

## Aldring og sorg

*”Plutselig gjorde musikken noe positivt”.*

Om hvilken betydning musikkterapi kan ha for eldre  
når det gjelder å motvirke følelser av tap og kriser.



Espen Berg Grimsbo  
Masteroppgave i musikkterapi  
Norges musikkhøgskole  
Vår 2015



**Norges  
musikkhøgskole**  
Norwegian Academy  
of Music



Nearly everyone loves music, and because it is such an integral part of everyday life, most people develop a very personal relationship to it. It soothes and stimulates us; it accompanies us through joy and sadness; it plays with us and helps us to play; it moves us into and out of every human emotion (Bruscia, 1998:1).



## **Førord**

Endelig er en lang studieperiode ferdig. Jeg har hatt noen fantastiske år på Norges musikkhøgskole, som jeg har lært mye av. Jeg har lært mye og ser frem til å bruke alt jeg har lært i praksis. Min takknemlighet er stor og det er mange jeg ønsker å takke.

Først vil jeg takke mine informanter som tok seg tid til å snakke om deres erfaringer som musikkterapeuter. Uten dere hadde ikke oppgaven vært gjennomførbart. Dere har lært meg mye og det har vært særdeles interessant å jobbe med intervju materialet. Jeg vil også takke alle mine praksislærere for all den praktiske lærdommen dere har lært og for mange ubeskrivelige magiske øyeblikk.

En stor takk vil jeg også gi til mine veiledere Bente og Tone. Takk for at dere ikke har gitt opp meg og gitt meg konstruktive tilbakemeldinger. Det har vært en glede å samarbeidet med dere.

Jeg vil også takke Elisabeth, Adrian og Hallgrim som har hjulpet til i innspurten av masteroppgaven. Takk til min klasse for mange interessante timer, for et trygt og godt klassemiljø. Ønsker også å rette en takk til studentene som gikk i klassen under meg, for inspirasjon og selskap i innspurten. Jeg vil også benytte anledningen til å takke Freddy for motiverende og lærerike pianotimer.

Avslutningsvis fortjener min familie og mine nærmeste venner en stor takk for at dere har hatt troen på meg selv de gangene jeg ikke har hatt troen på at jeg skulle komme meg i mål. Takk for at dere har støttet meg og gitt meg motivasjon når den var vanskelig å finne. Ønsker å trekke fram takknemligheten jeg har til mine besteforeldre, som har brukt mye penger på å gi meg mange kulturelle opplevelser. Denne oppgaven er spesielt til dere som en takk for alt dere har betydd og fremdeles betyr for meg.

Oslo, 14. mai 2015

Espen Berg Grimsbo

## Sammendrag

Denne avhandlingen omhandler musikkterapi på sykehjem og hvilken betydning musikkterapi kan ha for eldre når det gjelder å motvirke følelser av tap og kriser. Problemstillingen for oppgaven er: ”*Hvilken betydning kan musikkterapi ha for eldre på sykehjem når det gjelder å håndtere følelser av tap og kriser?*”. Avhandlingen tar utgangspunkt i tre intervjuer med erfarne musikkterapeuter på sykehjem og deres tanker knyttet til tema. Oppgaven benytter seg av semistrukturerte intervju som metode, og en kvalitativ forskningsdesign. Masteroppgaven kom frem til at musikk kan gjøre noe positivt dersom noen opplever følelser av tap og krise. Det viser seg at musikken kan bringe frem mye glede og tilrettelegge for at beboerne får en møteplass for mestringsglede. Musikk kan opprettholde følelsen av identitet hos beboerne. Beboerne kan finne nye muligheter i musikk å håndtere tap og kriser lettere.

## **Summary**

This thesis deals with music therapy in nursing homes and the importance of music therapy can have for seniors when it comes to counter feelings of loss and crisis. The problem for the thesis is: " What impact can music therapy have for the elderly when it comes to dealing with feelings of loss and crisis? ". The thesis is based on three interviews with experienced music therapists at nursing homes and their thoughts on topics. The task uses semi-structured interview method, and a qualitative research design. Master 's thesis concluded that music can do something positive if someone is experiencing feelings of loss and crisis. It turns out that music can bring out a lot of pleasure and help the residents get a meeting place for coping joy. Music can maintain the sense of identity among residents. Residents can find new opportunities in music to deal with losses and emergencies easier.

## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning</b>	<b>1</b>
1.1	Tema og problemstilling	1
1.2	Bakgrunn for valg av tema	2
1.3	Oppgavens relevans for faget, samfunnet og personlige betydning	3
1.3.1	Faget	3
1.3.2	Samfunnet	4
1.3.3	Personlige betydning	4
1.4	Oppgavens disposisjon og innhold	4
<b>2</b>	<b>Presentasjon av feltet</b>	<b>5</b>
2.1	Forskningsfeltet	5
2.1.1	Eldreomsorg	5
2.1.2	Sykehjem	5
2.1.3	Hva kjennetegner beboerne på et sykehjem?	6
2.1.4	Musikkterapi i feltet	9
<b>3</b>	<b>Metode</b>	<b>11</b>
3.1	Valg av forskningsdesign	12
3.1.1	Kvalitativ metode	12
3.1.2	Intervju som metode	13
3.1.3	Forundersøkelsen	14
3.1.4	Intervjuguide	15
3.1.5	Valg av informanter	17
3.2	Gjennomføring av intervju	18
3.2.1	Gjennomføring	18
3.2.2	Informantenes møte med forskningssituasjon	19
3.3	Utvikling av resultat	19
3.3.1	Systematisering av empiri	19
3.3.2	Fortolkning av innsamlet materiell	20
3.3.3	Analyse	21
3.4	Etikk og metodekritikk	23
<b>4</b>	<b>Teoretiske perspektiver</b>	<b>24</b>
4.1	Tap/krise	25
4.2	Livskvalitet	26
4.3	Helse	27
4.4	Følelsesuttrykk	28
4.5	Identitet	28
4.5.1	Det personlige rom	30
4.5.2	Det sosiale rom	31
4.5.3	Tiden og stedets rom	31
4.5.4	Det transpersonlige rom	31
<b>5</b>	<b>Analyse og resultater</b>	<b>32</b>
5.1	Beskrivelser av tap og negative følelser (ensomhet, nedstemthet, tristhet og sorg)	33
5.1.1	Oppsummering	36
5.2	Følelsesuttrykk	36
5.2.1	Oppsummering	41
5.3	Identitet	42
5.3.1	Oppsummering	43
5.4	Musikkterapeutens egen forståelse og tilnærming	43
5.4.1	Oppsummering	48
5.5	Musikkterapeutens tilrettelegging for beboeres bearbeiding av følelser	49
5.5.1	Oppsummering	52



<b>6</b>	<b>Drøfting/Metarefleksjon .....</b>	<b>53</b>
6.1	Beskrivelse av tap og negative følelser (ensomhet, nedstemthet, tristhet og sorg) .....	53
6.2	Følelsesuttrykk.....	55
6.3	Identitet .....	55
6.4	Musikkterapeutens egen forståelse og tilnærming .....	56
6.5	Musikkterapeutens tilrettelegging for beboeres bearbeiding av følelser.....	56
6.6	Veien videre.....	57
	<b>Vedlegg .....</b>	<b>63</b>
	<b>Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD .....</b>	<b>63</b>
	<b>Vedlegg 2: Samtykkeerklæring .....</b>	<b>65</b>
	<b>Vedlegg 3: Intervjuguide .....</b>	<b>66</b>

## 1 Innledning

*Det er høytlesing fra boken om Alf Prøysen på avdelingen. Beboerne har blitt enig om at de ønsker å høre historien om Alf Prøysen. Vinteren begynner å slippe tak ute, våren nærmer seg og beboerne sitter i en ring med blikket rettet mot kulturlederen/musikkterapeuten. Gjennom 11 praksisdager blir vi bedre kjent med Alf Prøysen. Vi er i praksis på musikk og helse. Ivrig og engasjerte etter å komme i gang med musikk foreslår jeg og min medstudent at vi kan synge en av Prøysens viser for hver sangstund. Medstudenten min setter seg en dag ved gitaren og synger visen om "Alf" skrevet av Erik Bye. Beboerne sitter stille rundt og hører på. Hos noen begynner tårene å trille, de blir berørt. Musikken, formidlingen og fremføringen er nydelig. I løpet av praksisperioden ble vi litt kjent med beboerne og det opplevdes som en gjensidig god relasjon. Dette ble en trygg møteplass for beboerne der kombinasjon i musikken og fortellingen om Alf Prøysen ga rom for å uttrykke ulike følelser.*

Denne historien fra praksis var en av mine første opplevelser med musikk på sykehjem som virkelig ga inntrykk. Jeg opplevde hvor stor betydning musikk og kultur virket å ha for de eldre. Derfor tenker jeg at sykehjem ikke trenger å være en plass der eldre blir sittende uten å bli aktivisert. Nedenfor vil jeg ta for meg tanker rundt problemstillingen og bakgrunn for valg av tema.

### 1.1 Tema og problemstilling

Mitt tema for masteroppgaven er "aldring og sorg". Temaet i dette prosjektet hører til under forskningstradisjonen innen musikkterapi i geriatrien og på sykehjem. Musikkterapi i arbeid med sorg er omtalt i ulike felt som hospice og sykehus (Munro, 1984; Johansen, 2009).

Ifølge Arnold Åbro (2014) er aldring knyttet til en naturlig del av livet. Aldring er noe som kommer naturlig etter hvert som man blir eldre. Ulrik Malt (2014) skriver at sorg vanligvis omtales mest når det er snakk om tap av mennesker som står en nær, sorg knyttet mot det å miste noen. Videre hevder Malt at sorg også kan være knyttet til for eksempel nedsatt bevegelighet i kroppen, omdømme, ærbødighet eller lignende. Ved tap i slike tilfeller kan det ifølge Malt være nødvendig for vedkommende å innfinne seg med at slik er det og lære seg å leve etter det. Det er først og fremst sorgen knyttet til tap av omdømme, og nedsatt funksjon i

kroppen jeg vil ta for meg i denne oppgaven. Med utgangspunkt i det jeg har presentert når det gjelder begrepene aldring og sorg har jeg valgt denne problemformuleringen:

*Hvilken betydning kan musikkterapi ha for eldre på sykehjem når det gjelder å håndtere følelser av tap og kriser?*

Med denne problemstillingen vil jeg forsøke å forstå hvordan musikken kan gi noe tilbake, der hvor noe annet er mistet.

## **1.2 Bakgrunn for valg av tema**

I dagens samfunn eksisterer det en økende grad av befolkningen som blir eldre (Forskning, 2011). Med en slik utvikling argumenteres det for flere sykehjemsplasser (Regjeringen, 2015).

Jeg ser det som både ønskelig og naturlig at denne brukergruppen får et godt og variert tilbud, som er dem verdig etter et langt liv som aktive borgere. Jeg har av den grunn valgt å undersøke hvilken betydning musikken kan ha for eldre som opplever tap og kriser på sykehjem.

Når det gjelder sorg tenker jeg blant annet på en låt jeg hørte fra Secret Gardens DVD<sup>1</sup>. Der Rolf Løvland beskriver at ordene kan ha begrensinger, mens musikken hjalp Løvland til å "sette musikk til følelsene" da han mistet en nær venn. Denne beskrivelsen sammen med mange av mine egne opplevelser til musikk har påvirket mitt valg av tema for masteroppgaven. Det har alltid fasinert meg hvordan musikken kan uttrykke ulike følelser. Jeg tror mange kan kjenne seg igjen i Rolf Løvlands situasjon. Når musikken kan ha så stor betydning, tror jeg den også kan være positiv for de eldre som opplever tap, krise eller negative følelser i alderdommen. En av mine praksisveileder mener de eldre kan oppleve sorg eller tristhet ved at de mister mye hver eneste dag, og at det på den måten kanskje er mye som føles meningsløst og har lite betydning. På bakgrunn av dette ønsket jeg å skrive om hvordan en musikkterapeut kan møte beboere på sykehjem som opplever tap eller krise på sykehjem og om hvilken aspekter musikk kan gi for håp eller glede i slike situasjoner.

---

<sup>1</sup> Låten "In our tears".

Besteforeldrene mine har gjennom hele min oppvekst betydd mye for meg. De har ofte tatt meg med på ulike konserter og forestillinger. På den måten har jeg blitt veldig interessert i ulike typer musikk. Det var hjemme hos dem at jeg startet å spille piano. Jeg fikk anledning til å ha flere ”minikonserter” for gjestene som var på besøk. Gjennom å spille fikk jeg en del erfaring med og opptre, samtidig som jeg fikk mye respekt for de eldre. Etter en spennende praksis med mye glede, tårer og omsorg på et sykehjem våren 2012, ga det meg inspirasjon til å ønske videre arbeid med denne gruppen mennesker.

Jeg har min bakgrunn fra førskoleutdanning. På utdanningen var vi opptatt av å sette ord på den tause kunnskapen.

Barnehagen som organisasjon bærer på tradisjoner, sammensatt kompetanse, innforståthet og taus kunnskap som er viktig å sette ord på og reflektere over, og som danner grunnlaget for utviklingen av barnehagen som lærende organisasjon (Kunnskapsdepartementet, 2007: 12).

Jeg ser en overføringsverdi når det gjelder den tause kunnskapen til andre yrkesretninger som for eksempel sykehjem. Min oppfatning er at det også ligger mye taus kunnskap i jobben som musikkterapeut på sykehjem og i geriatrien. Erfart kunnskap er vanskelig å sette ord på til daglig, men som bare skjer automatisk. Det vi har lært blir en del av vår måte å utføre arbeide på, og som vi kanskje ikke tenker like mye over.

Med oppgaven håper jeg å sette ord på noe av den tause kunnskapen informantene mine sitter inne med. Dette har jeg gjort ved å stille spørsmål til mine informanter for å få mer innsyn i den tause kunnskapen.

### **1.3 Oppgavens relevans for faget, samfunnet og personlige betydning**

#### **1.3.1 Faget**

Jeg håper at min oppgave blir relevant å lese for musikkterapeuter som har behov for å vite mer om musikkterapeutens rolle når det gjelder ulike sorgsituasjoner. Mitt ønske er at oppgaven også skal vekke interesse hos musikkterapeuter som jobber innenfor andre felt enn geriatri og sykehjem. Jeg håper at denne oppgaven kan bidra til økt kunnskap og interesse for sorgarbeid på sykehjem når det gjelder fokus rettet mot musikkterapien.

### **1.3.2 Samfunnet**

Det er viktig at befolkningen i samfunnet er bevisst på at sorg er normalt (Dyregrov & Dyregrov, 2007). Siden samfunnsutviklingen i dag heller mot at stadig flere blir eldre (Forskning, 2011), er det nødvendig at vi vet hvordan vi skal møte beboere som er i slutfasen av livet og hvilke utfordringer de eldre møter på. Dersom fagpersoner som jobber med mennesker vet noe om sorg, og hvordan sorg på en best mulig måte kan bearbeides, kan det tenkes at dette vil tjene samfunnet.

### **1.3.3 Personlige betydning**

Mitt formål er å øke min kunnskap om hvordan musikkterapeuter jobber med tap og kriser på sykehjem. Jeg har erfaring fra å jobbe med eldre fra to praksisperioder, og jeg ønsker å fordype meg videre i dette feltet.

## **1.4 Oppgavens disposisjon og innhold**

Oppgaven vil ta for seg hvilken betydning musikk kan ha i arbeid med tap og kriser på sykehjem, og om musikk kan gi gnist av håp eller glede hos eldre på sykehjem.

Denne oppgaven er delt inn i syv kapitler.

I kapittel 2 blir det en presentasjon av fagfeltet, min rolle og sentrale begreper. Tredje kapittel er metode omhandler metode, som vil inneholde valg av forskningsdesign, kvalitativ metode, semistrukturert intervju og hvordan jeg har gått frem for å innhente datamateriale. I slutten av metodekapittelet har jeg valgt å analysere funn og teori ut i fra analysekategorier<sup>2</sup>. Disse kategoriene er kommet frem på bakgrunn av tema og hva som viste seg å være fremtredende i datainnsamlingen.

Analysekategoriene har blitt utgangspunkt for kapittel 4 og 5, som omhandler henholdsvis teori og empiri.

I teorikapittelet har jeg brukt relevant litteratur tilknyttet datainnsamling fra intervjuene. Analyse- og resultatkapittelet vil inneholde en presentasjon av funn fra datainnsamlingen.

---

<sup>2</sup> Analysekategoriene er: Beskrivelse av tap og negative følelser (ensomhet, nedstemthet, tristhet, sorg), følelsesuttrykk, identitet, musikkterapeutens egen forståelse og tilnærming, og musikkterapeutens tilrettelegging for beboeres bearbeiding av følelser. Disse kategoriene vil bli nærmere omtalt i metodekapittelet.

Kapittel seks omhandler metarefleksjon der teori og empirien blir drøftet og sett i sammenheng med hverandre. Tanker om veien videre vil avslutte dette kapitlet.

## **2 Presentasjon av feltet**

I kapittel 2 vil jeg gi en presentasjon av feltet, og beskrive min rolle som forsker og hvordan denne rollen kan påvirke oppgavens innhold på godt og vondt. Avslutningsvis i kapittel 2 vil det bli presentert begrepsavklaringer som er nyttig for leseren å få kjennskap til for videre lesning av teksten.

### **2.1 Forskningsfeltet**

#### **2.1.1 Eldreomsorg**

Eldreomsorg er et omfattende tema som alene kunne vært skrevet en masteroppgave om. Aksel Hatland (2014) beskriver eldreomsorgen som en del av helse og sosialtjenestene. Hvor hjelpetiltak og service i boliger for hjemmeboende er ivarettatt. Hatland skriver videre at det på denne måten legges til rette for at de eldre får bo hjemme så lenge det er mulig og de ønsker (Hatland, 2014).

Hatland (2014) nevner at et mål for politikere er at eldreomsorgen skal få høyere kvalitet enn det er i dag. Det skal innebære at det blir økt valgfrihet, bedre orientering til brukerne, rettsikkerhet, kvalitetssikring og individuell tilpasning. Han skriver videre at omsorgen for eldre før var tilknyttet familie og slekt. Videre kan vi lese at de som ikke hadde familie eller slekt kunne bli sendt til fattighus. Etter 1870 ble fattighusene erstattet med pleie- og gamlehjem. I 1998 ble det ordnet ny handlingsplan for eldreomsorgen, der målet er å utvide kapasiteten og kvaliteten på sykehjemmene i alle ledd av eldreomsorgen, dette arbeidet forventes å jobbes med fremover (Hatland, 2014).

#### **2.1.2 Sykehjem**

Geir Sverre Braut (2009) sier sykehjemmet er for de som ikke trenger behandling på sykehus, men trenger mer pleie enn de har mulighet til å få hjemme. Da jeg var i praksis på sykehjem ble de eldre omtalt som pasienter. I ettertid har jeg blitt gjort oppmerksom på at de også kan bli kalt beboere. Det fikk meg til å se nærmere på hva disse begrepene innebærer. Hva er

egentlig forskjellen på betegnelsene pasienter og beboere? Lars Aabakken beskriver en pasient som en syk person som får medisinsk behandling av en lege (Aabakken, 2009). Pasient blir knyttet opp mot en medisinsk forklaring. Beboer er en som bor på sykehjem. Da er ikke fokuset på sykdom, men på å se hele mennesket slik man kan kjenne igjen fra en humanistisk<sup>3</sup> tradisjon. Ikke bare redusere dem som hjelpetrengende mennesker med sykdom.

