

# **Demens i ung kropp**

Et forskningsprosjekt med yngre personer med demens

**Siv-Maren Sandvik**

**Masteroppgave**

**Norges musikkhøgskole**

**Vår 2016**



**Norges  
musikkhøgskole**  
Norwegian Academy  
of Music

## Forord

Denne masteroppgaven, forskningsprosjektet og teksten har krevd mye tid og krefter. Det har vært en utfordrende og spennende tid. Prosessen har lært meg mye om faget, musikkterapi, og forskning på masternivå. Jeg ønsker å rette en særlig takk til veileder Tone S. Kvamme for motiverende ord og grundige tilbakemeldinger. Jeg vil også takke praksisveileder Rita S.

Frisk og Villa Enerhaugen sykehjem, som tok meg så godt imot. En stor takk rettes også mot informantene mine. Uten dere hadde dette prosjektet ikke blitt mulig. Jeg er utrolig takknemlig for at dere ønsket å delta.

Jeg vil takke klassen min for et utrolig godt faglig og sosialt læringsmiljø. Dere har vært en stor hjelp gjennom disse årene.

Videre vil jeg takke Tor-Einar Sandvik, Ragnhild Aarvik, Elise Måsvær, Johannes Kvangarsnes, Ellen Kirkaas, Trygve Austeng og Åshild M. Sandvik for gode tilbakemeldinger og praktisk hjelp med oppgaven.

## Sammendrag

Dette forskingsprosjektet beskriver et musikktilbud gjennomført i et musikkterapeutisk perspektiv med yngre personer med demens. Problemstillingen er: ”*Hvordan kan jeg som musikkterapistudent utvikle et musikktilbud som kan fremme livskvalitet hos yngre personer med demens?*”. Resultatene og funnene i studiet kan oppsummeres i fire kjerne­kategorier: Identitet, mestring, emosjoner og relasjon. Det fokuseres på sitater og deltagende observasjon fra to informanter. Etableringen og gjennomføringen av musikktilbudet er også beskrevet i oppgaven, og det fokuseres på informantenes opplevelser av musikktilbudet.

Forskningsdesignet er kvalitativt og metodene som ble brukt er deltagende observasjon, loggnotater og lydopptak. Studien er en casestudie og studien bruker en hermeneutisk-fenomenologisk inspirert analyseprosedyre. Funnene og den teoretiske drøftingen i studien konkluderer med at jeg som musikkterapistudent kan utvikle et musikktilbud som kan fremme livskvalitet hos yngre personer med demens.

## Summary

This research project suggests a music program from a music therapeutic perspective with young people with dementia. The thesis says: *"How can I as a student in music therapy develop and offer a music program that may promote the quality of life for young people with dementia? "*. The results and findings of the study can be summarized in four core categories: Identity, mastery, emotions and relationships. It focuses on quotes from the informants. The process of establishing the music project is also described. The research design is qualitative and the methods used are participatory observation, log notes and audio recordings. The study is a case study and it uses a hermeneutic-phenomenological inspired analysis procedure. The findings and the theoretical discussion of the study concludes that I, as a music therapy student, indeed can create a music program that may promote the quality of life for young people with dementia.

## Innholdsfortegnelse

|  |            |
|--|------------|
| <b>FORORD</b> .....  | <b>II</b>  |
| <b>SAMMENDRAG</b> .....  | <b>III</b> |
| <b>FIGURLISTE</b> .....  | <b>VII</b> |
| <b>1.0 INNLEDNING</b> .....  | <b>2</b>   |
| 1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....  | 3          |
| 1.2 HENSIKTEN MED STUDIET .....  | 4          |
| 1.3 PROBLEMSTILLING .....  | 4          |
| 1.4 BEGREPSAVKLARING .....   | 5          |
| 1.4.1 Musikk .....   | 5          |
| 1.4.2 Musikterapi .....  | 5          |
| 1.4.3 Helse .....  | 5          |
| 1.4.5 Livskvalitet .....   | 6          |
| 1.5 LITTERATURSØK .....  | 7          |
| 1.6 DISPOSISJON AV TEKSTEN .....   | 7          |
| <b>2.0 DESIGN OG METODE</b> .....  | <b>9</b>   |
| 2.1 VALG AV DESIGN OG METODE .....   | 9          |
| 2.2 FENOMENOLOGI OG HERMENEUTIKK .....                                       | 10         |
| 2.3 SINGEL CASE STUDIE .....   | 11         |
| 2.4 DATAINNSAMLING .....   | 11         |
| 2.4.1 Deltagende observasjon med logg og lydopptak .....                     | 11         |
| 2.5 ANALYSE AV DATAMATERIALET .....  | 12         |
| 2.5.1 Analyseprosessen .....   | 13         |
| 2.6 KVALITETSVURDERING .....   | 14         |
| 2.6.1 Min rolle .....  | 14         |
| 2.6.2 Utvalg av informanter .....  | 15         |
| 2.6.3 Troverdighet .....   | 15         |
| 2.6.4 Metodekritikk .....  | 15         |
| 2.6.5 Etske refleksjoner .....   | 16         |
| <b>3.0 TEORI</b> .....   | <b>18</b>  |
| 3.1 YNGRE PERSONER MED DEMENS .....  | 18         |
| 3.1.1 Demenssykdommer .....  | 20         |
| 3.1.2 Utredning, diagnostisering og oppfølging .....                         | 22         |
| 3.1.3 Personsentrert demensomsorg .....                                      | 23         |
| 3.2 MUSIKK OG HJERNEN .....  | 25         |
| 3.3 MUSIKKTERAPI OG DEMENS .....   | 27         |
| 3.3.1 Humanistisk perspektiv på norsk musikkterapi .....                     | 28         |
| 3.3.2 Plassering av prosjektet innenfor en musikkterapeutisk tradisjon ..... | 28         |
| 3.4 TEORI OM EMOSJONER, IDENTITET, RELASJON OG MESTRING .....                | 29         |
| 3.4.1 Emosjoner .....  | 29         |
| 3.4.2 Identitet .....  | 30         |
| 3.4.3 Relasjon .....   | 31         |
| 3.4.4 Mestring .....   | 33         |
| <b>4.0 MUSIKKTILBUDET PÅ VILLA ENERHAUGEN SYKEHJEM</b> .....                 | <b>34</b>  |
| 4.1 VILLA ENERHAUGEN SYKEHJEM .....  | 34         |
| 4.2 BAKGRUNN .....   | 35         |
| 4.3 PROSESS .....  | 35         |
| 4.3.1 Etablering av praksis .....  | 35         |
| 4.3.2 Musikktilbudets terapeutiske tiltak og mål .....                       | 36         |
| 4.3.3 Etableringen av et gruppemusikktilbud .....                            | 37         |

|                              |  |           |
|------------------------------|--|-----------|
| 4.3.4                        | Praksiseksempel.....                                     | 39        |
| 4.3.5                        | Utvikling av et individuelt musikktilbud .....           | 39        |
| 4.3.6                        | Praksiseksempel.....                                     | 40        |
| 4.3.7                        | Musikken .....   | 41        |
| <b>5.0</b>                   | <b>FUNN .....</b>  | <b>43</b> |
| 5.1                          | IDENTITET.....   | 44        |
| 5.1.1                        | Refleksjon.....  | 45        |
| 5.2                          | MESTRING .....   | 46        |
| 5.2.1                        | Refleksjon.....  | 47        |
| 5.3                          | EMOSJONER.....   | 48        |
| 5.3.1                        | Refleksjon.....  | 50        |
| 5.4                          | RELASJON .....   | 50        |
| 5.4.1                        | Refleksjon.....  | 51        |
| 5.5                          | OPPSUMMERING.....  | 53        |
| <b>6.0</b>                   | <b>DRØFTING .....</b>                                    | <b>54</b> |
| 6.1                          | DRØFTING AV KATEGORIEN IDENTITET .....                   | 54        |
| 6.2                          | DRØFTING AV KATEGORIEN MESTRING .....                    | 56        |
| 6.3                          | DRØFTING AV KATEGORIEN EMOSJONER.....                    | 57        |
| 6.4                          | DRØFTING AV KATEGORIEN RELASJONER.....                   | 58        |
| 6.5                          | OPPSUMMERING OG KONKLUSJON .....                         | 60        |
| <b>LITTERATURLISTE .....</b> |  | <b>1</b>  |
| <b>VEDLEGG.....</b>          |  | <b>5</b>  |
| VEDLEGG NR. 1:               | GODKJENNING AV NSD .....                                 | 5         |
| VEDLEGG NR.2:                | INFORMASJONSSKRIV TIL INFORMANT .....                    | 7         |
| VEDLEGG NR.3:                | SAMTYKKEERKLÆRING AV INFORMANT.....                      | 8         |
| VEDLEGG NR.4:                | INFORMASJONSSKRIV & SAMTYKKEERKLÆRING TIL PÅRØRENDE..... | 9         |

## **Figurliste**

Fig 3.1 Belastning hos pårørende (Bruvik, 2015)

Fig 3.2 Demensutvikling og kampen for selvfølelsen (Hugen, 2012)

Fig 3.3 Hjerneområder (Bonde, 2014)

Fig 3.4 Journalgjennomgang av IP (Tretteteig, 2008)

Fig 3.5 Den utvidede modellen for demens (Brokker, 2013)

Fig 4.1 Musikktilbudet

Fig 4.2 Mål for musikktilbudet

Fig 4.3 Musikkaktiviteter

Fig 6.1 Relasjon gjennom musikkterapeutisk metode

Fig 6.2 Musikktilbudet og livskvalitet

*Sigrid: Jeg er så glad i den med Kine Hellebust.*

*Musikkterapeut: Å ja!*

*Sigrid: Den, hva heter den igjen, Nå har jeg glemt, Kine Hellebust.*

*Musikkterapeut: Skal vi se (søker opp navnet på Youtube) Kine Hellebust. "Det handle om å leve"*

*Sigrid: Ja! den syns jeg er så fin, Den syns jeg er så fin, Den pleide "Peter" å spille flere ganger. Den er jeg så glad i.*

*(Pause)*

*Sigrid: Det handler om å leve.*

*Musikkterapeut: Det er sant.*



## 1.0 Innledning

De siste årene har det kommet flere nye studier som omhandler demenssykdommer, og disse undersøkelsene bygger til sammen på store befolkningsgrupper. På grunn av disse studiene kan en anslå at fra tre til fem prosent av alle som har en demenssykdom vil være under pensjonsalderen (Gjøra, Haugen og Engedal, 2013). I dag bruker vi gjerne betegnelsen yngre personer med demens for denne gruppen som er under 65 år. "Early onset dementia" blir mye brukt i faglitteraturen om personer med demens under 45 år (Hage, 2012 s.7). Demens er samlebegrepet vi bruker for å beskrive en rekke hjerneskader som til slutt vil føre til fullstendig tap av minnet, tale, forståelsen av, og kjenne igjen seg selv og andre (Eckersley, 2011). Disse forskjellige demenstilstandene forårsaker at nerveceller i bestemte deler av hjernen dør. Forskere har enda ikke funnet ut hvorfor dette skjer, men mange mener at en kombinasjon av genetikk og miljøfaktorer fører til utviklingen av sykdommene (Ibid). Enkelte demenssykdommer, særlig i begynnelsen, vises gjennom andre symptomer enn minnetap, som for eksempel endring i personlighet og oppførsel. Symptomene varierer, alt ettersom hvor i hjernen skaden befinner seg. Symptomene kan også variere over tid, spesielt i tidligstadiet av sykdomsprosessen. Diagnosen er ofte vanskelig å få stilt, siden det er en sjelden sykdom å få i så ung alder. Demens er ikke ofte det man tenker på først, når en person under 65 år mangler overskudd, har konsentrasjonsvansker, blir passiv og får problemer med å fungere i det daglige liv. Dette er symptomer som mange kan ha på grunn av høyt press til seg selv, både i arbeidslivet og på hjemmebane. De får ofte diagnosen deprimert eller overarbeidet. Helsepersonellet som først møter den yngre personen med demens kjenner ofte ikke til kognitive symptomer og andre karakteristiske trekk ved demens (Haugen, 2012).

Det er altså ikke bare eldre personer som får en demenssykdom, men mennesker helt nede i 30 års alderen. Dette krever andre aktivitets- og behandlingstilbud. Tilgjengelige kommunale tiltak er vanligvis tilpasset de behovene som eldre personer med demens har, og ikke yngre. De siste årene har det vært en økt satsning innenfor demensomsorgen. Nasjonalt kompetansetjeneste for aldring og helse driver forskning og utviklingsarbeid, og de siste årene i samarbeid med Demensplan 2015 har det kommet mange rapporter med nyttig informasjon og kunnskap om yngre personer med demens, de behov og behandlingstilbudene som finnes og forbedringspotensialene. Musikk eller musikkterapi er i liten grad nevnt i disse rapportene. Musikkterapi har en rekke kvalitative og kvantitative studier som viser positive resultater når det kommer til behandling av demensrammede. For eksempel viser musikkterapi positive

resultater innenfor kommunikasjon, fysiologisk, kognitive og sosiale aspekter (Ridder, 2005. McDermott, et.al 2014. Kvamme, 2013). Meningsfylt kommunikasjon er vanskelig å oppnå hos demensrammede, hvor musikkterapi har en unik egenskap og muliggjør en ikke-verbal samhandlingsform. Det vil bli presentert flere studier om musikkterapi og demens senere i oppgaven. Imidlertid finnes det få tilgjengelige studier som omhandler yngre personer med demens og musikkterapi bortsett fra en rapport fra Sandefjord kommune, gjort av Stedje (2013), som omhandler utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester.

Formålet med denne studien er at den skal være et supplement og et bidrag til musikkterapiforskning innenfor demensomsorgen og yngre personer med demens. Dette vil bli gjort ved å beskrive musikktilbudet som ble startet opp og utviklet på Villa Enerhaugen sykehjem av musikkterapistudenten, og deretter vise til to informanternes tilbakemeldinger og opplevelse av et individuelt musikktilbud. Det ønskes å fremheve og diskutere de positive effektene med musikkterapi med yngre personer med demens. Under dette forskningsprosjekt var musikkterapistudenten ikke ferdigutdannet musikkterapeut, og det tilbudet som ble gitt pasientene vil derfor bli kaldt ”musikktilbudet” og ikke musikkterapi, selv om det ble gjort et bevisst terapeutisk arbeid av studenten/undersøkeren i dette arbeidet.

