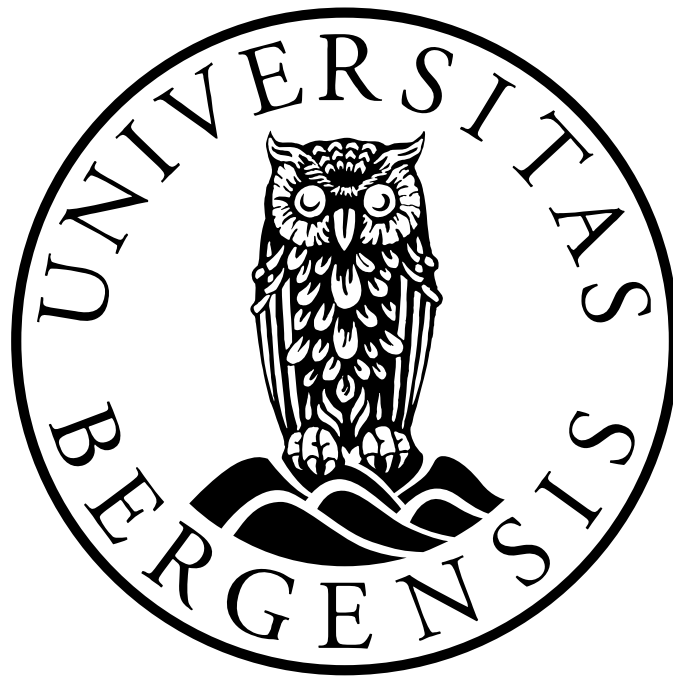


Sangstund på sykehjem

En fokusert etnografisk studie

Olav Myhre



Masteroppgave i musikkterapi
Griegakademiet, institutt for musikk

UNIVERSITETET I BERGEN

15.05.2018

Abstract:

Denne oppgaven er en etnografisk informert masterstudie om sangstund på sykehjem. Den utforsker hvordan sangstund gjennomføres og om den kan påvirke hvordan pleiere og beboeres forstår hverandre. Oppgaven er basert på tre måneder observasjon på en sykehjemsavdeling, med deltagende observasjon, intervjuer, samtaler og opptak av sangstund som datainnsamlingsmetoder.

Jeg argumenterer for at deltagelse i sangstund gir beboere og pleiere et sosialt møtepunkt hvor de kan interagere og lære om hverandre på en annerledes måte enn de kan i andre hverdagssituasjoner på et sykehjem. Oppgaven bruker relevante teorier om musikk, personstatus, institusjoner og kontekst for å utforske hvordan sangstund kan påvirke deltagerens oppfatninger av hverandre.

This master thesis is an ethnographically informed study about “sangstund” (group singing or sing-along) in nursing homes. It explores how sangstund is performed and if it can affect how nurses and residents view and understand each other. The thesis is based on three months of observation on a nursing home ward, with participant observation, interviews, conversations and recordings of sangstund as data collection methods.

I argue that participation in sangstund gives residents and nurses a social setting where they can interact and learn about each other in a way that is different than they can in everyday life at the nursing home. The thesis makes use of relevant theories about music, personhood, institutions and context to explore how sangstund can affect how residents and nurses view each other.

Forord:

Etter fem år med studier er denne oppgaven det endelige produktet av min utdanning ved Griegakademiet. Det er vanskelig å vite hva jeg bør skrive her, forordet på den største oppgaven jeg har skrevet, men jeg vet jeg vil takke alle som har hjulpet meg i løpet av skrivingen av denne oppgaven og gjennom utdanningen min.

Jeg vil takke min samboer Kaja, som har gitt meg så mye støtte og hjelp generelt og som har lest denne oppgaven nesten like mange ganger som jeg har. Du har gjort denne oppgaven språklig mye bedre og mer leselig, og du har gjort de fem siste årene i Bergen de beste i mitt liv så langt.

Jeg vil takke min veileder Frode, som har diskutert de faglige aspektene ved oppgaven og hjulpet meg med å forstå hva jeg egentlig ville forske på og skrive om. Veiledningen og engasjementet ditt har inspirert og hjulpet meg til å jobbe for å gjøre denne oppgaven så god som den kan bli.

Jeg vil takke musikkterapeuten og sykehjemmet hvor jeg observerte, som har vært veldig behjelpelige i min forskning og som har gitt meg muligheten til å skrive noe av dette i det hele tatt.

Jeg vil takke alle medstudenter på kullet mitt, som gjennom gode samtaler, mye gøy og moralsk støtte har gjort fem år med utdanning til et eventyr av opplevelser og gode minner.

Jeg vil takke mamma og pappa for all støtten og omsorgen de har gitt meg gjennom livet, jeg er den jeg er og har de mulighetene jeg har takket være dere.

Jeg vil takke min tante Karin for alle de fine middagene og samtalene vi har hatt mens jeg har bodd i Bergen. De har gitt en fattig student god mat og mye viktig å tenke på.

Denne oppgaven er bygd opp av mye hardt arbeid og lange netter på lesesalen med flere andre stressede medstudenter. Jeg håper den kommer noen til nytte.

Innhold

Kapittel 1 – Introduksjon	1
1.1 Sangstund på sykehjem	1
1.2 Også aktuelt for andre praksisfelt.....	2
1.3 Presentasjon av problemstilling	3
1.4 Begrepsavklaring.....	5
Kapittel 2 – Teori	8
2.1 Musikkering og kommunikativ musikalitet	8
2.2 Musikk som samhandlingsform	10
2.3 Eldreomsorg, demens og personsentrert omsorg	12
2.4 Institusjonelle perspektiver	13
2.5 Musikkterapi.....	15
2.6 Kontekstbegrepet i musikkterapi.....	19
Kapittel 3 – Metode	21
3.1 Metodikk	21
3.1.1 Fokuseret etnografisk studie	21
3.1.2 Forskningsepistemologi	22
Kapittel 4 - Resultater	28
4.1 Innhold og form i sangstund	29
4.2 Hva gjør musikkterapeuten?.....	31
4.3 Hva gjør pleierne?	34
4.4 Hva gjør beboerne?	35
4.5 Hva er utbyttet av sangstund... ..	37
4.5.1 ...for beboerne.....	37
4.5.2 ...for pleierne.....	39

4.6 Forbedringer til sangstund.....	40
Kapittel 5 – Drøfting.....	42
5.1 Gjennomføring av sangstund	42
5.1.1 Deltagelse og samtale	42
5.1.2 Glede i sangstund.....	45
5.1.3 Ikke alle beboere ønsker individuell musikkterapi på sykehjem.....	46
5.1.4 Fordeler og ulemper med sangstund som tilnærming	47
5.1.5 Musikkterapeutens rolle	51
5.2 Sangstunds påvirkning på beboere og pleieres forståelser.....	53
5.2.1 Sangstund og personsentrert omsorg.....	53
5.2.2 Sangstunds innvirkning på rolletolkning.....	57
5.3 Sangstund som link	59
5.4 Konklusjon	61
Kapittel 6 - Litteraturliste.....	62

Kapittel 1 – Introduksjon

1.1 Sangstund på sykehjem

Det er midt i sangstund på sykehjemmet. På hver side av meg sitter en beboer, på andre siden av ringen sitter musikkterapeuten og en pleier sitter på kne foran en av beboerne. Vi har sunget mange forskjellige sanger, men sangen vi synger nå har også et aktivitetselement. Hver beboer får et eget vers hvor pleieren sitter på kne foran dem og holder i hendene til beboeren mens resten synger beboerens navn. Pleieren jobber seg bortover ringen og nå er hun med beboeren ved siden av meg. Jeg merker da en blanding av nervøsitet og spenning. "Hva skjer nå?" tenker jeg. "Skal jeg også få et vers? Blir det litt flaut for meg? Hvorfor skal jeg få et vers, når jeg ikke er en beboer? Men på den andre siden, hvorfor ikke? Jeg er jo en deltager, samme som beboerne, er jeg ikke?" Svaret på dette spørsmålet blir gitt til meg når pleieren overser meg og går til beboeren på andre siden av meg for å gjøre han klar til hans vers. Jeg er åpenbart ikke deltagende i denne sangstunden på samme måte som beboerne er. Men hva er årsaken til denne forskjellen? Hvordan kan vi forstå den, og hva har den å si for sangstund?

Dette valget gjort av pleieren er for meg et klart eksempel på at det er forskjeller mellom deltagerne i sangstund på sykehjem. Om det ikke hadde vært noen nevneverdige forskjeller mellom meg og beboerne ville det vært selvsagt at jeg skulle fått et vers også. I en annen sangstund var det en annen pleier som gikk rundt og holdt i hendene til de som var med i sangstund og da fikk alle, inkludert meg, et vers. Men når pleierne eller jeg fikk et vers var det ofte gjort med en liten latter og glimt i øyet. Dette viser igjen at det er reelle forskjeller mellom de som deltar i sangstund.

Musikk betyr mye for oss gjennom hele livet, og når man kommer på et sykehjem er det gjerne på slutten av et langt liv fylt med mye forskjellig musikk. Å sette seg ned med andre og synge noen sanger fra gamle dager, om det skulle være skolesanger, salmer fra kirken eller poplåtene fra ungdommen, kan være en fin måte å interagere med de andre rundt en. Men denne syngingen og musikken skjer ikke i et vakuum. Den foregår på et sykehjem, en spesialisert institusjon, den foregår sammen med andre beboere med hver sin historie med musikk og med pleiere som er på sykehjemmet for å hjelpe beboerne med daglige gjøremål. Hvilken musikk og hvordan den er tilrettelagt for de som er oppmøtte kan ha alt å si for om det blir en kjekk musikkstund hvor man

aktivt deltar og interagerer med andre, eller om det blir noe musikk i bakgrunnen man halvveis lytter til mens man holder på å sovne i godstolen.

I denne masteroppgaven skal jeg forsøke å gi et innblikk i hvordan sangstund på sykehjem blir gjennomført og se på hva slags påvirkning den kan ha på hvordan beboerne og pleierne forstår hverandre. Særlig fokus skal jeg legge på hvordan rolleforståelse og gjensidig kunnskap er med på å forme denne forståelsen. For å illustrere noe av det jeg synes er mest interessant skal jeg nå bruke en vignett fra et annet praksisfelt som deler noen likheter med sangstund på sykehjem.

1.2 Også aktuelt for andre praksisfelt

Det er fredag ettermiddag og i dag er det vårfest på barneavdelingen. Leketerapirommet har blitt pyntet med fugler og det er dekt opp med både vafler, hveteboller, kaffe og saft. Barna og familiene deres kommer inn en etter en og finner seg en plass ved et av bordene.

Musikterapeuten innleder vårfesten med å synge en folkevisе for så å ønske alle velkommen. Nå er alle her. Både barn, familier og personalet med sykepleiere og leger.

De voksne prater hyggelig med hverandre og barna spiser boller før de gjør seg klare til konkurransen. En av leketerapeutene har nemlig knyttet hveteboller på hver sin tråd og hengt dem fra taket i passende høyder for barna. Når konkurransen starter sitter latteren løst mens barna fortvilet forsøker å spise hvetebollen som henger fra taket uten å bruke hendene. Når den siste bollen er spist opp kommer leketerapeuten tilbake med nye boller på tråd og sier: "Og så er det de voksnes tur!". Et par sykepleiere, to foreldre og en ufrivillig overlege stiller seg opp og hele konkurransen spiller seg ut igjen, med minst like mye latter og heiarop. Etter konkurransen spiller musikterapeuten et par barnesanger de fleste i rommet synger med på, før hun avslutter vårfesten med en rolig vise.

Da jeg var på min praksisperiode på barneavdelingen ved universitetssykehuset i Tromsø ble jeg veldig interessert i hvordan rollene til personalet ble utøvd og hvordan de rollene var formet av jobbens krav, det fysiske miljøet og det sosiale miljøet på avdelingen. På vårfesten ble jeg også veldig klar over hvordan personalets oppførsel i denne settingen kunne være en kontrast for hvordan barna opplevde de resten av tiden. Praksislæreren min poengterte at å la barna se en mer barnlig side av personalet kunne gjøre at de fikk et mer helhetlig inntrykk av dem som

mennesker utover det de kjente til av dem gjennom hverdagslig kontakt. Det mest slående eksemplet er selvsagt bollespisekonkurransen, men jeg mener også at bare det å se personalet delta i å synge eller spille til barnesanger kan hjelpe til med å vise barna flere sider med personalet.

Selv om den er fra et annen praksisfelt illustrerer vignetten over ett av kjernepoengene jeg kommer tilbake til i denne oppgaven. Måten vi deltar i noe er bestemt av våre roller og hva vi ser på som vårt handlingsrom innenfor disse rollene. Jeg mener altså at dette er noe som er aktuelt for en rekke musikkterapipraksiser og arbeidsfelt, selv om jeg i denne oppgaven vil konsentrere meg om geriatrifeltet.

Både musikken og konkurransen tilbyr en deltagelse som få av deltagerne ville gjort uten at konteksten rundt var slik den var. Veldig få sykepleiere ville sunget barnesanger høyt med mindre det var med barn eller i en allsangsetting og svært få overleger ville valgt å spise bollen sin hengende fra en snor i taket om ikke det hadde vært for konkurransesituasjonen. I likhet med bollespisekonkurranser kan musikk og sangstund tilby unike handlingsmuligheter for de som deltar i dem.

I dette kan vi finne noen likheter med hvordan sangstund på sykehjem kan ha en påvirkning på deltagerne. Beboere/barn og personal kan få andre opplevelser av hverandre, roller og forståelsen av disse påvirker oppfatninger mellom gruppene og rammene til en musikkaktivitet kan normalisere aktiviteter som ville føles unaturlig å gjøre uten slike rammer. Alt dette kommer jeg tilbake til senere i oppgaven.

1.3 Presentasjon av problemstilling

Det finnes mange forskjellige måter å skrive om og forske på sangstund på. I det abstrakte kan man skrive om hvordan en gruppe interagerer innad og hvordan musikken kan strukturere samhandling mellom deltagerne, men når man situerer praksisen tar man også med seg mye informasjon som er spesifikk til miljøet. Jeg har valgt å se på sangstund på sykehjem og å fokusere på hvordan den gjennomføres og om den kan påvirke hvordan deltagerne forstår hverandre gjennom deltagelse i den. Problemstillingen min er som følger:

"Hvordan gjennomføres sangstund på sykehjem og kan den påvirke hvordan deltagerne forstår hverandre?"

Ved å spørre om *hvordan sangstund gjennomføres* håper jeg å gi litt innsikt i noen av mekanismene og deltagelsesmønstrene som går inn i sangstund. Dette mener jeg er interessant fordi måten deltagelsen skjer på kan ha stor innvirkning på hva slags og utbytte deltagerne får. Jeg mener og det er interessant som et case-studie av en type sangstund som det ikke finnes så mye litteratur om. Jeg kommer til å skrive om gjennomføringen på forskjellige måter. Både som hva beboere, pleiere og musikkterapeuten gjør i sangstund, hvilket utbytte sangstund har for deltagerne og drøfte hvordan gjennomførelsen av sangstund fungerer som musikkterapeutisk metodikk.

Med *hvordan deltagerne forstår hverandre* mener jeg de mange forskjellige måtene pleiere og beboere oppfatter og tenker om hverandre, både innenfor sangstund, men også ikke minst *utenfor*. Ved å spørre hvordan de forstår hverandre vil jeg peke på prosessen av interaksjoner og inntrykk som fører til at man får visse oppfatninger og forståelser av andre mennesker. Det er en aktiv prosess hvor begge gruppene kan være med på å påvirke hvordan de blir forstått og oppfattet, men det er også en prosess som begge gruppene ikke nødvendigvis har like mye makt til å definere eller som er upåvirket av rammene miljøet plasserer på den. Jeg ønsker å utforske hvordan sangstund kan påvirke hvordan de ulike gruppene forstår hverandre, med et særlig fokus på hvordan rolleforståelse og gjensidig kunnskap kan føre til endret oppfatning.

Ved å fokusere på gjennomførelse og forståelse håper jeg å vise noe av handlingsrommet som finnes mellom beboere og pleiere og skape litt innsikt i hvordan sangstund kan gi nye handlingsrom. Jeg kommer til å diskutere relasjoner og samspill mellom beboere og pleiere generelt, men jeg vil ikke gå nærmere inn på hva relasjoner er eller hvordan de oppstår. Dette er en avgrensing jeg gjør fordi det er et stort tema i seg selv som man kan skrive mye om og fordi det ligger utenfor denne oppgavens problemstilling. Denne studien skal se på hvordan sangstund kan informere og påvirke forståelser, som igjen kan informere oppførsel og interaksjoner mellom beboere og pleiere, men hvordan disse interaksjonene tar sted utenfor sangstund vil ikke bli diskutert i detalj.

1.4 Begrepsavklaring

Beboer

Med "beboer" refererer jeg til personer som bor på sykehjem, det vil si, eldre mennesker med behov for pleie som bor på sykehjem. Det går an å hevde at uttrykket beboer er en eufemisme som virker skjønmalende på virkeligheten og at pasient er mer dekkende betegnelse. Det er på grunn av kroniske sykdommer som f. eks langtkommen Alzheimers at mennesker får tildelt plass på sykehjem. Det er ikke nødvendigvis et valg de tar, for noen kan det være slik at de *må* bo på sykehjem.

Jeg forstår poenget i at man ikke skal pynte på virkeligheten, men mener fortsatt beboer er et mer nøytralt begrep enn pasient, som kan bære negative konnotasjoner og er mer knyttet opp mot en medisinsk diskurs. Siden beboernes deltagelse i sangstund er ett mye større fokus enn beboernes spesifikke sykdommer eller diagnoser i denne oppgaven, velger jeg å bruke begrepet med minst bagasje.

Pleier/ansatt/personale.

Når jeg bruker ordet "pleier" snakker jeg spesifikt om personer som arbeider med pleie av beboere, som kan være sykepleiere, helsefagarbeidere eller pleieassistenter. Med "ansatt" og "personale" refererer jeg mer generelt til de som er ansatte ved sykehjemmet og dette kan inkludere folk fra pleiere til aktivitører, administrasjon og renhold. Det kan og inkludere musikkterapeuten, men innenfor sangstunden vil "personalet" referere til de andre ansatte som deltar og ikke musikkterapeuten.

Sangstund

Sangstund er et velkjent konsept i norsk kultur, særlig barnehager og eldreomsorg, men det finnes lite akademisk litteratur om sangstund som begrep. Et søk på oria på ordet "sangstund" gir to resultater (14. Mars, 2018). Det ene er et tosidert innlegg i Nytt Norsk Tidsskrift om hvorvidt forskere bør få betalt for å formidle forskning, som kun har ett bruk av ordet sangstund i fullteksten (Holsten, 2016), og den andre er en evaluering av et tverr-generasjonelt prosjekt som bruker sangstund som metode, men hvor ordet sangstund kun dukker opp tre ganger (Gundersen og Slettebø, 2016). Den sistnevnte studien har som fokus hvordan tilbudet har kunnet fortsatt

over så mange år, og går ikke inn på noen diskusjoner om definisjonen eller mye av innholdet i den aktuelle sangstunden.

Et søk på Google gir 31.700 resultater (Mars, 2018) hvor de første resultatene er informasjonssider fra barnehager og sykehjem om sangstunder de tilbyr som del av deres tilbud. Derimot finnes det ikke en side for sangstund på snl.no. Sangstund som konsept virker derfor å være allment forstått og brukt, uten at man har en håndfast definisjon som avgrenser hva ordet refererer til.

Ut i fra dette mener jeg det finnes en kulturell forståelse av hva som menes med sangstund og hvilket innhold det kan ha, uten at ordet har blitt formelt definert. Bildet av eldre mennesker som sitter på dagligstuen med hvert sitt sanghefte og synger sanger fra gamle dager er en velkjent situasjon innenfor norsk kultur i dag, og kanskje fordi den er så velkjent og ordinær er det ikke skrevet så mye om den. Vi får ikke mye ut av å bryte ned ordet "sangstund" annet enn at det er en aktivitet hvor "sang" er en sentral del, mens ordet "stund" viser til at det er en hendelse i tid, men uten noen tydelige rammer på hvor lenge den skal vare eller hva slags innhold den skal ha.

