

Med et sideblikk på forskning

En kvalitativ undersøkelse av hvordan forskning virker inn på
musikkterapi praksis

Marte Mari Østerhagen



**Masteroppgave i musikkterapi
Griegakademiet, institutt for musikk
Universitetet i Bergen
Våren 2011**

Abstract

A research project viewed from the sideline

A qualitative study about how a research project can influence music therapy practice.

This thesis is a qualitative study consisting of interviews from five music therapists, who all participates in a pilot study about music therapy and agitation in dementia care. Research literature in the field of music therapy as well as in general has highlighted the need for practice-close research. The literature include debates concerning how well suited qualitative and quantitative methods are for doing practice-close research. Critiques of quantitative methods put forward arguments that such rigorous methodologies do not meet all of the variables that are included when researching upon human matters. The critique thus regards the quantitative methods inappropriate for research on music therapy and it's relations to humans. Still, it is emphasised that quantitative studies are needed for music therapy to be established in the evidence-based research. The findings in this interview study points towards less polarization of quantitative versus qualitative methodologies regarding practice-closeness. The study identified experiences of participation in the quantitative pilot project that was related to positive developments of practice, and was also considered not to influence the quality of usual practice. The contribution to the research project in relation to practice was conceived as more significant than the research project negative influences.

Forord

Gjennom disse tre årene på musikkterapistudiet ved Universitet i Bergen har jeg vært opptatt av hvordan alle de forskjellige teoriene vi har lest og lært om kan brukes ute i praksishverdagen. Under lesing av nye teorier har jeg forsøkt å se for meg hvordan jeg kan bruke disse i en fremtidig jobb. Noen ganger har jeg funnet et svar på dette med en gang, mens andre ganger har jeg ikke funnet noe svar. Etter hvert i studiets løp ble disse refleksjonene hvasket ut i sammenheng med mange inntrykk fra praksis og litteratur. Refleksjonene kom imidlertid tilbake da en lærer på studiet, etter en samtale, kom med et forslag om hva jeg kunne skrive masteroppgave om. Noe av litteraturen jeg har lest gjennom arbeidet med denne oppgaven har omhandlet nettopp dette – hvordan kan man bruke forskningslitteraturen i praksishverdagen?

Takk, GAMUT og Brynjulf Stige for at jeg fikk lov til å ta del i forskningsprosjektet! Det har vært lærerikt, utfordrende og til tider nokså frustrerende. Jeg satte pris på alt sammen! Tusen takk for at jeg også fikk være med på en nettverkssamling. Det var veldig nyttig for mitt fremtidige arbeid med masteroppgaven. En takk går også til informantene som sa seg villige til å bli intervjuet!

Jeg vil rette en stor takk til veileder Randi Rolvsjord for oppmuntrende samtaler og konkrete tilbakemeldinger!

Tusen takk til mamma og pappa for kjøring til og fra kulturskole og korps – noe som har ført til at jeg er der jeg er i dag! Takk til resten av familien for at dere har hatt tro på meg!

En siste takk går til André. Dine oppmuntrende ord, klemmer og evne til å dra meg ut av den altoppslukende masteroppgaven har betydd veldig mye! Takk for at du har tatt meg med på tur!

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	6
1.1 Bakgrunn for tema	6
1.2 Praksisnær forskning	9
1.3 Problemstilling	12
1.4 Introduksjon til moderprosjektet	12
1.5 Oppgavens struktur	14
2.0 Metode	15
2.1 Utvalg	15
2.2 Hermeneutikken	16
2.3 Semi-strukturert intervju	17
2.3.1 Gjennomføring av intervju	18
2.4 Transkripsjon	19
2.5 Analyse	19
2.6 Etikk	22
3.0 Teorikapittel	24
3.1 Hva er beskrivende for praksisnær forskning?	24
3.1.1 Forskning og møte med mennesker	25
3.1.2 Praksis i kontekst	27
3.1.3 Samarbeid og helhetsforståelse.....	27
3.1.5 Forskningen inn i praksishverdagen	28
3.2 Rigide og fleksible design	30
3.2.1 Praksisnærhet i kvantitativ forskningsmetode (Rigid design).....	30
3.2.2 Praksisnærhet i kvalitativ forskningsmetode (Fleksibelt design).....	32
3.3 Kan kvantitative og kvalitative tilnærminger beskrives som praksisnære?	34
3.4 Forskningstradisjoner i musikkterapien	35
3.4.1 Fleksible former i et rigid design?	36
3.5 Oppsummering	39
4.0 Analyse	40
4.1 Deltakelse som motivasjon og faglig utvikling	42
4.1.1 Opplevelse av deltakelse i en større helhet	42
4.1.2 Opplevelse av faglig fellesskap med andre i prosjektet	43
4.1.3 Prosjektet som en læringsmulighet	45
4.2 Deltakelse som mulighet for utvikling av praksis	46
4.2.1 Deltakelse som mulighet for utvikling av egen yrkesrolle.....	48
4.2.2 Relasjonen til klienter	51
4.2.3 Ringvirkninger for avdelingspersonell og forankring av musikkterapi som følge av musikkterapeutens deltakelse	53
4.3 Deltakelse som muligheter for utvikling av samarbeid	54
4.3.1 Deltakelse i prosjektet og samarbeidsforhold	54
4.3.2 Samarbeid med ledelse	56
4.3.3 Forskningsprosjektet som en måte å skape interesse rundt demens og agitert atferd	57

5.0	Diskusjon	59
5.1	Deltakelse som motivasjon og faglig utvikling.....	59
5.2	Deltakelse som mulighet for utvikling av praksis	61
5.3	Deltakelse som muligheter for utvikling av samarbeid	62
5.4	Oppsummering	63
5.5	Implikasjoner for praksis	64
5.6	Kritisk blikk på egen forskning	65
6.0	Konklusjon	67
	Litteraturliste	68
Vedlegg 1		71
Intervjuguide		71
Vedlegg 2		72
Oversikt over datainnsamlingen		72
Vedlegg 3		73
Oversikt over de forskjellige aktørene i prosessen		73

1.0 Innledning

I dette kapittelet vil jeg ta for meg bakgrunnen for valg av tema, presentasjon av litteratur og problemstilling, en introduksjon til forskningsprosjektet som jeg har knyttet meg opp til, samt oppgavens struktur.

1.1 Bakgrunn for tema

Musikkterapi kan ofte være et viktig tilbud på en demensavdeling som mange får utbytte av, blant annet avdelingspersonell, pårørende og ikke minst personen med demens selv. Min interesse for dette feltet kommer etter flere års erfaring som pleieassistent ved et sykehjem og som musikkterapistudent i praksis på et sykehjem. Det jeg har sett gjennom disse årene er at musikk betyr svært mye for personer med demens. Musikken livner opp hverdagen til personer med demens ved blant annet å bringe frem minner om egen identitet, rolle i samfunnet og minner om oppveksten. Det var derfor naturlig for meg at min masteroppgave skulle knyttes opp mot dette arbeidsfeltet. Jeg fikk anledning til å knytte meg opp til et pågående forskningsprosjekt som foregår i eldreomsorgen¹. Det pågående forskningsprosjektet studerer effekten av individuell musikkterapi på medisinerings, livskvalitet og agitert atferd gjennom en randomisert kontrollert studie (RCT)². Min rolle ble å studere hvordan musikkterapeuter opplever det å delta i et forskningsprosjekt, og utforske i hvilken grad forskningsprosjektet kan beskrives som praksisnær forskning. Denne masteroppgaven er altså en kvalitativ studie om hvordan et forskningsprosjekt kan virke inn på musikkterapeuters praksis.

Det å gjøre forskning på musikkterapi i eldreomsorgen og personer med demens og agitert atferd er utfordrende. Forskning på mennesker og menneskelige variabler inneholder mange elementer som kan være vanskelig å fange opp i ulike forskningsdesign. Bond & Corner (2001) mener at det ikke finnes noen unik metode for forskning på demens. Dette på grunn av at demens er et sammensatt fenomen. De hevder at kvalitativ forskning inneholder en styrke som inkluderer evnen til å undersøke sosial meningsfull atferd, selv om atferden avviker i kontekst med passende oppmerksomhet til de dynamiske aspektene av sosiale begivenheter og interaksjoner (ibid, 2001). Vi ser også forskere som har utført kvantitativ forskning i forhold til personer med demens som fremhever at det er behov for kvalitativ forskning for å

¹ Mer om forskningsprosjektet se kap. 1.4.

² For mer informasjon se kap. 3.2.1, eller Robson (2002, s. 116).

kunne belyse andre sider av forskningen (Sung & Chang, 2005; Ridder & Aldridge, 2005). Ridder & Aldridge (2005) er opptatt av at forskningen skal kunne knyttes til praksis, selv om forskningstradisjonen de benytter seg av er kvantitativ forskning. De velger derfor å legge fokus på kliniske aspekter og knytter disse til en case. Dette er også noe som blir benyttet i forskningsprosjektet³, som denne oppgaven springer ut fra, – en såkalt mixed method. Når man skal forske på personer med demens foreslår Ridder & Aldridge (2005) at man skal benytte seg av forskningsmetoder hvor klinikerne selv beskriver arbeidsmetodene sine tydelig. De mener også det er viktig at klinikerne selv foretar datainnsamlingen ved å bruke nøyaktige case studie protokoller (ibid, 2005, s. 103).

På den andre siden er det noen som mener at kvantitativ forskning er viktig for fremveksten av musikkterapien. Det understrekes at forskning på musikkterapi skal komme med vitenskaplig dokumentasjon på effekten av den musikkterapeutiske intervensjonen, i samsvar med etterspørselen etter evidensbasert praksis (Wigram, 2006; Stige, 2008). Hvordan man skal arbeide med å skaffe denne dokumentasjonen er det derimot uenighet omkring. Man er redd for at dette vil endre musikkterapiens verdigrunnlag og praksis i en medisinsk retning, ettersom evidensbasert praksis i stor grad er bygd opp rundt medisins form, gjennom randomiserte og kontrollerte studier for utprøving av medisinske preparat, og at dette er den styrende modellen for forskning (Stige, 2008, s. 55). Stige (2008) stiller spørsmål om denne forskningslogikken kan tilpasses den ”fleksibilitet og kontekstsensitivitet som mange meiner bør kjenneteikne god musikkterapeutisk praksis” (ibid, 2008, s. 55). Som Stige (ibid, 2008) hevder må man ta vare på den musikkterapeutiske praksis vi har i dag, samtidig som man må finne en forskningsmetode som, på best mulig måte, gir evidensbasert forskning. Rolvsjord et. al. (2005) skriver at en debatt har pågått over lengre tid om hvilken type forskning som er den mest verdifulle for utviklingen av musikkterapiens disiplin, profesjon og praksis. Disse debattene har ofte vært innrammet som argumenter for relevansen av kvantitativ og kvalitativ metode. I tidlig utvikling av musikkterapien ble forskningstradisjonen inspirert av den kvantitative tilnærmingen i mange land. På 1980-tallet fikk kvalitativ metode gradvis plass i forskningen, og på 1990-tallet så man tendenser til at både den kvantitative og kvalitative metoden fikk en plass i musikkterapiforskningen (ibid, 2005). Dersom man skal finne en forskningsmetode som ikke påvirker praksis i stor grad må dette forskes på. Kvantitativ og kvalitativ metode har begge sine fordeler og ulemper, men personlig mener jeg at man

³ Se kap. 1.4.

innenfor en kvalitativ metode kan få frem de ulike nyansene i forhold til det å forske på forskning. Når man får frem de forskjellige nyansene kan man også finne ut av hvilken forskningsmetode som passer praksisen slik at forskningen ikke påvirker praksisen på en negativ måte, men kanskje heller tilfører praksis noe.

Etter tall fra Statistisk sentralbyrå (2008) kan man se en tydelig vekst av Norges befolkning på 67år eller eldre. 70 000 av personene over 65år er rammet av demens i Norge (Langballe & Hånes, 2009). Etter disse tallene å dømme er det naturlig å tenke at antall personer med agitert atferd også vil øke. Personer med demens og agitert atferd er en utfordrende gruppe å jobbe med, både musikkterapeutisk, men også i stell- og omsorgssituasjoner. Tradisjonelt har bruk av beroligende medisiner eller tvang tatt hånd om agitert atferd. I dag ser man at tvang kan gi negative konsekvenser som funksjonell svikt og forverring av emosjonell og mental tilstand (Lou, 2001, s. 165), og bruk av beroligende medisiner kan føre til bivirkninger som tretthet, sløvhets og forvirring (Ragneskog et. al., 2001). Man ser derfor et behov for fokus mot hvordan man kan ta hånd om agitert atferd uten bruk av de nevnte behandlingsmetodene. Her mener jeg musikkterapien kan komme inn, med et innslag av reminisensarbeid og som en tilnærming hvor musikken kan være et hjelpemiddel som kan nå inn til personen med demens og møte vedkommendes egne behov. Raglio et. al. (2008) skriver at musikkterapi er et fremtredende tilbud innenfor området geriatri, og en tilnærming som stadig blir mer brukt, spesielt i behandlingen av agitert atferd og aggressivitet. Musikkterapi kan være en atferdsintervensjon som kan forbedre den kommunikative relasjonen mellom personen med demens og musikkterapeuten, og som kan redusere atferdsmessig og psykologiske symptomer⁴ (Brottons & Pickett-Cooper, 1996; Raglio et. al., 2008). Dersom man benytter seg av de kvaliteter musikkterapi kan ha i arbeid med personer med demens og agitert atferd kan arbeidshverdagen bli lettere for det øvrige personalet på avdelingen, og pårørende kan få en ny måte å kommunisere med sin nærmeste. Stortingets samhandlingsreform, st.meld.nr. 47, sier; ”Kols, diabetes, demens, kreft og psykiske lidelser er sykdommer som er i sterk vekst, og utgjør samtidig grupper med store og dermed økende samhandlingsbehov” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). For å kunne imøtekomme Stortingets samhandlingsreform er det viktig at man på forhånd har kjennskap om på hvilke områder man trenger mer kunnskap. Dette er viktig for å sikre at vi har forskning på de områdene som er viktig, slik at vi kan møte

⁴ På engelsk: BPSD (behavioural and psychological symptoms of dementia) (se Ridder, 2003 s. 23; Engedal & Haugen, 2005, s. 33; 312). I tillegg til agitert atferd inneholder ASPD symptomer som vrangforestillinger, depresjon, angst, vandring og døgnrytmeforstyrrelser (Engedal & Haugen, 2005).

personer med demens og tilby denne gruppen et tverrfaglig tilbud, med en helhetlig behandling som omfatter den daglige pleien, sosial omgang og fysisk aktivitet. Jeg tror forskning på musikkterapi og agitert atferd hos personer med demens kan være en viktig del av det tverrfaglige samarbeidet blant sykehjemspersonalet, i den hensikt at alle disse jobber sammen mot de samme målene under sykehjemsoppholdet. Gjennom forskningen kan yrkesgruppene tilpasse sin praksishverdag slik at den kommer overens med og utfyller de ulike praksishverdagene. Som følge av det kan det tverrfaglige samarbeidet bli tydeligere, og dermed kan man møte personer med demens og agitert atferd med den tilnærming som passer vedkommendes behov og gi dem en best mulig hverdag. Forskning på feltet kan bidra til synergier hvor samfunnet får en bredere og forbedret kunnskap om musikkterapi. En sekundær gevinst av dette kan være økte bevilgninger til musikkterapien og flere arbeidsplasser, samt at det også kan gi mulighet til flere tverrfaglige forskningsprosjekt. Flere tverrfaglige prosjekter kan igjen føre til en styrking av musikkterapi som profesjon og at den kan bli sidestilt med andre profesjoner som psykologi og legevitenskapen. Selv synes jeg det er viktig å ha kunnskap om hvordan forskning virker inn på praksisfelt, i denne oppgaven musikkterapeuters praksisfelt. Dette feltet trenger, som sagt, forskning for at man på best mulig måte kan imøtekomme denne gruppens behov. Det som da blir spørsmålet er hvordan forskningen kan bli utført slik at den i stor grad ikke påvirker den musikkterapeutiske praksis vi har i dag, og ikke påvirker den daglige omsorgen. Forskningen kan heller tilføre praksis noe sånn at vi er bedre rustet til å ta i mot personer med agitert atferd og demens, for eksempel ved å gi ny kunnskap om gruppen. Den musikkterapeutiske praksis kan også bli utviklet ved hjelp av forskning, ved at forskningen kan gi innblikk i nye arbeidsmetoder som kan være mer hensiktsmessig i arbeid med personer med demens og agitert atferd.

1.2 Praksisnær forskning

Praksisnær forskning er et begrep som ofte blir brukt innenfor helsefaglig forskning, og det finnes mye litteratur som sier at det er viktig at forskningen er praksisnær (Ridder et. al., 2010; Hummelvoll, 2010a; Stige, 2008), uten å utdype noe mer om hva de legger i begrepet. Det er heller ingen litteratur som går spesifikt på praksisnær forskning i musikkterapi. *Forskning i det praktiske og praksisnær forskning* blir brukt om hverandre i litteraturen (Hummelvoll, 2010a). Er dette to forskjellige ting eller er det to ulike måter å si det samme på? Det er tydelig at det er vanskelig å si noe konkret om hva praksisnær forskning er og hva det vil si. Litteraturen jeg presenterer i denne oppgaven har et innhold som gjør at jeg kan

skape diskusjoner rundt begrepet, og finne gode argumenter for hvorfor det er viktig/ikke viktig at forskningen er praksisnær. Søkeordene jeg har benyttet meg av er; ”praksisnær”, ”forskning”, ”Research-based”, ”practice”, ”practice-based”, ”research”, ”practice-related”. Søkene har blitt gjort i søkemotoren google.scholar.no, i databasen PubMed og i tidsskriftene Nordic Journal of Music Therapy, Journal of Music Therapy og British Journal of Music Therapy, samt søk i litteraturlister.

Hummelvoll et. al. (2010a) har skrevet en bok om *Etiske utfordringer i praksisnær forskning* og beskriver dette som følger:

”Praksisnær forskning og utviklingsarbeid vil dreie seg om studier som gjennomføres nær området der kunnskaper anvendes, ideer søkes virkeliggjort, sedvaner dominerer og instituerte fremgangsmåter utfolder seg som en konvensjon. Forskningen kjennetegnes av å forske *sammen med* aktørene i felten.” (Hummelvoll, 2010b, s. 20).

Slik jeg leser dette sitatet mener Hummelvoll (2010b) at praksisnær forskning skal gjennomføres så nært opp til den praksisen det blir forsket på som mulig. På den måten kan man si at praksisnær forskning kjennetegnes med at man forsker sammen med aktørene i praksisfeltet (ibid, 2010b). Jeg leser sitatet på den måten at den praksisnære forskningen gjerne kan tilføre praksisfeltet noe, slik at praksisen utvikler seg gjennom forskningen og at man får et utbytte av forskningen. En annen måte å se på praksisnær forskning er ut ifra en naturalistisk tradisjon, hvor man har et ønske om at forskningen ikke skal komme i veien for god praksisutøving, men samtidig ikke hindre at praksisen endres.

I følge Hummelvoll (2010b) hører praksisnær forskning hjemme under kvalitativ forskning hvor man vil at forskningen skal foregå i naturlige omstendigheter uten forstyrrelser og avbrytelser fra forskere. En musikkterapitime skal for eksempel foregå på samme premisser som det gjorde før forskningen begynte. Dette kan drøftes opp mot den kvantitative forskningstradisjonen, hvor forskningen ofte skjer i et laboratorium eller under kontrollerte forhold. Praksisnær forskning blir her knyttet opp mot et naturalistisk syn (Hummelvoll, 2010b). Nerheim (1995) sier at forskning innenfor helsesektoren, basert på medisin, psykiatri, pleie og fysioterapi, er sterkt relatert til naturvitenskapsteorien (Nerheim, 1995). Under et naturalistisk syn kan man se det som at man vil beholde den praksis som allerede finnes, uten å ville endre noe, verken metodisk eller i konteksten. Man vil heller ikke forandre praksis eller finne en bestemt metode for praksis i musikkterapi.

I medisinsk og helsefaglig forskning skilles det mellom tre forskjellige måter å forske på. Disse er *grunnforskning*⁵, *epidemiologisk forskning*⁶ og *klinisk forskning*. Hummelvoll (2010b) sier at praksisnær forskning ligger nærmest klinisk forskning. Klinisk forskning omfatter studier som utføres på mennesker, noe som inkluderer både intervensjonsstudier, hvor man for eksempel prøver ut et legemiddel eller en behandlingsmetode, og en mer utforskende og beskrivende undersøkelse av for eksempel ulike lidelsers subjektive uttrykk. Videre omhandler det hvordan konsekvenser av lidelsene kan mestres, og tilfredshet med behandlingsopplegg ved hjelp av semi-strukturerte spørreskjemaer og intervjuer (ibid, 2010b, s. 19). Dette går, som vi kan lese, rett inn i mitt prosjekt. GAMUT's⁷ prosjekt er en intervensjonsstudie og jeg skal undersøke hvilke konsekvenser forskningen har på praksis ved hjelp av semi-strukturerte intervju. Hummelvoll (2010b) sier videre at det å forske på en praktisk virkelighet kan bidra til å speile utvikling og endring av praksisformer, peke på mulige konsekvenser av utviklingen og å få innsikt i hva som faktisk foregår (ibid, 2010b, s. 19). Deltakende observasjon vil være relevant, slik som i GAMUT's studie hvor musikkterapeutene samler inn data fra sin egen praksishverdag.

Fanger RCT opp alle variabler som er til stede under forskning på mennesker og individuelle preferanser, spør DeNora (2006). I eksperimentelle studier er det et krav å ha kontroll på de variabler som skal undersøkes, noe man ikke klarer ved forskning hvor mennesker er deltakere. Kvalitative metoder gjør det mulig for forskeren å undersøke det komplekse mellomspillet mellom de varierende faktorene sammen med deltakerne (Bond & Corner, 2001). Aksjonsforskning er en tilnærming forskjellig fra tradisjonelle tilnærminger fordi forskning blir gjort *med* mennesker og ikke *på* dem (Bond & Corner, 2001), og man må ta hensyn til alle detaljer og nyanser som finnes når man forsker på mennesker (Ridder, 2003). Utfordringen til forskning innenfor helsesektoren er å utvikle passende metoder for å undersøke effektiviteten og styrken på intervensjoner sett fra perspektivet til personer med demens (Bond & Corner, 2001). De mener at ved å vise demens som et sosialt fenomen i stedet for en medisinsk kategori, trenger de å sikre at metoden som blir brukt gjør at demens ikke blir behandlet som en medisinsk utfordring (Bond & Corner, 2001). Som vi kan se er

⁵ ”Teoretisk eller eksperimentell virksomhet som søker ny kunnskap uten sikte på direkte anvendelse” (Hummelvoll, 2010b, s. 19).