### **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Yngre personer med demens er en klientgruppe det finnes lite kunnskap om. Da jeg selv fikk høre om dette tente det en gnist og et ønske om å lære mer om dette i sammenheng med musikkterapi. Helt siden høsten 2013 har engasjementet for temaet vært høyt og et ønske om en egenpraksis på Villa Enerhaugen sykehjem, med spesialavdeling for yngre personer med demens, sto på ønskelisten. Jeg ønsket å bli bedre kjent med klientgruppen, sykdommen, institusjonen og alle faggrupper som er involvert i tilretteleggingen og behandlingen hos yngre personer med demens. Det å starte opp en egenpraksis så jeg på som en stor utfordring men også som en stor mulighet til utvikling, og en mulighet til å tilegne meg erfaringer og den lærdommen jeg ønsket. Jeg fant inspirasjon fra blant annet Tone S. Kvamme (2013) og Hanne Mette O. Ridder (2005), som har skrevet om musikkterapi og demens. Våren og høsten 2015 ble egenpraksis og forskningsprosjektet gjennomført på Villa Enerhaugen sykehjem, og de erfaringene og den forskningen jeg gjorde under oppholdet mitt ønsker jeg å knytte masteroppgaven min til.

## 1.2 Hensikten med studiet

Gjennom egenpraksis med yngre personer med demens har jeg fått et grunnlag for å skrive en mastergrad innenfor et tema som det er skrevet lite om fra før, innenfor musikkterapi. Dette ga meg inspirasjon til å skrive og jeg ser på dette som et nødvendig bidrag innenfor musikkterapiforskning på pasientgruppen yngre personer med demens. En slik studie kan øke forståelse og innsikt hos en klientgruppe det er alt for liten kunnskap om. Det er en forskningsbasert studie som legger vekt på undersøkers egne erfaringer og funn i praksis. Hensikten med oppgaven er også å vise hvordan et skreddersydd musikkterapitilbud kan se ut for yngre personer med demens, og har derfor valgt å gå gjennom fremgangsmåten jeg brukte i min egenpraksis og erfaringer med å etablere et musikkterapitilbud for denne klientgruppen.

## 1.3 Problemstilling

Temaet for prosjektet er musikkterapi med yngre personer med demens. En slik forskning kan gi næring til praksisfeltet, og slik fremme behandlingstilbudet musikkterapi med yngre personer med demens. Fokuset i dette prosjektet har endret seg frem og tilbake under hele prosessen, og det har blitt vurdert å endre eller utvide problemstillingen. Det har blitt viktig for undersøkeren å fokusere på den spesifikke klientgruppen, og hva som er unikt med denne. Det er også blitt fokusert på de behovene pasienten og pårørende har, og de begrensninger og forbedringspotensialet som finnes i den nåværende behandlingen for yngre personer med demens. Målet og ønsket bak denne masteroppgaven har vært både personlig og samfunnsrettet. Det var et ønske fra undersøkeren å tilegne seg kunnskap, lære og utvikle seg innenfor faget, samtidig å kunne bidra til ny informasjon og kunnskap under et lite studert felt innenfor musikkterapien.

Hensikten med en problemstilling er at den skal være til hjelp og lede meg gjennom hele forskningsprosjektet. Og selv om fokuset mitt har endret seg og jeg har vurdert forskjellige problemstillinger, har dette vært en utfordring jeg har lært mye av. De valgene som ble tatt ut fra hva målsetningen og ønsket om å oppnå med oppgaven, har ført til en problemstilling som lyder slik:

*Hvordan kan jeg som musikkterapistudent utvikle et musikktilbud som kan fremme livskvalitet hos yngre personer med demens?*

## 1.4 Begrepsavklaring

Her vil jeg gjøre rede for sentrale begreper som blir brukt i oppgaven. Jeg vil først prøve å definere musikk, noe som mange har prøvd før meg. Dette er ikke en enkel sak.

### 1.4.1 Musikk

Jeg velger å støtte meg til Benestads definisjon som sier at ”*musikk er det mennesker til enhver tid opplever som musikk*” (Benestad, 1993, s.11). Forståelsen og opplevelsen av musikk er avhengig av kontekst. For eksempel faktorer som kulturkrets og sosiale sammenhenger (Ibid). Alle mennesker er født med musikalske evner, og kan oppleve og uttrykke musikk. Even Ruud (2008) vektlegger at musikkforståelsen er knyttet til kontekst og personenes bakgrunn og tidligere erfaringer. Christoffer Smalls begrep ”Musicking” (Small, 1998) er i tråd med en slik kontekstuell musikkforståelse. Musikk er i følge Small ikke en ting men en aktivitet. Musikk kan altså tilby en subjektiv opplevelse i relasjon med andre. Dette fører videre til musikk sosiolog Tia DeNora (2000) som snakker om begrepet ”affordance”. Dette begrepet er knyttet til hvordan musikk kan tilby muligheter, men det er opp til oss selv hvordan vi velger å benytte oss av disse kvalitetene som finnes i musikken.

### 1.4.2 Musikkterapi

Det er et begrep som kan forstås på flere måter, men jeg velger å støtte meg til allerede utarbeidede definisjoner som sier noe om begrepet. Den første er Even Ruuds velkjente definisjon som innebærer ”*å gi mennesker nye handlemuligheter gjennom musikk*”. (Ruud, 1990, s.24). Den andre er Audun Myskjias (2005) definisjon. Myskja har ingen grunnutdanning innen musikkterapi, og er derfor mye omdiskutert, men jeg mener hans definisjon gir en god beskrivelse på musikkterapi, slik jeg ser det. Han definerer musikkterapi *som anvendelse av musikk og musikkaktiviteter ved fagpersoner med spesiell trening innen musikk for å oppnå individuelle ikke-musikalske mål for en klient eller gruppe*. Disse definisjonen er to brede definisjoner som omhandler sammenheng mellom musikk og helse. I musikkterapi er målsettingen å jobbe mot en bedre helse.

### 1.4.3 Helse

Helse oppfattes som et individuelt og personlig fenomen, og veien til helse er forskjellig fra individ til individ. I følge Bruscia (2014) sin definisjon er helse prosessen mot å oppnå ens fulle potensial for individuell og økologisk helhet. Ruud (2006) skriver at god helse handler

om fravær av sykdom, men også et individuelt og personlig fenomen, og veien til helse er forskjellig fra person til person (Ibid). Helse kan forklares som trivsel, mestring og overskudd i hverdag, noe som kan forklares som livskvalitet. Livskvalitet brukes i problemstillingen og er et begrep som bør defineres dypere.

#### 1.4.5 Livskvalitet

Livskvalitet hos demensrammede handler om å belyse den enkeltes opplevelse og oppfatning av livskvalitet (Næss, Moum, Eriksen, 2011). Det er mange ulike faggrupper som har definert begrepet ut fra sine ståsteder, og de fleste er enige i at livskvalitet handler om det enkelte menneskets opplevelse av å ha det godt eller dårlig. (Rustøen, 2001). Livskvalitet avgrenses her til enkeltpersoner subjektive opplevelse. Det er altså den individuelle opplevelsen til hvert enkelt mennesket som sier noe om livskvaliteten.

*”En persons livskvalitet er høy i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er positive, og lav i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er negative”* (Næss, Moum, Eriksen, 2011, s.18).

For at et menneske skal ha god livskvalitet er det enkelte momenter i livet som bør være tilstede. En person bør ha en interesse og av noe som oppleves meningsfullt. Tove Rustøen (2001) skriver i sin bok ”Håp og Livskvalitet – en utfordring for sykepleiere” at det er viktig med fellesskap og nærhet, at man bør ha minst ett gjensidig, nært forhold til et annet menneske. I mitt prosjekt er hva Rustøen sier her blitt viktig. Da egenpraksis ble startet opp var fokus på aktivisering i relasjon med andre mennesker, og de positive følgene av dette viktige endringer å legge merke til.

*”En person har høy livskvalitet i den grad personen er aktiv, dvs. Har appetitt og livslust, interesserer seg for, engasjerer seg i, og deltar i noe utenfor seg selv som representerer en utfordring og oppleves som meningsfylt”* (Næss, 2001, s.72).

Det å oppleve mestring er også veldig viktig og øker selvsikkerhet og stolthet av egen person. Musikkterapi i demensomsorgen jobber mot å nå fram til hver enkelt person og være med på å hjelpe dem til å opprettholde sinn følelse av identitet og livskvalitet (Skogum, 2012).

## 1.5 Litteratursøk

Gjennom prosessen med å innhente informasjon og skrive masteroppgaven er følgende databaser benyttet: ProQuest, RILM, RefWorks, IIMP, Medline, NMHs Brage og Helsebiblioteket. Søkeord jeg har benyttet er: ”Music Therapy”, “Music and dementia.”, ”Younger people with dementia”, ”Early onset dementia”. Aldring og helse sitt bibliotek ble også kontaktet, for å be om hjelp til å finne relevant litteratur, samt for kvalitetssikring av mine egne funn. De svarte med en positiv tilbakemelding om at oppgavens litteraturgrunnlag så bra ut. Veileder Tone S. Kvamme har også vært behjelpelig med å finne frem til relevant litteratur.

Jeg har ikke funnet studier som gjelder musikkterapi og yngre personer med demens, men jeg har rapporten fra et prosjekt i Vestfold, gjort av Stedje (2013). Et prosjekt knyttet til strategien ”Aktiv omsorg” fra omsorgsplanen 2015, med musikk i fokus. Prosjektet var todelt, og delprosjekt en ble kalt ”musikk i møteplassen”. Her fikk deltakere ved Sandefjord kommunes dagaktivitetstilbud for yngre personer med demens ukentlige tilbud om musikkaktivitet ledet av musikkterapeut i samarbeid med aktivitør. Delprosjekt to ble kalt ”opplæring i omsorgssang”, hvor 29 ansatte ved institusjoner og bofellesskap for demente i Sandefjord kommune gjennomgikk et kurs på til sammen fem timer, i hvordan de selv kunne bruke sang og musikk som verktøy i det daglige omsorgsarbeidet (Ibid).

## 1.6 Disposisjon av teksten

Denne teksten har 6 kapitler.

1. Innledning
2. Design og metode
3. Teori
4. Musikkterapeuttilbud på Villa Enerhaugen sykehjem
5. Funn
6. Drøfting

Innledningskapittelet omhandler bakgrunn for valg av tema, problemstilling og deretter en begrepsavklaring av viktige begreper i oppgaven. Til slutt i dette kapittelet presenteres litteratursøket som ble gjort, og hvilke databaser som ble benyttet. I kapittel 2 blir forskning presentert ved å gjennomgå studiens forskningsdesign, metoder, analysemetode- og prosess, samt en vurdering av egen rolle, validitet og etiske refleksjoner. I kapittel 3 gjøres rede for relevant teori om demens, yngre personer om demens og teori om musikkterapi. Kapittel 4 gir

en presentasjon av bakgrunn, utvikling og prosessen av musikktilbudet på Villa Enerhaugen sykehjem med yngre personer med demens. I kapittel 5 presenteres forskningsprosjektets resultater. Her vil sitater fra informantene plasseres i de kategoriene som utviklet seg gjennom analyseprosessen, og disse utdypes i teorikapittelet. Funnene vil bli etterfulgt av refleksjon. Kapittel 6 omhandler tekstens hoveddrøfting hvor det blir drøftet essensen av de kategoriserte funnene i forskningsprosjektet.

## 2.0 Design og metode

Formålet med dette kapitlet er å belyse valg av forskningsdesign og metode, vitenskapsfilosofisk- og teoretisk tilnærming. Videre beskrives casestudiet og hvordan datainnsamlingen er gjennomført med deltagende observasjon, loggskrivning og lydopptak. Deretter beskrives analyseprosessen før det til slutt reflekteres over undersøkers rolle som musikkterapistudent og forsker og etiske utfordringer rundt dette.

### 2.1 Valg av design og metode

Hovedhensikten med denne oppgaven var å finne ut hvordan yngre personer med demens opplevde et musikktilbud utviklet av en musikkterapistudent. Fokuset har vært å få frem informantenes opplevelse. Når valget av metodisk tilnærming skulle tas var problemstillingen den essensielle faktoren for hvilken metode som ble valgt.

For å rettferdiggjøre valg av metode er det nyttig å se på debatten som foregår rundt virkelighetssynene positivismen, hermeneutikk og fenomenologi. Her blir hovedtemaer som *ontologi og epistemologi* viktig. Ontologien tar for seg hvordan verden ser ut og læren om tingenes eksistens. Vi kan enten se på verden som en verden av lovmessigheter som positivisme gjør, eller en verden der generelle lover ikke finnes som fenomenologi og hermeneutikk gjør. Positivismen mener vi befinner oss i en objektiv virkelighet som kan studeres gjennom objektive metoder og mål, der vi skal finne frem til det generelle. Epistemologi er læren om kunnskap og hvilken kunnskap vi kan fremskaffe oss. Hermeneutikkens syn på epistemologi er imidlertid at virkeligheten er konstruert av mennesker og må studeres ved å undersøke hvordan mennesker oppfatter virkeligheten, og vi må se på det unike og særegne. I fenomenologien anses subjektivitet som forutsetning for forståelse overhode (Thornquist, 2012).

For å rettferdiggjøre metodevalget videre vil jeg gjøre rede for fire tilnærminger som ble benyttet i forskningsprosjektet. Det ble benyttet en induktiv datainnsamling som går ut på at all relevant empiri rundt problemstillingen skal samles inn, før den blir systematisert og analysert. I motsetning til en deduktiv tilnærming som sier at den beste fremgangsmåten er ved først å skape seg forventninger og deretter samle inn empiri for å se om forventningene stemmer overens med virkeligheten (Jacobsen, 2005). Det ble valgt en holistisk tilnærming som påstår at fenomener må forstås som et komplekst samspill mellom enkeltindivider og den spesielle situasjonen de inngår i (Ibid). I dette forskningsprosjektet var det naturlig med en



nær tilnærming til forskningsobjektet. En nærhet til informantene kom automatisk og ble funnet nyttig ved at dette førte til en forståelse og fortolkning av fenomenet som skal undersøkes (Ibid). Til slutt valgte jeg å benytte en kvalitativ tilnærming som tar tak i hvordan mennesker tolker den sosiale virkeligheten for å skaffe rikere og dypere data om et fenomen, i motsetning til kvantitativ tilnærming som benytter statistikk analyse av data for å si noe om virkeligheten (Ibid).

Problemstillingen min som ble presentert i starten innebærer et ønske om å belyse et fenomen og fremskaffe rik informasjon om dette. Denne fremgangsmåten passer inn i den fenomenologiske og hermeneutiske tilnærmingen, og valg av en kvalitativ forskningsmetode. For å forstå valget av kvalitativ metode er en kort innføring i fenomenologi og hermeneutikk nyttig.

