til generell psykologi. Hovedinteressen for den positive psykologien er hva som gjør menneskenes liv verdt å leve – altså å se på lykken, optimisme, livskvalitet og mestring (Skre, 2015). Oppmerksomheten ligger derfor på den psykiske helsen, iboende styrke, ressurser og mestring fremfor å se en psykisk lidelse, symptomene den har med seg og en behandling med størst fokus på disse (Rolvjord, 2010).

Beskrivelse av ressursorientert musikkterapi:

- 1) Fokuset på anerkjennelse og stimulering av sterke sider og ressurser.
- 2) En vektlegging av samspillet mellom individ og samfunn.
- 3) En likeverdig relasjon som betoner samarbeid og medbestemmelse.

#### 4) En forståelse av musikk som en helseressurs

(Randi Rolvsjord, 2010, s. 74)

Samarbeidet og likeverdig arbeid er et av nøkkelordene innenfor en ressursorientert tilnærming. I den ressursorienterte musikkterapien jobbes det derfor med å bygge ressurser som en indirekte funksjon for å stryke de allerede eksisterende ressursene.

I likhet med Bruscia (2014) fremmer også Rolvsjord (2008) at terapien blir forskjellig fra person til person. ”Det sier seg selv at med et ressursorientert perspektiv, må musikkterapien bli ganske så forskjellig avhengig av hva som er klientens (og terapeutens) ressurser, og avhengig av på hvilken måte klienten ønsker å bruke musikken” (Rolvsjord, 2008, s. 134).

Denne tilnærmingen kan være med på å fremme autonomi, medbestemmelse, mestring og sosialisering for deltakerne i musikkterapien. Disse punktene forteller flere personer med demens at de savner etter at de har fått sykdommen, og legger særlig vekt på en følelse av stigmatisering (Wogn-Henriksen, 2012). Innenfor den ressursorienterte tilnærmingen lar man mennesket være seg selv og få mulighet til igjen være med å bestemme.

### 2.3 Musikkterapi med personer med demens

Bruk av musikk med personer med demens er ikke en ny oppdagelse. Derimot er bruk av en utdannet musikkterapeuter til å utføre dette et stadig voksende felt i Norge (Kristiansen, 2015). Musikken kan virke som et samlende element og binde sammen små bruddstykker av en opplevelse til én større meningsfylt opplevelse (Ridder, 2011).

Siden denne oppgaven har stort fokus på brukerperspektivet og hva personer med demens selv forteller fra musikkterapien, har mine søk etter litteratur i stor grad gått etter forskning og artikler hvor personer med demens, som har fått musikkterapi, rapporterer hva de mener. Her fant jeg lite og nesten ingen forskning. Jeg vil derfor støtte oppgaven min mot forskningen som viser hva personer med demens forteller utenom musikkterapi og se på generell forskning på bruk av musikkterapi med personer med demens.

Forskning viser positiv effekt av musikkterapi i korte perioder (McDermott et. al, 2012). Likevel er det slik at en stor andel av forskningen innenfor musikkterapi med personer med demens blir kritisert grunnet manglende effekt innenfor det biomedisinske (Ridder, 2011). Forskningen har ofte også hatt for dårlig metodologi, og manglende langtidseffekt på musikkterapien (Ridder, Stige, Qvale & Gold, 2013). Forskning på musikkterapi med personer med demens kommer i størst grad fra USA (fokus på fysiologisk, kognitivt og sosialt

plan), med noe færre forskning fra Europa (fokus på kommunikative og relasjonelle aspekt) (Ridder, 2005; Ridder, 2012).

En demensdiagnose fører med seg flere negative symptomer (eksempelvis hukommelsestap, problemer med ord eller konsentrasjonsvansker), men også negative symptomer grunnet en sterk sykdomsideologi og stigma. Flere personer med demens forteller at de føler man mister sitt eksisterende nettverk av mennesker på grunn av sykdommen. Tone Sæther Kvamme (2008) velger derfor å kalle demenssykdommen for en *nettverkslidelse*, og argumenterer for at dette er den fremste grunnen til at personene med demens får angst, depresjon eller andre bekymringer (Kvamme, 2013).

På samme måte som Kvamme (2008) legger også David Aldridge (2005) frem et syn på at demenssykdommen fører til tap av sosialt miljø, følelsen av tilhørighet og tap av selv ved bruk av begrepet ”dialogic-degenerative disease”. Aldridge legger frem et syn på at vi fremfører vår egen identitet hver dag, og dette er med på å opprettholde vår egen identitet. ”If we become dislocated from our personal biographies then we suffer. Either we are labelled as deviant and become stigmatized, or we become isolated” (Aldridge, 2005, s. 47).

Tap av et eksisterende nettverk kan føre til at personen isolerer seg, som igjen kan føre til angst, depresjon, uro og en forverring av eksisterende symptomer (Solheim, 2015).

I en stor andel av musikkterapiforskning og teori om bruk av musikk med personer med demens legges Tom Kitwood sine teorier frem. Her med særlig vekt på å dekke personens psykososiale behov. Disse psykososiale behovene går ut på tilknytning, kjærlighet, omsorg, meningsfull beskjeftigelse, inklusjon og identitet (Kitwood, 1997). ”Musikken kan gi personer med demens mulighet til å gjenoppleve betydningsfulle opplevelser og delta i et motivert og følelsesmessig engasjert samvær. Personene kan få bekreftet sin identitet, føle seg møtt og forstått på tross av sykdommen” (Ridder, 2011, s. 61). Vi kan gjennom felles musikkopplevelser i musikkterapien dekke de grunnleggende psykososiale behovene som videre fører til reduksjon i de nevropsykiatriske symptomene på en demenssykdom (Ridder, 2012).

I Tone Sæther Kvamme sin avhandling ”Glimt av glede: Musikkterapi med demensrammede som har symptomer på depresjon og angst” (2013) forsker hun på om musikkterapi kan påvirke sinnsstemning hos demensrammede med symptomer på depresjon, eller depresjon kombinert med angst. Ved bruk av et mixed method design med standardiserte måleinstrumenter som en kvantitativ måleenhet og videoanalyse av musikkterapitimer som kvalitativ måleenhet ser hun på ett caseforløp gjentatt i fem nye parallell-caseforløp for å besvare problemstillingen sin. Resultatet viser individuelle variasjoner, men at det i det



samlede resultatet er reduserte symptom på angst/depresjon, bedret humør og en økt livskvalitet. Forskningen støttes også opp av annen litteratur som viser til sammenheng mellom musikk, identitet, tilgang til musikkminner og den terapeutiske relasjonens betydning. Grunnet få deltakere gir ikke studien grunnlag for generalisering til populasjonen personer med demens.

Det er viktig å huske på at det ikke bare er nedgang for personer med demens selv om det ofte i litteraturen er fokus på at det er en degenerativ sykdom som alltid går nedover. Kitwood (1997) ser på personer med demens som "meaning makers" – de danner seg en forståelse og mening om sine egne og andres handlinger. De som rammes av sykdommen er derfor ikke bare passive offer, men har en forståelse, tilpasser seg og utvikler strategier for å optimere kognisjon og dempe de vanskelige følelsene (von Kutzleben, Schmid, Halek, Holle & Bartholomeyczik, 2012). Dette kommer godt frem i Kjersti Wogn Henriksen sin doktorgradsavhandling "Du må ... skape deg et liv– *en kvalitativ studie om å oppleve og leve med demens basert på intervjuer med en gruppe personer med tidlig debuterte Alzheimers sykdom*" (2012) hvor hun har gjort intervju med personer med demens om hvordan det er å leve med sykdommen. Deltakerne forteller at det er en utfordrende hverdag med tap av blant annet selvrespekt og verdighet, men også gode stunder. Det kommer også frem at deltakerne har forskjellige triks og grep som de gjør selv eller ved hjelp av andre, for å gjøre hverdagen lettere med sykdommen. Dette kaller Wogn-Henriksen for "kognitive grep". Dette er kognitive og praktiske grep som deltakerne bruker for å optimere sin egen kognisjon. Wogn-Henriksen (2012) presiserer at grepene de selv gjør fungerer best i begynnelsen av sykdommen, men effekten av dette avtar etter hvert. Kognitive grep er svært likt som reminisensarbeid, men kan også brukes til å hente frem informasjon om nået til den enkelte (Wogn-Henriksen, 2012).

Ordet "reminisens" kommer av latin, som betyr "å huske". Reminisensarbeid er da å jobbe med mennesker med hukommelsesproblem, hvor minner hentes frem ved bruk av musikk (Ridder, 2011). Som terapeutisk metode tar man her utgangspunkt i den enkeltes livshistorie for å stryke identitet og selvfølelse.

Reminisens og minnearbeid har vist seg svært viktig i arbeid med personer med demens grunnet at langtidshukommelsen ofte er bedre bevart enn korttidshukommelsen i demensforløpet (Wogn-Henriksen, 2012). En nøkkel for å jobbe med reminisens med personer med demens er bruk av musikken.

Både å jobbe i nået og med reminisens er viktig innenfor musikkterapi i arbeid med personer med demens for å skape mening, glede og mestringfølelse for deltakeren. Glede

kommer av utløsning av dopamin (belønningshormon) i hjernen, og denne gode følelsen forsvinner ikke umiddelbart på tross av at minnet forsvinner (Gjerstad, Fladby & Andersson, 2013). Dette gjør det mulig å beholde den gode følelsen etter en musikkterapitime, eller besøk av pårørende selv om den enkelte person ikke kan huske det (Ridder, 2011).

Utløsning av dopamin i hjernen skjer ikke bare ved følelse av glede, men også når vi hører på musikk som vi liker (Koelsch, 2012). For å få en best mulig effekt av musikkterapien vil det derfor være viktig å bruke individualisert musikk (Gerdner, 2012). I likhet med Kitwood (1997) sin teori om en personsentrert omsorg og det å møte den enkelte som unik, er det å greie ut om hver enkeltes musikkpreferanser essensielt for å få best mulig utbytte av musikkterapien for den enkelte. ”Et kjennskap til personens livshistorie danner grunnlag for å kunne arbeide med musikkreminisens” (Ridder, 2011, s. 76).

Orii McDermott, Nadia Cerllin, Hanne Mette Ridder og Martin Orrell utga i 2012 en systematisk litteraturgjennomgang kalt ”Music therapy in dementia”. Her ønsket de å gjøre en kristisk vurdering av litteraturen for å få innsikt i de mulige virkningsmekanismene av musikkterapi og bevis for effektiviteten. I søket fant de 263 relevante artikler, hvorav 18 artikler møtte fullt kriteriene.

Studien viser at til tross for at musikkterapi er populært og har fått positive tilbakemeldinger fra deltakerne, er det kun reduksjon og forbedring (eksempelvis i humør og adferdsforstyrrelser) over kort tidsperiode og ikke lengre tidsperiode.

Innenfor de 18 studiene samler McDermott et al (2012, s. 790) funnene til tre karakteristiske punkt:

#### 1. Adferd og psykologiske aspekt:

Halvparten av studiene viste til adferd og psykologiske endringer. Blant annet ble reduksjon av agitering vist i både kvantitative og mixed method studier. Studiene viste også en signifikant reduksjon av angst og depresjon.

#### 2. Fysiologiske aspekt:

Seks av studiene så på hormonelle og fysiologiske endringer hos deltakerne. Funnene her var blant annet en bedret hjerterytme, roligere hjerteslag, rolighet i kroppen (vist ved lavere melatoninkonsentrat i serum) og redusert stresshormon.

#### 3. Sosiale og relasjonelle aspekt:

Studiene viste et empatisk terapi/klient-forhold, en nedgang i nevropsykiatriske symptom, pårørende som er mer fornøyd, og at pårørende oftere kom på besøk.

McDermott et. al (2012) viser til at musikkterapi i grupper kan bidra og tilby sosiale interaksjoner mellom deltakerne i gruppen, og at det gir en mulighet for deltakere til å uttrykke seg selv non-verbalt. Det konkluderes med at det i likhet med tidligere litteraturgjennomgang vises en korttidseffekt av musikkterapi, men at det trengs mer forskning på langtidseffekten.

I forskningsartikkelen ”Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomised control trial” (Hanne Mette Ridder, Brynjulf Stige, Liv Gunnhild Qvale & Christian Gold, 2013) vises det til funnene fra McDermott et. al (2012) om manglende effektvisning over lengre tid, og en ofte for dårlig metodologi.

Ridder et. al (2013) ønsket her å se på den individuelle effekten musikkterapi har på agitasjon hos personer med demens, om det kan være et tilbud på lik linje med psykiatriske medisiner, og om det er en bedring i livskvaliteten hos deltakerne.

Denne RCT-studien ble utført som en ”crossover trial” over 12 uker, hvor 42 pasienter med demens først fikk enten seks uker med individuell musikkterapi eller seks uker vanlig behandling før de byttet.

Som et resultat kan man se at agitasjonen gikk merkbart ned under musikkterapien og ofte økte under standard behandling. Medisinering økte i større grad under standard behandling enn under musikkterapi.

For Ridder et. al. (2013) er det viktig å presisere at det ikke ble spilt musikk for å forhindre agitasjon, men at de hadde antakelse om at nedgang i agitasjon var en målbar sideeffekt av å få sine psykososiale behov møtt i musikkterapien.

Konklusjonen av studien viser at seks uker med individuell musikkterapi reduserte utagering og uro, og hindret en øking i medisinene hos deltakerne. Målet om å se på livskvaliteten lyktes ikke og krever en større gruppe og videre forskning.

Grunnet liten kunnskap om hvordan og hvorfor personer med demens har nytte av musikk sett fra deres eget perspektiv ble det i 2014 foretatt en studie av Orii McDermott, Martin Orrell og Hanne Mette Ridder kalt ”The importance of music for people with dementia: the perspectives of people with dementia, family carers & music therapists”. Dette er en kvalitativ studie som ønsket å utvikle et større innsyn i de musikalske erfaringene til personer med

demens, og musikkens betydning i livet deres. Studien er en del av et større forskningsprosjekt for å utvikle måleenheten MiDAS, og er den første studien som gjør ”in depth study” i meningen og verdiene av musikk for personer med demens sett fra personen selv, familie, hjemmesykepleie og musikkterapeut sitt perspektiv.

Som metode ble det utført fokusgrupper og intervju med hjemmeboende personer med demens og familie, dagsenterbrukere med demens, hjemmesykepleie og musikkterapeuter. Studien kan deles inn i tre mål:

1. Å utforske meningen og verdien av musikk fra personen med demens sitt perspektiv.
2. Å utforske hvordan familie, hjemmesykepleie og musikkterapeut oppfatter effekten av musikkterapi hos personen med demens.
3. Se på forholdet mellom psykososiale faktorer og funn for å kunne utvikle en teoretisk modell av musikk i demens.

Resultatmessig ser man at effekten av musikk går forbi kun reduksjon av atferdsmessige og psykiske symptom. Musikken ligger tett opptil den personlige identiteten og livshistorien til den enkelte. Av studien ser de også at mennesker uansett fase av demensen har tilgang til å kunne bruke musikken.

Studien gir også bevis for at de individuelle musikkpreferansene til hver enkelt blir bevart gjennom sykdommen og at opprettholding av musikalsk og mellommenneskelig samvær hjelper til å verdsette hvem personen er og gi en god livskvalitet.

Av dette kan vi se et behov for musikkterapeuter i arbeid med personer med demens.

”Sustaining musical and interpersonal connectedness particularly when the progress of dementia becomes more prominent would help value who the person is and maintain the person’s quality of life” (McDermott et. al, 2014, s. 716).

Musikken kan være med på å senke medisinbruket, bygge opp sosiale miljø, fremme identitet og ressurser til den enkelte og skape en trygg base.

Vi ser også av forskningen av det fremdeles trengs mer forskning på feltet og at vi i større grad har blitt observant på dette i nyere tid.

### 3.0 METODE

Jeg vil i denne delen se på inklusjonskriterier for deltakerne, legge frem metoden som skal brukes og drøfte etiske refleksjoner rundt metoden og innsamling av data.

#### 3.1 Deltakere: Utvalg og inklusjonskriterier

Deltakerne i denne studien er faste brukere av et dagsenter for demente som jeg kjente til før prosjektet. Jeg tok kontakt med ledelsen ved dagsenteret og spurte om de ønsket å delta i dette forskningsprosjektet. Jeg hadde her musikkterapigrupper en gang i uken cirka et halvt år under forskningen. Utvalget av deltakerne ble gjort i samarbeid mellom meg og leder ved dagsenteret i henhold til inklusjonskriteriene.

Inklusjonskriteriene er:

1. Person med demensdiagnose i mild til moderat grad over 65 år.
2. Informert samtykke foreligger.
3. Villig og i stand til å delta i intervju.
4. Villig og i stand til å delta i musikkterapi.

#### 3.2 Begrunnelse for valg av metode

Jeg har valgt å bruke et mixed methods design for å besvare problemstillingen min. Grunnen til dette er et ønske om å se på likheter og ulikheter mellom våre observasjoner av personer med demens i musikkterapi, og deltakernes egne opplevelser.

Under utarbeiding av prosjektskissen til masteroppgaven kom jeg over MiDAS som jeg synes var et spennende skjema som kunne være nyttig å bruke i min oppgave.

Brukermedvirkning er også et perspektiv som er viktig for meg. Jeg hadde derfor et ønske om at deltakerne i musikkterapien sin stemme skulle bli hørt. Etter å ha lest forskjellige artikler, og spesielt Wogn-Henriksen (2012) sin doktorgradsavhandling, bestemte jeg meg for at semistrukturerte intervju som fremstår som en dialog var best mulig måte å intervju personer med demens. Å utføre intervjuet som en dialog kan være med på å ufarliggjøre situasjonen hvis deltakeren er redd for å gjøre noe feil eller lett blir stresset i situasjoner man føler man må prestere.

Grunnet et ønske om å både bruke intervju og MiDAS for å gi et felles svar fikk jeg tidlig i prosessen en idé om å velge et mixed methods design. Mixed methods er en ny metode

innenfor musikkterapiforskning (McDermott, Orrell & Ridder, 2014), og det fantes per 2013 ingen metodologiske artikler om mixed methods innenfor musikkterapi (Bradt, Burns & Creswell, 2013). Musikkterapi trenger forskning som integrerer flere måter å ha kunnskap og måter å komme frem til dette.

### 3.3 Mixed Method

Mixed methods (MM) er en metode hvor man blander kvalitative og kvantitative tilnærminger for å besvare forskningsspørsmålet sitt (Creswell, 2010; Teddlie & Tashakori, 2010). Her hentes den kvalitative og kvantitative målene inn, settes opp mot hverandre og sammenlignes.

Denne metoden er relativt nyutviklet gjennom de siste 20 årene, og størst bruk innenfor samfunnsfag, men også noe brukt innenfor helsefag og pedagogikk (Kvamme, 2013).

Metoden er fremdeles under utvikling for å skape en felles forståelse og et eget språk for metoden, selv om det er en felles forståelse rundt hva det går i (Teddlie & Tashakori, 2010).

Tidligere har metoden blitt kalt for "multiple methods" (Johnson & Grey, 2010), og vi skiller i dag mellom "multiple methods" som to fulle metoder, forskning gjort etter hverandre og postet i to omganger, mot mixed method som publiseres som en helhet (Morse & Niehaus, 2009).

Johnson, Onwuegbuzie & Turner (2007) spurte 21 forskere om å definere hva MM var for dem, og kom ut med 19 forskjellige definisjoner. Av dette laget de en paraplydefinisjon som viser at mixed methods er "(...) the type of research in which a researcher or team of researchers combines elements of qualitative and quantitative research approaches (e.g, use of qualitative and quantitative view points, data collection, analysis, inference techniques) for the broad purposes of breadth and depth of understanding and corroboration" (Johnson et. al., 2007, s. 123).

Tashakkori & Creswell (2007, s. 3) sin definisjon viser til MM som "research in which the investigator analyses data, integrates the findings and draws inferences using both qualitative and quantitative approaches or methods in a single study or a program of inquiry".

Studien må ha et formål med å være MM (Morse & Niehaus, 2009), og må på en systematisk måte bruke to eller flere forskningsmetoder for å besvare forskningsspørsmål og problemstilling (Clark & Badiee, 2010). Hvordan man gjennomfører MM studien kommer an på hvilket design man velger. De tre mest utbredte designene innenfor MM er: triangulation-, embedded- og exploratory-design (Creswell & Clark, 2007).