⁶ ”Studier av sykdommers karakter og forekomst og studier av årsakssammenhenger” (Hummelvoll, 2010b, s. 19).

⁷ Griegakademiets senter for musikkterapiforskning. Se kap. 1.4.

praksisnær forskning et begrep mange mener er viktig og at forskning skal være praksisnær, men det er vanskelig å sette ord på hva er.

1.3 Problemstilling

Som allerede skrevet er det innenfor feltet geriatri behov for forskning som omhandler hvordan man kan forske på feltet uten at praksisen til de respektive faggruppene blir hindret i å gjøre en god jobb. Dette er en problemstilling som jeg har valgt å fokusere på i denne masteroppgaven. Jeg vil søke etter hva som ligger i begrepet praksisnær forskning og hvordan deltakelse i et forskningsprosjekt oppleves i musikkterapeuters praksis. Slik har problemstillingen blitt:

På hvilke måter kan deltakelse i et forskningsprosjekt virke inn på musikkterapeuters praksis?

For å få svar på dette spørsmålet har jeg formulert tre forskningsspørsmål, som også vil bli benyttet videre i oppgaven – både under utarbeidelse av intervjuguide, under teoridelen og under datainnsamlingsdelen. Ettersom mitt prosjekt ligger under GAMUT's⁸ pilotprosjekt vil jeg, gjennom underproblemstillingene, forsøke å finne ut om forskningsprosjektet benytter seg av praksisnær forskning. Ut i fra dette har mine underproblemstillinger blitt;

Hva er praksisnær forskning?

Bli musikkterapeutens praksis påvirket? Hvis ja – på hvilken måte?

Er dette forskningsprosjektet praksisnært?

1.4 Introduksjon til moderprosjektet

Denne masteroppgaven er koblet opp mot GAMUT's pilotprosjekt *Effekten av individuell musikkterapi på agitert atferd, livskvalitet og medisinerings hos personer med demens. RCT samt multiple cases*. Dette er et samarbeidsprosjekt mellom GAMUT, Uni helse og Universitetet i Bergen. Forskningsprosjektets varighet er fra 1. august 2010 til 31. juli 2012. Hovedlederen for forskningsprosjektet er Hanne Mette Ridder, mens Brynjulf Stige er prosjektleder i Norge. I forskningsprosjektet deltar det fem musikkterapeuter⁹ som alle er en del av nettverk for musikk og eldre, som ble startet av GAMUT. I dette nettverket er det også

⁸ Et forskningsprosjekt om effekten av individuell musikkterapi på agitert atferd, medisinerings og livskvalitet hos personer med demens. Se kap. 1.4.

⁹ Se kap. 2.1.

med musikkterapeuter fra hele landet som jobber innenfor eldreomsorgen. Et pilotprosjekt er en miniversjon av en studie som blir gjennomført før man binder seg til et større prosjekt (Robson, 2002, s. 97). Dette blir gjort slik at man kan finne ut av tekniske detaljer (ibid, 2002, s. 97), som for eksempel om dokumentasjonsskjemaene er enkle å fylle ut, og om de fanger opp det som faktisk skjer på en musikkterapi time. Pilotprosjektet er altså en utprøving av datainnsamling i en mindre målestokk, før en mer omfattende internasjonal undersøkelse settes i gang. Designet for forskningsprosjektet er en randomisert kontrollert studie (RCT) med ”two group randomized waiting list control, samt multiple cases” (Ridder et. al., 2010, s. 2). Musikkterapeutene velger ut to personer med demens som oppfyller inklusjonskriteriene. Disse blir randomisert i to grupper hvor en gruppe skal ha musikkterapi i seks uker, mens den andre gruppen står på venteliste og mottar standard omsorg – og etter seks uker bytter de. Den uavhengige variabel er *individuell musikkterapi* versus *standard omsorg*, og den avhengige variabel er *livskvalitet, agitert atferd og medisinerings*. For å måle livskvalitet blir skalaen Alzheimer’s disease-related Quality of Life (ADRQL)¹⁰ brukt. Agitert atferd blir målt med Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)¹¹. Begge instrumentene vil bli utfylt gjennom telefonintervju av primærkontakt på sykehjemmet. De kvalitative dataene består av musikkterapeutenes metodebeskrivelse, beskrivelse av målsetning, evaluering av målsetning og en kort casebeskrivelse (ibid, 2010).

Det kliniske arbeidet som datainnsamlingen er knyttet til foregår på fem forskjellige sykehjem her i Norge. Alle disse sykehjemmene har flere avdelinger, blant annet somatiske avdelinger, rehabilitering eller korttidsavdeling, palliativ avdeling og demens avdeling. Det er på demensavdelingen forskningen foregår. Intervensjonen som studeres i prosjektet er rettet mot å redusere agitert atferd. Agitert atferd er et av fem hovedsymptom for demens, hvor de fire andre er *amnesi, afasi, agnosi og apraksi* (Ridder, 2003). Amnesi betegner hukommelsestap. Delvis eller fullstendig tap av språk er afasi. Agnosi er manglende evne til å gjenkjenne objekter. En manglende evne til å utføre praktiske gjøremål til tross for forståelse over hva som skal gjøres kalles apraksi (ibid, 2003, s. 22). Agitert atferd kan beskrives som både fysisk og psykisk uro. Dette er et atferdsmessig og psykologisk symptom ved demens (APSD)

¹⁰ ADRQL inneholder 48 spørsmål, som er oppdelt i fem kategorier – ”samspill og samvær med andre mennesker, identitet og betydningsfulde relasjoner, adfærd, sædvanlige aktiviteter, samt adfærd i personens hjemlige omgivelser” (Ridder et. al., 2010).

¹¹ I CMAI tas det stilling til 29 forskjellige adferdsmønstre, for eksempel ”Går frem og tilbake uten formål”, ”Spytter”, ”Gemmer ting”, ”Har stereotype handlemønstre” eller ”Almindelig rastløshed”. Forekomsten av hver adferd vurderes på en skala fra 1(aldri) til 7(flere ganger i timen). Det er også mulighet til å svare 8(ville oppstå dersom ikke forhindret), 9(ikke observerbar) (Ridder et. al., 2010).

(Engedal & Haugen, 2005). Cohen-Mansfield & Billig (1986) definerer agitert atferd som; ”the inappropriate verbal, vocal, or motor activity that is not explained by needs or confusion of the individual per se,” (ibid, 1986, s. 712). Musikkterapien foregår i individuelle settinger. Musikkterapeutene jobber relasjonelt og med fokus på å avdekke og imøtekomme den enkeltes psykososiale behov (Ridder et. al., 2010). I musikkterapiforløpet fokuseres det på tre elementer – *ramme*, *regulering* og *relasjon*. Ramme betyr at musikkterapeuten skaper en trygg og gjenkjennelig ramme med utgangspunkt i musikalsk cuing. Regulering inneholder at musikkterapeuten bruker musikalske elementer til å regulere klienten til en tilstand hvor han/hun får kontakt med sitt eget selvberoligelsessystem, og dette aktiveres. Når en trygg og gjenkjennelig ramme og en tilstedeværende kontakt har blitt etablert har musikkterapeuten, gjennom relasjonen, mulighet til å dekke klientens psykososiale behov (ibid, 2010).

I pilotprosjektets forskningsprotokoll står det; ”Grundlaget for forskningsprosjektet er at utføre praksisnær forskning, hvor kliniske musikkterapeuter bidrager med dataindsamling fra deres daglige praksis” (Ridder et. al., 2010, s. 1). Som jeg skrev i forordet har jeg gjennom studienes løp vært interessert i hvordan litteraturen kan brukes i det praktiske, og hvordan forskningslitteraturen passer inn i en praksishverdag. Med utgangspunkt i disse refleksjonene, og innholdet i sitatet har min masteroppgave tatt form. Min oppgave vil være en vurdering av GAMUT’s prosjekt hvor jeg vil se på om forskningen kan sies å være praksisnær forskning, slik som de selv hevder at formålet med prosjektet skal være.

1.5 Oppgavens struktur

Innledningen er en introduksjon til selve oppgaven som presenterer tema, problemstilling og litteratur. Valg av metode blir presentert i kapittel 2.0. I kapittel 3.0 presenterer jeg litteratur om praksisnær forskning og hvilke utfordringer som ligger kvalitativ og kvantitativ forskningstradisjon i forhold til praksisnær forskning. De empiriske funnene blir presentert i kapittel 4.0. I kapittel 5.0 blir de empiriske funnene diskutert i forhold til litteraturen om praksisnær forskning. Det vil også bli gitt implikasjoner for praksis i dette kapittelet, samt at et kritisk blikk vil bli kastet over forskningen. Oppgaven avsluttes med en oppsummerende konklusjon.

2.0 Metode

Datainnsamlingsmetoden jeg har benyttet meg av i denne oppgaven er kvalitative forskningsintervju av fem musikkterapeuter. Gjennom intervjuene har jeg forsøkt å finne ut av *hvordan deltakelse i et forskningsprosjekt kan virke inn på musikkterapeuters praksis*. Jeg valgte å inkludere musikkterapeuter i prosjektet pga problemstillingens fokus som etterlyser praksisnærhet i forskning. Utvalget består av alle musikkterapeutene som er knyttet til forskningsprosjektet¹². Forskningstradisjonen jeg befinner meg innenfor er hermeneutikken, hvor for forståelsen står sterkt. Analysemetoden jeg har tatt utgangspunkt i har vært en tematisk analyse hvor jeg har funnet kategorier som har kommet til syne gjennom flere lesninger av intervjuene og en kodingsprosess.

2.1 Utvalg

Forskningsprosjektet jeg har knyttet meg opp til inkluderer musikkterapeuter fra Danmark, Australia og Norge i studien. Jeg har valgt å inkludere de fem musikkterapeutene som jobber i Norge. I startfasen av prosjektet vurderte jeg også å inkludere sykepleiere (primærkontaktene til klientene), men gikk bort fra dette for å begrense datamengden. Det er også usikkert hva sykepleierne kunne ha bidratt med, av relevans, i forhold til musikkterapi praksis.

Ettersom det norske utvalget i forskningsprosjektet er forholdsvis lite, har det vært mulig for meg å inkludere alle musikkterapeutene som er med i forskningsprosjektet, for å få et stort nok utvalg som har kunnet vise en bredde i mitt datamateriell. Variasjonsbredden, som er vanlig i et strategisk utvalg (Malterud, 2003), finner man også i mitt utvalg. Både i forhold til at musikkterapeutene som deltar har forskjellig praksisbakgrunn og erfaringer fra forskjellige praksisfelt, samt at noen av informantene har jobbet med personer med demens og agitert atferd tidligere, mens andre aldri har jobbet innenfor feltet. Informantene har selv sagt at de kan ha sitt eget navn i oppgaven, men jeg har valgt å utelate navn på institusjonene der dette har vært nødvendig. Dette har jeg gjort da det ikke har noe å si for meningen i sitatene, og informanten det gjaldt ville at dette skulle bli gjort. I samråd med informantene kan jeg introdusere musikkterapeutenes fulle navn, Silje U. Dæhlie, Frode Aa. Kristiansen, Solgunn E. Knardal, Berit Bøysen og Kaja Elise Enge. Silje, Frode og Solgunn er i fast jobb ved ulike sykehjem/aldershjem. Silje har ikke jobbet så mye individualterapeutisk innenfor dette feltet tidligere, men er noe kjent med det. Frode har jobbet innenfor feltet før, da mest i grupper

¹² Se kap. 1.4.

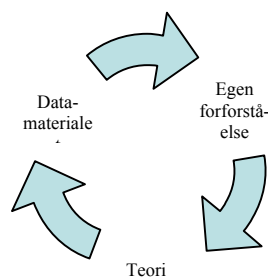
hvor han har fokusert på agitert atferd hos hver og en ut i fra et ”her og nå” perspektiv. Solgunn har også jobbet innefor feltet, både i grupper og individuelt. Berit har for tiden permisjon fra sin faste jobb, og valgte å knytte seg opp mot et annet sykehjem enn der hun ellers jobber for å delta i dette prosjektet. Hun har tidligere jobbet innenfor dette feltet, men ikke individualterapeutisk. Kaja har valgt å knytte seg til et sykehjem for å kunne samle inn data til prosjektet, og har ingen erfaring innenfor musikkterapi i eldreomsorgen, og da heller ikke med personer med demens og agitert atferd. Som dette viser har noen av mine informanter mer erfaring innenfor feltet musikkterapi med personer med demens og agitert atferd enn det andre har. Alle informantene har en mastergrad i musikkterapi, men det er også en variasjon i hvor de har denne graden fra, henholdsvis Norge og Danmark. Utvalget representerer stor variasjon og jeg har dermed mulighet til å oppdage heterogene mønstre og problemer som oppstår i musikkterapeuters praksis under et forskningsprosjekt (Ryen, 2002, s. 88).

2.2 Hermeneutikken

Hermeneutikken er kunsten og vitenskapen om fortolkning (Robson, 2002; Alvesson & Sköldberg, 2009). En hermeneutisk tilnærming innebærer å forsøke å forstå enkeltdeler i lys av helheten og helheten i lys av enkeltdelene (Robson, 2002). Denne prosessen kalles ”den hermeneutiske sirkel” (Robson, 2002; Alvesson & Sköldberg, 2009). For å forstå helheten må man også forstå konteksten som materiellet stammer fra (Alvesson & Sköldberg, 2009). Gjennom min problemstilling og datainnsamling blir denne kontinuerlig tilbakevendingen til det originale materialet viktig. Jeg søker etter meningen i intervjuene, det informantene forteller om i intervjuene. Informantenes utsagn blir fortolket ved hjelp av transkripsjoner, for slik å kunne fortolke en tekst. Jeg synes også at det er viktig å se helheten i lys av kontekst og konteksten i lys av helheten. Dette blir som den hermeneutiske sirkel hvor man stadig vender tilbake til det originale utgangspunkt.

Helt fra begynnelsen har hovedelementet i hermeneutikken vært at meningen i en del bare kan bli forstått dersom den er relatert til helheten (Alvesson & Sköldberg, 2009). Kvale & Brinkmann (2009) hevder at hermeneutikken kan lære kvalitative forskere å analysere intervjuene sine som tekster, og samtidig lære forskerne å være oppmerksomme på at den kontekstuelle fortolkningshistorien er betinget av historie og tradisjon (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 70). Dette vil si at jeg vil bruke transkripsjonen av intervjuene og tolke disse som

tekster. Forforståelsen er viktig og blir en ressurs i hermeneutikken. Min forforståelse til musikkterapi i eldreomsorgen omfatter praksiserfaring som musikkterapistudent på et sykehjem over en fire ukers periode, og praksiserfaring som ferievikar som pleieassistent på et sykehjem. Jeg leste også om praksisnær forskning før intervjuene fant sted og analysearbeidet begynte. Lettfattelig kan man si at forforståelsen handler om verdier i livet, og en forhåndskunnskap i forhold til den kontekst man undersøker (Kvale & Brinkmann, 2009). Man bruker forforståelsen samtidig som man har denne stadig tilbakevendingen mellom tekst og analyse (Alvesson & Sköldbberg, 2009). Hele prosessen blir altså en stadig bevegelse mellom datamaterialet, egen forforståelse og teori, slik figuren under illustrerer:



2.3 Semi-strukturert intervju

Datainnsamlingen for min masteroppgave, har vært semi-strukturert intervju av fem musikkterapeuter. Jeg valgte semi-strukturert intervju fordi man har forhåndsbestemte spørsmål, samtidig som man kan modifisere disse ut ifra hva man som intervjuer ser som mest hensiktsmessig (Robson, 2002; Kvale & Brinkmann, 2009). Som intervjuer har jeg hatt frihet til å stille oppfølgingsspørsmål knyttet til det tema det blir lagt vekt på (Robson, 2002; Kvale & Brinkmann, 2009).

Intervjuene foregikk på forskjellige tidspunkt i datainnsamlingsforløpet i forskningsprosjektet. Dette tror jeg kan ha bidratt til at datamaterialet har fanget opp flere nyanser i forhold til hvordan musikkterapeutene har opplevd det å delta i et forskningsprosjekt. To av informantene ble intervjuet etter den første 6 ukers perioden i forskningsprosjektet, mens en informant ble intervjuet senere i datainnsamlingsforløpet. De to resterende ble intervjuet etter at den første runden med datainnsamling i forskningsprosjektet var avsluttet.

2.3.1 Gjennomføring av intervju

Før båndopptakeren ble satt på og intervjuet startet stilte jeg noen bakgrunnsspørsmål som omhandlet utdanning, erfaring og forventninger i forhold til det å delta i forskningsprosjektet. Svarene på disse skrev jeg ned på et ark. Ryen (2002) sier at slike hverdagslige spørsmål er med på å ufarliggjøre intervjusituasjonen. Åpningsspørsmålene var nokså hverdagslige, og var viktig bakgrunnsinformasjon for det videre intervjuet. Jeg spurte også informanten om han/hun ville være anonym og om han/hun ville lese transkriberingen og analysen av intervjuet. Da båndopptakeren ble satt på la jeg frem problemstillingen for mitt prosjekt, slik at informanten kunne ha denne i bakhodet mens intervjuet forgikk. I de første intervjuene forholdt jeg meg nært opp til intervjuguiden¹³, hvor jeg la lagt vekt på åpne spørsmål og fleksibilitet i forhold til tema, kontekst og det informanten kom med spontant (Ryen, 2002). Det har vært viktig for meg å ha noen forberedte spørsmål, men samtidig kunne plukke opp det informantene fortalte fortløpende. Dette førte til at intervjuet fløt naturlig, og samtidig at det ble noe strukturert med en agenda jeg måtte gjennom. I intervjuene ble det naturlig å følge opp svarene til informanten med oppfølgingsspørsmål og oppsummeringsspørsmål. På den måten sikret jeg at min forståelse av utsagnet stemmet overens med det informanten selv mente. Under intervjuet brukte jeg teknikker som er hentet fra hverdagslig samtale ved å smile eller nikke til informanten når han/hun sa noe jeg ville høre mer om (Ryen, 2002). Stillheten var viktig i intervjuene, for å sikre meg at informanten fikk si det han/hun ville si om temaet, før jeg gikk videre til et nytt tema. Noen steder i de forskjellige intervjuene snakket informanten fort og sa viktige ting som jeg ikke fikk stilt oppfølgingsspørsmål til. Dette var utsagn som for eksempel Kajas sitat: ”Det blir som vanlig praksis.” Under intervjuet ble dette sagt midt i en tankerekke, og jeg tenkte ikke på å stoppe henne. Da jeg transkriberte intervjuet ble det veldig tydelig for meg, og jeg skulle ha stilt oppfølgingsspørsmål. Intervjuene hadde forskjellig varighet, rundt 30-45 min, alt ettersom hvor mye informanten hadde å si om de forskjellige temaene.

¹³ Se vedlegg 1.

2.4 Transkripsjon

Det å oversette fra et talespråk til et skriftspråk er en vanskelig prosess som krever mange vurderinger og beslutninger. Jeg har derfor forsøkt å transkribere intervjuene slik at de mange talespråklige finessene kommer frem i den skriftlige teksten (Kvale & Brinkmann, 2009). Intervjuene har blitt transkribert umiddelbart etter at de fant sted. Dette er gjort for å få en god gjengivelse av det informantene fortalte (Dalen, 2004). Videre ga dette mulighet til å etablere en god oversikt over de dataene jeg hadde fått, samt at analyseprosessen umiddelbart kunne settes i gang (Dalen, 2004; Kvale & Brinkmann, 2009). Ettersom det i dette prosjektet er innholdet i intervjuene som er viktig ble alle intervjuene transkribert på bokmål, uavhengig av hvilken dialekt intervjuobjektet hadde. Det har vært nødvendig å veksle mellom transkripsjonen og det opprinnelige intervjuet for at innholdet i intervjuene har blitt ivaretatt (Kvale & Brinkmann, 2009). I transkripsjonen har jeg inkludert latter, pauser, og tenkeord som ”eh”. Jeg har ikke transkribert mine egne uttrykk for å få informanten til å si mer om et tema, som ”mhm”, ”ja” osv, da dette ville ha forstyrret flyten i transkriberingen og teksten. Jeg har til en viss grad redigert sitatene slik de står i analysekapittelet. Dette har jeg gjort fordi det ville vært vanskelig og til tider irriterende for leseren å lese et muntlig språk. Meningen i intervjuet kommer allikevel frem i sitatene, og det er informantens egne ord som står i teksten.

2.5 Analyse

En analyse av kvalitative data handler om å redusere datamengden (Ryen, 2002). Redusering av datamaterialet har jeg foretatt i analysen ved at jeg har funnet frem til ulike kategorier som inneholder kun det jeg ser på som viktig ut ifra problemstilling og oppgavens fokus. Ryen (2002) sier at den kvalitative analyseprosessen kan sies å bestå av aktiviteter hvor ”man tar et skritt tilbake for å betrakte, reflektere og analysere for så å trekke konklusjoner” (ibid, 2002, s. 147). Dette er noe som kan knyttes til den hermeneutiske sirkel hvor man forstår delen ut i fra helheten og helheten ut ifra delen (Alvesson & Sköldberg, 2009).

I analyseprosessen har jeg tatt utgangspunkt i Ryens (2002) beskrivelse av ”iterativ eller gjentakende analyse” (ibid, 2002, s. 153). Dette er en analyse som består av ”en serie sløyfer” (ibid, 2002, s. 157) – noe jeg tenker at også hermeneutikken består av. Ryen (2002) viser til Miles og Huberman (1994) og beskriver tre prosesser som pågår gjennom hele analysearbeidet. Disse er datareduksjon, som består av at dataene reduseres fra man velger

begrepsmessig utgangspunkt og metodisk tilnærming, under selve intervjuene og til kategoriseringen. Den andre er datavisning hvor man søker mening gjennom å fokusere på enkeltdeler av dataene. Deretter kommer utledning og verifisering hvor man trekker ut mening fra resultatene fra forrige prosess. I denne prosessen ser man etter mønstre som går igjen i dataene, og søker intuitiv mening i dem, før man begynner å gruppere dataene (ibid, 2002).