## 2.2 Fenomenologi og hermeneutikk

I boken Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag skriver Thornquist (2012, s.83) at fenomenologi er *”læren om det som kommer til syne og viser seg”*. Det har vært viktig å få frem informantenes opplevelse og meninger uten å tolke selv. Derfor er utvalgte øyeblikk fra lydopptakene der pasientene har uttrykt deg transkribert.

*”Det gjelder å ikke komme til saken med fordommer, fiks ferdige kategorier og teorier, men la den selv komme til uttrykk”* (Ibid, s.86).

Fenomenologi vektlegger med andre ord at forskeren skal gå bort fra sin egen forforståelse og nærme seg det som forskes på uten fortolkning men la fenomenet tale for seg selv. Det er viktig å merke seg at informantene har en kronisk permanent sykdom som bare blir verre og verre, og bor på en institusjon. Å få et innblikk i informantenes situasjon og livsverden er en viktig del av oppgaven.

Det er derfor funnet det hensiktsmessig i denne oppgaven å også tolke data basert på forforståelse. Hermeneutikere mener at man ikke kan komme utenom fortolkning og forforståelse (Ibid). I hermeneutikken snakker man om den hermeneutiske spiral som handler om at man gjennom å tolke deler av fenomenet om og om igjen og at man i tolkningsprosessen *”forstår delene ut fra helheten og helheten ut fra delene”* (Ibid s.142), utvide sin forståelse etter hvert som man tolker. Denne oppgaven falt derfor ned på å benytte en kombinasjon av de to vitenskapsfilosofiene, fenomenologi og hermeneutikk.

### **2.3 Singel case studie**

Denne undersøkelsen har tatt for seg et lite utforsket felt, med den hensikt å oppnå og bidra til ny kunnskap og innsikt ved å gjennom erfaringer i praksis vise til noe som skjer i virkeligheten. Det har vært et ønske/mål at forskningen skal følge praksis, og et fleksibelt design har derfor vært nødvendig. Det er derfor valgt å benytte singel case studie som forskningsmetode. I kvalitativ case studie refereres det til det virkelige liv i et gitt og bundet tidsrom. Det er ekte, livsbasert og relatert til ekte opplevelser som blir beskrevet (Smeijsters & Aasgard, 2005).

”A case study is an empirical inquiry that investigate a contemporary phenomenon within its real life context” (Yin, 1994 s.13).

I boken ”Case study designs in music therapy” forteller David Aldridge (2005) at caser eller fortellinger er pålitelig og rik på informasjon. Mennesket stoler på fortellinger når det snakker med hverandre og det er en måte å kommunisere på i alle kulturer. En case studie tilbyr en formell struktur av disse fortellingene (Ibid). I musikkterapiforskning kan det ikke alltid returneres tilbake til et spørreskjema eller en standard test. Det utfordres i å utvikle en måte å presentere hva som skjer i musikken når den foregår i terapien (Ibid). Singel case design er spesielt viktig for musikkterapiformen fordi den tilbyr en måte å analysere interaksjonen mellom terapeut og pasient, og den relasjonen som oppstår. Personlige forandringer ved pasienten blir vurdert og ikke sammenlignet med en gruppe eller norm (Ibid).

### **2.4 Datainnsamling**

Datainnsamlingen foregikk under min praksisperiode høstsemesteret 2015. Det ble brukt deltagende observasjon, lydopptak og loggskrivning gjennom denne perioden.

Datainnsamlingen er basert på to informanter som deltok i individuell musikkterapi. Det vil videre bli redegjort for prosessen med datainnsamlingen.

#### **2.4.1 Deltagende observasjon med logg og lydopptak**

Som leder for prosjektet i en egenpraksis hvor undersøker selv hadde ansvar for hva som skjedde i musikkterapitimene ble det naturlig å velge deltagende observasjon som en metode i dette prosjektet. Dette for å undersøke hva som skjedde gjennom musikkens unike egenskaper, men også pasientens opplevelser gjennom det de sa og gjorde. Gjennom

deltagende observasjon er det mulig å komme frem til pasientens livsverden (Fangen, 2010). Det ble foretatt lydopptak av alle timene, slik at fokus for musikkterapistudenten kunne være å ha fokus på pasienten, og ikke være forskeren som må huske alt som ble sagt og gjort. Det ble da mulig å gå tilbake, lytte gjennom timene, for å forsikre at ikke noe viktig ble utelatt. Under gjennomgangen av lydopptakene, ble interessante og spennende tilfeller hvor jeg opplevde at pasienten hadde et godt øyeblikk, fikk satt ord på noe viktig eller hadde god respons til musikken transkribert. Det ble også skrevet logg etter hver time, hvor det ble beskrevet hva som konkret ble gjort og deretter undersøkernes refleksjoner rundt det som ble gjort sammen med informantene. I deltagende observasjon er loggnotater det viktigste datagrunnlaget. Loggnotater kan også utfylle det lydopptak ikke fanger, og inntrykk og ettertanker som oppsto etter timene ble notert (Malterud, 2008). Fangen (2010) skriver om hvor viktig det er å oppnå tillit og nevner noen hovedregler som å være ærlig og oppriktig og at man er seg selv, gjennom å tilpasse deg feltet det skal jobbes i, og at det ikke ble benyttet en unormal forskerrolle når undersøker møter pasienten i deres naturlige miljø. Det skal forsøkes å se verden fra pasientens ståsted, som et viktig skritt for å oppnå forståelse for pasienten. Samtidig er det viktig at det de sier og gir uttrykk for blir vurdert med et kritisk blikk, og observert med et analytisk blikk (Ibid).

## 2.5 Analyse av datamaterialet

Anbefalinger om analyse av kvalitativ data bygger på prinsipper om dekontekstualisering som tillater å løfte ut deler av stoffet for å se nærmere på det (Malterud, 2008). For å unngå reduksjonisme og sikre validitet er det viktig at svarene vi får ved dekontekstualisering fortsatt stemmer overens med den sammenhengen den ble hentet ut fra. Malterud skriver at for nybegynnere er det lurt å bruke allerede etablerte analysemetoder. I boken "Kvalitative metoder i medisinsk forskning" gir Malterud (2008) en modifisert versjon av en fenomenologisk analysemetode som blir kalt systematisk tekstkondensering. Der anbefaler hun at analysen gjennomføres i fire trinn som er:

1. Helhetsinntrykk – fra villnis til temaer
2. Meningsbærende enheter – fra temaer til koder
3. Kondensering – fra koder til mening
4. Sammenfatning – fra kondensering til beskrivelser og begreper (s.100-109).

I Wheeler (2005) kapittel 14, "Data Analysis in Qualitative Research" beskriver Bruscia om en lignende metode og fremgangsmåte i kvalitativ analyse. Her snakker han om Variabelorientert analyse ved bruk av tilnærming enten innenfor hver case eller på tvers av casene. Forskeren analyserer datamaterialet for å identifisere variablene som blir brukt for å beskrive og forklare hva som skjer i de forskjellige casene. Disse variablene utvikles til å bli kategorier som er en meningsfull del av data. Bruscia går også gjennom noen trinn som bør bli fulgt når slike kategorier skal utarbeides i dataanalysen. Han snakker om å kode data, sammenligne alle delene av data og gi like deler samme kode. Deretter se på likheter og forskjeller blant kodene, og slå sammen de kodene som kan bidra til samme svar (Ibid).

Malterud og Bruscias allerede utarbeidede analysemetoder og beskrivelser av nyttige steg en burde følge i perioden analyseprosessen foregår ble benyttet i begynnelsen av analyseprosessen. Ved bruk av lydopptak fra alle timene med informantene ble det samlet inn en stor mengde data. Følgende spørsmål ble reflektert over: *Hva er det jeg ser etter? Hva er det mest interessante her? Hva er typisk for situasjonene jeg har deltatt i og observert?*

### **2.5.1 Analyseprosessen**

I dette forskningsprosjektet var hensikten å fokusere på det som fungerte og ga funn som viste positiv effekt av musikktilbudet. Gjennom analyseprosessen, som skal bli gjennomgått under, ble det valgt å ta utdrag fra lydopptakene hvor informantene responderte positivt og undersøkeren observerte gode øyeblikk og fant det Bruscia (2005) kaller meningsfulle enheter.

Det ble startet med å lytte gjennom lydopptak å transkribere enkelte dialoger som opplevdes interessante, uten å tenke kategorisering på dette stadiet. Deretter ble loggnotatene og transkripsjonene lest gjennom samtidig, slik at sammenhengen mellom det jeg hadde transkribert og det som skjedde i musikkterapitimen ble mer tydelig. Det utviklet seg en oversikt over datamaterialet, uten at det foregikk noen tolkning fra undersøkeren av materialet. Under denne perioden, da analyseprosessen startet var jeg veldig usikker på datamaterialet mitt, om det var godt nok eller utfyllende nok. Dette fulgte meg gjennom store deler av analyseprosessen og når funnene skulle nedskrives i selve masteroppgaven.

Da datamaterialet ble lest gjennom flere ganger, var det enkelte kategorier som opplevdes å kom i forgrunn. Loggnotater, som fortalte noe om en situasjon, eller et sitat som hadde blitt

transkribert ble bakgrunnen for disse kategoriene. Her igjen kom usikkerheten om det ble nok data under hver kategori, for å kunne begrunne de godt nok. Undersøkeren var opptatt av å forstå analysemetoden riktig, slik at de funnene som ble gjort og videre presentert i oppgaven ble troverdige, og fremstilt på en riktig måte.

På dette stadiet i analyseprosessen ble små sammendrag fra observasjoner hentet fra loggnotatene og transkriberte dialoger plassert under fire kategorier. Det ble på nytt gått gjennom transkripsjonene, og de ble enda en gang analysert nærmere, slik at det aller viktigste i de lengre transkriberte dialogen kom frem og trukket ut. Da dette var gjort satte undersøker igjen med temasortert empiri som var relevant for å besvare problemstillingen. Kategoriene som datamaterialet ble plassert under etter en nøye analyseprosess ble: Identitet, mestring, emosjoner og relasjoner. Kategoriene ble en struktur på mine resultater for å presentere funn og refleksjoner på en oversiktlig måte.

## **2.6 Kvalitetsvurdering**

### **2.6.1 Min rolle**

Mitt ståsted, faglig interesse, erfaringer og motiver var avgjørende for avgjørelser som ble tatt i studien. En forestilling om en nøytral forsker ble ikke aktuelt her. Som forsker påvirket jeg hele prosessen (Malterud, 2008). I dette forskningsprosjektet startet jeg opp en egenpraksis som musikkterapistudent, deretter gikk jeg inn i en forskerrolle da datainnsamlingen startet. Jeg var da både deltager og terapeut samtidig som jeg var deltagende observatør og forsker. Under musikkterapitimene var fokuset på pasienten og min rolle som musikkterapistudent. Forskerrollen ble inntatt i etterkant av timene, da jeg skrev logg og gikk gjennom det som ble gjort. Jeg som person påvirker det materialet som blir samlet inn på ulike måter ved den mellommenneskelige samhandlingen som forgår i musikkterapitimene. Det må tas hensyn til en naturlig skjevhet mellom terapeut og klient, men mitt mål var å fremme informantenes opplevelser og meninger og unngå samtaler fylt av ledende spørsmål (Ibid). Dette var noe jeg måtte erfare og jobbe med. Det ble jobbet mot en likestilling mellom meg selv og pasienten samtidig som at jeg så et poeng i å holde meg selv i bakgrunnen. Dette for å oppnå utsagn fra informantene som representerte deres opplevelser. Selv om jeg forholde meg i bakgrunnen var jeg aldri usynlig i mitt materialet.

### 2.6.2 Utvalg av informanter

I dette forskningsprosjektet ble det valgt å ta med to informanter, selv om det er tilstrekkelig med kun én case i en singel case studie. Malterud (2008) snakker om *”Et strategisk utvalg som er sammensatt ut fra den målsetning at materialet har potensial til å belyse den problemstillingen vi vil ta opp”* (Ibid, s.58). Det vil si hva slags funn det ønskes å finne og hvor søkelyset rettes når informanter velges. Hva gir best grunnlag for tolkning og ny informasjon (Ibid)? Praksis på sykehjemmet ble gjennomført over et helt semester og feltkunnskap ble tilegnet før utvalget av informantene ble foretatt. Det ble valgt to informanter som var svært forskjellige fra hverandre. De hadde forskjellig demenssykdom og symptomer på sykdommen. De hadde ulike musikkpreferanser og emosjonelt var de veldig forskjellig. Variasjonsbredden mellom de to informantene var med andre ord stor, og ga mulighet til å beskrive flere nyanser av ett og samme fenomen. En informant kan vise fellestrekk og tendenser, særtrekk og individuelle forskjeller som kan ha overførbarhetsverdi til andre yngre personer med demens. Gjennom bruk av datainnsamlingsmetoder innenfor en viss ramme og kontekst, ble det hentet dokumentasjon fra informantene som kan gjelde for flere som befinner seg i samme situasjon og tilstand.

### 2.6.3 Troverdighet

Pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet er tre begreper som fungerer godt for å sikre kvaliteten i kvalitativ forskning (Tjora, 2011). Kvalitativ forskning er basert på en fortolkende tradisjon og en fullstendig nøytralitet finnes ikke. Undersøkers engasjement for forskningsprosjektet har gitt motivasjon til å tilegne seg kunnskap gjennom faglig litteratur, og blitt kjent med pasientgruppen. Ved å ha lest om feltet og tilegnet kunnskap har det ført til et engasjement og et ønske om å erfare i praksis, og justeringer ble foretatt underveis når noe ikke har fungert. Det er redegjort for de valg som er tatt og hvordan musikkterapipraksis er lagt opp og utføres. Ved å redegjøre for undersøkers praksis, utvikling av konsept og vise til funn i en særegen kontekst, kan dette ha relevans for andre caser, og vise overførbarhet (Ibid).

*”Overførbarhet er en forutsetning for kunnskap som skal kunne deles med andre”*  
(Malterud, 2008 s.64).

### 2.6.4 Metodekritikk

I utgangspunktet ble det utarbeidet et spørreskjema som de ansatte på sykehjemmet skulle besvare. Dette ble delt ut til enkeltrespondenter, våren før datainnsamlingen skulle skje, for å

se hvordan tilbakemeldingen var. Spørreskjema ble bearbeidet i ettertid for å komme frem til noen enkle spørsmål de ansatte skulle besvare. Svarene ble derimot kortfattet og med lite informasjon, derfor ble det valgt å ikke benytte dem i oppgaven. Dette kunne blitt gjort annerledes for og få mer grundig svar som kunne blitt anvendt i studien. Det kunne blitt avholdt et informasjonsmøte, om hva slags type respons, både negativ og positiv, som var ønsket og viktigheten rundt et fyldig svar på spørsmålene. Det kunne også vært tilstedeværelse når de besvarte spørreskjemaet. Denne metoden ble da heller en kilde til ros og oppmuntring, for det manglet ikke på positive tilbakemeldinger fra de ansatte om at de så verdien i musikkterapi.