Det er vanskelig å finne en definisjon av beboer. Kanskje er det fordi det sier seg litt selv. Beboer er en som bor på sykehjemmet eller andre institusjoner, som har sin adresse der.

Flere sykehjem beskriver et sykehjem som: "(...) en institusjon som tilbyr helsefaglig omsorg for pasienter som ikke kan motta slik omsorg i sitt eget hjem" (Hurdal kommune, 2012).

### **2.1.3 Hva kjennetegner beboerne på et sykehjem?**

Å finne kjennetegn på beboere på sykehjem viser seg å være en utfordring. En av mine informanter beskriver beboere slik:

Oppsummert har ikke de eldre noen kjennetegn, men dersom de skal ha det er det at veldig mange sliter med hukommelsesproblemer, og at du alltid må nullstille deg. Fordi dagsformen og behovene svinger sånn (Informant 1).

Psykiater Geir Selbæk (2008) skriver om resultater av en tverrsnittundersøkelse der 1163 sykehjemsbeboere deltok. "Vi fant at 80 prosent av pasientene hadde demens, at omkring en tredjedel hadde alvorlige atferdsmessige eller psykologiske symptomer (APSD), og at tre av fire pasienter sto fast på psykofarmaka (Selbæk, 2008: 10)". Alle sykehjemsbeboerne er ulike, med sine utfordringer og med sine ressurser. Det kan være bra å ha kjennskap til ulike typer sykdommer, men slik jeg var inne på tidligere gjelder det å se hele mennesket.

---

<sup>3</sup> Betydningen av humanistisk blir gjort rede for i punkt 2.1.4 Musikkterapi i feltet.

### **2.1.3.1 Geriatri**

Geriatri er en beskrivelse av en gruppe eldre mennesker som angår fysiske, mentale, sosiale og funksjonelle tilstander, ifølge institutt for nevromedisin ved NTNU i Trondheim (NTNU, 2013).

Begrepet handler om menneskers siste fase i livet der det er snakk om kroniske tilstander, forebygging, rehabilitering og omsorg for denne gruppen mennesker (Ibid.). Det som kjennetegner denne gruppen er at de kan være preget av fysiske helseutfordringer. Dette kan variere ved at noen er sengeliggende, andre er avhengig av hjelpemidler som rullestol, gåstol, kateter, sondeernæring, høreapparat. Og andre igjen er tilsynelatende spreke og friske.

Geriatri er ikke aldersbestemt, men sykkeligheten er mest vanlig blant eldre mennesker (NTNU, 2013).

Knut Engedal (2014) beskriver geriatri slik: "Geriatri, læren om sykdommer som opptrer i relasjon til alderdommen og individets aldring" (Engedal, 2014). Ifølge forskerteamet på NTNU mener de at geriatri skildrer mennesker over 65 år (NTNU, 2013), mens Engedal skriver at sykdommene som betegner geriatri oppstår når et menneske er rundt 70-75 år (Engedal, 2014). Engedal hever også at diagnostisering av selve sykdommen er man ikke opptatt av, men at man også fokuserer på funksjonssvikten som er påvirket av sykdommen(e). De mener at de typiske sykdommene innenfor geriatrien er aldersdemens, hjerte-karsykdommer, hjerneslag, Parkinsons sykdom, sykdommer som går ut over bevegelsene og slitasjesykdommer (Engedal, 2014).

### **2.1.3.2 Demens**

Ifølge "Demensplan 2015" er det omlag 80% som har demens på sykehjem (Regjeringen, 2015).

Det er mange forskjellige demenstyper. Engedal & Haugen (2009) trekker frem at demens først og fremst virker inn på hjernen.

Demens (gal, avsindig) er en fellesbetegnelse på en tilstand (syndrom) som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer, og som er kjennetegnet ved en kronisk og irreversibel kognitiv svikt, sviktende evner til å utføre dagliglivets aktiviteter på en tilfredsstillende måte sammenlignet med tidligere, og endret sosial atferd. Redusert



hukommelse må alltid være tilstede for at begrepet demens kan brukes, og svikten i evnene til å klare dagliglivets aktiviteter må relateres til hukommelsesreduksjonen. (Engedal & Haugen, 2009:17)

Videre skriver Engedal & Haugen dette om demens:

Den kognitive svikten er ledsaget av svikt i emosjonell kontroll, sosial atferd, endret personlighet eller motivasjon. Det forlanges at den kognitive svikten, spesielt redusert hukommelse, har ført til tap av evne til å utføre dagliglivets aktiviteter, eller influerer på sosialt liv. (Engedal & Haugen, 2009:18)

Kvamme (2013) skriver at Alzheimers sykdom er den mest vanlige formen for demens, omlag 60% av dem som har fått diagnosen demens har Alzheimers sykdom. Det som karakteriserer Alzheimers sykdom er at kroppens nerveceller gradvis dør (Kvamme, 2013). Ifølge Kvamme har mellom 20-25% vaskulær demens der kjennetegn kan være at person har fått hjerneinfarkt, unnværende tilførsel av blod som kan hindre surstoff til hjernen, ødeleggende eller plager på blodkar i hjernen (Ibid.). Hun påpeker at den vaskulære demensen som regel kommer plutselig og blir gradvis verre.

Engedal & Haugen (2009) beskriver demenstyper med Lewylegemer og frontotemporallappsdemens slik:

Trolig er demens med Lewylegemer og frontotemporallappsdemens den tredje og fjerde hyppigste demenstilstand. .... Det samme gjelder for demens på grunn av alkoholmisbruk. Til sammen vil pasientene som lider av disse fem demenstypene utgjøre mer enn 95 prosent av alle som rammes av demens etter 65 års alderen (Engedal & Haugen, 2009).

### **2.1.3.3 Tap og krise**

Ken Heap (2012) beskriver tap som:

Opplevelse av tap og store endringer er et tilbakevendende tema i alderdommen. Arbeid, inntekt, status, helse, uavhengighet, hjem, nære mennesker, potens, drømmer

– dette er bare noen av de verdiene som kan gå tapt ved aldring. Sorg, krise og fare er aldri langt unna. .... Tap er komplekse forhold, og det er alltid flere slag sorg i den store sorgen (Heap, 2012:211).

Heap omtaler her flere aspekter ved tap og presenterer det som et aktuelt motiv hos eldre mennesker. Han knytter også tapsfølelser til sorg og kriser. Heap definerer krise slik:

En krise er en tilstand utløst av en hendelse eller en endring der den enkeltes vanlige måter å løse problemer på ikke strekker til, og som medfører reelt tap eller trussel om tap av viktige verdier i den enkeltes tilværelse (Heap, 2012:202).

Her omtales kriser som en konsekvens av tap av ulike slag. Heap hevder kriser skjer når vi opplever forandringer i vår hverdag som vi har vanskeligheter med å takle med de ressursene vi har tilgjengelig. Han nevner også at eldre kan også oppleve store kriser ved å flytte i voksen alder.

#### **2.1.4 Musikkterapi i feltet**

En etablert musikkterapeut som har forsket på arbeid med eldre, er Tone Sæther Kvamme. I sin doktoravhandling har hun forklart dette arbeidet gjennom fire innfallsvinkler til musikkterapi i geriatri, og jeg skal her ta for meg tre av disse: definisjoner, generell beskrivelse av musikkterapi og musikkterapi tilknyttet sykehjem.

Kenneth Bruscia (1998; 2014) presenterer 6 forskjellige musikkterapipraksiser: Didaktisk praksis, medisinsk praksis, helende praksis, psykoterapeutisk praksis, rekreasjonspraksis og økologisk praksis<sup>4</sup>. Han har også beskrevet ulike nivåer disse praksisområdene kan høre inn under<sup>5</sup>. Musikkterapeuter jobber blant annet på skoler, sykehus, klinikker, sykehjem, dagsenter, hospice, fengsel, privat praksis, institusjoner og innen rusomsorg (Bruscia, 1998).

Nearly everyone loves music, and because it is such an integral part of everyday life, most people develop a very personal relationship to it. It soothes and stimulates us; it accompanies us through joy and sadness; it plays with us and helps us to play; it

---

<sup>4</sup> Områdene blir beskrevet i ”*Defining music therapy, second edition* (1998) i kap. 17-23).

<sup>5</sup> Nivåene blir skrevet om i ”*Defining music therapy, second edition* (1998) i kap. 19-23)

moves us into and out of every human emotion (Bruscia, 1998:1).

Her kommer det frem at musikk er noe som omgir oss alle, det kan være personlig, og kan benyttes gjennom både glede og sorg. Bruscia (1998) laget en arbeidsdefinisjon av musikkterapi som lyder slik:

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

I definisjonen nevner Bruscia (1998) relasjon i musikken som et viktig mål for musikkterapien. Det kommer også frem at det må være en musikkterapeut som gjennomfører timene (ibid.). Han utdyper at musikken kan gi en dynamisk styrke av forandringer der klienten kan oppnå helse. Helsebegrepet vil jeg komme tilbake til i teorikapittelet<sup>6</sup>.

I likhet med Kvamme (2013) tar denne oppgaven utgangspunkt i psykoterapeutisk musikkterapi. Bruscia (1998) sier at psykoterapeutisk musikkterapi kan praktiseres individuelt, i grupper eller i familiære settinger. Han sier psykoterapeutisk musikkterapi går ut på at klienten ved hjelp av terapien skal finne en sammenheng og betydning i livet. Mål for terapien kan være at klienten kan oppnå større selvbevissthet, løse indre konflikter, utvikle emosjonelle forbindelser og selvbylde, og oppleve en endring av følelser og atferd (Bruscia, 1998). I Kvamme (2013) sitt prosjekt skriver hun at psykoterapeutisk musikkterapi: "(...) søker å hente fram gjenværende ressurser hos den gamle og å gi nye, positive opplevelser" (Kvamme, 2013:18). Dette vil være nødvendig å arbeide med for beboere som opplever tap eller kriser og trenger hjelp for å håndtere disse.

Even Ruud (1990) sin velkjente definisjon: "Musikkterapi er bruk av musikk til å gi mennesker nye handlingsmuligheter" (Ruud, 1990:24). Definisjonen er knyttet til arbeidet han gjorde med boken "Musikk som kommunikasjon og samhandling". I denne oppgavens sammenheng kan det tenkes at musikk kan benyttes til å gi beboerne nye handlingsmuligheter gjennom deltagelse i musikk. Dette spesielt med tanke på å finne glede og mening med nye ting, slik at det blir mindre fokus på ferdigheter de kunne tidligere i livet, og som de ikke

---

<sup>6</sup> Punkt 4.3 Helse

mestrer like godt lengre.

Trondalen (2008) skriver at norsk musikkterapi hører inn under en humanistisk tradisjon.

Dette innebærer et overordnet syn på mennesket som handlende og meningssøkende. Individet inngår i et likeverdig forhold med et annet menneske, der begge har mulighet til å påvirke samspillet (Trondalen, 2008:18).

Her kommer det frem at vi søker etter mening og at vi handler for å finne denne meningen. Beboere på sykehjem vil også søke mening i deres tilværelse. I relasjon gjennom musikk kan alle som deltar påvirke samspillet som oppstår. Dette kan også ses i sammenheng med Ruud (2008) sine tanker, hvor mennesket sees på som sosialt vesen, som en del av samfunnet og med behov for relasjon og kreative aktiviteter. Kvamme (2013) sier at musikkterapeuten kan legge til rette for et godt samspill ved å fokusere på ressursene til klienten.

### **3 Metode**

Valg av forskningsmetode må skje på bakgrunn av problemstillingen (Ryen, 2002).

Forskningsspørsmålet er avgjørende for hvor og hva en i det hele tatt forsker på (ibid.). Jeg vil derfor presentere noen tanker knyttet til problemstillingen, som del av metodekapitlets innledning.

Anne Ryen (2002) belyser at grunnlaget for et godt prosjekt er en god problemstilling. Sagt på en annen måte: problemstillingen kan sammenlignes med grunnmuren på et hus, og uten et godt fundament vil huset være utrygt. Denne billedgjøringen kan fungere som en påminner om det uunngåelige forholdet mellom forskningsspørsmål og metodisk verktøy; som forsker er det viktig å være seg bevisst hvilken rolle problemstillingen får for de valgene en gjør gjennom hele forskningen, og ikke minst, i formidlingen av den.

Silverman i Ryen (2002:75) hevder det er tre grupper av problemer knyttet til å lage en problemstilling. Det første problemet kan være at man tenker at problemstillingen vil komme når man er ute i feltet. Hun skriver videre at det kan være et problem dersom forskeren møter lite forberedt på hva han møter ute i feltet. Andre problemet kan være at problemstillingen blir for detaljert. For det tredje kan teoriene bli for omfattende. Ryen nevner også at

problemstillingen kan forandre seg underveis i kvalitativ forskning. Derfor kan kvalitativ forskning oppleves som mer fleksibel enn kvantitativ forskning. Samspill mellom begreper, teori og data er da avgjørende. Ifølge Ryen (2002) vil problemstillinger i kvalitative studier kunne forandre seg i møte med empiri og observasjoner. Hun hevder også at teorien blir til i samspill med observasjonene. Derfor blir empirien og observasjoner viktig i utformingen av en problemstilling. En god problemstilling må ifølge Ryen være forskbar.

Metodekapitlet kan sammenlignes med en plantegning der plan blir utgangspunktet for ”byggingen” av oppgaven. Fundamentet for ”huset må tilpasses etter jordsmonnet, underlaget og terrenget som er der allerede. På samme måte som at problemstillingen må være forskbar, så må også huset konstrueres på solid grunn.

Under dette kapitlet vil jeg videre ta for meg valg av forskningsdesign, og forklaringen av dette vil også bli presentert. Jeg vil også beskrive arbeidet mot problemformuleringen, litteratursøk, min rolle, metode, datainnsamling, prosessen før innsamling av data, analysering av datamaterialet, forskningsetiske utfordringer og personvern. Sentrale begreper for dette kapitlet er: Semistrukturert intervju, kvalitativ metode, hermeneutikk, analyse og forskningsetikk.

### **3.1 Valg av forskningsdesign**

#### **3.1.1 Kvalitativ metode**

Eline Thornquist (2012) utdyper at kvalitativ og kvantitativ forskning ofte blir sammenlignet med hverandre der innsikt og dybde samt oversikt og bredde er viktige stikkord for hva som skiller metodene fra hverandre.

Thornquist (2012) skriver at dersom man velger en kvalitativ metode er man i hovedsak ute etter å få en dybdeforståelse ved få enheter. I kvantitativ forskning er det ønskelig å få et bredt omfang av informanter, og resultatene skal være målbare. ”I kvalitative studier er forskningsspørsmålene knyttet til meningsinnhold av typen ”Hva betyr...?”; i kvantitativ forskning dreier de seg om typen ”Hvor mange...?”” (ibid.: 202). Jeg er opptatt av at vi trenger praksisnær forskning, og et positivt utfall vil kunne være at jeg lærer mer om musikkterapeutisk praksis. Noe som igjen kan gi meg økt forståelse, som vil være positivt i en fremtidig rolle som musikkterapeut.

Jeg er interessert i å forstå betydningen av musikkterapi. En betydning er vanskelig å tallfeste. Derfor trengte jeg en mer fordypende og drøftende tilnærming for å danne en forståelse av hvilken betydning musikkterapi kan ha for eldre som opplever tap eller kriser. Dette ved å gjøre en kvalitativ tilnærming i forskningen. Vi trenger også kvantitativ forskning som sier noe om generelle tendenser i musikkterapien, men dette prosjektet spør først og fremst etter kvalitativ data.

### **3.1.2 Intervju som metode**

I valg av forskningsdesign har jeg tenkt over flere muligheter. Jeg endte opp med å velge 3 semistrukturerte intervju. For å samle inn kvalitativ data kan man benytte seg av blant annet observasjon, tekstanalyse, lydopptak, filmer, spørreundersøkelser eller intervjuer (Thornquist, 2012). Siden jeg ønsket å finne ut hva musikkterapeuten driver med ble det naturlig å oppsøke det stedet musikkterapeutene arbeidet.

Ifølge Ryen (2012) gir det semistrukturerte intervjuet en retning i intervjuet, og en mulighet for forskeren å stille oppfølgingsspørsmål, eller undre seg over noe som informanten kommer med. En slik type intervju er som oftest personlige av karakter (ibid.).

Ryen sier videre at i et semistrukturert intervju er tema og hovedspørsmål klart før intervjuet. Intervjuet har bestemte hensikter "purposeful conversation" (ibid.). Spørsmålene og ulike temaer er en hjelp til forskeren for å legge føringer for intervjuets gjennomføring (Ryen, 2012). Jeg vil utdype arbeidet med intervjuguiden i punktet om intervjuguiden<sup>7</sup>.

Under intervjusituasjon stilte jeg noen oppfølgingsspørsmål som jeg ikke hadde planlagt på forhånd, dersom informantene kom med noe interessant som jeg ønsket å vite mer om. Samtidig ønsket jeg at rammen rundt intervjuene skulle være så lik som mulig noe blant annet Dalland, 2010 & Ryen, 2012 beskriver som viktig med tanke på videre analyse av intervjuene. Innholdet informantene kom med, og grunn til jeg stilte oppfølgingsspørsmål, er noe jeg verdsetter mer enn en enkel analyse. Dette fordi jeg ikke vet hva som vil tre frem i intervjuene, da er oppfølgingsspørsmål viktig. Det kan bli vanskeligere å utføre analyse, men jeg mener i denne sammenhengen at forskningen vil lide dersom struktur og analyse skal

---

<sup>7</sup> Punkt 3.3.3 Intervjuguide.

veie tyngre enn den deskriptive utbroderingen som informantene vil dele med meg.

Det er beboerne selv som sitter på førstehåndskunnskap om egne opplevelser og erfaringer, og det er nærliggende å ønske mer kunnskap om deres historie. I denne sammenhengen er jeg ikke bare interessert i førstehåndserfaring, men en utvidet faglig og teoretisk forståelse av hvilken betydning musikkterapi kan ha. Av det grunn har jeg valgt å intervju musikkterapeuter som arbeider på sykehjem. Det ville også bydd på noen etiske utfordringer å intervju mennesker i vanskelige livssituasjoner der de opplever tap og/eller kriser.

Vår tid er med rette blitt omtalt som ”intervjusamfunnet”: ”Intervjusamfunnet avhenger fundamentalt av ansikt-til-ansikt-intervju for å avsløre det personlige, subjektets private selv (Ryen, 2012:15).

Videre skriver Ryen:

”Intervjuet har slik fått en framtreddende plass så vel i forskersamfunnet som i samfunnet ellers, og dekker et bredt spekter intervjutyper, fra strukturerte, som spørreskjemaundersøkelser, til ustrukturerte, som ligner samtaler (ibid.)”.

Ryen (2012) påpeker at intervju som forskningsmetode oppleves trygt ettersom det er en vanlig og anerkjent metode. Samtidig kan det være ”skummelt” å velge den mest nærliggende forskningsmetode for de den er mest populær. Det kan i verstefall føre til gjentagende funn i forskningen. I fremtidig forskning kan jeg nok være mer kreativ og fornyende når det gjelder nye forskningsmetoder, men i dette prosjektet opplever jeg som forsker at intervju vil være dekkende for å besvare min problemstilling. Når det er sagt finnes det mange forskjellige måter et intervju kan gjennomføres på, også ulike forberedelsesmåter, noe Ryen (2012) omtaler.

### **3.1.3 Forundersøkelsen**

Olav Dalland (2010) skriver at det i forkant av intervjuer kan være lurt å gjennomføre et prøveintervju som kan være med på å forme spørsmålene i en intervjuguide.