Et lignende begrep til sangstund, "musikkstund", er brukt av Aasgaard (2008) i hans kapittel om musikkterapi med barn på sykehus. Her beskriver han musikkstund som: "en ukentlig, åpen samling der pasienter og pårørende, (førskole)lærere og sykepleiere, leger og studenter og ulike gjester "stikker innom" eller deltar fra først til sist." (Aasgaard, 2008 s. 81). Noen viktige forskjeller mellom sangstundene i denne oppgaven og musikkstundene slik Aasgaard beskriver dem er at deltagerne i sangstund er beboere, personale og musikkterapeut, og det er ikke lagt opp til at personer skal kunne stikke innom eller delta kun i periode. Sangstund er lagt opp slik at deltagerne skal være med i hele sangstunden. En studie som viser til en lignende type aktivitet er doktoravhandlingen til Theresa Allison (2010) som blant annet diskuterer såkalte "sing-alongs" på et amerikansk sykehjem. Disse "sing-alongs" minnet om sangstund i det at de ble ofte ledet av en forsanger for en større gruppe og at de sang kjente sanger sammen med beboerne. Et interessant poeng fra studien til Allison er at hun fant bare to referanser til sing-alongs i den etnografiske litteraturen hun brukte. Der var det en stereotypisk beskrivelse av sing-alongs som ubehagelig "noise pollution" (Allison, 2010, s. 115) som ikke matchet det hun opplevde i sitt feltarbeid, hvor hun opplevde det som en aktivitet beboerne entusiastisk deltok i (Allison, 2010). Det er uklart om pleiere deltar i disse sing-alongs, men hun beskriver det som en aktivitet som

bygger fellesskap i alle fall mellom beboerne. Denne oppgaven vil kun diskutere sangstund fra en norsk forståelse av ordet både som en avgrensning av temaet og fordi det er på denne typen sangstund jeg har samlet inn relevante data.

Jeg har laget en arbeidsdefinisjon av sangstund for denne oppgaven. Jeg definerer sangstund som: *"En musikalsk aktivitet for større og mindre grupper som inneholder allsanger innenfor et felles kulturelt repertoar, ofte ledet av en forsanger/akkompagnatør."* Jeg bruker denne definisjonen fordi jeg mener den er beskrivende av hva som er typiske sangstundformer uten å være for spesifikk om innholdet, som kan inneholde en stor bredde av forskjellige sanger og sjangre. Denne definisjonen kan romme sangstunder slik de brukes både på sykehjem og i barnehager.

Jeg har ikke inkludert i denne definisjonen at en musikkterapeut må gjennomføre sangstundene, fordi jeg mener det er en kulturell aktivitet som faget musikkterapi i seg selv ikke har eierskap over. Når det er sagt, er sangstundene jeg bruker i denne oppgaven gjennomført av en musikkterapeut og jeg mener jeg at en musikkterapeut kan, i kraft av sin kompetanse, legge til noe verdifullt i sangstund og kan bruke den som en musikkterapeutisk metodikk. Mye av det jeg skal skrive om i denne oppgaven vil handle om deler som det kan argumenteres for at musikkterapeuten har lagt til i sangstunden, og ikke nødvendigvis noe sangstund har i seg selv. Nøyaktig hva som er hva er ikke fokuset til denne oppgaven, så jeg vil ikke definere hva jeg mener er essensielt for sangstund i seg selv og hva musikkterapi legger til, jeg vil heller fokusere på helheten av sangstundene jeg observerte og presentere dem slik jeg har forstått dem.

Til slutt vil jeg legge til at selv om jeg ikke nevner musikkterapi i min problemstilling eller definisjon av sangstund mener jeg dette prosjektet er relevant for musikkterapi og kan gi en innsikt i en sentral musikkterapimetodikk, og selv om den ikke må gjennomføres av en musikkterapeut er det fortsatt en utbredt metodikk innen musikkterapi. Fagområdet musikkterapi kan, noe forenklet, defineres som studiet av sammenhenger mellom musikk og helse (Stige og Ridder, 2016, s. 23), der musikk brukt av andre enn musikkterapeuter også inngår som studieobjekt i musikkterapien. Jeg mener derfor dette prosjektet er relevant fordi det utforsker hvordan en sentral metodikk og en utbredt musikalsk aktivitet blir gjennomført og hvilken påvirkning den kan ha på de som deltar i den, noe som kan være av interesse og nytte både for musikkterapeuter og andre som er interesserte for musikkens rolle i eldreomsorgen.

Kapittel 2 – Teori

I dette kapitlet skal jeg gjøre rede for teoriene som har informert denne oppgaven og som jeg skal bruke til å drøfte resultatene av studien. Først skriver jeg om noen grunnlagsteorier om musikk og musikkutøving. Etter det legger jeg frem teorier relatert til demens og eldreomsorg med fokus på personsentrert omsorg, deretter noen teorier relatert til institusjonelle perspektiv. Til slutt presenterer jeg noen sentrale musikkterapeutiske teorier relatert til samfunnsmusikkterapi og kontekstbegrepet i musikkterapi.

2.1 Musikkering og kommunikativ musikalitet

"Musicking" er en bok skrevet av Christopher Small (1998) som har hatt stor innflytelse på musikkvitenskap og musikkterapiteori. Boken forsøker å definere hva musikk er og fremmer synet at musikk ikke er en ting i det hele tatt, men kan bedre forstås som et verb, "musicking" eller "musikkering" på norsk. Small understreker dette med å peke på at andre kunstformer, for eksempel maling og arkitektur, skaper fysiske manifestasjoner av det kunstneriske arbeidet. Musikk, derimot, eksisterer *kun* når den spilles. Den fysiske manifestasjonen av musikk er lydbølger som slutter å eksistere etter de har blitt spilt. Det man kan tenke på som en fysisk manifestering av musikk, nemlig noter, er kun representasjoner av musikken og uansett hvor detaljerte de er, kan de ikke nærme seg å fange kompleksiteten av musikk når den blir fremført, fordi de to mediene er grunnleggende forskjellige. Også når en CD blir spilt av, spilles den av i tid og selv om den eksisterer i en slags fysisk manifestasjon på CD-en er den eneste måten man kan oppleve musikken på å spille den av.

Et annet poeng han fremmer i samme bok er at alle som er involvert i en situasjon hvor musikkering foregår er en del av musikkeringen. Ikke bare de som spiller instrumentene, men også de som danser eller lytter til musikken er en del av musikkeringen og endrer musikken og hvordan den oppleves. Dette skjer både ved at de forskjellige deltagerne gir hverandre tilbakemelding om musikken og hverandres deltagelse i den og måten deltagerne reagerer på denne tilbakemeldingen. Dette kan enkelt illustreres med å se for seg hvordan et rockeband spiller annerledes for en halvtom pub med 5 mennesker enn når de spiller i en konsertsal med

100 mennesker. Selv om det er de samme menneskene som spiller så har antallet mennesker som lytter til, hvordan de reagerer og det fysiske miljøet musikken blir spilt i stor innvirkning på hvordan musikken blir utformet. Men Small (1998) går enda et steg videre og mener at alle som er med på å forme musikk situasjonen på en eller annen måte kan defineres som en del av musikkeringen. Dette kan inkludere alle fra de som selger billetter til en konsert, til de som setter opp stoler og de som leder oppvarmingen. Noen av disse er nærmere de som fremfører musikken, men alle er nødvendige for at konserten skal ha den formen den har og er på den måten med å påvirke hvordan musikken blir fremført og opplevd.

Vi har alle en iboende musikalitet eller proto-musikalitet som kommer til uttrykk gjennom de første interaksjonene mellom spedbarn og omsorgsperson. Denne typen interaksjon, kalt kommunikativ musikalitet (Malloch og Trevarthen 2000, 2009), legger grunnlaget for menneskelig musisering gjennom livet og deler mange musikalske parameter med konvensjonell musikkspilling (tonehøyde, turtaking, rytmer, musikalske motiv). Malloch og Trevarthen argumenterer for at kommunikativ musikalitet er den første sosiale interaksjonen mellom spedbarn og omsorgsperson og peker mot menneskets behov for sosial kontakt, og viser at kommunikasjon er medfødt evne vi aktivt bruker helt fra livets begynnelse. Kommunikativ musikalitet er ikke en teori som forsøker å dekke all menneskelig musikalitet. Den forsøker å lage en grunnlagsteori om hvor musikalitet kommer fra og hvordan den først blir uttrykt.

Dette betyr ikke at teorien ikke har blitt brukt som en del i å forklare andre aspekter ved menneskelig musikalitet. Pavlicevic og Ansdell (2009) argumenterer for at kommunikativ musikalitet ikke er tilstrekkelig når man skal beskrive musikk som inkluderer flere enn to personer, men at den kan være en nyttig ramme hvis man utvider teorien med teorier om sosiokulturell læring. Pavlicevic og Ansdell argumenterer for at kommunikativ musikalitet kan sees på som det første nivået i den musikalsk-sosiale utviklingen. I denne modellen lærer man først hvordan å interagere musikalsk og senere lærer vi forskjellige kulturelle former musikk kan ta gjennom å erverve musikerkunnskap (eng. "musicianship"). Til sist har vi ervervet nok kunnskap til å kunne delta i de musikkformene med andre på et likeverdig nivå. Dette er det som kalles "samarbeidende musikkering" (eng. "collaborative musicking") (Pavlicevic og Ansdell, 2009). En person vil være i forskjellige steder i utviklingen med forskjellige typer musikkformer og kan fortsatt lære en ny type mens man har mestret andre.

2.2 Musikk som samhandlingsform

Musikk er altså definert av å være noe mennesker gjør, og kan være en måte for mennesker å kommunisere på. Men hvordan musikk som samhandlingsform fungerer kan ikke forklares kun ut i fra kommunikativ musikalitet. I Gary Ansdells (2014) bok "How Music Helps" drøfter han at musikk er en grunnleggende forskjellig samværsform fra andre måter å være sammen på, som for eksempel samtale. Ansdell begynner kapittelet "Musical togetherness" med en liten vignett av en musikkterapeut som arbeider på et sykehjem. Beboerne sitter i sine egne verdener og legger lite merke til de som sitter rundt dem, men når musikkterapeuten begynner å spille "tea for two", en velkjent sang for mange av beboerne, begynner de å samle seg rundt pianoet og de interagerer med hverandre og med personalet. Noen prøver å synge med, andre lytter til og ett par reiser seg opp og begynner å danse. Ansdell skriver at situasjonen nå minner om en "domestic soiree" (Ansdell 2014, s. 191), en slags semi-offentlig konsert holdt i hjemmet til en person med høy sosial status og en aktivitet mange av beboerne kjenner igjen fra tidligere i livene deres.

Endringen av den sosiale settingen er stor, men hvordan kan vi forstå denne forandringen? Et svar er å si at musikken endret den, men Ansdell poengterer at det er vanskelig å se for seg at det å bare spille en CD kan gi en lignende effekt i dette tilfellet. Musikkterapeuten la grunnlaget for interaksjonen, men hvordan beboerne handlet i respons til musikken, samt personalets reaksjoner på beboernes handlinger, var alle med på å endre den sosiale settingen.

Ansdell mener de lokale interaksjonene innen musikk er med på å skape endringer i den sosiale settingen. Syngingen fra beboerne og paret som danset førte til en endring i det musikalske uttrykket og mulighetene til den sosiale deltagelsen. Om ingen hadde sunget med eller danset ville det ikke lignet på en "domestic soiree", kanskje mer en konsert. Ansdell mener musikk i seg selv har et handlingsrom som er annerledes fra andre sosiale aktiviteter og bruker et poeng fra filosofen Zuckerkandl (1956 i Ansdell, 2014) om forskjellene i hvordan vi ser for oss fysisk/visuelt rom og musikalsk rom for å klargjøre denne forskjellen.

Put three things in physical, visual space together and they merge or at least block each other, which is why we think first of three-ness in terms of a triangle. But a musical *triad* is precisely three separate sonic things in the same musical space and time that combine creatively whilst retaining their individual identity. (Ansdell 2014, s. 194)

Zuckermandl (1956) understreker forskjellen i hvordan vi ser for oss visuelt rom fra musikalsk rom med å snakke om farger. En farge kan ikke være på samme plass som en annen farge. Når blått og gult er på samme sted blandes de til grønn. Derimot vil ikke to toner, når de klinger samtidig, blandes til én ny tone. De beholder hver sin unike lyd (Zuckermandl, 1956, s. 297-298). Når en tone klinger vil den fylle alt rommet den er i. Når den andre tonen klinger vil den ikke skille ut sitt eget rom separat fra den første tonen, eller bli overskygget av den, men den vil klinge gjennom den første, og fylle det samme rommet som den. Den første tonen er transparent for den andre (Zuckermandl, 1956, s. 298-299).

Ansdell flytter denne tenkningen om rom over til mennesker, og poengterer at i fysisk/visuelt rom kan ikke tre mennesker eksistere i det nøyaktig samme fysiske stedet og tre personer som snakker samtidig vil snakke over hverandre og skjule innholdet i det som blir sagt. Derimot kan tre personer enkelt eksistere i det samme musikalske rommet samtidig ved å spille instrumenter eller synge uten å være i veien for hverandre samtidig som hver person beholder sin egen unike stemme. Dette gjelder også når ord blir brukt i felles sang. Ansdell mener dette henger sammen med måten Zuckermandl ser for seg at toner ikke er *ting*, men *hendelser*.

Zuckermandl's explanation of this is that tones are dynamic *states* and *events* in motion and not "things". Therefore, their musical space is not so much "occupied" as "potentiated" – ready for relationship and transformation. (Ansdell 2014, s. 195).

Når musikk blir spilt, fyller den rommet den er i og oppfyller et potensial som ligger der, men som ikke er merkbart før man faktisk fyller det med musikk. Og når rommet er fylt blir alt inkorporert i et uttrykk. Selv om alle som deltar i musikken deltar på samme tid og bruker det samme musikalske "rom", er det fremdeles mulig å skille ut de forskjellige stemmene og personene i musikken, og til sammen lager de ett musikalsk uttrykk.

Ansdell viser også til en annen innsikt fra Zuckermandl i forskjellen på hvordan den snakkende personen og den syngende personen relaterer seg til andre. Den snakkende personen er vendt *mot* den andre fordi noe blir direkte kommunisert, mens den syngende personen (enten alene eller i et kor) synger *utover* vekk fra selvet og vekk fra den andre (Zuckermandl, 1973, i Ansdell, 2014). Med dette mener Zuckermandl at et musikalsk ensemble ikke er definert av å være rettet *mot* noen, men er definert av å *være sammen*.

Singing is the natural and appropriate expression of the group ... [expressing] the individual in so far as his relation to the others is not one of "facing them" but of togetherness. (Zuckermandl 1973, s. 28, i Ansdell, 2014 s. 196).

2.3 Eldreomsorg, demens og personsentrert omsorg

Et viktig element i eldreomsorg er hvordan demens forandrer mennesker og hvordan man må tilrettelegge for å opprettholde en humaniserende omsorg. Ved norske sykehjem har en stor andel av beboere demens, og de fleste som har demens bor på langtidsinstitusjoner som sykehjem, så denne problemstillingen er svært relevant (Helsedirektoratet, 2017). Kitwood (1997) snakker om hvordan mange av "teknikkene" som utvikles av personer som jobber med mennesker med demens er dehumaniserende, og knytter dette opp mot hans begrep "personstatus" (eng. "personhood"). Personstatus for Kitwood er hvorvidt vi anser noen som fullt "menneskelige", og han mener personer med demens er ekstra utsatt for å få senket sin personstatus av de rundt personen nettopp på grunn av forskjellige dehumaniserende teknikker. Teknikkene inkluderer for eksempel å manipulere personer med demens for å få de til å gjøre ting pleierne vil og å ikke ta seg nok tid til å la personene gjøre ting i eget tempo. Kitwood understreker at disse teknikkene ikke utvikles fordi pleierne er onde eller dårlige i sitt arbeid, men fordi det historisk er en forståelse av demens som en sykdom hvor sinnet forlater personene og etterlater en "tom" kropp, et veldig sterkt bilde av en person som er blitt fratatt personstatus. Selv om mange innenfor eldreomsorg ikke har dette synet lenger, gjør tidspresset, som er en stor faktor, det mer sannsynlig at man tar i bruk dehumaniserende teknikker ubevisst for å få gjort arbeidet så fort som mulig.

Kitwood skriver at han var kritisk til de dehumaniserende praksisforholdene som eksisterte når han begynte å arbeide i eldreomsorg og lagde en liste av forskjellige dehumaniserende teknikker han klassifiserte som "malignant social psychology" (MSP). Med dette begrepet mente han å legge vekt på hvordan disse teknikkene kunne være dypt skadelig for personstatusen til mennesker med demens, men mente ikke at disse teknikkene ble brukt med vond intensjon fra de som bruker teknikkene. Listen han laget inkluderte teknikker som *disempowerment* (ikke la personer med demens bruke de evnene de fortsatt har), *labelling* (å bruke en kategori som demens eller en annen "organisk mentalforstyrrelse" som hovedgrunnlag for interaksjoner med

en person og for å begrunne deres handlinger) og *stigmatization* (å behandle en person som om de var et sykdommelig objekt eller en utstøtt) (Kitwood 1997, s. 46-47). Gjennom å bruke disse teknikkene mener han at personer med demens ble mer og mer dehumanisert og at dette førte til at de ble sykere fordi de da ikke ble møtt som mennesker med samme behov som andre. De får dermed ikke brukt de delene av hjernen som ennå fungerer i noen grad, slik at de og gradvis faller bort.

Kitwood mener at demens ikke kun er en nevropatologisk sykdom, men at den og har en psykologisk-sosial side (Kitwood 1997, s. 50). Denne siden kommer særlig fram når det han kaller "malignant social psychology"-teknikker blir brukt i eldreomsorgstilbudet til personen med demens. Da vil den minskede funksjonen i hjernen på grunn nevropatologisk sykdom bli møtt med mindre stimuli og kontakt fra personene rundt en, noe som igjen fører til en forverring av funksjonen i hjernen. Dette blir igjen møtt med mindre stimuli og kontakt fra andre, og så videre i en vond spiral. For å motvirke dette mener Kitwood man må dekke basisbehovene til mennesker med demens og utover dette jobbe med å la de utfolde seg, gjøre meningsfulle valg og utøve evnene sine slik at de får være utagerende mennesker så lenge de kan (Kitwood, 1997, s. 60).

Ridder (2016) bruker Kitwood i hennes definisjon av en personsentrert musikkterapi. Hun vektlegger Kitwoods oppfatning at det ikke er nok å eliminere MSP, men at det er nødvendig å lage positive interaksjoner for at personen skal føle seg møtt og forstått. Kitwood legger behovet for kjærlighet (love) tett opp til behovene for "Identity, inclusion, comfort, occupation and attachment" (Kitwood, 1997). En norsk oversettelse (basert på den danske i Ridder, 2016) kan være identitet, inkludering, trøst, beskjefning og tilknytning.

2.4 Institusjonelle perspektiver

Kitwood (1997) vektlegger viktigheten av et systemisk perspektiv for å lage en humaniserende omsorg. Han skriver om organisasjonsstrukturer at det er sannsynlig at beboerne blir behandlet av pleierne slik pleierne blir behandlet av deres ledere.

If employees are abandoned and abused, probably the clients will be too. If employees are supported and encouraged, they will take their own sense of well-being into their day-

to-day work. Thus if an organization is genuinely committed to providing excellent care for its clients – if it is committed to their personhood – it must necessarily be committed to the personhood of all staff, and at all levels. (Kitwood, 1997, s. 103-104)

Kitwood mener den ideelle organisasjonsformen for eldreomsorg har visse kjennetegn. Disse inkluderer: en leder som er tilgjengelig, små statusforskjeller i personalet, likeverdighet i status mellom personale og beboere, toveis, åpen og interpersonlig kommunikasjon og en åpenhet om følelser og svakheter blant personale og beboere (Kitwood, 1997, s. 104-106).