Analysearbeidet og kategoriseringen av intervjuene var en lang og møysommelig prosess. Kategoriene som etter hvert tok form sprang ut gjennom denne fremgangsmåten: Da intervjuene var ferdig transkriberte leste jeg hvert intervju nøye. Videre foretok jeg nok en grundig gjennomlesning samtidig som jeg skrev ned sitater som jeg intuitivt syntes var viktige. Denne prosessen gjentok jeg med alle intervjuene for på den måten å kunne se om det fantes sammenhenger i disse. Deretter hadde jeg en veiledningstime hvor jeg sammen med veileder fant en analysemetode som passet meg og min måte å jobbe på. Jeg laget da en tabell (figur 1) og limte et intervju inn i denne. Samtidig som jeg leste intervjuet skrev jeg ned kommentarer som dukket opp under lesningen, og skrev ned kodinger som markerte hovedinnholdet i avsnittene. Dette gjorde jeg med alle intervjuene, og etter hvert så jeg at flere av kodingene handlet om det samme temaet. Veileder var også med i denne prosessen og hjalp meg videre på veien med å se sammenhenger i kodingene. Noen av kodingene ble forkastet da de ikke helt fanget opp innholdet i teksten og ble forandret til mer meningsbærende kodinger. Kodingene som handlet om det samme temaet ble til kategorier. Dette arbeidet førte til tre hovedkategorier og tre underkategorier. Etter at kategoriene var på plass satte jeg alle sitatene sammen i de respektive kategoriene. Til å begynne med hadde jeg flere kategorier, men etter hvert så jeg at noen av sitatene kunne flyttes til andre kategorier. Så begynte jeg å reflektere over hva informantene egentlig sa i intervjuene, og hva informantene kunne mene med utsagnene. Disse refleksjonene skrev jeg ned sammen med sitatet, og noen av refleksjonene tok utgangspunkt i kommentarene jeg tidligere hadde skrevet i tabellen. Refleksjonene ble etter hvert bearbeidet og er nå de refleksjonene som er gjengitt i analysekapittelet. Etter at alt dette var gjort forandret jeg på kategorinavnene, i samarbeid med veileder, slik at de fikk en meningsbærende tittel og at man ut i fra denne kan se hva innholdet i kategoriene er.

Figur 1

Intervju	Koding	Kommentar	Kategori
Jeg synes det er spennende. ... Spennende både fordi at ..for min del så er det et nytt felt. ...For meg, eller nytt og nytt felt. Jeg har jo selvfølgelig vært borte i det, men individualterapeutisk, som jeg sa. Individualterapeutisk som jeg sa i stad, så har jeg beveget meg mer innenfor depresjon, angst og demens, og palliativ behandling.	Spennende Individual-terapeutisk – nytt felt	Har jobbet individualterapeutisk før, men ikke med personer med agitert atferd	Deltakelse som motivasjon og faglig utvikling - Prosjektet som en læringsmulighet

Da analysen var ferdig foretok jeg en medlemsvalidering¹⁴ ved at jeg sendte ut analysen til alle informantene. Dette gjorde jeg for å sikre at jeg ikke hadde tolket utsagn i en helt annen retning enn det informanten selv hadde ment, og for at informantene selv skulle ha en mulighet til å si hva de tenkte om mine fortolkninger. Gjennom medlemsvalideringen fikk også Kaja en mulighet til å utdype det sitatet¹⁵ jeg ikke stilte noe oppfølgingsspørsmål til (som sagt i kap. 2.3.1).

Jeg valgte å involvere veileder såpass mye i analyseprosessen fordi jeg selv aldri har foretatt en analyse av intervju, og følte meg alene i prosessen. Det var godt å kunne gjøre arbeidet til dels sammen med noen da jeg ville sikre meg slik at jeg ikke overså viktige perspektiver i intervjuene. Veileder fikk derfor tilgang på de transkriberte intervjuene.

¹⁴ Fra engelsk: memeber checking (Robson, 2002, s. 175).

¹⁵ ”Det blir ikke som vanlig praksis” (jfr. kap. 4.0).

2.6 Etikk

Kvale og Brinkmann (2009) lister opp fire områder som diskuteres i etiske retningslinjer for forskere, informert samtykke, konfidensialitet, konsekvenser og forskerens rolle. Dette har ligget som en bakgrunn for problemstillinger jeg har måttet tatt hensyn til i en tidlig fase av prosjektet. Formelle etiske klareringer er innhentet for hovedprosjektet. Da disse også dekket min studie var en ny etisk klarering ikke nødvendig.

Før intervjuets start spurte jeg om informantene ville være anonyme i oppgaven, og om de ville lese intervjuet når det var ferdig transkribert (som sagt i kap. 2.3.1). Dette kaller Kvale & Brinkmann (2009) konfidensialitet. Informantene uttrykte at de ikke trengte å lese det transkriberte intervjuet, men at de gjerne ville lese analysen når et utkast var ferdig, for slik å sikre seg at de har blitt forstått riktig. Dette er også kalt medlemsvalidering (som beskrevet i kap. 2.5). Datamaterialet har blitt oppbevart utilgjengelig, i henhold til det etiske reglementet. Informantene er ikke anonymisert, da de selv har ønsket å stå frem med fullt navn, ettersom prosjektet ikke omfatter sensitiv informasjon. Som allerede sagt har de også lest analysen og kunne på den måten velge å slette deler av dette dersom de syntes det var for personlig.

Alle informantene i prosjektet er rollemodeller for meg, og befinner seg innenfor et arbeidsfelt jeg vil arbeide når jeg er ferdig utdannet. Dette har medført at jeg har behandlet informantene med mer respekt, og kanskje vært mer ydmyk ovenfor den erfaring de har enn det jeg ellers ville vært dersom informantene befant seg innenfor et felt jeg ikke hadde noe forkunnskap om. Informantene har årevis med praksiserfaring bak seg, uavhengig av om denne er innenfor eldreomsorgen, og sitter dermed med en praksiskunnskap jeg ikke kan sette meg inn i. Dette kan ha vært positivt ovenfor de dataene jeg har fått ut av intervjuene. Det kan ha ført til at informantene har vært mer åpne ovenfor meg enn om det var en musikkterapeut med årevis erfaring som intervjuet dem, ettersom de kanskje har et annet forhold til en student enn en person med lik eller mer praksiserfaring.

En informant har vært timelærer for meg på studiet. Dette kan ha ført til at informanten har hatt mer kunnskap om mitt prosjekt fra før, og dermed har kunnet reflektert mer over temaet enn det de andre informantene har hatt mulighet til. Jeg tror dette har vært fruktbart for mitt prosjekt. En annen side ved det er at forholdet kan ha ført til at jeg har vært tilbakeholden i min rolle. Selv har jeg imidlertid inntrykk av at dette har gått fint, da jeg har hatt en god tone med informanten i undervisnings-sammenheng. Jeg har også hatt et lærerforhold med flere

aktører i forskningsprosjektet. Dette har ikke vært noen stor etisk utfordring for meg. Jeg har sett på det mer som en berikelse, ettersom jeg har hatt god tilgang på den informasjonen jeg har hatt behov for om forskningsprosjektet. Jeg har hatt kjennskap til begge sider ved prosjektet, og har på den måten kunnet sette meg inn i de forskjellige perspektivene ved studien.

Et annet perspektiv er at informantene kanskje kan ha følt seg usolidariske ovenfor forskningsprosjektet dersom de har fortalt noe negativt om studien. For mitt prosjekt har dette vært en berikelse, ettersom fokuset har vært på om musikkterapeutene føler at forskningsprosjektet utfører praksisnær forskning. Det har vært viktig i mitt prosjekt å få frem alle sidene ved det å forske på praksis, på godt og vondt.

3.0 Teorikapittel

Når jeg har nærmet meg temaet praksisnær forskning har det vært slående at litteraturen har satt kvantitativ og kvalitativ forskning opp mot hverandre. Jeg har derfor sett det som nødvendig å utforske de utfordringene som ligger i disse ulike tilnærmingene. Som sagt i kap. 1.2 nevner Hummelvoll (2010b) praksisnær forskning i forbindelse med klinisk forskning. Med begrepet klinisk forskning forstår Hummelvoll (2010b) ”planlagte studier som utføres på mennesker” (ibid, 2010b, s. 19). Dette inkluderer både effektstudier og utforskende og beskrivende undersøkelser. Hummelvoll sier at studier i praksisvirkeligheten kan bidra til å skape utvikling og endring av praksisformer, peke på mulige konsekvenser av utviklingen og til å få innblikk i hva som faktisk foregår i praksishverdagen (ibid, 2010b). Dette er en del av det jeg vil drøfte i det følgende kapittelet, noe som også kan knyttes direkte opp mot det informantene sier i intervjuene (jfr. kap. 4.0). Som jeg skrev i innledningen (kap. 1.2) brukes begrepene *forske i det praktiske* og *praksisnær forskning* om hverandre. Som Hummelvoll (2010b) sier, er det nettopp dette som forutsettes av praksisnær forskning – at det skal forskes i den praktiske virkelighet. Med den praktiske virkelighet forstår jeg, gjennom å ha lest Hummelvoll (2010b), å forske i arbeidshverdagen til noen. Dette kan bety både det å utvikle praksis, forandre praksis eller å beholde praksis slik den er, for å kunne se hvordan praksis er i virkeligheten (ibid, 2010b; Willumsen & Studsrød, 2010; Lykkeslet & Gjendedal, 2007). Hummelvoll (2010b) sier at deltakende observasjon er relevant for å gjøre praksisnær forskning, og viser også til aksjonsforskning som en tilnærming der deltakende observasjon er en viktig del og en god tilnærming dersom en praksisendring for deltakerne er målet med forskningen (ibid, 2010b).

3.1 Hva er beskrivende for praksisnær forskning?

Willumsen & Studsrød (2010) sier at praksisnær forskning ligger nært opptil forskning som på engelsk omtales som bl.a. ”Community Campus Partnership”, ”Participatory Action Research” og ”Community-Based Research”. Den forskningen som Willumsen & Studsrød (2010) kaller praksisnær er den type forskning hvor hensikten er å undersøke og dokumentere sosiale ulikheter overfor neglisjerte grupper. Videre sier de at målet er å bidra til positive forandringer hos gruppen (ibid, 2010, s. 29). Willumsen & Studsrød refererer til Community-Based Research og deltakende aksjonsforskning når de snakker om praksisnær forskning (ibid, 2010). Dette sier noe om at dersom man skal gjøre praksisnær forskning, kreves det at forskeren deltar aktivt i prosessen og bidrar til en endring for gruppen som blir forsket på.

Lykkeslet & Gjengedal (2007) skriver om praksisnær forskning i forhold til sykepleie, og hevder at dersom forskningen skal være praksisnær må det nettopp være samarbeid mellom forsker og deltakere i studien, slik at alle parter deler av sin kunnskap. Videre sier de at dette er en kontrast til tradisjonell forskning hvor forskeren studerer feltet fra utsiden, mens forskeren i praksisnær forskning er sammen med deltakerne (ibid, 2007, s. 700).

Praksisnær forskning er en type forskning som kan gjøre kunnskap lettere tilgjengelig og nyttig for folk flest (Willumsen & Studsrød, 2010). I sin forklaring av praksisnær forskning sier Willumsen & Studsrød (2010) at denne tilnærmingen omfatter en utvikling av forskjellige samarbeidsformer mellom utdanning og praksisfelt, hvor samarbeidet kan bestå av både praktikere og brukere (ibid, 2010). Dette står i kontrast til en mer naturalistisk begrunnet forståelse av praksisnærhet, hvor det blir lagt vekt på at det som skal forskes på ikke skal bli påvirket av forskningen, men at forskningen smidig skal inngå i praksishverdagen. Den naturalistiske tilnærmingen sier at forskningen ikke skal påvirke praksis på noen måte, mens Willumsen & Studsrød (2010) og Hummelvoll (2010b) ser på praksisnær forskning som noe som skal forandre praksis til fordel for brukerne av praksisfeltet. Det skal skje en endring for deltakerne i forskningsprosjektet – noe som de selv har vært med på å utvikle, sammen med både praktikere fra praksisfeltet, forskere og kanskje også studenter (Willumsen & Studsrød, 2010).

3.1.1 Forskning og møte med mennesker

Nerheim (1995) sier at helsevitenskaper, som omfatter blant annet medisin, psykiatri, sykepleievitenskap og fysioterapi, er enten direkte eller indirekte praksisrelaterte fag som tradisjonelt er knyttet til naturvitenskapens teori (ibid, 1995, s. 13). Den verbale dialogen i et pleier – pasient forhold har en betydelig verdi, som betyr mye for hele behandlingsforløpet. Dette er også noe som kommer til uttrykk gjennom relasjonen som etableres gjennom et terapiforløp mellom musikkterapeut og klient. Gjennom forskningsprosjektet forsøker man å finne ut om musikkterapi har noen effekt på agitert atferd, medisinerings og livskvalitet gjennom en randomisert kontrollert studie (RCT)¹⁶. Studien har også kvalitative komponenter, blant annet at musikkterapeutene har mulighet til å skrive egne kvalitative artikler etter at forskningsprosjektet er avsluttet. Det at et menneske, her musikkterapeuten, ser klienten i en annen kontekst og ser ressursene vedkommende har, bidrar til en opplevelse av mestring ved

¹⁶ Se også kap. 3.2.1.

at musikkterapeuten anerkjenner klienten med alle dens sykdommer og lidelser. Dette tror jeg kan være med på at det ser ut til at musikkterapien har vært vellykket. Men kanskje kan det være at et menneske har tatt seg tid til å se, berøre og snakke med klienten og dermed fått vedkommende til å føle seg verdsatt? Det er viktig å kunne se et menneske for den personen vedkommende er, og ikke fremmedgjøre vedkommende ved å omtale en person som en diagnose eller som et romnummer. Dette er noe som kan forekomme både på sykehus og sykehjem hvor det stadig er utskiftninger av både personale og pasienter. Av egenerfaring som pleieassistent ved et sykehjem, vet jeg at det kan være vanskelig å ta seg tid til å snakke med beboerne og se deres behov til enhver tid, da det er mange andre oppgaver som også skal utføres. Jeg ser det derfor som viktig at musikkterapeuten inngår et tverrfaglig samarbeid med det øvrige personalet på avdelingene, slik at beboerne både får den daglige omsorgen, og blir sett. Som musikkterapeut er det viktig å kunne se, anerkjenne, støtte, speile og å gi klienten ressurser i et musikalsk samspill. Dette er elementer som er på det menneskelige plan, hvor klient og terapeut møtes som den de er og deretter bygger en relasjon sammen. Relasjonen kan være med å skape trygghet for klienten i andre kontekster, som for eksempel ved overgangssituasjoner for personer med demens og agitert atferd hvor musikkterapeuten kan være med å støtte personen med demens gjennom situasjonen med musikken. Musikken som klient og terapeut deler og det som kommer til uttrykk gjennom det musikalske samspillet er noe som bidrar til anerkjennelse, bygging av selvtillit og ressurser. Denne betydningen av musikken for et annet menneske, som kanskje har utfordringer i forhold til det å uttrykke den han/hun tenker, er viktig å ta vare på gjennom et tett samarbeid på avdelingen. Det kreves derfor et tverrfaglig samarbeid mellom de forskjellige profesjoner på sykehjemsavdelingen for at klienten skal kunne få best mulig utbytte av musikkterapien. I musikkterapien ligger det altså et behov for at forskningen skal kunne fange opp både det menneskelige og mellommenneskelige, inkludert musikken og samspillet som klient og terapeut deler.

Det at noen må "oversette", eller tolke hva klientene mener gjør at noe blir borte underveis, og at man ikke helt klarer å sette seg inn i den enkeltes situasjon. Nerheim (1995, s. 185-189) snakker om dette i forbindelse med *naturvitenskapens "enveiskommunisierende" språk* (ibid, 1995, s. 185). Nerheim snakker her om forholdet mellom pasient og sykepleier/lege, men jeg mener at dette også kan gjelde i musikkterapi mellom klient og musikkterapeut, eller i forskningsprosjektet hvor primærkontakt og avdelingspersonell har et ansvar ved å følge opp observasjonen på klienten utenom musikkterapitimene. Nerheim sier at noe blir borte på veien mellom klienten og personalet/terapeuten. Her kan det direkte trekkes en parallell til en

musikkterapitime hvor aktivitetene og responsene skal registreres i et registreringsskjema. Noe blir borte underveis, ved at de ikke-musikalske variablene blir utelukket fra registreringsskjemaene, som for eksempel hudkontakt, vind i håret, sanseinntrykk som lukter, farger og lignende, samt relasjonen mellom klient og terapeut som kan spille inn på den responsen man får i musikken.

3.1.2 Praksis i kontekst

Erlandsen et. al. (1993) sier at vi har akseptert den vitenskaplige metoden uten å stille spørsmål ved forutsetningen om objektiv kunnskap. Vi har hele tiden håpet på en statistisk prosess og pc-ens muligheter til å hjelpe oss i å kvantifisere og manipulere de komplekse forskjellene som vi støter på i sosiale settinger. På den måten har vi aldri tenkt på at objektive kvantifiseringer kan være en del av problemet og ikke løsningen (ibid, 1993, s. 6), noe også DeNora (2006) foreslår. Kontekst-sensitiviteten, som er et viktig element i musikkterapien, blir med en slik forskningstilnærming utelatt. Med deltakende aksjonsforskning som en tilnærming vil dette bli fanget opp på en bedre måte, ettersom praktikerne og også ofte en representant fra gruppen som blir studert, er aktivt deltakende med i forskningsprosessen (Stige, 2002). En annen del som er viktig i forhold til kontekst-sensitivitet er deltakende observasjon, noe som ofte er en del i mange kvalitative tilnærminger. Når man foretar en periode med deltakende observasjon studerer man konteksten grundig, og forskeren får et innblikk i hvordan praksishverdagen foregår. Med en slik tilnærming ser forskeren de utfordringer som ligger i praksishverdagen, og kan tilpasse forskningsdesignet på en slik måte at alle variablene blir inkludert.

3.1.3 Samarbeid og helhetsforståelse

Nerheim (1995) sier at man særlig ser to tendenser i behandlingsarbeidet som bidrar til en vitenskapliggjøring av medisin og helsefag (ibid, 1995, s. 14). Disse er ”det kliniske kollektiv” og en helhetsorientering, ”holistisk” (bio-psyko-sosial) og anti-essensialistisk forståelsesmodell. ”Det kliniske kollektiv” er et fellesskap som inkluderer alle helsefaglige yrkesgrupper som har kontakt med pasienten i behandlingssystemet, det være seg leger, laboratorieingeniører, terapeuter og forskjellig karakter og sosionomer. På den måten etableres kontakten mellom kollektivet og pasienten på flere plan (ibid, 1995, s. 14). Dette belyser at tverrfaglig samarbeid innad på sykehjemmet er en viktig del av behandlingstilbudet. Det gjør at pasienten blir sett på flere nivå, da så mange forskjellige profesjoner er

inne i behandlingstilbudet (ibid, 1995). Som nevnt i innledningen (kap. 1.1) er dette også noe som Samhandlingsreformen (St.meld. 47, 2008-2009) er inne på. ”Helhetsorientert sykdomsforståelse” betyr at pasienten ikke forstås som ”diagnose-pasienten”¹⁷, slik som man i et lukket system hvor man isolerer pasienten fra omgivelsene for å kunne kontrollere hvordan de forskjellige variablene virker inn på resultatene av forskningen (ibid, 1995, s. 14). Helhetsforståelse vil altså si å se pasienten i et vekselforhold med omgivelsene, slik at identifiseringen av fenomenet krever at man går ut over ”lidelsen selv” og forstår dens ”mening” som konsekvenser av spesielle omstendigheter i pasientens livsform og kropp (ibid, 1995, s. 14-15). Noe som kan komme inn dersom man ikke har en helhetsforståelse av sykdomsforløpet er stigmatisering. Noen merkelapper på sykdommer kan ha en stigmatiseringseffekt. Som for eksempel kan det å bli kalt ”dement” eller ”forvirret” føre til at personer rundt får en nedlatende holdning til personen med demens (Bond & Corner, 2001, s. 102). Personer med demens kan bli stigmatisert fordi de har en atferd som er unormal i forhold til normen, eller har en problematisk atferd, da det er de sosiale kjennetegnene som gjør at individ eller en gruppe blir avvist (Dingwall, 1976 i Bond & Corner, 2001, s. 103). En helhetsorientert sykdomsforståelse vil altså si at man hele tiden må se pasienten i forhold til omgivelsene på avdelingen. Kanskje det er noe på avdelingen som bidrar til at pasienten er agitert? Kanskje noen situasjoner er mer uoversiktelige for personen med demens, og musikkterapien kan gjøre denne situasjonen trygg for pasienten og håndterbar for personalet? – slik som Stige (2002) sier at musikkterapien har evne til å forandre kontekst.

3.1.5 Forskningen inn i praksishverdagen

Forskning skiller seg fra praksis på forskjellige måter (Bruscia, 1995, s. 22). Praksis handler for eksempel om å arbeide med klienter, mens forskning handler om å studere hva som faktisk blir gjort (ibid, 1995). På den andre siden er forskning ment til å øke eller modifisere kunnskapen i musikkterapi, mens klinisk praksis skal hjelpe klienter til å få helse, som det står i Bruscia (1995), noe han senere forandret til å handle om at musikkterapi skal fremme helse hos klienten (Bruscia, 1998, s. 20). Forskning og praksis har altså forskjellige syn på den samme saken. Forskere ser data, mens praktikere ser personer. Derfor må forskningsdata bli oversatt til praktikernes syn før det blir sett på som relevant av praktikerne (Fox, 2003, s. 83). Praktikerne trenger noe gjenkjennbart før de kan sette det inn i praksishverdagen. Praktikerne trenger en kontekstualisering av forskningsresultatene før disse kan effektueres

¹⁷ At pasienten blir omtalt som den diagnosen pasienten har fått, og ikke blir sett som en person.

praksishverdagen. Dette er også en del av problemet vedrørende at det som kommer ut av forskningen ikke blir tatt inn i praktikernes hverdag. Angel (2003) hevder også at de ulike kunnskapsformene i sosialt arbeid kommer til uttrykk gjennom de forskjellige situasjonene sosialarbeideren møter. Det kan derfor være vanskelig for praktikerne å velge den kunnskapen som kommer som resultat av RCT forskning, ettersom praktikerne henter frem kunnskap som er relevant for den enkelte praksissituasjon (Angel, 2003). Forskere og praktikerne må derfor samarbeide om en tilnærming til denne gjennomføringen (Fox, 2003, s. 83). Fox (2003) nevner tre mulige løsninger. Den første mulige løsningen kan være at praktikerne vet best og burde gjøre forskningen selv uten forstyrrelser fra en erfaren forsker (konservativt utgangspunkt). Praktikerne mangler nøkkelen kunnskapen og man må finne muligheter som kan utvikle dem til å utføre effektive tjenester (evidensbasert praksis tilnærming) er i følge Fox (2003, s. 83) den andre mulige løsningen. Den tredje mulige løsningen går ut på at man ikke skal skyldes på praktikerne for å ignorere forskningsbevis, men at feilen ligger i forskningsmodellen som har blitt utviklet i akademien (ibid, 2003, s. 83). Forskning bidrar til praksis, men det er opptil forskeren å forandre måten å jobbe på, slik at den passer overens med praksis (Fox, 2003, s. 84; DeNora, 2006).