Som forarbeid til prøveintervjuet skrev jeg ned 50 spørsmål, og kategoriserte dem under seks

temaer<sup>8</sup>.

Dette ble grunnlaget for prøveintervjuet. Etter prøveintervjuet tok jeg bort spørsmål som tilsynelatende generer like svar hos mottakeren. Prøveintervjuet førte til et vendepunkt i mitt masterprosjekt, og tematiseringen i forskningsprosessen endret seg; fra å handle om sorgarbeid på sykehjemmet, ble fokus nå rettet mot fenomener som ensomhet, tristhet og nedstemthet knyttet til tap og kriser. Det var gjennom prøveintervjuet at det ble tydelig hvilke områder som opptok meg, og som ble avgjørende for den kommende forskningsprosessen.

Prøveintervjuet fikk meg også til å endre språket i spørsmålene. Spørsmålene jeg hadde laget til prøveintervjuet var mye knyttet til ordene sorg og sorgarbeid. Gjennom prøveintervjuet ble det tydelig at min bevissthet allerede var rettet mot et gitt fenomen knyttet til døden, noe som gjorde at jeg ikke var åpen for andre synspunkt. Denne fenomenologiske oppdagelsen var en viktig erfaring som jeg kunne ta med videre i datainnsamlingen (Thornquist, 2012). Dermed unngikk jeg oppfølgingsspørsmål rundt blant annet sorgen som kan oppleves av å måtte flytte på et sykehjem (Ken Heap, 2010). Siden fokuset mitt var rettet mot sorg knyttet til døden mistet jeg en del muligheter til å få øynene opp for den daglige sorgen på sykehjem som kanskje er mer aktuelt.

Etter et grundigere litteraturgjennomgang og tilbakemeldinger tilknyttet prøveintervjuet, opplevdes det nødvendig å justere fokus for forskningen; det ble nødvendig å revidere plantegningen etter jordsmonn og lysforhold.

Mitt nye fokus ble dermed knyttet til aldring og sorg, der ord som for eksempel sorgarbeid ble erstattet av ord som ensomhet, tristhet og nedstemthet. Prøveintervjuet ble kanskje den viktigste oppdagelsen og erfaringen når det gjelder utformingen av fokuset for dette prosjektet.

### **3.1.4 Intervjuguide**

Olav Dalland (2010) beskriver intervjuguiden som en plan vi legger for intervjuet. Forskeren blir både mentalt og faglig forberedt på de kommende intervjuene (ibid.). Selve intervjuet er en samtale der et fenomen blir tatt opp og forhåpentligvis fører dette til en bedre forståelse av

---

<sup>8</sup> Se vedlagt intervjuguide.



fenomenet (ibid.).

Ifølge Dalland (2010) er det viktig at forskeren skaper de rette forutsetningene for at informanten på best mulig måte får fortelle fritt. Han mener da at forutsetningene er ulik hos informant og forskeren, noe som skaper dynamikk i samtalen.

Dalland (ibid.) vektlegger at det i starten av et intervju er viktig å opparbeide seg en tillit til informanten, slik at det blir lettere for informanten å fortelle. Intervjuet bør derfor starte med spørsmål som informanten har lett for å besvare (ibid.). Jeg forsøkte å imøtekomme denne retningslinjen ved å starte med å spørre om utdanning og erfaringer som var relevant for informantens virke på sykehjemmet.

Dalland (2010) hevder at informanten bør oppleve at han eller hun kan være en ressurs angående temaet. Han mener spørsmålene i intervjuet derfor bør være av den karakter at informanten får anledning til å fortelle mest mulig fritt, og beskrive det han eller hun ønsker å si om det aktuelle temaet. Målet bør være at informanten får anledning til å svare umiddelbart på spørsmålene (ibid.). Dalland skriver videre at temaer som kommer opp naturlig fra informanten i et intervju kan fortelle hva informanten er spesielt opptatt av. Han beskriver at man i et kvalitativt intervju har mulighet for å justere intervjuguiden til neste intervju, på bakgrunn av erfaringene man har gjort seg i løpet av det gjennomførte intervjuet. Det er viktig å møte informantene med en ydmyk holdning overfor hva han eller hun deler (ibid.).

Jeg opplevde at jeg ga informantene rom for å fortelle fritt. De erfaringene jeg tok med meg fra første intervju var at jeg i større grad måtte stille spørsmål som hentet inn informanten dersom det kom frem ting som ikke konkret ville svare på problemstillingen min. Spørsmålene lot jeg stå uendret til neste intervju, men jeg noterte meg noen spørsmål der jeg måtte utfylle noen spørsmål for å få tydeligere frem hva jeg ønsket svar på. Jeg gjorde ikke noen betydelige endringer på intervjuet. Min opplevelse var at jeg hadde en ydmyk holdning og respekt for det informantene delte av sin erfaring.

Intervjuguiden min ble bestående av 5 kategorier/temaer. Jeg startet med innledningsspørsmål som besto av 7 spørsmål, så gikk jeg over til å fokusere på musikkterapeuten på sykehjem som også hadde 7 spørsmål. Etterpå stilte jeg 4 spørsmål om beboerne på sykehjem og 8 spørsmål om sorgarbeid. Avslutningsvis hadde jeg 7 spørsmål om

veien videre<sup>9</sup>. Spørsmålene jeg hadde valgt i intervjuguiden var veldig åpne spørsmål. Informantene hadde mye interessant å si på hvert spørsmål, så det var ikke så mye behov for å stille oppfølgingsspørsmål. For å variere spørsmålene vekslet jeg mellom å bruke begrepene ensomhet, tristhet og nedstemthet for å få mest mulig variasjon i svarene.

De første svarene kommer jeg mest sannsynlig til å forkaste siden dette er ment som innledningsspørsmål og fordi det kan inneholde informasjon om informantene som kan være gjenkjennbare for andre – det er også mulig å anonymisere slik at det ikke blir gjenkjennbart. Jeg valgte å kalle alle informantene mine for ”hun” for å anonymisere informantene.

Etter beste evne ønsket jeg at spørsmålene i intervjuguiden skulle bidra til en god ramme som skulle rette fokuset mot tema og problemsstillingen for prosjektet.

### **3.1.5 Valg av informanter**

Etter samtale med veileder ble vi tidlig enig om at prosjektet skulle ha tre informanter som til daglig jobber som musikkterapeuter på et sykehjem. For å få tak i informanter tok jeg kontakt med Norsk forening for musikkterapi<sup>10</sup> og ba om en oversikt over musikkterapeuter som jobbet på sykehjem. Jeg var også i kontakt med personer som hadde kjennskap til feltet musikkterapi for å få tips om aktuelle informanter. På bakgrunn av informasjon jeg fikk sendte jeg en rekke e-poster med en kort informasjon om mitt masterprosjekt hvor jeg hadde fått kontaktinformasjonen deres fra. Jeg spurte også informantene om de hadde tips til flere som jobbet innen samme felt som kunne være aktuelle å intervju om tema for mitt masterprosjekt.

Ann Kristin Larsen (2007) skriver om fem forskjellige måter å velge ut informanter på. Dette prosjektets utvelging mener jeg passer inn under både den ”skjønnsmessige utvelgelsen” og ”snøballmetoden” som hun trekker frem i boken. Ann Kristin Larsen (2007) beskriver at den skjønnsmessige utvelging går ut på at forskeren tar et valg med tanke på alder, kjønn, utdanning og geografisk bosted. Videre sier hun at i snøballmetoden tar forskeren kontakt med mennesker som han tror kan masse om teamet som er aktuelt for prosjektet. De kan igjen gi tips om andre som kan være aktuell å intervju (ibid.).

---

<sup>9</sup> Viser igjen til vedlagt intervjuguide.

<sup>10</sup> [www.musikkterapi.no](http://www.musikkterapi.no)

En slik måte å finne informanter på gir ikke et representativt utvalg av informanter; det kan være de mest flittige og pliktoppfyllende som svarer på henvendelsene. Utvalget mitt på 3 informanter er lite, og vil uansett ikke være representativt. Det er hvilken betydning musikkterapi kan ha jeg ønsker svar på, og det kan fortsatt besvares, selv om utvalget er lite. Jeg er ute etter en deskriptiv forståelse i min masteroppgave og ikke en generaliserbar viten.

## **3.2 Gjennomføring av intervju**

### **3.2.1 Gjennomføring**

Da jeg fikk godkjenning om masterprosjektet mitt fra NSD<sup>11</sup> startet jeg intervjuene. Informantene fikk på forhånd en mail med samtykkeerklæring<sup>12</sup> og litt informasjon om hvordan intervjuet skulle foregå. Intervjuene ble gjennomført med båndopptak slik at jeg kunne ha alt fokus rettet mot hva informanten sa, og på den måten komme med oppfølgingsspørsmål.

To av intervjuene ble gjennomført på informantenes arbeidsplass. Det andre intervjuet ble gjennomført på Norges musikkhøgskole av praktiske årsaker. I utgangspunktet var tanken å gjennomføre alle intervjuene på arbeidsplassen til mine informanter. Da kommer jeg på deres arena og de er kjent, mens jeg er ukjent. Dette for at informantene skal være i kjente og trygge omgivelser, noe Birkeland og Carson (2009) trekker frem som viktig.

I en intervjusituasjon er det ifølge Birkeland og Carson lurt å plassere seg slik at informanten har mulighet til å hvile blikket. De sier videre at det da er lurt å sitte litt på skrå overfor hverandre i motsetning til rett overfor hverandre. I den grad det var mulig forsøkte jeg å plassere båndopptakeren litt diskre i mellom meg og informanten. Dette fordi jeg ikke ønsket at båndopptakeren skulle ta for mye fokus fra selve intervjuet, og at intervjuet skulle bli så naturlig som mulig. Informantene var naturligvis klar over at intervjuet ble tatt opp på båndopptakeren.

Intervjuene ble gjennomført mellom mai og oktober 2013. Etter intervjuene transkriberte jeg alt som ble sagt og sendte dokumentet av intervjuet til mine informanter. De fikk muligheten til å se gjennom intervjuet og komme med tilbakemelding dersom de var blitt gjengitt feil,

---

<sup>11</sup> Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. [www.nsd.uib.no](http://www.nsd.uib.no)

<sup>12</sup> Se vedlagt "Samtykkeerklæring".

eller at jeg hadde misforstått noe av det de hadde sagt.

### **3.2.2 Informantenes møte med forskningssituasjon**

Jeg opplevde at informantene var litt spent når det gjaldt temaet for intervjuet. De uttrykket at de var litt usikker før intervjuet om de hadde noe å si rundt temaet aldring og sorg. ”Jobber jeg egentlig med dette?” Tilbakemeldingene fra informantene har vært positive i etterkant og de har gitt uttrykk for at temaet har vært spennende og at de har vært glad for at jeg retter fokus mot akkurat dette. Etter avsluttet intervju fikk jeg høre at de selv var blitt mer bevisst utfordringer med tap, kriser og sorg på egen arbeidsplass. Aldring og sorg har vært noe de har jobbet med hele tiden, men som bare har vært en del av alle de andre arbeidsoppgavene på sykehjemmet. Jeg selv hadde en opplevde av at det tilsynelatende var en avslappende stemning under intervjuene. Lengden på intervjuene varierte fra 1 time og 03 min til 1 time og 40 min. Da jeg jobbet med transkriberingen av intervjuene fikk jeg inntrykk av at informantene var veldig engasjerte. Det virket også som de var stolt over å snakke om sitt arbeid på sykehjemmet.

Intervjuguiden fikk informantene da vi startet intervjuet slik at de kunne se spørsmålene om nødvendig. Dette fordi jeg ønsket at de skulle svare på det de allerede kunne noe om.

## **3.3 Utvikling av resultat**

### **3.3.1 Systematisering av empiri**

Etter gjennomføring av alle tre intervjuene satt jeg igjen med rundt 4 timer med datamateriale på lydbånd. For å systematisere datamateriale gjorde jeg følgende:

1. Først lyttet jeg til hvert enkelt lydopptak og skrev ned nøyaktig hva som var blitt sagt. Jeg skrev svaret under hvert spørsmål i intervjuguiden, slik det kom frem i intervjuet.
2. Så gikk jeg over intervjuene fra lydopptaket en gang til for å se at jeg hadde transkribert materialet riktig.
3. Etter at intervjuene var gått grundig gjennom sendte jeg intervjuene til informantene slik at de kunne se gjennom hva de hadde sagt, og se om de hadde blitt forstått riktig.
4. Dersom informantene hadde noen ting de ønsket å rette på ble det gjort, dersom det ikke var noen endringer så jeg på transkriberingen som ferdig.
5. Transkriberingen ble deretter analysert med fokus på min problemstilling. Det som

kunne ses i sammenheng med problemstillingen ble da trukket frem.

6.Svarene ble så sett på angående ulikhet og likhet med hverandre.

7.På bakgrunn av min fortolkning ble datamateriale analysert, og alt ble forsøkt satt sammen til en helhet.

### **3.3.2 Fortolkning av innsamlet materiell**

Hermeneutikk betyr fortolkningslære. Fortolkning er et forsøk på å gjøre klart, eller gi mening til, det vi studerer, som overfladisk sett fremstår som uklart, kaotisk, uforståelig eller selvmotsigende. Å fortolke på denne måten er altså å forsøke å finne frem til en underliggende mening, eller gi klarhet til noe som fremstår som uklart (Dalland, 2010:55-56).

I dette prosjektet har jeg ønsket å få større innsikt i hvilken betydning musikk(terapi) kan ha for eldre med fokus på aldring og sorg knyttet til ensomhet, nedstemthet og tristhet på sykehjem. Det er selvfølgelig også av interesse å lære noe om hvordan det er å jobbe generelt som musikkterapeut på sykehjem. Et av mine mål for denne oppgaven er å få klarhet over et tema som jeg ønsker å vite mer om, som etter min mening er spennende og noe vi bør få bedre forståelse av. I forberedelse til intervjuene var jeg spent på om dette temaet var noe musikkterapeutene hadde noen tanker rundt.

”... det greske ordet hermeneuein som betyr å forstå, (for)tolke, utlegge, tyde” (Thornquist, 2012: 139). I bearbeiding av datamaterialet går vi som forskere inn å tolker dataen vi har funnet (ibid.).

I dette prosjektet er transkriberingen av datamaterialet en direkte gjengivelse av de ordene informantene hadde sagt. For å forstå ordene informantene brukte måtte jeg danne min egen tolkning.

Selv om informantene har fått anledning til å komme med innspill på transkriberingen jeg har gjort når det gjelder intervjuet, blir det allikevel min tolkning av innholdet i intervjuet som trer frem i det endelige resultatet. Thornquist (2012) skriver at det ifølge Wormnæs er forståelse av grunnlaget som gjør at vi oppfatter noe som noe. På den måten sier Wormnæs at forståelse er til stede i alt vi gjør, når vi løser problemer, leser, arbeider, improviserer eller

lignende. Thornquist (2012) mener at erfaring, oppfatninger og forventninger danner grunnlaget for vår forståelseshorisont. Med horisont menes våre holdninger og oppfatninger vi har som er bevisst eller ubevisst, men som vi ikke har rettet oppmerksomheten vår til (ibid.).

Thornquist (2012) trekker hermeneutisk sirkel frem som et viktig elementdel av hermeneutikken. Thornquist forklarer den hermeneutiske sirkel som å ”...forstå «delene ut fra helheten og helten ut fra delene»” (ibid.:142). Med dette mener hun at dersom vi forstår deler av virkeligheten vil dette påvirke hvordan vi ser helheten. Nå blir den hermeneutiske sirkel omtalt som spiral fordi vi hele tiden vil utvikle ny forforståelse når vi lærer noe nytt (ibid.). Denne måten å tenke på kan vi kanskje kjenne igjen i John Deweys (1996) kjente sitat: «Learning by doing and reflection». Dewey var opptatt av det estetiske og hevdet at vi først burde gjøre og deretter reflektere over det. Han mente at våre erfaringer dannet grunnlag for nye erfaringer (ibid.). Litt på samme måte som at vår forforståelse danner grunnlag for ny forforståelse (Thornquist, 2012). Dette gjenspeilte seg i det jeg gjorde. Prøveintervjuet lærte meg mer om hva jeg skulle forske på, og dannet grunnlag for ny intervjuguide. Erfaringene jeg gjorde meg med intervjuene ble også grunnlag for planlegging til neste intervju. Dette kunne være dersom jeg oppfattet et spørsmål for uklart, og jeg måtte tydeliggjøre spørsmålet til neste intervju. På samme måte har det vært fra transkripsjon til tolkning og sammenlikning til skriftlig gjengivelse av empiri. Min forståelse av fagområdet og min forståelse av empirien har hele veien utviklet seg. Jeg har sett datamaterialet med nye briller for hver gang jeg har møtt det – på et annet trinn i spiralen.

### **3.3.3 Analyse**

Ryen (2012) trekker frem det naturalistiske paradigmet ved analyse. Hun skriver at målet her er å finne en sannhet eller informantens oppfatning av en virkelighet. Videre påpeker Ryen at det er forskerens oppgave å gjengi det informanten har sagt i intervjuet på en best mulig måte. Utfordringen i denne prosessen er at man blir dratt mellom informantens informasjon fra intervjuet (omgjort i tekst) og virkeligheten (ibid.). Ryen skriver at i et intervju konstruerer informant og intervjuer virkeligheten sammen. Analyseprosessen går ut på å lytte til informantens refleksjon av virkeligheten (ibid.).

Analyse av kvalitative data innebærer alltid å redusere datamengden (Ryen, 2012:145).

Videre trekker Ryen frem:

Analyseprosessen er dessuten en rotete, tidkrevende, ikke-lineær, kreativ prosess med rom for mye tvil, en prosess som skal bringe orden, struktur og mening inn i alle innsamlede data (ibid.).

Ryen (2012) hevder det er lurt å kategorisere innsamlet data. Hun mener kategoriseringen kan være knyttet til steder, personer, aktiviteter eller lignende temaer. I mitt tilfelle endte jeg til slutt opp med følgende hovedkategorier: *Beskrivelser av tap og negative følelser (ensomhet, nedstemthet, tristhet og sorg), følelsesuttrykk, identitet, musikkterapeutens egen forståelse og tilnærming, og musikkterapeutens tilrettelegging for beboeres bearbeiding av følelser.*

Før man kommer så langt håndterer man rådataen slik at den kan gjøres om til enheter (Ryen, 2012). Enhetene blir ifølge Ryen grunnlaget for kategoriene, de kan også knyttes sammen når man starter kategoriseringen av enhetene. Ryen har erfart at det er lurt å ha en diverse kategori der man kan putte inn det man ikke føler passer under de andre kategoriene. Når denne jobben er gjort kan man se om man kan ta bort noen kategorier og eventuelt legge til en kategori dersom det er behov for det (ibid.). Ryen mener det er viktig å være fleksibel i håndteringen av datamaterialet. I tradisjonell kvalitativ analyse forsøker man å reflektere, betrakte og analysere datamateriale og på bakgrunn av dette komme frem til konklusjoner (ibid.). Denne måten å analysere datamateriale på fant jeg nyttig og gjennomførbart for mitt masterprosjekt.

Med utgangspunkt i kategoriene gikk jeg gjennom de transkriberte intervjuene på til sammen 59 sider der jeg hadde en markeringsfarge for hver kategori. Dette gjorde jeg blant annet for å få system og trekke frem det som i all hovedsak ble relevant for min masteroppgave og problemstilling. Jeg vil da komme frem til deler av intervjuet som er tatt ut fra helheten.