En annen som har skrevet om organisasjonsstrukturer er Erving Goffman (1961) som skrev om forholdene på psykiatriske sykehus på 60-tallet i sin bok *Asylums*. Grunnlaget for Goffmans kritikk er det han kaller for "absolutte institusjoner", noe han definerer som en institusjon med en indre verden skjermet fra omverdenen, som har to hovedgrupper som deltar i institusjonen. Den første gruppen er de "innsatte" (eng. "inmates") som tilbringer hele tiden deres på institusjonen. De innsatte sover der, spiser der, jobber der og tilbringer fritiden sin på institusjonen. Denne gruppen er ofte helt avskjermet fra omverdenen og har kontakt med omverdenen bare til den grad institusjonen tillater det. Den andre gruppen er "personalet" (eng. "staff") som har som ansvar å drifte institusjonen og er der deler av tiden som deres jobb. Personalet har en grunnleggende annerledes opplevelse av institusjonen, både på grunn av deres rolle som profesjonelle i den, men også fordi de ikke tilbringer hele tiden deres der. I *Asylums* er fokuset hovedsakelig på mentalsykehus (med en sterk kritikk av hvordan de ble drevet på den tiden), men Goffman bruker og andre eksempler som fengsel, klostre, kostskoler og militærleirer og pekte på likheter og forskjeller mellom disse institusjonene, inkludert i hvilken grad hver av de kan kalles absolutt.

Et annet kjennetegn på en absolutt institusjon er at den har en rasjonell grunn til at den eksisterer, ofte en oppgave eller retningslinjer som institusjonen kan bruke til å forklare hvorfor og hvordan den gjennomfører oppgavene sine. Et mentalsykehus sin grunn til å eksistere var å kurere mennesker med psykiske lidelser, men den kunne så misbruke denne hovedoppgaven for å rettferdiggjøre grov mishandling av innsatte om de skulle motsette seg institusjonens vilje. De ansatte skal drifte institusjonen og gjennomføre dens oppgaver, og gjennom å gjøre dette er de også institusjonens representanter overfor de innsatte. På denne måten blir roller fordelt til de som deltar i institusjonen (Goffman, 1961).

En annen ting Goffman skriver om er at ansatte i mentalsykehus ofte beskrev oppførsel fra de innsatte som symptomer på mentale lidelser og ikke som uttrykk for personens preferanser. Dersom en pasient ikke ville ta medisiner kunne det være et symptom på en mental lidelse som muliggjorde maktbruk som et legitimt svar for å tvinge personen til å ta medisinene. Siden det ikke ble beskrevet som en personlig preferanse, men et symptom av sykdommen de prøvde å kurere var det mindre etiske kvaler om å bruke makt i et slikt tilfelle. På denne måten kunne alle handlinger som de innsatte foretok seg forklares med å være symptomer på deres mentale lidelse istedenfor genuine uttrykk for personlighet eller preferanser. Dette er et eksempel på makten den absolutte institusjonen kan ha.

Sykehjem i Norge har i nyere tid til dels endret seg arkitektonisk. Tidligere var sykehjem ofte modellert etter sykehus, men nå er man mer opptatt av å forsøke å få sykehjem til å minne mer som et vanlig hjem (Jacobsen, 2015). Dette er et av flere uttrykk for at sykehjemmene må balansere å være en tilbyder av medisinske tjenester med det å være et hjemlig miljø for beboerne. Denne hjemliggjøringen har vist seg blant annet ved at de aller fleste beboere har sitt eget private rom og at det er færre rom og kortere korridorer på en sykehjemsavdeling enn man ville funnet på et sykehus. Jacobsen skriver at måten dette har blitt implementert på ikke oppfyller de politiske ambisjonene om sykehjemmet som mer åpent ut mot samfunnet for beboerne. Han mener at noen av rutinene som blir laget kan forsterke likhetstrekkene et sykehjem har til absolutte institusjoner, da særlig med tanke på å skille det indre livet på institusjonen fra resten av samfunnet (Jacobsen, 2015). Jacobsen bruker Goffmans (1961) definisjon av den absolutte institusjon for å kritisere tendensene norske sykehjem har til å forbli en indre lukket verden med rutinisering av beboernes daglige liv til tross for de politiske løftene om mer åpne, hjemlige sykehjem.

2.5 Musikkterapi

Samfunnsmusikkterapi er et felt innenfor musikkterapi som vektlegger at en musikkterapeut må se på det som skjer utenfor musikkterapisituasjonen i tillegg til det som skjer i den for å få en bedre forståelse for klienters situasjoner og hvordan de kan få det beste mulige tilbudet (Stige og Aarø, 2012). Samfunnsmusikkterapi har en vid definisjon av ordet terapi, hvor det ikke nødvendigvis peker mot en intervensjonsprosess mellom en terapeut og en klient, men kan

inkludere større grupper og tilknytninger i lokalsamfunnet hvor musikkutfoldelse kan være en viktig del av et musikkterapeutisk forløp uten at det må knyttes opp mot en institusjon eller en spesifikk type terapiprosess.

Samfunnsmusikkterapi skiller seg fra musikkterapitradisjoner som psykodynamisk og behavioristisk musikkterapi ved å fokusere på individet i et større system og gjenkjenne at det kan være innenfor musikkterapeutens rolle å kritisere og prøve å endre systemet i tillegg til å hjelpe individet i interaksjonen med disse systemene.

I dette tilfellet vil det å arbeide innenfor community music therapy/samfunnsmusikkterapi innebære et ansvar for grensesnittet mellom klient og samfunnet, en særlig sensibilitet for dette vage grenselandet som mange av våre klienter beveger seg gjennom. (Ruud, 2015, s. 516).

Samfunnsmusikkterapi setter også fokus på relasjonelle, deltagende og økologiske aspekter ved musikkterapi og fremmer disse som gode verdier for å lage en mer demokratisk og brukerstyrt musikkterapi (Stige og Aarø, 2012). For å klargjøre forskjellen bruker Stige og Aarø den medisinske modellen som en kontrast til det de mener samfunnsmusikkterapi bør være.

As a decision-making process, the medical model implies that the professional investigates the problems of an individual, identifies a diagnosis, prescribes an intervention, and evaluates the effects of the prescribed treatment. At a more abstract level, the medical model is informed by several interconnected assumptions; the individual presents with a disorder or condition for which there is a scientific explanation, while the intervention is defined by specific remedial ingredients. (Stige og Aarø, 2012 s. 170)

Forfatterne mener at siden den medisinske modellen er en innflytelsesrik modell både innenfor medisin og andre steder er det viktig å diskutere rollen den har. Samfunnsmusikkterapi, i motsetning til den medisinske modellen, legger vekt på ressurser istedenfor svakheter og forsøker å lage gjensidig oppbygging basert på samarbeid heller enn symptomlindring gjennom intervensjonen fra terapeuten (Stige og Aarø, 2012). Samfunnsmusikkterapi legger vekt på at deltagelse og handling fra klientenes side gjør de mer i stand til å kunne arbeide med sine egne problemer og med et fokus på egne ressurser istedenfor sykdom eller begrensninger.

Ansdell (2002) argumenterte i sin artikkel, *Community music therapy and the winds of change*, at det foregikk et paradigmeskifte i internasjonal musikkterapi mot en form for samfunnsmusikkterapi som en bred modell for å begrunne og forklare faget. Ansdell beskriver et skifte fra en konsensusmodell (basert på psykoterapeutisk praksis hvor en-til-en intervensjoner inne på et lukket rom er idealet) til en samtykkende modell. I denne nye modellen ville flere forskjellige praksisformer med andre grunnleggende antagelser, mål og metodikker bli ansett som del av musikkterapi. Ansdell skrev om konsensusmodellen fra et britisk ståsted, men bruke praksiseksempler fra andre deler av verden. Ruud (2015) var noe kritisk til at det foregikk et paradigmeskifte som krevde at man måtte lage et nytt teorifelt i samfunnsmusikkterapi, noe han baserte blant annet på at beskrivelsene på samfunnsmusikkterapipraksis noen ganger var musikkterapipraksis som var blitt gjort i mange år før samfunnsmusikkterapi ble oppfunnet som musikkterapiretning. Han sier seg dog enig i at et systemisk og kontekstsensitivt blikk på musikkterapipraksis kan være et nyttig perspektiv å ha.

Ressursorientert musikkterapi (Rolvjord, 2008) er en teori innen musikkterapi som vektlegger at man bør fremme ressursene til klientene man jobber med og ikke bare fokusere på problemene deres i musikkterapiforløpet. Dette betyr ikke at man ignorerer problemene som er der, men at man ikke gjør problemene til det eneste fokuset i musikkterapien. Istedenfor jobber man med å bygge opp sterkere sider klientene har slik at de kan oppleve følelser av mestring istedenfor å hele tiden fokusere på negative aspekter med seg selv i terapien. Ressursorientert musikkterapi ble først skrevet om innenfor psykisk helse, men den har også stor relevans for andre målgrupper og praksisfelt.

I hennes artikkel, *The competent Client and the Complexity of Disability*, skriver Rolvsjord (2014) om hvordan musikkterapeuter og klienter i psykisk helse blir definert som en binær dikotomi. I denne dikotomien blir klienten definert ut i fra svakheter, mens terapeuten blir definert ut fra styrker. Rolvsjord foreslår at en destabilisering av denne dikotomien med å vise eksempler på kompetente klienter kan motvirke stigmatisering av klienter. Hun stiller likevel spørsmål om forsøket hennes på å fremme kompetente klienter, paradoksalt nok, kan risikere at hun forsterker synet om at klienter må være kompetente for å kunne verdsettes. At de må overkomme sine funksjonshemminger og jobbe mot å være "normal", istedenfor å akseptere og verdsette mangfold. "Political activism with regard to dis-ability then, needs both to foster

respect for the less able as much as the able, and dignity of dependence, if we want to move away from the ableist attempt for normalcy” (Rolvjord, 2014).

Artikkelen til Stige og Kristiansen (2016) diskuterer rollen til musikkterapi som profesjon innenfor eldreomsorgssystemet og snakker spesifikt om ulike teknikker for å implementere musikkterapi i eldreomsorgen. De poengterer at det ikke kun er hensyn til hva som er det beste tilbudet for beboerne som er viktig, men også et bredere fokus på hvordan musikkterapien påvirker arbeidsdagen til personalet og institusjonen i seg selv.

Stige og Kristiansen (2016) begynner artikkelen sin med en vignett hvor en musikkterapeut er ny på arbeidsplassen og står i et dilemma om hvordan å utføre arbeidet sitt. Han vil ikke gjennomføre timene i dagligstuen på grunn av støy fra kjøkkenet og han får, etter noe kranling med institusjonen, et eget rom for musikkterapi timer i kjelleren. De andre ansatte virker ikke fornøyde med å måtte flytte beboere opp og ned til timene, men musikkterapeuten er usikker på hva han skal gjøre. Han mener han kan utføre arbeidet sitt best der hvor det er mindre støy, bør det bety noe at pleierne ikke er så fornøyd med det?

Senere spør en av helsefagarbeiderne musikkterapeuten en av pleierne om det er vanskelig for dem å bringe beboerne ned til kjelleren når de skal ha musikkterapi. Helsefagarbeideren svarer at det er vanskelig. Både fordi de har nok å gjøre fra før av, men også fordi det er vanskelig å forklare beboerne hvor de skal gå hen. Hun spør hvorfor musikkterapeuten *må* være her nede istedenfor å ha timene i dagligstua. De hadde tidligere hatt sangstunder på tirsdager før middag, med sanghefter med gamle revyviser som de hadde håpet musikkterapeuten kunne overta. Artikkelen beskriver så tre mulige implementeringsstrategier, en hvor musikkterapeuten holder på sine individuelle timer i kjelleren for å vektlegge fagligheten, et hvor musikkterapeuten overtar sangstundene og gjør så mye som mulig for å tilpasse seg pleiemiljøet på sykehjemmet og en hvor musikkterapeuten jobber både med å hevde eget fag samtidig som han tilpasser seg pleiemiljøet. Et interessant utdrag her er hvordan musikkterapeuten først var noe uvillig til å gjøre sangstund, siden det lå utenfor det han anså som "det best mulige" musikkterapiarbeidet på et rom uten støy.

2.6 Kontekstbegrepet i musikkterapi

Rolvstjord og Stige (2013) skriver om hvordan kontekst er brukt i musikkterapilitteraturen og finner tre forskjellige måter å forstå og bruke kontekst på. Musikkterapi i kontekst, musikkterapi som kontekst og musikkterapi som interagerende kontekster. I tillegg diskuterer de disse forskjellige nivåene av kontekstbevissthet med to metaforer for hvordan man kan tenke om kontekst. Kontekst som ramme og kontekst som link.

Kontekst som ramme inneholder definisjonene musikkterapi i og som kontekst, hvor musikkterapien blir analysert både i seg selv og i sammenheng med andre kontekster og man kan få en bedre forståelse for hva musikkterapi kan bety for institusjonen den er i eller for menneskene som deltar i musikkterapien. Musikkterapi i kontekst kan omfavne alle typer tekster om musikkterapi, om kontekst blir brukt i teksten eller ikke, siden musikkterapien alltid er i en kontekst, som et sykehus eller en barnehage, og det vil ha en innflytelse på hvordan musikkterapien ser ut. Metaforen kontekst som ramme legger vekt på at musikkterapisituasjonen i seg selv er en kontekst hvor det fysiske miljøet musikkterapien påvirker musikkterapisituasjonen, men hvor mesteparten av det som tenkes på som konteksten oppstår i samhandlingen mellom terapeut og klient (Rolvstjord og Stige, 2013 s. 51-55).

Kontekst som link legger vekt på at verken musikkterapisituasjonen eller sammenhengen den er i er stabile enheter over tid. Musikkterapien er et møte mellom interagerende kontekster som sammen konstruerer musikkterapisituasjonen og blir påvirket av den. Musikkterapisituasjonen endres hele tiden av hvem som deltar og hvordan de deltar. Sammenhengen musikkterapi skjer i er også under konstant endring. Musikkterapi som interagerende kontekster vektlegger dette og ser på hvordan møtet mellom forskjellige personer fra forskjellige kontekster med egne forståelsesverdener kan møtes i musikkterapi og lage en helt ny, unik kontekst ut av det. Kontekstene er i tillegg endret av møtet med andre kontekster, så ringvirkningene vil endre hvordan personene fra forskjellige kontekster oppfatter egen kontekst.

For å bedre forstå dette kompliserte bildet bruker Rolvstjord og Stige begrepet komplekse systemer (complex systems). Ved å bruke kunnskap skapt av "complexity science" (Rolvstjord og Stige, 2013 s. 56) forklarer de at komplekse systemer ofte inkluderer og er deler av andre komplekse systemer (deres eksempler fra psykisk helse er at en klinikk består av individer og grupper samtidig som klinikken selv er en del av lokalsamfunnet). Når disse komplekse

systemene interagerer vil de da endre hverandre på ikke-lineære måter. Forfatterne poengterer derfor at et musikkterapiforløp i en slik klinikk ikke bare er noe som skjer i klientens historie, det er også en hendelse i systemets historie. Man kan da se på ikke bare hvordan musikkterapi kan forandre mennesker på det individuelle planet, men også på hvordan det kan endre relasjonene som linker mennesker, steder og hendelser.

Kapittel 3 – Metode

I dette kapitlet skal jeg presentere forskningsmetodikken til prosjektet, hvordan jeg samlet inn data og hvordan jeg brukte denne dataen. Jeg begynner med en kort presentasjon av forskningsmetode og epistemologi før jeg går inn i rammene for prosjektet, hva som ble gjort og hvordan analysen ble gjennomført. Til slutt skriver jeg noen refleksjoner rundt prosjektet.

3.1 Metodikk

3.1.1 Fokusert etnografisk studie

Dette prosjektet bruker en etnografisk informert metodikk (Hammersley og Atkinson 2007; Atkinson 2015; Stige og Ledger 2016) med vekt på deltagende observasjon, samtaler, intervju og lydopptak som de viktigste datakildene. Etnografi som forskningsmetode ble først utviklet innen antropologi, hvor de forsket på andre samfunn ved å tilbringe tid med dem, snakke med dem og observere deres oppførsel og kultur (Hammersley og Atkinson, 2007). Den har i senere tid blitt brukt på andre fagområder også, inkludert musikkterapi (Stige, Ansdell, Elefant og Pavlicevic, 2010; se også Stige og Ledger, 2016). Jeg valgte en etnografisk tilnærming fordi jeg ville bruke en rekke forskjellige kilder som grunnlag for studien og fordi sangstund er et komplekst fenomen med mange mulige innfallsvinkler for analyse og fokus. De forskjellige kildene gir hver sin unike måte å tilnærme seg temaet på som sammen gjør det mulig å forstå sangstund på flere forskjellige måter. Ved direkte observasjon kan du se hvordan beboerne reagerer på kjente sanger, i samtale med pleiere og observasjon på avdelingen kan du få en bredere forståelse av pleiernes synspunkt og forståelse av beboerne utenfor sangstund. Med opptak kan du lettere kartlegge hva som skjedde når og få en innsikt i den underliggende strukturen i sangstund. Alle disse kildene blir så analysert og gjennom en hermeneutisk prosess hvor jeg utfordrer forståelsen min ved å gå gjennom dataen flere ganger, får jeg en bedre forståelse for dataen som jeg bruker for å skrive om sangstunden (Alvesson og Sköldberg, 2018).

En fokusert etnografisk studie er en studie som bruker mange av de samme metodene som generelle etnografiske studier, men som ofte har et smalere og mer definert fokus, og fokuserer gjerne på en aktivitet eller spesifikke aspekter ved en aktivitet (Stige og Ledger, 2016). I tillegg

har fokuserte etnografiske studier ofte kortere tid i feltet og kan gjøres "på deltid", som er forskjellig fra tradisjonelle etnografiske studier hvor forskeren ofte bor sammen med de hen forsker på. I en fokusert studie kompenseres man for mindre tid brukt i feltet med en mer intens innsamling av datamateriale, mer intens dataanalyse og bruk av video og lydopptak i tillegg til tradisjonelle feltnotater. I dette prosjektet har jeg forsket på sangstund over en relativ kort periode, men med relativ intens datainnsamling og analyse og fokuset har ligget på gjennomføringen av sangstund og oppfatninger mellom beboere og pleiere. Derfor har jeg valgt å kalle dette prosjektet en fokusert etnografisk studie.

3.1.2 Forskningsepistemologi

Edwards (2012) mener det er viktig at musikkterapiforskere anerkjenner både prosjektets epistemologi og forskerens egen forståelse av epistemologi. Derfor har jeg valgt å skrive om det her. Denne oppgaven bruker til dels et konstruktivistisk eller fortolkende (eng. interpretive) kunnskapssyn som grunnlag (Wheeler, 2016). I denne forståelsen er kulturelle og sosiale systemer konstruert av mennesker og måtene vi forstår og tenker om disse er også konstruert. Gjennom teoriarbeid, observasjon og refleksjon lager vi teorier og rammer for å forstå verden. Disse teoriene er ikke en direkte gjenspeiling av tingene den prøver å beskrive, men blir lagd i en historisk og kulturell kontekst hvor de utøver en spesifikk rolle og er informert av kulturen de kommer fra.

Etnografisk forskning bruker dokumenter skrevet av forskeren (observasjonsnotater, refleksjoner, forskningslogger) i tillegg til transkripsjoner av intervjuer og andre dokumenter laget av andre. Disse dokumentene blir så analysert av forskeren ut i fra teoretiske rammeverk for å kunne svare på forskningsspørsmålene. Refleksivitet er sentralt i kvalitativ forskning. For å forsikre at dataene faktisk sier det man tror de sier bør forskeren reflektere over egen rolle i forskningen, hvordan man har kommet fram til funnene man har og i hvilken kontekst funnene er skrevet. Om man gjør dette kan man få en bedre forståelse av mulighetene og begrensningene til egen forskning.

3.2 Rammer for prosjektet

Feltarbeidet varte i tre måneder med to timer observasjon og to timer samtaler, intervju og notatskriving i uken. Dette gjorde at jeg endte opp med elleve observasjonsnotater, ni andre forskningsdokumenter, ti samtalenotater, tre intervjuer og seks sangstundopptak.

Datainnsamlingsmetoder:

- Observasjon av sangstund
- Opptak av sangstund
- Samtaler med pleiere
- Samtaler med beboere
- Samtaler med musikkterapeut
- Observasjon på avdelingen.