### 2.6.5 Ethiske refleksjoner

Når det er følsomme temaer som tas opp, blir anonymisering svært viktig. I denne oppgaven ble informantene anonymisert i den grad at de ikke kan bli gjenkjent. Navn og annen informasjon ble endret når det var nødvendig. Siden det ble jobbet med sårbare mennesker som ikke kan ta vare på seg selv, ble nærmeste pårørende kontaktet. Utarbeidelsen av informasjonsskriv og samtykkeerklæringsskriv ble gitt til både informant og pårørende, og godkjenning og underskrevet samtykkeerklæring ble innhentet fra begge. Prosjektet er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Tiltaket skal ikke tvinges på beboerne og de ble informert før oppstart om hva som skal gjøres og hva som eventuelt kreves av dem, for eksempel at *”om du kan sangen, må du veldig gjerne være med å synge”*.

Som for mange skandinaviske musikkterapeuter er denne oppgavens tilnærming til faget preget av et humanistisk grunnsyn, og jeg lener meg på det paradigmet Ruud (2008) kommer med, som han kaller *”humanistisk perspektiv på musikkterapi”*. Betydningen av å ha et humanistisk verdensbilde kommer til uttrykk gjennom hvordan man velger å se på pasienten og forholdet mellom terapeut og pasient. Relasjon, omsorg og individet er i sentrum. Dette har farget den grunnleggende tankegangen for denne undersøkelsen og praksisen som musikkterapistudent. Å fokusere på individuelle behov er viktig. Fokuset har vært på ressurser, mestring og ønsket om å skape gode relasjoner mellom meg og pasientene. I samtalen med informantene ble det stilt spørsmål, og av og til ble sårbare og vanskelige temaer tatt opp. Dette blir drøftet/belyst i funnkapittelet, men det er ikke gått direkte inn og

gjengitt hva det snakkes om konkret, for å unngå at pårørende skal kjenne seg igjen i sårbare temaer.

Det var ønske om å oppnå god kontakt mellom informantene og musikkterapistudenten, og det ble jobbet mot å oppnå tillit, respekt og at informantene skulle oppleve seg forstått. Musikken, samtalene og samværet under deltagende observasjon var med på å påvirke klimaet og hvor nært forhold musikkterapistudenten fikk til informantene. Det ble investert tid og krefter for å etablere en så god relasjon som mulig på en ansvarlig og omsorgsfull måte. Personer med demens kan ha vanskeligheter med å sette grenser for seg selv og det er derfor viktig at de får hjelp til dette og at disse grensene ikke blir overskredet eller misbrukt. Personer med demens har behov for nærhet og kan oppleve det godt og beroligende med fysisk kontakt. En klem, klapp på skulderen, og å bli strøket over hånden for eksempel. Det var viktig at de følte seg trygge på meg og ikke ble presset til å svare på noe de ikke var komfortable med. Alt av datainnsamling er anonymisert og det skal være trygghet rundt det musikkterapeutiske tiltaket. Lydopptakene som ble gjort under musikkterapitimene lå på en minnepenn som kun undersøker hadde tilgang til, og innholdet ble slettet ved prosjektets slutt.

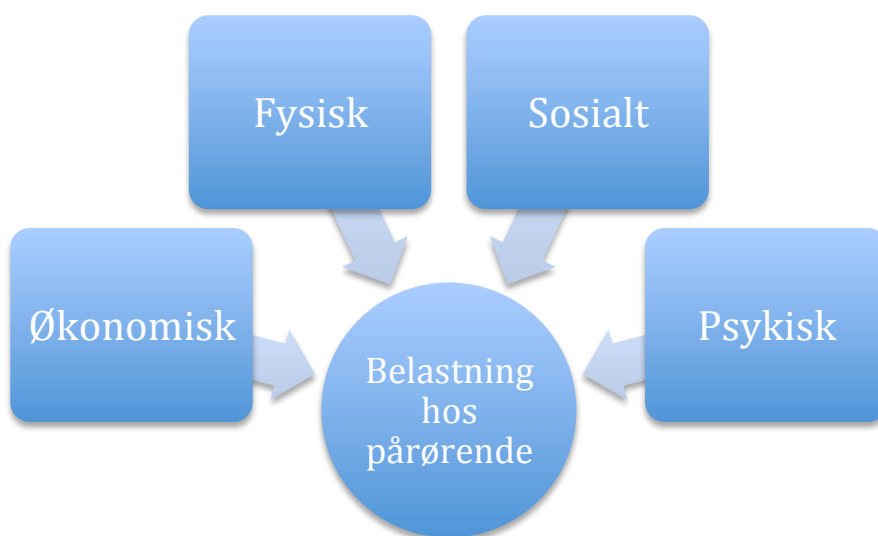


### 3.0 Teori

Innenfor feltene Yngre personer med demens og musikkterapi finnes det mye litteratur hver for seg. Her er det gjort et utvalg innen begge felt som gagnet oppgaven best. For eksempel under litteratursøket begrenset jeg ved å velge studier som ikke er eldre enn fra 2006. Nyere studier bruker oftere standardiserte måleinstrumenter og er mer spesifikke. Studiene skulle være på engelsk eller et skandinavisk språk og være innen klinisk og helse relatert forskning. Studiene i litteratursøket som omhandler musikkterapi og demens skulle også være gjort av utdannede musikkterapeuter. Teorien som blir presentert i dette kapitlet vil både bli brukt for å begrunne og støtte funnene mine i drøftingen og fungerer som bakgrunns materialet for temaet jeg har valgt. Dette vil si at noe av teorien vil bli bragt opp igjen i drøftingsdelen, mens annen teori, om musikkterapi og yngre personer med demens, har som funksjon å skape en bredere forståelse av tema.

#### 3.1 Yngre personer med demens

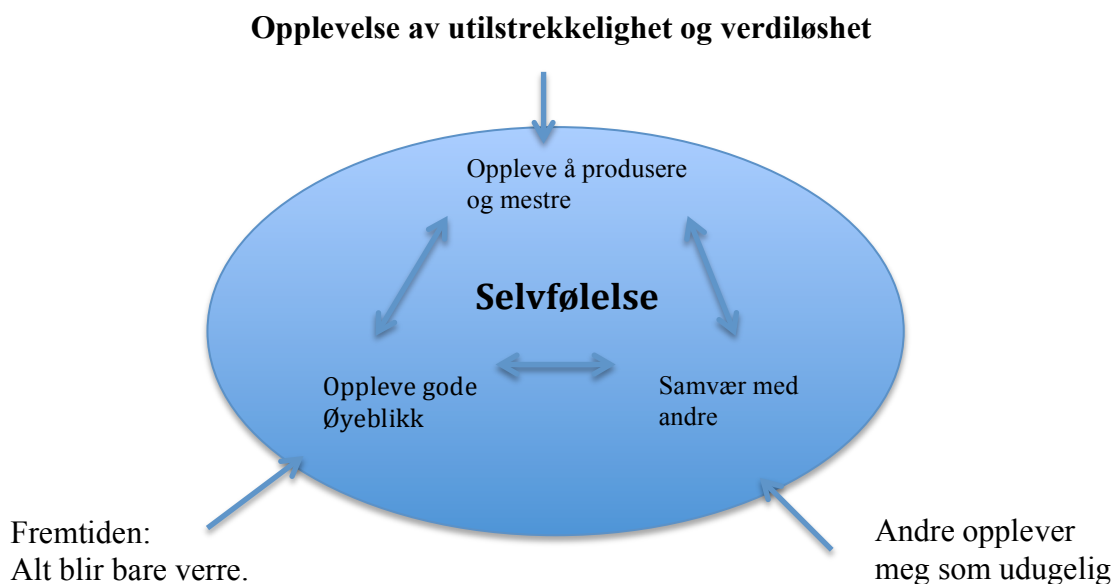
I Norge er det mellom 2000 og 3000 personer med en demenssykdom som er under 65 år (Haugen, 2012). Yngre personer med demens kan være helt nede i 30 års alderen, og er fortsatt aktive i arbeidslivet. De kan ha mindreårige barn, en ektefelle eller samboer som er avhengig av en omsorgsgiver i hjemmet. En slik demenssykdom kan få store konsekvenser for de nærmeste. Ens nærmeste får en sykdom som ikke kan kureres. Fremtiden blir usikker, rollene i familien blir endret og økonomien kan bli trang.



figur 3.1 Belastning hos pårørende til personer med demens (Bruvik, 2015)

Hvilke behov og ønsker yngre personer med demens og deres pårørende har i forbindelse med en demenssykdom vil det bli kommet tilbake til senere i oppgaven.

Yngre personer med demens mister førerkortet og kan oppleve tap av selvstendighet og frihet. Det å måtte slutte i arbeid vil også være tungt. Konsekvensene av dette er at en mister en mulighet til sysselsetting og det sosiale miljøet som en arbeidsplass har. Det vil kanskje også oppleves at familie og venner utenfor kjernefamilien ikke tar kontakt. Dette fører gjerne til at den nærmeste familien utgjør det sosiale nettverket. Å få demens i en ung kropp gir behov for aktivisering og deltagelse ute i samfunnet. En ønsker å være sammen med mennesker på egen alder. En ønsker å holde på med de aktivitetene og hobbyene en gjorde før, fordi det er noe en kjenner og er vant til. En ønsker å være mest mulig selvhjulpen, og ikke være en byrde for de rundt seg. I tidlig fase av sykdommen er de aller fleste bevisst sin egen svikt. Innsikt av tapte evner er meget belastende og kan ofte føre med seg depresjon. Apati og angst kan også forekomme uansett grad av innsikt. Det kan være tøft å bli konfrontert med dette i vanlige sosiale sammenhenger, og en slik innsikt kan veksle mellom ulike demenstyper (Haugen, 2012).



Figur 3.2 Demensutvikling og kampen for selvfølelsen (Hugen, 2012).

Alle personer med demens har et ulikt mønster av neurologisk svikt og en ulik livshistorie de tar med seg inn i sykdomsforløpet. Det er et samspill mellom forskjellige aspekter som vedkommende befinner seg i. I boken "Personsentrert demensomsorg, veien til bedre

tjenester” viser Brooker en modell som gjør det enkelt å forstå den stillingen som hver enkelt person med demens har.

**Demens = NS + H + B + P + SP**

NS = Nevrologisk svikt

H = Helse og fysisk tilstand

B = Bakgrunn – livshistorie

P = Personlighet

SP = Sosialpsykologi

*Figur 3.3: Den utvidede modellen for demens (Brooker, 2013).*

Frontotemporal demens og Alzheimers demens er de to hyppigste demenssykdommene hos personer med demens som er under 65 år. I gjennomsnitt lever en ung person med enten Alzheimers eller Frontotemporal demens rundt 5 til 10 år, og opptil 25 % vil være innlagt på sykehjem innen et år etter at diagnosen er stilt (Rosness, 2014).

### 3.1.1 Demenssykdommer

Personsentrert demensomsorg vil bli presentert senere i oppgaven. Først vil en generell gjennomgang av forskjellige demenssykdommer bli gjennomgått. Det finnes over 70 forskjellige medisinske tilstander der vår mentale evne blir svekket og kan føre til en demenssykdom. Vi kan dele dem i tre hovedgrupper: Degenerative demenssykdommer som inkluderer Alzheimers demens og demens ved andre neurodegenerative lidelser. Vaskulær demens som skyldes tilstoppinger eller blødninger i hjernens blodkar og Sekundær demens som skyldes andre lidelser for eksempel rusavhengighet (Myskja, 2006). Under vil de vanligste demenssykdommene hos yngre personer med demens bli presentert:

*Alzheimers sykdom* er den vanligste årsaken til den kognitive svikten hos eldre og yngre personer med demens og har fått sitt navn av den Tyske psykiateren og nevropatologen som identifiserte den i 1906 (Eckersley, 2011). Demens forårsaker at hjernens nevroner begynner å degenerere, og forstyrrer neurotransmittere som er et signalstoff som nevroner bruker for å kommunisere. Personer med Alzheimers produserer mindre av det vitale hjernekjemikalet acetylcholin. Dette er en neurotransmitter som bærer meldinger og instruksjoner mellom hjernecellene, som gjøre det mulig for oss mennesker å kommunisere. De regionene av hjernen som er spesielt berørt av Alzheimers inkluderer tinningslappen og hippocampus. Dette er områder som har ansvar for både lagring og uthenting av ny informasjon. Når disse

nervecellene er ødelagt og døde på grunn av Alzheimers, vil personen gradvis miste evnen til å gjøre seg opp en mening, huske, snakke og tenke logisk (Ibid). Noen av de som utvikler Alzheimers i tidlig alder har den sjeldne familiære typen, som kan være arvelig. Barn av foreldre som bærer denne sykdommen har en 50 % sjanse for å utvikle den også. Flesteparten av de som får Alzheimers får den midlertidig ikke på grunn av arvelig Alzheimers (Ibid). Alzheimers sykdom forekommer sjeldent hos de aller yngste (under 45 år). Og ved en demenssykdom i så ung alder (under 45 år) kan andre symptomer komme til uttrykk enn hos eldre (Hauge, 2012). Skadene er i tidlig fase lokalisert mer avgrenset i tinning og isselapp. Det vil derfor forekomme hukommelsessvikt, endring i språkforståelse, fungere dårlig i praktiske gjøremål og skrive- og regneevner. De kan bli deprimerte og oppleve angst. De blir passive og trekker seg tilbake fra det sosiale livet. De kan bli mistenksomme, få hallusinasjoner og en indre uro. Det er observert i noen studier at sykdomsforløpet går noe raskere hos yngre personer med Alzheimers demens enn hos eldre (Ibid).

*Frontotemporal demens* er den demensformen som er vanskeligst å diagnostisere. I tidligfase er det ikke alltid hukommelsesproblemer, vansker med å utføre aktiviteter eller språkvansker som er de første symptomene. Typiske symptomer kan komme i form av manglende initiativ, redusert evne til planlegging og problemløsning. Sykdommen gir også svikt i intellektuelle funksjoner og endring i atferd oppstår. Noen kan bli utagerende og urolige mens andre kan bli passive og tiltaksløse. Frontotemporal demens er den hyppigste forekomne demensdiagnosen før 50 års alderen og er mer vanlig hos menn enn hos kvinner (Ibid).