Til tross for at det er en systematisk måte å utføre MM byr likevel kombineringsen av kvalitativ og kvantitativ metode på utfordringer. Dette grunnet det å blande paradigmene

betyr at forsker bruker motstridende antakelser og regler om hverandre (Morse & Niehaus, 2009). Fordelene er at det å kombinere metoder kan kompensere for svakhetene ved de respektive metodene (Kvamme, 2013). Kombinasjonen av kvantitativ og kvalitativ metode kan gi en bedre forståelse av problemstilling og forskningsspørsmål enn én av metodene alene (Creswell & Clark, 2007). Vi kan derfor si at MM ”(...) offers unique opportunities for strengthening the evidence base in music therapy” (Bradt et. al, 2013, s. 123).

MM gjort riktig kan stå sterke enn et design med kun én metode (Morse & Niehaus, 2009).

Innenfor musikkterapifeltet er MM en relativ ny metode (McDermott, Orrell & Ridder, 2014). I Kvamme (2013) sin avhandling (hvor hun bruker i forskningen MM) viser hun også til at MM er lite brukt i musikkterapien, men i stadig økende grad blir brukt (Aigen 2008; O’Callaghan, 2009; Wheeler, 2005, i Kvamme, 2013).

”Guidelines for publishing mixed methods research studies in the Nordic Journal of Music Therapy” (Bradt, 2015) ble publisert etter en økning i MM artikler som ble sendt inn til Nordic Journal of Music Therapy. Bradt (2015) så et behov for å utvikle retningslinjer for hva en MM studie burde inneholde for å bli godkjent, og lagde denne oversikten over elementer som må være med i en MM studie:

Inkludere en mixed methods tittel
”Abstract” som viser hvilket mixed methods design som er blitt brukt
Vise fordelene ved å bruker mixed methods til å besvare forskningsspørsmål
Ha en mixed method problemstilling og mål
Lage kvalitative, kvantitative og mixed method forskningsspørsmål
Legge frem hvilket verdenssyn som ligger til grunn for forskningen og teoriene
Legge frem ulike mixed methods komponenter (fordeler ved bruk av metoden, indentifisere typen mixed method, diagram for prosedyre, metodologiske utfordringer, beskrive både kvantitativ og kvalitativ dataanalyse, diskutere etiske aspekt, diskutere validitet)
Rapportere resultatet på en måte som stemmer overens med mixed methods design
Diskutere integreringen av kvalitative og kvantitative data

(Creswell, 2015, s. 97 i Bradt, 2015, s. 292)

### 3.3.1 Triangulering

I denne forskningen skal jeg bruke et ”triangulation design”. Det vil si bruk av forskjellige data som utfyller hverandre for å komme nærmere et svar på problemstillingen (Creswell & Clark, 2007). Kirsti Malterud (2013) forklarer triangulering ut fra det å finne en fjelltopp sin posisjon i forhold til andre landemerker i terrenget. For å finne ut dette gjøres det målinger fra forskjellige utsiktspunkter. Siktelinjen mot fjelltoppen fra de ulike stedene danner vinkler i forhold til hverandre og krysses der hvor fjelltoppen kan tegnes inn på kartet. I forskning vil triangulering være når ulike tilnærminger besvarer og gjør det mulig å stille flere spørsmål om samme sak (Malterud, 2013).

Jeg vil her anvende både kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode. Innsamlingen og analysen av datamaterialet skjer hver for seg, og når resultatet fra både den kvantitative og den kvalitative delen foreligger legges de sammen for å se hvordan de utfyller eller korrigerer hverandre, som ulike deler av et felles puslespill (Malterud, 2013).

”(...) authors should include separate sections of the quantitative and qualitative procedures, analyses, and results before reporting the integration of the data. The results section for this type of study may include a joint display of the two data sets. Discussion of the integration of the two data sets typically occurs in the discussion section as a side-by-side comparison” (Joke Bradt, 2015, s. 293).

Vi setter det opp slik: (Kvan+Kval). Her vektlegges begge partene i like stor grad og integreres i sammenligningsdelen og diskusjonsdelen.

### 3.3.2 Kvantitativ: Music in Dementia Assessment Scale

Som kvantitativ del utfylles det, som tidligere nevnt, et skjema ved navn ”Music in Dementia Assessment Scale” (MiDAS). Denne delen representerer observasjonene musikkterapeut og ansatt gjør av deltakerne under musikkterapitimen og fylles ut etter timen er over.

Orii McDermott (2014) står som hovedutvikler av MiDAS med sin doktorgradsavhandling ”The development and evaluation of Music in Dementia Assessment Scale (MiDAS)” etter å ha sett et behov for å utvikle en måleenhet som kan få frem verdiene og synet til personer med demens, særutviklet for musikkterapien.

For å finne ut hva som er viktig for personene med demens i musikken utførte McDermott, Orrell og Ridder (2014) fokusgrupper og intervju med personene med demens, sykehjemsansatte, familiemedlemmer og musikkterapeuter. Gjentakende tema ble transkribert og gjennomarbeidet ved konsultasjon fra eksperter og kollegaer for å identifisere ”scale items” og forsikre innholdet sin validitet for å skape en ny måleenhet.



Ved hjelp av Vasiliki Orgeta (støtte til dataanalyse og statistikk), Hanne Mette Ridder (medutvikler av MiDAS og klinisk ekspertkommentator) og Martin Orrell (veileder på utforming a design og utførelse av studien) ble MiDAS utviklet.

MiDAS benytter ”Visual Analogue Scale” (VAS) som brukes for å måle og vurdere tilstander eller subjektive fenomener, eksempelvis smerte, som er vanskelig å beskrive med en kategori eller et tall (McDermott et. al. 2014).

En standard VAS er en 100 mm horisontal linje med to motsatte ekstremer i hver side. Utfylleren av skjema setter en strek på den horisontale linjen og får ved bruk av linjal et tall fra 0-100 som man senere sammenligner. I MiDAS vil den høyeste skår representere det beste den enkelte deltakeren kan oppnå og ikke det generelt beste for personer med demens. Slik blir bruk av VAS i MiDAS godt egnet for å gjøre mål med personer med demens. Det optimale nivået er forskjellig fra person til person og endres med sykdomsforløpet.

MiDAS består av de fem VAS-elementene interesse, respons, initiativ, medvirkning og nytelse, hver med beskrivende tekst til punktene. Det er også en supplerende liste av større reaksjoner hvor av tre er positive (interesse, blid/smilende og avslappet), og tre negative (agitering/agresjon, tilbaketrukket/dårlig humør og rastløs/engstelig). Det er også rom for at utfylleren kan komme med egne kommentarer.

Kategori	Forklaring
Interesse	Grad av interesse for objekter/aktiviteter/mennesker omkring seg (oppmerksomhet)
Respons	Grad av respons på kommunikasjon/aktivitet (bevissthet/våkenhet, interaksjon)
Initiativ	Grad av initiativ i kommunikasjon/aktivitet (intensjon/hensikt)
Medvirkning	Grad av medvirkning i kommunikasjon/aktivitet (deltakelse)
Nytelse	Grad av nytelse under kommunikasjon/aktivitet

(McDermott et al, 2014, se vedlegg 3)

Originalt ser man at MiDAS brukes for å se på endring fra før til etter musikkterapitimen (se

vedlegg 3). Skjema fylles da ut i to omganger av både en fra personalet (en samlet vurdering før musikkterapitime, og en samlet vurdering flere timer etter endt musikkterapitime) og musikkterapeut (ett for de fem første minuttene og ett for de fem mest betydningsfulle minuttene). I denne forskningen vil MiDAS brukes for å gi en tallbeskrivelse av våre samlede observasjoner av deltakerne av en full musikkterapitime. Musikkterapeut og ansatt ved dagsenter vil ved to målepunkt fylle ut et MiDAS-skjema rett etter en musikkterapitime for de tre deltakerne i gruppen. Dette for å få tallfestet observasjonene musikkterapeut og ansatt har gjort av deltakerne. Tallene fra de ulike VAS-gruppene vil gi oss et tall som viser til hva musikkterapeut og ansatt mener deltakeren opplever.

### 3.3.3 Kvalitativt: Semistrukturert intervju

Den kvalitative delen av mixed methods studiet utføres som et semistrukturert intervju som fremstår som en dialog. Her utforskes deltakerens opplevelse av musikkterapien hvor de selv forteller om musikkturen de nettopp har deltatt på. Det vil bli foretatt lydopptak av intervjuet som er anbefalt for at intervjuer skal kunne konsentrere seg om emnene og dynamikken i intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015).

Vi kaller det for et semistrukturert intervju når spørsmålsformuleringen ikke er nøyaktig nedskrevet, men formulert ved stikkord eller beskrivelser som intervjuer bruker som utgangspunkt for å formulere spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2015). Man tar utgangspunkt i en intervjuguide forberedt på forhånd som inneholder en oversikt over emner og forslag til spørsmål. Intervjuguiden har som mål å fasilitere en komfortabel interaksjon mellom intervjuer og deltaker, som gir en mulighet til å gi godt detaljerte beskrivelser av erfaringen som utforskes (Smith, Flowers & Larkin, 2009). Det er ikke nødvendig å følge intervjuguiden slavisk. Den er mer som en "huskeliste" som minner oss på tema vi ønsker data for (Malterud, 2013).

Smith et. al (2009) legger frem at spørsmålene burde forberedes til å være så åpne og vide som mulig, slik at deltakeren oppfordres til å snakke lenge. De argumenterer også for at det er gunstig å åpne intervjuet med et bredt spørsmål, noe som gjør deltakeren komfortabel med å snakke lenge og kommer i gang med dette fra begynnelsen.

Jeg skrev innledningsvis at jeg ønsker å gjøre semistrukturerte intervju som fremstår som en dialog. Dette grunner både etisk og teoretisk. Personer med demens kan føle på stigmatisering grunnet diagnosen sin og føle seg oversett. Dette kan føre til at det å bli sittende i et intervju, hvor det er spørsmål – svar frem og tilbake gir en økt følelse av å måtte

prestere. Dette kan være en stressende situasjon for enkelte hvor man eksempelvis kan være redd for ikke å klare å svare raskt nok, glemme ord eller ikke vite hva som skal svare. Jeg ønsker derfor at intervjuet i størst mulig grad skal fremstå som en dialog for å ufarliggjøre intervju-situasjonen for deltakerne.

I en dialog skjer det en informasjonsutveksling og sosiale samhandlinger. Vi må tenke over og forstå hva som foregår mellom deltaker og intervjuer, og hvilken betydning dette har for tolkning og funn (Malterud, 2013). Ryen (2012) anbefaler også ulike gester under intervjuene som eksempelvis bekræftende nikk, oppfølgingsspørsmål og gjentakelse for å se om man har fått riktig forståelse.

Det er flere etiske aspekt å tenke på når man skal intervjuer, og vi må hele tiden være observant på de etiske implikasjonene til alle som er involvert (King & Horrocks, 2010). Kvale og Brinkmann (2015) har laget en liste over etiske problemstillinger ved syv forskningsstadier, som kort beskriver problem som kan oppstå i løpet av en intervjuundersøkelse.

Tematisering	<i>At intervjuundersøkelsen ikke bare tar hensyn til vitenskapelige verdier av kunnskap, men også forbedring av den menneskelige situasjonen.</i>
Planlegging	<i>Innhente samtykke, sikre konfidensialitet og vurdere konsekvensene.</i>
Intervjusituasjonen	<i>Konfidensialitet og vurdere konsekvensene (eksempelvis hvor stressende en intervjusituasjon kan være for en person med demens som tidligere nevnt).</i>
Transkribering	<i>Konfidensialitet og lojalitet til deltaker</i>
Analysering	<i>Hvor dypt og kritisk skal analysen gå? Skal deltaker få være med å bestemme?</i>
Verifisering	<i>Hvor kritiske spørsmål kan man stille?</i>
Rapportering	<i>Konfidensialitet og konsekvensene rapporten har for deltakeren</i>

(Kvale og Brinkmann, 2015, s. 97)

Øvrig etikk angående intervjuene vil diskuteres i (3.5) Etiske refleksjoner.

Det vil i begynnelsen av hvert intervju bli gjort en påminnelse til deltakeren om at det blir

gjort lydopptak av intervjuet og forklare hvorfor. Her vil det også på ny informeres om hva prosjektet handler om, som kan være med å ufarliggjøre intervjuet og minne deltakeren på hva de har takket ja til å delta på.

### 3.3.4 Transkribering

Etter at intervjuene er gjennomført må den muntlige intervjusamtalen transformeres til tekst slik at intervjuene blir tilgjengelig for analyse (Kvale & Brinkmann, 2015). Under en transkripsjon gjøres altså den virkelige rådata om til en utskrift av data (Malterud, 2013). Det er viktig at transkripsjonen er lik på lydopptaket, selv om å lese dette høyt vil høres unaturlig ut. ”Få mennesker snakker slik at en direkte skriftliggjøring av samtalen gir en gyldig gjengivelse av det som blir sagt og hørt” (Malterud, 2013, s. 76).

Både Wogn-Henriksen (2012), Malterud (2013) og Kvale & Brinkmann (2015) legger frem at det er metodebekymringer ved å transformere tale til tekst, og at det å skulle skrive slik man prater ofte blir knotete. Vi kan også miste en del av hvordan personen egentlig er, eller det kan være vanskelig å oppfatte hva deltakerne sier grunnet støy. ”I transkripsjonen blir samtalen mellom to mennesker som er fysisk tilstede abstrahert og fiksert i skriftlig form” (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 104). Det kan derfor være utfordringer med å lese og jobbe med transkriberte intervju.

Disse metodebekymringene gjelder spesielt når man skal transkribere intervju fra en person med kognitiv svikt. ”Intervjumaterialet er redusert en viss grad for å øke flyt og lesbarhet gjennom å forenkle, droppe gjentakelser, komprimere, styrke enkelte høyfrekvente småord som ja, nei og hm. Men ved å redigere og løfte frem sitater med utsigelseskraft, kan jeg risikere at informantene kan høres mer oppegående ut enn de er” (Wogn-Henriksen, 2012, s. 81). Det er viktig å ikke redigere for mye, og heller lage fotnoter hvis det er høy redigering av en setning som har vært vanskelig for deltakeren å få frem.

Interpretative phenomenological analyses (IPA) er metoden som skal brukes for å analysere den ferdige transkripsjonen, og har også egne preferanser på transkripsjon. Smith, Flowers og Larkin (2009) legger frem at IPA krever et semantisk opptak av intervjuet. Det vil si en transkripsjon som viser alle ordene som blir sagt av alle som er til stede. IPA, som har som mål å finne meningen av innholdet, krever ikke en spesielt detaljert transkripsjon med eksakt lengde pauser eller nonverbale uttrykk. Dette vil likevel noteres med tanke på at intervjuene blir utført med personer med demens som kan virke friskere enn det de egentlig er hvis pauser/nøling blir fjernet.

En viktig del under transkripsjonen og analysen innenfor IPA er ”bracketing”. Dette begrepet kommer fra fenomenologien og omhandler det å sette til side sin egen forståelse for å finne essensen til det vi forsker på. Forskeren må derfor være reflektert og bevisst på seg selv, og forsøke å minske sin innflytelse på deltakerne og forskningsfunnene (Ghetti, in press). En slik refleksivitet og bevissthet må man gjennom bracketing ha på flere nivå.

Smith, Flowers & Larkin (2009) skriver om både Husserl og Heidegger sitt syn på bracketing. Husserl mente at ved bruk av bracketing må man fokusere på det iboende i oss, bli bevisst på dette og kunne legge det til side.

Heidegger så på bracketing som en sirkulær tilnærming som kun delvis kan oppnås. Han mente at vi alltid har et fokus på å oppnå det (i likhet med Husserl), men at det å legge det iboende i oss helt vekk er svært vanskelig.

”(...) one will not necessarily be aware of all one’s preconceptions in advance of the reading, and so reflective practices, and a cyclical approach to bracketing, are required” (Smith, Flowers & Larkin, 2009, s. 35). Det er derfor viktig å hele tiden reflektere over hvem man selv er som person, og å gå flere ganger tilbake i datamaterialet for å få en bedre forståelse. Ved å ha en sirkulær tilnærming, som vil si å hele tiden gå tilbake og ta samme runde med materialet en gang til, kan man forbedre det å være så bevisst på seg selv som mulig og bli best mulig kjent med datamaterialet.

### **3.4 Analyse: Interpretative Phenomenological Analysis**

I analysen ønsker jeg å gjøre en ”Interpretative phenomenological analysis” (IPA). Dette er en psykologisk analysemetode som kombinerer fenomenologiske, idiografiske og hermeneutiske prinsipper, og gjennom dette søker et innsideperspektiv hos mennesket (Smith et. al, 2009). Bruk av semistrukturerte intervju blir sett på som eksemplarisk for IPA (King & Horrocks, 2010). IPA er opptatt av detaljerte undersøkelser av den levde erfaringen til mennesker. Dette grunner i størst grad i fenomenologien som er et ”omfattende felt innenfor filosofisk teori, og representerer en forståelsesform der menneskers erfaringer regnes som gyldig kunnskap” (Malterud, 2013, s. 45). Målet er altså å beskrive hvordan mennesker opplever et fenomen.

Det å ha en fenomenologisk metode å analysere på vil at man ønsker å ”(...) utvikle kunnskap om informantens erfaringer og livsverden innenfor et bestemt felt. Vi leter etter essenser eller de vesentlige kjennetegn ved de fenomenene vi studerer, og forsøker å sette vår egen forståelse i parentes i møtet med data. (...) Vi påtar oss derfor å ha et reflektert forhold til vår egen innflytelse på materialet, slik at vi mest mulig lojalt kan gjenfortelle deltakernes

erfaringer og meningsinnhold uten å legge våre egne tolkninger som fasit” (Malterud, 2013, s. 97). Av dette ser vi at menneskets erfaring regnes som gyldig kunnskap. Og det er søken etter menneskets erfaring og meningsskaping av større livsopplevelser som IPA er knyttet opp mot (Smith, Flowers & Larkin, 2009).

Forskning som utfører IPA har vanligvis få antall deltakere, og ser derfor på erfaringen til hver av de enkelte (single cases), før de til slutt vil se på likheter og ulikheter mellom alle casene.

IPA, som vi kjenner den i dag, grunner i stor grad i filosofen Edmund Husserl sin oppfordring til fenomenologer om å gå tilbake til tingenes egen opprinnelse for å finne svaret på et fenomen (Smith et. al, 2009). IPA forskere ønsker også i detalj å vite hva erfaringene til den enkelte deltaker er, og hvordan den enkelte selv mener dette her. På denne måten kan vi også si at IPA er idiografisk.

”It can be said that the IPA researches is engaged in a double hermeneutic because the researcher is trying to make sense of the participant trying to make sense of what is happening to them” (Smith et. al, 2009, s. 3). Vi ser av dette at IPA også har hermeneutiske teorier som grunnlag, og at forskeren kan bli sett på som å ha en dobbel rolle. Rollene er her som menneske på lik linje med deltakeren, og som forsker. Som forsker er det viktig at vi ikke lager en forståelse slik som forskeren forstår og tolker det, men slik som deltakeren mener det. Vi har kun tilgang på deltakerens erfaring gjennom deltakerens egen beretning om det (Smith, et, al, 2009).

Ved en kognitiv svikt kan det være vanskelig for noen av deltakerne å fortelle alt de vil. Her vil det da som forsker være mulighet for å supplere, men det vil være viktig å være så lojal mot hva den enkelte deltakeren ønsker å fortelle og ikke forskerens egen måte å tenke på. IPA anerkjenner også samspilldynamikk mellom deltakers erfaring og forskers fortolkning av dette, noe som igjen bygger opp under suppleringen.

IPA er en metode som i stor grad stemmer overens med Kitwood sine teorier om personer med demens som meningsskapende individ, som har fornuftige ting å komme med og som må bli hørt for å forbedre omsorgen. Ved å anerkjenne at det de uttaler er korrekt og kan brukes skaper man en mulighet til å forstå personer med demens i større grad.