Innenfor samfunnsvitenskapen, som omfatter utdanning, sosiale tjenester og helse –og omsorg, blir det forsket mye på hvordan man kan få forskningen inn i praksishverdagen. I mange akademiske sirkler ser man ofte at forskningen tar slutt når resultatene har blitt presentert, enten i form av artikkel eller foredrag på konferanse. Kritikken til denne akademiske trenden har kommet fra ulike retninger som angriper denne altfor teoretiske oppbygningen av utdanningsforskning som blir gjort av akademikere på universitetsfakulteter, heller enn de som faktisk ser hvilke utfordringer som krever effektivitet (Fox, 2003, s. 82). Med dette forstår jeg at det kreves et tett samarbeid mellom forskere og praktikerne for å gjøre god forskning. Uten dette samarbeidet vil resultatene bare være tall eller artikler som få praktikerne kan få noe utbytte av. For at forskningen virkelig kan bli tatt i bruk i praksishverdagen kreves derfor et samarbeid hvor forskere og praktikerne sammen finner ut av hvordan de på best mulig måte kan løse en problemstilling som opptar praktikerne, og hvordan praktikerne kan ta i bruk dette resultatet i praksishverdagen (Hutchinson & Johnston, 2004).

3.2 Rigide og fleksible design

Jeg har i det foregående sett på hvordan praksisnær forskning blir lagt frem i litteraturen og drøftet dette. Det som har kommet til uttrykk i litteraturen er at kvantitativ og kvalitativ forskningsmetode har blitt satt opp mot hverandre. Jeg vil derfor gi et innblikk i hvordan den kvantitative og kvalitative forskningsmetode kan ses på i forhold til en praksisnær tilnærming. Det er viktig for meg å presisere at dette ikke skal ses på som en innføring i de forskjellige forskningsdesign, men som et innblikk i hvilke utfordringer som ligger i de to tilnærmingene i forhold til praksisnær forskning.

3.2.1 Praksisnærhet i kvantitativ forskningsmetode (Rigid design¹⁸)

I et rigid design kreves det at man spesifiserer grundig de dataene som skal samles inn og hvordan dataene skal bearbeides (Ridder, 2003, s. 69). Dette krever et omfattende arbeid og har den fordelen at mengden av data er redusert til et overkommelig nivå fra begynnelsen av, da man på forhånd vet hvilke variabler man skal undersøke. Dataene er ofte ideelle for statistisk analyse (Ridder, 2003, s. 69), og det er en forutsetning at man har artikulert teori som omhandler det fenomenet man forsker på. På den måten kan man spesifisere de utfordringene som ligger i variablene, og til å følge den bestemte prosedyren som et rigid design krever. Man må altså ha en solid mengde begrepsmessig forståelse omkring et fenomen før det er lønnsomt å bruke tid og ressurser i å forske i et slikt design (Robson, 2002, s. 96). I eksperimentell forskning innenfor musikkterapi, så vel som i eksperimentell forskning generelt, forsøker forskere å ha kontroll over de faktorene som er av interesse, inkludert de teknikkene som blir brukt, hvordan de blir styrt, hvem som mottar musikkterapi, og når musikkterapien finner sted (Hanser & Wheeler, 1995, s. 129). Dette vil si at forskerne kontrollerer de fenomenene som er av interesse. Slik som i forskningsprosjektet hvor forskerne vil finne ut av hvilken effekt musikkterapi har på medisiner og livskvalitet hos personer med demens og agitert atferd, ved å kontrollere de variablene som blir undersøkt (se kap. 1.4).

Randomiserte kontrollerte studier (RCT) blir ofte sett på som ”den gyldne standarden” innenfor rigid design (Ridder, 2003; Robson, 2002; Bond & Corner, 2001; DeNora, 2006). Metoden blir ofte brukt innenfor medisinsk og helsefaglig forskning (Bond & Corner, 2001; DeNora, 2006), og det er ofte denne metoden man velger dersom man vil gjøre høy kvalitet

¹⁸ Engelsk: Fixed design (Robson, 2002, s. 95).

effektstudier (Robson, 2002, s. 116). Det finnes mange synspunkter rundt posisjonen til RCT. Mange som er innenfor den kvalitative tradisjonen er skeptiske til bruk av dette forskningsdesignet (ibid, 2002, s. 116). De forteller om praktiske og etiske problemer ved å gjøre RCT forskning (ibid, 2002), og er skeptiske til det utfallet RCT forskningen oppnår. Dette vil jeg knytte sammen med analysekapittelet i diskusjonsdelen (kap. 5.0). Et argumentet som ofte blir brukt for å gjøre RCT forskning er at denne forskningsmetoden tilfører det beste beviset for effekt, om noe virker. Spesielt i denne tiden når vi alle er opptatte av om noe virkelig har en effekt er etterspørselen om noe er basert på bevis stor – dette gjelder alt fra medisin, helse –og omsorg, sosiale tjenester, utdanning osv. (Robson, 2002, s. 116).

Da RCT er et rigid design er pragmatisk RCT primært "...designed to determine the effects of an intervention under usual conditions in which it will be applied..." (Thorpe et. al., 2009, s. 464). I stedet for å isolere de variablene som skal undersøkes spør pragmatisk RCT om intervensjonen virker under en vanlig omsorgssituasjon (ibid, 2009, s. 467). En pragmatisk RCT vil altså være ute etter å sammenligne en intervensjon i "vanlig praksis", eller den best tilgjengelige alternative strategien som finnes for å kunne måle det (ibid, 2009, s. 469). Pragmatisk RCT er ute etter å finne ut av om musikkterapien virker under vanlige omstendigheter, mens en RCT vil isolere de variablene som er av interesse. En pragmatisk RCT forandrer ikke på praksishverdagen, men er tilpasset praksishverdagen slik at den bedre kan finne ut av hva som faktisk gjør at musikkterapi utgjør en forskjell for noen mennesker. Slik kan man si at en pragmatisk tilnærming tar hensyn til realiteten at omsorgspersonell varierer hvordan de gjennomfører en intervensjon (ibid, 2009, s. 472). Den pragmatiske tilnærmingen overlater det til praktikerne å finne ut av hvordan detaljene i undersøkelsen skal gjennomføres (ibid, 2009, s. 468). Slik som i forskningsprosjektet hvor innholdet i musikkterapitimene, hvordan musikkterapitimene skal foregå og hvordan den skal begynne er helt opp til musikkterapeutene å bestemme. Det vil si at i en pragmatisk tilnærming kan praktikerne variere og tilpasse forskningsprotokollen til sin egen situasjon uten at dette går utover forskningstilnærmingen (ibid, 2009). Dette er en forskjell fra RCT hvor det der er personalet som må tilpasse seg forskningsmetoden, og den uavhengige variabelen er bestemt på forhånd. Thorpe et. al. (2009) sier også at man i pragmatiske studier kan følge opp pasienter utenfor perioden med intervensjoner for å kunne svare på spørsmålet om det faktisk virker (ibid, 2009, s. 469). Dette er også noe som gjelder i forskningsprosjektet, at om det er hensiktsmessig å fortsette terapiforløpet etter perioden på seks uker er dette helt i orden. Kan den pragmatiske RCT ses på som en tilnærming mot det mer praksisnære? Er det mer åpenhet

omkring at forskningsdesign skal tilpasses praksishverdagen, enn at praksishverdagen skal tilpasses forskningsdesignet? Dette er noe jeg drøfter nærmere senere i kapittelet.

3.2.2 Praksisnærhet i kvalitativ forskningsmetode (Fleksibelt design¹⁹)

Fleksible design blir ofte referert til som kvalitative design, og det blir ofte sagt at designet involverer ”forskeren som instrument” mer enn å stole på spesielle verktøy og instrumenter (Robson, 2002, s. 167). Ridder (2003) sier at det er mulig å innlemme de fleksible designene i kvantitative data, slik at dataene blir bredere (ibid, 2003, s. 70), noe som da blir en blanding av to tilnærminger – en mixed method. Dersom dette blir gjort og den kvalitative tilnærmingen fyller ut der hvor den kvantitative tilnærmingen kommer til kort, skaper dette en fleksibilitet i forhold til det praksisnære i forskningen. Dette er det muligheter for i forskningsprosjektet, hvor deltakerne i studien blir oppfordret til å skrive kvalitative artikler etter forskningsprosjektet er ferdigstilt. Dataene i fleksible design er ofte transkriberte intervju eller observasjoner, som fokuseres til et fenomen, problemstilling, eller når dataene blir sorterte etter koder eller kategorier (Ridder, 2003, s. 70). De fleksible design springer ut gjennom datainnsamlingen, som beveger seg gjennom et grundig og systematisk arbeid helt frem til datainnsamlingen og gjennom prosessen av datareduksjonen (dataanalysen). Hutchinson & Johnston (2004) snakker om sykepleiere når de sier at ved å ta i bruk kvalitative forskningsmetoder, slik som observasjon og intervju, vil dette tilføre mer kunnskap om hindringer til, og tilretteleggingen av utbytte av forskning. Dette kan også knyttes opp mot musikkterapeuter, da forskning kan være med på å gi et læringsutbytte ved å synliggjøre ny kunnskap og evne til å se nye muligheter for tilrettelegging av musikkterapien. Dette ved å gi dem adgang til en dypere forståelse av erfaringer, oppfatning og utfordringer for sykepleiere i utnyttelsen av forskning i deres praksis (Hutchinson & Johnston, 2004, s. 313).

Aksjonsforskning har en implisitt forbindelse til praksis (Fox, 2003), og blir ofte nevnt i forbindelse med praksisnær forskning (Hummelvoll et. al., 2010a). Stige (2002) skiller mellom begrepene aksjonsforskning²⁰ og deltakende aksjonsforskning²¹. Begrepet aksjonsforskning blir ofte brukt om all forskning som er med på å utvikle eller tilføre noe til praksisen (Stige, 2002, s. 277). Deltakende aksjonsforskning involverer ikke bare en aktiv

¹⁹ Engelsk: Flexible design (Robson, 2002, s. 163).

²⁰ Fra engelsk: action research (Stige, 2002, s. 277).

²¹ Fra engelsk: participatory action research (Stige, 2002, s. 277).

rolle som deltakende i forskningsprosessen, men handler også om å dele eierskap med forskningen (ibid, 2002, s. 277). Det handler om å utføre planlagte forandringer for deltakerne som er involvert, og forandre deres relasjon til det (ibid, 2002). Strand et. al. (2003) kommer med et nytt begrep, community-based research. Dette er et begrep Strand et. al. introduserer i sammenheng med aksjonsforskning, som en tilnærming som har blitt påvirket av deltakende aksjonsforskning (ibid, 2003). Strand et. al. (2003) definerer community-based research som: ”a partnership of students, faculty, and community members who collaboratively engage in research with the purpose of solving a pressing community problem or effecting social change” (Strand et. al., 2003, s. 3). Altså innebærer denne tilnærmingen at både praktikere, forskere, representanter fra gruppen som blir studert, og eventuelt studenter deltar aktivt i forskningsprosessen (ibid, 2003). Det er viktig å påpeke at dette ikke er en metode, men en forskningstilnærming som også kan inneholde en blanding av både kvantitative og kvalitative forskningsmetoder (Willumsen & Studsrød, 2010), altså en mixed-method. Samtidig forsøker de å få til en likeverdig deltakelse hvor alle aktørene er med i forskningsprosessen, og hvor problemstillingene tar utgangspunkt i deltakernes sosiale behov og endring av deres situasjon (ibid, 2010, s. 33). Willumsen & Studsrød (2010) sier at denne forskningstilnærmingen er relevant for forskning innenfor sosialt arbeid og andre profesjoner og disipliner som interesserer seg for praksisnær forskning. Stige (2002) snakker om deltakende aksjonsforskning, og sier at denne tilnærmingen så langt har blitt lite brukt i musikkterapien (ibid, 2002), men at den kanskje inneholder noen kvaliteter som er essensielt for forskning på musikkterapiens virkning. Aksjonsforskningen kan fange opp en rekke variabler i forskjellige kontekster, sier Stige (2002). Han deler kontekstene inn i tre forskjellige grupper, hvor den første er *klientens kontekst-avhengighet*. Dette forklarer Stige som viktig i arbeid med for eksempel multifunksjonshemmede barn og noen grupper med eldre mennesker, hvor mulighetene for å bevege seg fritt fra sted til sted er begrensede, samt at deres muligheter til å håndtere mange forskjellige kontekster kan være begrensede (ibid, 2002, s. 288). Den neste er *terapeutens kontekst-sensitivitet*, som omhandler at musikkterapeuten får læringsmuligheter fra deltakerne som kjenner den kulturelle konteksten bedre enn musikkterapeuten når han/hun tar del i et deltakende aksjonsforskningsprosjekt. Slik kan aksjonsforskning øke terapeutens sensitivitet, noe som vil forberede han/hun til å gjøre bedre klinisk arbeid (ibid, 2002, s. 289). Den siste gruppen er *musikkterapiens evne til å forandre kontekst*. Stige sier at dette handler om å bruke musikkterapiintervensjoner på forskjellige arenaer hvor musikkterapien kan være med på å forandre konteksten til noe bedre (ibid, 2002, s. 289). Dette vil si at musikkterapien kan forandre inntrykket av en kontekst, for eksempel ved å gjøre overgangssituasjoner

tryggere for personer med demens og agitert atferd. Som man ser ut i fra dette fanger aksjonsforskning opp mange variabler som RCT og andre rigide design utelater. Aksjonsforskningen tar også hensyn til sensitivitet og relasjonen mellom klient og terapeut – noe som er viktige element i musikkterapien. Kontekstavhengigheten som aksjonsforskning bygger på er typisk for naturalistisk forskning (Erlandsen et. al., 1993).

3.3 Kan kvantitative og kvalitative tilnæringer beskrives som praksisnære?

”Hvis det altså ikke finnes en *bestemt* metode som er den riktige, men flere metoder, hvilken begrunnelsesstrategi må da en praktiserende kliniker velge for å kunne handle forsvarlig?” spør Nerheim (1995, s. 25) i sin bok *Vitenskap og kommunikasjon*. Nerheim (1995) forklarer videre at individuelle objekter først og fremst er interessante bærere av generelle egenskaper ut i fra et naturvitenskaplig perspektiv (ibid, 1995, s. 26). Slik forsøker man å tvinge enkelttilfellet til å være noe annet enn det egentlig er, sånn at individet blir kuttet ut til fordel for en generalisering.

Som jeg nevnte i innledningen (kap. 1.2) dukker til stadighet diskusjonen om kvantitativ og kvalitativ forskningstradisjon opp i litteraturen, og det at man innenfor helsesektoren ofte har kombinasjoner av metoder fra begge forskningstradisjonene (Bond & Corner, 2001; Rolvsjord et. al., 2005). Stige (2002) foreslår at i stedet for å forsøke å behandle musikkterapiintervensjonen som en isolert uavhengig variabel, som mange forskere gjør, kan man se enheten i et bredere perspektiv – musikkterapi i kontekst (ibid, 2002, s. 288). Kanskje det er slik at metodene innenfor rigid og fleksibelt design burde bli tilpasset den musikkterapeutiske praksis, og ikke omvendt? Kanskje da en pragmatisk RCT er mer tilpasset musikkterapiens praksishverdag, fordi det legges opp til at praktiserende skal finne ut av hvordan designet på best mulig måte kan fange opp de elementene som spiller inn? Kanskje musikkterapeuten, eller kanskje også forskeren, burde delta aktivt i studien, slik at forskeren selv erfarer hvordan elementet som skal forskes på kjennes ut, for på den måten kunne utvikle en metode som passer? Eller kanskje det rett og slett ikke finnes en bestemt metode som passer bedre enn noen annen for musikkterapien? Murphy et. al. (1998) sier i sin litteraturgjennomgang *Qualitative research methods in health technology assessment* at kvalitative forskere forsøker å unngå den tendensen kvantitative forskere har til å ta meninger ut av den opprinnelige kontekst (ibid, 1998, s. 75). Slik er kvalitative forskere mer tilstede i den sosiale verden som de forsker på (ibid, 1998). På denne måten kan kvalitative forskere,

like mye som kvantitative forskere i kunstige undersøkelser, være med å påvirke forskningssituasjonen (ibid, 1998, s. 74). Murphy et. al. (1998) mener det er nødvendig med en periode med deltakende observasjon. Spesielt der oppgaven er å forstå atferd som noe meningsfullt, noe som ofte blir forbundet med en tilnærming hvor forskeren kommer tett på de menneskene han/hun studerer (ibid, 1998). Slik som i aksjonsforskningen hvor forskeren er en del av miljøet som man forsker på og dermed lettere kan sette seg inn i deltakernes kontekst, og på denne måten kan dette komme forskningen til gode. Spørsmål som omhandler ”hvordan” er ikke gunstige for en RCT å svare på (Fox, 2003, s. 91), men det er jo nettopp slike type spørsmål som er viktige for musikkterapien – hvordan kan musikkterapi gi en virkning, og på hvilke måter? Det er gjennom slike spørsmål musikkterapien kan få innpass og bli anerkjent.

Den praksisbaserte forskningen gjør motstand mot blant annet RCT, og mener denne metoden inneholder forskjeller mellom forsker og det som har blitt undersøkt på forhånd (Fox, 2003, s. 92). Fox sier videre at metoder som passer innenfor denne retningslinjen inneholder kvalitative tilnærminger som åpner opp for muligheter for deltakelse fra forsker, som intervju og fokusgrupper (ibid, 2003, s. 92), eller aksjonsforskning. Bruken av slike metoder ville ha forsvart det avsluttende forskningsresultatet, like mye som den teorien forskeren hadde benyttet seg av ville vært tett knyttet opp mot de praktiske utfordringene som ligger hos deltakerne (ibid, 2003, s. 92). Nettopp denne metoden blir brukt i forskningsprosjektet hvor pilotprosjektet er en RCT hvor de undersøker effekten av individuell musikkterapi på agitert atferd, medisinerings og livskvalitet hos personer med demens. Det som skiller seg fra andre RCT-design er at dette pilotprosjektet åpner opp for kvalitative case-artikler når forskningsprosjektet er avsluttet. På den måten blir dette forskningsprosjektet en mixed-method hvor hovedtyngden ligger på den kvantitative metoden – RCT.

3.4 Forskningstradisjoner i musikkterapien

RCT har i om lag 30 år vært forskningsmetoden som helsefaglig forskning har benyttet seg av. Andre tilnærminger, som kvalitativ og fortolkende forskning, ble lagt til side av disiplinene som mente at eksperimentell metode var den eneste måten å gjøre forskning på (Bond & Corner, 2001, s. 97). Effektstudier var ettertraktede slik at musikkterapi kunne få innpass som en profesjon (Amir, 1993). Også innad i disiplinene i helse- og sosialsektoren har det lenge pågått diskusjoner om hvordan og hvorfor forskning skal foregå (Rolvsvjord et. al.,

2005, s. 15). Disse diskusjonene er relatert til hvordan man forstår og fremstiller kunnskap (ibid, 2005), og har til stadighet handlet om hvilken forskningstilnærming som er mest verdifull for utviklingen av musikkterapi som disiplin, profesjon og praksis. Diskusjonene har ofte vært innrammet av argumentasjonene av relevansen til kvantitativ versus kvalitativ forskning (ibid, 2005, s. 16). Innenfor musikkterapi blir meningene om kvalitativ og kvantitativ forskning ofte delt i to grupper. En gruppe synes musikkterapi trenger kvantitativ forskning for å bygge opp bevisene for at musikkterapi har en virkning, mens den andre gruppen synes musikkterapi trenger mer kvalitativ og fortolkende forskning for å forstå den egentlige og erfarte verdien av musikkterapi (Stige, 2002, s. 288). I årenes løp har forskningstradisjonen i musikkterapien utviklet seg fra å være inspirert av positivismen, og den kvantitative tilnærmingen fra atferdsforskningen, til å mer integrere kvantitativ og kvalitative tilnærminger på en fleksibel måte (Rolvsvjord et. al., 2005²²).

3.4.1 Fleksible former i et rigid design?

Om man skal forstå de små tingene som omhandler musikkens virkning, er det viktig å holde et likt fokus på både musikkterapeutens og klientens kompetanse i helsefremmende arbeid. Fokuset på prosessen i musikkterapiforløpet er stadig i utvikling når det gjelder verdsettingen av musikkterapiens rolle som en effektiv behandlingsform innenfor helsevesenet (DeNora, 2006, s. 90). DeNora (2006, s. 87) spør i den forbindelse om hvor godt RCT passer til musikkterapi som har forskjellige praksismuligheter, ulike ferdigheter, stimuleringer og interaksjoner. DeNora sier at musikkterapeuter, som pasienter – som et menneske er han/hun intelligente, er utdannet, har persepsjon, har skjønn og ferdigheter. Musikkterapeuten er trent til å se på alle disse elementene på samme tid, som en respons på det som springer ut av situasjonen (ibid, 2006). DeNora er skeptisk til at musikkterapien må tilpasse seg design som RCT for å kunne få innpass i blant annet den medisinske tradisjonen (ibid, 2006, s. 88). Posivismen og atferdsforskningen hadde tidligere innvirkning på hvordan man drev forskning innenfor musikkterapien. Dette var fordi praktikerne innenfor feltet måtte bevise at musikkterapi virket, og hvordan det virket når musikkterapi nettopp hadde blitt godkjent som en profesjon (Amir, 1993). De hadde behov for å samarbeide og lære av relaterte disipliner innenfor musikk og forskning, og også bli akseptert av relaterte profesjoner og derfor følge deres måter for slik å gyldiggjøre musikkterapi som en profesjons status (ibid, 1993). DeNora (2006) spør i den forbindelse om hvor godt musikkterapien passer inn i RCT formatet.

²² For mer informasjon se Rolvsjord et. al. (2005), Aigen (1991).