### 3.4 Etikk og metodekritikk

Forskningsetikk kan anses som en bred anskuelse av forskningen, og en vurdering av de valgene som gjøres, både isolert og i en kulturell kontekst:

Med forskningsetikk menes vurdering av forskning i relasjon til normer og verdier i samfunnet. Vurderingen omfatter både hvilke problemstillinger det forskes på, hvilke metoder som benyttes og på hvilke måter resultatene av forskningen kan tenkes anvendt (Skoie, 2014).

Da jeg bestemte meg for tema ”Aldring og sorg” oppsto det mange etiske spørsmål. For eksempel skriver Ryen (2012) at etikk rundt forskning handler om å ivareta informanten ”den som blir forsket på” når det gjelder selve intervjudelen og behandlingen av datamateriale, anonymitet og at materiale blir rett fremstilt. I dette tilfellet er informantene musikkterapeuter som er ansatt på sykehjem, og «de som blir forsket på» er sykehjemsbeboerne. For å ivareta sykehjemsbeboernes anonymitet best mulig har jeg valgt å anonymisere informantene. Det gis derfor blant annet ikke informasjon om hvor i landet informantene befinner seg. Videre trekker hun frem eksempler der forsker gir informanten mulighet til å ha innvirkning angående analysen og fortolkningen av datamateriale<sup>13</sup>. ”Visse etiske aspekt går igjen i de fleste oversikter: samtykke, konfidensialitet og tillit (inkludert ikke å skade deltakeren)” (Ryen, 2012: 207-208). Ryen (2012) beskriver informert samtykke som en viktig del av rettighetene til informanten. Hun drar frem at informanten har mulighet til å trekke seg når som helst uten å gi noen begrunnelse, informanten kan også stille krav om å få innsikt i prosjektet (ibid.). Informantene ble forsikret om at de kunne trekke seg når som helst i dette prosjektet. Etter transkribering av intervjuene ble alle lydopptak og annet som kan forhindre personvernet slettet og makulert.

Jeg valgte erfarne informanter som har eller jobber som musikkterapeut på sykehjem<sup>14</sup>. Mitt Ønske var å gå i dybde og gi et eksempel på hvordan musikkterapeuter arbeider på sykehjem. Begrensningen av informanter vil ikke gi et svar på hvordan det er på alle sykehjem. Dersom

---

<sup>13</sup> I punkt 3.4.1 Beskrev jeg hvordan informantene hadde mulighet til å komme med kommentarer etter at intervjuet var ferdig transkribert.

<sup>14</sup> Viser til punkt 3.1.5 Valg av informanter



informantene sier mye av det samme og litteraturen bekrefter funnene gjort i intervjuene kan vi allikevel anslå at resultatet er representativt. Problemstillingen er formulert slik at jeg ønsket å finne ut hvilken betydning musikkterapi KAN ha for eldre på sykehjem. Jeg spør ikke om hvilken betydning musikkterapi har for eldre. Derfor valgte jeg semistrukturert intervju som metode<sup>15</sup>. Analysekategoriene som jeg har valgt blir en tolkning av hva jeg ser på som essensen i hva informantene snakker om. Hadde noen andre sett på innholdet i intervjuene ville de kanskje kommet frem til helt andre kategorier. Av etiske grunner og personvern valgte jeg å ikke intervjuer beboerne selv siden sorg er et personlig og ømfintlig tema. Mitt engasjement for fagområdet kan lett påvirke hvordan jeg valgte enheter fra intervjuene. Dette er tanker jeg har gjort meg underveis og en påminner om å behandle datamaterialet med respekt. I masteroppgaven presenterer jeg mange enheter fra intervjuene og har lagt mer vekt på informantenes ytring, heller enn mine egne tolkninger.

#### **4 Teoretiske perspektiver**

I dette kapitlet vil det bli presentert teori med utgangspunkt i analysetemaene: Tap/krise, livskvalitet, følelsesuttrykk og identitet.

Det er blitt skrevet mye om eldre på sykehjem, spesielt med fokus på demens. I 2014 engasjerte mange seg da regjeringen ønsket å ta bort "Den kulturelle spaserstokken". Før jeg tar fatt på de teoretiske perspektivene vil jeg presentert en oppsummering av hvor litteraturen i denne oppgaven er hentet, hvilke søkeord og databaser som er benyttet.

I arbeidsprosessen av denne oppgaven startet jeg med å se gjennom litteratur fra litteraturlistene til bøker og artikler jeg allerede kjente til. Jeg har også vært i kontakt med biblioteket aldring og helse<sup>16</sup>. Der fikk jeg en oversikt over relevant litteratur som de hadde i sin database. Jeg har benyttet meg av følgende databaser: ProQuest (RILM and IIMP), NMH-Brage, PubMed og websok.mikromarc (aldring og helse sin egen database). Relevante søkeord ble: "Tap/loss", "krise/crisis", "ensomhet/loneliness", "livskvalitet/quality of life" og "identitet/identity".

---

<sup>15</sup> Se punkt 3.1.2 Intervju som metode

<sup>16</sup> [www.aldringogsorg.no](http://www.aldringogsorg.no)

#### 4.1 Tap/krise

I tilknytning tap og kriser er det nærliggende å komme med en beskrivelse av Erik Eriksons psykososiale stadier. Ifølge Kloep og Hendry (2009) tar stadieteorien til Erikson utgangspunkt i de sosiale miljøene. Utfra sosiale og personlige utfordringer gjennom en fullstendig livstilværelse er man avhengig av å dannes for at det skal oppstå en fremgang/forandring (ibid.). Hvert stadie har hver sin utfordring for mennesket, som man må lære seg å takle for å komme videre til neste stadie (ibid.). Utfordringene vil man underveis møte på i de forskjellige stadiene av livet (ibid.). Når det gjelder utfordringer knyttet til alderdom står det følgende: ”Oppgaven består i å oppnå en følelse av integritet ved å vurdere ens eget liv positivt (i motsetning til fortvilelse og bitterhet)” (Kloep og Hendry, 2009:34). Videre skriver de at disse utfordringene vil inntreffe i løpet av livet. I denne oppgaven er det stadiet om alderdom som er aktuelt å skrive noe om. Av Eriksons åtte utviklingsstadier var alderdom det siste stadiet, fra 65 år og oppover (ibid.). Utfordringer med dette stadiet går ut på å ha en fornemmelse av helhet med tanke på å betrakte livet sitt på en positiv måte (ibid.). I alle stadier av livet vil man bli påvirket av andre mennesker som enten er i samme stadiet eller i et annet stadiet som kan påvirke hverandre (ibid.).

Ken Heap (2012) hevder at kriser kan forekomme også i en harmonisk og systematisert tilværelse. Ifølge Heap vil alle gjennomgå kriser i livet, enkelte mer enn andre, det vil variere fra person til person. Han mener kriser er en av de mest betydningsfulle erfaringene vi kan gjøre oss. Etter utfordrende perioder i form av kriser sier Heap at man kan komme styrket ut av opplevelsen. Allikevel vil det alltid være tøft å oppleve en krise (ibid.).

Heap (2012) påpeker at kriser kan oppstå på ulike måter i form av tragiske hendelser eller forandringer og opplevelser vi kan oppleve gjennom ulike perioder i livet. De mest vanlige tilfellene hvor kriser kan oppstå hevder Heap er dersom vi opplever ”utroskap, sykdom eller død”.

Nærmest per definisjon er gamle mennesker de som har lagt flest kriser bak seg. Av helsemessige og eksistensielle grunner kan mange eldre med betydelig sikkerhet dessuten regne med å møte enda flere (Heap, 2012:199).

Med tanke på at de eldre har opplevd flest kriser og lagt dem bak seg kan det kanskje være lett å tenke at de har erfaring nok ved å takle kriser på egenhånd. Kriser er aldri noen god

opplevelse når man er mitt inni det. Lege og spesialist i allmenntillegning Audun Myskja (2006) sier det i hjerneundersøkelser viser at musikk kan lette på kriser-, angst-, engstelse- og uro som forekommer hos eldre mennesker.

## 4.2 Livskvalitet

Det er mange som har skrevet om livskvalitet i ulike felt (Myskja, 2013; Næss, Moum & Eriksen, 2011; Ruud, 2001/2010). Denne oppgaven tar utgangspunkt i Wahl og Hanestad (2004) beskrivelser fordi den gir en fin skildring av livskvalitet.

Wahl og Hanestad (2004) mener livskvalitet er knyttet til menneskers opplevelse/mening av egen livssituasjon. Livskvalitet består av ordene "Liv" og "Kvalitet" (ibid.). "Liv" kan for eksempel beskrives som tilværelse, nærvær og virkelighet, og "kvalitet" kan blant annet være karaktertrekk og betydninger (ibid.). Summen av tilværelse, nærvær, virkelighet, karaktertrekk og betydninger handler om livskvalitet (ibid.). Wahl og Hanestad (2004) hevder livskvalitet omhandler hele livet, og vår tilværelse i livet. Oppnåelse av livskvalitet kan være knyttet til forventninger og mål man har satt seg i løpet av livet, og hvorvidt man oppnår de forventninger og mål man setter seg (ibid.). Livskvalitet kan være trivsel med livet i sin helhet, psykisk velvære eller tilfredstillelse (ibid.).

Det er ifølge Wahl og Hanestad (2004) vår egen oppfatning av vår livssituasjon som danner utgangspunktet for livskvaliteten. De sier vidare at det er psykologiske forhold som fastsetter vår livskvalitet. Vår evne til å mestre kan innvirke på hvordan vi fornemmer livskvaliteten vår (ibid.). Det er i hovedsak tre ulike hovedtyper livskvalitet innen helsefag: Sykdomsspesifikk livskvalitet, global livskvalitet og helserelatert livskvalitet (ibid.). Sykdomsspesifikk livskvalitet omhandler særskilte lidelser eller elendighet knyttet til sykdom, og global livskvalitet er knyttet til menneskers trivsel, glede, betydning eller oppnåelse av målsettinger som man har satt seg i løpet av livet (ibid.). I tilknytning til global livskvalitet, når det gjelder målsettinger, ser jeg dette i sammenheng med Erik Eriksons 8 psykososiale stadier<sup>17</sup>.

---

<sup>17</sup> Se punkt 4.1 Tap og kriser, der dette er beskrevet.

### 4.3 Helse

På bakgrunn av det jeg har lest ser jeg at helse kan defineres på flere måter. Verdens helseorganisasjon utviklet følgende definisjon på helse, som ikke har vært forandret siden 1948:

“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (World Health Organization, 2003).

Helse defineres her som fravær fra sykdom, men også fravær fra mental, psykisk og fysisk plager (ibid.). Jeg ser på bakgrunn av dette at det kanskje vil være vanskelig å oppnå helse fordi man påvirkes mentalt, psykisk eller fysiske hele tiden.

Etter hvert har helseinstitusjoner fokusert mer på helsefremmende virksomhet med musikk som en vesentlig bidragsyter (Even Ruud, 2006).

For enkelte vil helse innebære at kroppens funksjoner fungerer som ”normalt” (ibid.). Ifølge Ruud (2006) handler begrepet helse i helsepsykologien og samfunnsmedisinfaget om en opplevelse av balanse, overskudd og energi.

I en undersøkelse om helse gjort av Per Fugelli og Benedicte Ingstad (2001) ved Institutt for allmen- og samfunnsmedisin, kom de frem til følgende:

- De viktigste meningsbærende elementene i folks helsedefinisjon er: trivsel, funksjon, natur, humør, mestring og energi. Det folkelige perspektiv på helse har tre kjennetegn:
- Helhet. Helse er et holistisk fenomen. Helse er vevd inn i alle sider av livet og samfunnet.
  - Pragmatisme. Helse er et relativt fenomen. Helse erfares og bedømmes i forhold til hva folk finner det rimelig å forvente ut fra alder, sykdomsbyrde og sosial situasjon.
  - Individualisme. Helse er et personlig fenomen. Menneskene er ulike. Derfor må helse som mål og veiene til helse bli forskjellige fra individ til individ (Fugelli og Ingstad, 2001).

Ruud (2006) trekker frem Medin og Alexanderson som gjennom å ha tatt for seg 92 artikler om helse hadde kommet frem til at helse kan forstås ”(...) som en tilstand, en opplevelse, som ressurs og som prosess” (ibid.:19). Videre forteller han at man kan se på helse som en tilstand, som er knyttet opp til at sykdom er det motsatt av helse og omvendt. Det å være syk

er altså knyttet til sykdom, mens det å være frisk ses i sammenheng med helse. Sykdom og helse forekommer derfor ikke på samme tid. Han skriver videre at helse knyttes til hvor friske vi er. Dersom helse blir beskrevet som en opplevelse dreier dette seg om en opplevelse av betydning eller lykke i livet. Helse er en ressurs som blir benyttet, som en fremgangsmåte til å oppnå mål i livet. Det er også mulig å se helse som en prosess, der den utvikler seg og endres i samspill med andre mennesker (Ruud, 2006).

#### **4.4 Følelsesuttrykk**

”Når musikk får en viktig betydning for dannelse av minner og dermed kan gis en viktig plass i identitetsbygging, dreier det seg ikke minst om sammenhengen mellom musikk og følelser” (Ruud, 2013:65). Ifølge Ruud (2001) kan musikk blant annet bidra til økt energi, mestringsglede og opplevelse av samhold med andre, i tillegg til å gi betydning og sammenheng i livet.

Ruud (2001) trekker frem Barbara Fredricksons som er opptatt av gledelige emosjoner.

Mens negative følelser får oss til å snevre inn bevisstheten, får de positive følelsene fram muligheter og nyorienteringer. De positive følelsene kan også nullstille de negative. Etter at negative følelser er nøytraliserte, kan vi lettere omstille oss til å tenke og handle mer konstruktivt (Ruud, 2001:42).

Sitatet kan på mange måter beskrive essensen i denne masteroppgaven. Slik jeg ser det kan musikk bidra til å gjøre negative følelser om til positive følelser, som Ruud (2001) trekker frem i sitatet.

#### **4.5 Identitet**

I gjennomføring av de tre intervjuene ble identitet og reminisens gjennomgående temaer. På bakgrunn av dette har jeg valgt å se nærmere på betydningen av identitet hos sykehjemsbeboere som opplever sorg. Det store norske leksikon (2015) brukes ord som ”personlighet, den man er; selvbilde og selvoppfatning” for å beskrive hva identitet er. Identitet sett i et psykologisk perspektiv beskrives som personlighetstrekk som er særegent for hvert enkelt menneske (Identitet, 2015). Even Ruud (2013) skriver at identitet handler om en indre følelse av hvordan vi selv opplever at vi har det. Videre forteller han at identiteten

utvikler og forandrer seg gjennom hele livet, og at alle historier og erfaringer om oss selv danner grunnlag for vår særegne identitet. Det vi har opplevd av musikk sitter gjerne i kroppen (ibid.).

Hanne Mette Ridder (2011) skriver at ” .... hjørnesteinen i god demensomsorg er mening og identitet. .... Med utgangspunkt i oppfattelsen at enhver demensramt person er en ’meaning-maker’, dvs. danner sig en mening og en forståelse af sine og andres handlinger ” (ibid.:69).

Det Ridder trekker frem her om identitetens betydning for demensomsorg tenker jeg også er viktig generelt på sykehjem, med tanke på det jeg har lest og hørt informantene mine beskrive. Ruud (2013) trekker også frem viktigheten av å bevare minner for å opprettholde identitet.

Musikken kan vekke minner og være et grunnlag for livskunnskap og hendelser i vår egen livshistorie (Ruud, 2013). I enkelte faser av livet kan musikken ha en større betydning for identitetsutviklingen (ibid.).

I en fase av livet hvor man ser tilbake og setter opp et verdiregnskap, vil musikkopplevelsen symbolisere og binde sammen viktige hendelser i livet og danne knutepunkter og forbindelseslinjer mellom livsfaser (Ruud, 2013:46).

Videre skriver han:

Vi har behov for å trekke fram de viktigste livsbegivenheter, eller de øyeblikksmarkeringer som utgjorde en forskjell (ibid.:46).

Det ser jeg også i sammenheng med Erik Eriksons 8 utviklingsstadier<sup>18</sup> ved å beskue og ha en følelse av helhet i livet.

---

<sup>18</sup> Erik Eriksons psykososiale stadier er beskrevet i punkt 4.1 Tap og kriser.

En stor andel av beboerne som er på sykehjem i dag har en form for demenssykdom<sup>19</sup>. Even Ruud (2013) trekker frem at demenssykdommen kan føre til at de som er rammet kan bli ”identitetsløse”. Musikken vil i enkelte tilfeller kunne bringe tilbake minner som kan forsterke følelsen av egen identitet (ibid.). Når vi begynner å glemme livshistorier om oss selv, kan vi stå i fare for tap av essensen i egen identitet (ibid.). Betydningsfulle musikkfornemmelser vil i enkelte tilfeller kunne bidra til at historier holdes i gang, samtidig som nye refleksjoner og klargjøringer av livshistorier beholdes istedenfor at de blir borte for tidlig (ibid.). Videre påpeker han at musikken kan gi oss en følelse av å være yngre.

Ruud (1997, 2013) har i flere år hatt interesse for musikk og identitet. Med utgangspunkt i studentfortellinger om hva musikken har betydd for studenter har han forsøkt å kategorisere musikken i 5 kategorier. Disse kategoriene omtaler han som ulike rom. Som nevnt i forrige avsnitt trekker Ruud (2013) frem at musikken i noen tilfeller kan frembringe minner og forsterke følelsen av egen identitet. Mine informanter har også snakket om reminisens<sup>20</sup>. Ridder (2011) beskriver hvordan musikken kan bringe frem gjennomgripende minner hos demensrammede. På bakgrunn av dette har jeg valgt å skrive beskrive de fire rommene Even Ruud har kommet frem til.

#### **4.5.1 Det personlige rom**

Even Ruud (2013) knytter ”det personlige rom” til opplevelser eller minner fra barndom eller sanger som vi forbinder med besteforeldre, søsken eller foreldre. Han skriver videre at både vuggesanger i tillegg til ”rim og regler” kan ses i sammenheng med hendelser av trygghet i oppveksten. ”Gjennom språket og den ”symbolske fødsel” opplever vi vår egen avgrensethet overfor andre, og vårt private rom tar til å utformes” (Ruud, 2013:82). Ruud skriver videre: ”Samtidig gir musikken rom for opplevelser av mestring, av å stole på egne ferdigheter og handlemuligheter (ibid.)”.

”Identiteten konstrueres og utfoldes i det sociale felt, men formes af erindringer for samvær og for tidligere opplevelser af sig selv (det private selv)” (Ridder, 2011:71). Dette kan være viktig informasjon for å finne musikk som passer den enkelte. Det personlige rom egner seg

---

<sup>19</sup> Demens er skrevet som et punkt i tilknytning til punkt 2.1.3 Hva kjennetegner beboere på et sykehjem?

<sup>20</sup> Reminisens er knyttet til minner. Dette vil bli beskrevet nærmere i empirikapitlet.

kanskje best å bruke en til en. Utfordringen kan være at det personlige rom blir for utleverende i en gruppesammenheng fordi det er knyttet til personlige historier. Når det er sagt kan for eksempel vuggesanger eller lignende også benyttes med grupper, men det vil være lurt å ha en reflektert og bevisst holdning til hvilken musikk man benytter seg av.

Hanne Mette Ridder (2011) nevner også viktigheten av å bevare livshistorier som tar utgangspunkt i hendelser fra for eksempel barndommen, ungdomsårene eller voksenalderen.