Det finnes ingen nøyaktig fasit på hvordan man analyserer ved bruk av IPA, men teorien bak og tankegangen er klar. Smith, Flowers og Larkin (2009) har utviklet en retningsbestemt guide som trinnvis over seks punkt gir hjelp til hvordan gjøre en god analyse ved bruk av IPA.

### *1. Reading and re-reading:*

I denne delen er det viktig å fordype seg i originaldata og utføre den første transkripsjonen. Lytte til opptakene minst en gang før man skriver ned transkripsjonen, lytte etter hva man har transkribert og etter dette lese gjennom transkripsjonen mens man forestiller seg deltakerens stemme. Dette gir en mer komplett analyse og forsikrer oss at deltakeren er fokus for analysen.

### *2. Initial noting:*

Dette er en av de mest detaljfulle og tidskrevende delene av analysen. Her ser man på det semantiske innholdet i transkripsjonen og språkbruken på et eksplorerende nivå. Analytikeren lager notater, med åpent sinn, alt av interesse fra transkripsjonen. Dette skaper en økt kjennskap til transkripsjonen, og man kan begynne å identifisere måten den enkelte deltakeren snakker om, forstår og tenker om tema. Det er viktig å ikke notere hva som forventes, men hva som faktisk er der.

Det anbefales å bruke forskjellige farger til ulike typer notater som eksempelvis deskriptiv kommentar (viser hva deltaker sier), lingvistisk kommentar (spesifisert språk bøyning, pause, latter, funksjonelt aspekt av språk, repetisjon, tone og grad av språkflyt) eller konseptuell kommentar (spørrende og konseptuelt. Er interpretative og ser på det underliggende).

### *3. Developing emergent themes:*

Gjennom kommenteringen vokser datasamlingen enda mer. Her under neste steg vil det jobbes med notatene for å finne utstående tema. Notatene gjøres om til tema som representerer deltakerens originale ord, men også analytikerens interpretasjon. Disse temaene fanger og reflekterer en forståelse. Vi kan si at det her blir gjort en tematisk analyse.

### *4. Searching for connection across emergent themes:*

Her samles de eksisterende temaene sammen med lignende tema for å skape et større, overordnet tema, eller vi kan lage mønster og binde sammen utstående tema.

Det deles inn i tre ulike måter å sortere temaene:

- "Abstraction": Plassere like tema med lignende tema og utvikle et overordnet navn for klusteren/overordnet tema.
- "Subsumption": et tema har allerede vist seg som overordnet og lignende tema samles under dette.
- "Polarization": å se på de motsatte forholdene av ulike tema.

### 5. *Moving to the next case:*

Analysen gjøres av en og en case av gangen. Man må derfor nullstilles og begynne helt på begynnelsen når man skal begynne på neste case. Casene skal ikke sammenlignes under denne delen.

### 6. *Looking for patterns across cases:*

Når alle casene er analysert legges de sammen for å blant annet se på hvilke tilkoblinger de har til hverandre, hvordan tema i en case kan være med å opplyse et tema i en annen case, se på hvilken case som er mest potent og sortere de ulike temaene i større kategorier for å se på likheter og ulikheter.

(Smith, Flowers & Larkin, 2009, s. 82-103)

## 3.5 Etiske refleksjoner

I mitt masterprosjekt søkte jeg først Regional etisk forskningskomite (REK) siden dette var et krav fra Bergen kommune for at jeg skulle få tilgang til å rapportere på deltakere og lese journal. Jeg fikk her beskjed om at jeg ikke trengte REK-godkjenning for å gjennomføre mitt forskningsprosjekt. En søknad ble da sendt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) hvor søknaden ble godkjent (prosjektnummer 44433, se vedlegg 2).

Det er mange etiske refleksjoner å gjøre i et forskningsprosjekt. ”Etiske utfordringer oppstår særlig på grunn av de komplekse forhold som er forbundet både med å utforske menneskers private opplevelsesverden og også legge denne beskrivelsen offentlig frem” (Wogn-Henriksen, 2012, s. 60). Kvale og Brinkmann (2015) legger vekt på fire etiske aspekter ved å utføre kvalitative forskningsintervju. Disse punktene er informert samtykke, konfidensialitet, konsekvenser og forskeren sin rolle. Jeg vil nå snakke rundt disse punktene.

*Informert samtykke:* Denne delen legger vekt på å informere deltakerne om overordnede mål og skaffe en bekreftelse på at de ønsker å delta.

Skjema skal vise til eventuell risiko og fordeler ved å delta i prosjektet, og informere om retten til å trekke seg fra studiet når som helst i prosessen. Det skal også her informeres. Etter at NSD klarerte søknaden ble et informasjonsskriv og samtykkeerklæring utlevert og gjennomgått med deltakerne, og en kopi sendt på mail til pårørende. Deltakerne skal også i dette skjema informeres om hvem som får tilgang til datamateriale, hvilken tilgang de selv har og hva som skjer med den innsamlede data ved prosjektslutt.



Jeg ba om signatur fra både deltaker og pårørende slik at begge parter var godt informert om hva prosjektet gikk ut på hvis noe skulle oppstå. For deltakerne ble det også gjort en muntlig presentasjon av hva prosjektet går ut på, hvor de kunne stille spørsmål ved ting som ikke var like klart.

”Personer med svekket kognitiv funksjon representerer en prinsipielt sårbar gruppe; noe som skjerper kravene til etisk aktsomhet” (Wogn-Henriksen, 2012, s. 60). Grunnet at intervjuene mine blir gjort med mennesker med en kognitiv svikt, vil informasjonen om prosjektet, at intervjuet blir tatt opp, og retten til å trekke seg fra prosjektet, bli gjentatt før hvert intervju. Dette for å forsikre meg om at alt blir utført etter deltakers ønske.

*Konfidensialitet:* Kvale og Brinkmann (2015) legger her vekt på å ikke offentliggjøre data som avslører deltakernes identitet. Man skal gjøre sitt ytterste for å beskytte deltakernes private liv. Informasjon som kan avsløre deltakeres identitet må endres som eksempelvis navn og alder. I denne oppgaven vil deltakerne bli beskyttet ved å tildele dem en bokstav fremfor et navn. Kjønn og alder vil også bli kjent. Det er ikke mange dagsenter for demente i Bergen, men det er likevel såpass mange brukere av dagsentrene at deltakerne i prosjektet ikke vil gjenkjennes ved bokstav, kjønn og alder.

Lyddopptakene og transkripsjonene har blitt lagret på en egen bruker, kalt ”transkripsjon”, på den bærbare datamaskinen med eget passord og uten tilgang til internett. Masteroppgaven har også blitt skrevet på en egen bruker. Dette for å skille det private på datamaskinen, skape bedre struktur og forhindre at lydopptak av intervjuene eller transkripsjoner blir sett av andre enn meg selv og veilederne.

*Konsekvenser:* Vi ser her på hvilke skader deltakelse kan ha på deltaker, og hvilke fordeler det har. Jeg finner det her viktig å reflektere over hvor langt man kan gå på ulike spørsmål og hva man kan spørre om under intervjuene. Grunnet intervjuene blir gjennomført som semistrukturerte intervju som fremstår som en dialog, vil samtalene i stor grad styres av deltakeren selv. Det er ønskelig at det skal fremstå naturlig. Deltakerne vil bli behandlet med likeverdighet og respekt av meg som intervjuer. Det vil derfor regnes som lite sannsynlig at intervjuene vil føre med seg skadelige konsekvenser for deltakerne

*Forskeren sin rolle:* Forskerens integritet står her i fokus. Kunnskap, erfaringer, ærlighet og rettferdighet vil være avgjørende for den vitenskapelige kunnskapen og de etiske avgjørelsene som oppstår.

Min etiske refleksjon på dette punktet er spesielt viktig siden jeg er til stede både som musikkterapeut i gruppene og som forsker i intervjuene. Jeg må derfor være bevisst på mine to forskjellige roller hele tiden. Ulempen kan være at deltakerne føler at de er nødt til å si noe

positivt om musikkterapien siden jeg leder gruppene, selv om de fleste spørsmål som stilles dreier seg om deres egne opplevelser. Jeg som forsker må også være bevisst på å stille spørsmål som ikke har retning mot hva jeg har observert, men stille åpne spørsmål rundt deltakernes opplevelse i gruppen.

Fordel kan være at det kan fremstå som mer naturlig for deltakerne å åpne seg for meg siden de har kjennskap til meg fra musikkterapien og vi der har skapt en relasjon. Dette kan igjen føre til at de er tryggere i intervjusettingen og forteller mer.

## **4.0 PRESENTASJON AV DATA**

I denne delen vil jeg presentere deltakerne i prosjektet og resultat fra kvalitativ og kvantitativ innsamling før jeg til slutt gjør en overordnet triangulering.

### **4.1 Presentasjon av deltakerne**

Jeg vil i denne delen kort vise til diagnose, alder og om deltaker. Deltakerne har blitt anonymisert og kalles derfor for kun én bokstav: I, O og B.

#### **4.1.1 "I"**

Første deltaker har jeg valgt å kalle for "I". Dette er en mannlig deltaker født i 1930, som altså er 86 år gammel. "I" har en kognitiv svikt som er relativt ny og ble begynt utredet av hukommelsesteam i 2014. Han er også den nyeste bruker av dagsenteret av de tre deltakerne i dette studiet.

"I" er en rolig og avbalansert mann som har drevet litt med musikk i tidligere år. Er ikke den første som tar ordet i en gruppe, men forteller gjerne om ting som engasjerer ham. Har utviklet en depresjon som bekymrer ham en del.

#### **4.1.2 "O"**

Andre deltaker har jeg valgt å kalle for "O". Dette er en kvinnelig deltaker født i 1932, som altså er 84 år gammel. "O" er utredet for demens og har fått Alzheimers som diagnose. Hun har vært bruker av dagsenteret en stund og trives med å gå der.

"O" er en dame fra et pent strøk og har tidligere spilt piano. Observerer ofte hva medbrukere gjør og snakker om hva hun har sett. Bekymrer seg om mye flytting fra huset sitt til omsorgsbolig og ønsker helst å bo hjemme slik at hun blant annet kan fortsette på dagsenteret.

### 4.1.3 "B"

Tredje deltaker har jeg valgt å kalle for "B". Dette er en kvinnelig deltaker født i 1934, som altså er 82 år gammel. "B" er utredet for demens i 2015 og fått Alzheimers som diagnose. Nylig fått økt opp på dagsentertid. "B" er en livlig og pratsom dame som er veldig åpen og bevisst på sin egen sykdom. Kommer fra bondegård og er veldig stolt av dette. Bekymrer seg for å være til bry og å skille seg ut i grupper.

## 4.2 Resultat

Funnene fra de to MIDAS-målepunktene og intervjuene for hver av de tre casene vil nå presenteres. Datamaterialet for den kvantitative og kvalitative delene vil presenteres i rekkefølgen: MiDAS-1, intervju-1, MiDAS-2, intervju-2 og triangulering for hver deltaker, før det under 4.3 vil gjøres en overordnet triangulering.

### 4.2.1 "I"

Jeg vil nå presentere resultat fra de to målepunktene for deltaker "I". Resultatene presenteres kronologisk og er merket med tall 1 og 2 ettersom det er første eller andre målepunkt.

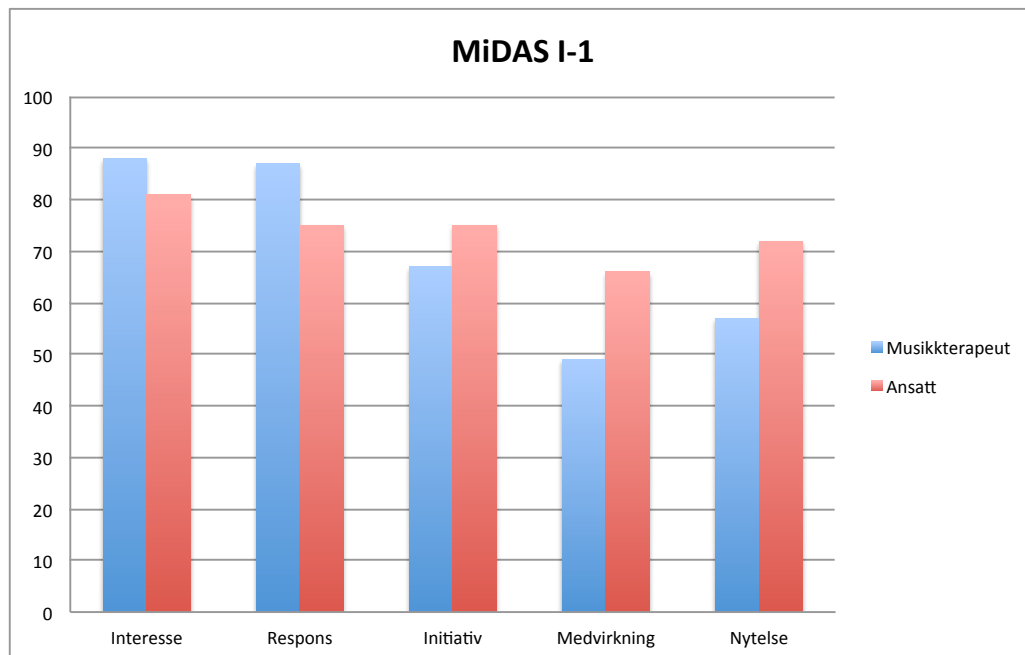
#### 4.2.1.1 MiDAS I-1

MiDAS vil, som tidligere nevnt, presenteres både i tallform og som et diagram. I tabellen under kan man se resultatet fra målt VAS-linje fra de forskjellige kategoriene for musikkterapeut og ansatt:

Kategori	VAS-skåre: Musikkterapeut	VAS-skåre: Ansatt
Grad av interesse	88	81
Grad av respons	87	75
Grad av initiativ	67	75
Grad av medvirkning	49	66
Grad av nytelse	57	72

I tillegg til disse kategoriene kan man også fylle ut bokser for avgjørende reaksjoner man har observert hos måleobjektet, eller en boks med utfyllende kommentarer. Det ble ikke gjort

observasjon av avgjørende reaksjoner hos deltaker. Ingen eventuelle kommentarer ble heller notert fra musikkterapeut og ansatt.



**Figur 3: Resultat MiDAS I-1**

Av figur 3 ovenfor får vi en visuell oversikt over resultatet fra MiDAS til deltaker I ved første måling. Y-aksen har funksjon som VAS-linjen fra MiDAS skjema (se vedlegg 3), hvor 100 er det beste den individuelle deltaker kan delta. X-aksen har funksjon for de fem kategoriene grad av interesse, respons, initiativ, medvirkning og nytelse.

Med et overblikk over tall og diagram kan man se at det er noe likhet mellom musikkterapeut og ansatt i hvor det går opp og ned i tall og figur. Musikkterapeuten starter med høyeste tall og har også det laveste punktet. Ansatt holder seg cirka rundt de samme tallene, men har samme form som musikkterapeutens svar.

Jeg vil nå kort gå gjennom differansen mellom musikkterapeut og ansatt sine besvarelser:

*Grad av interesse:* Musikkterapeut skårer høyest på sin observasjon av deltaker med 88, mens ansattes observasjon ligger 7 under med 81.

*Grad av respons:* Musikkterapeut skårer høyest på sin observasjon av deltaker med 87, mens ansattes observasjon ligger 12 under med 75.

*Grad av initiativ:* Ansatt skårer høyest på sin observasjon av deltaker med 75, mens musikkterapeutens observasjon ligger 8 under 67.

*Grad av medvirkning:* Ansatt skårer høyest på sin observasjon av deltaker med 66, mens

musikkterapeut ligger 17 under med 49. Dette er den største differansen mellom ansatt og musikkterapeut under denne målingen av deltaker.

*Grad av nytelse:* Ansatt skårer høyest på sin observasjon av deltaker med 72, mens musikkterapeutens observasjon ligger 15 under med 57.

#### *4.2.1.2 Intervju I-1*

Intervjuene ble utført som semistrukturerte intervju med mål å fremstå som dialog for å finne ut hvordan deltakerne opplevde å delta i musikkterapigruppen. Selv om spørsmålene ofte dreide seg rundt musikken kom det ofte opp tema fra deltakeren som opptar han her og nå. Spesielt for deltaker ”I” var et behov for å snakke om depresjonen sin.

*G: Hvordan går det med deg?*

*I: Jo.. Ikkje så verst*

*G: Nei, ikke så verst. Det. Det går. Bedre? .. syns du?*

*I: Nnn. Eg vet ikkje. Det e litt opp og ner.*

*G: Ja*

*I: Eg er plaget med sånn depresjon innimellom*

Dette er noe deltaker selv bringer opp, og er et gjennomgående tema i hele intervjuet. Deltaker har reflektert over at det har kommet med alderen og kaller depresjonen for en alderdomssvakhet. Er klar på at musikken ikke gjør depresjonen verre.

*G: Syns du humøret ditt blir bedre eller dårligere av å være med i musikkgruppen?*

*I: Nnei det vi-vil eg ikkje si det blir dårligere*

*G: Nei*

*I: Nei det vil eg ikkje. Fordetatte plutselig så kommar det (...) eeh, enee alderdomssvakhet, antagelig.*

*G: At du blir nedenfor?*

*I: Ja*

Senere kommenterer deltaker at han syns musikken kan hjelpe ham ut fra depresjonen og at han føler seg bedre og lettere til sinns av å delta i gruppen. Når deltaker ikke fokuserer på depresjonen kommer svarene lettere og med mindre ”stamming” som kommer frem av forrige eksempel. Han viser også i dette eksemplet at han liker at det skjer noe på dagsenteret og at

han er glad i sang.

*G: (...) syns du det er kjekt at vi kommer og spiller og har musikkstund?*

*I: Jada det er veldig greit det*

*G: Ja*

*I: For at det (..) Eg kankje forklare det men det, kvikker litt opp sant. Det å, ikkje bare, sitte der å prate, e jo greit nok men, det e rart men den musikken og. Å synge. Ja det syns eg e greit.*

Deltaker er bevisst på at stemmen har blitt dårligere med årene og forteller at han har problem med å synge med på sangene. Disse ligger i feil tonehøyde for ham, og han kommenterer at han må bytte mellom å synge høyt og lavt i en sang. Dette kan gjøre deltakelse vanskeligere.

*I: Men eg merkar jo det at, at eg kommer for lavt og for høyt.*

*G: Sangene for stemmebåndet?*

*I: Ja da må eg skifte liksom*

*G: Ja.*

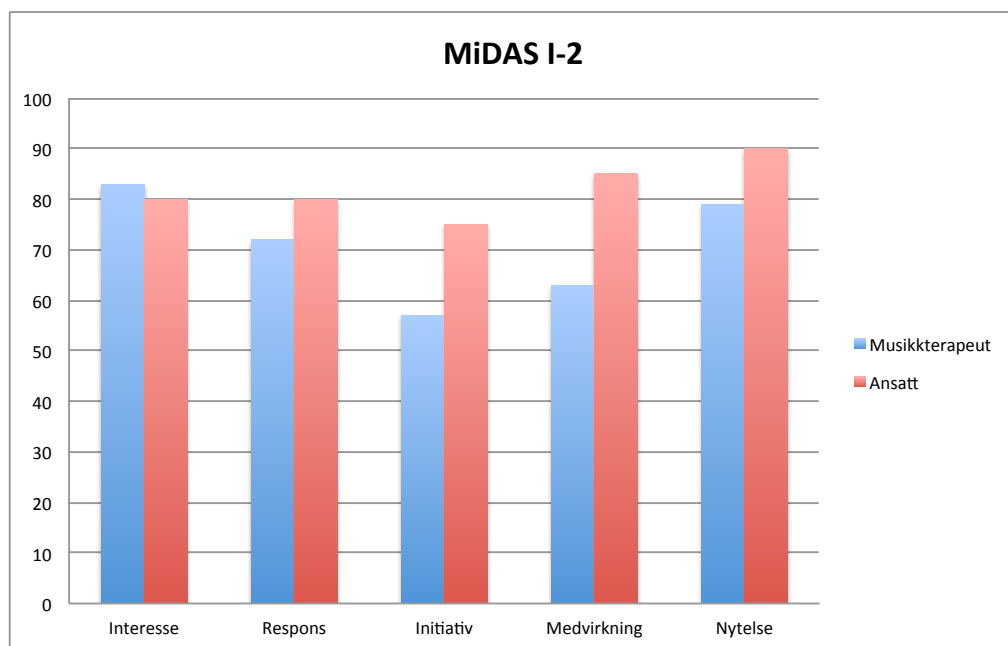
*I: E jo sånn som, det var bedre før, for å si det på den måten (ler)*

#### 4.2.1.3 MiDAS I-2

Kategori	VAS-skåre: Musikkterapeut	VAS-skåre: Ansatt
Grad av interesse	83	80
Grad av respons	72	80
Grad av initiativ	57	75
Grad av medvirkning	63	85
Grad av nytelse	79	90

Ansatte som utførte observasjon og fylte ut skjema krysset også av de ekstra boksene for avslappet, oppmerksom/interessert og munter/smilende. Som eventuell kommentar skrev ansatt følgende:

*”Beboer satt inneklemt mellom andre brukere samt litt avstand til musikkterapeuten. Dette kan føre til at han virket litt tilbaketrukket. Selv om bruker er rolig av natur oppleves det som om han hadde stort utbytte av sangstunden”.*



Figur 4: Resultat MiDAS I-2

Med et overblikk over tall og diagram kan man se at det er stor grad av likhet mellom musikkterapeut og ansatt i hvor det går opp og ned i tall og figur. Musikkterapeut har den største endringen fra øverste til laveste besvarelse, og også størst utslag på form (figur 4). Ansattes besvarelse viser en jevn besvarelse med lignende bevegelse i mønster som musikkterapeut. Besvarelsen til ansatt holder seg cirka rundt samme ti-tall hele tiden. Første besvarelse til musikkterapeut og ansatt begynner på nesten samme tall med liten differanse.