”Musikken mellom” (Ansdell, 1995 i DeNora, 2006) klient og terapeut, dynamikken, følelsene som kommer frem og det som er kjernen i musikkterapien og dens kraft er ofte noe en RCT ikke klarer å fange opp (DeNora, 2006, s. 86-87). DeNora stiller en rekke spørsmål hvor hun belyser hvorfor musikkterapien må tilpasse seg RCT-designet når designet ikke fanger opp alle variablene i musikkterapien? Hun lurer også på i hvilke sammenhenger RCT-designet eller andre velkjente metoder er passende, og om når disse er av spesiell betydning (DeNora, 2006, s. 87). Videre sier DeNora (2006) at det er viktig å finne en passende metode når det gjelder vurderingen om musikkterapi virker. DeNora sier det da kan være lurt å rette øynene mot aspekter rundt helse, healing og behandlingsprosesser som man anser som uviktig, eller noe man ikke legger så stor vekt på (ibid, 2006, s. 87). Rolfe (1997) belyser også dette temaet at RCT ikke fanger opp den reelle helhet. Han sier RCT bare fanger opp den generelle tendensen til hvordan klienter/pasienter responderer til behandlingen (musikkterapien), men ikke hvordan en bestemt klient i samhandling med en spesifikk pleier (terapeut) responderer (ibid, 1997, s. 675). Det Rolfe sier er at man må kjenne klienten, vite hvordan klienten reagerer og til hvilken musikk han/hun reagerer for å vite om musikkterapi har en virkning, og på hvilken måte musikkterapien har en virkning (ibid, 1997, s. 675). Musikkterapeutene i forskningsprosjektet er også oppfordret til å skrive kvalitative artikler i kjølvannet av forskningsprosjektet, og disse vil nok fange opp noen av de kvalitative delene ved forskningsprosjektet. Men hvordan kan man, gjennom bruk av RCT som forskningsmetode, være sikker på at det er musikkterapien som fungerer og at det ikke for eksempel er relasjonen mellom musikkterapeut og klient som har blitt et trygt sted for klienten? Kanskje det Rolfe (1997) sier om at man må kjenne klienten og vite hvordan han/hun responderer kan være med på å lede vei mot en ny tilnærming – mot en større bruk av den pragmatiske RCT (jfr. kap. 3.2.1)? Eller dette kan være et steg i retning av at også praktikere og kanskje også pasientene/klientene selv kan ta del i forskningen, som i deltakende aksjonsforskning og community-based research (jfr. kap. 3.2.2)? Kanskje disse to tilnærmingene sammen med den pragmatiske RCT inneholder noen av de kvalitetene som behøves for å fylle ut gapet mellom praksisnærhet og brukermedvirkning? Aksjonsforskning og community-based research handler jo nettopp om at også deltakerne i studien skal få utbytte av forskningen. Deltakerne må derfor ta del i hele forskningsprosessen, og slik kan de være med på å bringe det praksisnære og brukermedvirkningen sammen til en helhet. Pragmatisk RCT lar det være opp til praktikerne å tilpasse forskningsprotokollen til praksishverdagen, slik at det er praktikerne som bestemmer hva som er viktig å fange opp i

datamaterialet. Alt dette kan være en vei mot en brukermedvirkning i den praksisnære forskningen.

Evidensbasert handler om en bestemt metode som stiller spesifikke krav for resultatene godkjennes. RCT blir godkjent i evidensbaserte programmer (Angel, 2003). Disse programmene bygger på et positivistisk syn, hvor forskeren gjennom forskning og borte fra sin egen forforståelse inntar en objektiv innstilling til de fenomenene som skal undersøkes (ibid, 2003, s. 70). Egenskapen til disse programmene er at de har tro på teoretisk kunnskap og vitenskapens evne til å løse problemer (ibid, 2003). I kjølevannet av bevegelsen av evidensbasert medisin hevder mange musikkterapiforskere at dersom profesjonen skal overleve må man produsere bevis om musikkterapiens virkning og effekt (Rolvjord et. al., 2005, s. 17). Rolvsjord et. al. (2005) argumenterer også for at nøyaktige kvantitative design, som RCT, kan være viktig for at profesjonen skal overleve. De hevder at det burde være en interesse for musikkterapeuter i å undersøke hva som faktisk har en effekt og hva som ikke har en effekt (ibid, 2005, s. 17). Et sentralt tema i diskusjonen relatert til forskning på effekt innenfor psykoterapi er at den medisinske og mekaniske grunnmetaforen i den evidensbaserte medisinske tradisjonen er at intervensjonen som blir studert må være definert og tydelig spesifisert. Dette leder mot økt bruk av terapimanualer i RCT (ibid, 2005, s. 17), noe som vil si at terapiforløpet kan være med å påvirke forskningsdesignet, noe som peker mot en pragmatisk RCT. Som Mott (1996) sier gir ofte det å produsere effektstudier nyttig vitenskapelig kunnskap og fornuftighet, noe som resulterer i en epistemologi som passer dårlig for dagens stadig skiftende arbeidshverdag. Professorer og lærere innenfor mange disipliner tar vare på verdien av utdanning og øvelsen i reelle forskningsaktiviteter, og deler synet på å fremme praksisbasert forskning. Dette resulterer i bedre strategier for praksis, profesjonell vekst og det gir en større profesjonsidentitet og eierskap til sin egen profesjon (Mott, 1996, s. 61). Stake (1995 i Murphy et. al., 1998) sier at kvantitative forskere gjør alt de kan for å utelate kontekst, forsøke å eliminere utelukkende situasjonsbetinget kontekst og behandler enheten som en feilkilde (ibid, s. 81). Dette strider i mot forskning innenfor musikkterapien, noe Stige (2002) beskriver med viktigheten av kontekst-sensitivitet i deltakende aksjonsforskning som en tilnærming. I musikkterapien har konteksten mye å si for forskningen, da en musikkterapitime kan foregå i forskjellige lokaler, med både åpne og lukkede intervensjoner. Musikkterapeuten kan til og med noen ganger være med en klient til frisøren for slik å kunne hjelpe klienten til å håndtere situasjonen på en bedre måte. Dette fanger ikke en kvantitativ tilnærming opp, men er av avgjørende karakter for en

musikkterapitime. Også musikkterapiens evne til å forandre kontekst blir utelatt ved bruk av et RCT design. For kanskje er det slik at musikkterapiens virkning ikke vises i en RCT hvor data skal registreres, men kanskje resultatene vises i det lange løp? Kanskje klienten selv har fått et nytt forhold til sin egen situasjon gjennom musikkterapien?

Noe av problemet med laboratorieorientert medisinsk kunnskap, og da evidensbasert forskning som RCT, er at den ikke gir noen dekkende innsikt i de individuelle egenskapene som skiller en person fra en annen (Bruscia, 1995, s. 28). På den måten kan det være et problem å se hva som er musikkens effekt og hva som er de andre variablenes effekt (ibid, 1995). De evidensbaserte programmene er etablert på en mekanistisk virkelighetsforståelse hvor fenomener og objekter står i årsak-virkningsforhold til hverandre sier Angel (2003, s. 70). Etersom de praksisnære kunnskapene er problematiske å begrepsfeste kan det være fristende å bruke en metode som har en oppskrift (ibid, 2003, s. 71).

3.5 Oppsummering

”Det er ikke bare praksis som trenger forskningen; forskningen er også avhengig av praksisfeltet...” (Willumsen & Studsrød, 2010, s. 32). Jeg mener dette er noe som er viktig å huske på for forskere. Skal praksisfeltet ha mulighet til å utvikle seg er det nødt til å bli gjort forskning på feltet, men dersom forskning skal bli gjort er det en nødvendighet at man har et praksisfelt å forske på. Det er også viktig med et tett samarbeid mellom praktikere og forskere for at praksis skal få et utbytte av forskningen i etterkant. Slik vi har sett i forhold til aksjonsforskning og hvordan forskerne får et helt annet syn på forskningsfeltet gjennom deltakende observasjon. Det er også slående at det bare er denne type forskningstilnærming som gir deltakerne i studien et direkte utbytte av forskningen, og at det er denne tilnærmingen som best fanger opp alle variabler. Som Stige (2002) nevner er det derfor tankevekkende at denne tilnærmingen ikke har blitt mye brukt i musikkterapien til nå. Rolfe (1997) sier at praksisnær forskning i noen tilfeller foreslår et hierarkisk forhold. Noe som ikke bare er mellom teoretikere og praktikere, men også mellom teori og praksis, slik at forskning utvikler teori, støtter eller tester teori som igjen vil være med å bestemme retninger på praksis (ibid, 1997).

4.0 Analyse

Analyseprosessen har tatt tid, og kategoriene som blir presentert i dette kapittelet har kommet ut av datamaterialet. Som beskrevet i kap. 2.5 hadde jeg først i analyseprosessen en grundig gjennomlesing av alle intervjuene, så en gjennomlesning hvor jeg fant kodinger. Deretter så jeg alle kodingene i lys av problemstillingen, og satte de kodingene som omhandlet det samme sammen i grupper, hovedkategoriene. Resultatet av dette ble tre hovedkategorier, *Deltakelse som motivasjon og faglig utvikling*, *Deltakelse som mulighet for utvikling av praksis* og *Deltakelse som muligheter for utvikling av samarbeid*. Hovedkategoriene har alle tre underkategorier, som vil bli presentert i dette kapittelet. Før jeg presenterer kategoriene vil jeg trekke frem overordnede sitat som forteller noe om hva musikkterapeutene selv mener praksisnær forskning innebærer.

Tre av mine informanter sa, i intervjuet, noe om praksisnær forskning og hvordan de, individuelt, så på forskningsprosjektet som praksisnært eller ikke. Jeg vil presisere at ingen av mine spørsmål gikk direkte om praksisnær forskning, men informantene fant det likevel nyttig å snakke litt om dette temaet.

Kaja: Fordi at det blir jo litt, det blir jo ikke som vanlig praksis.

Som vi forstår har Kaja reflektert over hvilken rolle forskningsprosjektet har hatt i forhold til hennes praksis. Hun sier at det ikke blir som vanlig praksis. Med dette forstår jeg at forskningsprosjektet gjør at hun må forandre på noe, og som jeg skal presentere i kap. 4.2.1, sier hun at hun har en prestasjonsangst i forhold til forskningsprosjektet og dets resultater²³.

Under store deler av intervjuet veier Frode frem og tilbake rundt RCT og kvantitativ forskning, og naturalistisk og kvalitativ forskning. I følgende sitat sier han at kvantitativ og RCT forskning ikke passer så godt til den arbeidshverdagen han har. Han sier også at forskningen ikke klarer å fange opp alle variablene som spiller inn, slik som at musikkterapeuten er med klienten til frisøren for å gjøre situasjonen tryggere, og andre aktiviteter som gjøres med musikkterapeuten utenom de registrerte musikkterapiene.

²³ Det er her viktig å huske på at Kaja aldri har jobbet musikkterapeutisk innenfor dette feltet før, og at det derfor kan hende at det er nettopp derfor hun sier hun har prestasjonsangst.

Frode: *Virkeligheten er mye mer rotete enn det forskningen klarer å fange opp. Virkeligheten er ikke så systematisk. Jeg er kanskje litt rotete selv også da.. (smiler)*

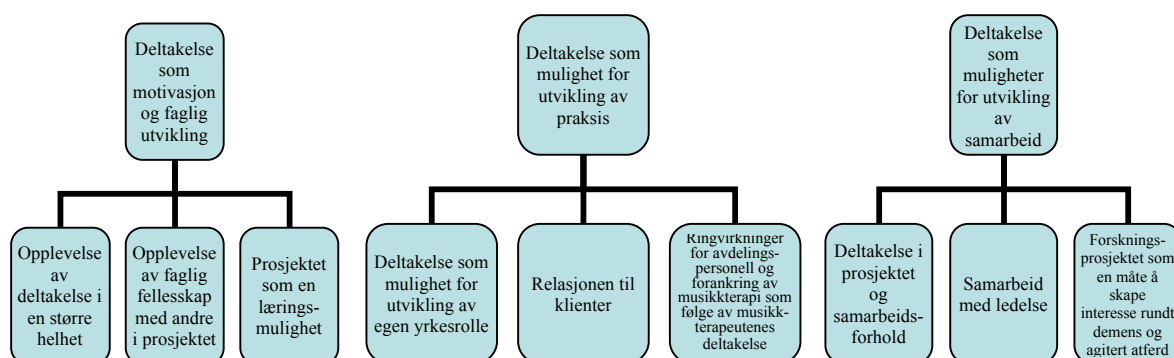
I den siste delen av intervjuet sier han også at virkeligheten hans ikke er så systematisk som forskningen vil ha det til. Dette utdyper jeg litt mer i forbindelse med et annet sitat i kap. 4.2.1.

Silje trekker frem noe som positivt at det ikke kreves for mye av det øvrige personalet rundt klienten, da det kan være krevende i forhold til turnusarbeid og et til tider høyt sykefravær.

Silje: Jeg har vært med i prosjekter tidligere hvor det krevde atskillig mer av personalet rundt, noe som kan være veldig krevende å få til på et sykehjem hvor alle jobber turnus for eksempel. Hvor sykefraværet kan noen ganger være høyt. Så det at man da i gåsetegn ikke involverer personalet mer enn strengt talt nødvendig, og ikke gjør altfor mye endring på rutinene som allerede er der.

Hun sier at det er bra at forskningsprosjektet ikke endrer på de rutinene som allerede ligger til grunn på sykehjemmet, men heller tilpasses til sykehjemshverdagen. Slik jeg forstår dette sier hun at forskningsprosjektet glir inn i en sykehjemshverdag med høyt tempo, ettersom forskningsprosjektet ikke krever så mye av avdelingspersonalet. Og at forskningsprosjektet har lagt opp til en forholdsvis enkel måte å registrere innholdet i musikkterapien²⁴.

Jeg vil nå gå over til å presentere hovedkategorier og underkategorier.



²⁴ Dette sier hun ikke i dette sitatet, men mot slutten i intervjuet. Måten forskningsprosjektet legger opp til dokumentering er en viktig del av praksisnær forskning, slik at dokumenteringen ikke tar noe lengre tid enn det musikkterapeuten har tid til i en normal arbeidshverdag. Det skal være enkelt og greit å dokumentere og fylle ut skjemaene.

4.1 Deltakelse som motivasjon og faglig utvikling

I begynnelsen av intervjuene stilte jeg et spørsmål om hvordan musikkterapeutene opplevde det å delta i forskningsprosjektet. Ut i fra de svarene jeg da fikk oppstod kodingen ”motivasjon”. Informantene snakket mye om motivasjon på bakgrunn av opplevelse av å være en del av noe større, og motivasjon i forhold til et faglig fellesskap med andre i forskningsprosjektet (herunder både musikkterapeuter, veileder og nettverket musikk og eldre). De nevnte også at forskningsprosjektet ga dem en mulighet for faglig utvikling. Slik oppstod underkategoriene *Opplevelse av deltakelse i en større helhet*, *Faglig fellesskap med andre i prosjektet*, og *Prosjektet som en læringsmulighet*. Under hver av disse vil jeg utdype hva jeg legger i kategoriene.

4.1.1 Opplevelse av deltakelse i en større helhet

I denne underkategorien snakket informantene om at det var spennende, veldig fint, tankevekkende og positivt med å være en del av noe større. De fremhevet at det arbeidet de gjør blir trukket opp til et høyere nivå, og dermed blir satt mer pris på og mer sett. Dette er viktige temaer å reflektere over, da det ofte er slik at musikkterapeuter arbeider mye selvstendig uten et musikkterapeutisk fagmiljø rundt seg. Det å da føle at man har noe å støtte seg til, et fagmiljø, nettverk eller en veiledningsgruppe tenker jeg at må føles godt.

Den ene informanten, Frode, har vært med i flere andre forskningsprosjekt, og sammenlignet disse gjennom intervjuet. På et tidlig tidspunkt i intervjuet sammenligner han en RCT han har deltatt i tidligere med et forskningsprosjekt med sosiologer, og setter disse opp mot dette forskningsprosjektet. Han sier da:

...så jeg opplever at det blir en ramme rundt den jobben man gjør, som åpner et slags vindu ut mot en litt sånn større virkelighet da.

Forskningsprosjektet er med på å ramme inn arbeidshverdagen, og det viser til en større virkelighet. Han sier at han er del av noe større, og at det er motiverende.

Solgunn sier at hun oppnår en personlig motivasjon gjennom det å føle at hun er en del av en større helhet.

Solgunn: *Jeg får en personlig motivasjon i å være en del av en større sammenheng.*

Med dette forstår jeg at det å være en del av en større helhet er, for Solgunn, med på å gi en motivasjon. Slik som jeg ser dette sitatet springer motivasjonen ut fra en følelse av tilhørighet i en større gruppe av musikkterapeuter.

Også Berit snakker om at forskningsprosjektet gir en følelse av å være med i en større helhet, eller i et fagmiljø som hun sier selv. Hun trekker også frem veiledning som noe positivt²⁵. Hun sier det er med på å kvalitetssikre det arbeidet musikkterapeuter gjør, og at prosjektet også er med på å gi innspill på egen praksis, da gjennom veiledningen.

Berit: *Det å være med i et fagmiljø, hvor det både blir sagt noe på forhånd og underveis og det kommer resultater etterpå. Det synes jeg er med på å kvalitetssikre det vi gjør, og det er med på å gi innspill på egen praksis.*

Dette temaet leder videre til neste underkategori som handler om en opplevelse av faglig fellesskap med andre i prosjektet.

4.1.2 Opplevelse av faglig fellesskap med andre i prosjektet

Denne underkategorien trekker frem det at ledelsen på sykehjemmet ser at musikkterapeuten er en del av noe større, et større fellesskap med andre musikkterapeuter og et forskningsmiljø. Veiledning, både i gruppe og individuelt blir trukket frem som positivt, og også det at man i gruppeveiledningen får et faglig fellesskap med andre musikkterapeuter.

Et perspektiv som blir trukket frem av Frode er at forskningsprosjektet gjør det tydeligere for ledelsen at han har kontakt med et større miljø utenfor sykehjemmets fire vegger.

Frode: *Det gjør det litt tydeligere for ledelsen at jeg har kontakt med et større miljø.*

Ledelsen legger ofte merke til store arrangementer og hendelser. Noe som kan være vanskelig å få øye på er jobben musikkterapeuten gjør individuelt på sykehjemsavdelingen. Det at Frode er med i et forskningsprosjekt blir synlig for ledelsen, også fordi forskningsprosjektet krever

²⁵ Musikkterapeutene fikk både gruppeveiledning og individuellveiledning under forskningsprosjektet.

underskrift fra ledelse om sykehjemmet ønsker å delta. Dette er en viktig side ved forskningsprosjektet da det viser til at musikkterapi ikke bare er musikk og moro, men at det også ligger forskning til grunn for det man gjør.

Silje trekker frem veiledning som noe viktig i forskningsprosjektet.

Silje: Det har vært spennende rent faglig. Også er det spennende i forhold til at det er veiledning, noe vi musikkterapeuter ikke alltid kan være like vant til når vi sitter på hver vår tue og, som ofte den eneste av vårt slag på en arbeidsplass.

Slik jeg forstår Silje sier hun at det har vært godt med et forum med andre musikkterapeuter hvor de har kunnet diskutere aktuelle problemstillinger fra praksis. Dette fordi hun ikke har noen andre på sykehjemmet med den samme bakgrunnen å diskutere dette med.

Kaja fremhever også dette med veiledningen som noe positivt, og trekker spesielt frem en nettverkssamling hvor Hanne Mette Ridder informerte om hvordan hun tenkte seg innhold på musikkterapitimen²⁶. Påvirkningen og læringsutbytte fra de andre musikkterapeutene på veiledningen blir også trukket frem. Hun sier også at hun har hatt et læringsutbytte av begge disse forumene hvor metodiske tips har blitt delt.

Kaja: Måten jeg har valgt å jobbe på er blitt prega en del av Hanne Mette, og det hun har skrevet. Hun har jo skissert opp sånn ramme, regulering og relasjon. Og de tre elementene har jeg hatt veldig mye med meg. Jeg synes de er veldig relevante å jobbe med da. Også har jeg blitt litt påvirket av de andre musikkterapeutene fra veiledningen, hvordan de tenker, hvordan de jobber. For eksempel det med å bruke musikken i situasjoner hvis en skal gå fra stua til rom og sånne ting, for å skape en trygghet eller skape en trygg ramme. Det har jeg fått med meg gjennom det prosjektet her da. Jeg tror ikke jeg nødvendigvis ville fått med meg så fort ellers, hvis jeg ikke hadde tilgang til de andre musikkterapeutene.

Kaja sier også at hun muligens har lært noe om dette feltet raskere enn det hun ville gjort dersom hun ikke hadde hatt tilgang på de andre musikkterapeutene ved hjelp av veiledningen. I dette sitatet blir også litteraturen Hanne Mette Ridder har skrevet trukket frem som noe Kaja har lært mye av som en forberedelse til å starte terapien. Som dette sitatet viser kan forskningsprosjektet bli sett på som en læringsmulighet hvor musikkterapeutene tar del i en

²⁶ Som beskrevet i kap. 1.4.

større helhet, og slik får tilgang på andre musikkterapeuter som er opptatt av nøyaktig de samme problemstillingene. I den neste underkategorien er det nettopp dette som er tema.

4.1.3 Prosjektet som en læringsmulighet

Flere av informantene ser på deltakelsen i forskningsprosjektet som en læringsmulighet. De fremhever at forskningsprosjektet gir dem nye måter å jobbe på, da flere av dem tidligere har jobbet mye i grupper. Informantene har fått en mulighet til å sette av nok tid, gjennom forskningsprosjektet, til å jobbe individuelt. En trekker også frem at det blir enklere å sette av nok tid til individualterapi når man er med i et forskningsprosjekt, og at man dermed prioriterer annerledes i forhold til andre arbeidsoppgaver. Forskningsprosjektet blir også sett på som en læringsarena, og en mulighet til å utvikle seg faglig. De får mulighet til å sette seg inn i et helt nytt fagfelt, og et felt noen av de aldri har jobbet innenfor.

Kaja har aldri jobbet med demens og agitert atferd tidligere, så for henne kommer læringsdelen ved forskningsprosjektet og det faglige fellesskapet med de andre musikkterapeutene tydelig frem. Forskningsprosjektet gir Kaja en mulighet til å utforske et nytt arbeidsfeltet, ved hjelp av utforskning av praksis og ved å sette seg inn i ny litteratur.