*Vaskulær demens* forårsakes av slag, hvor et spesifikt sted i hjernen er skadet eller flere små steder. Vaskulær demens kan også komme av skader på blodkar dypt inne i hjernen. Risikofaren for å utvikle denne typen demens er like høy som koronar- (hjerne-) sykdom og slag. Symptomer hos de yngre er redusert tempo både i motorikk og tankegang. De har vanskelig for å huske uten hjelpemidler og stikkord. De blir ofte deprimerte og engstelige, og noen kan få hallusinasjoner og bli mistenksomme (Ibid).

*Huntingtons sykdom* starter ofte i 30 til 50 års alderen og varer i gjennomsnitt 15 år. Dette er en arvelig sykdom som omkring 250 personer i Norge har denne sykdommen. Hos de fleste forekommer ufrivillige bevegelser i overkroppen, men ikke hos alle. Andre symptomer er hukommelsesproblemer og konsentrasjonsvansker, irritasjon, psykose, uro og utagering (Ibid).

*Alkoholrelatert demens* er oftest forårsaket av akutt mangel på vitamin B1(tiamin). Om pasienten ikke får behandling tidnok, vil det oppstå en varig mental svikt med redusert hukommelse og desorientering for tid (Ibid).

*Creutzfeldt-Jacobs sykdom* er en av flere sykdommer som har sammenheng med smittsom prionsykdom (en type proteiner). Symptomene er redusert hukommelse og orienteringsevne, samt tap av balanse og koordinering. Det vil også oppstå psykotisk atferd og hallusinasjoner. Denne demenssykdommen utvikler seg raskt og fører til død (Ibid).

*Lewy body demens* er en svært sjelden type demens hos yngre og er assosiert med proteintilskudd i nervecellene som skader dem. Tilstanden kan være vanskelig å oppdage og behandle. Det oppstår en markert reduksjon av acetylkolin i hjernebarken og av dopamin i det nigrostriatale system. Kliniske kjennetegn ved denne demenssykdommen er fluktuerende bevissthet, synshallusinasjoner og parkinsonisme (Årslund, 2002).

*Personer med Downs syndrom* er spesielt utsatt for å få demens i ung alder, hvor det spesielt forekommer etter 50 års alderen (Hauge, 2012).

### **3.1.2 Utredning, diagnostisering og oppfølging**

Å diagnostisere en ung person en mistenker har demens er en krevende prosess, og er en oppgave som ikke bør gjennomføres av helsepersonell som ikke har erfaring og kompetanse innen dette fagfeltet. Alle fagbøker anbefaler en god kartlegging av pasientens sykdomshistorie, og samtale med pårørende og pasient sammen og hver for seg for å få et helhetlig bilde av situasjonen må gjøres (Rossnes, 2014). En norsk studie ble gjort i 2008 (Ibid) og denne avdekket at det tok i gjennomsnitt 59,2 måneder å sette en korrekt diagnose hos yngre personer med Frontotemporal demens. For svenske eksperter tok det 49,5 måneder å sette diagnosen. Fem år er lang tid fra første symptomet oppstår. Feildiagnoser blir ofte stilt, som for eksempel depresjon, utbrenthet, økonomiske problemer, samlivsproblemer, alkoholmisbruk, midtlivskrise eller uspesifikke nevrologiske sykdommer. Under kartleggingen og utredningen av pasientene er en tverrfaglig vurdering viktig, og det beste vil være et diagnostisk team bestående av nevropsykolog, alderspsykiater, geriater og nevrolog. For å stille en diagnose kreves det forskjellige prosedyrer, og derfor forskjellige spesialister. Det er også essensielt med en dyktig sykepleier, ergoterapeut og sosionom for videre oppfølging i de utfordringene som sykdommen fører med seg (Ibid). I boken "En helt annen verden..." skriver Tretteteig (2008) om hvilke behov og ønsker yngre personer med demens og deres pårørende har i forbindelse med demenssykdommen. Det å ha en meningsfull hverdag er en utfordring både for pasient og pårørende. Alle pasientene som deltok i

Tretteteigs prosjekt var ute av arbeidslivet, men de fleste var i god fysisk form og ønsket aktiviteter som var tilpasset yngre personer og deres funksjonsnivå. De fleste kommunene som deltok i prosjektet hadde ikke gode nok tilbud (Ibid). Tretteteig foretok også en undersøkelse som omhandlet bruken av individuell plan (IP) for å dekke pasientens behov for koordinering av tjenester. En slik plan skal gi et helhetlig tjenestetilbud. Retten til en individuell plan er lovfestet i sosialtjenesteloven, pasienttjenesteloven, og lov om spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Tjenesteyterne må kontakte pasientens hjemkommune dersom det ønskes en IP (Ibid). I undersøkelsen ble 19 journaler til pasienter under 65 år gjennomgått. De hadde alle fått en demensdiagnose på hukommelsesenheten i 2005 og 2006. Og fokuset i gjennomgangen var hva som var journalført angående individuell plan. Resultatet av gjennomgangen:

|                    | Initiert IP | Ønsket ikke IP | IP "Ikke aktuelt" | Intet notat om IP |
|--------------------|-------------|----------------|-------------------|-------------------|
| Bor i eget hjem    | 5           | 1              |                   | 7                 |
| Bor i bofellesskap | 1           |                | 1                 | 2                 |
| Bor på sykehjem    | 1           |                |                   | 1                 |
| Totalt             | 7           | 1              | 1                 | 10                |

Figur 3.4 Journalgjennomgang av IP (Tretteteig, 2008)

“I prosjektet Demensomsorg i Norden ble det registrert kun 80 tiltak til sammen i Danmark, Island, Norge og Sverige” (Haugen, 2015, s.26). En annen studie utført av *Nasjonale kompetansesenter for aldring og helse* i tre norske fylker ble det vist at det med få unntak ikke fantes tilrettelagte tiltak for yngre personer med demens og deres pårørende (Ibid). Den største utfordringen er å informere om at demens faktisk forekommer hos yngre personer. Å spre kunnskap skal ikke bare vektlegge sykdomsforløpet, men også fokusere på pasientens livskvalitet og hvordan man kan legge forholdene til rette for at yngre personer med demens skal ha en best mulig hverdag (Ibid). Både personen med demens og deres familie trenger god oppfølging og individuelle behandlingstiltak som omfavner de spesifikke situasjonene som oppstår. Det er viktig med et godt støtteapparat og gode utviklede tiltak for yngre personer med demens og deres pårørende gjennom sykdomsprosessen.

### 3.1.3 Personsentrert demensomsorg

Det var professor Tom Kitwood (1993) som i sitt arbeid med personer med demens først brukte begrepet *personsentrert omsorg*. Kitwood hadde stor innflytelse innen utviklingen av

de teoretiske argumentene for personsentrert omsorg. Han snakker om en ny omsorgskultur hvor demensomsorgen er bygget på et tydelig verdivalg der personen med demens ikke blir redusert til et biomedisinsk fenomen der man fokuserer på sykdom, men som et likeverdig menneske med rettigheter, behov, tanker og følelser. Personer med demens skal oppleve å ha en best mulig hverdag. Kitwood skriver at status er noe som blir gitt et menneske av andre mennesker. En god demensomsorg vil ønske å opprettholde personlig integritet uansett hvor kognitivt svekket pasienten er. Atferd har mening, og er et forsøk på kommunikasjon. En høy grad av utfordrende atferd, fortvilelse eller apati er vanligere i et omsorgsmiljø som ikke støtter opp om personvernet. Det er derfor viktig å forstå personens kvaliteter og verdsette dem. Personens livserfaringer og den kartleggingen av personlighet og interesser som blir gjort av pasienten skal tas i bruk i behandlingen. En må bygge opp under de evnene og ressursene som er intakte og jobbe for at pasientene opplever mestring. Det må legges vekt på positiv samhandling og gode relasjoner innenfor et trygt miljø, samtidig som det legges opp til å jobbe med tapsopplevelser og andre psykologiske skader (Ibid).

Dawn Brooker (2013, s.9) har skrevet om dette temaet der hun presenterer en nyere definisjon av personsentrert omsorg, beskrevet i fire hovedelementer:

1. *Verdsette personer med demens og pleierne som har omsorg for dem – rettigheter og krav skal ivaretas uavhengig av alder eller kognitiv funksjon.*
2. *Behandle personer som enkeltindivider – alle personer med demens har en unik bakgrunn og personlighet, unik fysiske og mentale evner samt unike sosiale og økonomiske ressurser. Disse faktorene påvirker hvordan de reagerer på nevrologisk svekkelse.*
3. *Forstå verden fra perspektivet til personen med demens – den enkeltes erfaringer har sin egen psykologiske verdi, personer med demens handler og oppfører seg ut ifra dette perspektivet, og en empatisk tilnærming til dette perspektivet utgjør et terapeutisk potensial.*
4. *Erkjenne at all menneskelig atferd, også atferd hos mennesker med demens, har sitt grunnlag i mellommenneskelige relasjoner, og at personer med demens har behov for et berikende sosialt miljø som både kompenserer for svakheten deres og gir muligheter for personlig vekst.*

Disse fire delene kaller Brooker for ”elementene i personsentret omsorg” for å peke på at de også kan eksistere uavhengig av hverandre. Men når de settes sammen danner de definisjonen (Ibid).

En terapeutisk tilnærming for å fremme personsentret omsorg hos personer med demens har et økende antall aktivitetsbaserte intervensjoner. Reminisens for eksempel, som handler om å fremkalle gamle minner og erindringer hos pasientene, som er glemt på grunn av sykdommen. Personsentret kognitiv stimulering har gitt gode resultater. Men dette er ingen enkel oppgave og det finnes ingen fasit på hva som virker for hvem. Men at det er en meningsfull aktivitet er det ingen tvil om (Brooker, 2013).

Avslutningsvis i dette avsnittet om personsentrert omsorg presenteres del to av Brookers definisjon som omhandler individuell omsorg. Brooker legger vekt på noen nøkkelindikatorer som bør være på plass for å oppnå dette. Her nevner hun *plan for hver person, regelmessig evaluering, personlige eiendeler, individuelle preferanser, livshistorie, aktivitet og beskjeftigelse* (Ibid, s.34-35). Behov personer med demens har blir møtt ut ifra en individuell tilnærming. Brooker stiller også spørsmålet om individuell omsorg og personsentret omsorg er det samme. Brooker kommer frem til at individuell omsorg er et mer snevert begrep enn personsentrert omsorg, hvor argumentasjonen ligger i at individuell omsorg bare retter seg mot de individuelle behovene personen har ved å være pasient. En kommer i fare for å bare se symptomene og sykdommen og ikke hele mennesket (Ibid).

### 3.2 Musikk og hjernen

Mange deler av hjernen er involvert i bearbeidelsen av musikkpersepsjon via øret og kroppen, i forskjellige former for musikkopplevelse. Når nevrologer studerer hjernens måte å bearbeide musikk på, kan de se at visse deler av hjernen er spesielt aktive i forhold til bestemte musikalske aktiviteter (Baker 2000). Kunnskap om hjernen er helt nødvendig for å forstå hvordan og hvorfor musikk kan brukes for å fremme helse hos demensrammede. Det er gitt gode bevis og dokumentasjon på effekten av musikk i terapi og medisin. God kunnskap om hjernen er viktig innenfor musikkterapi, fordi det er med på å støtte og begrunne de positive effektene musikkterapi har på mennesker som lider av en nevrologisk skade (Borchgrevink, 2008). Forskjellige funksjoner er lokalisert i ulike deler av hjernen. Hjernebarken styrer avanserte funksjoner. De fremre deler av hjernen kontrollerer for eksempel planlegging, atferd, motorikk, uttrykk og administrativ koordinering av hjernen. De bakre deler av hjernen inkludert tinningslappen kontrollerer sansning og persepsjon som er administrert fra fremre hjerne. Pitch og akkorder kontrolleres i høyre hjernehalvdel mens rytme kontrolleres i venstre (Borchgrevink, 2008). Begge hjernehalvdelene aktiveres derfor når man synger, og siden de



to hjernehalvdelene aktiveres samtidig kan det være med på å hjelpe start av tale for eksempel, ved at musikken kan være en brobygger mellom områder i hjernen som fungerer og de områdene som er skadet av sykdommen. Musikken har på den måten en innvirkning på både kroppen og nervesystemet (Ibid). Kroppen og hjernen går sammen i et kontinuerlig samspill mellom persepsjon, hukommelse, bevegelse og handling. Hjernens respons og bearbeidelse av lyd og musikk er integrert i dette samspillet (Bonde, 2014). Musikk sender impulser og informasjon gjennom hørselen og aktiverer oppmerksomheten, hukommelsen, forventning, følelser, bevegelse, og det er dokumentert gjennom forskning at positiv endring i hjerterytme, pust og svette kan forekomme (Ibid).

Audun Myskja (1999) skriver i sin bok ”Den musiske medisin” om det limbiske system, som er den delen av hjernen som er knyttet til våre følelser. Alle uttrykk for emosjoner og lengsler vil formidles og integreres via det limbiske system. Det er ikke knyttet til vanlig talespråk, men til våre mest grunnleggende uttrykk, som for eksempel smerteskrisk eller gledesutbrudd (Ibid). Emosjonelle responser på musikk er knyttet til belønningssystemet vårt og gir økt dopaminaktivitet og lystfornemmelse. Responser på musikk er knyttet opp til hvorvidt musikken er i stand til å vekke emosjonell respons, slik at belønningssystemet vårt aktiveres (Myskja, 2006). Vi vet at kjent musikk kan gi en god følelse og en opplevelse av trygghet.

*”I PET-studier har lytting til musikk som fremkaller lystfornemmelse, gitt tydelige responser i de paralimbiske områdene i hjernen inkludert området rundt hippocampus, områdene under frontallappene og under corpus callosum” (Ibid, s.28).*

Å tilby yngre personer med demens musikkterapi kan derfor tenkes å være en gunstig behandlingsmetode. Dette er godt begrunnet i kunnskapen vi har fra ny forskning av hjernen. Nyere studier av musikk og hjernen støtter betydningen av å bruke individualisert musikk til å roe ned, å lære og å mestre (Sacks 2011. Christensen, 2014). Ved individualisert musikk menes at pasientens musikksmak er kartlagt og den musikken som blir brukt er musikk pasienten har kjennskap og et godt forhold til. Nyere forskning viser også at musikk bruker store deler av hjernen og har direkte innvirkning på kroppen og nervesystemet vårt. Musikken sender informasjon og impulser og aktiverer for eksempel oppmerksomhet, hukommelse og emosjoner (Christensen, 2014). Dette er med på å understreke hvor viktig det er med god kunnskap om pasientens musikksmak og interesser. En personsentrert demensbehandling vil derfor være gunstig som nevnt tidligere i oppgaven.