Blant disse metodene er direkte observasjon av sangstund og samtaler med pleiere og terapeuter mest informerende for mitt perspektiv på sangstund. Sangstundene i prosjektet ble gjennomført i små grupper med rundt åtte beboere, en til to pleiere, musikkterapeuten og meg selv. Dette ble gjort slik at det forsvarlig kunne samles inn data på alle som deltok som hadde underskrevet informert samtykke-skjemaer, og for å kunne ta opp sangstundene med en opptaker.

Dette prosjektet er begrenset både i fokus og tid brukt i feltet, og bør derfor ikke sammenlignes med mer generelle etnografiske studier. Selv for en fokusert etnografisk studie som har innbygget i designet at den kan foregå over kortere tid og ha et mer spesifikt fokus er tre måneder med en dag i uken relativt lite, spesielt siden jeg selv ikke har jobbet med sangstund på sykehjem før jeg begynte dette prosjektet. Jeg legger inn disse forbeholdene slik at funnene jeg legger frem blir forstått ut i fra rammene og størrelsen til prosjektet. Med disse forbeholdene mener jeg at det jeg dette prosjektet kan tilføye noe i diskusjonen rundt musikk sin rolle i eldreomsorgen.

3.3 Gjennomføring av prosjektet

I dette prosjektet har jeg snakket mye med pleiere og personale om hvordan de mener musikk, sang og sangstund kan forbedre beboernes hverdag på sykehjemmet, og hvordan deres

oppfatninger av og interaksjoner med beboerne har endret seg på grunn av felles deltagelse i sangstund. Jeg ble møtt med mange interessante tanker og perspektiver som følge av dette, og føler at mye av tenkingen min om sangstund utviklet seg som følge av samtalene med pleierne og musikkterapeuten. Det er derfor jeg føler det er riktig å snakke om forståelsen jeg har fått om sangstund som kunnskap lagd i samarbeid med andre. Mitt begynnende perspektiv har blitt utvidet av erfaringene til personene jeg har snakket med, og ved å snakke med de om prosjektet og om sangstund tror jeg at vi sammen har kommet til en ny forståelse av sangstund som jeg ikke kunne kommet fram til på egen hånd. Sammen har vi gjennom samtaler skapt en ny forståelse og jeg bruker den når jeg går gjennom alle observasjonene og samtalene jeg har hatt og forsøker å sette de inn i et mer oversiktlig system.

De fleste av samtalene jeg har hatt har vært med ansatte på sykehjemmet med et fokus på sangstund som en tjeneste for beboerne og om, hvorfor og hvordan det fungerer for forskjellige beboere. Dataen jeg har samlet inn er derfor mer beskrivende for det profesjonelle perspektivet til de ansatte, uten at beboernes egne perspektiver er representert like mye. Dette kan sees på som en svakhet i forskningsdesignet, siden funnene jeg presenterer vil være vektet mot de ansatte, som allerede har mest makt til å definere hverdagen på sykehjemmet og sangstund sin plass på avdelingen. Jeg mener likevel det har vært nødvendig å gjøre det slik, siden den type informasjon jeg er skal skrive om ligger nærmere det strukturelle og opp mot sykehjemspraksis enn mot beboernes opplevelse av sangstund. Beboernes perspektiver og opplevelser er viktige og interessante datakilder på sitt eget vis, men ikke like nyttige for å svare på denne oppgavens problemstilling.

3.4 Analyse

Den etnografiske analyseprosessen er ikke en distinkt fase som skjer etter dataen er samlet inn, det kan argumenteres for at det er en prosess som begynner når man forsøker å klargjøre hva man vil forske på (Hammersley & Atkinson, 2007). Siden den etnografiske forskeren skal skape et endelig produkt som beskriver et miljø, må forståelsen av det miljøet være dyp og nyansert. Fordi mye av dataen blir laget av forskeren ut av forskerens egne observasjoner, utvikler forskeren sin egen forståelse for det som forskes på mens dataen blir samlet inn. Det er derfor en forståelse som utvikler seg både før, etter og mens dataen samles inn.

Intervjuene ble transkribert og jeg gjorde notater mens jeg lyttet til lydopptakene, slik at interessante hendelser på lydopptakene også ble transkribert. Når alle dataene var samlet inn og transkribert gikk jeg gjennom og leste datamaterialet flere ganger mens jeg tok notater på mulige temaer og perspektiver jeg kunne bruke til å tolke datasettet. Jeg brukte en hermeneutisk tolkningsprosess, hvor jeg prøvde å utfordre forforståelsen jeg hadde om datasettet ved å skrive ned hva jeg trodde det handlet om, for så å gå gjennom datamaterialet igjen for å finne ut om dataen stemte overens med min forforståelse. Etter dette begynte jeg å skrive ned resultatene mine og skrev de ned slik de finnes i resultatkapitlet nå. Dette kapitlet ble så revidert, lest gjennom av musikkterapeuten i studien og revidert igjen basert på hennes kommentarer.

3.5 Refleksjoner rundt prosjektet

Det er mulig at jeg har påvirket hvordan sangstunden ble gjennomført. Både ved å delta i sangstundene og ved å ha de i små grupper slik at de kunne tas opp, kan jeg ha påvirket hvordan sangstundene ble gjennomført. I kvalitativ forskning kalles denne type innflytelse fra forskeren *reaktivitet* (Grønmo, 2016, s. 164) hvor det faktisk er at noen observerer oppførselen til andre fører til at oppførselen som observeres endrer seg. Ved å være en som ikke deltar til vanlig kan jeg ha hatt en påvirkning på beboerne slik at de kan ha oppført seg annerledes fordi de ikke kjente meg og musikkterapeuten og pleierne kan ha oppført seg annerledes fordi de ikke kjente meg og musikkterapeuten og pleierne kan ha oppført seg annerledes både fordi man naturlig vil gjøre en god jobb når man vet noen observerer og fordi jeg har snakket med de om sangstundene og hvorfor deres deltagelse og oppførsel i samspill er viktig. Jeg tror likevel ikke at dette har hatt en altfor stor effekt, siden jeg føler jeg ikke tok opp så mye plass eller skilte meg mye ut i sangstunden, men det er en sjanse for at noen av funnene i denne studien kan skyldes at jeg var på sangstunden og observerte og ikke nødvendigvis er ting som skjer på sangstund uten observasjonen.

Jeg er også klar over at jeg kan ha endret deltagelsen til personalet ved å velge å forske på sangstund i det hele tatt. Gjennom å presentere prosjektet på sykehjemmet, snakke med personalet før og i løpet av forskningen og ved å delta i sangstundene har jeg antagelig endret måten flere av de tenkte om sangstund og måten de deltar i den på. Dette kan også ha hatt en

direkte effekt på noen av resultatene eller hvordan pleierne snakket om sangstund, som er noe som bør tas med i lesingen av denne oppgaven.

3.6 Etikk

Det er mange etiske spørsmål som ligger rundt dette forskningsprosjektet og som jeg har forsøkt å løse på best mulig måte både for prosjektet og for de personene det angår.

En etisk utfordring er hvor mye informasjon som skal gis til beboerne som har fått skrevet under sitt samtykkeskjema av en pårørende uten at beboeren vet hva jeg gjør på sykehjemmet. Jeg har i dette prosjektet ikke intervjuet noen beboere, men heller forsøkt å få et innblikk i deres perspektiver gjennom uformelle samtaler med dem. Jeg har da ikke snakket med beboerne direkte om hvorfor jeg var på avdelingen, men siden de ikke har spurt og jeg ikke har spurt dem "uvanlige" spørsmål virket det ikke som de brydde seg så mye.

Et annet spørsmål er hvor etisk det er å opprette en mindre gruppe som skal få sangstundtilbud istedenfor å ha den på fellesstua, slik at det er mulig å lage opptak av det. Det vil si at færre personer får delta i gruppen og få utbytte av den slik at mitt prosjekt kan gjennomføres. Gjennom samtaler med musikkterapeut kom vi fram til at selv om det er beklagelig at færre får tilbudet får de som deltar i den lille gruppen desto større utbytte og rolle i gruppen. En av deltagerne, Kåre, har en svak stemme og trenger tid og stillhet for å kunne bli hørt og delta i sangstunden. Musikkterapeuten bemerket at i en større gruppe var det vanskeligere å få han til å delta med sine kommentarer (som ofte var humoristiske og ga både beboere og pleiere en god latter) i den større gruppen fordi en annen deltager ofte ville "trampe over" hans forsøk på å snakke ved å snakke raskere eller høyere. Han virket og generelt mindre motivert til å snakke i den større gruppen på grunn av det, mens i den lille gruppen var han ofte klar med en humoristisk kommentar til musikkterapeuten. Blant de andre i gruppen var det også noen som kan beskrives som "svakere" og som fikk mer rom til å delta i det mindre formatet. Jeg mener derfor det er etisk forsvarlig å ha en mindre gruppe.

Ingen pleiere eller personale er navngitt i oppgaven, og de beboerne som er navngitt i oppgaven har fått anonymiserte navn. Jeg har valgt å fokusere noen av eksemplene i denne oppgaven på

enkelte beboere, fordi jeg mener det gjør det lettere å lese og forstå resultatene, men jeg har ikke inkludert noen informasjon som direkte eller indirekte kan identifisere disse personene.

Kapittel 4 - Resultater

Vi sitter i en ring i spisestuen mens to pleiere hjelper de siste beboerne inn. Det er en liten gruppe med 8 beboere, 2 pleiere og meg selv. Jeg har deltatt på en del sangstunder nå, så pleierne kjenner meg, og om beboerne ikke kjenner meg igjen gir de ikke noe tegn til det. Klokken nærmer seg 12 og inn døren kommer musikkterapeuten med sekk, notestativ og gitar i hånden. Hun hilser på gruppen og legger fra seg tingene sine før hun tar en runde og hilser individuelt på alle som har kommet hit i dag. Hver og en av beboerne får en kort liten samtale med "velkommen", "å kjekt å se deg igjen" og "så fin du var i dag!". Når runden er ferdig setter musikkterapeuten seg ned på stolen sin, drar frem gitaren og ønsker alle på nytt velkommen til sangstund.

Slik begynte en ganske typisk sangstund på sykehjemmet hvor jeg observerte. Musikkterapeuten var nøye på å forme atmosfæren i gruppen slik at alle følte seg komfortable til å delta og klare for å ha et felles fokus på musikken. I dette kapitlet skal jeg legge fram de forskjellige resultatene jeg kom frem til som følge av mitt prosjekt. Det er mange elementer å snakke om når det gjelder hvordan en sangstund blir gjennomført og hvilke påvirkninger den kan ha på relasjoner mellom beboere og pleiere. Hvis man ikke pålegger det en struktur blir det lett et overveldende tema. Jeg har derfor valgt å gi dette kapitlet flere underkategorier slik at informasjonen blir mest mulig oversiktlig, men vil poengtere at mange av temaene jeg kommer inn på i dette kapitlet i større og mindre grad kan overlappe med hverandre og kan ha relevans for flere måter å tenke og skrive om sangstund. Jeg håper strukturen hjelper til med å illustrere resultatene og gi en oversikt over dataen.

Som jeg allerede har vært inne på er det viktig innen etnografisk forskning å ha grundige beskrivelser for å gi en så god representasjon av det man har studert som mulig. Derfor vil jeg i dette kapitlet gi en detaljert gjennomgang av hvordan sangstunden gjennomføres, samt presentere resultatene jeg har funnet om relasjonsdynamikk. Jeg begynner med å definere litt av innholdet og formen til sangstund, deretter utreder jeg hva musikkterapeuten, pleierne og beboerne gjør for å gjennomføre sangstund. Etter det legger jeg frem utbyttet beboere og pleiere kan ha av sangstund før jeg avslutter med noen forslag til forbedringer av sangstund. Gjennom

kapitlet vil jeg presentere funn som relaterer både til gjennomføring og til oppfatning mellom beboere og pleiere, og vil gå nærmere inn på implikasjonene av disse funnene i drøftingen.

4.1 Innhold og form i sangstund

Sangstundene varte i omtrent en time, med sanger og samtaler som hovedkomponenter. Sangene la vekt på allsang og annen deltagelse som klapping, holde i hender, "marsjering" og andre bevegelser, slik at sangstunden kunne være inkluderende for både de som kunne synge sangene og de som deltok på andre måter. Mellom sangene forsøkte musikkterapeuten å kultivere en inkluderende samtale hvor flere kunne komme til ordet og beboerne ble oppfordret til å aktivt delta. Musikkterapeuten pleide her å snakke om sangene og stille spørsmål til beboerne for å holde samtalen gående.

Det ble ikke brukt sanghefter i sangstundene. Alle sangene som ble sunget kunne musikkterapeuten utenat og de som sang med kunne de også utenat, eller lærte de etter hvert. Musikkterapeuten sier hun ikke var mot å bruke sanghefter av prinsipp, men mente at når man ikke hadde sanghefter som man måtte bla i kunne man fokusere mer på de andre i sangstunden istedenfor å bruke tid på å finne fram sanger i sangheftene.

Sangene i sangstund kan deles inn i to hovedtyper: velkjente allsanger alle kan synge med på og aktivitetssanger hvor en aktivitet eller type bevegelse er sentral til sangen. Den første kategorien består av mange forskjellige typer sanger, men lokale sanger, gamle poplåter og andre lignende sjangre var blant de mest spilte. Det var denne typen sanger som det ble brukt mest tid på. Musikkterapeuten hadde lært mange av sangene hun brukte av forskjellige beboere i løpet av sin tid på sykehjemmet og hun tilpasset repertoaret til de som deltok, slik at hun kunne spille sangene beboerne hadde gitt uttrykk for at de likte best å synge.

Aktivitetssangene var sanger hvor aktiviteter som klapping, marsjering eller å holde hverandre i hendene (det musikkterapeuten kalte å "skape en vennskapsring") var sentrale i gjennomføringen av sangen. Disse aktivitetene gjorde at så godt som alle kunne aktivt delta i sangstunden. De som ikke kunne synge kunne gjøre bevegelsene og de som ikke kunne gjøre bevegelsene satt gjerne ved siden av en pleier som kunne holde de i hånden og anerkjenne dem og deres eventuelle

deltagelse. Disse aktivitetene ble også brukt i andre sanger enten av musikkterapeuten eller pleierne for å inkludere beboere som falt ut av sangstunden.

Musikkterapeuten hadde med seg en gitar, en sekk med rytmeinstrumenter og et notestativ med en stor perm med noter. Hun brukte permen med notene kun når hun ikke husket akkorder/tekst på en sang, men hun kunne de fleste sangene utenat. Hun brukte ikke alltid instrumentene, mest fordi gangen i sangstunden ikke behøvde instrumenter, da sanger ble foreslått og sunget relativt kjapt. Jeg mener at notestativet og permen sammen med gitaren var med på å sette tonen i rommet og gi henne en definitiv status som "musiker", noe jeg vil komme tilbake til i drøftingsdelen. Som nevnt i eksemplet over brukte musikkterapeuten å gå en runde og hilse på alle som skulle delta på sangstunden, noe som ga en tydelig ramme for starten av sangstunden, siden alle var innforstått med at sangstunden begynte etter runden var ferdig.

Personalet hadde som oppgave å hjelpe inn de som skulle delta på sangstund og ble sammen med musikkterapeuten enige om hvem som skulle delta. Dette gjorde at personalet hadde en stor innvirkning på rammevilkårene til sangstunden. En dårlig kombinasjon av beboere i en gruppe, eller om to beboere som mislikte hverandre ble satt side om side ville det ha en negativ effekt på sangstunden. Pleierne kunne vurdere hvem som skulle delta både ut i fra den generelle kunnskapen de hadde om beboerne i tillegg til kunnskap om deres dagsform der og da. Kunnskapen til personalet var derfor en viktig del av å skape gode rammer for sangstunden.

Sangstund var metoden musikkterapeuten brukte mest på sykehjemmet, med flere sangstunder på en dag. Hun sier hun gjør dette både fordi hun mener det gir et godt tilbud til mange beboere og fordi hun hadde erfart at noen fungerer bedre i grupper enn med en en-til-en tilnærming.

Musikkterapeuten har ikke full stilling ved sykehjemmet og hun sier hun vil bruke den tiden hun er der effektivt slik at så mange som mulig kan få tilbud om musikkterapi på sykehjemmet. Hun arbeider da sammen med personalet for å finne ut hvem som kan ha behov for musikkterapi og hvilken form den musikkterapien eventuelt skal ha. Hun hadde erfaring med at en-til-en timer med beboere noen ganger ble opplevd som litt unaturlig for begge parter, men hun har fremdeles brukt en-til-en timer for de som har behov for det. Hun forteller at hun har jobbet med personer med depresjon som ikke ønsket å delta i gruppesettinger og at noen av disse har senere villet bli med i sangstundene også.

4.2 Hva gjør musikkterapeuten?

Musikkterapeuten har det overordnede ansvaret for å arrangere, planlegge og lede sangstunden. Dette innebærer å planlegge hvilke sanger som skal brukes, forberede disse sangene og bestemme når de skal spilles. I tillegg må musikkterapeuten tilrettelegge sangene på forskjellige måter slik at flest mulig kan delta på sangstunden. Siden stemningen og samspillet i gruppen endrer seg i løpet av sangstunden må musikkterapeuten kontinuerlig evaluere hvilke sanger som skal brukes. Jeg observerte flere ganger at Ingrid, en beboer med stort sangrepertoar, kraftig stemme og noe nedsatt hørsel, begynte å synge på en sang midt i en samtale og det var da opp til musikkterapeuten å velge om hun skulle bli med å synge med Ingrid, eller la henne få synge en liten bit alene før hun ledet sangstunden videre på noe annet.

Musikkterapeuten prøver også å invitere beboerne inn i musikken på forskjellige måter. I hennes egne ord er ikke musikkterapeuten så glad i å stå og spille gitar i sangstundene, men sitter heller på en stol og bruker aktivt øyekontakt, sang og gitarspill for å oppmuntre beboerne til å delta i sangstunden. Dette gjør hun både fordi hun føler det er mer naturlig for henne, og fordi det er i samsvar med det energinivået hun vil ha i sangstunden. Hun kan da velge hvilke av innspillene hun mener er produktive for sangstund som hun kan validere og bringe til gruppens oppmerksomhet, hvilke hun validerer uten å trekke oppmerksomhet til dem og hvilke hun ignorerer/jobber for å minimere. Musikkterapeuten bruker noe hun kaller for "kjærlig nærvær" som grunnlag for hennes fremgangsmetode. Hun forsøker å skape en atmosfære hvor de som er der føler seg trygge og validert gjennom å skape en inkluderende samtale, og legge opp til at pleierne kan støtte beboerne i å uttrykke seg selv i sangstund. Pleierne kan, gjennom oppmerksomhet og nærvær, gi hver enkelt beboer den valideringen og støtten de trenger for å aktivt delta.

Musikkterapeuten er opptatt av å møte beboerne "der de er", rent fysisk sett. Dette oppnår hun med å ha øyekontakt med de på samme nivå (både hun og beboeren sitter) slik at hun kan se de i øynene på samme nivå og ikke ovenfra og ned. Dette gjør hun fordi hun ønsker å fremme likeverd i sangstunden. Beboere, pleiere og musikkterapeuten deltar på en likeverdig måte og ved å sitte kan musikkterapeuten lettere slippe andre til inn i sangstundens fokus.

Musikkterapeuten forsøkte også å plukke opp initiativer fra beboerne som hun kunne spille videre på til resten av gruppen. På denne måten mente musikkterapeuten hun kunne anerkjenne

og validere beboernes innsats i sangstund samt fremheve enkelte beboeres kompetanse og identitet for resten av gruppen.

Sangstundene ble hovedsakelig gjennomført kun med gitar og sang, og om hun ville oppmuntre klapping eller andre bevegelser kunne hun legge vekk gitaren for å demonstrere aktiviteten. Dette gjorde hun for eksempel når man skulle klappe eller danne en vennskapsring i sangen. Noen ganger ville hun gå bort til beboerne og oppmuntre dem til deltagelse, men dette ble hovedsakelig gjort av pleierne. Hun brukte av og til andre instrumenter, hovedsakelig var dette "stjernerdyss" (Eng. "Mark tree" eller "bar chimes") som beboerne kunne bevege hånden gjennom slik at den klang med musikken. Fordelen med dette instrumentet er at det gir mye lyd med små bevegelser, stavene i den er stemt, men som helhet oppleves lyden ikke som en del av en toneart og den kan derfor brukes over mange forskjellige typer musikk. I tillegg kan lyden lett forandres ut i fra hvordan man spiller den, voldsomt, stille, utforskende og stjernerdysset kan gi litt ekstra verdighet til noen gamle slagere. Musikkerapeuten bruker også av og til rytme-egg, som hun sier lett pirrer nysgjerrigheten, er lett å få lyd i og kan spilles rytmisk på med relativt små bevegelser. Den er også så liten at den lett passer inn i hånden på de fleste og er derfor et lett og lite instrument å holde og bruke.