Kaja: For meg er det arbeidsfeltet ganske nytt, så jeg utforsker det jo veldig nå da. Får heldigvis tid til å lese litt om det, og det synes jeg er utrolig spennende. Å bare sette seg inn i et nytt fagfelt er jo veldig spennende. I hvert fall hvis man har tid til det og ikke blir stressa. [...] Og det jeg opplever i praksis og det jeg leser passer veldig godt sammen. Så det gir veldig mye, det er veldig inspirerende, synes jeg.

I den siste delen av dette sitatet sier Kaja at hun ser at litteraturen og det hun opplever i praksis henger sammen. Hun sier også at hun ser at musikkterapi er relevant for personer med demens.

For Silje er ikke musikkterapi med personer med demens et nytt felt, men hun har aldri jobbet individualterapeutisk med personer med demens. På den måten er dette et nytt felt for henne og en læringsmulighet ved at hun kan bli kjent med et nytt felt.

Silje: Jeg synes det er spennende både for min del så er det et nytt felt. Jeg har jo selvfølgelig vært borte i det, men individualterapeutisk, som jeg sa i stad, så har jeg beveget meg mer innenfor depresjon, angst og demens, og palliativ behandling.

Berit meldte seg på forskningsprosjektet for å få mulighet til å få en frisk start med andre måter å jobbe på når hun kommer tilbake fra permisjonen. Forskningsprosjektet blir for henne en måte å få et verktøy til hvordan hun kan jobbe individuelt, og er slik en læringsmulighet.

Berit: Jeg meldte meg på primært fordi jeg så det var et godt prosjekt, og at det kunne gi meg verktøy til å jobbe individuelt.

Som Berit sier er forskningsprosjektet med på å gi henne et nytt verktøy. I dette tilfellet kan deltakelsen i forskningsprosjektet ha gitt Berit en mulighet til utvikling av praksis, som følge av at forskningsprosjektet har gitt henne nye verktøy for individuelt arbeid.

4.2 Deltakelse som mulighet for utvikling av praksis

Underkategoriene *Deltakelse som mulighet for utvikling av egen yrkesrolle*, *Relasjon til klienter* og *Ringvirkninger for avdelingspersonell og forankring av musikkterapi som følge av musikkterapeutenes deltakelse* vil bli presentert i dette delkapittelet. Hva jeg legger i de forskjellige underkategoriene vil jeg vise under hver presentasjon av de nevnte underkategoriene. Først vil jeg presentere kategorien *Deltakelse som mulighet for utvikling av praksis*.

Hos to av informantene har forskningsprosjektet gitt mulighet for en utvikling av musikkterapipraksisen. Med dette mener jeg at musikkterapipraksisen til informantene på en eller annen måte har forandret seg i løpet av forskningsprosjektet. Frode sier han tror han har valgt noe enklere form for aktiviteter i de individuelle musikkterapitimene enn det han ellers ville ha valgt, og at han stiliserer arbeidet slik at det er mulig for forskerne å få noe ut av datamaterialet. Etter at prosjektet startet har Silje opplevd en økt forespørsel etter individualterapi. Hun fremhever også at musikkterapi har blitt synliggjort som et godt supplement i behandlingen.

Frode forteller at forskningsprosjektet har gjort det viktig å forsøke å få gjennomført alle timene, ettersom det krever et visst antall timer i løpet av en periode²⁷. Han sier også at musikkterapitimene har blitt litt enklere i løpet av forskningsprosjektet.

Frode: Kan tenke veldig enkelt. Det var nok litt godt for meg. Hvert fall for den klienten jeg har hatt nå så har det funka og ikke gjøre ting for komplisert da. Det er mulig at akkurat denne høsten har det kanskje gjort at timene har blitt bittelittegranne enklere enn det de kanskje ellers ville blitt. Men det er litt vanskelig å si om det kom fra forskninga eller om jeg uansett ville ha tenkt sånn.

Innholdet i musikkterapitimene måtte være nokså enkelt med den klienten han hadde i høst, sier Frode.

I neste sitat sier Frode at han føler en ambivalens mellom måten å tenke på og måten registreringene av innholdet i musikkterapitimene skjer på. I den siste setningen av sitatet sier han at han er mer systematisk i arbeidet, slik at en forsker kan trekke noe ut av dataene.

Frode: Men jeg føler nok en viss ambivalens da. At det er en viss avstand mellom den måten å tenke på og den måten vi skal beskrive på. Det blir en slags boks som du presser ting inn i. [...] mens her stiliserer jeg noe for at det skal være mulig å forske på det, så på en måte stiliserer jeg. Gjør jeg ting mer systematisk enn det det ellers hadde vært, og gjør det mulig for en forsker å trekke ut noe av det da.

Han sier at han ikke får med alle de variablene som kan være til stede i en musikkterapitime, når det gjelder dokumentasjonen av musikkterapitimene. Måten innholdet i musikkterapien skal dokumenteres på fanger ikke opp hele kompleksiteten, sier han. Han sier også at ikke alt kan skrives i dokumentasjonsskjemaene.

Et annet perspektiv som dukker opp i et intervju er det at forskningsprosjektet har synliggjort musikkterapi som et godt supplement i behandlingen av personer med demens. Silje nevner et tilfelle hvor musikkterapi har kommet inn som en hovedbehandlingsmåte.

Silje: Det er vel egentlig bare å oppsummere at prosjektet har synliggjort, vært med på å synliggjøre musikkterapi som et godt supplement. Og til og med noen ganger, nesten hovedterapeutisk form. Eller hovedbehandlingsmåte har det vært i alle fall i et tilfelle. Og at det har blitt synlig ikke bare for ledere, men også for personalet.

²⁷ Forskningsprosjektet krever 12 utførte musikkterapitimer i løpet av 6 uker. Se vedlegg 2.

Silje forteller også at hun har merket en økt etterspørsel etter individualterapi løpet av forskningsprosjektet.

Silje: Jeg har merket at det er en økt etterspørsel etter individualterapi.

Dette kan føre til en utvikling av Siljes praksis, ettersom hun merker en økt forespørsel etter individuell musikkterapi. Forskningsprosjektet har vært med på å belyse individualterapi, og dermed gjort personalet klar over at individualterapi kan være en nyttig intervensjonsmåte i arbeid med de mange ulike pasientgruppene som finnes på et sykehjem.

4.2.1 Deltakelse som mulighet for utvikling av egen yrkesrolle

I denne underkategorien reflekterer informantene over forskjellige perspektiver innenfor deltakelse i forskningsprosjektet som en mulighet for utvikling av egen rolle. Med formuleringen av denne underkategorien mener jeg hvordan yrkesrollen til musikkterapeutene har utviklet seg gjennom forskningsprosjektet. I yrkesrolle legger jeg den rollen og posisjonen musikkterapeutene har på sykehjemmet. Flere av informantene sier at deltakelsen i forskningsprosjektet har hjulpet til med å få en bedre struktur rundt det individualterapeutiske arbeidet. De sier at forskningsprosjektet har vært en hjelp til å strukturere, systematisere, prioritere og disiplinere seg selv til å ta seg tid til å ha individualterapi. Samtidig fremhever noen en stor avstand mellom praksishverdagen og forskningshverdagen.

Silje er en av dem som sier noe om at hun har fått bedre tid til individualterapi. Jeg forstår det slik at forskningsprosjektet har gjort både henne selv og det øvrige personalet bevisst på at individualterapi tar tid. Hun har derfor vært nødt til å kutte ned på andre musikktilbud, eller delegere bort oppgaver for de forskjellige tilbudene på sykehjemmet.

Silje: Også har det nok bevisstgjort mer i økende grad å få mer rom for individualterapi i hverdagen.

Berit ser det ut i fra sin rolle som musikkterapeut og sier at forskningsprosjektet har vært med på å vise henne viktigheten med å jobbe individuelt, og jobbe mer systematisk enn tidligere.

Berit: Man kan fort havne i noen spor eller at personalet har noen forventninger til måter jeg jobber på. [...] Så det kan få noen konsekvenser i forhold til at jeg kan argumentere for viktigheten av å jobbe individuelt, i større grad enn det jeg har gjort før, og kanskje mer systematisk enn jeg har gjort før.

Hun sier at gjennom erfaringene hun har gjort i forskningsprosjektet, kan hun nå lettere argumentere for viktigheten med å jobbe individuelt. Tidligere hadde kanskje personalet på sykehjemmet en forventning til hvordan hun skulle jobbe. Nå kan hun ta med seg de erfaringene forskningsprosjektet har gitt henne og snu personalets forventninger.

Frode trekker frem at kvaliteten på musikkterapien kanskje har blitt litt bedre når han har vært med i forskningsprosjektet. Han sier at han blir mer skjerpet når han har musikkterapi med en klient i et forskningsprosjekt. Forskningsprosjektet er positivt i forhold til at det hjelper han til å få et strukturert forløp, og fordi han må disiplinere seg selv til å få et visst antall musikkterapitimer i løpet av en bestemt periode. I løpet av intervjuet sier han også at han ikke har avlyst musikkterapitimene, slik han oftere gjorde før han ble med i forskningsprosjektet.

Frode: Jeg tror nok kanskje at jeg skjerper meg bittelittegranne når jeg vet at det er forskning. Kanskje kvaliteten på det jeg gjør blir noen hakk bedre. Det burde kanskje ikke være sånn. Man bør jo jobbe like skjerpa hele veien, men litt som jeg sier at jeg blir enda litt mer forpliktende på å rekke nok ganger i tide og litt sånne ting da. Og noen hakk mer systematisk kanskje.

Samtidig sier Frode at forskningsprosjektet også har vært med på å synliggjøre hans rolle som musikkterapeut på sykehjemmet. Han sier at forskningsprosjektet får musikkterapi til å virke profesjonelt og ordentlig og at det blir en hjelp til å jobbe individuelt med et strukturert forløp.

Frode: Det synliggjør meg jo på en litt fin måte da. Det virker profesjonelt og skikkelig da. Fokuserer på det å få satt av tid til å få jobbe skikkelig individuelt og få bra forløp på det da. Og det gir en veldig anledning og ramme rundt det. Litt press selv til å måtte følge opp å gjøre det ofte nok.

Forskningsprosjektet har altså vært en pådriver til å strukturere musikkterapien. Det har også ført til at han ikke har jobbet så spontant som han ellers ville gjort. Dette er i tråd med det han tidligere har vært inne på om at virkeligheten er mer komplisert enn det RCT studier fanger opp. Sykehjemshverdagen er uforutsigbar med beboere som blir flyttet på andre avdelinger og sykehjem, som blir sendt til frisøren når han kommer og skal ha time, eller beboere som blir

dårligere og ender livet plutselig. Frode er derfor opptatt av å få frem det at forskningen er med på å systematisere musikkterapien ikke nødvendigvis er bare positivt. Det kan skape en større forpliktelse i forhold til å gjennomføre et visst antall timer i løpet av en bestemt periode, men kan også gå på bekostning av spontaniteten og evnen til å tilpasse seg sykehjemshverdagen.

Selv om Berit, i et sitat i kapittel 4.1.3, sa at hun hadde fått et nytt verktøy til å jobbe individuelt på, sier hun i dette sitatet at det er vanskelig å gå forbi alle de andre beboerne på sykehjemmet. Hun sier det er positivt med et individfokus, men at det påvirker praksisen i den grad at hun ikke får møtt beboerne slik hun ellers ville ha gjort. Imidlertid sier hun at hun er opptatt av å vise hva musikkterapi er til de andre beboerne, og spilte derfor en sang til beboerne og personalet når hun var ferdig med musikkterapitimen.

Berit: Så jeg er nok opptatt av å ha et positivt forhold til de andre, ikke noe sånn mystisk. En gang spilte jeg en låt til de som hadde satt seg til kveldsmaten etter at jeg var ferdig – og bare så flott! Jeg synes det er godt å kunne vise hva musikkterapi er på en positiv og enkel måte.[...] Og kanskje har det vært godt for meg på et vis, og ikke være på det sykehjemmet hvor jeg jobber fast og. Fordi at der kjenner jeg alle beboerne så godt. Det ville rett og slett vært vanskelig for meg å gå forbi alle.

Solgunn sier at hun antagelig ville ha tenkt litt annerledes i forhold til å fortsette et forløp enn det som er mulig når hun er med i forskningsprosjektet. Jeg får også inntrykk av at hun synes prosjektet er litt for systematisk, og at det virker som hun har lyst til å gjøre musikkterapien på en litt annen måte enn det prosjektet gir henne mulighet til.

Solgunn: Det er jo forpliktende i forhold til at en skal gjennomføre de gangene. Jeg tenker at kanskje hadde jeg valgt annerledes i forhold til å fortsette prosessen med en pasient hvis ikke det var et prosjekt som skulle gjennomføres. En jobber jo systematisk, men en blir jo tvunget til å være ultra systematisk. For en skal registrere og rapportere og alt det der. Veldig disiplinerte.

Et annet perspektiv som kommer frem er dette med prestasjonsangst i forhold til de resultatene som kommer ut av prosjektet.

Kaja: Dette med at man kan få litt prestasjonsangst. Tenk hvis det faktisk ødelegger litt for dataene, fordi det jeg gjør ikke har de resultatene som en innerst inne ønsker at jeg skulle ha.

I dette sitatet reflekterer Kaja over hva som skjer dersom hennes data ikke er de forskningsprosjektet ønsker. I et forskningsprosjekt er det vanlig at man har en hypotese over hva som kommer til å bli det endelige resultatet. Når Kaja aldri har jobbet innenfor eldreomsorgen med personer med demens og agitert atferd blir det da naturlig å ha en refleksjon rundt dette temaet. Hun sier også at de har snakket om dette på veiledningen, slik at alle musikkterapeutene forsøker å tenke at de skal gjøre jobben sin slik de ville gjort dersom de ikke hadde deltatt i et forskningsprosjekt.

4.2.2 Relasjonen til klienter²⁸

Informantene snakker ut i fra forskjellige perspektiver i denne underkategorien. Noen trekker frem sin relasjon til klienten gjennom forløpet, mens en annen trekker frem beboerne²⁹ som sitter utenfor rommet hvor musikkterapien foregår. Det at relasjonen til klienten forandrer seg gjennom musikkterapiforløpet eller at relasjonen til de andre beboerne blir annerledes sier noe om at musikkterapeutene tenker og handler på en annen måte når de deltar i et forskningsprosjekt enn det de ville gjort om de ikke hadde deltatt i et forskningsprosjekt. Forskningsprosjektet er jo også, som vi har sett i kap. 4.1.3, en læringsmulighet for musikkterapeutene ved at de får mulighet til å prøve individualterapi innenfor feltet.

Solgunn snakker om sin etablerte rolle blant beboerne på sykehjemmet. Hun forteller at det er klare forventninger om musikk når hun kommer opp til en avdeling. I dette sitatet forteller hun om hvordan hun føler det blir litt rart å bare gå inn til den respektive klienten når det er så store forventninger til henne. Dette fører til at hun ikke får møtt beboerne slik som hun ville gjort dersom hun ikke var med i et forskningsprosjekt.

Solgunn: Det er nok noe med at det er veldig klare forventninger når jeg kommer til avdelinga, men når jeg bare går inn på rommet med bare en pasient, så er jo ikke det utelukkende positivt da.

Hun forteller at beboerne står og kikker i døra og ser om hun fortsatt er der. Hun får ikke gitt de den oppmerksomheten og fokuset som det ellers ville ha fått. Måten hun har løst dette på er å snakke med beboerne når hun er ferdig med musikkterapitimen. På denne måten påvirker

²⁸ Klienter er her de personene som mottar musikkterapi. Jeg bruker klienter selv om noen av informantene benytter beboere og pasienter.

²⁹ De som bor på sykehjemmet, men som ikke mottar musikkterapi gjennom forskningsprosjektet.

deltakelsen i forskningsprosjektet Solgunn sin måte å møte beboerne. Hun får ikke anledning til å møte de på den måten hun ville gjort til vanlig.

Kaja sier at hun gjennom forskningsprosjektet får sett at musikkterapi er relevant for personer med demens. Hun forteller også at hun synes selve møtet med klienten er veldig fint.

Kaja: Jeg synes også møtet med pasientene er utrolig fint da. Og man ser jo at det er veldig relevant med musikkterapi for demensramma.

Det skal sies at Kaja jobber relasjonelt til vanlig i sin praksis, og at det også blir lagt vekt på i arbeidet med personer med demens og agitert atferd³⁰.

Silje fremhever at hun, gjennom musikkterapiforløpet, så klienten i et nytt lys. Dette var noe hun også fortalte til miljøterapeuten som kunne jobbe videre med dette.

Silje: I forhold til den andre så påvirket det nok relasjonen veldig at jeg så vedkommende i et veldig nytt lys. Selv om man gjør så godt man kan i forhold til å ikke forhåndsdømme eller sette noen i bås, så er nok de beboerne som har utagerende, agitert atferd lett å sette i bås. Og jeg fikk et veldig annet syn på vedkommende gjennom terapien. [...] Som jeg også kunne formidle videre til miljøterapeut.

Silje snakker om et tema som jeg føler er litt tabubelagt i helseyrket. Nemlig det at man som menneske har noen fordommer som man møter andre mennesker med. Personer med demens og agitert atferd er en pasientgruppe hvor denne forhåndsdømmingen kan komme til syne, da personalet ofte føler en hjelpeløshet og håpløshet i forhold til pasientgruppen. Dette i tillegg til at pasientgruppen ofte er urolige og, eller viser en fysisk eller psykisk aggressivitet. Jeg synes det er viktig at dette temaet blir tatt opp, og at den eventuelle endringen som skjer gjennom musikkterapien blir videreformidlet til eksempelvis miljøterapeuten som kan jobbe med dette videre. Dersom dette blir gjort kan den genererte synergien medføre redusert stigmatisering, samt at personalet lettere ser de ressurser klienten innehar (se kap. 3.1.3).

Dette temaet fører oss videre til neste underkategori som handler om hvordan deltakelsen i forskningsprosjektet kan skape ringvirkninger for avdelingspersonalet og en forankring av musikkterapien.

³⁰ Dette forteller hun i intervjuet når jeg spør henne om hun kan fortelle litt om hvordan hun jobber.

4.2.3 Ringvirkninger³¹ for avdelingspersonell og forankring av musikkterapi som følge av musikkterapeutens deltakelse

Med ringvirkninger mener jeg hvordan noe musikkterapeuten gjør eller teknikker som blir brukt i musikkterapien kan bli gitt videre til pårørende, pleiepersonell eller andre. Hvordan teknikker kan bli brukt utenfor musikkterapien og slik lette arbeidshverdagen for pleiepersonell eller skape en måte for pårørende å kommunisere med sin nærmeste. Det kan også være hvordan musikkterapien blir synlig for resten av personalet eller ledelsen ved sykehjemmet. En informant forteller at i et av forløpene ga hun videre teknikker til familien, slik at de kunne nå inn til den pårørende. En annen informant forteller om hvordan hun har videreformidlet sanger og teknikker til avdelingspersonell, slik at overgangssituasjonene kan bli mindre sårbare og tryggere for personen med demens. Videre er det en informant som fremhever forskningsprosjektet som en mulighet til å synliggjøre musikkterapi både ovenfor personalet på sykehjemmet og samfunnet.

Silje: Det var at pårørende merket så stor forskjell. Og ga meg tilbakemelding om det relativt tidlig i forløpet. Og det var jo veldig kjekt å se. I alle fall det vi tolket som musikkterapiens virkning kunne få betydning i forhold til hvordan de hadde det sammen med sin kjære. Det var jo viktig. Og for de så ble også det en måte å tenke ny vei inn til dems kjære på da.

Silje beskriver her hvordan hun fikk tilbakemelding fra de pårørende om at musikkterapien hadde en effekt på klienten. Familien fikk også mulighet gjennom litt veiledning fra Silje å bruke musikken som en vei inn til sin nærmeste. Som Ridder (2003, s. 280) sier kan musikken være en nye måte for personalet og pårørende å se personen med demens i et nytt lys. Man kan tenke seg til at dette betyr mye for den nærmeste familie, som kanskje har hatt problemer med å nå inn til sin nærmeste og kanskje til og med har sett det som håpløst. Det at de nå kunne etablere en kontakt og oppnå kommunikasjon på nytt må være en lettelse og føles veldig bra!

Solgunn forteller om personalet på avdelingen. Hun mener at personalet må opprettholde det arbeidet hun begynner på i musikkterapien, med å etablere en trygg ramme, slik at musikkterapien kan få en effekt også utenfor musikkterapien. Dette kan føre til at

³¹ Ringvirkning = effekt, følge, gjøre susen, innflytelse, inntrykk, innvirkning, konsekvens, påvirkning, reaksjon, resultat, spor, verdi, virkning, vits (Synonymer, 2011).

arbeidshverdagen blir lettere for avdelingspersonalet, for eksempel ved at stellsituasjonen går lettere og at overgangssituasjonene blir lettere ved at klienten føler seg tryggere.

Solgunn: Jeg skjønner at folk er slitne, men jeg skjønner også det at man må, i forhold til gruppa pasienter, se det litt videre fra dag til dag. For at den systematiske intervensjonen og tryggheten som kan være med på å skape endring, og da til syvende og sist lage en bedre hverdag for de også. Så av og til må man bare orke å sette inn litt ekstra for å oppnå en varig endring.

Et annet perspektiv som kommer frem er at forskningsprosjektets tema er fint, og at det er viktig for musikkterapeutene. Dette fordi vi gjennom forskningen får bevist at musikkterapi har en effekt.

Berit: Også synes jeg det er veldig fint at det her blir forsket på. At det er et viktig tema, og viktig, måte å dokumentere effekten av det vi holder på med i forhold til å markedsføre oss, eller å kunne slå oss litt på brystet å si at; her er vi, vi vet at det her virker.

Berit fremhever i dette sitatet at temaet for forskningsprosjektet er viktig i forhold til at musikkterapeuter kan markedsføre seg selv, og kunne bevise at musikkterapi virker. Dette kan da også gi ringvirkninger til ledelse ved for eksempel sykehjem, innenfor psykisk helse og andre institusjoner hvor musikkterapi kunne ha vært en del av behandlingstilbudene.

4.3 Deltakelse som muligheter for utvikling av samarbeid

I denne kategorien kommer underkategoriene *Deltakelse i prosjektet og samarbeidsforhold*, *Samarbeid med ledelse* og *Forskningsprosjektet som en måte å skape interesse rundt demens og agitert atferd*. Alle disse underkategoriene omhandler samarbeid på forskjellig nivå. Det være seg tverrfaglig samarbeid med personalet på avdelingen og ledelsen på sykehjemmet. Det kan virke som at deltakelsen i forskningsprosjektet har styrket dialogen med forskjellige aktører på institusjonen, hos noen av informantene.