Jeg vil nå kort gå gjennom differansen mellom musikkterapeut og ansatt sine besvarelser:

*Grad av interesse:* Musikkterapeut skårer høyest på sin observasjon av deltaker med 83, mens ansatt ligger 3 under med 80.

*Grad av respons:* Ansatt skårer høyest på sin observasjon av deltaker med 80, mens musikkterapeut ligger 8 under med 72.

*Grad av initiativ:* Ansatt skårer høyest på sin observasjon av deltaker med 75, mens musikkterapeut ligger 18 under med 57.

*Grad av medvirkning:* Ansatt skårer høyest på sin observasjon av deltaker med 85, mens musikkterapeut ligger 22 under med 63. Dette er den største differansen mellom ansatt og musikkterapeut ved dette målepunktet.

*Grad av nytelse:* Ansatt skårer høyest på sin observasjon av deltaker med 90, mens musikkterapeut ligger 11 under med 79.

#### 4.2.1.4 Intervju I-2

Ved det andre intervjuet for deltaker ”I” var det også stort fokus på depresjonen. Han viste også i dette intervjuet et stor behov for å snakke om depresjonen og ble overrasket over seg selv og sin reaksjon på depresjonen to dager før intervjuet. Denne reaksjonen forteller han å ha preget han siden og gjør at han får en følelsesmessig reaksjon av musikken. Ønsker fremdeles å være med i gruppen og liker å delta på dagsenteret.

*G: Hvordan syns du det går idag?*

*I: Jo idag hakje ikkje så verst*

*G: Nei*

*I: Men for to dagar siden da var eg HELT der nede altså(..) det e forferdelig og no når, no når vi begynte å synge vettu så då då begynte tårene å komme*

*G: Ja, men syns du det er dumt at tårene kommer når vi synger?*

*I: Neida nei nei det syns eg ikkje, men det e, det e en påkjenning*

*G: Nei jeg skjønner det, går det fint at vi snakker nå, syns du det er greit?*

*I: Jada jada, men altså eg syns det e så, så kjekt når eg e sammen med de andre. Det e ikkje alle som e likedan selyfølgelig*

Deltaker synes også det er vanskelig å forstå hvorfor han har blitt sånn og vil helst prøve å skjule tårer som kommer og ta seg sammen i gruppen. Han er bevisst på de psykiske og fysiske endringer ved seg selv og er fortvilet over å ikke kjenne seg selv igjen lenger. Deltaker syns også dette er vanskelig å snakke om og sier selv ifra når det blir for mye.

*I: Eg vetkje kossn kordan eg skal skjule det altså*

*G: Nei, men du må vel kanskje ikke skjule det heller?*

*I: Joe eg må jo det vettu så må jo late som ingenting (ler) så.. det vesle som eg kan..*

*G: Det er jo mange som blir rørt av musikk så det kan jo/*

*I: Ja men eg det er no i den senare tid, no siste par årene eg har v blitt sånn, men kan kmn kan kmn kortid som kem som plutselig kan sitte hjemme, også kommar tankene og alt sånn og då, nei, vil helst ikke snakke om det.*

*G: Nei vi kan snakke om noe annet*

Ved spørsmål om hvordan deltaker syns det har vært å delta i musikkgruppen den dagen



svarer han raskt at han likte det, men går så over på å snakke om hvor langt nede han opplevde å være to dager før intervjuet. Dette er noe som har satt stort preg på deltaker.

*G: Hvordan syns du det har vært å delta i gruppen idag?*

*I: Det har vært veldig fint, veldig fint, eg har for to dagar siden då, då va då kunne eg ikkje e kunne ikkje gå ut kunne ikkje være noen steder annet enn hjemme, men i går kom eg meg litt og i dag har eg vert bedre*

I samtale rundt deltakelse i musikken forteller deltaker at han synes det ikke var så verst å delta i gruppen den dagen. Han synes fremdeles det er litt vanskelig å synge med på noen av sangene på grunn av feil tonehøyde og snakker igjen om en tapsfølelse og endring i stemmen fra slik den var tidligere. Deltaker synes likevel mange av sangene gikk fint.

*I: Jada det g gikk ikkje så verst idag*

*G: Nei*

*I: Men det har vert for der og der (ler)*

*G: Ja er kanskje litt vanskelig når jeg legger det i en tonehøyde som passer til min stemme og*

*I: Ja nei deet mm det e no så hadde det vært for noken år siden så menne hakje den kontrollen. Men no i de siste sangene vi sang så da gikk det veldig fint synes eg.*

#### *4.2.1.5 Triangulering "I"*

*I hvilken grad er det sammenheng mellom musikkterapeut/ansatt sine observasjoner og deltakers opplevelse av musikkterapien?*

Resultatet fra målingene til deltaker "I" viser en viss enighet mellom musikkterapeut og ansatt sine observasjoner. "I" blir observert å skåre noe lavere av både musikkterapeut og ansatt på punkter som "initiativ", "medvirkning" og "nyttelse".

Deltaker forteller selv at han liker å synge men noen ganger finner det vanskelig å delta grunnet stemmen har blitt dårligere med årene og sangene ofte lå litt for høyt for hans stemmeleie. Deltaker "I" er også svært opptatt av depresjonen han har og å skjule dette for resten av gruppen han deltar i, og på den måten delta i mindre grad.

*Hvilke forskjeller kommer til uttrykk i materialet?*

Musikkterapeut og ansatt svarer tilnærmet likt på noen av punktene, men med størst forskjell på punktene rundt "initiativ", "medvirkning" og "nyttelse", som tidligere nevnt. Selv om musikkterapeut og ansatt her er enig om at det er et lavere tall enn tidligere er forskjellen

større enn ved besvarelse på de to andre kategoriene ”interesse” og ”respons”.

Musikkterapeuten svarer her også mye lavere enn ansatte svarer, og observerer eller legger andre forventninger i kategoriene enn de ansatte.

Det virker også til å være uenighet mellom musikkterapeut og ansatte sin observasjon mot deltakerens egne opplevelse. Deltaker ”I” forklarer ved begge intervju at han liker å delta i gruppen til tross for sin depresjon og at han har glede av å synge.

Oppsummert ser vi at det er det stor grad av likhet mellom musikkterapeut og ansatt sine observasjoner og deltaker sin opplevelse av musikkterapien. Til tross for noen punkter med ulikheter mellom musikkterapeut og ansatt ved begge målepunkt, ser vi likevel at både musikkterapeut og ansatt sine observasjoner passer med det deltaker rapporterer om sin egne opplevelse. Vi kan her si at vi har hatt en god forståelse av ”I” sin opplevelse av å delta i musikkterapigruppen.

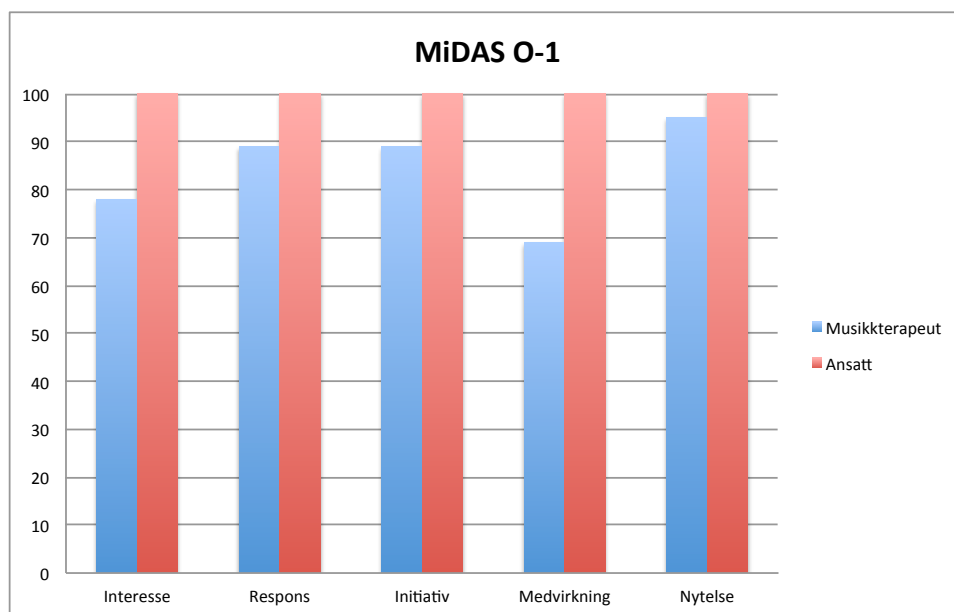
#### 4.2.2 ”O”

Jeg vil nå presentere resultat fra de to målepunktene for deltaker ”O”. Resultatene presenteres kronologisk og er merket med tall 1 og 2 ettersom det er første eller andre målepunkt.

##### 4.2.2.1 MiDAS O-1

Kategori	VAS-skåre:	VAS-skåre:
	Musikkterapeut	Ansatt
Grad av interesse	78	100
Grad av respons	89	100
Grad av initiativ	89	100
Grad av medvirkning	69	100
Grad av nytelse	95	100

Det ble ikke gjort observasjon av avgjørende reaksjoner hos deltaker. Ingen eventuelle kommentarer ble heller notert fra musikkterapeut og ansatt.



**Figur 5: Resultat MiDAS O-1**

Med et overblikk over tall og diagram kan man se at det er stor forskjell av likhet mellom musikkterapeut og ansatt i hvor det går opp og ned i tall og figur. Musikkterapeutens besvarelse varierer fra høyeste 95 og laveste 69, mens ansattes besvarelse ligger jevnt på 100. Ansatt har selv forklart at de synes alt var veldig bra, og at de selv også ble ivrige deltakere i musikkterapigruppen. Grunnet en konstant besvarelse på 100 vil det ved denne målingen være en større differanse av mellom tall og mønster enn ved de andre målingene.

Jeg vil nå kort gå gjennom differansen mellom musikkterapeut og ansatt sine besvarelser:

*Grad av interesse:* Ansatt skårer høyest på sin observasjon av deltaker med 100, mens musikkterapeut ligger 22 under med 78.

*Grad av respons:* Ansatt skårer høyest på sin observasjon av deltaker med 100, mens musikkterapeut ligger 11 under med 89.

*Grad av initiativ:* Ansatt skårer høyest på sin observasjon av deltaker med 100, mens musikkterapeut ligger 11 under med 89.

*Grad av medvirkning:* Ansatt skårer høyest på sin observasjon med 100, mens musikkterapeut ligger 31 under med 69. Dette er den største differansen mellom ansatt og musikkterapeut ved dette målepunktet.

*Grad av nytelse:* Ansatt skårer høyest på sin observasjon av deltaker med 100, mens musikkterapeut ligger 5 under med 95. Dette er den minste differansen mellom ansatt og musikkterapeut ved dette målepunktet.

#### 4.2.2.2 Intervju O-1

Deltaker ”O” svarer ofte på stilte spørsmål med ”vi” eller ”de” og sier sjeldent ”jeg” når hun beskriver hvordan hun syns deltakelse i musikkterapigruppen har vært. Snakker også om andre enkeltpersoner sine synspunkt på gruppen. Likevel kommer det frem at hun syns det er positivt at det skjer noe ved dagsenteret.

*O: Og jeg tror det at de andre og koser seg*

*G: Ja*

*O: Det virkar sånn, og hone ne siar åå det er så kjekt når de der kommar siar hon (ler)*

*G: Ja (ler)*

*O: Og det er jeg enig i (...) Ellars så sittar vi jo bare der*

*G: Hvordan syns du det er å delta i gruppen sånn humørmessig?*

*O: Ja nei det, det ser ut til de, e fornøyd alle sammen og virkar jo ikke noen som er sure eller sånt, neida det har jeg ikke opplevd*

*G: Så det er god er god stemning da, i gruppen*

*O: Ja jeg t tror det, virkar sånn*

*G: Blir du også i godt humør av å være i gruppen*

*O: Ja jeg likar å gå her det gjør jeg kanke si noe negativt om det*

Deltaker har tidligere hatt en sykdom i halsen og forteller ofte om dette ved spørsmål om hun liker å synge eller hvordan hun syns det har gått i delta i gruppen. Det kommer også frem som viktig for deltaker å fortelle at hun er glad i musikk og har drevet med dette, men på grunn av sykdom deltar i liten grad i gruppen.

*O: Ja, jeg har jo mistet sangstemmen en gang jeg hadde en forferdelig halsesyke*

*G: Å*

*O: Og jeg gikk leenge på stemmebehandling for å få den opp men jeg får den ikke opp jeg følar den ligger her*

*G: Ja det er ubehagelig det*

*O: Og det er ubehagelig ja*

*G: Liker du likevel å delta i musikkgruppen?*

*O: Her?*

*G: Ja*

*O: Ja, jaada det gjør meg ikke noe på den måten også spillar jeg nå litt for meg selv hjemme*

Ved samtale rundt samspill i gruppen (brukerne av dagsenteret spiller på rytmeinstrument) kommer det frem av deltaker at hun har observert hva medbrukerne har gjort og irritert seg over hvis de gjør feil. Dette på grunn av hennes musikalske bakgrunn.

*G: Du har jo spilt før? Hvordan syns du det var å spille sammen med de andre på rytmeinstrument?*

*O: Nei det tenker jeg ikke på (..) men jeg merker meg en som ikke gjør det riktig (ler)*

*G: (ler)*

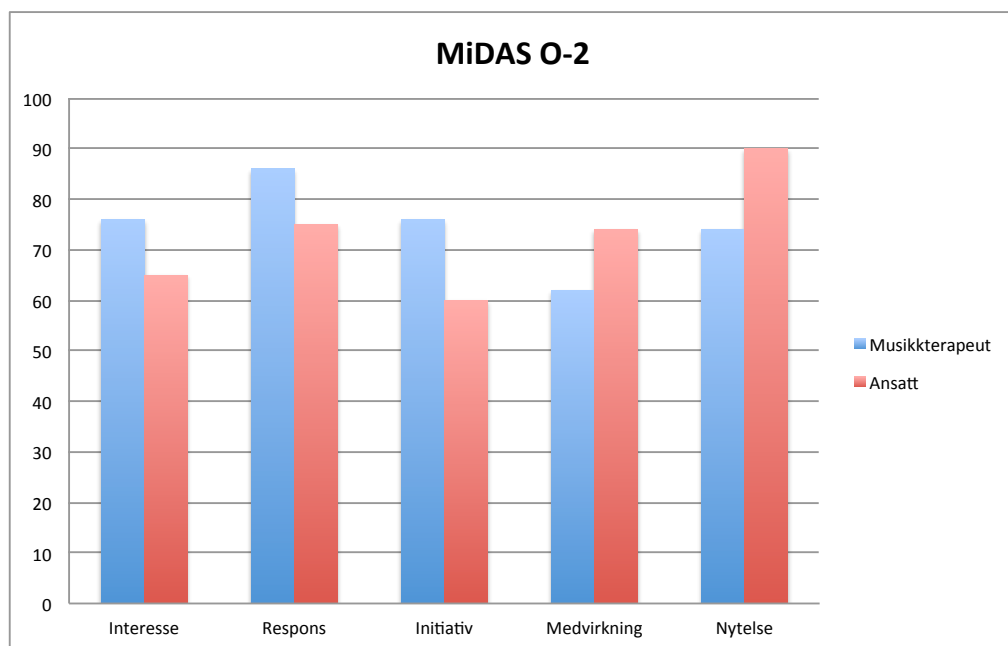
*O: Det er litt irriterende syns jeg (ler)*

#### 4.2.2.3 MiDAS O-2

Kategori	VAS-skåre: Musikoterapeut	VAS-skåre: Ansatt
Grad av interesse	76	65
Grad av respons	86	75
Grad av initiativ	76	60
Grad av medvirkning	62	74
Grad av nytelse	74	90

Ansatte som utførte observasjon og fylte ut skjema krysset også av tilleggsboksene for avslappet, oppmerksom/interessert og munter/smilende. Som eventuell kommentar skrev ansatt følgende:

*”Beboer var sliten i dag og satt deler av sangstunden med lukkede øyne. Så derimot ut til å sette stor pris på julesanger. Da var hun våken og deltok aktivt”*



**Figur 6: Resultat MiDAS O-2**

Med et overblikk over tall og diagram kan man se en stor likhet mellom musikkterapeut og ansatt sine registreringer angående hvor det går opp og ned i tall og figur. Musikkterapeutens besvarelse varierer med høyeste på 86 og laveste på 62, mens ansattes besvarelse varierer med høyeste på 90 og laveste på 60.

Jeg vil nå kort gå gjennom differansen mellom musikkterapeut og ansatt sine besvarelser:

*Grad av interesse:* Musikkterapeut skårer høyest på sin observasjon med 76, mens ansatt ligger 11 under med 65.

*Grad av respons:* Musikkterapeuten skårer høyest på sin observasjon med 86, mens ansatt ligger 11 under med 75.

*Grad av initiativ:* Musikkterapeuten skårer høyest på sin observasjon med 76, mens ansatt ligger 16 under med 60. Dette er en av de to største differansene mellom musikkterapeut og ansatt ved dette målepunktet.

*Grad av medvirkning:* Ansatt skårer høyest på sin observasjon med 74, mens musikkterapeut ligger 12 under med 62.

*Grad av nytelse:* Ansatt skårer høyest på sin observasjon med 90, mens musikkterapeut ligger 16 under med 74. Dette er en av de to største differansene mellom musikkterapeut og ansatt ved dette målepunktet.

Man ser av dette en veldig lav og jevn differanse i observasjonene.

#### 4.2.2.4 Intervju O-2

Deltaker har nylig flyttet fra huset sitt til en mindre leilighet. Deltaker er ikke helt fornøyd med dette og tenker en del på ting rundt flyttingen, å ha mistet huset og bekymringer rundt dette. Dette kommer opp flere ganger gjennom intervjuet.

*G: Hvordan syns du det går med deg?*

*O: Ikke så verst, du vet når du ikke trivs så (..) det e jo rart med det sant*

Ved samtale rundt om deltaker fremdeles spiller piano forteller hun at hun har pleid å spille julesanger rundt jul men ikke så mye ellers. I denne samtalen kommer bekymringen om huset tilbake, om det fremdeles står der det var og om pianoet fremdeles er der.

*O: Jada jeg har vært hjemme, hos familien så har jeg jo gjort det spillar jo til julesangene og for foreksempel (.) menne, piano står vel hjemme i huset mitt enda går jeg ut fra og huset står der vel og*

Deltaker forteller at hun liker godt å synge, men nevner her igjen at hun fikk problem med stemmen da hun var barn. Hun fikk da en stor endring på stemmen fra høy til lav.