Musikkerapeuten velger hvilke sanger som skal brukes i sangstund og når de skal brukes. Her kom musikkerapeuten ofte i et dilemma fordi det kunne være store forskjeller i hvilke musikktyper beboerne satte pris på. Grete var en kristenkonservervativ dame som sang aktivt med på salmene i sangstunden men ellers satt med lukkede øyne og ga få tegn til at hun var klar over det som foregikk rundt henne. Kåre, derimot, satte veldig stor pris på festlige sanger fra sin ungdom, gjerne sanger med gjendiktet tekst som var noe "på kanten". Musikkerapeuten fortalte at når de to var i sangstund sammen ville hun bruke flere salmer enn vanlig og få om noen festsanger som Kåre likte fordi det kunne følt som et overtramp for Grete. Andre ganger når Grete ikke var i gruppen ville Kåre komme med sanger som var noe "på kanten" og han deltok aktivt da i synging og samtaler. Musikkerapeuten innfører ikke selv "på kanten" sanger inn i sangstund siden hun ser på det som noe som lett kan virke opprørende for deltagerne, men hun irretsetter ikke beboerne når de bringer den type musikk inn i sangstunden. Da velger hun heller å anerkjenne det gode humøret de skaper (om de skaper det) og om hun føler sangene er upassende kan hun styre samtalen og sangene inn på et annet repertoar. Musikkerapeuten må

derfor bestemme et repertoar som ikke bare er best for de fleste, men også et som ikke er fornærmende for enkelte.

En problemstilling musikkterapeuten ofte møtte handlet om hvordan å følge opp forslag fra deltagerne. Innspill fra beboerne er noe av det som gjør sangstunden så dynamisk og spennende, men ikke alle innslag er like gode. Om en person synger veldig mye, starter sanger før noen andre får inn ett ord og generelt monopoliserer fokuset i gruppen kan det oppstå konflikter mellom beboerne. Dette skjedde i en mild grad mellom Kåre og Ingrid, hvor Ingrid sang mye og med hennes nedsatte hørsel virket som hun ikke var helt klar over stemningen i rommet. Kåre ble irritert på henne og sa en spiss kommentar som det virket som Ingrid ikke hørte.

Musikkterapeuten behøvde ikke gripe inn her, men hun jobber generelt aktivt med å skape et miljø i gruppen som førte til positive interaksjoner mellom beboerne. En del av dette er å bestemme hvilke initiativ som skal følges opp, i hvilken grad de skal følges opp og hvilke som kanskje skal avledes.

En annen side med dette dilemmaet var å prøve å holde en god tone i gruppen uten å irettesette beboerne. For det meste var det ikke noe problem å få til dette, men noen ganger ville en beboer forstyrre, synge eller snakke for mye slik at andre beboere ble irriterte. Musikkterapeuten mente at hvis hun begynte å irettesette beboerne ville det fundamentalt endre dynamikken hun hadde med beboerne til det verre, slik at hun forsøkte å avlede situasjoner før problematisk atferd kom opp og når noe skjedde, ville hun validere de underliggende følelsene mer enn innholdet når noen kom med sinte eller irriterte kommentarer.

Aktivitøren poengterte til meg at musikkterapeuten i disse sangstundene brakte med en estetisk kvalitet til musikken som andre personale på avdelingen ikke kunne. Aktivitøren bruker selv sang og musikk aktivt i sitt arbeid, men når hun har vært med på sangstundene mener hun at den musikalske kompetansen musikkterapeuten bringer inn løfter den estetiske opplevelsen og gjør sangstundene til større opplevelser. Musikkterapeuten selv kommenterte at hun aktivt bruker måten hun synger på (stemmeklang o.l.) for å tilrettelegge for beboernes deltagelse. Når beboerne kom med sangforslag sier musikkterapeuten hun var bevisst på å synge og framføre sangene på en måte som var stilriktig for sangen og som tok sangforslaget på alvor. Dette gjorde hun for å anerkjenne og validere beboernes musikalske identitet og preferanser.

4.3 Hva gjør pleierne?

Pleierne sin rolle er ofte å støtte beboerne i deres deltagelse i sangstund på forskjellige måter. Det kan være å sitte ved siden av beboere som behøver hjelp til å delta, synge med på sangene slik at det er lettere for beboerne å delta og fungere som musikkterapeutens "hjelpere" når en aktivitet behøver det. Pleierne bruker mange forskjellige metoder for å støtte beboerne til å delta. Det å sitte nær dem, anerkjenne når de deltar og å oppmuntre de til å delta er kanskje den mest vanlige. I tillegg kan pleierne holde hender eller stryke på armen for å fange oppmerksomheten til en beboer for så å synge slik at de kunne forstå hvilken sang som ble sunget og hvor de var i den.

At pleierne synger med på sangene gjør det lettere for beboere å delta både på grunn av at sangvolumet blir høyere slik at de lettere kan høre det, men også fordi det senker terskelen for beboerne til å synge med resten av gruppen. Pleiere kan også hjelpe beboere til å synge med å tilpasse deres egen synging til beboeren og støtte beboerne med øyekontakt og fysisk kontakt. Pleierne hjelper altså beboerne inn i gruppen ved å tilpasse syngingen og oppmerksomheten deres til beboeren. I aktivitetssangene vil pleierne ofte aktivisere beboerne enten ved å modellere og vise bevegelsene, som sittende marsjering eller klapping, eller ved å gå rundt og danse eller interagere med de forskjellige beboerne. I en sang hvor beboerne fikk hvert sitt vers, gikk en pleier rundt til hver enkelt og holdt hånden og danset med dem på deres vers. Et interessant poeng her er at når slike sanger ble sunget var det sjeldent at pleierne eller jeg fikk et vers. De gangene jeg eller en pleier ble gitt et vers og sunget til var det gjort med glimt i øyet og en liten latter fra flere, fordi det føltes feil eller unormalt at pleierne eller jeg skulle få vers i slike sanger. Dette mener jeg er et eksempel på rolletolkning som jeg vil komme tilbake til i drøftingsdelen.

Hvordan pleiere ter seg i sangstund kan endre hele stemningen i sangstunden, og øke eller minske sjansene for at sangstund kan bidra til positive endringer i oppfatning mellom beboere og pleiere. Dersom pleierne hadde vært uinteressert og uengasjert deltagende i sangstunden er det lite sannsynlig at beboerne ville deltatt på en engasjert og livlig måte. Alle som deltar i sangstunden er med på å forme stemningen og atmosfæren og om en person har en viss motstand til å delta vil det gjøre terskelen for å delta høyere for resten av gruppen. Hvis pleierne derimot deltar på en positiv og støttende måte for beboerne vil beboerne kunne delta på et mer engasjert nivå. Om musikkterapeuten og pleierne går sammen for å lage en positiv, inkluderende stemning

i gruppen vil det senke terskelen for å delta i sangstunden. De som deltok minst på sangstund av pleierne virket å være de som var yngre eller på annen måte mindre erfaren med avdelingen eller sangstund. Hvordan man skal delta i sangstund er også noe pleierne må lære gjennom å delta.

Hvis en beboer blir urolig eller forstyrrer de andre beboerne i sangstund er det også pleierne som oftest har ansvaret for å roe de ned eller flytte dem vekk, siden de kjenner dem best og det er i deres rolle og stilling å ta ansvar på den måten.

4.4 Hva gjør beboerne?

Beboernes innsats for at sangstund skal fungere bør ikke tas for gitt eller forstås kun som en reaksjon til musikkterapeutens og pleiernes innsats i sangstunden. Hver beboer deltar på sin unike måte, avhengig av identitet, historie og dagsform. At en beboer deltar med å synge med på en sang musikkterapeuten startet er med på å senke terskelen for at andre kan synge med. At en beboer foreslår en sang endrer det bevisste handlingsrommet fra ett handlingsrom hvor musikkterapeuten kommer med alle forslagene til ett hvor beboerne kan foreslå sanger. Det var selvsagt ikke utenfor det reelle handlingsrommet at noen kunne foreslå en sang, men det kan ha vært noe som ikke ble tatt i betraktning, siden musikkterapeuten hadde valgt alle sangene så langt. Musikkterapeuten utvider også det bevisste handlingsrommet ved å aktivt oppmuntre beboerne til å foreslå sanger. Ingrid var en beboer som deltok veldig aktivt. Hun kunne mange sanger og begynte gjerne å synge med den minste oppmuntring, som når hun hørte en sangtittel eller en strofe hun kjente igjen. Ingrid var også litt tunghørt og sang veldig høyt, slik at hun av og til kunne overraske musikkterapeuten med den kraftige syngingen hennes. Ingrids synging ledet noen ganger til at musikkterapeuten endret sang eller begynte å flire, noe som ofte endret stemningen på en lystig måte. Musikkterapeuten sier selv hun er forsiktig med å le rundt beboere for å unngå at noen blir støtt. Når hun gjør det vil hun forsikre seg at beboerne vet at hun ler med dem og ikke av dem.

At en beboer klapper i hendene på en sang kan føre til at musikkterapeuten og andre også blir med på å klappe og dette endrer musikken og stemningen i sangstunden. Det er ofte lagt mye vekt på tilretteleggingen og rammene for å øke beboerdeltagelse, fordi det er viktig og nødvendig for å få folk til å delta, men vi bør og ha i tankene at det er beboerne selv som til slutt bestemmer å delta og gjør seg selv sårbare ved å delta i sangstund. Rammene er nødvendige for at de skal

delta, men den enkelte beboer bestemmer til slutt om og hvordan deltagelsen deres skal være. Generelt var det god deltagelse i sangstundene jeg observerte, noe som kan være et tegn på at musikkterapeuten og pleierne har gjort en god jobb med å lage et inkluderende miljø i sangstunden.

Beboernes deltagelse er det som gjør at sangstunden i det hele tatt kan fungere som en samhandlingsarena. Uten beboernes deltagelse ville sangstunden vært mer en konsert eller ledet musikkstund, hvor en person fremfører musikken og resten hører på. Men med beboernes deltagelse er sangstund en mye mer fleksibel, allsidig aktivitet hvor beboerne kan ha innflytelse på innholdet og fremføringen av musikken, i tillegg til at de kan delta i fremføringen selv.

Beboernes repertoar av sanger er med på å forme hvilke sanger som blir en del av sangstunden. På denne måten er deres kompetanse en viktig del av oppbyggingen av sangstunden.

Musikkterapeuten får neppe mye respons dersom hun velger mange sanger beboerne ikke kan eller har et forhold til. Sangstunden blir også formet av at beboerne deler sanger de kan med gruppen ved å snakke om eller synge dem. Dette kan også være sanger pleierne ikke kan, men som de kan lære av beboerne og dermed lage et felles repertoar som kan brukes senere.

Musikkterapeuten vil også introdusere sanger hun kan til gruppen, men det jeg observerte var oftest at musikkterapeuten brukte sanger de aller fleste i gruppen kunne.

I sangstundene var det gjerne to til fire personer (på en gruppe av åtte til ni) som deltok mest i synging og diskusjoner i sangstunden. Disse personene kom med mange flere sangforslag og innslag i samtalen enn de andre som førte til at de naturlig tok mer plass i gruppen og gjorde at de fikk ekstra oppmerksomhet av gruppen og av musikkterapeuten. Dette var gjerne personer som kunne ta opp plassen med å synge eller delta i samtalen, altså relativt ressurssterke personer, men det var også ofte personer med som ikke tok mye plass, men deltok på sin egen lille måte i sangene eller hovedsakelig lyttet. De har også en påvirkning på sangstund, men kanskje en som ikke er like åpenbar eller som ikke tar opp like mye plass i gruppens fokus som andres deltagelse. Det er likevel viktig å reflektere over og legge merke til hva de legger inn i sangstunden, ellers kan de og deres behov bli oversett. Andre beboeres innslag til sangstund kan være lettere å observere og forstås uten å måtte aktivt observere og reflektere rundt deltagelsen.

4.5 Hva er utbyttet av sangstund...

I en sykehjemskontekst er det naturlig å snakke om hva som er utbyttet av forskjellige aktiviteter for beboerne. Jeg mener dette kan ha en sammenheng med at sykehjem er sterkt påvirket av en medisinsk tankegang hvor de forskjellige aktivitetene gjerne må ha en effekt og oppfylle behov for beboerne. Derfor er det også naturlig i en sykehjemskontekst å evaluere og analysere hva slags utbytte beboerne får fra sangstund slik at man informert kan bestemme hvem som kan ha bruk for tilbudet. Jeg fant det et veldig naturlig spørsmål å spørre personalet om, og ett som de hadde mange tanker om. Utbyttet kan belyse forskjellige aspekter ved sangstund som jeg mener er interessante for denne oppgaven. Derfor skal jeg her legge frem utbyttet av sangstund for beboere og pleiere.

4.5.1 ...for beboerne.

Beboerne får flere forskjellige typer utbytte av sangstunden. Det er både en gladstemt aktivitet hvor de kan delta aktivt, en mulighet for å vise egen kunnskap og identitet og en sosial arena hvor de kan møte andre beboere og pleiere og likeverdig delta i å lage musikk sammen.

Sangstund er aktiviserende for beboerne på flere måter. Ved å delta i den kan beboerne synge, klappe og gjøre andre, små fysiske aktiviteter. Musikken gir disse handlingene en kjent ramme slik at det er lettere for beboerne med demens å kjenne igjen konteksten og delta i disse handlingene enn om de bare ble fortalt at de skulle gjøre det. Aktivitøren jeg intervjuet mente dette var en viktig aktivisering av beboerne, som ellers ikke har så mange aktiviteter gjennom en dag. Aktivitetene fungerte både som små mosjonsøvelser med musikk som ramme og motivasjon, og som en sosial aktivitet hvor alle deltok i den sammen. Aktivitøren brukte, som nevnt tidligere, sang i sine aktiviteter fordi hun har funnet det lettere å tilpasse sang til de som er i gruppen enn å spille av en CD. Hun mente og at den estetiske kvaliteten sangstund har, siden den er ledet av en dyktig musiker, gjorde opplevelsen av sangstund til noe større enn "bare" å synge sangene eller lytte til innspillinger på en CD.

Mange av pleierne mente også at sangstund gjorde mange av beboerne glade. En av pleierne bemerket at "de er lettere til sinns etter de har vært der". I mine observasjoner og deltagelse oppfattet jeg også at de aller fleste beboerne synes det var kjekt å delta i sangstund. Mange uttrykte sin glede på forskjellige måter og det var veldig vanlig å se brede smil i sangstundene.

Om det er gleden av å spille musikk eller det sosiale aspektet er noe vi kommer tilbake til i drøftingen. Antagelig vil det være knyttet til forskjellige aspekter for forskjellige personer, men pleierne ser at det er mange som får glede av sangstund og som kommer glade til middagen som serveres etterpå.

Sangstund kan også gi beboerne en mulighet til å endre relasjoner til pleierne. For det meste av tiden er beboerne mottagere av tilbud på sykehjemmet. De får måltider, stell og aktiviteter gitt til dem. Men i sangstund kan de også bruke sin kompetanse og ressurser til å lære vekk sanger til pleierne og musikkterapeuten. I den rollen får de da hevdet sin kompetanse, vise ressurser og utøve sin identitet. Det hendte flere ganger i sangstund at musikkterapeuten lot beboerne få synge vers hun ikke kunne av en sang, slik at hun og pleierne kunne lære verset. Dette gjør at beboeren får inneha en annen rolle ovenfor pleierne og kan være en ressurs for identitet og sosialisering, siden beboerne får oppleve pleierne på en annen måte enn under morgenstell og lignende. En pleier nevnte at hun hadde lært en sang fra en beboer og at det hadde en betydning for beboeren å kunne være i en kompetanserolle.

Sangstund er også en arena hvor sosialisering er annerledes enn resten av hverdagen og den muliggjør interaksjoner mellom personer som ikke nødvendigvis ville funnet sted ellers. Et eksempel på dette er en sangstund hvor to mannlige beboere hadde en interaksjon med hverandre i en sang og samtalen etterpå hvor det virket som de fant solidaritet med hverandre, siden begge var menn i en gruppe med nesten bare kvinner. Begge disse mennene hadde ikke vist noe særlig interesse i å samhandle med hverandre utenfor sangstund, men fikk en mulighet til kontakt i sangstund og brukte den.

Sangstund ga også noen beboere et unikt utbytte, slik som Marit, som hadde kroniske smerter som hun ofte klaget på og gikk rundt med stor spenning i kroppen. Hun var ikke ofte i et godt humør, men når hun deltok på sangstund kunne hun være veldig blid og deltok aktivt i gruppen. Det hendte også at hun ikke ga tegn til å føle seg bedre når hun deltok i sangstund, så det kan avhenge av hvor ille smertene hennes var på en gitt dag.

4.5.2 ...for pleierne.

Sangstunden jeg har observert er i utgangspunktet ment for beboerne. Det er usannsynlig at en slik aktivitet ville bli laget kun for personalets skyld, men personalet kan likevel ha utbytte av sangstund. Her kan vi snakke om to typer utbytte: utbytte i form av ressurser som kan forbedre arbeidet med beboerne og utbytte som først og fremst er for personalet selv.

Ved å delta i sangstund kan man få flere typer informasjon om beboerne. En type informasjon er hvordan beboere oppfører seg i forskjellige situasjoner. En gruppesetting med fokus på deltagelse og samhandling om musikalsk fremførelse er en veldig annerledes situasjon enn pleie eller måltider, og hvordan beboerne oppfører seg i denne settingen kan gi en bredere og dypere forståelse for hvem beboeren er som person. Et eksempel fra mine observasjoner er Kåre, en beboer med nedsatt mobilitet og en svak stemme som gjorde at han ikke alltid tok så mye plass i gruppesituasjoner. I sangstund, hvor musikkterapeuten ga han plassen og tiden han trengte for å snakke, delte han ofte små vitser og historier fra sitt eget liv og tok åpenbart glede i å snakke i gruppen. Denne informasjonen om livet hans og at han er villig til å snakke om det i en situasjon som sangstund er informasjon som ikke nødvendigvis ville vært tilgjengelig utenfor sangstundsettingen. Pleiere jeg har snakket med har også sagt at de har sett andre sider ved beboerne de ikke nødvendigvis hadde sett på andre måter.

Pleierne kan også få informasjon om hva slags musikk og spesifikt hvilke sanger forskjellige beboere liker. En av pleierne jeg snakket med sa at å synge kan berolige beboere under stell, særlig hvis man har en sang man vet beboeren har et forhold til.

Flere av pleierne jeg snakket med ga uttrykk for at de likte å delta i sangstund fordi det er kjekt, altså ikke bare at sangstund er et godt tilbud for beboerne, men at det og kan være en kilde til glede i en ellers travel arbeidshverdag. Det er interessant å merke seg her at både beboerne og pleierne fikk glede av sangstunden, noe jeg kommer tilbake til i drøftingskapitlet. Men pleieren jeg snakket med sa også at det ofte var ulemper ved å delta i sangstund for pleierne. Blant annet at det tar en time ut av den enkeltes dag mens den pleieren fortsatt har like mye arbeid som om hun ikke var i sangstund. Pleieren må da effektivt jobbe en time "ekstra" for å ha gjort det hun skulle utenom å delta i sangstunden. Dette er en av utfordringene med å få pleiere til å delta.

Selv om det er usannsynlig at sangstund ville blitt arrangert kun for pleiernes utbytte finnes det musikkterapeuter som arrangerer musikalske aktiviteter hovedsakelig for pleierne også, for

eksempel personalkor (Qvale, 2010). Men jeg mener det er grunnleggende forskjeller i personalkor og sangstund. I et kor er man forventet å synge, det er et fokus på å øve på sanger slik at de blir bedre og det er grunnleggende fremføringsbasert. Koret synger gjerne som underholdning på julefester eller andre arrangement. I sangstund kan man derimot delta bare med å lytte, sangene synges først og fremst for opplevelsen og ikke for å øve på dem, og sjeldent vil sangstund være framføringsbasert utenfor for de som deltar i sangstunden der og da. Jeg mener og det er en rolleforskjell, i at det går an for personalet og delta i et kor, fordi det er mer profesjonelt, enn om de skulle fått en egen sangstund (som ville passet dårlig med rollen som profesjonell). Jeg kommer tilbake til temaet om rolleforståelser i drøftingen.