4.3.1 Deltakelse i prosjektet og samarbeidsforhold

I denne underkategorien forteller informantene om hvordan forskningsprosjektet har vært med på å skape en base for faglige samtaler med det øvrige personalet på sykehjemmet. De forteller også om samarbeid med de andre ansatte på sykehjemmet, og at det gjennom forskningsprosjektet har kommet en forsterkning av forståelsen av at individualterapi tar tid.

Frode trekker frem hvordan forskningsprosjektet har vært med på å skape faglige samtaler med personalet på sykehjemmet. Jeg opplever det slik at han tidligere har savnet å ha faglige samtaler med personalet.

Frode: Det føler jeg kanskje litt gjennom forskninga, så er det flere som er interessert i å snakke mer faglig, som jeg er vant til å gjøre som student da. Så det skaper litt mer fagsamtaler som jo, vi egentlig bør ha litt av da, absolutt på et sånn sted da.

MM; Så forskninga skaper på en måte en litt sånn faglig base for ...

Frode; Ja, det kan du si. En litt sånn faglig øy, i en ikke så veldig faglig verden.

Frode sier her at han gjennom forskningsprosjektet har fått en mulighet til å snakke faglig med personalet, noe han ikke har gjort så mye tidligere. Forskningsprosjektet har også åpnet opp for at personalet tar kontakt med han og begynner å snakke faglig mer enn det de gjorde tidligere.

Silje trekker frem hvordan forskningsprosjektet har vært med på å danne et faglig samarbeid med fagleder på sykehjemmet. Dette er en ny måte å samarbeide med fagleder på ettersom de ikke har samarbeidet faglig tidligere. Hun sier også at forskningsprosjektet er en mulighet for å holde seg faglig oppdatert.

Silje: Også gjør jeg jo prosjektet sammen med fagleder her på sykehjemmet. Så det er jo en måte for både hun og jeg å oppdatere oss litt faglig og samarbeide enda mer.

Litt senere i intervjuet sier Silje noe om at prosjektet har hjulpet henne med å delegere bort de oppgavene hun ikke anser som sin første prioritet. Hun har sett at hun må nedprioritere og delegere bort noen tilbud, slik at hun får tid til individualterapien. Dette har ført til en forsterket forståelse fra personalet om at individualterapi tar tid.

Silje: Det har vært en ytterligere forsterkning av den forståelsen, og fordi at jeg har kunnet delegere bort ting som ikke nødvendigvis er første prioriteten på min del som musikkterapeut. Det har vært en forståelse om at individualterapi tar tid, og at det da er andre ting som må gå ut.

Et annet perspektiv som omhandler samarbeid på sykehjemmet er samarbeidet med ledelsen. Dette skal vi nærmere på i neste underkategori.

4.3.2 Samarbeid med ledelse

De fleste av informantene sier de får støtte fra ledelsen. Samtidig sier noen at ledelsen ser på prosjektet som en mulighet til å bruke dette aktivt i promoteringen av sykehjemmet, og synligheten utad. En informant sier at ledelsen er positive til prosjektet, så lenge det ikke går utover noe annet, mens en annen sier at ledelsen tar prosjektet alvorlig, og at det virker som om det er en interesse i å fordype seg i forskningsprosjektets tema.

To av de som har tanker rundt hvordan ledelsen stiller seg til deltakelsen i forskningsprosjektet er Silje og Solgunn. Som vi skal se i de påfølgende sitatene har de ulike oppfatninger på hvordan ledelsen ser på forskningsprosjektet.

Silje: Fra ledelsens side så opplevde jeg at det ble tatt alvorlig. Og også en interesse etter å virkelig dukke litt inn i dette her.

Som vi ser sier Silje at ledelsen er positive til at hun deltar i prosjektet. De tar det alvorlig, og viser at det er en interesse i å finne ut mer om dette temaet. Solgunn derimot sier at det virker som ledelsen ikke bryr seg så mye om det enkeltstående prosjekt, men at de bruker forskningsprosjektet i profilering utad.

Solgunn: Ledelsen har ikke merket noe praktisk av dette her, men de har vært involvert i prosessen med å få tillatelse. De merker seg når det handler om de skal ha musikkterapeut ett år til eller ikke. Så merker de seg det at den kontakten med universitetet er en veldig dum ting å gi slipp på.

Sitatet viser også at ledelsen bruker forskningsprosjekt i argumenteringen når det handler om de skal ha musikkterapeut ett år til eller ikke. Det virker som at ledelsen mer er redd for å gi slipp på universitetet enn det de er redd for å gi slipp på musikkterapeuten. Dette viser seg også i neste sitat, også fra Solgunn, hvor hun sier at ledelsen ser på nettverk for musikk og eldre mer som en helhet enn som et enkelt stående forskningsprosjekt.

Solgunn: De støtter jo det veldig, og de ser veldig mye på institusjonens sin faglige anseelse. Og det er jo alltid vel verdt å vise de dens slags samarbeidsprosjekt. De ser vel på nettverk for musikk og eldre mer som en helhet, og den samarbeidskontrakten man har med prosjektet mer enn den man har med det isolerte prosjektet tror jeg.

Frode sier at ledelsen er positive til forskningsprosjektet, men at de helst ikke vil at det skal gå utover noen andre tilbud som han har. Han sier også at det virker som positiv omtale i lokalavisa er mer synlig for ledelsen, enn det at han holder et foredrag på en konferanse eller lignende.

Frode: Men de er ikke så kjempe opptatte av det altså. De er kanskje mer opptatte av at det skal stå noe positivt om det i lokalavisa, altså om arrangementer. Det veier kanskje tyngre enn at jeg sier at nå skal vi legge det fram på en konferanse et eller annet sted.

Som vi ser forteller Frode at ledelsen ser det som mer positivt at musikkterapeuten er med i en avisreportasje enn i et forskningsprosjekt.

4.3.3 Forskningsprosjektet som en måte å skape interesse rundt demens og agitert atferd

Informantene forteller at de har opplevd en interesse fra andre fagfelt rundt tematikken under deltakelsen i forskningsprosjektet. Dette har vist seg gjennom en interesse til selve prosjektet, positive tilbakemeldinger, positivt innstilt personale, og en tillit og tro på at musikkterapi er virkningsfullt hos personer med demens.

Berit sier at hun får høre at personalet har det travelt, men at de allikevel er positivt innstilt til prosjektet. Hun sier personalet er glad for at klienten får det tilbudet vedkommende får. Personalet viser interesse, selv i en hverdag hvor det skjer mye. Dette viser at forskningsprosjektets tema er et viktig tema som mange viser en interesse rundt.

Berit: Så langt har jeg fått positive tilbakemeldinger på det, får høre at det er travelt og sånn. Jeg har inntrykk av at personale er positivt innstilt på det, og at dem er glad at pasienten som er valgt ut får det han får.

Personalet har en travel hverdag, men allikevel ser de nytteverdien forskningsprosjektet har for personer med demens og agitert atferd.

Frode fremhever at det blir enklere å snakke faglig med personalet, og det gjør at prosjektet engasjerer flere.

Frode: De er jo interessert. Det blir litt mer naturlig å snakke faglig med de og. Så det engasjerer flere da kan du si. Det er positivt.

Forskningsprosjektet gjør det naturlig at faglige samtaler kommer opp rundt temaet personer med demens og agitert atferd. I sitatet leser jeg også at det å snakke faglig med personalet på sykehjemmet er noe Frode har savnet.

Silje snakker om et annet perspektiv. Hun snakker om hvordan tematikken har vært med på å skape en interesse, på grunnlag at personer med demens og agitert atferd er en utfordrende pasientgruppe å jobbe med. Hun sier at personalet er positive og har en tillit og tro på at musikkterapi har en effekt på personer med demens og agitert atferd.

Silje: Det er noe med det at agiterte beboere er jo noe som tar mye tid og krefter på avdelingen. Ofte har du også ansatte som føler seg hjelpeløse og som ser at dette er en beboer som ikke har det godt, men som føler seg hjelpeløse i forhold til å kunne finne en vei inn da. Så at tematikken har vært med på å skape interesse, og en sånn "Åja, la oss prøve. Kanskje dette kan funke!" Det har jeg opplevd. Og også en veldig tro på egentlig at det skulle lykkes. [...] Så det var en veldig tillit og tro på at dette kan bli bra.

I dette kapittelet har jeg presentert datamaterialet fra intervjuene jeg har gjort med fem informanter. Ut ifra sitatene har jeg reflektert over hva informantene forteller og hvilken betydning dette kan ha for musikkterapipraksisen, yrkesrollen, ovenfor klienter/andre beboere og ovenfor personell og ledelse. Jeg har funnet kodinger og derfra kategorier som er linket opp til min problemstilling, og slik kan det hende at andre vil finne frem til andre type kategorier. Informantene snakker om at forskningsprosjektet har vært med på å utvikle praksisen, eller å bane en ny vei for praksis i en positiv retning. Mange av informantene forteller at de har hatt et stort utbytte av veiledning, både i gruppe og individuelt. De forteller også at forskningsprosjektet har vært en måte å strukturere og prioritere individuell musikkterapi på en annerledes måte enn slik de ellers ville gjort; altså i en positiv retning. Alle disse endringene i både praksis og yrkesutøvelse tror jeg kan være en faglig utvikling som har kommet frem gjennom deltakelsen i forskningsprosjektet.

5.0 Diskusjon

Både før og under hele forskningsprosessen har problemstillingen ligget som et bakteppe, noe som har vært viktig for oppgavens utforming. Jeg vil derfor minne om problemstillingen til denne oppgaven.

På hvilke måter kan deltakelse i et forskningsprosjekt virke inn på musikkterapeuters praksis?

Dette har jeg forsøkt å finne svar på gjennom intervju av fem musikkterapeuter som alle er med i det samme forskningsprosjektet, ”Effekten av individuell musikkterapi på agitert atferd, medisinerer og livskvalitet hos personer med demens”, et forskningsprosjekt organisert av GAMUT. Arbeidet har også vært preget av tre underproblemstillinger, som jeg syntes var viktig for å kunne finne ut av hovedproblemstillingen. Disse er:

Hva er praksisnær forskning?

Bli musikkterapeutens praksis påvirket? Hvis ja – på hvilken måte?

Er dette forskningsprosjektet praksisnært?

5.1 Deltakelse som motivasjon og faglig utvikling

Underkategoriene som kom inn under denne kategorien var *Opplevelse av deltakelse i en større helhet*, *Opplevelse av faglig fellesskap med andre i prosjektet*, og *Prosjektet som en læringsmulighet*.

I denne kategorien snakket musikkterapeutene om hvordan de så seg selv i sammenheng med noe større i deltakelsen i forskningsprosjektet – med nettverket musikk og eldre, men også med de andre musikkterapeutene i veiledningsgruppen. De sa at de gjennom forskningsprosjektet hadde andre musikkterapeuter å diskutere faglig med, som kanskje delte noen av de samme erfaringene og som de kunne dele kunnskap med. Flere av dem sa at forskningsprosjektet ga dem nye måter å jobbe på, da noen av musikkterapeutene tidligere jobbet mye i grupper og ikke så mye individuelt. Musikkterapeutene sa også at forskningsprosjektet åpnet opp en læringsarena i forhold til hvordan man kan jobbe individualterapeutisk med personer med demens og agitert atferd.

Det at musikkterapeutene har vært med i et nettverk bestående av både praktikere og forskere før forskningsprosjektet startet tror jeg kan ha vært en berikelse for det utbytte musikkterapeutene sier de har fått gjennom deltakelsen i forskningsprosjektet. Fox (2003) sier det er lettere å få et utbytte av forskningen dersom det foreligger et tett samarbeid mellom forskere og praktikere. Musikkterapeutene sier at forskningsprosjektet trekker det musikkterapeutiske arbeidet opp på et høyere nivå, og viser ledelsen at musikkterapeuten har kontakt med et større nettverk. Det viser også ledelsen og andre ansatte på sykehjemmet at musikkterapi ikke bare er musikk og moro, men at det er en profesjon som det forskes på, og som er et nyttig hjelpemiddel innenfor demensomsorgen. Lykkeslet & Gjengedal (2007) hevder også at praksisnær forskning krever et tett samarbeid mellom forsker og deltaker. Dette kan man se i forskningsprosjektet hvor deltakerne er med i nettverk for musikk og eldre, og alle parter møtes jevnlig for å diskutere ulike problemstillinger. Nettverket musikk og eldre har sammen med veiledningsgruppen og individuell veiledning vært medvirkende faktorer i forhold til synliggjøringen av musikkterapeutene på sykehjemmet. Som skrevet i teorikapittelet nevner Fox (2003) tre mulige løsninger på hvordan praktikere og forskere kan bedre et samarbeid (jfr. kap. 3.1.5), konservativt utgangspunkt, evidensbasert praksis tilnærming, og at feilen ligger i forskningsmodellen. Det kan virke som forskningsprosjektet har vært bevisst på disse tre ”modellene” for samarbeid og utføring av praksisnær forskning, ettersom de har opprettet et nettverk for musikk og eldre en god stund før forskningsprosjektets start. Dette kan ses på som positivt på den måten at musikkterapeutene gir et tydelig inntrykk av at de har fått et læringsutbytte av forskningsprosjektet. Jeg tror også det å ha mulighet til å kunne snakke med noen som er opptatt av de samme problemstillingene har vært veldig verdifullt. Dette er også noe musikkterapeutene selv sa i intervjuene. Musikkterapeutene trakk frem betydningen av veiledningen, både i gruppe og individuelt. Læringsutbyttet som ligger i forskningsprosjektet har også betydd mye for musikkterapeutene. Forskningsprosjektet har vært med på å synliggjøre ny kunnskap og gi musikkterapeutene evne til å se nye måter å tilrettelegge musikkterapien. Kanskje kan de faglige samtalene også fortsettes etter at forskningsprosjektet er ferdig?

5.2 Deltakelse som mulighet for utvikling av praksis

I denne kategorien kommer underkategoriene *Deltakelse som mulighet for utvikling av egen yrkesrolle*, *Relasjoner til klienter*, og *Ringvirkninger for avdelingspersonell og forankring av musikkterapi som følge av musikkterapeutenes deltakelse*.

Noen av musikkterapeutene snakket her om at de har forandret eller stilisert sin praksis slik at forskningsprosjektet lettere kan trekke noe ut av datamaterialet. Et annet perspektiv som dukket opp her var at det at noen av musikkterapeutene hadde en prestasjonsangst i forbindelse med at deres datamaterialet ikke var det forskningsprosjektet ønsket. Det at noen av musikkterapeutene følte at registreringsskjemaene i forskningsprosjektet ikke fanget opp alle variablene en musikkterapitime inneholder kom også frem her. Musikkterapeutene sa også at de prioriterte individualterapi når de deltok i forskningsprosjektet mer enn det de ville gjort dersom de ikke hadde vært med i et forskningsprosjekt. Dette kommer også som en følge av at forskningsprosjektet krever et visst antall timer. Forskningsprosjektet bidro på den måten til at musikkterapeutene fikk en bedre struktur i det individualterapeutiske arbeidet. Som en følge av dette sa musikkterapeutene at musikkterapi har blitt belyst på en ny måte, ved at ledelsen ser at musikkterapeutene er med i et forskningsprosjektet og dermed viser at musikkterapi er en profesjon som er i utvikling, og dette har ført til at musikkterapipraksisen har blitt tatt mer på alvor av ledelsen på sykehjemmet. Et perspektiv musikkterapeutene kom med var at forskningsprosjektet ikke ga dem mulighet til å jobbe så spontant og tilpasse seg sykehjemshverdagen. Terapiforløpet i forskningsprosjektet gjorde også at en musikkterapeut endret sitt syn på klienten og så personen i et nytt lys. Dette kan også ha vært med å skape tjenlige ringvirkninger til avdelingspersonalet samt til de pårørende. Musikkterapeutene fortalte hvordan de videreformidlet ulike teknikker til både pårørende og avdelingspersonell. Videreformidlingen ble gjort slik at personen med demens og agitert atferd kan oppleve overgangssituasjoner som mindre sårbare. Avdelingspersonellet kan oppleve at deres praksishverdag flyter bedre, og de pårørende får redskaper til å kommunisere med sin nærmeste. Andre musikkterapeuter trakk frem at forskningsprosjektets tema var veldig bra, og at det behøves forskning innenfor feltet, for slik å kunne vise at musikkterapi virker.

Forskningsprosjektet har altså belyst musikkterapipraksisen på en ny måte, fremmet musikkterapeutenes synlighet på sykehjemmet og bidratt til å gi det individuelle musikkterapeutiske arbeidet ny struktur. Alt dette er faktorer som peker mot en praksisnær forskning. Praksisnær forskning krever blant annet at forskningen skal komme deltakerne i

studien til gode (Hummelvoll, 2010b; Willumsen & Studsrød, 2010; Lykkeslet & Gjengedal, 2007), og sier også at forskningen skal foregå i praksishverdagen til praktikerne som blir studert (Hummelvoll, 2010b). På den andre siden var det noen musikkterapeuter som følte at forskningsprosjektets registreringsskjemaer ikke fanget opp den bredden som finnes i musikkterapitimen. Denne diskusjonen hadde jeg også i kap. 3.4.1 hvor DeNora (2006) var viktig for frontingen av at RCT-studier nødvendigvis ikke er et fordelaktig design for forskning i musikkterapien, da denne type design fokuserer på forhåndsbestemte variabler. Musikkterapeutene hadde selv medbestemmelse i forhold til hva innholdet i musikkterapitimene skulle være og hvor musikkterapien skulle finne sted³². Kanskje dette kan ha noe med at musikkterapeutene opplevde forskningsprosjektet som praksisnært?

5.3 Deltakelse som muligheter for utvikling av samarbeid

Underkategorier i denne kategorien er *Deltakelse i prosjektet og samarbeidsforhold*, *Samarbeid med ledelse*, og *Forskningsprosjektet som en måte å skape interesse rundt demens og agitert atferd*. I disse kategoriene snakket musikkterapeutene om samarbeid på flere nivå på sykehjemmet, hvordan forskningsprosjektet har vært med på å skape en base for faglige samtaler og hvordan forskningsprosjektet har belyst det at individualterapi tar tid. Det kom frem at ledelsen på sykehjemmene støtter musikkterapeutene på forskjellige måter, men at musikkterapeutene opplever at ledelsen tar deltakelsen i forskningsprosjektet alvorlig. Musikkterapeutene har opplevd stor interesse fra andre fagfelt rundt personer med demens og agitert atferd under deltakelsen i forskningsprosjektet. De fortalte at personalet har vært positivt innstilt, har gitt positive tilbakemeldinger, og vist tillit og tro på at musikkterapi er virkningsfullt hos personer med demens. Pasientgruppen i forskningsprosjektet er utfordrende og krever mye av personalet, og personalet har derfor vist stor interesse for musikkterapi og den virkningen musikken kan ha på personer med demens.

Nerheim (1995) sier at dialogen mellom pasient og terapeut har en stor betydning for hele behandlingstilbudet. Musikkterapi består ikke bare av et musikalsk samspill, men handler også om å se, møte og anerkjenne klienten. Det kan derfor, på mange måter, være vanskelig å finne kjernen i musikkterapien. At en person, for eksempel en musikkterapeut, ikke

³² De hadde også en viss medbestemmelse når det gjelder hva registreringsskjemaene skulle inneholde. På en nettverkssamling før forskningsprosjektet startet diskuterte musikkterapeutene sammen med forskerne hva de forskjellige kategoriene i registreringsskjemaene inneholdt, og hvordan de kunne beskrive de forskjellige elementene som finner sted på en musikkterapitime i registreringsskjemaene.

sykeliggjør personen med demens, men ser ressurser, søker etter mestring hos vedkommende og bringer frem gode minner tror jeg kan være med på å gi personen med demens ro og trygghet også i andre situasjoner. Når man da skal registrere disse elementene i registreringskjemaer sier det seg selv at noe blir borte underveis (jfr. kap. 3.1.1), mellom det som faktisk skjer i musikkterapitimen med alle følelser, kroppskontakt og samtaler, og det som blir skrevet ned i registreringskjemaene. For å jevne ut dette spriket mellom det som skjer i praksis og registreringene, som noen av musikkterapeutene snakket om, kan det være aktuelt for musikkterapeutene å skrive kvalitative caseartikler etter at forskningsprosjektet er ferdig. I disse artiklene kan det tenkes å være aktuelt å involvere observasjoner som er gjort av avdelingspersonalet utenom musikkterapitimene. Dette er en måte å styrke samarbeidet med de andre ansatte på sykehjemmet, og utføre i praksis det Samhandlingsreformen (St.meld. 47, 2008-2009) har et ønske om (jfr. kap. 1.1). Dersom dette gjøres kan man få innblikk i hvordan enkeltpersoner og avdelingen har fått utbytte av den individuelle musikkterapien. Dette er også noe som er viktig i forhold til stigmatiseringseffekten (som beskrevet i kap. 3.1.3), da denne gruppen er utfordrende å jobbe med.

5.4 Oppsummering

Som vi kan se har forskningsprosjektet åpnet opp for nye arbeidsmetoder og arbeidsformer for musikkterapeutene. De har fremhevet at deltakelsen har bidratt til en ny måte å se klienter på, i form av at praksisen har vært preget av individuelt musikkterapeutisk arbeid, men også fordi musikkterapeutene har deltatt i veiledningsgruppe og fått individuell veiledning. Individuell og gruppeveiledning er noe musikkterapeutene fremhever, og sier at de gjennom dette har fått et faglig utbytte og at forskningsprosjektet har vært en læringsmulighet. Musikkterapeutene fremhever også at forskningsprosjektet heller har tilført praksis noe, enn å ha vært et forstyrrende element i praksishverdagen. De sier forskningsprosjektet har vært en læringsarena hvor de har fått anledning til å utforske et nytt felt sammen med andre musikkterapeuter i samme situasjon gjennom veiledning i grupper og også individuelt.