Tonehøyden er derfor viktig for at deltaker skal kunne delta i gruppen.

*O: Men jeg likar jo å få synge da jeg mistet jo stemmen i en halsesyke som barn så jeg gikk lenge i sånn stemmebehandling for å kunne få taleevnen igjen*

*G: Ja*

*O: Men du hørar den e litt dyp, og jeg hadde jo så høy stemme før*

Deltaker viser at hun trives som bruker av dagsenteret og at hun er fornøyd med å få være med i musikkterapigruppen.

*G: Men når vi har sånne musikkgrupper her inne, syns du humøret ditt blir påvirket av det?*

*O: Jajj at jeg får gå her det e e pluss for meg altså*

#### 4.2.2.5 Triangulering "O"

*I hvilken grad er det sammenheng mellom musikkterapeut/ansatt sine observasjoner og deltakers opplevelse av musikkterapien?*

Resultatet fra målingene til deltaker "O" viser en viss likhet med unntak for første kvantitative måling. Likevel er det jevnt høye svar fra både musikkterapeut og ansatt. Ved første kvantitative måling blir "O" gitt en mye lavere skår på "medvirkning" i forhold til de andre kategoriene. Ved andre kvantitative måling er det en jevnere bevegelse i skåring fra MiDAS hos musikkterapeut og ansatte.

Deltaker "O" forteller at gjennom intervjuene at hun liker at det skjer noe og er positiv til musikkterapiene og at hun gjerne deltar på samspill. Hun forteller også om en halsesyke som hun hadde som barn som i stor grad påvirket stemmen hennes, og at hun derfor ikke alltid synger med. Dette kan ha sammenheng med en lavere skår på "medvirkning". Under det andre intervjuet har deltaker flyttet fra huset sitt, og er mest opptatt av å snakke om dette gjennom intervjuet. Dette kan også være grunnen til at det blir rapportert lavere på flere av kategoriene fra MiDAS fra musikkterapeut og ansatt.

*Hvilke forskjeller kommer til uttrykk i materialet?*

Fordi ansatt registrerer første måling på deltaker "O" med 100 på alle de fem kategoriene får vi en stor differanse på "medvirkning" hvor musikkterapeutens registrering ligger 31 under ansatt sin besvarelse. Dette går på hvilke forventninger vi legger i ordet "medvirkning" og hva man ser under observasjonen og i hvilken grad man er vant til at deltakeren deltar utenfor musikkterapien. Deltaker forteller selv at hun ikke alltid synger med hvis det går for høyt på grunn av sin halsesyke.

Under andre måling skårer musikkterapeut høyest på kategoriene "interesse", "respons" og "initiativ", mens ansatte skårer høyest på "medvirkning" og "nytelse". Bevegelsen av grafen er her lik men ansatt gir en høyere skår. Deltaker snakker her mest om sine bekymringer rundt flytting fra huset sitt og lurte på om pianoet fremdeles står hjemme, under intervjuet er det derfor dette som hun er mest opptatt av å få snakket om. Slik kan det også ha vært under musikkterapigruppen.

Oppsummert ser vi at det er noe grad av likhet mellom musikkterapeut og ansatt sine observasjoner og deltaker sin opplevelse av musikkterapien. Dette grunnet noe forskjell mellom musikkterapeut og ansatt sin skåring og noe forskjell på det deltaker rapporterer ved begge målepunktene. Vi kan her si at vi har hatt noe grad av forståelse av "O" sin opplevelse av å delta i musikkterapigruppen.



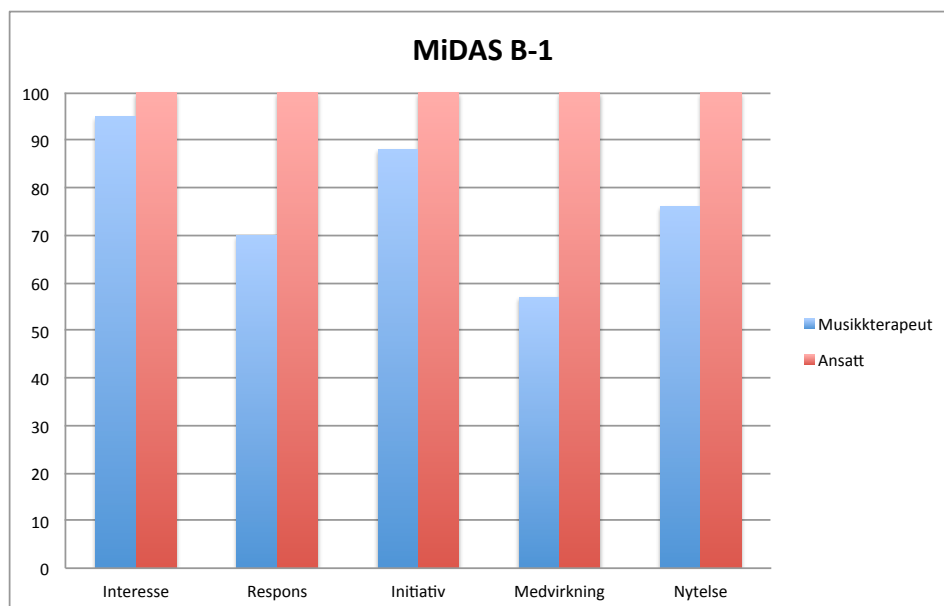
### 4.2.3 "B"

Jeg vil nå presentere resultat fra de to målepunktene for deltaker "B". Resultatene presenteres kronologisk og er merket med tall 1 og 2 ettersom det er første eller andre målepunkt

#### 4.2.3.1 MiDAS B-1

Kategori	VAS-skåre: Musikkterapeut	VAS-skåre: Ansatt
Grad av interesse	95	100
Grad av respons	70	100
Grad av initiativ	88	100
Grad av medvirkning	57	100
Grad av nytelse	76	100

Det ble ikke gjort observasjon av avgjørende reaksjoner hos deltaker. Ingen eventuelle kommentarer ble heller notert fra musikkterapeut og ansatt.



Figur 7: Resultat MiDAS B-1

Med et overblikk over tall og diagram kan man se at det er stor forskjell mellom musikkterapeut og ansatt i hvor det går opp og ned i tall og figur. Musikkterapeutens besvarelse varierer fra høyeste 95 og laveste 57, mens ansattes besvarelse ligger jevnt på 100. Ansatt har også her, i likhet med måling for "O-1", forklart at de synes alt var veldig bra, at de observerte god deltakelse hos deltaker, og at de selv også ble ivrige deltakere i

musikkterapigruppen. Den konstante besvarelse på 100 fra ansatt fører derfor til en større differanse av mellom tall og mønster enn ved de andre målingene. Grunnet den jevne besvarelsen til ansatt og en stor variasjon i besvarelse fra musikkterapeut blir det et annerledes diagram og en stor differanse mellom tallene.

Jeg vil nå kort gå gjennom differansen mellom musikkterapeut og ansatt sine besvarelser:

*Grad av interesse:* Ansatt skårer høyest på sin observasjon av deltaker med 100, mens musikkterapeut ligger 5 under med 95. Dette er den minste differansen mellom ansatt og musikkterapeut ved dette målepunktet.

*Grad av respons:* Ansatt skårer høyest på sin observasjon av deltaker med 100, mens musikkterapeut ligger 30 under med 70.

*Grad av initiativ:* Ansatt skårer høyest på sin observasjon av deltaker med 100, mens musikkterapeut ligger 12 under med 88.

*Grad av medvirkning:* Ansatt skårer høyest på sin observasjon av deltaker med 100, mens musikkterapeut ligger 43 under med 57. Dette er den største differansen mellom ansatt og musikkterapeut ved dette målepunktet.

*Grad av nytelse:* Ansatt skårer høyest på sin observasjon av deltaker med 100, mens musikkterapeut ligger 24 under med 76.

#### 4.2.3.2 Intervju B-1

Deltaker "B" gir lange og rike intervju og deler mye fra livet sitt utenom spørsmål rundt deltakelse i musikkterapigruppene. Deltaker er opptatt av å vise takknemlighet for at hun får muligheten til å komme på dagsenteret og snakker rundt dette flere ganger i intervjuet. Hun snakker likevel om at hun føler det sosiale i gruppen kunne vært bedre og at hun også her føler seg noe ensom.

*B: Også e eg heldig de hentar meg heime og og kjørar meg heim igjen og, men det er litt for lite samhold*

*G: Ja*

*B: Med oss gamle, det e det einaste eg s(utydelig)*

*G: Ja*

*B: for eg sittar der e e eg sitt aleine heima og eg sitt aleine her*

Deltaker observerer og følger med i gruppen på hva musikkterapeut gjør og reflekterer over

det som skjer i gruppen. Hun forklarer hvordan hun selv har sett musikkterapeuten jobbe og hvordan hun syns gruppen har fungert i dag. Det kommer også frem hva som må til for at deltaker lettere skal kunne delta i musikkterapigruppen. Deltaker liker best å delta hvis det er en større gruppe hvor flere deltar.

*G: Men hvordan syns du det var å være med i musikkgruppen idag?*

*B: Du her e det sangar som du sjøl kan og har veit om du har lert før om ikkje du huskar teksten så huskar du melodien*

*G: Mm*

*B: Også e dokkar så (.) veldig rolig og avbalanserte, ikkje den der pang pang pang. Det dokke akuratt som så dokka følar dokkar frem for at, idag klarar de nokke sant ja også kan det komme en dag som ikkje noken føllar opp i det hele tatt sånn har eg fått, litt litte granne sånn atte (.) men vi e veldig få idag*

*G: Ja*

*B: Ja, når vi e fleire så e det lettare, å då e det lettare for meg og å vere med*

Deltaker er redd for å lage for mye ut av seg og delta i for stor grad. Hun føler av og til at hun kan bli litt mye. Deltaker vet selv at hun kan synge men er redd for at andre skal tro hun prøver å vise seg frem i gruppen. Janteloven ("du skal ikke tro du er noe") kommer her frem og gjør at deltaker blir redd for å skille seg ut eller fremstå som en bedreviter i forhold til de andre.

*B: For dett også vil eg, for eh det li e eg e litt livende redd for da at ja hon tror hon e nokke, skjønner du?*

*G: Ja*

*B: Ja men det e da hvis du kan synga, sant også då så off no skal hon brife sant (ler) ... Jo men d det eg har vært ute for det å og då tenkar eg no får du ta gard din ned B. også får du holda deg i ro*

Deltaker svarer at hun ønsker seg mer fart i gruppen og flere deltakere sånn at også hun kan delta på spørsmål om deltakelse i musikkgruppen påvirker henne humørmessig. Har tidligere sunget i kor med personer som var yngre enn henne selv og likte dette. Kan nå føle at de andre brukerne av dagsenteret er gamle og ikke synger på det nivå som deltaker er vant til.

*G: hvordan påvirker det å være med på musikken her deg på humøret?*

*B: Jo du idag ikkje idag*

*G: Nei?*

*B: Idag ekje det ikkje det den ikkje meg ikkje min dag som foregår idag*

*G: Nei*

*B: Det e få for tamt*

*G: Mm*

*B: et hvis du skjønner ka eg meiner*

*G: Ja jeg skjønner det*

*B: for her var mye friskare*

*G: Mm*

*B: Når vi satt her sant då kunne eg være med og då tørte eg å synga men det gjørkje eg der inne blandt de (...) hese stemmene der*

*G: nei (ler)*

*B: (ler) (.) No e eg stygg men altså sånn e da sånn e det bare*

Deltaker viser noe misnøye med utdelt rytmeinstrument fra musikkterapigruppen. Er bevisst på og har tenkt på hvilket instrument hun heller ville hatt, og som ville passet henne bedre.

*B: Ja men rytmen har eg*

*G: Ja*

*B: Men likte ikkje akkurat de derre pinnane så godt*

*G: Nei du skulle fått et annet?*

*B: Hadde det vært en tromme pffff*

*G: Ååå*

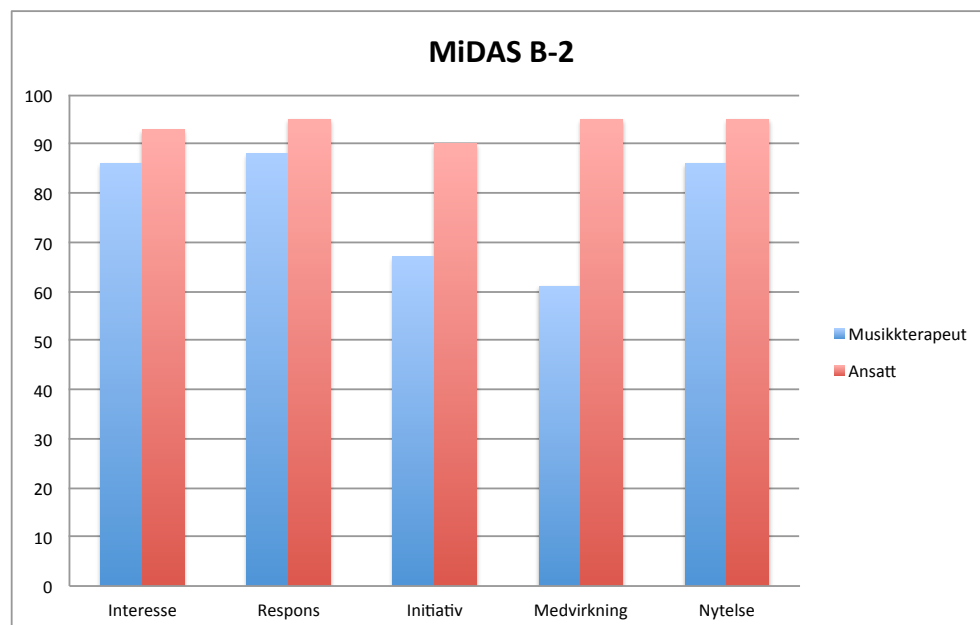
*B: (ler)*

#### 4.2.3.3 MiDAS B-2

Kategori	VAS-skåre: Musikkterapeut	VAS-skåre: Ansatt
Grad av interesse	86	92
Grad av respons	88	95

Grad av initiativ	67	90
Grad av medvirkning	61	95
Grad av nytelse	86	95

Ansatte fylte ut avslappet, oppmerksom/interessert og munter/smilende som supplerende viktige observasjoner. Ingen eventuelle kommentarer ble notert fra musikkterapeut og ansatt.



Figur 8: Resultat MiDAS B-2

Med et overblikk over tall kan man se at ansatt har jevne tall som hele tiden ligger mellom 90-95. Musikkterapeut sine registreringer har et større spenn fra 61-88. Likevel er det lignende trekk i form mellom musikkterapeut og ansatt, som vi ser av diagrammet (figur 8).

Jeg vil nå kort gå gjennom differansen mellom musikkterapeut og ansatt sine besvarelser:  
*Grad av interesse:* Ansatt skårer høyest på sin observasjon med 92, mens musikkterapeut ligger 6 under med 86.

*Grad av respons:* Ansatt skårer høyest på sin observasjon med 95, mens musikkterapeut ligger 7 under med 88.

*Grad av initiativ:* Ansatt skårer høyest på sin observasjon med 90, mens ansatt ligger 23 under med 67.

*Grad av medvirkning:* Ansatt skårer høyest på sin observasjon med 95, mens musikkterapeut ligger 34 under med 61. Dette er den største differansene mellom musikkterapeut og ansatt ved dette målepunktet.

*Grad av nytelse:* Ansatt skårer høyest på sin observasjon med 95, mens musikkterapeut ligger 9 under med 86.

#### 4.2.3.4 Intervju B-2

Deltaker forteller mye om tidligere sykdom og hvordan det har påvirket henne i livet i dette intervjuet. Det virker viktig for deltaker å fortelle dette til intervjuer for å vise at det har vært et problem lenge og at det med jevne mellomrom kan påvirke deltakelsen i gruppen på grunn av smerter.

*B: Nei eg ha, eg har polio sant så eg kvele og då har eg på høyre siden og der har eg smertar hele tiden men eg har hatt det siden eg var 11 år og då har eg kjennekje ette*

*G: Nei så du har lært deg å ikke kjenne/*

*B: Ja idag no liksom når eg sitte så lenge så går det rundt her sånt også ner også tenkte meg så no når eg gjør sånn strekker opp så løsnar det litt*

I samtale om hvordan deltaker har hatt det i musikkterapigruppen denne dagen stiller deltaker seg positiv til sang og musikk, og viser til tidligere erfaringer med å ha stått i kor. Så kommer deltaker på en ubehagelig situasjon med medbruker som skjedde i gruppen den dagen som har gitt henne mindre ønske om å delta aktivt i gruppen. Etter aktiv og engasjert deltakelse i musikkterapigruppen har deltaker fått kjeft av medbruker for å delta i for stor grad.

*G: jeg lurte på hvordan du synes det har vært å være i musikkgruppen i dag*

*B: Kjempefint, elska eg har jo stått i kor (...) men så sittar det en på hjørne der borte og vi s eg satt her og hon satt der på på spisesalen, også, så, var det då underholdning så sant vi sang og de m synge med også sa hon til meg også sa hon det at du SYNGAR for høgt og du klappar for høgt*

*G: Å?*

*B: Sa hon te meg ja men gjør eg det sa eg, hon ho ho gjør ingenting sa hon så tenkte eg med meg neste gang skal eg slå enda kraftigere, nei veit du ka då har de ikkje mykje å å fara med (...) Også kommar de bort til meg etterpå og sa, du for en fin stemme du har sa dei til meg, neei s sa eg e en stril oppeifra fana hakje noke stemme sa eg, og vettuka det e en sånn fin klang i den stemmen din sa de men då turte eg å synge, no tør eg ikkje synge no*

Deltaker har tidligere i livet sunget i kor og sang da stemmen ”alt”. Deltaker mener derfor at

noen av sangene ligger litt for høyt og har merket en nedgang i stemmen da hun ble gammel. Forteller selv at det hjelper å synge stemmen i gang, men at det tar litt tid.

*B: Og derfor syngar eg kanskjusi, at det blir litt høgt på grunn av at eg e alt*

*G: Ja*

*B: Sant men eg e jo, blinoeno to og åtti år, og då og då kan ikkje ve så mye stemme igjen, men eg syngar stemmen i gang*

Deltaker forteller at hun er veldig glad i musikk og at det er kjekt å kunne være med i musikkterapigruppen, spesielt siden hun ofte føler seg ensom. Forteller at hun har satt pris på den positive tilbakemeldingen hun har fått på syngingen sin av musikkterapeut.

*B: Eg er alltid glad i musikk eg*

*G: Ja*

*B: Eg e, du veit at eg bur åleina og syns det e veldig (.) kjekt å høra når folk synge og sånn musikk, og når eg då tørte å synga med og hon kom å sa at du har en fin stemme så tenkte eg herregud ka har ho hørt sant (ler) det va ein av dokka sku eg nært sagt*

#### *4.2.3.5 Triangulering "B"*

*I hvilken grad er det sammenheng mellom musikkterapeut/ansatt sine observasjoner og deltakers opplevelse av musikkterapien?*

Resultatet fra målingene til deltaker "B" viser noe likhet mellom musikkterapeut/ansatt og deltaker, med unntak første kvantitative måling hvor ansatt jevnt gir deltaker en skåre på 100. Musikkterapeut gir deltaker ved første måling høy skåre på "interesse", "initiativ" og "nyttelse", og lavere på "respons" og "medvirkning". Deltaker "B" forteller selv i intervjuet at liker godt å holde på med musikk, liker det musikkterapeuten gjør og følger med i gruppen "B" forteller at hun syns de er for få i gruppen og at de andre er for lite deltakende til at hun tør å delta fullt ut. Ønsker å ikke skille seg ut fra resten av gruppen eller virke som hun er en bedreviter. Dette kan føre til at deltaker er mer tilbakeholden i deltakelse og respons, men likevel er aktiv på grunn av en stor interesse for musikk.

Ved andre måling har musikkterapeut og ansatt en relativt lik form på grafen som blir laget av besvarelsen og med høye skårer. Ansatt ligger også her jevnt med veldig høye svar, musikkterapeut ligger jevnt rett under med unntak for på kategoriene "initiativ" og "medvirkning". Her går begge litt ned, men musikkterapeut mest. Deltaker forteller at hun

ofte bruker litt tid på å komme i gang med stemmen sin og at hun har sunget stemmen ”alt” i kor. Hun forteller også om en opplevelse med medbruger som har gjort at hun ikke ønsker å delta. Dette kan ha ført til observasjoner som ga lavere skår på ”initiativ” og ”medvirkning”.