4.6 Forbedringer til sangstund

Både pleierne og musikkterapeuten synes sangstund var et godt tilbud som kunne gjøre mye godt for beboerne, men de sa også at de gjenkjente flere ting som kan forbedres med sangstunden. Det er en bred enighet blant de jeg har snakket med (og i mine egne observasjoner) at det er bedre å ha med flere personale inn i sangstunden enn færre. Flere personale betyr at flere beboere kan få støtte og validering, slik at de mer aktivt kan delta i sangstunden enn om de ikke hadde det. Flere pleiere ville også bety flere muligheter for å bygge og endre relasjoner mellom beboere og pleierne.

Det er derfor en stor utfordring for sangstund at det er et gjengående problem med mangel på pleiere. Siden sangstunden tar en time ut i fra arbeidshverdagen til de som blir med på den kan det som flere omtaler som en positiv aktivitet likevel bli en ekstra arbeidsbyrde for pleierne. Selv om de gjenkjenner at sangstund er viktig og det er bra at noen pleiere er med, kan det likevel utvikles en motvilje fordi det alltid er noen som *må* delta som får en ekstra arbeidsmengde den dagen. Pleierne har nesten alltid noen med, men det faktum at de som er med *må* gjøre ekstra arbeid kan endre deres innstilling i sangstunden og det kan påvirke gruppedynamikken negativt. Hvis deltagelse i sangstunden blir sett på som en ekstra arbeidsoppgave kan det dempe lysten til å delta og negativt påvirke deltagelsen til pleieren.

Men det er ikke bare nok at pleierne er fysisk tilstede, de *må* også være innstilt på å delta aktivt med å støtte beboerne i deres deltagelse og validere deltagelsen. Hvor mye støtte den individuelle beboer trenger kan variere. For noen kan det være nødvendig å hjelpe de til å klappe

enten med å demonstrere bevegelsene eller ved å føre beboernes hender. Når man fører hender bør man være sikker på at beboeren vil gjøre aktiviteten slik at føringen ikke føles som et overtramp av beboernes autonomi. Noen beboere kan støttes med å synge sammen med dem, ved å hjelpe dem med å huske ord eller melodier og kontinuerlig støtte de. Noen beboere klarer å delta uten støtte, men selv disse vil og ha fordeler av å få deres deltagelse validert med blick, smil og oppmuntring til videre deltagelse. Derfor er det også viktig å ha pleiere som er erfarne med å være med i sangstund, som kan hjelpe og støtte de som trenger det og gjøre sangstunden bedre for alle som deltar i den.

Kapittel 5 – Drøfting

I dette kapitlet skal jeg drøfte problemstillingen min i sammenheng med resultatene og teoriene jeg har presentert. Kapitlet består av to hoveddeler, en som diskuterer hvordan sangstund gjennomføres og en som diskuterer hvordan sangstund kan påvirke forståelser mellom beboere og pleiere.

5.1 Gjennomføring av sangstund

5.1.1 Deltagelse og samtale

Deltagelse er grunnleggende for å gjennomføre sangstund og som vi allerede har sett deltar beboere, pleiere og musikkterapeut på forskjellige måter. Musikkterapeuten står for arrangering og ledelse, både musikalsk og i samtalene, pleierne deltar i en støttende rolle for beboerne og beboerne deltar i musikken og samtalene etter evne og egen vilje. Det er en generell forståelse at musikkterapeuten er den som bringer mest "musikalsk" til sangstunden siden hun akkompagnerer med gitar og er forsanger. Men det kan argumenteres for at alles deltagelse i sangstund er nødvendig for at sangstunden har den formen den har. Formen og innholdet i sangstund kan endres drastisk basert på hvem som er med i den og hvordan de deltar. Jeg vil derfor drøfte hvordan deltagelse tar sted i sangstund og hvilke implikasjoner dette kan ha.

Deltagelsen i sangstund kan forstås som to typer deltagelse. Musikalsk og utenommusikalsk deltagelse. Vi har allerede diskutert Smalls (1998) begrep om musikkering og hvordan alt som skjer i og rundt en musikkfremførelse kan defineres som del av musikkeringen, men her legger jeg inn et skille mellom musikalsk og utenommusikalsk deltagelse for å se på betydningen av de forskjellige deltagingsformene. Den musikalske deltagelsen er alt som skjer i musikken og sangene (synge, danse, klappe i takt) og den utenommusikalske deltagelsen er alt utenom det musikalske, som samtalene mellom sangene og beboernes sangforslag til musikkterapeuten. Denne samtalen utenom sangene er fortsatt en viktig del av sangstunden, selv om den ikke er direkte "musikalsk". Samtalene er med på å påvirke sangstunden og hvordan den gjennomføres og er derfor en del av musikkeringen.

Samtalene mellom sangene var varierte og kunne omhandle mange forskjellige temaer, men de handlet ofte om å diskutere sangene som var blitt spilt eller skulle spilles. Musikkerapeuten kalte det å gi sangene en "ramme" slik at beboerne og pleierne kunne få et perspektiv på sangen gitt av musikkterapeuten istedenfor å bare høre sangen uten en felles kontekst eller perspektiv. I tillegg kan beboerne komme med forslag til hvilke sanger som skal synges og diskutere hva slags forhold de har til spesielle sanger eller til musikk generelt. Kåre var en av de som man ikke alltid hørte så mye av i musikken, men som ofte kom med historier og fortellinger rundt sangene som kunne starte en samtale om hans ungdomstider, hvordan livet var før i tiden og om musikken de husket fra livene deres. I et ressursorientert perspektiv (Rolvsvjord, 2008) kan samtalene også være en måte å bruke ressursene til de som ikke kan delta musikalsk, men som kan ha mye å delta med i samtalene. Ved at de deltar i samtalene blir de en del av sangstunden, får brukt sine ressurser og vist sin identitet og legger til noe til gruppen som helhet.

Men slik som er blitt påpekt av Zuckerkandl (1956) og Ansdell (2014) i denne oppgaven er samtale en grunnleggende annerledes form for samhandling enn musikk. Flere personer kan ikke snakke samtidig, slik flere personer kan spille samtidig. Hvem som får snakke i gruppen og hvor lenge er derfor en begrenset ressurs som musikkterapeuten og pleierne i stor grad har kontroll over. Jeg observerte ofte at musikkterapeuten forsøkte å bruke samtale som en måte å "jevne ut" deltagelsen til beboere som Kåre, som har mer å komme med i en samtalekontekst enn i en musikalsk kontekst. Det å blande samtale og musikkspilling kan derfor være en mulighet til å jevne ut deltagelsen, men samtale kan også monopoliseres av noen som er ressurssterke. Ingrid, i tillegg til å være aktiv musikalsk kunne også ta mye plass i samtalene. Med Ingrids relativt sterke stemme sammenlignet med en beboer som Kåre, kunne Ingrid ta plass fra andre beboere med svakere stemmer i samtalene også. Samtale er dermed ikke en utjevnende faktor i sangstund av seg selv, men den kan bli det gjennom musikkterapeutens bruk av den.

Den musikalske deltagelsen er predikert på ressursene til de som deltar, både i form av funksjoner relatert til sang og bevegelse men også i form av sosiokulturell kunnskap (Pavlicevic og Ansdell, 2009). Musikkerapeuten sier hun bruker sanger hun vet beboerne kan slik at deltagelsen ikke skal være hindret av at de må lære sangene. Mange av beboerne har mye musikkunnskap, alt fra barnesanger til salmer som de har lært gjennom livet, og i sangstund får de bruke denne kunnskapen sammen med andre i samarbeidende musikkering. Uansett om det er

en barnesang, salme eller festlåt har beboerne deltatt i lignende musikktsituasjoner i løpet av livet og disse ressursene kan her bli brukt for å møte andre beboere og pleiere i sangstunden. Om det er å synge en gammel sang med andre eller om det er å lære vekk en sang til en pleier er den sosiokulturelle kunnskapen viktig for hvordan de deltar og hva de kan få ut av sangstunden.

For de som trenger hjelp til å delta i sangstund er pleiernes tilrettelegging uvurderlig fordi det tillater de å delta mer aktivt enn de kan på egen hånd. Det senker terskelen for hvem som kan delta og er med på å gjøre sangstund mer inkluderende. Samtidig finnes det personer som ikke kan delta i en særlig stor grad i sangstund. De kan lytte til, men kan ikke gjøre bevegelser uten hjelp. Aktiv deltagelse utover lytting vil da være mediert av en pleier.

Hva med de som ikke deltar i musikkspilling, men hovedsakelig lytter til musikken? Får de "nok" ut av sangstund? Mye av denne oppgaven er fokusert på den aktive deltagelsen og hva de forskjellige beboerne og pleierne legger inn i sangstunden ved deres deltagelse, men de som hovedsakelig lytter til legger også til noe. Selv det faktum at de er til stede og lytter til musikken gjør de til en del av musikkeringen, men hva er deres utbytte av sangstund sammenlignet med de som aktivt deltar? Det kan være en ulempe med deltagelse i gruppeformatet for denne gruppen som trenger mer tilrettelegging og kanskje ville de fått mer ut av individuelle timer hvor de kan få den tiden de trenger og kan være med å styre hva slags musikk som blir spilt selv om de ikke spiller selv.

Det har allerede blitt bemerket at måten pleierne deltar i sangstund på har en påvirkning på beboernes deltagelse. Om pleierne er aktivt deltagende og oppmuntrende vil beboerne delta mer, og hvis de er uinteresserte og uengasjerte vil beboerne delta mindre. Måten pleierne påvirker beboernes deltagelse har en reell effekt på sangstunden som en helhet både fordi de har en innvirkning på deltagelsen i hvordan de selv deltar men også fordi de skal være med på å oppmuntre beboerne til å delta. Deltagelsen til pleierne kan da være mer preget av å være profesjonell enn å være et uttrykk for hva de selv vil gjøre, noe vi ofte tenker er det beboerne gjør.

Deltagelse, både musikalsk og utenommusikalsk, er musikkeringen i sangstund. Med å delta på den måten de kan, med de ressursene og den kunnskapen de har er alle som er med i sangstund med på å forme hvordan sangstunden ender opp. Det er en unik opplevelse som aldri er lik fra gang til gang og som hver gang er en spennende opplevelse hvor innspill som fanger gruppens

oppmerksomhet blir spilt videre på av musikkterapeuten og dette gjør at ingen sangstunder er like. Deltagelsen er grunnleggende for alt som skjer i sangstund og som gjør utbyttet og opplevelsen i sangstunden mulig.

5.1.2 Glede i sangstund

Flere av pleierne bemerket at beboerne ble gladere av å delta i sangstund, og noen pleiere sa at de også ble glad av å delta. Jeg mener en drøfting av denne gleden kan berike forståelsen og viktigheten av synet på og oppfatningen av beboere og pleiere, som jeg kommer tilbake til senere. Glede kan i denne konteksten forstås på flere forskjellige måter, men jeg vil fokusere på to perspektiver: Kommunikativ musikalitet og personsentrert omsorg.

Helt grunnleggende har vi en impuls til å delta i musikalsk samhandling via kommunikativ musikalitet, selv nyfødte babyer har en instinktiv impuls til å søke kontakt med andre mennesker på denne måten (Malloch og Trevarthen, 2009). Denne impulsen forsvinner ikke når man vokser, men utvikler seg heller til alle de forskjellige måtene vi interagerer med musikk på. Med eldre mennesker kan det være mer relevant å snakke om hvordan samarbeidende musikkering (Pavlicevic og Ansdell, 2009) tar i bruk kunnskap og ressurser man har ervervet seg over livet og bruker de i musikalske møter med andre. Den gleden beboerne får kan være et uttrykk både for å oppleve mestringen de har over et materiale og glede av å møte andre og samarbeide med andre om å fremføre materialet. Gleden til både pleierne og beboerne kan forklares fra dette perspektivet, fordi pleierne lærer det materialet beboerne kan etter hvert og kan interagere med beboerne med det.

På en lignende måte kan gleden være et uttrykk for at beboerne får oppfylt flere av behovene sine på en gang, som lagt ut av Ridder (2016). Både identitet, inkludering og beskjeftigelse er utbytter beboerne kan få av sangstund. Identitet gjennom å få anerkjent identiteten deres gjennom deltagelse, inkludering i et fellesskap med andre og beskjeftigelse i at de deltar i noe, de er med på å skape musikken i sangstunden. Sett fra dette perspektivet kan gleden til pleierne enten være av å oppleve at beboerne opplever glede i deltagelsen eller det kan være glede i å utføre noe som hjelper andre å opprettholde deres personstatus.

Jeg mener glede kan være en sterk motivator for deltagelse i sangstund, og det å ha positive følelser til en aktivitet kan føre til en god spiral hvor mer av aktiviteten forsterker denne gleden. Jeg tror også det kan være viktig å ha noen genuint gledesfylte aktiviteter med beboere og pleiere som kan hjelpe med å gjøre resten av dagen bedre eller gi gruppene innblikk i hvordan de oppfører seg når de er glade.

5.1.3 Ikke alle beboere ønsker individuell musikkterapi på sykehjem

Musikkterapeuten bemerket at hun foretrakk å bruke sangstund som metode på sykehjemmet både fordi det ga mange beboere et godt musikkterapitilbud, men også fordi hun noen ganger hadde funnet mindre suksess med en en-til-en-tilnærming, som hun sa av og til kunne være "unaturlig" for henne og beboerne. Vi har tidligere vært inne på den medisinske modellen og hvordan samfunnsmusikkterapi definerer seg annerledes fra den (Stige og Aarø, 2012). Her kan vi se et eksempel på hvordan en tilnærming som ligger nærmere den medisinske modellen kan passe dårlig for både musikkterapeuten og beboere på sykehjemmet. Et av kjennetegnene til den medisinske modellen er, som vi har sett tidligere, et fokus på at en ekspert gjennom intervensjoner skal forbedre helsen til en pasient, og jeg mener en-til-en-tilnærmingen kan ligge mer opp mot den medisinske modellen enn for eksempel sangstund. Det kan være flere grunner til at denne tilnærmingen føles unaturlig i denne konteksten, og jeg skal utforske noen mulige grunner videre her.

Når musikkterapeuten snakket om en-til-en musikkterapi la hun vekt på at hun fortsatt bruker det som metodikk på sykehjemmet, og at hun har opplevd det som nyttig verdifullt for flere beboere, mens med noen har hun funnet det litt unaturlig. Det at en-til-en-tilnærmingen virker unaturlig kan ha noe med at de foregår på rommene til beboerne, og at dette kan føre til en unaturlig miks av det medisinske tilbudet og det hjemlige. Jacobsen (2015) skriver at når beboerne fikk egne private rom med deres egne møbler var dette med på å gjøre sykehjemmet mer hjemlig for dem. Når musikkterapeuten nå kommer og skal ha terapitimer med beboerne inne på deres rom, i deres hjem, kan det være unaturlig fordi det bringer det mer medisinske inn i det hjemlige. På den andre siden foregår mye medisinsk hjelp fra pleierne på beboernes rom, så de kan være vant med den balansen fra før av. Kan det da være at siden musikkterapi ligger i et uklart grenseland mellom sosial, hjemlig aktivitet og terapeutisk tilbud, at det er denne utydeligheten som gjør en-

til-en-tilnærmingen unaturlig? Kanskje er det også slik at sang og musikk generelt definitivt ikke er knyttet opp mot terapeutiske helsetilbud for de aller fleste og at en tilnærming som vektlegger disse aspektene på denne måten er unaturlig.

Det kan hende det har med musikkterapeutens egne preferanser for å jobbe med beboerne hvor det å jobbe en-til-en ligger mer opp mot en medisinsk modell enn hva en sangstundgruppe gjør. Blandet med musikkterapeutens egne ønsker om å kunne gi et tilbud til så mange som mulig kan det være flere ulike prioriteringer som førte til at hun foretrekker å jobbe i grupper.

En annen mulighet er at det henger sammen med hvordan beboerne selv ønsker å bruke musikk. Det kan bli litt for nært å spille musikk med en person beboeren ikke kjenner så godt inne på deres rom, siden musikkterapeuten er en trent musiker og beboeren ofte ikke er det, eller kan ha mistet musikalske evner på grunn av aldersrelaterte sykdommer. De kan også reagere på en medikalisering av deres musikalitet som kanskje er tydeligere i en individualtime enn i en gruppesammenheng, siden terapeutens fokus da kan ligge helt og fullt på en person og ikke på flere personer i en gruppe.

Disse forskjellige mulighetene for hvorfor en-til-en-tilnærmingen passer dårlig er ikke ment å være absolutte. Det kan godt være beboere som foretrekker å spille musikk alene med en musikkterapeut og musikkterapeuter som foretrekker å jobbe individuelt fordi de vil oppnå andre ting med musikkterapien enn hva musikkterapeuten i denne studien ville. Mitt poeng er ikke å bevise at individualtimer er upassende for sykehjem, men heller å forstå hvorfor musikkterapeuten jeg snakket med ikke følte det var den beste bruken av tiden hennes. Med det sagt, vil jeg nå drøfte fordeler og ulemper med sangstund som musikkterapimetodikk på sykehjem.

5.1.4 Fordeler og ulemper med sangstund som tilnærming

Det er flere fordeler med å bruke sangstund på sykehjem, som jeg har lagt ut om i resultatkapitlet og tidligere i drøftingen. Fordelene inkluderer aktiv deltagelse for beboere og pleiere, sosialisering og en mulighet til å gi mange beboere et tilbud om musikkterapi. På et sykehjem bor det mange eldre mennesker som ikke har muligheten til å bruke sine egne ressurser og uttrykke sin identitet på grunn av aldersrelaterte sykdommer. Personalet på sykehjemmet vil

gjærne at beboerne skal ha det så godt som mulig, men kan mangle metodene eller tiden til å gjærne dette på best mulig måte. Sangstund kan være en metode hvor beboerne får uttrykt seg selv musikalsk og snakke om deres forhold til musikk i en setting hvor de kan interagere med andre beboere og andre pleiere.

Flere beboere kan delta i og dra nytte av musikkterapitilbudet ved sykehjemmet med sangstund enn med individuelle timer. I tillegg tilbyr sangstund en spesiell sosial setting, både i og utenfor musikken. I musikken kan beboerne sammen med pleierne utøve musikk sammen, fremføre gamle sanger, gi gjensidig anerkjennelse av hverandres innsats og skape et lite miljø innenfor sangstunden hvor de som deltar får et innblikk i hverandres opplevelser og identiteter. Dette kan skje både gjennom musikalske gester, blikkontakt og dans i musikken og gjennom verbal tilbakemelding utenom musikken.

Sangstund er et tilbud som kun fungerer fordi det er mange som deltar samtidig. Dette er et poeng som kan virke selvsagt, men som kan være lett å overse. En sangstund med bare en eller to personer er ikke en sangstund, det er grunnleggende en aktivitet for grupper. Her understrekes da poenget om at denne tilnærmingen for musikkterapi vektlegger felles deltagelse og opplevelse og ikke individuell terapi eller utvikling, fordi om man vektlegger et individualistisk fokus i en slik setting har det implikasjoner for alle som deltar, det kan nemlig komme på bekostning av de andre som deltar.

Om man fokuserer på en person og gjør terapi for denne ene personen til et hovedfokus i sangstunden, har det implikasjoner for resten av de som deltar. De andre deltagerne blir satt i andre rekke for at en person skal få det beste utbyttet av sangstund. Hadde de andre deltagerne vært pleiere eller pårørende kunne en slik organisering lett rettferdiggjøres, da ingen av disse gruppene har en "rett" til å bli tilrettelagt for i sangstund på samme nivå som beboerne, men når det er andre beboere som kan bli satt i andre rekke bør man ha gode grunner for å gjærne dette. Flere ganger måtte musikkterapeuten tilrettelegge særlig for enkelte beboere i sangstund, men når dette ble gjort var det alltid et ekstra fokus på at denne tilretteleggelsen ikke skulle påvirke opplevelsen til resten så langt det var mulig. Jeg mener det er mulig å gjennomføre sangstund med et mål om å gi en beboer en spesiell opplevelse samtidig som man legger den godt til rette for resten.