### 3.3 Musikkterapi og demens

Det finnes oppfatninger helt fra antikken om musikkens kraft som virker harmoniserende på kropp og sinn, og det finnes mange fortellinger om musikkens helbredende kraft i historiske overleveringer fra mange forskjellige steder og tidsepoker (Myskja, 1999. Ruud, 1990). I musikkforståelsen de siste 30-40 årene har det skjedd en forandring fra musikk som objekt til musikk som kommunikasjon. Faget musikkterapi og musikkterapeuter har som arbeidsgrunnlag at alle mennesker har en eller annen form for musikalitet. En kan reagere følelsesmessig på musikk og bli emosjonelt beveget. Musikk er følelser, og kan fostre positivitet og tilhørighet gjennom det fellesskapet musikken kan skape, ved at en spiller og synger sammen (Ruud, 2001). Det er gjort tallrike studier som dokumenterer den positive effekten av musikkterapi med personer som er rammet av en demenssykdom (Wall & Duffy, 2010. Chatterton, Baker & Morgan. 2010). Det er gjort studier som har fokuset på forstyrret atferd (Chang et.al 2015. McHugh, et.al 2012), hvor resultatene viser at musikkterapi forbedrer betydelig destruktiv atferd. Det er også gjort studier som dokumenterer musikkterapiens positive effekt på livskvalitet, hvor det for eksempel er fokus på å opprettholde musikalsk og interpersonlig kontakt ved å sette pris på hver enkelt person og dens individualitet (Ridder, Stige, et. al (2013) Ridder, 2011. McDermott, et.al 2014. Witzke, et.al 2008).

Høyt intellekt eller kompliserte avkodningsteknikker er ikke nødvendig for å oppfatte musikk, og når man lytter til musikk aktiveres mange forskjellige deler av hjernen. Musikk når fram til områder i hjernen som vanligvis ikke er skadet av demenssykdom, og en kan se at mange områder av hjernen er aktive ved musikkaktivitet (Kvamme, 2008). Alle kulturer har sanger og rytmer som et hjelpemiddel til å lære barn for eksempel alfabetet, tall og annen nødvendig lærdom. Som voksne er vi også avhengige av å memorere enkelte ting, og vi kan bruke sang og musikk som et godt verktøy til dette. Lingvistiske evner blir assosiert med den venstre hemisfære, men også den høyre. Musikk gir en evne til å organisere, følge intrikate sekvenser, eller å holde store deler av informasjon i minnet. Når vi snakker, prater vi i en flyt og rytmisk strøm automatisk. Når denne automatikken forsvinner kan musikkens egenskaper vekke det til livet (Sacks, 2011). Det knyttes bånd når man synger sammen, og deler den spesielle påvirkningen musikken har. Musikk påvirkning kan gi god langtidseffekt hos personer med demens, som kan vare i timevis eller døgn. Dette står i motsetning til de med Parkinson for eksempel, hvor musikken kan hjelpe de med en mer flytende motorikk, men når musikken stopper, stopper flyten også opp (Ibid, 2011).

### **3.3.1 Humanistisk perspektiv på norsk musikkterapi**

Norsk musikkterapi er preget av et humanistisk grunnsyn (Ruud, 2008). Et humanistisk grunnsyn forstås som en måte å se verden og virkeligheten på. Menneskers fornuft, vilje og valg settes opp mot naturalismens begreper om natur, materier og determinisme. Gjennom et humanistisk perspektiv innenfor musikkterapien, hvor professor Even Ruud er og har vært en viktig premissleverandør i norsk musikkterapi, fokuseres det på kunnskapen om hvordan musikken virker på følelser og tanker. Gjennom fortolkning i musikken gir det holdepunkter for å forstå menneskers livsverden. Musikken blir et middel til å produsere assosiasjoner og metaforer som i terapien kan brukes til å utforske og synliggjøre livserfaringer. Relasjon og omsorg for individet og forholdet mellom terapeut og pasient kommer til uttrykk hvordan man velger å se på pasienten. Og med et humanistisk perspektiv på musikkterapi ønskes det å redusere mennesket som objekt, og anerkjenne mennesket og forstå det ut fra sin kontekst, historie, kultur og sosiale sammenhenger (Ibid).

### **3.3.2 Plassering av prosjektet innenfor en musikkterapeutisk tradisjon**

Bruscia (2014) deler inn musikkterapeutisk praksis i forskjellige praksisområder og behandlingsnivåer. Medisinsk musikkterapi har som mål å adressere pasientens behov og jobbe gjennom de følelsene som oppstår, interpersonlige, sosiale, spirituelle og økologiske problemer som oppstår for pasienten og familien under sykdoms- og behandlingsprosessen. Det er viktig for pasienten og de pårørende å jobbe gjennom redsler, frykt for død, skader og sykdom. Dette prosjektet plasseres under et medisinsk praksisområde hvor fokuset er å møte et bredt spekter av terapeutiske behov fra pasienten som har en alvorlig demenssykdom. Dette inkluderer alle anvendelser av musikk og musikkterapi som gir direkte behandling av den medisinske tilstanden og symptomene. Lengden av behandlingen blir bestemt ut fra den medisinske tilstanden og klientens behov i forhold til den (ibid).

Musikkterapien kan gjøre en stor forskjell for pasientens situasjon. Det vil derfor hevdes at praksisområdet går under det Bruscia beskriver, som et intensivt nivå. På dette nivået jobber musikkterapeuten sammen med representanter fra andre profesjoner som en likeverdig partner eller som hovedterapeuten. Musikkterapien integrerer målene til andre behandlingsmetoder inn i seg selv for å imøtekomme klienten behov (Ibid).

### 3.4 Teori om emosjoner, identitet, relasjon og mestring.

#### 3.4.1 Emosjoner

For yngre personer med demens er det vanskelig å finne situasjoner der det er naturlig å samarbeide, yte noe eller bare være i en aktivitet med andre mennesker. Mennesket er et sosialt vesen som trenger å føle seg tilknyttet andre. Spesielt når det oppleves mye angst og uro. Mennesker trenger å knytte bånd og ha tillit til andre. Det er et behov for å skape relasjoner i vanskelige stunder (Haugen, 2012). Det er også svært viktig å delta på meningsfulle aktiviteter og føle at man deltar i sitt eget liv og utgjør en forskjell. Personer med demens står i fare for å bli sosialt isolert, selv i et bofellesskap (Tretteteig, 2008). De har menneskelige behov som må dekkes og de trenger å bli gjort del av et sosialt fellesskap, enten fysisk eller verbalt. Det må legges til rette for en slik inkludering der det ellers ikke ville skjedd (Brooker, 2013) Moderne musikkterapi er basert på filosofisk refleksjon, empirisk dokumentasjon, historiske teorier og vitenskapelig tenkning. Vi ser på musikken som kroppens og følelsenes språk som blir et redskap til å skape interaksjon med omverdenen. Gjennom musikken skapes en vei til erkjennelser og følelsesmessige opplevelser. Bonde (2009) refererer til den biologiske psykologen Trevarthen som kom frem til en teori om barnets medfødte kommunikative musikalitet og den primære intersubjektivitet. Evnen til å kommunisere med andre er medfødt og aktiv fra fødselen (Ibid). En beveges av musikken på et indre kroppslig plan, der en i høy grad styres av musikkens vitalitetsdynamikk. Den psykodynamiske psykologen Daniel N. Stern snakker om vitalitetsaffekter i boken ”Spedbarnets interpersonlige verden” (2010). Dette handler om hvordan spedbarn kan oppleve verden, og hvordan de har medfødte følelser av å være levende. Vitalitetsaffekter skjer ved aktivisering av følelser og oppleves som dynamiske forskyvninger eller strukturerte forandringer i oss selv. Disse følelsene som opptrer er vanskelige å definere, men beskrives best ved dynamiske, kinestetiske termer som ”økende, hendøende, flytende, eksplosive, crescendo, decrescendo, bristende, langtrukket” (Ibid). Stern hevder at arousal er en forutsetning for å erfare vitalitetsformene, og definerer begrepet som ”å bli satt i bevegelse fysisk, mentalt eller emosjonelt. Musikk kan være et verktøy for å møte de forskjellige vitalitetsformene. Mennesker med en funksjonshemming trenger hjelp til å regulere følelser. I dette forskningsprosjektet ble pasientenes følelser matchet og inntonet av musikkterapistudenten, ved å spille musikk pasientene kjente fra før, og kunne gjennom den tilby en felles musikkopplevelse. Musikken gir tilgang på eksisterende følelser og blir brukt til å skape, regulere og opprettholde en mangfoldighet av emosjoner hos pasienten (Bonde, 2009).

### 3.4.2 Identitet

Identitet er noe vi skaper gjennom de historiene vi forteller om oss selv, forteller Ruud (2009) i boken ”Musikk og identitet”. Han fortsetter med å skrive at ved å velge blant viktige minner og opplevelser som berører oss, og sette dem sammen på nytt, skaper vi et bilde av oss selv hvor vi føler sammenheng, kontinuitet og mening (Ibid).

*”Si meg hvilken musikk du liker... og jeg skal ikke påstå å vite hvem du er, Men fortell meg historiene om dine minner om musikk, så skal det bli tydeligere hvor du kommer fra og hører til, hva du beveger deg i retning av og holder for viktig her i livet” (Ibid, s.11).*

Ruud beskriver hvordan vår identitet er knyttet til vår avgrensning og posisjon i et sosialt rom. Vi viser hvordan vi er forskjellig ved å avgrense vår individualitet og vise oss annerledes fra andre mennesker. Ruud påstår at musikk inntar en sentral rolle som sosialt selvdefineringsmiddel. Videre referer Ruud til Martin Stokes, og skriver at de relasjoner som aktiveres gjennom musikk kan skape en sterk affektiv opplevelse hvor sosial identitet er innrammet. Gjennom å oppleve seg selv sammen med andre mennesker i meningsfulle aktiviteter vil kunne fremme livskvalitet og helse (Ibid).

Sacks (2011) skriver i boken ”Musicophilia” at identitet er robust og grunnleggende, dypt inngrodd i vårt nervesystemet, og mener det aldri vil forsvinner helt, så lenge det er noe mentalt liv igjen. Dette kan man forvente når oppfatning, handling, følelser og tanker har formet strukturene i hjernen fra begynnelsen av og oppfattelsen av musikk er bevart, selv når sykdommen er avansert. Musikkterapi med personer med demens søker å adressere følelsene, de kognitive egenskapene, tanker og minner.

*”Identitet handler om at du må vite hvem du er, hva du synes om deg selv og hvordan du tenker. Ettersom minner viskes bort og språkvanskene blir verre, er det ofte de som omgås personen med demens, som gir vedkommende identitet” (Brooker 2013, s.72)*

Livshistorien til den demente må opprettholdes og en tilknytning til fortiden. Identitet styrkes gjennom respekt, aksept og ros (Ibid). Musikken brukes for å stimulere individuelle egenskaper og bringe personen tilbake til seg selv. Dette er mulig på grunn av musikalsk persepsjon, musikalsk sensitivitet, musikalske følelser og fordi musikalske minner kan bevares lenge etter at andre former for minne har forsvunnet. Musikk av riktig type kan brukes til å orientere og forankre en pasient når nesten ingenting annet kan. (Sacks, 2011).

Sykepleieforskeren Linda Gerdner utviklet metoden individualisert musikk og mente at dette kunne støtte orienteringsevnen ved å koble til meningsfulle minner. Det er altså veldig viktig å gjøre en grundig jobb med å finne hva slags musikk som er meningsfull for deltakerne (Gerdner, 2000).

*”Vi kobler klingende musikk til musikk vi har hørt før, til etablerte koder eller skjema. Musikk inneholder derfor vanligvis mye kjent informasjon. Ofte vil også en spesiell sang eller melodi gi assosiasjoner til helt konkrete hendelser og vekke episodisk og/ eller selvbiografisk hukommelse.”* (Kvamme, 2013 s.37).

Ikke alle pasienter med demens er spesielt begavet innenfor musikk. Likevel, og uten unntak, beholder de sine musikalske evner og musikksmak selv når andre mentale evner er blitt sterkt svekket. De kan kjenne igjen musikk og reagere følelsesmessig på den (Ridder, 2014).

*”Ofte beskrives musikk som den sidste ressource, da musikk selv hos svært svækkede mennesker kan vekke genkendelse og skabe sammenheng og mening”* (Ibid, s.319).

Tradisjonelt er musikkterapi for personer med demens å spille og synge gamle og kjente sanger (Ridder, 2005). Med deres spesielle og spesifikke melodier, form og emosjon, vekker de personers minner, respons og inviterer til deltagelse (Ibid).

*”For å opprettholde identiteten hos den demensrammede må omsorgsgiveren ha et detaljert kjennskap til den demensrammedes livshistorie, slik at når personen selv ikke kan huske sin identitet pga. hukommelsessvikt, kan den opprettholdes av omsorgsgiveren”* (Ibid, s.15).

### **3.4.3. Relasjon**

I norsk musikkterapi arbeides det mot at terapeut og pasient går inn i et likeverdig forhold, der begge har mulighet til å påvirke samspillet. Vi er relasjonelle vesener som betyr at vi finner vår menneskelighet og humanitet gjennom felleskap med andre (Trondalen, 2008).

*”Selvopplevelse og samskaping blir til gjennom en utveksling av følelser og musikalske gester i et medlevende musikalsk-relasjonelt nærvær på det praktiske plan”* (Ibid, s.31).

I artikkelen ”Improvisasjon i et dialogisk kommunikasjonsperspektiv” belyser Gro E. Hallan Tønsberg (2010) hvordan vi kan betrakte musikalsk improvisasjon som intersubjektiv deling og som en rendyrket dialogisk måte å forholde seg til hverandre på. Sårbare mennesker trenger hjelp til å skape bro mellom seg selv og omverdenen. De trenger hjelp til å oppleve sammenheng, mening og til å finne grunnleggende trygghet. Det må legges vekt på gode relasjoner innenfor et trygt miljø, samtidig som det legges opp til å jobbe med tapsopplevelser og andre psykologiske skader (Kitwood, 1993). Mennesker trenger å bli sett av andre mennesker, bli hørt og lyttet til.