#### **4.5.2 Det sosiale rom**

Ruud (2013) beskriver identitet som en betraktningssmåte der mennesket iakttar seg selv med utgangspunkt i egen opplevelse av andres anskuelse. Han sier at vår identitet kan være både ”personlig” og ”sosial”. ”Vi kan signalisere sosiale klasse og kulturell tilhørighet gjennom konsertvaner eller understreke etnisk, religiøs eller subkulturell tilhørighet gjennom musikken vi bekjenner oss til” (Ruud, 2013:139). Ruud (2013) mener også at felles erindringer rundt ”musikalske” opplevelser, og musikk kan gi oss følelse av tilknytning til et bestemt sted der vi kjenner oss hjemme.

#### **4.5.3 Tiden og stedets rom**

I dette rommet snakker Ruud (2013) om identitet i tilknytning til steder vi er oppvokst, fornemmer et bånd til, eller musikk assosiert med epoken vi lever i. ”Musikkopplevelsene markerer viktige knutepunkter i livet vårt. Når vi tenker tilbake på våre musikkopplevelser, skisserer vi samtidig både en personlig geografi og en personlig kalender” (Ruud, 2013:197). Han skriver at i enkelte tilfeller kan personlige opplevelser og felles hendelser ses i sammenheng med felles fortellinger vi husker fra en spesiell plass eller historie knyttet til kulturen vi er oppvokst i.

Hanne Mette Ridder (2011) skriver at vår ”episodiske hukommelse” ofte er knyttet til ”tid og sted”. En av mine informanter mente at tiden- og stedets rom var noe informantene benyttet seg mye av spesielt med tanke på demensrammede beboere.

#### **4.5.4 Det transpersonlige rom**

”Det transpersonlige rom” beskriver Ruud (2013) som musikalske hendelser der man kan få følelse av en forbindelse til noe stort ”utenfor oss selv” (Ibid.:236). Emosjoner er sentralt i



dette rommet. ”Det fortelles om sterke kroppsreaksjoner, noen ganger fysisk ekstase, eller om opplevelsen av å bli revet med, gå ut av seg selv og opp i noe større (Ruud, 2013:236)”.

For mange eldre personer med demens vil det således være værd at afprøve om sang, musikk og dans, som de tidligere har haft opplevelser med i forskjellige sammenhænge, vil kunne motivere og engagere dem i et samvær med en terapeut eller med en gruppe af personer (Ridder, 2011:74).

Her beskriver Ridder at opplevelser med sang kan knyttes til tidligere opplevelser som kan gi en følelse av motivasjon og engasjement. Det kan både ses i sammenheng med det Ruud skriver om emosjoner tilknyttet ”Det transpersonlige rom” og følelser når det gjelder opplevelser av tap og krise.

## **5 Analyse og resultater**

I denne delen vil jeg presentere analyse og funn fra datamateriale. Musikk ble omtalt som betydningsfullt for mange beboere i intervjuene. Musikken kunne også for noen være et høydepunkt for uken. Datamaterialet er analysert, og jeg er kommet fram til følgende kategorier (se metodekapittelet): Beskrivelser av tap og negative følelser (ensomhet, nedstemthet, tristhet og sorg), følelsesuttrykk, identitet, musikkterapeutens egen forståelse og tilnærming, og musikkterapeutens tilrettelegging for beboeres bearbeiding av følelser.

Jeg gjennomgikk transkripsjonen av intervjuene og valgte ut meningsfulle enheter<sup>21</sup>. Enhetene dannet utgangspunkt for analysekategoriene og er valgt ut med formål å besvare problemstillingen:

Hvilken betydning kan musikkterapi ha for eldre på sykehjem når det gjelder å håndtere følelser av tap og kriser?

---

<sup>21</sup> Teori om enheter er presentert i metodekapittelet.

## 5.1 Beskrivelser av tap og negative følelser (ensomhet, nedstemthet, tristhet og sorg)

Innledningsvis spurte jeg informantene om deres inntrykk av beboernes opplevelse av å bli eldre. Når det gjelder negative følelser svarer informant 3 følgende:

*”Det er ikke veldig mange som har innfunnet seg i den situasjon de har kommet i som gammel. Det er veldig få som klarer å finne gleden eller meningen med å bli eldre” (Informant 3).*

*”Tap av livsfunksjoner, tap av posisjon og tap av status. Som jeg ikke tror du skal undervurdere. Det er nok sterkere enn man tror. Det er individuelt hvor sterkt man føler det. For personer som er litt prestasjonsorienterte, som kanskje har vært veldig vellykket kanskje føler mer på det enn andre. Tap av nære relasjoner av ektefeller, foreldre og venner ikke minst, som blir en type sorg” (Informant 1).*

*”Sorg over tap av ferdigheter, styrke og funksjoner og status. Som gammel er man mer avhengig av andres omsorg på godt og vondt. At man i mindre grad kan forsvare seg selv. Kanskje har man vært veldig sterkt oppegående også har man mistet ting. Det er veldig viktig å være klar over (Informant 1).*

Informant 2 sier dette om depresjon:

*”Depresjon hos eldre er et kjempetema. Når man tenker på aldring generelt blant folk tenker man aldring som noe litt negativt. Masse eksempler på at det ikke stemmer” (Informant 2).*

For å skape variasjon i intervjuene valgte jeg ulike ord for opplevelser knyttet til sorg, tap eller kriser. Et av begrepene som ble brukt var nedstemthet. Informant 3 nevner:

*”Jeg tror ikke det er så veldig mange som går og er nedstemt og lei seg og trist bare på grunn av sorg i forhold til død. Men det er mer sorgen over alt det du mister underveis, at du blir gammel og ikke orker mer og alle de tingene der. Det tror jeg er mye større sorg. Det er en helt annen type sorg” (Informant 3).*

Jeg spør informanten om det er en sorg som kan oppleves tyngre enn selve sorgen over å skulle dø:

*Jeg tenker at det kan nok være en av grunnene til at noen tenker på å avslutte livet sitt. Det vil jeg tro. Whats the point liksom” (Informant 3).*

[Min oppfatning er at det daglig settes krav til oss mennesker. I mange yrker er det nå blitt krav til utdanning eller spesialkompetanse for å få jobben. Vi må da jobbe hardt for å oppnå

oss ferdigheter. De ferdighetene vi da oppnår blir en del av vår identitet, som blir beskrevet nærmere i punkt 5.3 Identitet. Det er kanskje ikke så vanskelig å forstå at vi da blir nedstemt eller lei oss når vi en dag ikke klarer det vi klarte før].

Det ble essensielt å utdype følelsene som en naturlig del av opplevelser knyttet til sorg, demens og ensomhet hos beboerne. Sorg kan defineres på ulike måter og jeg ønsket å vite hvordan informantene selv definerte sorg på sin arbeidsplass. Informant 3 svarte følgende:

*”Sorg, den fortvilelsen av sorg over å eldes, den kommer ut på veldig mange forskjellige måter. Den kan innimellom komme ut som ren sorg i sånn klassisk som vi kjenner med tårer, fortvilelse. Men den kan også komme skikkelig godt ut hos enkelte med raseri og negativitet, irritasjon og uttrykk for å være lite tilfreds, misnøye. Den slår veldig forskjellig ut” (Informant 3).*

I intervjuet ble informantene spurt om hva tristhet var for dem, og hvilket forhold de hadde til det:

*”Tristhet er noe annet enn sorg, helt klart. Tristhet kan vare bare et øyeblikk, så er det over. Tristhet er noe du kan kjenne på selv om du har det bra. I musikken kan du kjenne på en tristhet fra en sang eller melodi du har et forhold til. At du kjenner på noe du har følt på før eller noe sånn. At tristhet er på en måte en forbigående stemningsleie. For med en gang du kjenner tristhet hele tiden går det mer over til at det er sorg eller depresjon eller sånn” (Informant 2).*

Demens er ikke hovedfokus for denne oppgaven, men ble allikevel trukket frem når informantene snakket om deres arbeid på sykehjemmet. På spørsmålet om hvordan informantene møter ensomhet svarte informant 1:

*”Pårørende til demensrammede føler de mister person mens personen lever. Det sosiale bryter veldig sammen. Demensrammede mister for eksempel evnen til å konversere”.*

Informanten er opptatt av demens og forteller følgende:

*”En del med demens kan til tider oppleves som veldig slitsomme å være sammen med. Ikke alle vet hvor slitsomt det kan være. For pårørende blir det så vondt, fordi de er jo så glad i vedkommende, men så merker de at de nesten ikke orker å være sammen med person. Det blir sånn dobbelthet fordi person gjentar seg selv hele tiden, veldig urolig, rastløs og spør om det samme” (Informant 1).*

Demens ble ofte nevnt i tilknytning til ensomhet og informant 2 sier dette når informanten får spørsmål om hun opplever mye ensomhet på jobben:

*”De som har demens kan man godt finne noen som sier at jeg kjenner ingen her. At det er vondt å ikke kjenne noen. Så har du kanskje blitt kjent med dem, men du husker det rett og slett ikke. Så du får ikke knyttet nye kontakter på grunn av en sykdom. At man savner mor, far, søster, bror, mannen og konen sin og alt mulig sånt noe” (Informant 2).*

Uforutsette hendelser kan ifølge informant 1 blant annet dukke opp spesielt knyttet til frontallapp demens:

*”Det kan ofte bli litt for mange inntrykk. Litt for mange ting på en gang. Du får jo beskyldninger som er helt urimelig som når folk ikke har hukommelse. Så har jeg hatt en kjempefin sangstund der pasienten har vært så blid. Så kjører jeg pasienten ut, så går det et minutt, så treffer jeg pasienten igjen. Da har pasienten glemt at hun har vært på sangstund” (Informant 1).*

Informant 1 sier blant annet dette om hva som kjennetegner beboerne på et sykehjem:

*”Eldre mennesker er mer forskjellig enn yngre mennesker, fordi de har levd lengre. Ca. 70% har hukommelsesproblemer<sup>22</sup>, i større eller mindre grad. Det er en viktig fellesnevner. Det er en ting å ta utgangspunkt i. Det at mange har demens kan også være en fellesnevner. Lange verbalflater er vanskelig for mange. Derfor blir jo musikken veldig egnet” (Informant 1).*

Avslutningsvis på spørsmålet sier informant 1:

*”Oppsummert har ikke de eldre noen kjennetegn, men veldig mange sliter med hukommelsesproblemer, og at du i møte med dem alltid må nullstille deg. Fordi dagsformen og behovene svinger sånn”.*

Informant 3 tenker at beboerne må fokusere på hva som skjer her og nå:

*”... Så jeg tenker at hvis man hele tiden skal sammenligne livet sitt med det man klarte vil det jo gå på tryne hver eneste gang. Mens hun var veldig opptatt av det: Ok, nå er jeg her, og da er jeg opptatt av det. Det er ikke sikkert jeg kan det om to år, men jeg kan det nå. Det er mye sorg på det de ikke klarer lengre”.*

---

<sup>22</sup> Ifølge Demensplan 2015 er rundt 80% dement. Se punkt 2.1.3 Demens.

### 5.1.1 Oppsummering

Tapsfølelser kan bli en utfordring for mange eldre. Informantene påpekte tap av nære relasjoner, venner som er gått bort, tap av status, tap av identitet, posisjon og livsfunksjoner som vesentlige utfordringer de eldre står ovenfor. Informantene mente at noen beboere ikke har innfunnet seg med situasjon de er kommet i når det gjelder fysiske og psykiske utfordringer ved å bli eldre. Forandringer i livet som man før kunne takle kan bli en stor omveltning for mange. En av informantene understreket at det kan være krevende for beboerne å akseptere det dem ikke lenger.

Alle informantene nevnte utfordringer med å få demens som en type krise. I intervjuene kom det frem at de som har en form for demens vil ha vanskelig for å konversere, de kan gjenta seg selv, være mye rastløse og spør ofte om det samme. Informantene nevner også at beboerne vil ha vanskelig for å forstå lange setninger og utfordringer med å knytte nye kontakter.

Informant 2 nevnte at aldring generelt blir forbundet med noe bedrøvelig, men hun mener det er flere eksempler på at det ikke stemmer. Informant 1 hevder at en av de største utfordringene for beboerne er sorgen over det de ikke orker lengre som de kunne før.

Ifølge informant 3 er tristhet noe som fort går over, og selv om vi er glad kan vi føle på tristhet. Informanten mener at tristhet er en stemningsleie som forbigås. Vedvarer tristhet mener informanten at det går over til sorg, nedstemthet eller depresjon.

Det fremkommer av intervjuene at sorg kan komme til uttrykk på mange forskjellige måter. Uttrykk som tårer og fortvilelse, men også gjennom raseri og misnøye er knyttet til reaksjoner på sorg mener informant 3.

### 5.2 Følelsesuttrykk

Av positive uforutsette hendelser som kan oppstå beskriver informant 2 dette:

*”Når vi sitter og synger så er det en som begynner å gråte eller noe sånt. Så er det en som du aldri trodde skulle ta vare på noen som går eller sitter ved siden av å tar hånden og sier stakkars deg eller noe sånt noe. Du får en annen type kontakt mellom pasientene, enn det du pleier å se. Det er typisk positiv uforutsett hendelse” (Informant 2).*

*”Det er jo veldig mange som sliter med det å bli eldre. Fordi de blir dårligere til beins, dårligere fysisk, dårligere psykisk, de orker ikke det de orket” (Informant 3).*

Informant 3 reflekterer over hvordan det kan ha seg at sykehjemsbeboere blir nedstemt.

*”Det starter jo veldig ofte med at du blir syk på et vis og mister ulike funksjoner av den grunn. Men du kan også miste ektefelle. Det er jo en dyp depresjon det også. Men nok en gang. Det å miste noen du er glad i om det er en venn eller.... Det er også nok en gang hvordan tar man det. Det er tøft” (Informant 3).*

Informant 3 nevner et aktivitetstilbud for beboerne der de får mulighet til å oppleve andre ting enn det daglige, som på den måten kan få fokuset bort ifra sorgopplevelser. I den konteksten sier informantene følgende om livets utfordringer:

*”Alle mennesker i alle aldre har vi våre dager der vi synes alt er kjempekjipt. Prøve å krabbe opp så godt vi kan. Livets utfordring” (Informant 3).*

Som en del av intervjuet ble informantene spurt hva de opplever som den største utfordringen til beboerne.

*”Så er det utfordrende å ivareta egne følelser og personlighet fordi man føler at du ikke har så mange å spille på for å snakke om sanne ting eller oppleve ting du er vant med å oppleve. Bare så enkelt med hva du vil se på tv. Mister litt den” (Informant 2).*

Informant 2 nevner hvor ulikt mennesker kan oppleve tilværelsen på sykehjemmet. På spørsmål om hvordan informantene opplever ensomhet blant beboerne på sykehjemmet:

*”For mange er det veldig sosialt også tror jeg. Fordi de som liker å prate, det kommer igjen an på funksjonsnivå. Med en gang du blir isolert på et rom, så er du jo prisgitt de som kommer inn til deg. Det skjer jo på et eller annet tidspunkt, at du blir for dårlig til å komme ut av sengen eller rommet. Da tror jeg det kan være en del ensomhet, og mye savn etter de man har vært nær” (Informant 2).*

Som en del av intervjuet ble informantene spurt om de opplever noen uforutsette reaksjoner hos beboerne i musikkstunden. Informant 2 svarer følgende:

*”Folk som kommer med følelsesutbrudd som du ikke hadde sett for deg. Det kan være gråt som kommer helt plutselig når du tror at alt har vært helt fint. Eller det kan være sinne som kommer helt plutselig, når du tror at alt har vært helt fint. Det kan også være det motsatte, at det er noen som er forferdelig lei seg, plutselig skjer det et eller annet som gjør at de snur” (Informant 2).*

Informant 3 kommer med eksempel på en uforutsett reaksjon som oppsto en gang:

*”Jeg hadde en mann som begynte å gråte som nesten ikke klarte å stoppe etterpå. Det er jo trist, men på den andre siden veldig godt også. Noen opptrer slik i forkant, og er urolige. Plutselig gjorde musikken noe positivt”.*

Om det oppstår uforutsette hendelser på sykehjemmet, sier informant 1:

*”Det er alltid noe uforutsett. Jeg tror det er mye kroppsspråk det handler om. Jeg prøver å lære studentene mine hvis en person blir urolig eller agitert er det veldig lett at du også blir urolig. Så kommer det en pleier inn som skal roe ned. Så blir det tre stykker over person. Personen roper, så begynner pleieren å rope også begynner jeg å rope, så skrur det seg bare opp. Klare å gjøre det motsatte” (Informant 1).*

Ifølge informant 3 kan uttrykk for nedstemthet være:

*”Noen tar til tårene veldig fort, andre blir sinte. Noen blir tause. Det er hele spekteret” (Informant 3).*

Informantene ble spurt om de opplever at beboerne er ensomme:

*”Igjen tror jeg at ensomheten er mye knyttet til savn. Så er det selvfølgelig noen som har vært mer eller mindre ensom hele livet. Hvis de da fortsatt føler en ensomhet når de kommer dit (sykehjemmet) kan jo det være veldig tungt. Litt bekreftede på hvordan alt har vært, alltid. Litt sånn bitterhet knyttet til ensomhet tror jeg veldig mange kan føle (Informant 2)”.*

Informant 2 trekker videre frem:

*”Jeg er ikke verdt å være med på det allikevel, det er best for meg å være alene, selv om du egentlig har lyst å være i et fellesskap”.*

På spørsmålet som hadde med sorgarbeid å gjøre nevner informant 3 viktigheten av det å ha noen man kan snakke med:

*”Hvor kanaliserer du det da videre når du er alene. Vi opplever jo at vi blir kanalen. Vi får jo mye forskjellig av sånne daglige ting. Fordi mennesker har behov for å dele, for å få støtte. Mer eller mindre har alle behov for det. Noen bruker det til gagns, mens andre sier aldri noe” (Informant 3).*

[Dette forstår jeg som at eldre mennesker har behov for å snakke om utfordringer de møter i hverdagen knyttet til for eksempel ensomhet, savn eller tap. Noen vil ha større behov enn andre. Personalet på sykehjemmet kan bli en naturlig samtalepartner for de eldre der de kan snakke om sine utfordringer].