*Hvilke forskjeller kommer til uttrykk i materialet?*

Første kvantitative måling har ansatt en besvarelse på 100 på alle kategorier mot en mer varierende besvarelse fra musikkterapeut. Andre kvantitative måling har ansatt nesten en besvarelse på jevnt 90-95 på alle kategorier med en liten nedgang på ”initiativ” og ”medvirkning”. Deltaker ”B” legger selv vekt på at hun er svært glad i musikk og har stått i kor tidligere, men er redd for å delta grunnet en medbruger har kritisert hennes deltakelse og har derfor ikke lenger et ønske om å delta i musikkterapigruppen. Dette kommer ikke spesielt til syne under musikkterapeut eller ansatt sine skåringer. Det er kun en nedgang på de to kategoriene nevnt tidligere, og en ellers høy skåre fra både musikkterapeut og ansatt. Beboer nevner også at hun ikke er begeistret for å delta når det er få i gruppen og det ikke er nok fart og energi.

Oppsummert ser vi at det er noe grad av likhet mellom musikkterapeut og ansatt sine observasjoner og deltaker sin opplevelse. Likheten blir også her i noe grad grunnet en viss likhet ved første målepunkt, og en større forskjell ved andre målepunkt hvor musikkterapeut og ansatt sin opplevelse er noe lik, mens deltaker rapporterer noe annet. Vi kan her si at vi har hatt noe grad av forståelse av ”B” sin opplevelse av å delta i musikkterapigruppen.

### **4.3 Overordnet triangulering**

Jeg vil her gjøre en overordnet triangulering hvor jeg sammenligner casetrianguleringen og setter dette opp med mine to forskningsspørsmål som vil være med å besvare problemstillingen som legges frem under diskusjonen.

*I hvilken grad er det sammenheng mellom musikkterapeut/ansatt sine observasjoner og deltakers opplevelse av musikkterapien?*

Resultatet fra alle case viser en viss grad av likhet av formen på grafen mellom musikkterapeut og ansatt, selv om ansatt ofte setter en høyere skår på deltaker. Det er sjeldent en helt lik form på grafen fra gang til gang, men det er ofte likhetstrekk. Dette går også igjen i intervjuene. Deltakerne viser at dagene varierer fra gang til gang og at nye ting dukker opp i tidsrommet mellom første og andre måling. Det er ofte en likhet i hva de synes om musikk, mens deltakelsesgrad og hva som er riktig den ene dagen varierer fra gang til gang.



Eksempelvis forteller deltaker ”B” i første intervju at hun ikke helt har hatt dagen

*”B: Idag ekje det ikkje det den ikkje meg ikkje min dag som foregår i dag”*,

mens i andre intervju stiller hun seg svært positiv til musikkterapigruppen til tross for å ha fått tilsnakk fra medbeboer:

*”G: jeg lurte på hvordan du syns det har vært å være i musikkgruppen i dag.*

*B: Kjempefint, elska eg har jo stått i kor”*.

På grunn av dette vil noen av observasjonene og opplevelsene rapporteres likt fra gang til gang, mens andre punkt varierer, som vi ser fra casene.

Når deltakerne forteller å ha en dårligere dag eller flere bekymringer, kan det hos noen komme frem at enten musikkterapeut, ansatt eller begge gir en lavere skår enn ved en annen måling hvor deltaker ikke har hatt en slik opplevelse.

Eksempelvis VAS-skåren til deltaker ”O” viser høyere skår ved første måling enn andre som er betydelig lavere. Ved andre intervju rapporterer deltaker ”O” misnøye med å ha flyttet og trives ikke på det nye stedet. Dette tar en stor del av intervjuet.

Jeg vil derfor si at det er noe grad av sammenheng mellom musikkterapeut og ansatt sine observasjoner og deltakers opplevelse av musikkterapien.

Punktvis oppsummering:

- Musikkterapeut og ansatt har i noe grad likhet i observasjonene sine.
- Deltakerne gir god informasjon i intervjuene sine og har en kontinuerlig likhet mellom første og andre intervju om hva musikk betyr, men forteller om variasjoner fra dag til dag i deltakergrad.
- Musikkterapeut og ansatte sine observasjoner stemmer i noe grad overens med deltakernes opplevelse.

*Hvilke forskjeller kommer til uttrykk i materialet?*

En gjennomgående forskjell for alle case seriene er at ansatte ofte svarer med en høyere skår på deltaker i forhold til musikkterapeuten. Den største differansen på besvarelse mellom musikkterapeut og ansatt er ofte på kategoriene ”initiativ”, ”medvirkning” og ”nytelse”, hvor ansatt ofte gir en høyere skåre enn musikkterapeut. Når musikkterapeuten gir en høyere skår på deltaker enn ansatt er det ofte på kategoriene ”interesse” og ”respons”, noe vi eksempelvis ser på MiDAS-resultatet til I-1 (figur 3), I-2 (figur 4) og O-2 (figur 6). Selv om musikkterapeut og ansatt ofte rapporterer forskjellig svar, passer likevel ofte noe av det deltaker forteller i intervjuene med begge observasjoner.

Deltakerne legger ofte frem i intervjuene en begrunnelse på hvorfor de deltok i en så liten eller stor grad, og hvordan hverdagen påvirker deres deltakelse og ønske om å delta.

Dette ser vi eksempler på i alle intervjuene:

Deltaker "I" synes at stemmen har forandret seg veldig de siste årene:

*"I: E jo sånn som, det var bedre før, for å si det på den måten (ler)"*

Deltaker "O" forteller også om endring i stemmebåndet etter sykdom:

*"O: Ja, jeg har jo mistet sangstemmen en gang jeg hadde en forferdelig halsesyke"*

Deltaker "B" liker best å delta i større grupper:

*"B: Ja, når vi e fleire så e det lettare, å då e det lettare for meg og å vere med"*

Det er sjeldent at deltakerne synes de har en perfekt dag og at alt var perfekt i musikkterapigruppen. Siden deltakerne alltid har noen kommentarer på musikkterapigruppen gir dette en stor forskjell til ansatt sin besvarelse med en skår på 100 på alle kategorier for to av deltakerne ved ett av målepunktene.

Ved noen av målepunktene gir både musikkterapeuten og ansatte en høy skår på deltaker på de ulike kategoriene, mens deltaker selv forteller i intervjuene at de ikke helt har hatt dagen, eller ikke trives så godt i gruppen. Likevel har både musikkterapeut og ansatt gitt høy skåre i MiDAS på deltaker.

Man ser av dette at det er flere forskjeller som kommer til uttrykk i materialet både mellom våre observasjoner og deltakers opplevelse av musikkterapien, men også mellom musikkterapeut og ansatt sine egne observasjoner.

Punktvis oppsummering:

- Musikkterapeut og ansatt observerer noen punkter forskjellig, men det deltaker forteller passer som regel til noen av musikkterapeut og noen av ansatt sine observasjoner.
- Deltakerne begrunner ofte hvorfor de har deltatt i den graden de har deltatt.
- Enkelte besvarelser fra deltakerne er langt unna hva musikkterapeut og ansatt har observert.

Oppsummert av disse to ser man at det er noe grad av likhet mellom musikkterapeut og ansatt sine observasjoner og deltaker sin opplevelse. Dette grunnet noen forskjeller i hva musikkterapeut og ansatt ser i observasjonene sine og hvordan de velger å skår, og at det ved noen punkt varierer i hva deltakerne selv forteller om sine opplevelser. Likheten mellom musikkterapeut og ansatt sine rapporter av observasjoner og deltakers rapporter av opplevelsen fra musikkterapigruppene har ikke stor nok overenstemmelse til å beskrives som stor grad av likhet og blir derfor klassifisert som noe grad av likhet. Likevel kan man se at ved

å legge sammen musikkterapeut og ansatt sine observasjoner og sette de opp mot hva deltakerne mener, vil man komme nærmere enn ved bare å sette enten musikkterapeut eller ansatt sine observasjoner opp mot hva deltakerne rapporterer. Deltakerne forteller godt og informativt om sine opplevelser i musikkterapien og andre opplevelser i livet og gir i intervjuene en god innsikt. Man kan se både likhetstrekk og forskjeller i intervjuene til de enkelte deltakerne.

## 5.0 DISKUSJON

Jeg har nå sett på sammenhengen og forskjellene som kom til uttrykk i de tre casene, og gjort en overordnet triangulering som en sammenligning av funnene.

I denne avsluttende diskusjonen vil jeg først knytte funnene opp til annen forskning og se på mulige forklaringer på diskrepans. Jeg vil så se på betydningen av å bruke flere metoder og legge frem en kort metodekritikk. Til slutt vil jeg oppsummere og konkludere.

Før dette ønsker jeg å punktvis presentere mine funn i denne oppgaven, før jeg bruker disse til å besvare problemstillingen min.

Funnene fra denne forskningen er kort oppsummert:

- Noe grad av likhet mellom musikkterapeut og ansatte sine observasjoner og deltakers opplevelse.
- Det deltaker forteller passer ofte best til en blanding av hva musikkterapeut og ansatt har rapportert i MiDAS fremfor kun musikkterapeut eller kun ansatt sine observasjoner.
- Deltakerne viser en evne til å tilpasse seg gruppene.
- Deltakerne har mye å fortelle, fremmer bevisst sine ønsker og viser kontinuitet i den de er.

Jeg vil nå besvare problemstillingen min basert på funnene:

*I hvilken grad har vi en forståelse av personer med demens sin opplevelse av å delta i en musikkgruppe?*

Jeg mener at ut fra resultatet i denne forskningen kan man si at musikkterapeut og ansatte i noe grad har en forståelse av personer med demens sin opplevelse av å delta i en musikkgruppe.

Det vil alltid være vanskelig å vite hva andre mennesker faktisk tenker og mener, og man tolker sannsynligvis det man ser ut fra både personlige og faglige holdepunkter.

Fra resultatene ser det ut som at med god tverrfaglig diskusjon og samarbeid kan man styrke

sin forståelse av personer med demens, og at dette kan være en nøkkel til å på best mulig måte forstå personer med demens.

En ansvarlig praksis kan være en felles praksis når man skal jobbe med personer med demens. En felles praksis vil være tverrfaglig samarbeid og vurdering, og inkludering av brukerperspektivet. Det å ta seg tid til å spørre hva personen med demens mener så lenge de har mulighet til å fortelle dette vil også være med å utvikle de ulike profesjonenes forståelse av reaksjonsmønstre når den enkelte ikke lenger kan svare for seg. Dette spesielt siden deltakerne viser et ønske om å fortelle.

Reaksjonsmønstre er ofte forskjellige fra person til person og må læres slik at man har mer å ta utgangspunkt i for å forstå personene på best mulig måte. Her må man kanskje også revurdere måtene man stiller spørsmål til personer med demens.

## **5.1 Funn relatert til annen forskning og diskrepans**

Jeg har tidligere i litteraturgjennomgangen lagt frem ulik forskning på personer med demens og musikkterapi som et grunnlag for denne oppgaven. Jeg har ikke lyktes med å finne forskning med fokus på musikkterapeut/ansatt sine observasjoner knyttet opp mot personer med demens sin opplevelse i musikkterapi, og jeg vil derfor knytte funnene opp mot generell musikkterapiforskning og litteratur personer med demens sin egen stemme som presentert tidligere under litteraturgjennomgangen. Jeg vil også presentere ny litteratur rundt tema som har dukket opp i funnene fra forskningen og se på mulige forklaringer på diskrepans. Temaene er inndelt på følgende måte tverrfaglig perspektiv, sosial kompetanse, samvær og identitet, og til slutt brukerperspektiv og empowerment.

### **5.1.1 Tverrfaglig perspektiv**

Ett av funnene fra denne forskningen viser at en sammenlegging av observasjonene til musikkterapeut og ansatt ofte kom nærmere en lik besvarelse på deltaker sin opplevelse enn ved kun se på enten musikkterapeut eller ansatt sine besvarelser.

Jeg vil derfor diskutere bruken av tverrfaglig samarbeid til å arbeide med personer med demens. I tverrfaglig samarbeid er det ulike yrkesgrupper som jobber sammen og utfyller hverandre for å få en mest mulig helhetlig tilnærming til brukers behov (Gro Jacobsen, 2010).

Jacobsen (2010) skriver i sin masteroppgave om idéen å ha tverrfaglig samarbeid faktisk fungerer eller om det bare er et ord vi bruker til pynt. Jacobsen understreker viktighet med å gripe inn i hverandres oppgaver, dele faglig kompetanse og utvikle ny kompetanse, men at det

også finnes problematikk i det å jobbe i tverrfaglige team. Slik problematikk kan eksempelvis være ulike interesser, hierarki, autoritære holdninger og motsetninger som kan skape mye diskusjon og uenighet i tverrfaglige grupper.

Dette belyser også Ann-Elizabeth Steenberg (2007) i sin hovedoppgave ”Forhold som hemmer og fremmer samarbeid i tverrfaglige team”. Steenberg (2007) belyser også et problem som kan gå motsatt vei i tverrfaglig samarbeid, nemlig ved ingen diskusjon. ”Er viljen og evnen til samarbeid stor i en gruppe som arbeider mye sammen over lang tid, særlig innenfor en ramme der likeverd vektlegges sterkt og funksjonsdifferensieringen er lav, øker sannsynligheten for en utvisking av forskjeller. Derfor kan det være bekymringsfullt at et samarbeid fungerer svært godt. Tverrfaglig team er nettopp satt sammen med tanke på bredde og kvalitet i arbeid med klienter” (Steenberg, 2007, s. 60).

Fra Steenberg (2007) sin forskning går det frem at tilgjengelighet, stabilitet, lav terskel for å spørre, bli hørt og inkludering er viktige kriterier mennesker som arbeider i tverrfaglige samarbeid. Men det er også viktig å kunne diskutere og legge frem forslag fra sin egen profesjon.

Jacobsen (2010) støtter opp under dette ved å legge frem at man må ha kjennskap til hverandres kompetanser og at det å ha en bevisst og aktiv holdning til tverrfaglig samarbeid er viktig for at det skal fungere.

Fra min forskning kommer frem av alle målingene at man kan se en forskjell mellom musikkterapeut og ansatt sine observasjoner og skåring av deltakerne. Ofte har ansatte gitt den høyeste skåren, men hvis man ser hvem som har gitt høyest skår på hver av de enkelte kategoriene ser man at musikkterapeuten ofte gir høyest skår på de to første kategoriene ”interesse” og ”respons”, men ansatt ofte gir en høyere skåre enn musikkterapeut på kategoriene ”initiativ”, ”medvirkning” og ”nytelse”.

Det er vanskelig å vite sikkert hvorfor det er forskjeller, men en mulig forklaring kan være våre ulike bakgrunner som vi har sett av forskningen lagt frem tidligere i dette kapitlet. Forskjellig utdanning, arbeidserfaring og teoretisk bakgrunn gjør at man ser på deltakerne med forskjellige øyne og ulike forventninger som vi ser av Jacobsen (2010) og Steenberg (2007). Hvilke reaksjoner man ser og oppfatter kan også ha mye å gjøre profesjon og hvor man sitter som deltaker musikkterapigruppen.

Som musikkterapeut synes jeg personlig det ofte er lett å se i en gruppe hvem som viser interesse for musikken og gir en respons på det terapeuten gjør. Det å se en reaksjon fra deltakeren som viser tegn på å ta initiativ, nytelse eller medvirkning synes jeg kan være vanskeligere eller at jeg stiller høyere krav til disse reaksjonene.

Eksempelvis kan en ansatt som deltar i gruppen kan kanskje stille andre krav til interesse og respons enn musikkterapeuten, men bli overrasket over det som skjer når en musikkterapeut tar tak i disse to punktene og dermed ser en større grad av initiativ, medvirkning og nytelse fra deltakeren. Ut fra dette kan det hende at man skårer annerledes.

Som man ser av resultatet gir ansatte ofte en noe høyere skår enn musikkterapeuten. Dette kan kanskje ha noe å gjøre med at de ikke har like høye forventninger til deltakerne sin reaksjon som en musikkterapeut har eller at de kanskje aldri har vært med i en musikkterapigruppe tidligere.

Det kan også diskuteres hvor stor en respons deltakerne i musikkterapigruppen må gi for at det skal registreres av ansatt eller musikkterapeut og fylles inn i MiDAS. Her kan det muligens ha noe å si hvor godt man kjenner deltakeren og i hvilken setting man er vant til å se deltakerne, og man ser igjen her viktigheten av et godt tverrfaglig samarbeid.

Selv om det er stort fokus på de forskjellige profesjonene i et tverrfaglig samarbeid legger også både Steenberg (2007) og Jacobsen (2010) vekt på at man ikke må glemme brukermedvirkningen i det tverrfaglige samarbeidet, spesielt med tanke på at tverrfaglige samarbeid er satt sammen for å få en helhetlig tilnærming til bruker sitt behov.

Ved to målingspunkt valgte ansatte å svare 100 som skåre på alle kategoriene i MiDAS, mot en mer variert skåring fra musikkterapeuten. En mulig forklaring på denne diskrepansen kan være ivrig deltakelse fra flere i gruppen, og også ansatte. Når man selv deltar i stor grad og synes at noe er veldig kjekt kan dette kanskje ha en smittende effekt på hvordan man registrerer at andre deltakere også har hatt det. Deltakerne selv fortalte at de hadde hatt en fin stund, men tilsynelatende ikke nok til å skåre 100 på alle punkter da begge kom med noen forklaringer på hvorfor deltakelsen ikke var maksimal.

De ulikhetene vi har gjennom de forskjellige profesjonene kan være det som gir oss det riktige svar, noe som kommer frem i min forskning.

Jeg legger derfor frem en antagelse om at et tverrfaglig perspektiv og samarbeid kan øke vår forståelse av personer med demens.

### **5.1.2 Sosial kompetanse, samvær og identitet**

At personer med demens har en sosial kompetanse hvor de forstår og leser sosiale situasjoner og tilpasser seg kommer også frem i min forskning. Sosial kompetanse er evnen en person har til å optimere sosial atferd avhengig av den tilgjengelige sosiale informasjon (Taborsky & Oliveira, 2012).

I forskningen min kan man også se at resultatene fra MiDAS noen ganger skiller seg ut fra

hva deltakerne selv fortalte om sine opplevelser fra musikkterapien. Deltakerne hadde ofte bekymringer av ulike grunner som gjorde at de en av dagene ikke syntes det var like kjekt, eller ikke ønsket å delta i like stor grad som de kunne. Likevel rapporterer både musikkterapeut og ansatt en viss grad positive reaksjoner og høyere skårer i MiDAS på disse dagene. Von Kutzleben, Schmid, Halek, Holle & Bartholomeyczik (2012) legger frem i sin forskning at personer med demens har en forståelse og tilpasser seg ved å utvikle strategier for å optimere kognisjon og dempe vanskelige følelser. Dette går igjen i Kitwood (1997) sine tidligere nevnte teorier om personer med demens som "meaning makers" hvor de skaper forståelse av både sine egne og andre sine handlinger. Dette kan være en mulig forklaring på diskrepansen mellom MiDAS-resultatene og hva deltaker selv forteller.

En annen grunn til dette kan være "høflighets-deltakelse", som er en del av den sosiale kompetansen deltakerne kan ha lært gjennom oppveksten. Eksempelvis selv om en deltaker ikke har behov eller ønske om å delta i så stor grad de kan, eller synes at gruppen fungerer godt den dagen, vil de delta de i høy grad for å ikke skuffe eller såre musikkterapeut og ikke skille seg ut fra resten av gruppen. Det er allmenngyldig kunnskap å være høflig mot andre mennesker. Deltakerne kan være oppdratt til å vise interesse for ting andre mennesker legger frem, til tross for at man er totalt uinteressert i det. Dette har jeg ofte sett i mitt arbeid innenfor eldreomsorgen, og jeg tror at den generasjon som er beboere ved sykehjem eller brukere av dagsenter per 2016 spesielt er en slik generasjon som er takknemlig og ikke ønsker å være til bry.