Evnen til å forholde seg til musikk bevares mye lengre enn andre kognitive funksjoner, på grunn av hjernens måte å oppfatte musikk (Ridder, 2014). Musikk blir derfor ofte beskrevet som den siste ressursen, ved at det selv hos svært svekkede mennesker kan vekke gjenkjennelse hos pasienten. Gjennom dette kan musikk bli forutsetningen for å inngå i et fellesskap og få dekt grunnleggende psykososiale behov (Ibid). Stensæth (2006) trekker inn Bakhtins dialogfilosofi som sidestiller eksistens og dialog med fenomenet kommunikasjon. Det å være dreier seg om fellesskap og vi har et etisk ansvar å forhindre at mennesker isoleres men opplever fellesskap med andre mennesker. Dette leder meg inn på et tema om gruppemusikkterapi med yngre personer med demens. Å bygge opp et musikktilbud som gjentar det samme innholdet hver gang, skaper trygghet (Kvamme, 2006). Under praksis på Villa Enerhaugen sykehjem ble det gitt musikktilbud i gruppe hos to avdelinger, som vil beskrives i kapittelet ”Musikktilbudet” senere i oppgaven. Gruppemusikkterapi gir en mulighet til å være sammen på, som er annerledes enn de måtene pasientene er sammen på til vanlig på institusjonen. Kjølstad (2004, s.9) skriver at:

*”I gruppepsykoterapi forsøker vi å omsette kunnskap om mennesker og grupper til samhandling som kan hjelpe gruppemedlemmene til å kjenne trygghet, tilhørighet og fellesskap sammen med andre, styrke evnen til konstruktiv samhandling med andre mennesker, og til å høste positive erfaringer som i hvert fall delvis kan kompensere for negative opplevelser i andre grupper”*

Mennesker trenger å knytte bånd og ha tillit i relasjon til andre. Fokuset i dette prosjektet er ikke gruppemusikkterapi, men individuell terapi, og det vil derfor ikke gås dypere inn på dette temaet, men det er viktig og nevne og argumentere for denne måten å jobbe på.

#### 3.4.4 Mestring

For at pasientene skal oppleve mestring i musikkterapien er det noen vesentlige aspekter som må være på plass. Randi Rolvsjord (2008) skriver om et ressursorientert perspektiv i musikkterapien som går ut på å fokusere på pasientens ressurser og egenskaper, og gjennom å finne pasientens individuelle styrker og potensiale som kan engasjere de til å bruke sine musikalske ferdigheter og oppleve mestring. Rolvsjord refererer til Antonovskys alternative tilnærming til forståelse av helse og terapi som går ut på å forebygge, mer enn å kurere sykdom. Dette blir kaldt den salutogene modellen som sikter på å gjøre mennesker bedre rustet til å mestre sykdom.

*”Antonovsky understreker betydningen av å finne mening, sammenheng og å ha kontroll (sense of coherence) over ulike typer stressituasjoner for å bedre mestre dette (sykdom) og opprettholde en god helse” (Ibid, s.126).*

Når sykdom rammer oss og livet blir snudd på hode kan en ressursorientert musikkterapi ikke nødvendigvis forstås som bare den effekten den har på sykdom og problemer, men først og fremst en ressurs som kan hjelpe pasienten til å mestre situasjonen, og gi glede ved at pasienten kan vise sine sterke sider. Rolvsjord understreker noen aspekter som må være til stede, for å beskrive ressursorientert musikkterapi. Disse aspektene er; anerkjennelse og stimulering av sterke sider og ressurser, vektlegging av samspillet mellom individ og samfunn, likeverdig relasjon som betoner samarbeid, medbestemmelse og en forståelse av musikk om en helseressurs. Ruud (2008) snakker om mestringsopplevelser og knytter det til bedre selvtillit og større tro på seg selv og egne evner.



## 4.0 Musikktilbudet på Villa Enerhaugen Sykehjem

I dette kapittelet vil prosessen med å starte opp egenpraksis på Villa Enerhaugen sykehjem med yngre personer med demens bli gjennomgått. Det vil bli forklart hvordan et musikktilbud ble utviklet av meg som musikkterapistudent, for yngre personer med demens. Praksis vil bli beskrevet, for å vise et eksempel på hvordan en kan gå frem og jobbe med denne pasientgruppen. Dette blir også gjort for at datamaterialet som er samlet inn under dette forskningsprosjektet skal bli mer forståelig. Denne beskrivelsen av praksis og fremgangsmåte er ingen fasit på hvordan en skal starte opp og drive et musikktilbud for yngre personer med demens, men tenkt som et bidrag til ideer og refleksjon til andre som vil komme i samme situasjon og skal starte opp et lignende tilbud i fremtiden. Det må også poengteres at undersøker ikke er utdannet musikkterapeut, men student under dette prosjektet, og kaller derfor dette tilbudet for musikktilbudet, og ikke musikkterapitilbudet, selv om det ble jobbet bevisst, terapeutisk under prosjektet.

### 4.1 Villa Enerhaugen sykehjem

Villa Enerhaugen er et av få sykehjem i Norge med spesialavdelinger for yngre personer med demenssykdom. Dette tilbudet har eksistert siden 2003. På Villa Enerhaugens hjemmeside (<https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/eldreomsorg/sykehjem-og-dagsenter/alle-sykehjem/villa-enerhaugen/>, 21.04.16) kan en lese at de legger vekt på et tverrfaglig samarbeid og har et personale bestående av mange forskjellige fagpersoner. Alle pasienter har en primærkontakt og en tjenestestansvarlig sykepleier. De har et fokus på at pasientene skal ha best mulig livskvalitet og minst mulig medisiner (Sandberg, 2009). Det å få demens i ung kropp er noe helt annet enn å få det i en gammel kropp, og målet på Villa Enerhaugen er høyest mulig funksjonsnivå innenfor den enkeltes muligheter og begrensninger. Ukeplanen med aktiviteter tar utgangspunkt i den enkeltes interesser og funksjonsnivå, og er med på å gi et individuelt tilpasset tilbud. Sykehjemmet har forskjellige avdelinger hvor pasientene er plassert etter demenssykdom og funksjonsnivå.

Musikktilbudet ble en aktivitet som passet godt sammen med de tilbudene som allerede befant seg på huset. Ut fra beskrivelsen av målsetninger Villa Enerhaugen sykehjem har for sine pasienter, kan en tenke seg at musikkterapi er et godt tilbud. Humanistisk musikkterapi, med sin individuelle, ressursorienterte tankegang dekker mange av disse målsetningene for økt opplevelse av bedre helse og livskvalitet hos pasientene. Det hadde vært et musikkterapitilbud

på Villa Enerhaugen sykehjem tidligere i en periode, men det hadde ikke blitt noe fast tilbud ut av det.

## **4.2 Bakgrunn**

Interessen for pasientgruppen, yngre personer med demens, startet høsten 2013, da den ble presentert for meg av en musikkterapeut som hadde hatt et kort musikkterapiprosjekt på Villa Enerhaugen sykehjem. Denne pasientgruppen hadde jeg ikke hørt om tidligere og engasjementet for å lære mer om dette startet. Jeg hadde tidligere kun kunnskap om musikkterapi og aldersdemens. Prosjektbeskrivelsen til masteroppgaven ble skrevet med fokus på yngre personer med demens, og Rita S. Frisk ble informert om ønsket om en egenpraksis på Villa Enerhaugen sykehjem. Sykehjemmet ble kontaktet og de ga positiv tilbakemelding til prosjektet. Høsten 2014 ble det foretatt et informasjonsmøte mellom Norges musikkhøgskole og Villa Enerhaugen sykehjem, hvor avtale om praksis og kontrakt ble utarbeidet og underskrevet, hvor mål og ønsker for praksis ble beskrevet. Egenpraksis startet våren 2015.

## **4.3 Prosess**

### **4.3.1 Etablering av praksis**

Oppstart av praksis var under vårsemesteret, hvor musikktilbudet skulle foretas og utvikles en gang i uka, fordelt over 11 uker. Fokuset under oppstarten lå på de erfaringene som ble gjort, og ta lærdom av det en gjorde riktig og det en gjorde feil, være åpen for konstruktive tilbakemeldinger, og nye utfordringer. Disse erfaringene som ble gjort vårsemesteret ble grunnlaget for utviklingen av musikktilbudet som ble startet opp på forskjellige avdelinger på Villa Enerhaugen sykehjem.

Høsten 2015 ble praksis på nytt startet opp på Villa Enerhaugen, samtidig som innsamling av data til forskningsprosjektet skulle innhentes. Her var faste rammer allerede satt rundt praksis og prosjektet. Dette semesteret var det praksis en dag i uken, i 10 uker, hvor det ble gitt musikktilbud for to faste grupper og to enkeltpersoner som var informantene i prosjektet. Disse musikktilbudene vil bli beskrevet nærmere nedenunder. Jeg hadde god veiledning fra Rita S. Frisk som var praksisveileder, og gjennom denne prosessen hadde det utviklet seg et musikktilbud med en bevisst måte å jobbe på, hvor konkrete musikkterapeutiske metoder ble benyttet.

### 4.3.2 Musikktilbudets terapeutiske tiltak og mål

Da musikktilbudet skulle etableres ble inspirasjonen til de terapeutiske tiltakene hentet fra litteratur og tidligere studier. Hanne Mette Ridder (2005) gjorde en litteraturgjennomgang om musikkbruk med demensrammede i boken ”Musikk og demens, musikaktiviteter og musikterapi med demensrammte”. Ridder presenterer 19 forskjellige musikkaktiviteter og musikkterapeutiske tiltak.

Først og fremst ble de viktigste rammene rundt musikktilbudet lagt. Musikktilbudet var et ressursorientert tilbud som skulle gå til både grupper og individuelle pasienter på Villa Enerhaugen sykehjem.



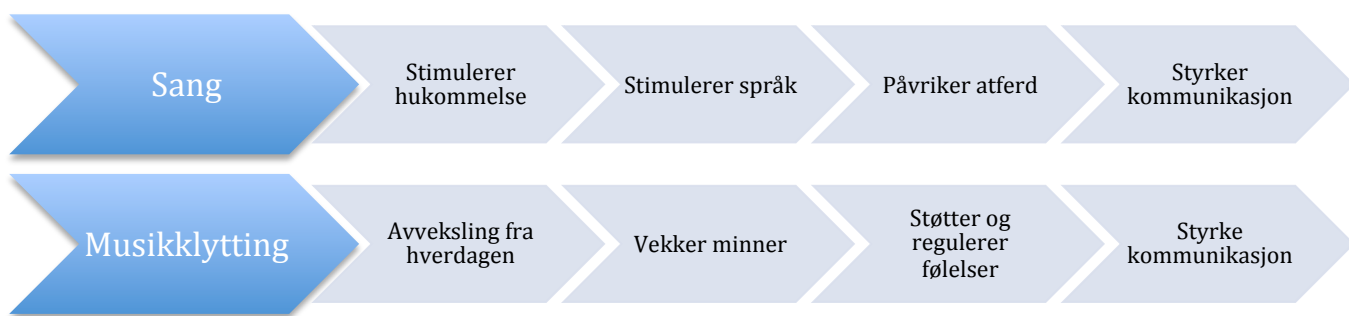
Figur 4.1 Musikktilbudet

I gruppemusikktilbudet ble det et mål å skape en trygg ramme hvor det ble mulig for pasientene å delta i et fellesskap. Videre mål ble å skape kommunikasjon, kognitiv, fysisk og sosial stimulering, og regulering av emosjoner. I det individuelle musikktilbudet ble det i stor grad mulig å ta vare på den enkeltes behov. Ved å møte og inntone seg pasienten, jobbe terapeutisk og ressursorientert, for å oppnå en god relasjon.



Figur 4.2 Mål for musikktilbudet

Det finnes en utstrakt empiri rundt anvendelse av musikk i demensomsorgen (Ridder, 2005, 2014. Myskja, 2005. Kvamme 2008, 2013). De forskjellige musikkaktivitetene som ble benyttet var å synge sammen, synge alene, lytte til musikk, danse og spille på rytmeinstrumenter. Enkelte musikkaktiviteter ble gjort oftere enn andre, som for eksempel å synge sammen og lytte til musikk. De terapeutiske målene i musikktilbudet ble:



figur 4.3 Musikkaktiviteter

#### 4.3.3 Etableringen av et gruppemusikktilbud

Ved egenpraksisens oppstart våren 2015, besto hver praksisdag av fire forskjellige musikktilbud på Villa Enerhaugen sykehjem. Disse tilbudene var fordelt på to avdelinger, og besto ofte av to grupper, hvor den ene var fast hver gang, den andre litt mer tilfeldig, avhengig av hvem som befant seg i fellesrommet akkurat den dagen. De to andre musikktilbudene var individuelle timer hvor det ble spurt ansatte hvem det var greit å besøke. De individuelle timene vil bli beskrevet senere i kapittelet. Videre kommer en kort beskrivelse av gruppemusikktilbudet som ble etablert, rammene rundt, valg, mål, tanker og ideer.

Gruppetilbud gir en mulighet til å være sammen på, som er annerledes enn de måtene pasientene er sammen på til vanlig på sykehjemmet. Gruppemusikktilbudet hadde oppstart helt i begynnelsen av praksisperioden på en avdeling hvor pasientene fortsatt er på et nivå hvor de kan gå, prate og delta i dagligdagse aktiviteter. Musikktilbudet foregikk i fellesarealet rundt et kaffebord hvor pasientene brukte å sitte til vanlig. Varigheten var mellom 40 til 60 minutter en gang i uken rett etter frokost. Mellom 5 og 10 pasienter deltok hver gang, pluss de ansatte som var tilstede. Deltagernes musikkpreferanser ble funnet ved å samtale med jevnaldrende bekjente. En perm med sanger og besifring ble utarbeidet.

Musikkterapistudenten spilte gitar og hadde lagret en del musikk på telefonen. Det ble også brukt YouTube når det kom sangønsker som var ukjente. Etter bare noen uker i praksis ble innholdet i sangpermen endret en god del hvor sanger pasientene hadde ønsket seg ble satt inn, og sanger som ikke falt i smak ble tatt ut.



Et musikktilbud i gruppe med yngre personer med demens ble et naturlig samlingspunkt. Musikken og den dialogen som sprang ut av den stod sentralt i gruppen, for å skape trygge rammer, tilhørighet og fellesskap. Målet var å jobbe individbasert i gruppen ved å kartlegge musikkpreferansene til alle pasientene og bruke musikken bevisst til å møte hver enkelt i gruppen samtidig som det ble jobbet mot å skape kontakt, relasjon og et meningsfylt fellesskap. Ofte kom ansatte bort og fortalte at dette ikke var en gruppe mennesker som gikk godt overens til vanlig. De var overasket at de greide å sitte så lenge sammen, og at det var noe spesielt med musikken som fikk pasientene til å holde fokus rundt et felles mål, og holde motivasjonen og den positive innstillingen, hvor alle mer eller mindre deltok over lengre tid.