Det å ha et individuelt fokus på de forskjellige beboerne i sangstund er ikke nødvendigvis noe negativt. Å ha fokus på hvordan en av beboerne oppfører seg eller hvilket utbytte en beboer får fra sangstund kan være et gyldig og viktig perspektiv. Noen ganger får beboere unike utbytter fra å delta i sangstund og det kan være viktig å bemerke seg dette. Et eksempel er Marit som gjennom sangstund kunne fokusere på noe annet enn hennes kroniske smerter. Å se på hennes utbytte i isolasjon kan være nyttig for henne. De aller fleste av historiene jeg blir fortalt fra sangstund handler om hvordan pleierne så en endring i en beboer som følge av deltagelse i sangstund. Når jeg skriver om sangstund i denne oppgaven velger jeg å bruke individuelle eksempler for å illustrere forskjellige aspekter av sangstund samtidig som jeg prøver å forklare hvorfor jeg mener at gruppeaktiviteten er en av grunnene til at sangstund kan være et godt musikkterapeutisk verktøy. Så det individuelle perspektivet ligger i måten både pleierne og jeg tenker om sangstund, men jeg mener dette ikke må gå utover de andre som deltar i sangstund.

Det er interessant at musikkterapeuten finner det veldig naturlig at sangstund er en gyldig metodikk innen musikkterapi, når man for noen tiår siden kanskje ville vært mer betenkt om sangstund er en passende metodikk, eller om det bare er sang og moro for beboerne. I Stige og Kristiansens artikkel (2016) er musikkterapeuten noe nølende om å lede sangstundene, og vil heller ha timene individuelt på et spesialisert rom. Ifølge Ansdell (2002) gikk musikkterapi internasjonalt gjennom et paradigmeskifte til et hvor flere typer metodikker utenfor det Ansdell kaller konsensusmodellen er naturlig deler av musikkterapien. På en måte kan vi se musikkterapeuten i Stige og Kristiansen (2016) som et eksempel på utviklingen Ansdell skrev om. Han foretrakk først å jobbe individuelt, på et eget rom, og tenkte ikke om sangstund som en passende metodikk for musikkterapi. Men i tillegg til det internasjonale paradigmeskiftet kan det også være andre faktorer som spiller inn. Musikkterapeuten i vignetten er nytilsatt, mens musikkterapeuten i studien har arbeidet i feltet i mange år. Det er også viktig å merke seg, som Ruud (2015) skriver, at mange musikkterapeuter har arbeidet lenge med metodene Ansdell legger ut om i sin artikkel, så det er ikke nødvendigvis en direkte utvikling så mye som en internasjonal oppmerksomhet og anerkjennelse av praksiser som allerede eksisterte. Når det er sagt, var det aldri en tanke for meg når jeg designet prosjektet at sangstund ikke var en legitim musikkterapiemetodikk, og det kan si noe om den generelle utviklingen av faget, eller om utdanningen og forståelsen jeg har fått om faget.

Sangstund har ikke bare styrker, men også noen svakheter som metode. Musikkterapeuten må hele tiden veie opp hvordan sangstund skal kunne gjøres best mulig og havner da i dilemmaer hvor hun må velge mellom hvem som skal få den beste opplevelsen. Dette inkluderer grunnleggende valg som hvem som skal være med. Jo flere som er med, jo flere får et godt tilbud, men vil det da være vanskeligere å få med de som er svakere og trenger mer tilrettelegging? Som diskutert tidligere vil det å vektlegge enkelte personer eller grupper av personer over andre være problematisk, og ikke nødvendigvis et dilemma som kan løses innen samme sangstund. Musikkterapeuten i denne studien varierer mellom stor og liten gruppe i sangstundene (sangstundene i denne studien var med liten gruppe), slik at de som trenger mer tilrettelegging fikk det i den lille gruppen og de som trivdes bedre i en større gruppe fikk det også.

En annen svakhet kan være at noen personer ikke får så mye ut av sangstunden fordi de ikke føler de kan uttrykke seg selv og sin identitet på en meningsfull måte i en gruppesituasjon. Vi så dette i et eksempel med Kåre som kun følte han kunne snakke i mindre grupper. Man vil kunne hevde seg i et gruppesamspill bare så mye som man kan høres av andre i det felles musikalske uttrykket. I tråd med Zuckerkandl (1956, 1973) og Ansdell (2014) er stemmene i en musikalsk setting samtidig en del av en større helhet og en gjenkjennelig unik stemme. Men om man ikke kan høres gjennom det helhetlige uttrykket kan man ikke hevde sin egen unike stemme. Man kan fortsatt anerkjenne at noen forsøker å delta ved å se om de beveger på leppene, men de som ikke høres vil antagelig ikke få samme type og mengde anerkjennelse som de som komfortabelt kan få stemmen sin hørt. Hvis man utelukkende jobber med grupper vil de som ikke føler de kan bruke gruppen til sitt eget utbytte falle utenom tilbudet og de vil ikke nødvendigvis kunne få et annet tilbud. Her kan det bety at personer som kanskje får størst utbytte av individuelle musikkterapitimer ikke får det tilbudet fordi musikkterapeuten hovedsakelig bruker sangstund i sin begrensede tid og ikke har tiden til å møte beboeren. Det kan også være at musikkterapeuten ikke får en henvendelse til beboeren fordi beboeren ikke deltar på sangstund, og at beboeren ikke får et tilbud fordi musikkterapeuten ikke vet at behovet eller muligheten er der. Man kan minske effekten av disse svakhetene med å også tilby og samarbeide med pleierne for å kartlegge hvilke beboere som kan ha behov for individuell musikkterapi, noe musikkterapeuten i denne studien gjør.

Et annet mulig negativt aspekt er at sangstund kan oppmuntre beboerne til å konkurrere om plassen i sangstunden. I sangstundene jeg observerte deltok det både ressurssterke beboere som kunne delta med stor selvstendighet og beboere som deltok enten hovedsakelig reseptivt eller med støtte fra pleierne. Personene som deltok aktivt og tok stor plass i sangstund fikk lettere oppmerksomheten fra alle, siden gruppen ofte har ett felles fokus. Det er naturlig og bra at noen av og til får mer fokus i en sangstund på grunn av det de har å tilby gruppen, men om flere personer begynner å konkurrere om oppmerksomheten fra gruppen som helhet eller fra enkelte pleiere vil det kunne slite på flere sin opplevelse av sangstund. Det er ikke nødvendigvis så veldig problematisk, jeg observerte kun milde former av dette i min tid på sykehjemmet, men det er viktig å vite at det er en mulighet, siden de som blir mest negativt påvirket av det gjerne ikke kan gjøre så mye for å motvirke det på egen hånd.

Sangstund er en komplisert metodikk for musikkterapeuter med mange hensyn å ta med tanke på de som deltar. Men den er likevel en veldig god metodikk som gjør mye positivt for de som deltar i den. De gangene jeg deltok på sangstund og merket at så godt som alle i rommet var med og sang på "bestefarsvisen", eller lo av at musikkterapeuten hadde sunget feil på et vers var det en ordentlig følelse av at alle som var der, var tilstede i musikken og hygget seg i hverandres selskap. Denne følelsen av å tilhøre et lite fellesskap i musikk og kunne spille og synge sammen mener jeg er veldig verdifullt og er noe som er vanskelig å lage på andre måter. Derfor mener jeg at sangstund er en veldig godt egnet metodikk på sykehjem, om man tar innover seg begrensningene og prøver å gjøre den på best mulig måte.

5.1.5 Musikkterapeutens rolle

Musikkterapeuten spiller på mange måter en sentral rolle i sangstunden. Hun arrangerer og leder sangstunden og sørger for å velge musikk og spille den på en måte hvor så mange som mulig kan bli inkludert. I Ansdells (2014) vignett beskriver han en sosial endring som fant sted fordi musikkterapeuten brukte musikk til å oppfordre beboerne til å interagere med hverandre og med sitt miljø på en annerledes måte. Jeg vil diskutere kort om hva musikkterapeutens rolle i sangstund er og hva det har å si.

Jeg vil her igjen understreke at musikkterapeuten ikke må være den som leder sangstunden og at jeg i denne oppgaven ikke har gjort et forsøk på å skille hva som er grunnleggende for sangstund

fra det som kan være musikkterapeutens påvirkning på sangstunden. Det er noen elementer som virker som de er tydeligere fra musikkterapeuten enn fra sangstund, men jeg har unngått å skille de fra hverandre både fordi det ikke er fokuset for oppgaven og fordi det ville være vanskelig å lage noe definitivt skille uten å ha andre sangstunder å sammenligne med. Mye kan handle mer om personligheten til personen som leder sangstunden enn om den personen er musikkterapeut eller ikke.

Musikkterapeuten la til noe i sangstund som var unikt for henne. Aktivitøren påpekte at hennes musikalske evner med sang og gitarspill løftet den estetiske kvaliteten til noe mer enn å "bare" synge sanger, hele opplevelsen av sangstund ble på en måte større. Jeg mener vi kan se dette i lys av Smalls (1998) tanker om musikkering og Rolvsjord og Stiges (2013) konsept om interagerende kontekster. Musikkterapeutens bidrag til musikkeringen er noe unikt som krever spesialiserte evner, og som i tillegg får en respons fra de som deltar. Beboerne og pleierne gjenkjenner at musikkterapeuten bringer godt utviklede musikalske evner til sangstunden og deres respons til denne musikken inkorporerer det gode inntrykket og de viser i responsen at de anerkjenner den hevede estetiske dimensjonen. Musikkterapeuten, beboerne og pleierne kommer hver fra sin kontekst og legger inn i sangstunden sine erfaringer, men også sine responser til innslagene fra de andre gruppene. Musikkterapeuten har en særstilling her fordi hun leder aktiviteten og bringer inn instrumenter og akkompagnement på gitar, som ikke er så vanlig å høre på avdelingen. Musikkterapeuten definerer også seg selv og sin rolle med bruken av notestativet og ryggsekken med instrumenter, som gir visuelle hint til beboerne at musikkterapeuten har en spesiell rolle i sangstunden og på sykehjemmet generelt.

Musikkterapeuten er en person som prøver å bruke beboernes ressurser for å lage et samspill, leder sangstunden og sørger for at den skjer på en god måte. Kanskje er det ironisk, med tanke på hvor mye vekt samfunnsmusikkterapi legger på brukermedvirkning, at det mest tydelige hierarkiet i sangstund ligger mellom musikkterapeuten og de andre deltagerne. Musikkterapeuten sitter da med relativt mye makt når det kommer til hva som skjer og hvem som får det beste utbyttet. Dette kan virke som veldig bra og legitimt siden musikkterapeuten sannsynligvis er den personen best kvalifisert til å gjøre den jobben, men dette hierarkiet minner noe om den ekspertdrevne medisinske modellen (Stige og Aarø, 2012). Musikkterapeuten bør ha et ganske reflektert forhold til sin egen praksis for ikke å falle i dårlige mønstre, men den maktbalansen

mellom leder og deltagere er muligens et maktforhold vi ikke kan unnslippe, men kan vi da, i likhet med Kitwood (1997) jobbe for at ulikhetene mellom leder og deltager minskes så mye som mulig?

Musikkterapeuten er den som bestemmer hva som skal spilles og når, og er personen med ansvar for gruppen i den timen hun er der. Beboerne var de som oftest deltok mest aktivt og de som ble oppmuntret til å delta aktivt. Det er likevel ikke til å komme unna at det er et reelt skille mellom musikkterapeuten og beboerne. Rolvsjord (2014) argumenterer for at det er vanskelig, om ikke umulig å lage likevekt mellom klient og terapeut på grunn av konteksten den relasjonen spilles ut i. Hun skriver om hvordan det å fremheve det hun kaller kompetente klienter paradoksalt nok kan være "dis-abling", fordi man da fokuserer på individet, når det er tankegangen om at man må være "kompetent" for å være likeverdig med terapeuten som er det mest skadelige (Rolvsjord, 2014).

Innenfor sykehjem er beboerne ofte definert ut i fra deres svakheter, hva de ikke kan, som pleierne skal hjelpe dem med. Det å fokusere på hva noen beboere mestrer, kan kanskje i en viss grad være med på å kompensere for denne stigmatiserende tendensen, men jeg tror ikke det i seg selv er tilstrekkelig. Det er kanskje enda viktigere å fokusere på hvordan vi tenker om beboerne, jamfør personstatus (Kitwood, 1997), og se på hvordan vi kan tenke om beboere ikke ut i fra svakheter eller styrker, men som mennesker med personstatus. Vi må kritisere terapeutens rolle og være bevisste på at det alltid vil være rolleforskjeller mellom terapeut og klient, at musikkterapeuter aktivt utøver den, og at den kan ha en påvirkning på beboerne.

5.2 Sangstunds påvirkning på beboere og pleieres forståelser

5.2.1 Sangstund og personsentrert omsorg

En annen måte sangstund påvirker deltagernes forståelse på kan være at det motvirker dehumanisering på grunn av den grunnleggende måten man interagerer med hverandre. Både Goffman (1961) og Kitwood (1997) snakker om hvordan mennesker i møte med større systemer kan bli dehumanisert ved å ikke få oppfylt behovene sine som mennesker av institusjonen. Goffman snakker om dette spesifikt med tanke på mentalsykehus, hvor alle handlinger av mennesker med mentale lidelser kan forklares som symptomer på den mentale lidelsen. Kitwood

snakker om den mer generelle måten mennesker med demens ikke blir møtt som mennesker av samfunnet rundt dem og spesifikt via strategier som "labelling", blir personer med demens fratatt personstatus. Jeg mener man kan opprettholde personstatus og motvirke dehumanisering på forskjellige måter gjennom sangstund.

Vi har tidligere gjort rede for Kitwoods fem behov mennesker har innenfor eldreomsorg: identitet, inkludering, trøst, beskjeftigelse og tilknytning (Kitwood, 1997, Ridder, 2016). Sangstunden gir muligheter for personer ved sykehjemmet til å uttrykke identitet, være inkludert i et fellesskap, og det gir de en aktivitet de kan delta i og en tilknytning til andre beboere og institusjonen. I sangstunden kan de få utøve sin identitet med å snakke om egen eller delt fortid. Musikkterapeuten oppmuntret til dette i sangstundene, hvor hun tok pauser mellom sanger og inviterte til deltagelse i gruppesamtaler om forskjellige temaer, men med vekt på personlige historier eller ting forbundet med sangene de har sunget sammen. Flere ganger hendte det at beboerne kunne tekst på sanger verken personalet eller musikkterapeuten kunne fra før, og dette ble gitt oppmerksomhet og validering i gruppen. Noen ganger ble de oppmuntret til å synge verset solo, dersom de ønsket det. Disse teknikkene gjør at en person kan bli gitt en mulighet til å vise ressurser og få en mestringsfølelse i gruppen.

Sangstund gir også mulighet til å se sider ved personer som ikke alltid er synlige. Hvordan en person reagerer på en sang kan si noe om hvem denne personen er. Det kan være en som kommer på en anekdote knyttet til en sang de kan og forteller den til gruppen. Det kan også være en person som klapper i rytme til musikken, men som ellers viser få tegn til at de er oppmerksom til verden rundt dem. Begge disse måtene å delta på kan gi større innsikt til hvem beboeren er og kan gi pleierne en ny måte å forstå hvem beboeren er og hva slags ressurser de har. Deres deltagelse i musikken, hvor enn liten, viser en vilje til å delta i musikk med andre, og ressursene som trengs for å gjøre det.

I tråd med Zuckermandl (1956, 1973), Malloch og Trevarthen (2009) og Ansdells (2014) tenkning mener jeg det og er et argument for at musikk og allsang kan være humaniserende aktiviteter i seg selv. Kommunikativ musikalitet, som vi har vært inne på, er en grunnleggende måte for mennesker å kommunisere på. Når beboere deltar i musikk bruker de sin musikalitet til å samhandle med de rundt dem. Dette mener jeg kan være en sterk opplevelse når man får se at personer som kanskje er mindre responsive i samtale fortsatt kan aktivt delta i musikk, fordi det

ligger en intensjon bak deltagelsen. Flere pleiere bemerket at de hadde blitt overrasket over hvor mye beboerne kunne av sanger og hvor mye beboerne sang under sangstund. Zuckerandl (1956, 1973) vektlegger at i sangen er det ikke et jeg-til-deg perspektiv, men et "oss"-perspektiv hvor man er samlet i å synge sangen og gjør det, metaforisk sett, side om side med hverandre og ikke vendt mot hverandre. Ansdell (2014) legger vekt på at Zuckerandls forståelse av musikalsk rom muliggjør musikalsk samhandling som en aktivitet hvor mange kan delta i musikken på ulike måter, men de er fortsatt med på å skape en koherent helhet. Pavlicevic og Ansdells (2009) konsept om samarbeidende musikkering legger også vekt på at når man utøver musikk tar man i bruk kulturelle ressurser man har tilegnet seg over livet, og muligheten til å vise og lære vekk disse ressursene til personalet på et sykehjem gir beboerne en rolle hvor de sitter på kunnskap personalet ikke har, og det er en omvendning av den vanlige maktdynamikken mellom disse to gruppene.

På den ene side kan det å delta i sangstund opprettholde personstatus på måten Kitwood beskriver det. Pleierne har brukt informasjon de har lært om beboere på sangstund for å forbedre interaksjoner med de utenfor sangstund, og de har sett beboere som ikke deltar i så mange andre aktiviteter delta aktivt i sangstund. Jeg mener det må anerkjennes at det er en mening og intensjon bak den musikalske deltagelsen, et uttrykk for en iboende musikalitet som viser at personen aktivt forsøker å delta i aktiviteten. Personen viser også kunnskap ved å synge melodier og tekst sammen med andre, og utøver denne kunnskapen aktivt i sangstunden. Dette i seg selv underminerer tanken om at personen er "uten sinn", slik demens har blitt karakterisert tidligere (Kitwood, 1997). Sett i sammenheng med hvordan sangstund kan oppfylle Kitwoods andre kriterier for personsentrert omsorg mener jeg det er et sterkt argument for at sangstund kan være en del av humaniserende, personsentrert omsorg.

På den andre siden er ikke sangstund nødvendigvis humaniserende for alle deltakere. Forskjeller i gruppestørrelser kan ha stort utslag for hvem som får noe ut av sangstund utover en sjanse til å synge sanger. Kåre, for eksempel, var veldig aktiv og kor med mange vitser og historier i de sangstundene jeg observerte. Men musikkterapeuten fortalte at i større grupper var det vanskeligere for ham å få muligheten til å snakke, med hans relativt svake stemme og langsomme talemåte. Enten ville han bli overdøvet, eller så krevde noen andre oppmerksomheten

til musikkterapeuten slik at han ble sittende i en mer passiv stilling og sang mindre i den store gruppen enn i den lille.

Dette eksemplet illustrerer to ting. For det første viser det hvordan en person kan passe godt i en sammenheng og mindre godt i en annen, og for det andre viser det hvordan den grunnleggende deltagelsen i sangstund kan være mindre når den utenommusikalske deltagelsen med snakking var mindre. Det første poenget viser en åpenbar svakhet i sangstund med at de personene som ikke får plassen de trenger i sangstund vil få mindre ut av sangstunden og dermed putte mindre av seg selv inn i sangstunden. Vi kan se dette i lys av personsentrert omsorg (Kitwood, 1997; Ridder, 2016), hvor Kåre ikke får utøve sin identitet i sangstunden. Siden han mangler en måte å hevde identiteten sin i gruppen, noe som var en stor del av deltagelsen hans i mindre grupper, velger han å delta mindre musikalsk også fordi han ikke får like mye ut av det. Dette kan også sees på med tanke på at Kåres ressurser (Rolvsjord, 2010) ikke kan bli brukt i denne situasjonen og at dette er demotiverende slik at han vil delta mindre i musikken også.