Kanskje det at forskningsprosjektet tilførte praksisen noe mer enn at det var et forstyrrende element i praksishverdagen kan ha noe med at forskningsprosjektet ikke krever at sykehjemmet skal forandre deres rutiner, men at det glir inn i sykehjem avdelingens rutiner? Kanskje kan det ha noe med at personalet rundt musikkterapeuten ikke merker så mye av forskningsprosjektet, da forskningsprosjektet ikke krever så mye av de? En annen mulighet er

at forskningsprosjektet har lagt opp til en enkel og konsis måte å registrere musikkterapien på, slik at musikkterapeutene ikke behøver å bruke så altfor lang tid på dette. Kanskje forskningsdesignet lar musikkterapeutene bestemme litt mer selv i forskningsprosjektet, som for eksempel hvor og når musikkterapien skal foregå? For som Rolfe (1997) fremhever er det musikkterapeutene som kjenner klienten best og vet hva klienten har mest utbytte av og behov for. På den andre siden, er det fordi forskningsprosjektet har inkludert musikkterapeutene i nettverk musikk og eldre, og slik har jobbet sammen tidligere å skapt en base hvor praksisrelaterte problemstillinger kan diskuteres over en lav terskel? – noe Hummelvoll (2010b), Willumsen & Studsrød (2010) og Stige (2002) argumenterer for at man skal i praksisnær forskning, slik at deltakerne tar del i forskningsprosjektet, og på den måten får et innblikk i hvordan forskningsresultatene kan integreres i praksishverdagen.

Gjennom skrivingen av teorikapittel og diskusjonskapittel har det dukket opp et spørsmål som jeg vil la være ubesvart. Det ser ut til at denne RCTen ”rommet” erfaringer som kan knyttes til praksisnær forskning. Var dette på grunn av eller til tross for forskningsmetoden?

5.5 Implikasjoner for praksis

Praksisnær forskning er noe som nevnes spesielt i forbindelse med forskning i en helsefaglig kontekst (Hummelvoll, 2010b; Willumsen & Studsrød, 2010). Hummelvoll (2010b) og Willumsen & Studsrød (2010) hevder også at bruk av kvalitative komponenter vil være den beste måten å drive praksisnær forskning på. Det som har kommet frem gjennom mine intervju er at også forskningsprosjektet, som har et rigid design, oppleves som praksisnært. Kanskje inneholder det rigide designet elementer fra den pragmatiske RCT, som har ført til at musikkterapeutene føler seg mer inkludert i studien, og frie til å være med å utvikle forskningsdesignet? Oppleveres det som praksisnært fordi det ikke finnes fremmedelementer i innsamlingen av data? Musikkterapeutene kan gi klientene den samme innføringen som tidligere, og trenger ikke introdusere andre elementer enn musikken. Kanskje dette gjør at musikkterapeutene opplever at forskningen har en praksisnær tilnærming? Forskningsprosjektet krevde ikke forandringer på praksis, bare utfylling av registreringsskjema etter at musikkterapitimen var ferdig. Når de fleste informantene synes registreringsskjemaene i forskningsprosjektet var greie og enkle å fylle ut, og heller ikke veldig tidkrevende, gjør dette at forskningsprosjektet lett kan integreres i en ellers travel hverdag og oppleves som praksisnær. Noen av musikkterapeutene har kanskje fått en positiv

erfaring gjennom å delta i forskningsprosjektet. Dette kan ha ført til at musikkterapeutene også sier seg villige til å delta i andre forskningsprosjekt, og ikke er fullt så kritisk til andre kvantitative forskningsprosjekt. Musikkterapeutene kan også ha erfart at det ikke nødvendigvis handler om hvilken forskningsmetode som benyttes i forskningsprosjektet, men at det kanskje handler mer om på hvilken måte datainnsamlingen foregår.

Musikkterapeutene belyser også at de i stor grad opplevde et faglig utbytte av deltakelsen i forskningsprosjektet. Muligens var musikkterapeutene innstilt på å delta i forskningsprosjektet som en del av sin egen faglige utvikling, men det som er spennende er jo at musikkterapeutene følte de fikk dette, og det gjennom RCT som forskningsdesign. Et mulig utfall at dette er at musikkterapien kan ha fått en bedre kvalitet gjennom at musikkterapeutene deltok i et forskningsprosjekt, som ga dem et faglig utbytte omkring et aktuelt tema. Forskningsprosjektet ga musikkterapeutene mulighet til ny kunnskap gjennom veiledning i gruppe og individuelt, samt at musikkterapeutene har fått mulighet til å utforske et felt som noen av informantene aldri har jobbet innenfor.

Deltakelse i et forskningsprosjekt kan altså gi muligheter for utvikling av praksis, både for egen del og for profesjonen. Den kan gi læringsmuligheter, i forhold til deling av erfaringer og kunnskap. Deltakelsen kan også føre til nye muligheter for samarbeid på arbeidsplassen.

5.6 Kritisk blikk på egen forskning

I denne studien har jeg forholdt meg til den første delen av GAMUTS pilotstudie om effekten av individuell musikkterapi på agitert atferd, medisinerings og livskvalitet hos personer med demens. GAMUTS forskningsprosjekt pågår fortsatt med de samme musikkterapeutene som jeg har intervjuet i denne oppgaven. Musikkterapeutenes opplevelse av deltakelse kan derfor ha endret seg siden jeg intervjuet dem. Intervjuet kan ha startet refleksjoner hos musikkterapeutene i forhold til hvordan det er å være med i et forskningsprosjekt og hva det gjør med deres praksis, yrkesrolle, deres posisjon på sykehjemmet og ikke minst musikkterapiens posisjon på sykehjemmet. Disse refleksjonene har de kanskje tatt med seg videre i forskningsprosjektet og kanskje delt de med de andre musikkterapeutene, eller kanskje også med forskerne.

Jeg har hatt et nokså lite utvalg i min studie, av den enkle grunn at GAMUT ikke hadde flere musikkterapeuter inkludert i sitt forskningsprosjekt i Norge. Allikevel synes jeg at datamaterialet inneholder forskjellige perspektiver, noe som nok kommer av informantenes spennvidde i erfaring innenfor det musikkterapeutiske feltet, og praksiserfaring.

Det å gå inn i et forskningsprosjekt som masterstudent for å gjøre min egen forskning har vært utfordrende, både i forhold til at jeg selv ikke har særlig stor praksiserfaring fra feltet, men også fordi informantene og også forskerne i forskningsprosjektet er personer jeg ser opp til. Samtidig ser jeg denne utfordringen som noe positivt, da det har ført til at jeg ser på funnene mine uten en stor forforståelse av hvordan et forskningsprosjekt kan oppleves og hvordan det kan påvirke musikkterapipraksisen. Jeg har sett på nyansene i datamaterialet mitt, tenkt ut ifra disse uten å ha noe å sammenligne med. Dette er altså min første egen studie, hvor jeg selv har gjort alt – fra å finne problemstilling, riktig hensiktsmessig metode til analysen av intervjuene. Jeg er derfor ydmyk for at andre ville funnet andre kategorier fra analysen og kanskje også forstått utsagnene i intervjuene på en annen måte enn det jeg har lagt vekt på. Som en følge av de overnevnte faktorene har min veileder vært med i deler av analyseprosessen. På den måten har jeg sikret at jeg har foretatt ”riktige” kodinger og at kategoriene har kommet ut fra datamaterialet.

6.0 Konklusjon

I denne masteroppgaven har jeg sett på hvordan musikkterapeuters praksis kan bli påvirket ved å delta i et forskningsprosjekt. Resultatene som kom til syne gjennom analysen av datamaterialet var at musikkterapeutene syntes forskningsprosjektet ga dem læringsmuligheter, mulighet for utvikling av praksis og mulighet for utvikling av samarbeid. Musikkterapeutene syntes forskningsprosjektet innebar komponenter som kan knyttes opp mot praksisnær forskning. For å kunne forstå dette har jeg trukket inn litteratur som beskriver praksisnær forskning. Det som har vært påfallende under lesingen av litteraturen har vært at litteraturen selv har satt kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode opp mot hverandre. Litteraturen sier at kvalitativ forskningsmetode innebærer de beste komponentene til å utføre praksisnær forskning. Musikkterapeutenes opplevelse av forskningsprosjektet var at de opplevde det som praksisnært, selv om det var et kvantitativt forskningsdesign. Det kan være tenkelig at praksisnærhet ikke nødvendigvis handler om hvilken forskningstilnærming man benytter seg av, men hvordan forskningen faktisk blir gjennomført. Som vi har sett gjennom oppgaven har musikkterapeutene vært involvert i forskningsprosessen helt fra starten av, og dette kan ha vært en medvirkende faktor til at de har opplevd forskningsprosjektet som praksisnært. En annen mulighet kan være at forskningsprosjektet har tilpasset seg praksishverdagen på en smidig måte, slik at musikkterapeutene har hatt en følelse av at praksishverdagen har vært den samme selv om de har deltatt i et forskningsprosjekt. Ut i fra dette er en nærliggende konklusjon at forskningsprosjektet inneholdt elementer som, både av musikkterapeutene og av litteraturen, blir knyttet til praksisnær forskning.

Litteraturliste

- Aigen, K. (1991). *The roots of music therapy: Towards an indigenous research paradigm*. Ph.D. thesis, New York University
- Alvesson, M. & Sköldbberg, K. (2009). *Reflexive Methodology. New Vistas for Qualitative Research. Second Edition*. Los Angeles, Sage Publications
- Amir, D. (1993). Research in Music Therapy: Quantitative or Qualitative? *Nordic Journal of Music Therapy* 2(2), s.3-10.
- Angel, Ø. B. (2003). Evidensbaserte programmer – kunnskapsformer og menneskesyn i sosialt arbeid. *Nordisk Sosial Arbeid*, 2, s.66 -72
- Bond, J. & Corner, L. (2001). Researching dementia: are there unique methodological challenges for health service research? *Ageing and Society* 21, s.95-116
- Brotons, M. & Pickett-Cooper, P. (1996). The effects of music therapy intervention on agitation behaviors of Alzheimer's disease patients. *Journal of Music Therapy*, 33(1), s.2-18.
- Bruscia, E. K. (1995). The boundaries of Music Therapy Research. I Wheeler, L., B. (red.) (1995) *Music Therapy Research. Qualitative and Quantitative Perspectives*. Phoenixville, Barcelona Publishers
- Bruscia, E. K. (1998). *Defining Music Therapy. Second Edition*. Gilsum, Barcelona Publishers
- Cohen-Mansfield, J. & Billig, N. (1986). Agitated behaviors in the elderly: I. A conceptual review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 34(10), s.711-721.
- Dalen, M. (2004). *Intervju som forskningsmetode. En kvalitativ tilnærming*. Oslo, Universitetsforlaget.
- DeNora, T. (2006). Evidence and Effectiveness in Music Therapy. Problems, Power, Possibilities and Performances in Health Contexts (A Discussion Paper) *British Journal of Music Therapy* 20(2), s.81-99
- Engedal, K & Haugen, P. K. (2005). *Lærebok demens. Fakta og utfordringer. 4.utgave*. Tønsberg, Forlaget Aldring og Helse
- Erlandsen, A. D., Harris, L. E., Skipper, L. B., Allen, D. S. (1993). *Doing naturalistic inquiry. A guide to methods*. London, Sage Publications
- Fox, J. N. (2003). Practice-based Evidence: Towards Collaborative and Transgressive Research. *Sociology* 37(1), s.81-102
- Hanser, B. S., Wheeler, L. B. (1995). Experimental Research. I B. L., Wheeler (red.), (1995) *Music Therapy research. Qualitative and Quantitative Perspectives*. Phoenixville, Barcelona Publishers
- Helse -og Omsorgsdepartementet (2008, 20.04.10). *Samhandlingsreformen* St.meld. 47 (2008-2009) Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-2.html?id=567203>
- Hummelvoll, J. K., Andvig, E., Lyberg, A. (red.) (2010a). *Etiske utfordringer i praksisnær forskning*. Oslo, Gyldendahl akademisk
- Hummelvoll, J. K. (2010b). Praksisnær forskningsetikk. I J. K., Hummelvoll, E. Andvig, A. Lyberg (red.), (2010) *Etiske utfordringer i praksisnær forskning*. Oslo, Gyldendahl akademisk
- Hutchinson, M. A., Johnston, L. (2004). Bridging the divide: a survey of nurses' opinions regarding barriers to, and facilitators of, research utilization in the practice setting. *Journal of Clinical Nursing* 13, s. 304-315
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju. 2.utgave*. Oslo, Gyldendal akademisk
- Langballe E. M. & Hånes, H. (2009, 05.05.10). *Demens – faktaark*. Hentet fra www.fih.no

- Lou, M. (2001). The use of music to decrease agitated behaviour of the demented elderly: the state of the science. *Scandinavian journal of caring sciences*, 15, s.165-173
- Lykkeslet, E. & Gjengedal, E. (2007). Methodological Problems Associated With Practice-Close Research. *Qualitative Health Research* 17(5), s.699-704
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. – En innføring*. Oslo, Universitetsforlaget
- Mott, W. V. (1996). Knowledge Comes from Practice: Reflective Theory Building in Practice. *New directions for adult and continuing education*, 72, s.57-63
- Murphy, E., Dingwall, R., Greatbatch, D., Parker, S., Watson, P. (1998). Qualitative research methods in health technology assessment: a review of the literature. *Health Technology Assessment*, 16(2)
- Nerheim, H. (1995). *Vitenskap og kommunikasjon. Paradigmer, modeller og kommunikative strategier i helsefagenes vitenskapsteori*. Oslo, Universitetsforlaget
- Raglio, A., Bellelli, G., Traficante, D., Gianotti, M., Ubezio, M. C., Villani, D., Trabucchi, M. (2008). Efficacy of Music Therapy in the Treatment of Behavioral and Psychiatric Symptoms of Dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 22(2), s.158-162
- Ragneskog, H., Asplund, K., Kihlgren, M., Nordberg, A. (2001). Individualized music played for agitated patients with dementia: Analysis of video-recorded sessions. *International Journal of Nursing Practice*, 7, s.146-155
- Ridder, H. M. (2003). *Singing dialogue Music therapy with persons in advanced stages of dementia. A case study research design*. Ph.D thesis, Aalborg Universitet.
- Ridder, H. M. & Aldridge, D. (2005). Individual Music Therapy with Persons with Frontotemporal Dementia. *Nordic Journal of Music Therapy*, 14(2), s.91-106
- Ridder, H. M., Baker, F., Qvale, L. G., Stige, B. (2010). Effekten af individuell musikkterapi på livskvalitet, agitert adferd og medicinerings hos personer med demens. RCT samt multiple cases. (upublisert materiale), Griegakademiets senter for musikkterapi-forskning
- Robson, C. (2002). *Real world research. Second edition*. USA, Blackwell Publishing
- Rolfe, G. (1998). The theory-practice gap in nursing: from research-based practice to practitioner-based research. *Journal of Advanced Nursing*, 28(3), s.672-679
- Rolvsvjord, R., Gold, C., Stige, B. (2005). Research Rigour and Therapeutic Flexibility: Rational for a Therapy Manual Developed for a Randomised Controlled Trail. *Nordic Journal of Music Therapy*, 14(1), s.15-32
- Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervjuet. Fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen, Fagbokforlaget
- Statistisk sentralbyrå (2008, 05.05.10). *Et aldrende samfunn*. Hentet fra <http://www.ssb.no/vis/emner/00/norge/bef/main.html>
- Stige, B. (2002). *Culture-Centered Music Therapy*. Gilsum, Barcelona Publishers
- Stige, B. (2008). Musikkterapiforskning – mellom praksis og akademisk. I G. Trondalen & E. Ruud (red.), (2008) *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi*, Oslo, Unipub AS
- Strand, K., Marullo, S., Cutforth, N., Stoecker, R., Donohue, P. (2003). *Community-based research and higher education: principles and practices*. San Francisco, Jossey-Bass
- Sung, H. & Chang, A. M. (2005). Use of preferred music to decrease agitated behaviours in older people with dementia: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14, s.1133-1140
- Synonymer.no (2011, 07.03.11). Hentet fra <http://www.synonymer.no/tikiindex.php?page=ringvirkning>
- Thorpe, E. K., Zwarenstein, M., Oxman, D. A., Treweek, S., Furberg, D. C., Altman, D. G., Tunis, S., Bergel, E., Harvey, I., Magid, J. D., Chalkidou, K. (2009). A pragmatic-

- explanatory continuum indicator summary (PRECIS): a tool to help trial designers. *Journal of Clinical Epidemiology* 62, s.464-475
- Wigram, T. (2006). Response to Tia DeNora. I T. DeNora (2006) Evidence and Effectiveness in Music Therapy. Problems, Power, Possibilities and Performances in Health Contexts (A Discussion Paper) *British Journal of Music Therapy* 20(2), s.81-99
- Willumsen, E. & Studsrød, I. (2010). Høyere utdanning og praksisnær forskning i profesjonsutdanningene – et eksempel fra sosialt arbeid. *Uniped*, 33(1), s.25-36

Vedlegg 1

Intervjuguide

Problemstilling;

På hvilke måter kan deltakelse i et forskningsprosjekt virke inn på musikkterapeutens praksis?

Underproblemstillinger;

Hva er praksisnær forskning?

Blir musikkterapeutens praksis påvirket? Hvis ja, på hvilke måter?

Er dette forskningsprosjektet praksisnært?

Intervju:

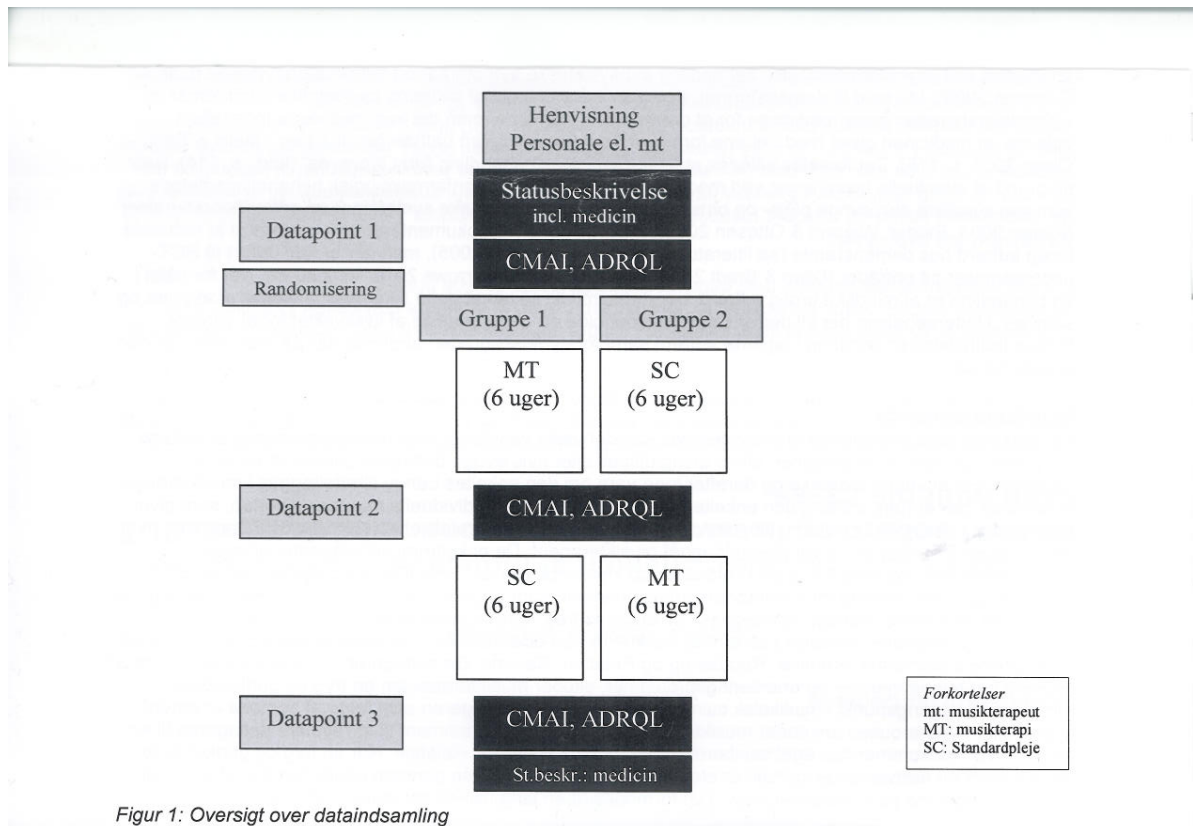
1. Hvordan opplever du det å være med i forskningsprosjektet?
2. Det å delta i prosjektet, har det noen konsekvenser for jobben din? Positive – negative
3. Påvirker deltakelsen i prosjektet på noen måte samspillet med klientene?
 - a. Med kollegaer
 - b. I forhold til pårørende
 - c. Rollen eller posisjonen din på sykehjemmet
 - d. Har det noe å si for hvilke aktiviteter du deltar i på sykehjemmet? Måter du arbeider på. Hvilke møter du går på, hvem du samarbeider med.
4. Er det noe mer du vil tilføye?

Til de siste intervjuene:

5. Har det dukket opp noen endringer, i forhold til din praksis, underveis i prosessen?
Kan du fortelle om disse?

Vedlegg 2

Oversikt over datainnsamlingen



Figur 1: Oversikt over datainnsamling

Vedlegg 3

Oversikt over de forskjellige aktørene i prosessen

Uge	Aktionsliste	Aktører
	ca. 4 uger før forløbet starter: Navn på henviste deltagere der opfylder inklusionskriterier opplyses til forsker	musikterapeut
	Hver deltager registreres med særlig deltagerkode hvorefter samarbeidsaftale og samtykkeerklæringer sendes til musikterapeut	forsker
	Samarbeidsaftale og samtykke returneres til forsker	musikterapeut
	En samlet kuvert pr. deltager med skemaer til datapoint 1, 2 og 3 sendes til musikterapeut	forsker
1	Datapoint 1: Statusbeskrivelse	musikterapeut, kontaktpersonale, evt. egen læge vedr. MMSE og medicinering
	Udarbejdelse af livshistorie	musikterapeut
	Fredag i uge 1: telefoninterview vedr. ADRQL og CMAI	forsker interviewer kontaktpersonale
	Efter afslutning af interview viser randomiseringsprocedure hvem der påbegynder MT i uge 2	forsker mailer besked til musikterapeut
2-7	6 ugers musikterapi eller standardpleje/venteliste: noter fra musikterapi og udfyldelse af decision tree	musikterapeut
8	Datapoint 2: en uge efter ophør af musikterapi (senest fredag i uge 8) telefoninterview vedr. ADRQL og CMAI	forsker interviewer kontaktpersonale
9-14	6 ugers musikterapi eller standardpleje: noter fra musikterapi samt decision tree	musikterapeut
15	Datapoint 3: en uge efter ophør af musikterapi (senest fredag i uge 15) telefoninterview vedr. ADRQL og CMAI	forsker interviewer kontaktpersonale

Tabel 1: Oversigt over de forskjellige aktører i prosessen.