Informant 3 snakker om ulike sider ved gråt:

*”Gråt er jo ikke alltid bare trist. Man kan gråte over noe man er glad for at man opplevde. Eller man kan gråte over noe som man er lei seg for at man ikke fikk oppleve. Det er mange sider”.*

I tilknytning til spørsmålet om metoder og virkemidler trekker informant 2 frem humor som en viktig del, det med å føle seg i ett humør, men uttrykke noe annet:

*”Du kan jo være kjempelei deg, men allikevel trekke på smilebåndet” (Informant 2).*

Jeg spurte om informantene så en sammenheng mellom aldring og nedstemthet. Informant 2 sier at aldring kan være forbundet med noe negativt, men det trenger ikke alltid være slik:

*”Det er mange som har det helt ypperlig når de blir gamle og bor på sykehjem. Mange blomstrer jo som bare det når de kommer på sykehjemmet. For da får de plutselig mat, stell og de tingene de trenger for å overleve. Fordi du har brukt alle kreftene i livet på å klare å ivare ta deg selv, omtrentlig”.*

Ifølge informantene kan hverdagen til beboerne oppleves veldig forskjellig. Informant 1 opplever situasjonen til de eldre på følgende måte:

*”De som er friske nok og fungerer sånn tålig bra sosialt, mange av de kan nok trives litt med det. At når de bodde hjemme var de litt mer isolerte, mens her er det i hvert fall litt fellesskap som de har mye glede av. Så er det noen som blir veldig isolerte på rommene, som ikke har evne til å være med. Det er vel ofte de man bekymrer seg for”.*



Informant 3 trekker frem evnen til å sette ting i perspektiv når det gjelder aldring og nedstemthet. Informanten mener de som klarer å tenke at ting kan være mye verre, og heller glede seg over at de tross alt er heldig. Finne noe å glede seg over:

*”Det er jo sånn og sånn med meg, men jeg vet jo at jeg er heldig da. Det er jo så veldig mange andre som har det verre enn meg”.*

Videre sier informanten:

*”Den empatien, å kunne se sitt ståsted i lys av andre situasjoner som er mye verre. Vi har det jo egentlig veldig godt her”.*

Informant 2 påpeker at hverdagen til beboerne blant annet kan være rutinepreget:

*”Rutinepreget og litt forutsigbar på den måten at alt er likt på en måte, men så varierer det veldig hvem som kommer til deg og hva som skjer. Hvem som steller deg har betydning på hvordan du blir stelt. Det blir da usikkerhetsmomentet. Mange sier at de føler seg veldig trygge”.*

Senere under samme spørsmål sier informant 2:

*”Ensformig helt klart vil jeg si at hverdagen til en sykehjemspasienter er, men det kan også være bra. De er i en livssituasjon der det ikke er meningen at man skal ha masse spennende ting som skjer hele tiden og nye impulser (Informant 2)”.*

[Jeg tolker informanten dithen at det er viktig å tilrettelegge for gode øyeblikk der de eldre kan minnes om gode opplevelser og glede seg over det de har opplevd. Det er ikke meningen man skal legge opp til veldig mange nye inntrykk som byr på utfordringer. Jeg forstår det slik at de eldre har opplevd mye og har behov for ro til å reflektere over det de har opplevd fremfor mange nye inntrykk som de ikke på samme måte er i stand til å ta innover seg].

Informant 1 opplever mange av de eldre i godt humør:

*”Mange er veldig gode til å være i et forbausende godt humør. De er glade, oppe og spiser og snakker med folk, skal ut i hagen. Det er jo veldig flott med de som er sånn”.*

På spørsmålet hvilket forhold informantene har til aldring og sorg snakker informant 3 også om at det kan være veldig forskjellig hos beboerne om de opplever sorg ved aldring eller ikke. Det kommer helt an på hvordan de selv tar det:

*”Jeg tror også det er utrolig viktig hvordan du selv er som person. Ikke hvordan du har det, men hvordan du tar det”.*

Hvordan reagerer beboerne på musikk? Her er et utdrag av hva informant 2 svarte:

*”Forskjellig. Veldig forskjellig. Hvis vi skal holde oss litt innenfor sorgtema eller de som har det litt vondt på en eller annen måte. Så opplever jeg at veldig mange reagerer med å lukke øynene eller ser mye smil som reaksjoner” (Informant 2).*

[Slik jeg tolker informanten er reaksjoner som å lukke øynene knyttet til å nyte musikk i denne konteksten og smil oppfatter jeg også som et tegn på at musikken vekker noe positivt].

Informanten sier også:

*”Bevegelse i kropp hvis det er mulighet for det, og hvis det er musikk som inviterer til det. Klapping eller gynging eller nikking eller sånne ting som oppstår spontant” (Informant 2).*

Senere under samme spørsmål sier informanten:

*”Det er mange som reagerer kroppslig eller lener seg tilbake hvis det er noe som er vakkert for dem” (Informant 2).*

### **5.2.1 Oppsummering**

De to kategoriene beskrivelser av følelser, tap og følelsesuttrykk kan se relativt like ut. Kategorien følelsesuttrykk har imidlertid også med positive følelser. I denne kategorien beskrives også hvordan følelsene får utløpet på ulike måter.

Informant 2 har inntrykk av at mange føler det er sosialt på sykehjemmet, men at det kommer an på funksjonsnivået til den enkelte. Hun sier også at mange blomstrer opp på sykehjemmet, der blir de tatt vare på og får stell. Informant 1 opplever at mange av de eldre er i veldig godt humør.

Informant 3 mente at triste fjes, slitne, syke fjes er noe av det som kjennetegner beboerne. Ifølge informant 2 er hverdagen til en sykehjemsbeboer ensformig, noe informanten også tror kan være bra.

Det å kunne tenke om seg selv at ”jeg har det bra tross min livssituasjon, det er andre som har det verre enn meg”, er noe informant 3 opplever som positivt. Informanten var også opptatt av at hvordan man har det henger sammen med hvordan man tar det.

Beboerne kan etter hvert føle på savn etter de som har vært dem nær som ikke er der lengre, hevder informant 2. Informant 1 sier at de som er isolerte på rommene sine er prisgitt de som kommer innom.

Ensomhet er et følelsesuttrykk som ifølge informant 2 kan være knyttet til savn og noen kan føle bitterhet ved ensomheten. Informant 3 nevner at reaksjoner hun ser på nedstemthet kan være tårer, sinne, noen kan bli tause, men det kan også være hele spekteret av følelser. Uforutsette ting som kan oppstå i en musikkstund kan ifølge informant 2 være gråt eller sinne som kommer plutselig, når alt føltes så bra.

### 5.3 Identitet

Jeg spør informant 1 hva hun anser som den viktigste arbeidsoppgaven. Det er ifølge informanten flere ting, men kanskje spesielt de tingene bare hun kan gjøre. Da blir det snakk om det med reminisens når det gjelder musikk:

*”Reminisens er å snakke om minner som kommer opp i forbindelse med sangene. Det kommer ofte veldig spontant og veldig naturlig. Gjelder å plukke det opp da. Når en sier noe gjelder det å høre det, men også spørre om personen kan si det en gang til. Slik at det blir ting gruppen kan dele. Etter hvert så har jeg lært meg det veldig fort. Så noen ganger kan jeg bruke noen faste historier som jeg alltid tar” (Informant 1).*

Informanten trekker videre frem Even Ruuds musikalske rom:

*”Tiden- og stedets rom kommer kjempe naturlig. Det er akkurat passe personlig til at det fungerer lett i grupper. Tar jeg ”Kastanjene i Bygdø Allé” er det ganske ofte at en pasient kan si at de bodde i Bygdø Allé, eller motsatt at de bodde ikke i Bygdø Allé at de bodde på østkanten. Det er viktig for folk” (Informant 1).*

På spørsmål om det er mye uforutsette hendelser i musikkstunden, sier informanten at det ofte oppstår hendelser der beboerne glemmer ting. Informanten benytter ofte reminisens for å ta på seg skylden dersom de ikke husker:

*”Jeg bruker ofte mye reminisens; Er ikke du fra ”Andeby”, sier jeg kanskje. Man skal være forsiktig med å spørre om direktespørsmål til demensrammede, men da gir jeg liksom stikkordet. Så noen ganger får jeg historien om ”Andeby”. Men så er det noen ganger ikke det funker, der personen blir veldig stresset. Da kan det være at jeg sier beklager at jeg roter så fælt. Jeg tar det på min kappe” (Informant 1).*

Informant 1 beskriver videre:

*”Noen blir da så omsorgsfull overfor meg. Det er jo ikke så rart, det kan jo alle gjøre, sier de da. Det er jo fint når det blir sånn. Så toner vi det med hukommelsen ned”.*

Jeg spør informanten hva de største utfordringene til beboerne er:

*”Det er ikke så lett å svare på fordi det er ganske forskjellig. Men kanskje å ivareta egen identitet, egen personlighet, egne valg. Det er klart vanskelig både fordi man må inn i rutinesystemet og spise frokost når frokosten serveres. Ofte er de [personalet] flinke til at de løser opp på det”.*

### **5.3.1 Oppsummering**

Informantene mente at noe av den største utfordringen med å bli eldre er å ivareta egen identitet, egen personlighet og egne valg. En del av jobben til musikkterapeutene er knyttet til reminisens, det å gjenskape minner som ofte kan komme spontant og naturlig til musikken. Informant 1 sier hun bruker mye fortellinger og historier til musikken. Informant 3 tror det er mange beboere som ”visker” ut sin egen personlighet. Det vil da være musikkterapeutens jobb å få frem det unike og personlige hos hver enkelt.

### **5.4 Musikkterapeutens egen forståelse og tilnærming**

Informantene nevner et eksempel på hvordan de eldre kan tenke om seg selv:

*”Jeg tenker at hver eneste person har, eller ser for seg, kjenner på en person inni seg. Det gjør du når du er 10 år, det gjør du når du er 20 år. Jeg tror den personen nesten er lik hele veien. Selv om du utvikler deg i forhold til erfaringer og sånn, men allikevel, det er sånn at du stusser litt når du ser speilbildet ditt” (Informant 3).*

Videre sier informanten:

*”Så blir det på en måte et skall rundt som etter hvert eldes. Så den lille jenta og den lille gutten er fortsatt der tenker jeg. Selv om du er blitt 90” (Informant 3).*

*”Jeg tror nok de eldre mennesker som er klare snakker ikke så mye om det (sorg). De har kanskje en veldig høy terskel for å klage. Det er nok gruelig tøft å bli gammel, på akkurat det der med at man var så mye bedre til alt før. Det finnes egentlig ikke noen god måte å takle det på. Det er bare utrolig vanskelig. Jeg tror at vi alle kommer til å oppleve det. Det er en litt sånn kronisk sorg som man har litt hver dag” (Informant 1).*

[Jeg forstår informanten dithen at eldre uten kognitiv svikt, ikke klager så mye eller snakker om sorg].

I forhold til hva informantene mener er kjennetegn ved beboerne på sykehjemmet, beskriver informant 2 hvordan hun oppfatter nye beboere på sykehjemmet:

*”Det virker som at pasientene bare innfinder seg med det. Nå ble jeg sykehjemspasient da gikk jeg inn i den gruppen. Så visker de litt ut sine egne personligheter. Det er jo bare min synsing slik jeg observerer det. Det er jo det vi prøver som musikkterapeuter å få ut, det som er unikt og personlig hos hver enkelt” (Informant 2).*

På spørsmålet om hvilket forhold informantene selv har til aldring og sorg utdyper informant 1 viktigheten av å glede seg over nye ting etter hvert som livssituasjonen forandres:

*”Glede seg over ting. Før klarte du å gå en tur, var aktiv i marka. Så er det en periode der turene blir kortere og kortere. Når jeg møter de klarer de ikke å gå tur lengre, de klarer å gå en tur i hagen. Da må de glede seg over det”.*

Informant 1 beskriver videre litt mer utdypende før hun sier:

*”De kan jo selvfølgelig tenke at nå har de hatt sitt liv, jeg er 80 år, jeg kan ikke regne med at jeg kan være glad for å leve. Jeg tror ikke de føler det helt sånn. Det er litt sånn at de er like ung inni seg på en måte. Du har like lyst til å være frisk og sterk. Noen har mer galgenhumor på det, at de lager mye dårligere speil enn de gjorde før. De kan nok ofte tenke at jeg gjorde det jo før hvorfor kan jeg ikke det nå lengre”.*

Informant 3 forteller at noen har veldig mye fokus på hva de ikke får til og at de glemmer å se hva de får til:

*”Over det vi ikke har gjort, og glemmer å se det positive i det vi faktisk fikk gjort. Vi jager hele tiden etter den likevekten” (Informant 3).*

Informant 3 beskriver beboernes ensomhet og hvordan hun forholder seg til det:

*”Deres ensomhet. Den er jo tøff for veldig mange. Jeg tror vel det er viktig å lytte til det. Ikke komme med så veldig mange meninger og synsinger. Bare det å bli hørt. Jeg tenker at veldig ofte er det viktig at folk får si ting høyt. Sette ord på det” (Informant 3).*

Informanten sier så videre:

*”Vi må ha plass til både tårer, latter, tristhet og letthet” (Informant 3).*

Videre sier informanten:

*”Det er jo ikke noe godt når du ser folk gråter. Det gjør vondt å se når folk har det vondt. Sånn er jo livet. Tenk at det vi gruer oss mest til... Så å si alle mennesker er det mest naturlige at vi skal dø. Det er ikke lett, for man vet ikke hvordan og når. Jeg tror på rommet der du får lov til å komme med både smil, glede, latter og tårer. Det tror jeg på” (Informant 3).*

[Jeg forstår informanten dithen at eldre mennesker trenger noen som kan høre på det de deler. I møte med livets utfordringer er min oppfatning at informanten mener det bør være rom og plass for alle typer følelser].

*”Tørre og være ærlig. Tørre å vise sårbarhet selv” (Informant 3).*

I intervjuet var jeg opptatt av informantenes erfaring med tristhet, nedstemthet og ensomhet hos beboerne, og om de hadde noen råd å gi andre som skal jobbe med denne gruppen. Informant 3 snakket blant annet om viktigheten av menneskelige egenskaper som ikke kan læres gjennom å studere. Så sier informanten videre:

*”Noen tør å åpne seg mer for andre. Jeg tenker også det er viktig å åpne opp for det, men også kunne lukke det igjen hvis man føler at dette blir for sterkt for meg. Også tørre å kunne gråte med. Det er jo lettere å kunne takle et barns gråt enn eldre som gråter for det er mye mer alvorlig rundt det når eldre gråter. Når voksne mennesker gråter er det straks mye mer alvorlig” (Informant 3).*

Informant 1 gir eksempel på god kommunikasjon med alvorlig demensrammede:

*”Det mest konkrete er den speiling, turtakingsbasert kommunikasjon med alvorlige demensrammede sitte å prate med de, men ikke følge med på meningsinnholdet. Det er ikke så mye fokus på akkurat det” (Informant 1).*

Informantene ble spurt om de opplevde at de bidro til lyspunkt i hverdagen til beboerne. Alle informantene mente de var med på å skape lyspunkter i hverdagen. Her er litt av det informant 3 svarte:

*”Det blir på en måte mer liv på avdelingen. Musikk er noe allment. Det trenges ikke noe utdannelse eller lang erfaring for å kjenne at musikk inviterer inn i det gode rom. Det*

*spennende rom. Det gjør noe med oss helt mentalt, psykisk og fysisk. Det der med en melodi, en tekst. Det er ikke til å komme fra. Det griper en”.*

Videre sier informant 2 følgende om lyspunkt i hverdagen:

*”Jeg kan komme inn på en avdeling å se at det er noen som går og er litt på siden, av sorg eller går og er sinte eller sånne type ting. Så får jeg hentet dem inn til musikkstund, og så er de på topp igjen. Så får jeg rapport på at det holdt, i hvert fall en stund etterpå”.*

Informant 3 anser en av de viktigste arbeidsoppgavene som å skape møteplasser:

*”Det viktigste synes jeg er å kunne skape møteplasser for folk som ikke klarer å skape det selv. Type meldt seg ut av fellesskap av ulike grunner. Når vi tenker på eldre går det jo ut på dette her at de enten er havnet på et sykehjem og trenger hjelp til å leve” (Informant 3).*

Videre sier informanten:

*”Vi ønsker å opprettholde aktivitet. Det å kunne lage settinger i hverdagen som gjør at de kan oppleve glede, humor, samvær og sosialt samvær spesielt” (Informant 3).*

Hva man bør være oppmerksom på som musikkterapeut:

*”Veldig behov for å nullstille seg og tenke hvor pasientene er nå (mentalt). Kjenne hva som er behovet i rommet akkurat der og da. Tilpasse opplegget etter stemningen blant pasientene” (Informant 1).*

Informant 1 understreker det å ha mestringsopplevelser som mål i seg selv:

*”Fokus på mestringsopplevelser er et typisk mål for musikkterapi. Jeg synes det er et veldig godt mål. Du merker på mange at du ofte må være taktfull og kjenne pasientene”.*

Dette sier informant 2 om hva som er viktige egenskaper for en musikkterapeut å ha:

*”Jeg prøver å ha det bevisst at jeg skal være observant og lyttende med dem jeg jobber med. Så tror jeg det er innmari viktig å være blid og åpen. Møte folk med en åpen og blid holdning. Kjempeviktig å bruke humor. Jeg bruker veldig mye humor. Uansett hva tematikken er så kan man på en måte få inn litt humor. Viktig å også kunne være alvorlig. At du er fleksibel og kan skifte veldig fort” (Informant 2).*

[Min forståelse av dette er at man som musikkterapeut må kunne tilpasse seg etter hva som skjer og forandre på sine planer dersom det skjer noe uventet eller at man føler beboerne trenger noe annet enn det som var planlagt. Informanten trekker også frem er å kunne by på

seg selv, være uhøytidelig og på den måten skape trygghet i rommet. Jeg mener det er enklere å oppnå kontakt dersom terskelen senkes ved at musikkterapeuten byr på seg selv og er litt uhøytidelig. Det vil etter min mening åpne opp for at beboerne kan være seg selv uten at de trenger å være engstelig for å gjøre noe dumt].

Informantene ble spurt hva de mente var de største utfordringene til beboerne. Informant 3 mener den største utfordringen er:

*”Klare å skape seg en meningsfull arena rundt sitt eget liv. Det tror jeg kanskje egentlig er den største utfordringen” (Informant 3).*

Hva gjøres for å kartlegge beboernes musikkpreferanser? Informant 3 svarer:

*”Du blir jo kjent med folk i en gruppe, som gjør at de musikkvalgene jeg tar baseres jo på det. Jeg sitter ikke med noe penn og papir, den liker fru Hansen. Mye blir til, det er jo det som er mye av kunsten i musikkterapi. Mye blir til mens man går på veien”.*

Videre nevner informantene et eksempel:

*”Sånn som forrige dagen satt jeg og spilte en sånn swing greie og da var det en av pasientene her, over 90 år som går med rullator, stinn full av angst hoppet bortover i litt sånn swingrytme. Hoppet bortover med rullatoren. Det er bare så nydelig å se, da har jeg truffet en eller annen nerve. Istedenfor å bare ta en rolig gammel sviske. Dette funket kjempebra på ham”.*

Informant 3 forteller at det kan bo mye under et tilsynelatende uttrykksløst ansikt:

*”Det bor mye i en person som det kanskje ser ut til at det ikke bor noen ting i. Vi har en bymisjon, og der sier vi: Ingen er bare det du ser, se en gang til. Jeg synes det gjelder veldig ofte for eldre mennesker fordi de ser litt sånn slitne ut, litt sånn det er ikke noe uttrykk. Det er uttrykksløse ansikt. Med en gang du spiller en melodi, eller setter deg ned og synger for dem, eller kanskje leser for dem også, så plutselig...”.*

Tema: Sanger som kan vekke følelser:

*”Jeg synes jo ofte at de veldig enkle barnesangene kan være gode å bruke i nærmest sånne trøstesituasjoner. Hvis det er tunge dager, virker det som at det er en del som finner trøst i sånne helt enkle ”Fola blakken” eller hva det skulle være for noe. Sånn som ”Den fyrste*



song” som så veldig mange har et veldig nært forhold til virker det som. Den er en gjenganger. Den ønsker ofte mange seg, ikke fordi de er triste nødvendigvis” (Informant 2).

Videre sier informant 2:

”De kan si sånne typiske ting som at de savner mor eller sånne ting. Fordi det setter inn tankene på slike ting” (Informant 2).

På det samme spørsmålet svarer informant 1:

”De vil heller ha sanger som de danset til da de var unge. Det er det de vil ha, men det er allikevel sanger som kan bringe opp følelser. ”Vem kan segla for uten vind” har jeg opplevd har blitt veldig sterkt for noen. Kanskje spesielt for de pårørende ”Vem kan skillas fra vennen sin uten at felle tårer”. Noen sanger som kan åpne opp litt. Så er det folk som har sanger de forbinder med bestemte personer” (Informant 1).