Barbara Taborsky og Rui F. Oliveira (2012) skriver om en evolusjonistisk tilnærming til sosial kompetanse. De legger frem at dette er noe iboende i oss som varer hele livet ut, og at slik atferds-fleksibilitet har vært og er viktig for å overleve. For å ikke skille seg ut fra en gruppe eller tilpasse seg ulike situasjoner har man ulike reaksjonsmønstre som gjør at man leser situasjoner og tilpasser seg miljøet man er i. Taborsky og Oliveira (2012) legger frem to måter sosial kompetanse kan ha innflytelse på forskjellige sosiale atferdsmønstre i ulike kontekster. Disse er (1) ansamling sosiale ferdigheter og (2) underliggende evne i alle sosiale underkategorier. Siden sosial kompetanse både er iboende men også noe vi har lært gjennom livet kan det ha noe å si på hvorfor personer med demens kan ha denne evnen til å tilpasse seg gruppesituasjoner og andre sosiale situasjoner.

Det å delta i en sosial setting og i gruppe kan ha positiv effekt. Det viser blant annet Trude Gjernes og Per Måseide (2015) sin forskning "Dementia, distributed interactional competence and social membership". Denne forskningen ser på hvordan en person med demens kan bli kompetente deltakere i sosial aktivitet i samvær med andre. Gjernes og Måseide (2015) legger

frem at gjennom den sosiale interaksjonen fremmes identiteten til den enkelte, noe som er positivt når demenssykdommen spesielt rammer identitets og samhørighetsfølelsen til de enkelte som vi har sett av Aldridge (2005) og Kvamme (2008).

Det vises i casene at deltakerne ofte blir observert som aktivt deltakende men at de selv forteller om bekymringer eller de ikke føler det er dagen å selv delta aktivt. Man kan kanskje se på det som at enten musikken har en god effekt, eller at deltakerne opprettholder en fasade som en del av mestringsstrategier som følger med en demensdiagnose.

At musikken har en effekt på deltakerne under musikkterapigruppen støttes om av blant annet McDermott et. al (2012) som viser at musikken har en positiv effekt i korte perioder. Ridder (2012) viser til at en felles musikkopplevelse i musikkterapi kan dekke de grunnleggende psykososiale behovene og redusere nevropsykiatriske symptom. Dette kan man også se av Kvamme (2013) sin forskning som viser til reduserte symptom på angst og depresjon av deltakelse i musikkterapi. McDermott et. al (2014) ser viktigheten av musikkterapi med personer med demens og fant, i likhet med Ridder (2012) at opprettholding av musikalisk og mellommenneskelig samvær fører til økt livskvalitet. Denne forskningen støtter også opp under funnene av at musikkterapi blir sett på som positivt både for deltaker men også resten av gruppen de er medlem av.

Å delta på musikkterapi i en gruppe kan gi en følelse av sosialt samvær og tilhørighet som kan være viktig for mange. At dette har en funksjon støttes av Cohen-Mansfield, Marx, Dakheel-Ali, Regier, Thein og Freedman (2010) sin forskning "Can agitated behavior of nursing home residents with dementia be prevented with the use of standardized stimuli?", som tar for seg ulike typer stimuli og ser på nedgangen av agitasjon hos 111 sykehjemspasienter. De ulike stimuli som ble satt opp mot hverandre var: sosialisering, gjøre en oppgave, lese, "self-identity", musikk, arbeidsoppgaver, simulert sosialisering, "manipulative" eller ingen stimulering utenom vanlig behandling. Av denne forskningen kom det frem at levende sosial stimuli hadde den beste effekten, og at det var stor forskjell på den simulerte sosialiseringen (eksempelvis kosebamse eller dukke) og den levende sosialisering (én til én kontakt med menneske).

I det sosiale samvær er også identiteten viktig, og gjennom intervjuene kan man se at deltakerne viser kontinuitet i den de er og også en bevissthet til seg selv. Dette går igjen i Even Ruud (2013) sin definisjon av identitet som ble lagt frem i begynnelsen av oppgaven. Ruud (2013) legger her vekt på kontinuitet i selvet (det å være lik seg selv fra dag til dag), å være den samme (jeg er meg) og bevissthet (seg selv i forhold til andre og være bevisst på de forrige punktene).



Selv om personer med demens kan føle de mister sin identitet grunnet stigma og sterk sykdomsideologi (Kitwood, 1997), viser fremdeles deltakerne i denne forskningen at de er den samme, har en iboende identitet og er bevisst på denne. ”Vår vestlige idé om selvet kan spores tilbake til forestillingen om ”person” slik den springer ut av det latinske persona, som betyr ”maske”, det vil si den masken med talerør som ble båret av romerske skuespillere” (Ruud, 2013, s. 55). Av dette ser vi at vi også er oss selv slik som andre ser oss. Kitwood (1997) så på begrepet ”personhood” (som definert innledningsvis) som noe iboende og som var en del av oss selv sammen med andre mennesker i likhet med Even Ruud (2013) sin definisjon av identitet.

### 5.1.3 Brukerperspektiv og empowerment

Deltakerne i denne forskningen har vist at personer med demens lar seg intervju og at de kan komme med verdifull og gode forklaringer som man ser av Krüger (2013) sin bok om det å få demens midt i livet. Dette er nok grunnet deltakerne har demensdiagnose i mild til moderat grad. I likhet med funnene til Wogn-Henriksen (2012) viser også funnene fra min forskning at personer med demens har et ønske og behov for å bli hørt og snakke om alt fra musikken til generelt om livet, problemer som kommer med diagnosen, gode stunder, utfordringer, ønske om å oppleve nye ting, bekymringer og ønsket om å kunne fungere så lenge som mulig for å nevne noen punkt som går igjen.

I von Kutzleben og Schmid (2012) sin konklusjon skriver de at det å intervju personer med demens gir oss en mulighet til å få dypere innsikt i personenes behov, krav og forventninger, noe som varierer på individuelt nivå. Dette går også igjen i det deltakerne i min forskning rapporterer om musikkterapien. Enkelte dager passer ikke den samme musikken eller ingen musikk i det hele tatt, andre dager kan deltakelse i samspill være det viktige for den enkelte. Her kan det være vanskelig å se hva personen egentlig ønsker, og selv om man i noen grad kan se dette gjennom observasjon, vil det likevel ikke være like sikkert som når personen selv forteller om sine ønsker og behov.

Både i Krüger (2013), Wogn-Henriksen (2012) og von Kutzleben og Schmid (2012) vises det også til at personer med demens har et ønske og behov om å bli spurt, hørt og sett. Å oppfylle dette ønsket er ikke bare viktig for personene selv, men kan også gi mennesker som arbeider med personer med demens en dypere innsikt i hva som fungerer best for den enkelte. Som vi har sett av intervjuene i min forskning kommer forteller deltakerne godt og informerende om hva de mener, hvordan de har det og hva de ønsker bedring på.

Teorien om at deltakerne i gruppen prøver å opprettholde en fasade for å skjule ulike

bekymringer eller deltar for å være høflig mot musikkterapeuten kan også kobles opp til von Kutzleben et. al (2012) sin forskning på personer med demens og hva de selv ønsker for seg. Det kommer i den forskningen frem at de som rammes av sykdommen ikke er passive offer, men tilpasser seg og lager seg strategier for å mestre vanskelighetene, som tidligere nevnt. Siden deltakerne i min forskning har mild til moderat grad av demens er det liten sannsynlighet for at de har mistet en stor del av evnen til å være sensitiv i samvær med andre. Selv om utviklingen er svært ulik fra person til person vil jeg derfor si det er mulig å anta at deltakerne har tilpasset seg og opprettet strategier for å opprettholde en fasade. Dette går også igjen i Wogn-Henriksen (2012) som skriver om flere strategier personer med demens lager seg for å optimere kognisjon og mestre hverdagen. Dette er noe deltakerne i Wogn-Henriksen sin doktorgradsavhandling selv forteller om i intervjuene og viser at det fungerer godt for de, men ofte kun i mild til moderat grad av sykdomsutviklingen. Dette velger Wogn-Henriksen å kalle for kognitive grep for å hjelpe til med å optimere kognisjon. I Krüger (2013) kommer det også frem fra intervjuene at både pårørende og personene med demens lager mestringsstrategier for å være så godt fungerende så lenge som mulig.

Empowerment er også noe som står sentralt i denne delen. Som tidligere nevnt grunner empowermentbevegelsen i at alle mennesker skal ha lik rett, og hvem personene er og hva de gjør for å gi de mulighet til å bestemme (Rolvjord, 2010). Vi ser fra intervjuene med deltakerne og funn fra annen forskning at personer med demens har et ønske om å bli hørt og et ønske om å bli sett, og gjennom denne bevegelsen har de en rett til å bli hørt og en rett til å bli sett i så stor grad som de selv ønsker.

Randi Rolvsjord ga i 2014 ut en artikkel som het ”What clients do to make music therapy work: A qualitative multiple case study in adult mental health care”. Rolvsjord (2014) la her frem at selv om det ofte er fokus på brukerperspektivet så fokuserer ofte forskningen i musikkterapi på hva terapeuten gjør og ikke hva klienten gjør for å få musikkterapi til å fungere. Rolvsjord (2014) nevner fire punkter som klientene forteller at de gjør for å få musikkterapien til å fungere.

Disse fire er:

- Ta initiativ
- Utøve kontroll i timene
- Forplikte seg til forholdet
- Engasjement utenfor konteksten

(Rolvjord, 2014, s. 303-312).

Hovedfokuset til Rolvsjord (2014) er at klienten selv tar ansvar noe også deltakerne i mitt

forskningsprosjekt rapporterer å gjøre ved å selv være bevisst på hvor stor grad de ønsker å delta, bruke musikken hjemme og ta initiativ i gruppene for å vise hva de ønsker.

”The very idea of empowerment is linked to the concept of a client with ability to empower herself/himself, involving a transfer of power from the expert therapist to the client”

(Rolvjord, 2014, s. 298). Av funnene i min forskning legger jeg derfor frem en antagelse om at deltakeren har en evne til å ”empower” seg selv.

I forskningen viser deltakerne i mitt prosjekt at de er bevisst på sine ønsker om hva de kunne hatt mer eller mindre av og hva de trenger for å kunne forbedre deltakelse. I likhet med Rolvsjord (2014, s. 313) som sier at ”clients in music therapy are not passive recipients of, or respondents to, the therapist’s skilful intervention, but are actively engaged in making therapy useful for themselves both in therapy sessions and in their everyday context”, ser vi av det deltakerne i min forskning forteller at de selv er bevisst på musikken og at de også bruker det selv.

## 5.2 Betydningen av å bruke flere metoder

Jeg har tidligere forklart min motivasjon for dette prosjektet og hvorfor jeg gjorde de valgene jeg har i gjort med tanke på målingsenhet og intervju og dette ble grunnen til at jeg valgte et Mixed Methods (MM) design. Det å skulle bruke ett måleinstrument eller intervju er noe som tar tid å sette seg inn i og bearbeide materialet, men det å gjøre begge deler og få plass til alt man ønsker å skrive om funn var en utfordring for meg. Jeg måtte derfor hele tiden gjøre valg om hva som skulle med i oppgaven og finne måter å skrive det jeg ønsket å ha med på en så kort og konsis måte som mulig.

Det var også utfordrende å skulle lære seg både kvalitativ og kvantitativ måte å utføre forskningen på og skrive om det, og til slutt gjøre en triangulering. Flere av disse punktene hadde også vært utfordrende om jeg hadde valgt et rent kvalitativ eller rent kvantitativt design, siden jeg som tidligere nevnt har liten erfaring med å drive egen forskning. Det vil nå være lettere for meg å lese både kvalitativ, kvantitativ og MM forskning.

Ved å bruke et MM design mener jeg at denne forskningen har fått en ekstra styrke, til tross for at det er et mindre forskningsprosjekt. Det har tidligere ikke vært mange forskningsprosjekt om musikkterapi som har brukt et MM design, og det har derfor vært mindre litteratur enn ønskelig til hjelp. Jeg har derfor i stor grad tatt utgangspunkt i andre MM studier for å sette meg inn i hvordan man utfører dette designet på en god måte.

Det at jeg brukte MiDAS og semistrukturerte intervju fremfor å gjennomføre intervju med både musikkterapeut, ansatt og deltakere ga meg en mindre jobb (transkribering og

analysering), samtidig som dette også ga et godt grunnlag for gode funn.

Det skapte også en mulighet til å prøve MiDAS i praksis. MiDAS og intervjuene fungerte også som en validering av hverandre, noe som hadde vært vanskelig å se med kun en av metodene.

Å bruke både kvalitativ og kvantitative målinger for å komme frem til et svar på problemstillingen min har vært utfordrende, men veldig lærerikt og spennende. MM design vil være et metode som jeg gjerne ville brukt igjen i senere prosjekt med forskningsspørsmål som krever bruk av både kvalitativ og kvantitativ metode.

### 5.3 Metodekritikk

En av kritikkene til utførelsen av metoden er at det er få deltakerne og at det ikke er inkludert en kontrollgruppe. Det å ha flere deltakere og kontrollgrupper er vanlig innenfor den kvantitative tradisjonen, og står ikke like viktig i den kvalitative. Dette er et begrensingsvalg som måtte gjøres fordi det ikke var nok deltakere som tilfredsstilte inklusjonskriteriene som kunne vært deltaker eller i en kontrollgruppe.

Jeg vil nå kritisere objektiviteten i forskningsprosjektet. I prosjektet var det flere av aktørene som hadde flere roller. Blant annet var deltakerne både deltaker i musikkterapien og informant. Musikkterapeuten var yrkesutøver, informant, intervjuer og forsker. Dette må ses på fordi en aktør med flere roller kan ha en personlig interesse av gode forskningsresultat, og i de ulike rollene ha mulighet til å bevisst eller ubevisst påvirke resultatet. Deltakerne i prosjektet vil gjennom musikkterapien utvikle en relasjon til musikkterapeut, noe som er en viktig del av musikkterapien. Dette kan føre til at deltakerne i intervjusettingen kunne fortalt det musikkterapeuten ønsket å høre, siden intervjurollen også var musikkterapeuten sin rolle. Det å utføre intervjuene som et semistrukturert intervju hvor musikkterapeut og deltaker samtaler rundt musikkterapigruppen kan ha gitt en mer avslappet følelse under intervjuene, som igjen har gjort at deltaker på en naturlig og ærlig måte snakker om deres opplevelse av musikkterapigruppen.

Musikkterapeut med fire roller i prosjektet er det som skaper mest bekymring for påvirkning av prosjektet. Som informant blir også resultatet fra MiDAS sammenlignet med ansatte sine resultat. Utfylling av MiDAS skjer også rett etter musikkterapigruppen og før intervjuene blir avholdt, så musikkterapeut vet derfor ikke hva deltakerne mener. Som intervjuer og forsker hadde det blitt laget en intervjuguide (se vedlegg 1) på forhånd som det ble tatt utgangspunkt i. Utenom dette ble det tatt tak i det deltakerne selv fortalte fremfor å fremme hva

musikkterapeuten selv hadde sett og tolket i gruppen. Det ble derfor lagt opp til at deltaker skulle fortelle så mye som mulig selv for å sikre god og gyldig informasjon.

Siden MiDAS i dette prosjektet ble brukt noe annerledes enn hvordan det originalt er tenkt vil det ikke være det mest optimale instrument. Likevel ønsket jeg å prøve MiDAS i en slik setting for å bli kjent med instrumentet og se om det kunne brukes slik. Det kom frem i forskningen at MiDAS ofte kom noe til kort i forhold til det deltakerne selv fortalte og hva musikkterapeut og ansatt fylte ut. MiDAS ga en mulighet til å raskt og enkelt fylle ut våre observasjoner av deltaker, noe som gjorde det mulig for ansatte med en travel hverdag å ta seg tid til å fylle ut skjema.

Funnene i dette forskningsprosjektet styrkes i stor grad av det ble brukt både MiDAS og intervju, men også måten MiDAS ble brukt på for å se om observasjonene i musikkterapien stemte overens med deltakernes egne opplevelse. Det var ikke bare (musikkterapeut + deltaker) som ble sammenlignet eller bare (ansatt + deltaker), men (musikkterapeut + ansatt + deltaker = resultat). Dette ga et sterke resultat og også en bedre forståelse av hvordan man på best mulig måte kan lære seg å forstå andre mennesker.

Statistisk analyse, transkripsjon og analyse av transkripsjonen ble utført av meg som forsker. Grunnen til at alt ble gjort av meg er at det ikke finnes nok ressurser i dette prosjektet til å betale andre for å utføre dette. For å forsikre at dette er gjort på en god måte har en medstudent kontrollert at utregninger, transkripsjon og analyse har blitt gjort riktig.

Bruk av mixed methods design er omstridt blant enkelte forskere grunnet blandingen av kvalitativ og kvantitativt design som de argumenterer ikke går an fordi dette blander to verdensopplevelser. Av tilhengere blir det derimot omtalt som den ”tredje metodologiske bevegelse” (Creswell & Clark, 2007). Det er derfor viktig å være bevisst på gjennomførelsen av mixed methods designet gjennom hele oppgaven slik at det blir et fungerende mixed methods design og ikke forskning som egentlig er kvantitativ eller kvalitativ men som tar med litt av det motsatte designet.

Med tanke på generalisering og overføringsverdi gir dette forskningsprosjektet et grunnlag for replikasjon grunnet bruken av det standard måleinstrumentet MiDAS hvis jeg skulle ønske å gjennomføre dette prosjektet i en større skala. Det vil heller ikke være et problem å skape en replikasjon av intervjuet med utgangspunkt i intervjuguiden. Jeg kan også ta et utgangspunkt i dette prosjektet ved en senere anledning hvis jeg ønsker å forske på noen av de andre spennende funnene som kom frem fra denne forskningen.

## 5.4 Konklusjon

Dette forskningsprosjektet har blitt utført som en mixed method-studie for å forske på forståelse og observasjoner man gjør med personer med demens innenfor musikkterapi, for så å se om dette stemmer overens med deltakernes egne opplevelse. For å finne ut av dette ble det utfylt MiDAS-skjema fra ansatt og musikkterapeut, og utført semistrukturerte intervju med deltakerne. Resultatene fra data ble satt sammen som single case series og triangulert for hver deltaker før det ble gjort en overordnet triangulering med utgangspunkt i forskningsspørsmålene.

Fra resultatene kan man se en viss grad av forståelse mellom musikkterapeut, ansatt og deltaker, selv om det noen ganger observeres noe annerledes enn deltakerne selv forteller. Det kommer frem av resultatet at vi (musikkterapeut og ansatt) har forskjellige måter å tolke forskjellige mennesker muligens basert på vår personlige bakgrunn og utdannelse. Hver for seg står ansatt og musikkterapeut med noe likt og noe ulikt som deltaker selv rapporterer, men slår man musikkterapeut og ansatt sine besvarelser sammen og gir de en mulighet til faglig diskutere hva de har sett tror jeg man vil få en mer jevn likhet med hva deltaker selv mener.

Siden dette er en masteroppgave gir det ikke skriveplass til å ha en større gruppe med informanter som kan gi bedre evidens på forskningen, men jeg ønsker å ta disse teoriene med meg videre. Kanskje ved senere anledning kan jeg forske på dette med større gruppe deltakere og kontrollgruppe for å gi bedre evidens og lære enda mer. Videreføring av dette prosjektet kan skape spennende og tverrfaglig forskningsprosjekt.

Denne forskningen ble utført grunnet mitt ønske av å triangulere perspektivene mellom musikkterapeut, ansatt og personer med demens innenfor musikkterapien. Det har vært spennende forskning som ikke bare har gitt meg mer kunnskap innenfor det jeg søkte etter og som var målet med oppgaven, men også kunnskap om viktigheten av det å bli hørt. Personer med demens har i stor grad mye å fortelle og viser et stort ønske for å dele sine erfaringer, se og bli sett, høre og bli hørt. De har et ønske og behov for å fortelle hvordan de har det, og få snakke med et annet menneske. Videre i mitt arbeid som musikkterapeut vil jeg jobbe for å i størst mulig grad gi klientene en mulighet til å tilfredsstille dette behovet, og lære av det de forteller slik at jeg kan utvikle meg til å bli en best mulig musikkterapeut både for den enkelte og for gruppene. For det er jo klientene vi jobber for og som sitter med fasiten på hva som er riktig fra dag til dag.