Når det gjelder fokus på deltagelse kan dette også være et tveegget sverd. På den ene siden vil større muligheter for å delta utenommusikalsk føre til større deltakelse musikalsk. En god sirkel, med andre ord. Men det samme er sant for mindre deltagelse. Personer som deltar mindre i større grupper trenger tilretteleggingen en mindre gruppe kan gi for å delta mest mulig. I verste tilfelle, om en slik tilrettelegging ikke finner sted, kan en stereotypisk forståelse av at personen ikke har noen ressurser å komme med i gruppen i sangstund forsterkes. For å motvirke en slik forståelse må man forsøke å tilrettelegge på en slik måte at alle beboere som vil kan delta på sin egen måte.

Disse kritikkene er nødvendige for å få en bedre forståelse for hvordan sangstund kan fungere best mulig for flest mulig, og utfordrer tanken om at sangstund automatisk og i alle tilfeller kan fremme personsentrert, humaniserende omsorg. Personer kan falle utenfor tilbudet og de kan få et feilaktig inntrykk av dem forsterket som en konsekvens av at sangstund ikke er tilrettelagt for deres deltagelse. Sangstund i seg selv er ikke en ukomplisert "løsning" som fremmer humaniserende omsorg, men den har visse unike muligheter til å fremme endring i forståelse blant de som deltar i den, og kan derfor tilby noe unikt som en del av en større strategi for humaniserende omsorg.

Jeg tror at musikk kan, og ofte er, en naturlig del av livet til beboerne på et sykehjem og at den aktiviseringen de får av å delta i sangstund er en naturlig utvidelse av musikkbruken ellers,

samtidig som sangstund gir en unik arena for sosialisering med andre beboere og pleiere. Sykehjemmet jeg observerte hadde nylig gjennomgått noen kutt inkludert et kutt i aktivitørstillinger, slik at beboerne ikke hadde det samme tilbudet om aktivisering som de hadde før. Pleierne merket og dette kuttet i en noe travlere arbeidshverdag og i en slik sammenheng kan sangstund gi mye til beboerne og pleierne sammenlignet med hva de må legge inn i det. Det gir en tilgjengelig aktivitet mange kan delta i uten at noe nivå av deltagelse er påkrevd. Man kan delta kun ved å lytte til musikken.

Hvordan sangstund påvirker beboere og pleieres oppfatninger av hverandre er ikke et spørsmål som kan besvares direkte og konkret. Jeg har observert måter sangstund kan påvirke dette og har hørt fra pleiere hvordan måten de tenker om beboere har blitt endret av sangstund, men det betyr ikke at sangstund vil påvirke andres oppfatninger i fremtiden på nøyaktig de måtene som er beskrevet her. Sangstund er et møtepunkt mellom beboere og pleiere, og alle deres forskjeller i personlighet og personlige preferanser vil føre til at sangstund ser annerledes ut hver gang det skjer. Informert av Rolvsjord og Stiges (2013) artikkel om kontekstforståelse i musikkterapi er sangstunden et møtepunkt mellom to grupper som har hver sin unike kontekstbakgrunn i et større komplekst system, og de interagerer med hverandre på en måte som er diktert av det større systemet. Det er derfor nesten umulig å komme med noen konkrete modeller som forklarer hvordan interaksjonen mellom gruppene vil se ut, eller hvordan det vil påvirke hvordan de forstår hverandre. Men vi kan likevel utforske hva som skjer og hvordan de sosiale mekanismene som sangstund gir kan gjøre at gruppene interagerer med hverandre på en annerledes måte.

5.2.2 Sangstunds innvirkning på rolletolkning

Jeg har tidligere beskrevet hvordan det i sanger hvor beboerne får hvert sitt vers virker "unormalt" eller "feil" å gi pleierne eller meg et vers i sangen, og når det ble gjort var det med humoristiske undertoner. Ifølge Goffman (1961) gir institusjoner roller til de som deltar i dem, og i en institusjon som et sykehjem er de tydeligste rollene og rolleskillene mellom beboerne og pleierne. Jeg mener at når noen andre enn beboerne får vers i slike sanger er det et brudd i den vanlige rolletolkningen på sykehjemmet, og at spenningen i denne overtredelsen blir oppløst av latter. Det er en underliggende spenning i denne interaksjonen som ikke nødvendigvis blir uttrykt, men som de som deltar i den kjenner på.

Jeg bruker begrepet "rolletolkning" i denne delen fordi å tolke hvilken rolle noen hører til er en aktiv prosess av inkludering og ekskludering basert på tilgjengelig informasjon. Den tilgjengelige informasjonen nødvendig for å tolke om noen er en pleier eller annen ansatt kan ofte være så enkel som å se om de har på seg en uniform, mens inkludering i beboerrollen ikke er like lett å skille ut, siden pårørende på besøk kan dele mange av trekkene med beboerne (alder, sivile klær, mobilitetshjelpemidler). Når jeg får et vers sunget til meg som om jeg var en beboer selv om alle vet jeg ikke er det merker vi på en spenning fordi en atferd tilrettelagt for beboerne blir gitt til noen som ikke er en beboer. Jeg merket selv at det virket rart at jeg skulle bli behandlet som en beboer. Her mener jeg det ligger noe interessant, for hvordan det er normalt å behandle hverandre avhenger av hvilke roller vi har og hvordan andre ser oss.

Man kan argumentere for at man føler det er feil å behandle personer som ikke er beboere som beboere fordi de da blir behandlet som noen de egentlig ikke er. Rent formelt er man beboer om man bor på sykehjem, men alle på sykehjemmet har forskjellige personligheter. Det kan hende noen ikke liker å få et vers fordi det ikke passer med deres oppfattelse av egen rolle og identitet. Jeg så ikke at dette var et problem i sangstundene, men siden det åpenbart er utenom det normale å gi meg eller en pleier et vers i sangen, kan det også være litt "feil" for en beboer som fortsatt er oppegående mentalt sammenlignet med andre på sykehjemmet.

Sykehjemmet er i en unik posisjon som absolutt institusjon fordi det både skal være en institusjon som tilbyr medisinsk hjelp og assistanse til beboerne samtidig som det skal være et hjem for dem (Jacobsen, 2015). For at pleierne skal kunne gjøre sin jobb må de ha en viss autoritet slik at beboerne stoler på at de vet best når det kommer til hvilke medisiner som de bør ta og når de bør spise. Et miljø hvor pleierne har autoritet over beboerne er da nødvendig, særlig fordi mange av de som bor der har demens og ikke lenger kan være fullt ansvarlig for deres egen velferd. Pleierne har størst makt til å forme deres identitet som pleiere av flere grunner. De er mer ressurssterke enn beboerne, mange av de har jobbet der lenge og har kunnet forme pleiekulturen ved sykehjemmet mens beboere ofte bor der kortere, siden mange er i siste fase av livet. Dette betyr også at pleierne har mer makt til å definere beboerrollen og har derfor ansvar for at rolleforståelsen mellom beboere og pleiere er en god en for begge parter. Jeg mener at å delta i sangstund kan være en måte pleierne kan forme gode rolleforståelser på.

Sangstund kan være med på å myke opp rolletolkningene mellom pleiere og beboere. Når en beboer ser en pleier synge med på en sang så har han lært at det er noe pleiere kan være med på å gjøre, noe som ikke er selvsagt i seg selv når interaksjonen mellom beboere og pleiere hovedsakelig er basert på at beboerne får hjelp og behandling fra pleierne. Dette er i tråd med konteksttenkningen fra Rolvsjord og Stige (2013) hvor komplekse systemer som interagerer, beboernes og pleiernes rolleforståelser, endrer hverandre på ikke-lineære måter ved å interagere med hverandre. At en beboer ser en pleier synge vil ikke i seg selv nødvendigvis utløse en endring i rolleforholdet, men når beboere og pleiere synger sammen i sangstund over flere uker og måneder til det er en del av hverdagen for begge grupper kan det ha en påvirkning. Men hvordan kan det "myke opp" rolletolkningene? Zuckermandl (1973) påpeker at når man synger sammen synger man ikke fra en til en annen, men sammen utover. Når man gjør noe sammen og anerkjenner hverandres deltagelse og menneskelighet vil det ha en påvirkning på hvordan man ser på hverandre og gruppene man tilhører.

Både glede og rolletolkning mener jeg kan informere forståelsen av oppfatninger mellom beboere og pleiere. At begge grupper får glede av sangstund og at rolleforståelsen endres fordi man får bedre forståelse av hverandre som følge av sangstund kan begge ha stor innvirkning i hvordan samhandlingen mellom pleiere og beboere utarter seg i hverdagen. Den felles gleden kan være en opplevelse som binder gruppene nærmere hverandre og gir de et felles referansepunkt, som kan brukes på forskjellige måter, for eksempel i samtale. En endring i rolletolkningen kan også gjøre det lettere å interagere med hverandre på nye måter utenfor sangstund, og vil kunne gi større innsikt om hverandre på tvers av roller.

5.3 Sangstund som link

Sangstund, forstått som kontekst, kan fungere som en link som binder sammen forskjellige deler av hverdagen og blir en del av hvordan beboerne og pleiernes forstår og interagerer med hverandre utenfor sangstund, i tillegg til at sangstund blir en del av sykehjemskonteksten som en helhet. Som vi allerede har diskutert, er måten beboere og pleiere deltar i sangstund annerledes på grunn av hvordan samhandling i musikk er annerledes (Zuckermandl, 1956, 1973; Ansdell, 2014) og er formet av hvordan beboere og pleiere forstår sine roller (Kitwood, 1997; Goffman, 1961). Ved at sangstund foregår regelmessig på avdelingen med beboere og pleiere blir den en

del av sykehjemmets kontekst og den forståelsen beboere og pleiere får om hverandre i sangstund informerer hvordan de interagerer med hverandre utenfor sangstund. Når en pleier f.eks. hjelper en beboer med morgenstellet og beboeren er urolig kan da pleieren bruke forståelsen fra sangstund til å hjelpe beboeren på den måten pleieren mener er best for han. Dette er et eksempel på at sangstund forstått som en situasjon som linker ulike kontekster sammen kan være et nyttig analytisk grep for å forstå sangstund på sykehjem, og viser relevansen av Rolvsjord og Stiges drøfting av kontekstbegrepet. (Rolvsjord og Stige, 2013).

Jeg mener det er en sammenheng mellom hvordan sangstund blir gjennomført og hvilke muligheter den har for å endre hvordan beboere og pleiere forstår hverandre. Hvis vi ser på hvordan pleiere reagerer på å se beboere bruke ressurser pleierne ikke var klar over, at pleierne opplever glede både fra beboerne og dem selv, og at alle som deltar i sangstund deltar i den samme type aktivitet på tvers av roller og gruppetilhørighet, mener jeg det er en tydelig link mellom hva som gjøres i sangstund og hvordan sangstund som en helhet har en påvirkning på oppfatninger. Helt grunnleggende er det en åpenbar link på grunn av at sangstund er bygd opp av deltagelsen og innsatsen som deltagerne legger inn, så om sangstund har en påvirkning på oppfatninger må deltagelsen og innsatsen være en del av den påvirkningen. Men jeg mener også at for eksempel syngingen begge gruppene deltar i påvirker hvordan gruppene forstår og interagerer med hverandre.

Ved at beboere og pleiere deltar i sangstund kan de være med på å endre hvordan begge forstår hverandres roller og hva slags interaksjon som er mulig mellom disse to gruppene. Ved å synge og gjennomføre aktiviteten sammen har pleierne og beboerne deltatt i en aktivitet hvor de til tider er på samme nivå i deltagelsen. Det er ikke noe strengt hierarki mellom to personer som synger sammen. I tråd med Zuckerkandls (1973) beskrivelse av sang så synger beboer og pleier sammen, side om side, ikke fra den ene til den andre, men sammen utover. Dette er en måte hvor beboerne kan oppleve pleierne og tilbringe tid med dem uten at de er der for å utføre en oppgave for beboerne, men en hvor beboerne selv kan velge hvordan de vil delta og pleierne er med og støtter og anerkjenner den felles opplevelsen og deltagelsen.

Det beboerne og pleierne gjør i sangstund, sang og samtale, er grunnen til at oppfatningene mellom beboere og pleiere endrer seg. Ved at de får en kontekst, i tråd med Rolvsjord og Stiges (2013) "interagerende kontekster", hvor de kan uttrykke seg på en måte som er annerledes fra

hvordan de ellers kan uttrykke seg fører til at de opplever hverandre på en annen måte. I en institusjon som et sykehjem vil det sosiale miljøet bygges opp og forsterkes av alle som utøver i det miljøet. Personalet som helhet setter mye av normene her og har da ekstra stort ansvar.

Det dette vil si er at alle delene av sangstund og hvordan den kan påvirke hvordan beboere og pleiere forstår hverandre til slutt er en del av sangstundkonteksten, og gjennom dette vil også de nye typene av forståelse som oppstår i sangstundkonteksten bli en del av avdelingskonteksten og sykehjemskonteksten generelt.

5.4 Konklusjon

Sangstund har, som jeg har vist i oppgaven, potensiale til å være en aktivitet som gir beboere og personale en mulighet til å interagere på som eksisterer utenfor de hverdagslige samhandlingsmønstrene mellom beboere og pleiere. Ved å delta sammen, oppleve sangstunden og ved å lære om hverandre kan pleiere og beboere få innsikten og muligheten til å endre oppfatninger mellom seg slik at de bedre kan ivareta beboernes personstatus. Den kan også gi beboere og pleiere en lystbetont aktivitet som gir de utbytte de kan dra nytte av i hverdagen. Det er også en aktivitet som krever en god del kunnskap for å gjennomføre på en god måte, og som har sine innebygde svakheter og begrensinger som kan kompenseres for på ulike vis.

Sangstund er en kompleks aktivitet med mange ulike muligheter for beboere og pleiere til å delta og få utbytte av. Etter å ha observert, tenkt og skrevet mye om sangstund har jeg kommet fram til at det er mange mulige måter å se på og skrive om sangstund på. Videre forskning kan for eksempel se på hva gruppestørrelser gjør med sangstunden og gå dypere inn i å beskrive det intrikate samspillet som finnes i sangstund, eller se på hvordan sangstund brukes og forstås forskjellig mellom beboere, pleiere og musikkterapeuter.

Kapittel 6 - Litteraturliste

- Aasgaard, T. (2008). Musikk i arbeid med barn på sykehus. I T. Aasgaard (red.) *Musikk og helse: 2. opplag*. (s. 75-106) Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Allison, T. (2010). *Transcending the limitations of institutionalization through music: Ethnomusicology in a nursing home* (Doktoravhandling) University of Illinois at Urbana-Champaign. Hentet fra:
<https://search.proquest.com/docview/868724606?accountid=8579>
- Alvesson, M. & Sköldberg, K. (2018). *Reflexive methodology: New Vistas for Qualitative Research. Third edition*. London: Sage Publications Ltd.
- Atkinson, P. (2015). *For Ethnography*. London: SAGE Publications Ltd.
- Ansdell, G. (2002). Community Music Therapy & The Winds of Change. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 2(2). doi:10.15845/voices.v2i2.83
- Ansdell, G. (2014). *How Music Helps in Music Therapy and Everyday Life*. Farnham, UK: Ashgate.
- Edwards, J. (2012). We Need to Talk About Epistemology: Orientations, Meaning, and Interpretation within Music Therapy Research. *Journal of Music Therapy*, 49(4), 372-394.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the Social Situations of Mental Patients and other Inmates*. England: Clays Ltd.
- Grønmo, S. (2016). *Samfunnsvitenskapelige metoder* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Gundersen, E. D., & Slettebø, Å. (2016). Evaluering av et generasjons-overskridende program med helsefremmende forankring - Hvilke faktorer har bidratt til programmets vedvarende eksistens? *Nordisk sygeplejeforskning*, 6(01), 6-19. doi:10.18261/issn.1892-2686-2016-01-02 ER
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (2007). *Ethnography: Principles in practice* (3. utg.). London: Routledge.
- Helsedirektoratet, 2017. Diagnosestatistikk for kommunale helse- og omsorgstjenester. Tema: Demens sykdom. Data fra IPLOS-registeret. Hentet 29. April 2018 fra
<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/diagnosestatistikk-for-kommunale-helse-og-omsorgstjenester-data-fra-iplos-registeret>

- Holsten, H. (2016). Er forskere litt bortskjemte? *Nytt Norsk Tidsskrift*, 33(04), 376-377.
doi:10.18261/issn.1504-3053-2016-04-12
- Jacobsen, F. (2015). Continuity and Change in Norwegian Nursing Homes, in the Context of Norwegian Welfare State Ambitions. *Ageing International*, 40(3), 219-228.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia Reconsidered: The person comes first*. Berkshire: Open University Press.
- Malloch, S., & Trevarthen, C. (2000). The dance of wellbeing: Defining the musical therapeutic effect. *Nordisk tidsskrift for musikkterapi*, 9(2), 3-17.
- Malloch, S., & Trevarthen, C. (2009). Musicality: Communicating the vitality and interests of life. I S. Malloch og C. Trevarthen (red.) *Communicative musicality: Exploring the basis of human companionship* (s. 1-10.) Oxford: Oxford University Press
- Pavlicevic, M., & Ansdell, G. (2009). Between communicative musicality and collaborative musicking: A perspective from community music therapy. I S. Malloch & C. Trevarthen (Red.) *Communicative musicality: Exploring the basis of human companionship*, (s. 357-376). Oxford: Oxford University Press
- Ridder, H. M. (2016) Musik i et personcentrert perspektiv. I B. Stige og H. M. Ridder *Musikkterapi og eldre helse* (s. 38-44). Oslo: Universitetsforlaget.
- Rolvjord, R. (2008) En ressursorientert musikkterapi. I G. Trondalen og E. Ruud (red) *Perspektiver på musikk og helse: 30 år med norsk musikkterapi*. (s. 123-138). Oslo: NMH-publikasjoner.
- Rolvjord, R. (2014). The Competent Client and the Complexity of Dis-ability. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 14(3). doi:10.15845/voices.v14i3.787
- Rolvjord, R. og Stige, B. (2013) Concepts of context in music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 24, 44-66, doi: [10.1080/08098131.2013.861502](https://doi.org/10.1080/08098131.2013.861502)
- Ruud, E. (2015). Systemisk og framføringsbasert musikkterapi. I E. Ruud, *Fra musikkterapi til musikk og helse, artikler 1974-2014. Bind 1* (s.507-518) [opprinnelig publisert i musikkterapi i 2004, (4), s. 28-35]. NMH-publikasjoner 2015:4. Oslo: Norges musikkhøgskole.
- Small, C. (1998). *Musicking: The Meanings of Performing and Listening*. Middletown, Connecticut: Wesleyan University Press.

- Stige, B. (2016). Musikkering i et sosiokulturelt perspektiv. I B. Stige og H. M. Ridder *Musikkterapi og eldrehelse* (s. 45-56). Oslo: Universitetsforlaget.
- Stige, B., og Aarø L. E. (2012). *Invitation to music therapy*. New York: Routledge
- Stige, B., Ansdell, G., Elefant, C., & Pavlicevic, M. (2010). *Where music helps: Community music therapy in action and reflection*. Surrey: Ashgate Publishing, Ltd.
- Stige, B., og Kristiansen F. A. (2016) Eablering og forankring av musikkterapitilbud. I B. Stige og H. M. Ridder *Musikkterapi og eldrehelse* (s. 187-197). Oslo: Universitetsforlaget.
- Stige, B., og Ledger, A. (2016). Ethnographic Research. I B. L. Wheeler og K. Murphy (red.), *Music Therapy Research: Third Edition*. (s.408-420) Dallas, TX: Barcelona Publishers
- Stige, B. og Ridder, H. M. (2016). Musikk som mulighet og rettighet. I B. Stige og H. M. Ridder *Musikkterapi og eldrehelse* (s. 21-27). Oslo: Universitetsforlaget.
- Qvale, L. G. (prosjektkoordinator) (2010). *Lyden av liv: Musikk og musikkterapi i eldreomsorgen* [dokumentarfilm]. Norge: Think Vivid Media.
- Wheeler, B. L. (2016). Principles of Interpretivist research. I B. L. Wheeler og K. Murphy (red.), *Music Therapy Research: Third Edition*. (s.131-141) Dallas, TX: Barcelona Publishers
- Zuckermandl, V. (1956). *Sound and Symbol: Music and the external world*. New York: Pantheon Books Inc.
- Zuckermandl, V. (1973). *Sound and Symbol: Man the musician*. New Jersey: Princeton University Press.