#### **5.4.1 Oppsummering**

Det å kunne forstå de menneskene man jobber med opplever jeg som en viktig faktor for å kunne tilpasse seg og oppnå en så god tilnærming ved bruk av musikk til beboerne som mulig. Informant 3 understreker at det er viktig for beboerne å skape seg en meningsfull arena rundt deres liv.

Informant 3 var opptatt av at ingen er bare det du ser, se en gang til. Slik kan man oppdage noe bak de uttrykksløse ansiktene til beboerne sa informanten. Det vil også være viktig at beboerne blir hørt og lagt merke til, for ensomhet kan være tøft for mange.

Informant 3 utdyper at det er lettere å takle et barns gråt enn voksne som gråter, det blir fort mer alvorlig da. Som musikkterapeut mener informant 3 det er viktig å tørre være ærlig og sårbar selv.

Informant 1 nevner det er lurt å nullstille seg og tenke hvor beboeren er nå mentalt når hun kommer inn i rommet. Det å kjenne hva som er behovet er vesentlig ifølge informanten. Ifølge informant 3 blir mye til mens man går på veien. Tørre å prøve ut nye idéer eller lignende er betydningsfullt hevder informant 3. Et viktig mål for musikkterapien kan være å oppnå mestringsopplevelser, sier informant 1. Informant 2 hevder det er avgjørende å være observant, lyttende, blid og åpen. Ifølge informant 2 er det også vesentlig å være fleksibel og kunne skifte mellom ulike ”stemninger” veldig kjapt.

Som musikkterapeut er det viktig å åpne opp for følelser, men også kunne lukke det dersom det blir for mye, nevner informant 3. Informant 3 sier at musikk gir mer liv på avdelingen, det er noe allment med musikken. Hun hevder også at musikken gjør noe med oss både mentalt, psykisk og fysisk.

Som musikkterapeut mener informant 3 at vi kan skape en møteplass for de som ikke klarer å skape det selv. Med møteplass mener hun en plass der de kan oppleve glede, humor og sosialt samvær.

### **5.5 Musikkterapeutens tilrettelegging for beboeres bearbeiding av følelser**

Hva gjør musikkterapeutene dersom de opplever at en beboer viser tårer, sinne eller sårbarhet. Ifølge informant 2 er det lettere å møte dersom det er bare musikkterapeuten og beboeren, men det kan også skje i grupper og det er viktig å kunne la det komme. Her er hva informant 2 svarte videre på spørsmålet:

*”Hvis vi er bare vi to og det kommer plutselig helt overraskende må jo jeg rett og slett ta meg en pause. Så må jeg observere og se, hvor lang tid tar dette, hvilken intensitet har det, er det to tårer eller er det full pinne. Så prøve å legge meg på et nivå etter det. Hvis det er noe som bygger seg opp” (Informant 2).*

[Jeg oppfatter informanten slik at hun her snakker om å tilpasse seg og ta utgangspunkt i beboerens sinnstilstand].

Informant 3 sier følgende om hvordan hun møter beboere som viser tårer, sinne eller sårbarhet:

*”Bare det å lytte”.*

Informanten sier videre:

*”Så er det faktisk også lov å si at dette... Nå tror jeg vi skal ta en pause. Det er faktisk lov å si. At dette blir litt vanskelig, at dette må jeg tenke litt på. Man skal jo samtidig også verne litt om seg selv. For når man bruker musikk slik vi gjør som i musikkterapi så er det egentlig en veldig personlig bit man deler. Man deler jo følelser, opplevelser, stemninger” (Informant 3).*

Informant 3 snakker om det å møte sorg:

*”Det vil jo være viktig å ta det (sorg) på alvor når det kommer” (Informant 3)*

Videre sier informant 3:

*Det er jo viktig å være tilstede enten det er latter eller tårer” (Informant 3).*

Informant 2 poengterer viktigheten av at gråt kan være både godt og vondt på samme tid:

*”For når noen begynner å gråte av en sang, en ting er når noen går og trøster. Men noen kan også bli sånn nei nå ble hun så lei seg, hva skal vi gjøre med det. Det å si noe om det, at av og til blir vi triste når vi hører noe eller beveget på en eller annen måte. Det er helt greit, det er ikke noe farlig fordi det går over. Tristhet kan nesten være like godt som det er vondt. Sånn godt-vondt. Sånn som jeg oppfatter tristhet”.*

Informant 2 presenterer det hun mener er viktig å tenke over i møte med tristhet, nedstemthet eller ensomhet:

*”Gi rom for følelser. Hvis man møter tristhet, finn ut enten ved å spørre de selv eller ved å spørre noen andre; Hva dreier dette seg om? Det er litt viktig at man ikke tar for lett på noe eller for dypt på noe. Hvis det er noe som trenger litt plass er det greit å få vite litt om det. Hvis det er noe som er bare en blaff av tristhet skal man ikke si; Åh er du lei deg fordi broren din døde. Så viste det seg at han døde for 25 år siden”.*

Dersom beboerne viser tårer, sinne eller sårbarhet, hva gjør informantene da. Informant 2 sier:

*”Det er ikke bare enkelt, men ideelt sett er det å møte det på det nivået det er og gi det plass alt etter som” (Informant 2).*

Informanten sier også:

*”Det er noen ganger jeg må prøve å regulere, igjen da legge seg litt over eller litt under det stemningsleie du observerer for å se om du kan dra det litt i en retning. Når det gjelder i gruppe kommer det jo an på hvor stor den er. Men det er klart at hvis noen får et veldig sinneutbrudd eller raserigreie, det er ikke ofte det skjer, men er man i gruppe har man ansvaret for flere og da må man kanskje bare få litt hjelp” (Informant 2).*

Informanten gir også et eksempel på hvordan det kan være for noen, som vil ha utfordringer med følelser tilknyttet musikkstunden:

*”Jeg hadde en pasient som ikke ville være med på musikkstund, så skjønte jeg det etter hvert at det var fordi pasienten gråter veldig lett” (Informant 2).*

Informanten sier videre:

*”Så fikk jeg spurt vedkommende hvorfor har du ikke lyst å være med er det musikken du ikke liker eller er det noe annet. Så måtte personen innrømme at han ikke likte at andre så at han gråt. Da er det noe med å tilrettelegge. Ok, da kan jeg plassere deg slik at det er bare vi to som ser hverandre. Det er bare jeg som ser at du gråter, de andre ser det ikke. Da gikk det bra, da er han med allikevel” (Informant 2).*

Dersom en beboer gir uttrykk for ensomhet, hvordan går da informantene frem for å møte dette. Informant 2 svarer da:

*”Jeg prøver jo å matche stemningen, men som regel med en litt mer positiv overtone enn de har. Ikke trykke ned, men heller løfte litt opp, men ikke løfte for mye opp. Det er noe med at det skal få lov til å være i en tung situasjon eller en tung stemning” (Informant 2).*

Informanten nevner også:

*”For noen kan det være godt å snakke litt om noe, også synger jeg og spiller litt eller de synger litt med meg. At det er prat og musikk veksel vis, men også bare musikk. Egentlig ofte det. At det er musikken som får lov til å ta plass og fylle kanskje det tomrommet som er hos den det gjelder. Det å kunne legge seg på samme nivå, men litt over sånn stemningsmessig det synes jeg er noe av det viktigste som jeg gjør” (Informant 2).*

For å lære noe fra musikkterapeutene spurte jeg om de hadde noen konkrete metoder eller virkemidler de benyttet seg av på sykehjemmet. Informant 1 gir da et eksempel på ISO-prinsippet:

*”Det var en som ropte, som var veldig vanskelig for personalet. Så gikk jeg bort til henne; Er du sint. Ja, det er jeg. Det er greit da må du få lov å være sint. Viktig å ikke bestemme at nå kan ikke du være sint, men gi de lov til å være sint. Okei da er du sint. Hun likte at jeg sa det. Det er en slags metode kan man jo si det er. Det er ISO-prinsippet. Det der med at man skal starte der personen er. Ikke bare synge å være glad med en gang. Starte der og tilpasse seg” (Informant 1).*

Informant 1 trekker frem validering som et virkemiddel informanten benytter seg av:

*”Validering tross alt en teknikk som brukes mye. At man skal ta tak i følelsen. Hvis jeg sier at jeg vil hjem til mor, så skal du ikke si; mor er død. Du skal si; Åja er du litt stressa, du er litt i farta nå, eller ja du snakker om de du er glad i. Det er ofte veldig mye bedre for de demensrammede istedenfor å minne de på at de ikke husker” (Informant 1).*

Informant 1 snakker også om arousal-nivået og det å finne det riktige spenningsnivået:

*”Hun (Hanne Mette Ridder) fokuserer mye på agiterte urolige demensrammede. Arousalnivået. Finne det riktige spenningsnivået. Jobbe med å få til det. Det føler jeg mye av musikkterapitimen handler om. Spenningsnivået: Noen er alt for livlige og alt for hyperaktive, noen er utrolig tunge. Jobbe veldig med å finne det behagelige, rolige, våkne og oppmerksomhet” (Informant 1).*

Informant 1 blir engasjert og trekker så frem:

*”Noen ganger, ikke alltid, men heldigvis ganske ofte så føles det som musikken gir mye ro i rommet. Så mot slutten er kanskje alle der, passe avslappet og passe med. Det er veldig flott når det blir sånn. Det er slik jeg tenker ofte. Litt basic å få det på plass” (Informant 1).*

Informant 1 nevner viktigheten av å ta vare på de sykeste:

*”De sykeste blir enda sykere og blir enda mer isolert. Får minst besøk og minst stimulering. Musikkterapeuten er nødt til å prøve å se de som faller utenfor, og prøve å sette i gang noen tiltak for dem” (Informant 1).*

For å møte ensomhet på sykehjemmet fokuserer informant 1 veldig på det med kroppsspråk:

*”Jeg bare fokuserer på kroppsspråket. Da blir de ofte så fornøyde, for da opplever de selv at de samtaler. Kan hende vi synger noen sanger innimellom, men noen ganger er det bare å sitte sånn de har behov for” (Informant 1).*

Informant 1 trekker også frem noen eksempler på hvordan man kan møte en person med fokus på kroppsspråk:

*”Jeg satt bare og sa: ”Jammen det ordner seg, flott, dette går bra”. Det er ikke så slitsomt når man ikke trenger å fange innholdet. Til slutt sa jeg at jeg må gå og tok han i hånda. Så, så han på meg og sa tusen takk, det var veldig hyggelig å prate. Det var det eneste adekvate han hadde sagt på de 45 minuttene. Det var veldig flott. Han opplevde det som å samtale” (Informant 1).*

### **5.5.1 Oppsummering**

Informantene fortalte, at tilrettelegging er en betydelig del av musikkterapeutenes arbeid på sykehjem. Informant 3 hevdet at det å være tilstede i øyeblikket som musikkterapeut er nødvendig uansett hvilken sinnsstemning beboerne befinner seg i. Ifølge informant 2 er det lurt å gi rom for følelser. Dersom informanten opplever at noen er trist prøver hun å finne ut hva det dreier seg om. Hun sier videre at det er viktig å ikke ta ting for lett eller tungt, i

enkelte tilfeller er det lurt å gi det plass. Informant påpeker også det vesentlige ved å ta sorg på alvor når det kommer.

Dersom noen gråter sier informant 2 at man skal se an intensiteten på gråten og legge seg på et nivå etter det. Beboerne kan sette pris på at de kan få lov å være sint dersom de føler på sinne hevdet informant 1. Videre var informant 1 opptatt av validering, der man skal ta tak i følelsen istedenfor å minne dem på at de ikke husker. Informant 1 opplever at musikken gir en slags ro i rommet og at mot slutten av en musikkstund kan alle være på noenlunde samme nivå.

Informant 3 opplever at musikkterapi kan bli veldig personlig også for musikkterapeuten. Hun sier at musikkterapeuten kan dele følelser, opplevelser og stemninger gjennom sitt virke. Informant 2 veksler mellom samtale og musikk, eller bruker bare musikk. Hun har inntrykk av at musikkterapi kan bringe frem en omsorg i beboerne, der de bryr seg om hverandre. Informant 1 mener det er viktig å ha fokus på kroppsspråk spesielt med de som har vanskelig for å uttrykke seg verbalt. Informanten kan sitte å bekrefte det uforståelige beboeren sier. På den måten tror hun at beboeren kan oppleve at han eller hun samtaler.

## **6 Drøfting/Metarefleksjon**

Gjennomgående i oppgaven har litteratur, analyse og resultater hatt som mål å svare på problemstillingen. I drøftingen vil jeg ta utgangspunkt i analysekategoriene og drøfte funn fra intervjuene med teorier introdusert i kapitlet: Teoretiske perspektiver. Presenterer problemstillingen igjen siden den er bærebjelken for all drøfting:

*Hvilken betydning kan musikkterapi ha for eldre på sykehjem når det gjelder å håndtere følelser av tap og kriser?*

### **6.1 Beskrivelse av tap og negative følelser (ensomhet, nedstemthet, tristhet og sorg)**

Hva betegnes som negative følelser? I kapittel 2 ble tap beskrevet som "...komplekse forhold, og det er alltid flere slag sorg i den store sorgen" (Heap, 2010:211). I denne sammenhengen knytter jeg begrepet tap og negative følelser hos sykehjemsbeboere til opplevelser av reduserte praktiske ferdigheter og sorgreaksjoner i forhold til dette. Et annet

aspekt ved negative følelser kan være at dagsform svinger mye hos de eldre, noe som kan være krevende både for dem selv og for pårørende.

Tapsfølelser kan bli en utfordring for mange eldre. Informantene påpekte tap av nære relasjoner, venner som er gått bort, tap av status, tap av identitet, posisjon og livsfunksjoner som vesentlige utfordringer de eldre står ovenfor. Informantene mente at noen beboere ikke har innfunnet seg med situasjonen de er kommet i når det gjelder fysiske og psykiske utfordringer ved å bli eldre. Forandringer i livet som man før kunne takle kan bli en stor omveltning for mange. En av informantene understreket at det kan være krevende for beboerne å akseptere det dem ikke lenger kan og/eller det å finne nye arenaer.

Musikk tenker jeg kan være en ny arena, der hvor de eldre kan oppleve glede ved å dele musikkopplevelsen sammen med andre beboere. I teorikapittelet ble det nevnt at de eldre kan oppleve krise knyttet til flytting (Heap, 2010). Det kan være en større omstillingsprosess å flytte fra hjemmet sitt som eldre. Dette kan skyldes at man ikke klarer det man klarte før og mister følelsen av trygghet som ble etablert der man kanskje har bodd i store deler av sitt voksne liv. Jeg tenker at musikk kan spille en vesentlig rolle ved at den kan fremme trygghet og ro hos de eldre. Hvorfor musikken kan ha så stor betydning kan vi se i sammenheng med sitatet til Kenneth Bruscia (1998) presentert i punkt 2.1.4 Musikkterapi i feltet, der han viser til at nesten alle liker musikk fordi mange har et personlig forhold til det:

”Nearly everyone loves music, and because it is such an integral part of everyday life, most people develop a very personal relationship to it. It soothes and stimulates us; it accompanies us through joy and sadness; it plays with us and helps us to play; it moves us into and out of every human emotion” (Bruscia, 1998:1).

Alle informantene nevnte utfordringer med å få demens som en type krise. I intervjuene kom det frem at de som har en form for demens vil ha vanskelig for å konversere, de kan gjenta seg selv, være mye rastløse og spør ofte om det samme. Dette gjenspeiler i hvordan Engedal & Haugen beskriver demens som jeg skrev om i punkt 2.1.3.2 Demens. Informantene nevner også at beboerne vil ha vanskelig for å forstå lange setninger og utfordringer med å knytte nye kontakter. I intervjuene kom det frem at beboernes dagsform og behov svinger eller varierer mye. Musikk kan ifølge alle informantene bidra til at eldre som opplever mye

negative følelser kan finne glede og mening i musikken. En slik opplevelse av musikk nevner også Audun Myskja (2006) som ble omtalt i punkt 2.1.3.3 Tap og krise, der han mener musikk kan lette på følelsen av tap og kriser.

Informant 2 nevnte at aldring generelt blir forbundet med noe bedrøvelig, men hun mener det er flere eksempler på at det ikke stemmer. Dette kan være ved at de opplever glede ved å komme på sykehjem, blir tatt vare på og for noen vil det være sosialt å være på sykehjem fremfor å være alene der de bodde før. Informant 1 hevder at en av de største utfordringene for beboerne er sorgen over det de ikke orker lengre som de kunne før. Dette kan ses i sammenheng med at de har nedsatt bevegelse i kroppen eller lignende som Malt (2014) nevner angående sorg.

## **6.2 Følelsesuttrykk**

Hvordan vi tar det er avgjørende hvordan vi har det, sier en av mine informanter. Som beskrevet i kapittel 4.2 Følelsesuttrykk hevder Even Ruud (2013) at det er en forbindelse mellom musikk og følelser når vi gjenskaper minner som gir følelse av egen identitet. Dette kan også ses i sammenheng med å kunne opprettholde identitet hos de eldre, som jeg kommer tilbake til i avsnitt 6.3 Identitet. En av informantene nevner at følelsesutbrudd kan komme helt uventet. Sitatet til Kenneth Bruscia (1998) utdype at musikk kan stimulere oss både når vi føler oss glad og når vi føler oss triste. Han utdype også at musikk kan trekke oss ut av en hver følelse.

## **6.3 Identitet**

Det jeg mener gjør identitet så vesentlig for denne oppgaven er utfordringen ved å ivareta egen identitet, egen personlighet og egne valg i lys av det å bli eldre. Reminisens/minnearbeid knyttet til arbeid med musikk er noe informantene nevnte som en viktig del av identitetsarbeid. For å fremkalle minner kan de ulike rommene til Ruud (2013) presentert i teorikapittelet bidra som en støtte for å finne ulike sanger i sammenhengen, og forsterke identitetsfølelsen. I Erikssons teori om de åtte utviklingsstadier, er målet i «alderdom-stadiet» å betrakte livet sitt på en positiv måte (Kloep og Hendry 2009). Dette kan ses i sammenheng med det Even Ruud (2013) sier om at identiteten utvikler/forandrer seg i tilknytning til flere historier. Å fremkalle minner knyttet til musikk kan være en positiv måte å betrakte livet sitt på. Ifølge Ruud (2013) kan musikkopplevelser bringe tilbake minner som



kan forsterke følelsen av egen identitet. Hanne Mette Ridder (2011) trekker frem opprettholdelse av identitet og mening som utslagsgivende for en god demensomsorg.

#### **6.4 Musikkterapeutens egen forståelse og tilnærming**

For å tilnærme seg beboerne er det viktig å lytte til det som er vanskelig for de eldre. Det er betydningsfullt å bli hørt og få anledning til å sette ord på sine følelser. Kunne vise sårbarhet selv mente en av informantene var vesentlig for en god tilnærming. Det kan ses i sammenheng med praksisfortellingen som ble nevnt innledningsvis i denne oppgaven. ”En melodi eller tekst kan få stor betydning for de eldre, den griper oss” sier en av informantene. Musikk kan invitere til noe godt, det gode rom og er en fin måte å tilnærme seg beboerne på. En av informantene sier at vi kan bruke musikk for å skape møteplasser for de som av ulike grunner har meldt seg ut, der de kan oppleve glede, humor og sosialt samvær. I et av intervjuene ble det nevnt at mestringsopplevelser er et fint mål for musikkterapien. Ifølge Ruud (2013) kan musikk bidra til mestringsglede. Fugelli og Ingstad (2001) nevner blant annet trivsel, mestring og humør som vesentlig for følelsen av god helse. En av informantene mener at en av de største utfordringene til beboerne er å skape en mening rundt sitt eget liv. I musikkksamlinger sier en av informantene: ”Mye blir til mens man går på veien”. Dette kan man forstå dit hen at av og til må man prøve ut ting for å se om det fungerer eller ikke. En ting som sitter spesielt igjen etter intervjuene er: ”Ingen er bare det du ser, se en gang til”. Det informantene belyser her er viktig i relasjon med eldre som være urolig eller uttrykke følelser knyttet til tap eller kriser. Ofte kan enkle barnesanger fungere i trøstesituasjoner der de eldre kan finne ro i musikken. Beboerne kan også vise omsorg overfor hverandre, noe som er veldig fint at musikken kan legge til rette for.