## Litteraturliste:

- Aldridge, David (2005). Dialogic-degenerative diseases and health as a performed aesthetic. I Aldridge, David (Red.), *Music Therapy and Neurological Rehabilitation* (s. 39-60). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Barker, Roger A. & Cicchetti, Francesca (2012). *Neuroanatomy and Neuroscience at a Glance*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Bradt, Joke (2015). Guidelines for publishing mixed methods research studies in the nordic journal of music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 24 (4), s. 291-295.
- Bradt, Joke, Burns, Debra S. & Creswell, John W. (2013). Mixed methods research in music therapy research. *Journal of Music Therapy*, 50(2), s. 123-148. Hentet 03.05.2015 fra: <http://jmt.oxfordjournals.org/pva.uib.no/content/50/2/123.full.pdf+html>
- Bruscia, Kenneth E. (1998). *Defining Music Therapy* (second edition). USA: Barcelona Publishers.
- Bruscia, Kenneth E. (2014). *Defining Music Therapy* (third edition). USA: Barcelona Publishers.
- Clark, Vicki L. Plano & Badiee, Manijeh (2010). Research questions in mixed methods research. I Tashakkori, Abbas & Teddlie, Charles (Red.), *Mixed Methods in Social & Behavioral Research* (s. 275-304). USA: Sage Publishers
- Cohen-Mansfield, Jiska, Marx, Marcia S., Dakheel-Ali, Maha, Regier, Natalie, Thein, Khin & Freedman, Laurence (2010). Can agitated behavior of nursing home residents with dementia be prevented with the use of standarized stimuli? *The American Geriatrics Society*, 2010 (58). S. 1459-1464. Hentet fra <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.2010.02951.x/abstract>
- Creswell, J. W., & Clark, V. L. P. (2007). *Designing and Conduction Mixed Methods Reserarch*. USA: Sage Publications
- Creswell, John W. (2010). Mapping the developing landscape of mixed methods research. I Tashakkori, Abbas & Teddlie, Charles (Red.), *Mixed Methods in Social & Behavioral Research* (s. 45-68). USA: Sage Publishers.
- Gerdner, L. A. (2012). Individualized music for dementia: Evolution and application of evidence-based protocol. *World Journal of Psychiatry*, 2012(2), s. 26-32.  
Doi: [10.5498/wjp.v2.i2.26](https://doi.org/10.5498/wjp.v2.i2.26)
- Gjernes, Trude & Måseide, Per (2015). Dementia, distributed interactional competence and social membership. *Journal of Aging Studies*, 2015 (35). S. 104-110. Hentet fra <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890406515300311>

- Gjerstad, L., Fladby, T. & Andersson, S. (2013). *Demens-sykdommer – årsaker, diagnostikk og behandling* (1. Utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Ghetti, Claire (in press). *Phenomenological Research in Music Therapy*.
- Helse og omsorgsdepartementet (2007). Demensplan 2015 – den gode dagen. Hentet 10.09.2015 fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/HOD/Vedlegg/Planer/Demensplan2015.pdf>
- Helse og omsorgsdepartementet (2015). Demensplan 2020 – et mer demensvennlig samfunn. Hentet 01.02.2016 fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan\\_2020.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf)
- Human Brain (bilde) (2015). Hentet fra [https://en.wikipedia.org/wiki/Human\\_brain](https://en.wikipedia.org/wiki/Human_brain)
- Jacobsen, Gro (2010). *Tverrfaglig samarbeid – pynt eller praksis?* (Mastergradsavhandling, Høgskolen i Oslo). Henter fra <https://oda.hio.no/jspui/handle/10642/548>
- Johnson, Bruke R., Onwuebguzie, Anthony J. & Turner, Lisa A. (2007). Toward a definition of mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1 (2), s. 112-133.
- Johnson, Bruke R. & Gray, Robbert (2010). A history of philosophical and theoretical issues for mixed methods research. I Tashakkori, Abbas & Teddlie, Charles (Red.), *Mixed Methods in Social & Behavioral Research* (s. 69-94). USA: Sage Publishers.
- Juhler, Marianne & Vorstrup, Sissel (2010). *Neurologi og neurokirurgi*. København: Munksgaard Danmark.
- Kitwood, Tom (1997). *Dementia Reconsidered: The person comes first*. England: Open University Press.
- King, Nigel & Horrocks, Christine (2010). *Interviews in Qualitative Research*. London: Sage Publications.
- Koelsch, Stefan (2012). *Brain & Music*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Kristiansen, Frode Aass (2015). Musikk og musikkterapi. I Solheim, Kirsti V. (Red.), *Demensguiden* (s. 236-242). Oslo: Universitetsforlaget.
- Krüger, Ragnhild M. Eidem (2013). *Langsomme jordskjelv – Erfaring med demens midt i livet*. Tønsberg: Forlaget aldring og helse.
- Kvale, Steinar & Brinkmann, Svend (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. Utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvamme, Tone Sæther (2008). Musikk for demensrammede – en livsnødvendighet? I Trondalen, Gro & Ruud, Even (Red.), *Perspektiver på musikk og helse – 30 år med norsk musikkterapi* (s. 489-499). Oslo: NMH-publikasjoner.



- Kvamme, Tone Sæther (2013). *Glimt av glede – musikkterapi med demensrammede som har symptomer på depresjon og angst* (Doktorgradsavhandling Norges musikkhøyskole). Norges musikkhøyskole, Oslo.
- Malloch, Stephen & Trevarthen, Colwyn (Red.) (2010). *Communicative Musicality – Exploring the Basis of Human Companionship*. New York: Oxford University Press.
- Malterud, Kristi (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring* (3. Utgave). Oslo: Universitetsforlaget.
- McDermott, Orii (2014). *The Development and Evaluation of Music in Dementia Assessment Scale (MiDAS)* (Doktorgradsavhandling, Aalborg Universitet). Institutt for kommunikasjon, Aalborg.
- McDermott, Orii, Cerllin, Nadia, Ridder, Hanne Mette & Orrell, Martin (2012). Music therapy in dementia: a narrative synthesis systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2013 (28), s. 781-794.
- McDermott, Orii, Orrell, Martin & Ridder, Hanne Mette (2014). The importance of music for people with dementia: the perspectives of people with dementia, family carers, staff and music therapists. *Aging and Mental Health*, 2014 (18:6), s. 706-716. DOI: 10.1080/13607863.2013.875124
- McDermott, Orii, Orrell, Martin & Ridder, Hanne Mette (2014). The Development of Music in Dementia Assessment Scales (MiDAS). *Nordic Journal of Music therapy*, 24 (3), s. 232-251. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/08098131.2014.907333>
- McDermott, Orii, Orgeta, Vasiliki, Ridder, Hanne Mette & Orrell, Martin (2014). A preliminary psychometric evaluation of Music in Dementia Assessment Scales (MiDAS). *International Psychogeriatrics*, 26 (6), s. 1011-1019.
- Morse, Janice M. & Niehaus, Linda (2009). *Mixed Method Design – Principles and Procedures*. USA: Left Coast Press
- Ridder, Hanne Mette O. (2011). Musikterapi med demensramte: hukommelse, identitet og musikreminiscens. *NMH-publikasjoner*, 2011(3), s. 61-83. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/172299>
- Ridder, Hanne Mette O. (2012). Forskning i musikkterapi: Personer med demens. *Dansk musikkterapi*, 2012(9;1), s. 3-12. Hentet fra [http://vbn.aau.dk/files/62961380/Ridder\\_2012\\_musikkterapi\\_demens.pdf](http://vbn.aau.dk/files/62961380/Ridder_2012_musikkterapi_demens.pdf)
- Ridder, Hanne Mette (in press). Musik i et personcentrert perspektiv. I Stige, Brynjulf & Ridder, Hanne Mette (red.), *Musikkterapi og eldre helse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ridder, Hanne Mette O., Stige, Brynjulf, Qvale, Liv Gunnhild & Gold, Christian (2013).

Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, 17 (6), s. 667-678.

Roald, Borghild (2015). Syndrom. Hentet 12.10.2015 fra <https://sml.snl.no/syndrom>

Rolvjord, Randi (2008). En ressursorientert musikkterapi. I Gro Trondalen & Even Ruud (Red.), *Perspektiver på musikk og helse – 30 år med norsk musikkterapi* (s. 123-137). Oslo: NMH-publikasjoner.

Rolvjord, Randi (2010). *Resource-Oriented Music Therapy in Mental Health Care* (1. Utgave). Barcelona Publishers.

Rolvjord, Randi (2014). What clients do to make music therapy work: A qualitative multiple case study in adult mental health care. *Nordic Journal of Music Therapy*, 24 (4). S. 296-321. Hentet fra <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08098131.2014.964753>

Ruud, Even (1990). *Musikk som kommunikasjon og samhandling: teoretiske perspektiv på musikkterapien*. Oslo: Solum.

Ruud, Even (2013). *Musikk og identitet*. Oslo: Universitetsforlaget.

Ryen, Anne (2012). *Det kvalitative intervjuet – fra vitenskapsteori til feltarbeid* (4. Utgave). Bergen: Fagbokforlaget.

Skre, Ingunn B. (2015). Positiv psykologi. Hentet 12.10.2015 fra [https://snl.no/positiv\\_psykologi](https://snl.no/positiv_psykologi)

Sacks, Oliver (2008). *Musicophilia – Tales of Music and the Brain*. New York: Vintage Books.

Smith, Jonathan A., Flowers, Paul & Larkin Michael (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis – Theory, Method and Research* (1. Utgave). London: Sage Publications.

Solheim, Kirsti V. (2015). *Demensguiden*. Oslo: Universitetsforlaget.

Steenberg, Ann-Elizabeth (2007). *Forhold som hemmer og fremmer samarbeid i tverrfaglige team – Implikasjoner for psykologrollen ved en sengepost i psykisk helsevern* (Masteroppgave, Universitetet i Oslo). Hentet fra <https://www.duo.uio.no/handle/10852/18332>

Taborsky, Barbara & Oliveira, Rui F. (2012). Social competence: an evolutionary approach. *Trends in Ecology and Evolution*, 27 (12), s. 679-688. Hentet fra <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0169534712002376>

Teddlie, Charles & Tasjakkori, Abbas (2010). Overview of contemporary issues in mixed methods research. I Tashakkori, Abbas & Teddlie, Charles (Red.), *Mixed Methods in Social & Behavioral Research* (s. 1-44). USA: Sage Publishers.

Tashakkori, A. & Creswell, J.W. (2007). The new era of mixed methods. *Journal of Mixed Methods Research*, 2007 (1), s. 3-7.

Von Kutzleben, M., Schmid, W., Halek, M., Holle, B. & Bartholomeyczik, S. (2012). Community-dwelling persons with dementia: What do they need? What do they demand? What do they do? A systematic review on the subjective experiences of persons with dementia. *Aging and Mental Health*, 2012(16:3), s. 378-390.

Doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2011.614594>

Von Kutzlebe, Milena & Schmid, Wolfgang (2012). Incongruity of perspectives: Self-reports of persons with dementia and the evaluations of spouses and caregivers – results and conclusions from a systematic review of reviews. I Thyrian, J.R. & Hoffmann, W. (Red.), *Dementia Care Research – Scientific Evidence, Current Issues and Future Perspectives*. Legerich: Pabst.

WHO & Statens Helsetilsyn (2014). *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser – Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Wogn-Henriksen, Kjersti (2012). *Du må...skape deg et liv – En kvalitativ studie om å oppleve og leve med demens basert på intervjuer med en gruppe personer med tidlig debuterende Alzheimers sykdom* (Doktoravhandling, NTNU, Trondheim). Hentet 20.08.15 fra <http://ntnu.diva-portal.org/smash/get/diva2:561755/FULLTEXT01.pdf>

## Vedlegg 1 – Intervjuguide

Innledning:

Forklare det selve masteroppgaven (gjør at det ikke høres skummelt ut)

Vise til samtykkeskjema.

At det er veldig kjekt at deltaker har sagt ja til å bli med.

Informere om at det vil bli tatt lydopptak.

Mulighet for å cue situasjoner hvis det er en som snakker lite.

Innledende spørsmål:

- Hvordan har du det i dag/ står det til med deg?
- Kan du plukke ut konkret eksempel som var viktig for deg denne musikkturen?
- Var det noe som var uventet?

(Respons, bevissthet/våkenhet/interaksjon)

(ta utgangspunkt i dette eksemplet videre – står som viktig)

-----

1) Hvordan har du hatt det i musikkgruppen i dag?

- konkrete eksempler?
- OPPMERKSOMHET interesse, mennesker i sine omgivelser
- Var dette uventet?
- Hva synes du om (svar)?

2) Jeg så du (gjorde noe konkret som er blitt observert), hvorfor det?

- Medvirkning/deltakelse
- Initiativ/intensjon/hensikt
- Var dette uventet?
- Hva synes du om (svar)?

3) Hvordan påvirker deltakelse i musikkgruppen deg?

- humør
- var dette uventet?
- Hva synes du om (svar)?

-----  
Runde av

Vise til middag, takke for at deltaker stilte opp, følge tilbake til dagsenter

OBS

Burde det være lettere ord på spørsmålene for å gi en bedre forståelse?

Snakke mer rundt konkrete situasjoner? Cue konkrete situasjoner.

Fokus på opplevelse – hvordan gi de mulighet til å fortelle dette?

Dra frem en spesiell låt

## Vedlegg 2 – NSD-godkjenning

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Wolfgang Schmid  
Griegakademiet - Institutt for musikk Universitetet i Bergen  
Postboks 7800  
5020 BERGEN

Vår dato: 09.10.2015

Vår ref: 44433 / 3 / HIT

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 31.08.2015. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 08.10.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

<b>44433</b>	<i>Forstår du meg egentlig? En Mixed Method-studie om forståelse og observasjoner vi gjør med personer med demens innenfor musikkterapi, og om disse stemmer overens med brukerperspektivet</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Bergen, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Wolfgang Schmid</i>
<i>Student</i>	<i>Gerd Karine Eriksrud Lunde</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.12.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdís Namtvedt Kvalheim

Hildur Thorarensen

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

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 5055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47 22 85 52 11. [nsd@uo.no](mailto:nsd@uo.no)  
TRONDHEIM NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47 73 59 19 07. [kyste.svarsa@ntnu.no](mailto:kyste.svarsa@ntnu.no)  
TROMSØ NSD, SVE, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47 77 64 43 36. [nsd@uivt.no](mailto:nsd@uivt.no)

## Vedlegg 3 – Music in Dementia Assessment Scales

### MIDAS

#### Music in Dementia Assessment Scales

Versjon 6/MIDAS-N, V-2

<b>Navn:</b>	<b>Kl.:</b>
<b>Utfylt av:</b>	<b>Dato:</b>

Målet med **MIDAS** (Music in Dementia Assessment Scales) er å vurdere om det er skjedd endringer i trivsel hos en person med demens som har deltatt i musikkterapi. Personale og terapeut fyller ut to skjemaer hver pr sesjon. I MIDAS anvendes Visuell Analog Skalaer. Høyeste VAS skåre **indikerer det høyeste nivået som den enkelte kan oppnå i en gitt kategori**. Det betyr at hvert individ har sitt eget unike og individuelle mål for hva som gjelder som i 'høyeste grad' for hver kategori.

#### Instruks for personalet:

Det er viktig at **samme personalmedlem fyller ut begge skjemaer på samme dag**. **1. Før-skjemaet fylles ut før den enkeltes musikkterapisesjon**. Bruk gjerne et øyeblikk til å reflektere over personens **velvære i dag**. Gi en samlet vurdering av hver kategori nedenfor og marker tydelig med en loddrett strek på linjen.

**2. Etter-skjemaet** fylles ut **flere timer etter** dagens musikkterapisesjon. Vurder personens **samlede velvære etter musikkterapisesjonen**.

Personale: Angi her hvilken måling dette er:

1. Før

2. Etter

#### Instruks for musikkterapeut (MT)

Begge skjemaer fylles ut umiddelbart etter sesjonen.

**1. Innlednings-skjema** fylles ut basert på observasjoner av personen i løpet av **de første 5 minutter** av musikk-terapisesjonen. Gi en samlet vurdering for hver kategori nedenfor og marker tydelig med en loddrett strek på linjen.

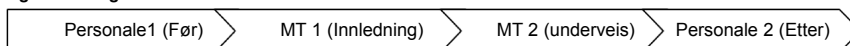
**2. Sesjons-skjema** fylles ut basert på observasjoner av personen i løpet av de **klinisk mest betydningsfulle 5 minutter** i selve sesjonen.

Musikkterapeut: Angi her hvilken måling dette er.

1. Innledning

2. I sesjonen

#### Rekkefølge av målinger:



Hvis personen så ut til å sove det meste av tiden, skal du ikke fylle ut spørsmål 1-6, men gå rett til spørsmål 7.

#### 1. Grad av interesse for objekter/aktiviteter/mennesker omkring seg (oppmerksomhet). F.eks.:

- Viste han/hun **interesse for en aktivitet** eller andre **mennesker i sine omgivelser**?
- Endret hans/hennes kroppsholdning eller mimikk seg i forbindelse med at aktiviteter eller musikk fanget hans/hennes oppmerksomhet?
- Livnet han/hun opp i forbindelse med at aktiviteter eller musikk fanget hans/hennes oppmerksomhet?

Slett ikke 0 \_\_\_\_\_ I høyeste grad 100  SKÅRE

**2. Grad av respons** på kommunikasjon/aktivitet (**bevissthet/våkenhet, interaksjon**). F.eks.:

- Kunne man se på **mimikk** eller **kroppsspråk** at han/hun var oppmerksom på personale eller terapeut?
- Søkte han/hun **øyekontakt** med personale, terapeut eller andre gruppedeltagere?
- Deltok han/hun aktivt i **samtale, musikalsk utfoldelse** eller med **stemmelyder**?

Slett ikke \_\_\_\_\_ I høyeste grad   
0 100

**3. Grad av initiativ** i kommunikasjon/aktivitet (**intensjon/hensikt**). F.eks.:

- Forsøkte han/hun å **kommunisere** med personale, terapeut eller andre gruppedeltagere?
- Innledet han/hun **samtale**, begynte å **spille med** eller å bruke **stemmen**?
- Snakket han/hun om livsopplevelser (**reminisens**) eller **musikk**, som hadde hatt en **spesiell betydning**?

Slett ikke \_\_\_\_\_ I høyeste grad   
0 100

**4. Grad av medvirkning** i kommunikasjon/aktivitet (**deltagelse**). F.eks.:

- **Engasjerte** han/hun seg i samtale, musikalsk utfoldelse eller i annen form for kommunikasjon?
- Viste han/hun **entusiasme** for aktiviteter som interesserte ham/henne?

Slett ikke \_\_\_\_\_ I høyeste grad   
0 100

**5. Grad av nytelse** under kommunikasjon/aktivitet. F.eks.:

- Smilte, lo eller så han/hun ut til å være i **bedre humør**?
- Viste han/hun **spokefullhet** eller humoristisk sans?
- Var han/hun **avslappet**?

Slett ikke \_\_\_\_\_ I høyeste grad   
0 100

**SKÅRE:** Et tall kan tilføyes ved å bruke en linjal til å måle linjens avstand mellom 'Slett ikke' til din markering. Skriv tallet i firkanten ved hver VAS (f.eks. '60' hvis avstanden er 60 mm). Ved utskrift kontrolleres at VAS-linjene er nøyaktig 100 mm lange så resultatene senere kan sammenlignes.

**6.** Har du, mens du foretok målingen, observert noen avgjørende reaksjoner hos personen?  
Angi kun hvis du har observert avgjørende reaksjoner. Bruk listen som supplement til de fem VAS.

- |                                |                          |                               |                          |
|--------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| <b>Agitert/aggressiv</b>       | <input type="checkbox"/> | <b>Avslappet</b>              | <input type="checkbox"/> |
| <b>Tilbaketrukket/nedtrykt</b> | <input type="checkbox"/> | <b>Oppmerksom/interessert</b> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Rastløs/engstelig</b>       | <input type="checkbox"/> | <b>Munter/smilende</b>        | <input type="checkbox"/> |

**7. Eventuelle kommentarer?**