#### **6.5 Musikkterapeutens tilrettelegging for beboeres bearbeiding av følelser**

Et viktig moment en av informantene nevner er å kunne tilrettelegge for å gi rom for både smil, glede, latter og tårer. Musikk kan åpne for følelser som kan komme helt uventet. En av informantene mener det er viktig å ta seg tid/pause, observere og se hvordan intensitet et uventet følelsesutbrudd kan ha. Viser beboerne tegn på tristhet i en sang kan det ifølge en av informantene være både godt og vondt på samme tid. Det kommer også frem at tilrettelegging kan være å skjerme noen som er følsom, slik at de slipper å vise hele gruppen at de er sårbar. Musikken kan bringe frem følelser som er ”stengt inne” og det kan være godt

å få det ut, men alle trenger ikke å se det dersom noen synes det blir ubehagelig å vise følelser overfor andre.

## **6.6 Veien videre**

Denne oppgaven har tatt for seg aldring og sorg på sykehjem og hvilken betydning musikkterapi kan ha for eldre når det gjelder å motvirke følelser av tap og krise. Gjennom intervju med musikkterapeuter som arbeider på sykehjem er det i denne sammenheng lagt vekt på informantenes ytring fremfor hovedvekt på min egen tolkning av disse. I arbeid med datamateriale ble det vært fokus på tydeliggjøring av analysekategoriene.

De siste årene har det blitt forsket mer på musikkterapi på sykehjem. Doktoravhandlingen til Tone Sæther Kvamme (2013) har fått interesse i media. Det har også vært flere programmer knyttet til musikk på sykehjem. Flere masteroppgaver er også skrevet om eldre (Vale, 2013; Stedje, 2009; Pay, 2009 m.fl.). Fortsatt er det mye å forske på og nødvendig med mer forskning i feltet. Jeg har foretatt mine funn tilknyttet norske sykehjem og har valgt ut litteratur om sykehjem som beskriver norske sykehjem.

Med denne avhandlingen ønsket jeg å fokusere på et tema jeg opplever som både aktuelt og utfordrende på sykehjem. Avhandlingen prøver å fremme musikkterapeutens refleksjoner om aldring og sorg knyttet til følelser av tap og kriser hos eldre mennesker som er på sykehjemmet. Det vektlegges først og fremst musikkterapeutenes tanker knyttet til de stedene informantene jobbet og ikke nødvendigvis hvor slik det er på andre sykehjem i landet. På tross av det kan det gi innsikt i hvordan utfordringer beboerne står ovenfor. Det kan være relevant også for andre faggrupper å vite noe om. Denne oppgaven har ført til en økt bevissthet hos informantene med fokus rundt tema.

Arbeidet med masteroppgaven har vært veldig lærerikt og spennende. Det har også vært gledelig at det kom så mange spennende tanker rundt tema. Avhandlingen har vært lærerik og jeg blir interessert i å vite mer om tema. Det som hadde vært interessant for videre forskning hadde vært å få kjennskap til beboernes følelser direkte. Noe som byr på en del utfordringer knyttet til personvern som jeg har vært inne på tidligere. Kunne masteroppgaven vært utgangspunkt for et tverrfaglig prosjekt for å øke bevisstheten blant andre fagpersoner? Ville

man oppdaget noen andre oppdagelser dersom intervjuene ble stilt til andre musikkterapeuter. Det hadde også vært mulig å knytte et videre prosjekt med fokus på de pårørende.

Da jeg startet dette arbeidet hadde jeg lite forståelse av hva jeg ville oppdage. Det hadde vært interessant og gjort en evaluering av det jeg har gjort i dette studiet for å danne grunnlag for videre kunnskap og forståelse av dette teamet. Mitt håp er at informantenes tanker kommer tydelig frem for de som leser oppgaven. Så håper jeg oppgavens tema kan inspirere musikkterapeuter og gjerne brukes som et utgangspunkt for nye innfallsvinkler til tap og kriser på sykehjemmet.

## Litteraturliste

- Aabakken, L. (2009). *Pasient*. Store norske leksikon. Lokalisert 24. mars 2014, på <http://snl.no/pasient>
- Birkeland, Å., & Carson, N. (2009). *Veiledning for førskolelærere*. Oslo: Cappelen Damm akademiske forlag.
- Braut, G. S. (2012). *Sykehjem*. Store norske leksikon. Lokalisert 14. april 2014, på <http://snl.no/sykehjem>
- Bruscia, K. (1998). *Defining music therapy*. (2. utg.). Gilsum: Barcelona Publishers.
- Dalland, O. (2010). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (4. utg.). Oslo: Gyldendal akademiske forlag.
- Dewey, J. (1996). *Erfaring og opdragelse*. Danmark: Christian Ejlerts' forlag.
- Dyregrov, K., & Dyregrov, A. (2007). *Sosial nettverksstøtte ved brå død. Hvordan kan vi hjelpe?* Oslo: Fagbokforlaget.
- Engedal, K & Haugen (2009). *Lærebok demens. Fakta og utfordringer*. Tønsberg: Aldring og helse forlaget.
- Engedal, K. (2014). *Geriatri*. Store norske leksikon. Lokalisert 04. mai 2015, på <http://snl.no/geriatri>
- Fugelli, P. & Ingstad, B. (2001). Helse – slik folk ser det. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Lokalisert 10. mai 2014, på <http://tidsskriftet.no/article/463825>
- Hatland, A. (2014). *Eldreomsorg*. Store norske leksikon. Lokalisert 04. mai 2015, på <https://snl.no/eldreomsorg>
- Heap, K. (2010). *Samtale i eldreomsorgen. Kommunikasjon – minner – kriser - sorg*. Kommuneforlaget.
- Hurdal kommune (2012). *Sykehjem*. Lokalisert 04. mai 2015, på <https://www.hurdal.kommune.no/Los-struktur/Emneord-a-a/Sykehjem/>

- Identitet. (2015). *Identitet*. Store norske leksikon. Lokalisert 04. mai 2015, på <http://snl.no/identitet>
- Jacobsen, S. E. (2011). *Verden blir gammel*. Lokalisert 04. mai 2015, på <http://forskning.no/aldring-barn-og-ungdom-kina/2010/11/verden-blir-gammel>
- Johansen, J. M. (2009). *Musikterapi i arbeid med søsken som pårørende: en kvalitativ studie om hvordan musikkterapeuter på sykehus forholder seg til søsken til alvorlig syke barn* (Masteroppgave). Oslo: Norges musikkhøgskole.
- Larsen, A. K. (2007). *En enklere metode. Veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Nasjonalt kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse. (2014). *Mestring*. Lokalisert 24. februar 2014, på <http://mestring.no/laerings-og-mestringstjenester/laering-og-%20mestring/mestring/>
- NTNU (2013). *Institutt for nevromedisin, geriatri*. Lokalisert 04. mai 2015, på <http://www.ntnu.no/inm/ger>
- Kloep, M. & Hendry, L. B. (2009). *Utviklingspsykologi i praksis*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Kunnskapsdepartementet. (2007). *Rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- Kvamme, T. (2013). *Glimt av glede. Musikterapi med demensrammede som har symptomer på depresjon og angst*. Oslo: NMH-publikasjoner;2013:7
- Malt, U. (2014). *Sorg*. Lokalisert 04. mai 2015, på <http://snl.no/sorg>
- Munro, S. (1984). *Music therapy in palliative/hospice care*. Saint Louis: MMB
- Myskja, A. (2006). *Den siste sang – sang og musikk som støtte i rehabilitering og lindrende behandling*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Myskja, A. (2013). *Hjertet mitt har ikke demens*. Oslo: Cappelen Damm.
- Næss, S., Moum, T. & Eriksen, J. (2011). *Livskvalitet: forskning om det gode liv*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Pay, C. M. (2009). *"Musikk er livet!": en undersøkelse hos et utvalg eldre i Oslo i dag om musikkopplevelse, musikksmak og musikkbruk.* (Masteroppgave). Oslo: Universitetet i Oslo.
- Regjeringen (2015). *Demensplan 2015.* Lokalisert 04. mai 2015, på [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan\\_2015/Demensplan2015.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan_2015/Demensplan2015.pdf)
- Regjeringen (2015). *Utbygging av sykehjemsplasser.* Lokalisert 04. mai 2015, på <https://www.regjeringen.no/nb/aktuelt/utbygging-av-sykehjemsplasser----ny-rapport/id2400683/>
- Ridder, H. M. (2011). Musikkterapi med demensrammede: hukommelse, identitet og musikkreminisens. I K. Stensæth og L. O. Bonde (Red.), *Musikk, helse, identitet.* Skriftserie fra Senter for musikk og helse. NMH-publikasjon 2011:3.
- Ruud, E (2008). Et humanistisk perspektiv på norsk musikkterapi. I G. Trondalen & E. Ruud (Red.), *Perspektiver på musikk og helse.* Oslo: NMH – publikasjoner 3.
- Ruud, E. (1990). *Musikk som kommunikasjon og samhandling. Teoretiske perspektiv på musikkterapien.* Oslo: Solum
- Ruud, E. (2010). *Music therapy: a perspective from the humanities.* Gilsum: Barcelona Publishers.
- Ruud, E. (1997). *Musikk og identitet.* Oslo: Universitetsforlag.
- Ruud, E. (2001). *Varme øyeblikk. Om musikk, helse og livskvalitet.* Oslo: Unipub forlag.
- Ruud, E. (2006). Musikk gir helse. I T. Aasgaard (Red.), *Musikk og helse.* Oslo: Cappelen Akademiske forlag.
- Ruud, E. (2013). *Musikk og identitet.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervjuet. Fra vitenskapsteori til feltarbeid.* Oslo: Fagbokforlaget.
- Selbæk, G. (2008). *Hvordan påvirkes APSD-forløp av psykofarmaka? Ett års oppfølging av atferdsmessige og psykologiske symptomer hos sykehjemspasienter med demens.* Demens & Alderspsykiatri Vol. 12 – Nr. 3.

- Skoie, H. (2014). *Forskningsetikk*. Store norske leksikon. Lokalisert 24. mars 2014, på <http://snl.no/forskningsetikk>
- Stedje, K. J. (2009). *Lydmiljø på sykehjem*. (Masteroppgave). Oslo: Norges musikkhøgskole.
- Thornquist, E. (2012). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori; for helsefag*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Trondalen, G. (2008). Musikkterapi – et relasjonelt perspektiv. I G. Trondalen & E. Ruud (Red.), *Perspektiver på musikk og helse*. Oslo: NMH – publikasjoner 3.
- Vale, I. S. (2013). "Man blir liksom i et annet humør..." *En intervjuundersøkelse med friske eldre om betydningen av deltakelse i en musikk- og bevegelsesgruppe*. (Masteroppgave) Oslo: Norges musikkhøgskole.
- Wahl, A. K., & Hanestad, B. R. (2004). *Måling av livskvalitet i klinisk praksis. En innføring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- World Health Organization (2003). *WHO definition of Health*. Lokalisert 04. mai 2015, på <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
- Åbro, A. (2014). *Aldring*. Store norske leksikon. Lokalisert 14. april 2014, på <http://snl.no/aldring>

## Vedlegg

### Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Bente Almås  
Fagseksjon for musikkpedagogikk og musikkterapi  
Norges musikkhøgskole  
Postboks 5190 Majorstua  
0302 OSLO

Vår dato: 20.03.2013

Vår ref:33718 / 3 / LMR

Deres dato:

Deres ref:

#### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 05.03.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

33718	<i>Musikkterapi og sorgarbeid på sykehjem</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Norges musikkhøgskole, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Bente Almås</i>
Student	<i>Espen Berg Grimsbo</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.08.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Linn-Merethe Rød

Linn-Merethe Rød tlf: 55 58 89 11  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Espen Berg Grimsbo, Gulleråsveien 31 A, 0779 OSLO

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11 nsd@uio.no  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07 kyrre.svarva@svt.ntnu.no  
TROMSØ: NSD SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36 nsdmaas@svt.uio.no



## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 33718

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes muntlig og skriftlig samtykke basert på muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår, forutsatt at kontaktopplysninger også om veileder, tas med.

Prosjektet skal avsluttes 01.08.2014 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

## Vedlegg 2: Samtykkeerklæring

# Samtykkeerklæring Oslo 2013

### Forespørsel om å delta som informant i forbindelse med Espen Berg Grimsbos masteroppgave i musikkterapi om ”Aldring og sorg”.

#### Hvem er jeg:

Jeg er student ved Norges musikkhøgskole, og studerer 1 året på master musikkterapi. I forbindelse med mitt masterprosjekt ønsker jeg å gjennomføre intervju med musikkterapeuter som jobber på sykehjem. Hensikten er å få innsikt i hvordan musikkterapeuten arbeider med beboere i forhold til aldring og sorg.

#### Hva skal jeg:

Ved hjelp av teori og intervjuer fra 3-4 musikkterapeuter håper studien å belyse viktigheten av bevissthet rundt sorgarbeid på sykehjem. Intervjuene vil etter planen gjennomføres i løpet av mai, og transkriberingen vil etter planen være ferdig i løpet av sommeren 2013.

#### Behandling av datamateriale/ lydopptak:

Datamateriale vil bli slettet når masteroppgaven er godkjent. Det er frivillig å delta i masterprosjektet, og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis uten å begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle data som er samlet inn bli slettet.

Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkelt personer vil kunne gjenkjennes i den ferdige masteroppgaven. Mine informanter kommer til å bli omtalt som informant 1, 2 osv. eller musikkterapeut 1, 2...

For at jeg skal kunne gjennomføre masterprosjektet ber jeg om tillatelse til å ta lydopptak av intervjuet. Dette for at viktige opplysninger ikke skal bli utelatt. Datamateriale vil bli oppbevart i låst skap på Norges musikkhøgskole.

Som informant har du rett til å få innsikt i innholdet av masterprosjektet når du måtte ønske. Når intervjuet er transkribert vil du få tilsendt intervjuet slik at du kan se over innholdet og be om endringer dersom det er behov for det.

Samtykkeerklæringen kopieres i 2 eksemplarer. Intervjuet er taushetsbelagt fra begge parter og skrives under av både intervjuer og informant.

---

### Samtykkeerklæring til å delta i masterprosjekt

Jeg har mottatt informasjon om masterprosjektet ”Aldring og sorg” og gir med dette tillatelse om at intervjuet blir tatt opp på lydbånd.

---

Dato: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_

## Vedlegg 3: Intervjuguide

### Intervjuguide

A: Innledningsspørsmål:

1. Kan du si litt om din utdanning og erfaring som er relevant for ditt virke som musikkterapeut på sykehjemmet?
2. Hva anser du som din viktigste arbeidsoppgave i forhold til ditt arbeid på sykehjem?
3. Hvilke egenskaper synes du er viktig for deg som musikkterapeut å ha?
4. Hva kjennetegner beboere på et sykehjem?
5. Hvilke instrumenter benytter du deg av i ditt arbeid?
6. Er det noen instrumenter som egner seg bedre enn andre? Eventuelt på hvilken måte?
7. Sorg er tema for dette intervjuet. Hvilket forhold har du til det?
8. Sorg kan jo være så mye. Hvordan vil du definere sorg og sorgarbeid på din arbeidsplass?
9. Er det noen sanger som ofte går igjen i forhold til tristhet og ensomhet på sykehjemmet? (Er det noen sanger som ofte går igjen i forhold til sorgarbeid? Eventuelt hva tror du er så spesielt med disse sangene?)

B: Musikkterapeut på sykehjem

1. Opplever du mye ensomhet på sykehjemmet?
2. Hva gjør du som musikkterapeut for å møte dette?
3. På hvilke måte kartlegger du beboernes musikkpreferanser?
4. Opplever du at du bidrar til nye lyspunkt i hverdagen til beboerne?
5. Hvilke musikkterapeutisk metode(r)/virkemidler benytter du deg av, når du jobber på sykehjemmet? Hvilke musikkterapeutisk metode(r)/virkemidler benytter du deg av, når du jobber med sorgarbeid?

### C: Beboerne

1. Hvordan reagerer beboerne på musikk?
2. Hvordan oppfatter du hverdagen til beboerne?
3. Hva opplever du som den største utfordringen til beboerne?
4. Er det noen uforutsette reaksjoner fra eldre som kan oppstå i en musikkstund? Evt. hvilken?

### D: Sorgarbeid

1. Aldring og nedstemthet. Opplever du at det er noen sammenheng mellom dem?  
Aldring og sorg. Opplever du at det er noen sammenheng mellom dem?
2. Hvordan kan du eventuelt se at det er noen sammenheng? (Kan du si litt mer om det?)  
  
(Innledningsvis sa du noe om dette. Kan du si litt mer om det?).
3. Er sorgarbeid en viktig del av jobben din, og eventuelt på hvilken måte da?
4. Er det noen vanlige reaksjoner på sorg blant beboerne? Eventuelt hvilke reaksjoner er vanlig? Er det noen vanlige sorgreaksjoner blant beboerne? Eventuelt hvilke sorgreaksjoner er vanlig?
5. Hva er tristhet for deg, og hvilket forhold har du til det? Hva er sorg for deg, og hvilket forhold har du til det?
6. Opplever du ofte ensomhet i jobben din? Eventuelt hva er denne ensomheten knyttet til? Opplever du ofte sorg i jobben din? Eventuelt hva er denne sorgen knyttet til?
7. Dersom du opplever at en beboer viser tårer, sinne eller sårbarhet, hvordan takler du en slik situasjon?
8. Er det noen utfordringer med tristhet og ensomhet som du synes burde vært mer i fokus? Er det noen utfordringer med sorgarbeid som du synes burde vært mer i fokus?

### E: Veien videre

1. Samarbeider du med andre fagpersoner? Eventuelt på hvilken måte samarbeider dere?

2. Har du lært noe relevant av andre fagpersoner på sykehjemmet som du kan bruke i arbeidet med tristhet og ensomhet blant beboere? Har du lært noe fra andre fagpersoner på sykehjemmet som er relevant for sorgarbeid?
3. Hvilken betydning har relasjon mellom fagpersoner og beboere i forhold til arbeid med en nedstemthet? Hvilken betydning har relasjon mellom fagpersoner og beboere i forhold til arbeid med en sorgprosess?
4. Er det noen bøker eller teoretikere som har inspirert deg, som du vil anbefale angående sorgarbeid på sykehjemmet?
5. På bakgrunn av dine erfaringer ved å jobbe med tristhet, nedstemthet og ensomhet på sykehjem; har du noen konkrete råd å gi andre som skal jobbe med dette? På bakgrunn av dine erfaringer ved å jobbe med sorg på sykehjem; har du noen konkrete råd å gi andre som skal jobbe med sorg?
6. Hvordan synes du intervjuet har vært?