Det ble ikke delt ut sangbøker eller hefter med tekst. Fordelen med å synge uten sanghefte/sangbok er at det kan skape spontanitet, og den terapeutiske effekten kan øke. En hindrer at noen føler nederlag fordi de ikke klarer å se, følge med eller bla fort nok for å finne riktig side. Det ble ofte startet med sangens refreng, siden refrenget er det som sitter best igjen og er mest gjenkjennbart. Refrenget kunne gjentas flere ganger før sangen gikk videre til vers. Det ble også bare nynnet melodien av første vers for eksempel for å se hvem som var med på melodien og kjente til sangen. På den måten ble pasientene presentert sangen på en trygg måte sånn at terskelen for ordhukommelsen ble senket, og det å huske og synge teksten riktig ble ikke så farlig. For å være forberedt på om noen skulle ha spørsmål rundt sangene som ble sunget, ble det også tatt med bilder og noen faktasetninger om artistene inn i permene.

Gruppetilhørighet er et grunnleggende menneskelig behov. Alle mennesker trenger og søker tilhørighet til andre mennesker. ”Vi vil hevde at alle mennesker lengter etter å høre til i en eller flere grupper” (Kjølstad, 2004, s.15). I musikken kan flere mennesker synge samtidig

uten at meningen forstyrres, og følelsen av gruppetilhørighet forsterkes gjennom det å musisere sammen. Dette skiller seg fra det å snakke sammen, da må man vente på tur hvor én og én snakker om gangen og de andre er stille. Musikk skjer alltid i nuet og man er tilstede her-og-nå, og det som kommer frem gir grunnlag for hvor man skal gå videre for å møte pasientenes behov der og da. Gjennom musikkens muligheter til å vekke tidligere erfaringer og minner kan ressurser og erfaringer som man har glemt komme frem og gi meningsfulle øyeblikk. Dette styrket samholdet og nærværet i gruppen og atmosfæren var preget av trygghet, oppmuntring og en inkluderende holdning. For å vise dette klarere vil det gis et eksempel fra praksis i neste avsnitt:

#### **4.3.4 Praksiseksempel**

Det ble lagt merke til at en av deltagerne i gruppen var svært glad i "Blåveispiken" og hun sang med på alle fem versene av denne. Det var en av pleierne som jobbet der som tok den frem som et forslag. Det ble valgt å putte denne sangen inn i sangpermen, som et fast repertoar i gruppa, men bare tre av de fem versene av sangen ble tatt med i permen, som et bevisst valg, for å undersøke hva som ville skje når sangen sluttet før den skulle opprinnelig.

Sangen ble spilt på gitar, og pasienten var med fra første vers. Det ble holdt øyekontakt med pasienten gjennom store deler av sangen, og da de tre versene var sunget stoppet jeg opp og så på henne med et smil. "Nå kan ikke jeg flere vers" sa jeg, "kan du hjelpe meg?" Da fortsatte hun på vers fire mens de andre nynet melodien sammen med henne, deretter kom femte verset også uten problemer, uten at jeg måtte spørre. Pasienten hadde sunget solo og virket som forsanger for oss andre. De andre i gruppen applauderte, og roste henne, for den gode hukommelsen hennes, og fortalte henne hvor god hun var.

#### **4.3.5 Utvikling av et individuelt musikktilbud**

Under oppstart av praksis var det ingen fast plan, og tirsdager, som var praksisdagen, var egentlig en av sykehjemmets tur-dager. Derfor var mange av pasientene bortreist denne dagen. I starten var det mange av de ansatte som ble overasket over å se meg, og at jeg kom denne dagen. Dette kan tyde på for lite informasjon til de ansatte. Men med mye frihet og ingen satt timeplan, ble det brukt store deler av dagen på å gå rundt på sykehjemmet, banke på noen dører, snakke med ansatte om hvem de tenkte hadde hatt godt av et musikktilbud denne dagen. De individuelle musikktilbudene foregikk inne på rommene til pasienten, hvor de

bodde og hadde sitt ”private hjem”. Her inviterte jeg meg selv inn ved å ønske dem velkommen til å delta i musikken, spørre om de ønsket å delta, eller lytte. Jeg kunne også bare starte å synge en sang uten en dialog i starten. Hvilken tilnærming som fungerte best fant jeg ut etter hvert, dette var veldig individuelt. I individuell terapi kan en jobbe systematisk og fokusere kun på den ene pasienten og en har tid til å gå i dybden. For en pasient kan det være verdifullt og viktig å være den som blir sett og tatt på alvor over tid av en annen person. Det er et uforpliktende møte der en kan åpne seg opp for et annet menneske uten at det vil føre til krav om nye handlinger og erfaringer ute i den virkelige verden.

Gitaren var med og den samme sangpermen som i gruppemusikktilbudet ble brukt. De nye sangene pasientene foreslo ble notert, for å gjøre en grundig kartlegging av musikkpreferansene. Å spille og synge alle sangene en pasient kommer med gjennom en time kan bli for mye, men alle ble skrevet ned og det ble gjort et utvalg om det ble for mange å gripe over. En ansatt fortalte meg en dag at en av pasientene som hadde hatt individuell time med meg hadde fått en helt annen holdning, mer oppløftet og blitt mer positiv etter musikktilbudet. Dette hadde vedvart lenge utover dagen. Gjennom musikken kan pasienten jobbe seg gjennom mange temaer, følelser og minner som kommer frem. I neste avsnitt vil et eksempel fra praksis og en individuell time presenteres. Dette på bakgrunn av loggnotater.

#### 4.3.6 Praksiseksempel

Jeg spilte og sang en del sanger fra permen og sangboken: ”Den fyrste song”. Vi lyttet til ”Det lyser i stille grender”. Jeg spilte ”Can’t help falling in love”, og deretter lyttet vi til ”Love me tender” av Elvis. Deretter ba jeg ham opp til dans. Vi danset rolig, med små skritt, og nynet til sangen samtidig. Han levde seg inn i musikken, og ble revet ut av tid og sted. Det var et godt og fint øyeblikk. Han virket rolig og avslappet da vi var ferdig med dansen, og takket veldig. Han uttrykte hvor godt det var at jeg ville komme innom, siden det var så ensomt der.

Sitat fra pasient: ”*Jeg er jo frisk. Men det er så vanskelig i denne situasjonen. Jeg glemmer jo*”.

Vi samtalte en del, og han fortalte med noen historier fra livet sitt. Han virket veldig oppløftet etter timen og ønsket meg velkommen tilbake (logg 27.01.15).

#### 4.3.7 Musikken

Musikk er følelser (Ruud, 2001), og det er igjennom musikken det oppstår kontakt og samspill mellom pasientene og mellom musikkterapistudenten og pasientene. I gruppemusikktilbudet og i de individuelle timene bestod timene av kjente og kjære sanger av artister de fleste hadde hørt om og hadde kjennskap til fra da de var unge. Musikken var knyttet til minner og følelser, og av og til konkrete episoder fra livet. Under hver time ble det kort og enkelt forklart hva pasientene ble invitert med på, og hvilke enkle rammer og regler som befant seg innenfor denne musikalske rammen. For eksempel ble det før hver sang oppfordret til å synge eller nynne med om en kunne sangen. Hvis det hadde kommet et forslag om artist, kunne for eksempel pasientene gis en mulighet til å velge mellom to eller tre sanger fra denne artisten, ved at musikkterapistudenten leste opp tittelen på sangene, og henvendte meg tydelig til enkelte av pasientene. Musikkpreferanser og musikksmak er selvfølgelig veldig individuelt, og av og til i gruppene måtte det tas noen runder hvor det ble forklart at en er forskjellig og ikke alle kunne få høre det de likte best hele tiden, men at man måtte eventuelt vente på tur, og som regel gikk dette bra.

Avslutningsvis vil det bli presentert en liste med artister og enkelte sanger som ofte ble brukt, og observert at mange hadde et forhold til. Som nevnt tidligere er ikke dette tenkt som en fasit, men som en kilde til idéer og forslag i videre arbeid med yngre personer med demens. Artister, band og sanger som ofte ble sunget og lyttet til under musikkterapi praksis på Villa Enerhaugen sykehjem:

- Evert Taube - Rosa på Ball, Så skimrande, Brevet från Lillan, Flickan i Havanna, Sjösala Vals.
- The Beatles – Love me do, She loved you, I want to hold your hand, Imagine.
- ABBA – Dancing queen, Thank you for the music, Mamma mia og Waterloo.
- Elvis Presley – Love me tender, Trouble, Hard headed woman, Can't help falling in love with you, Always on my mind.
- Cornelis Vreeswijk – Deirdres samba, Balladen om herr Fredrik åker och den söta fröken Cecilia Lind.
- Alf Prøysen – Slipsteinsvalsen, Jørgen Hattemaker, Du skal få en dag i måra.



- Joe Cocker – With a little help from my friends.
- Joan Baez – Donna, Donna, We shall overcome.
- Kim Larsen – ”This is my Life”.
- Bob Dylan- Blowing in the wind.
- David Bowie – Hero.
- The Monkees – I’m a Believer.

Andre sanger og artister:

Fola, fola Blakken, Lillebrors vise, blåmann, Kjærlighetsvisa, Barn av regnbuen, Nidelven, Å eg veit meg eit land, Amazing Grace, Første løvetann, Gitarkameratene, Fredy King, Åge Aleksandersen og Erik Bye

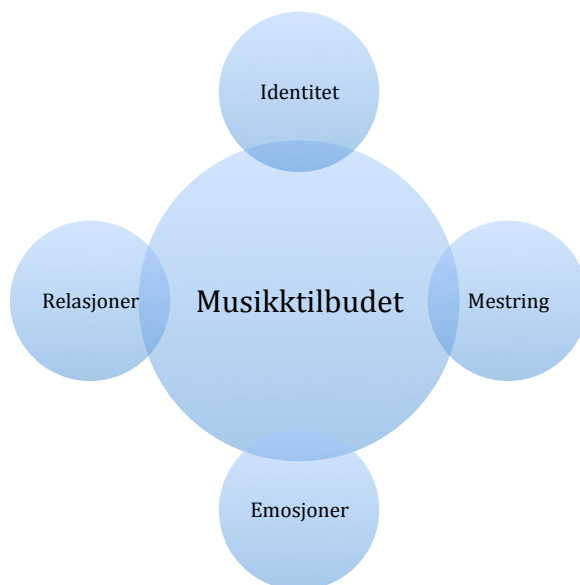
## 5.0 Funn

I denne studien er det lagt vekt på at pasientenes egen stemme blir hørt. Gjennom praksis er det gjennomført individuell musikkterapi med to informanter som fortsatt har mulighet til å uttrykke seg verbalt, og kan delta aktivt i musikken og dialogene. Informantene blir kalt Svein og Sigrid for å oppfylle kravene til anonymitet. Undersøker blir omtalt som musikkterapistudenten.

I dette kapittelet presenteres analyseresultatet og refleksjoner rundt dette. Gjennom analyseprosessen ble funnene delt i fire kategorier hvor utsagn og observasjoner ble passert. Disse kategoriene var:

- Emosjoner
- Relasjon
- Mestring
- Identitet

Som tidligere nevnt var informantene mine ganske forskjellige i sine uttrykksformer og tilstand. Fokuset i musikkterapitimene med de to informantene ble til en viss grad ulik fra hverandre. Svein var ofte nedtrykt, og viste mye følelser og ga uttrykk for disse. Musikken ga han ofte assosiasjoner til kunnskap han hadde om forskjellige temaer. Han hadde behov for nærhet og en trygg og god relasjon til musikkterapistudenten. Hvordan dette ble håndtert blir forklart i avsnittet om etiske refleksjoner. Sigrid var en glad og munter dame som stort sett var fornøyd med tilværelsene. Hun hadde stort utbytte av musikktilbudet. Musikk hadde vært en positiv del av hele hennes liv, som førte til at hun knyttet musikk opp mot gode minner og stadier i livet. Musikkterapi ble en aktivitet hvor hun opplevde mestring, ble sett og hørt og fikk ros og positiv tilbakemeldinger, noe som ga Sigrid et løft i hverdagen. Dette vil belyses nærmere ved å vise til sitater, refleksjoner og observasjoner som ble gjort. Videre vil disse funnene knyttes opp mot utvalgt teori og belyses videre i drøftingskapittelet.



Figur 5.1 Musikktilbudet.

### 5.1 Identitet

I musikkterapitimene med musikkterapistudent og informantene ble det observert at musikk har en unik egenskap. Musikken skapte assosiasjoner og minner hos informantene som ble en måte å styrke identitetsfølelsen deres. Ved å la musikken vekke til live følelser og minner fikk de satt ord på viktige historier om seg selv. Musikkpreferansen til informantene og de følelsene som var knyttet til denne, skapte en bro mellom tapt identitet og minner om seg selv. For eksempel kan det i neste avsnitt, som er et sitat fra en dialog mellom Sigrid og musikkterapistudenten vise hvordan Sigrid husket og fikk et bilde av seg selv gjennom dialogen om musikken. Like før denne dialogen foregikk, lyttet vi og så på ”The Tambourine man” av Bob Dylan på Youtube:

*Sigrid: Når sa du det var fra?*

*Musikkterapistudenten: 1964 tror jeg, ja 1964, det var lenge siden.*

*Sigrid: Ja det var lenge siden. Da var jeg 10 år. (latter)*

Videre observertes det i timen med Sigrid at hun hadde gode kunnskaper om den musikken hun hadde et forhold til da hun var yngre. Dette er ressurser hun fikk vist i timene. Dette får vi et eksempel på i neste gjengivelse av dialog fra praksis:

*Sigrid: Og “Blowing in the wind” er Bob Dylan*

*Musikkterapistudenten: m-m, det er det, det husket du vet du.*

*Sigrid: Ja, han synes jeg var fin.*

*Musikkterapistudenten: Han synes du var fin, er det noen flere Bob Dylan låter du synes er bra?*

*Sigrid: ja, jeg hadde jo mange Bob Dylan plater*

Vanskelige og såre minner kan også oppstå i musikkterapien. Det er viktig å ta tak i dette også, slik at en får satt ord på det. Det ble observert at Svein ofte var klar over sin egen svikt, og snakket om hvordan han opplevde seg selv redusert og annerledes fra tidligere. I neste sitat, fra en dialog mellom Svein og musikkterapistudenten, er et eksempel på hvordan musikken kunne være en måte å se seg selv på og bli bevisst på seg selv og den en er. Samtidig som det ga minner til den en var før, og faktisk fortsatt er.

*Svein: Hvor ble stemmen av?*

*Musikkterapistudenten: Snakker du om deg selv nå?*

*Svein: ja*

*Musikkterapistudenten: Du hadde en fin stemme før, er det det du sier?*

*Svein: Ja, jeg hadde det altså*

*Musikkterapistudenten: Sang du masse?*

*Svein: Ja, det var alltid noen som spilte gitar, og jeg kunne litt den gangen, nå kan jeg ingenting.*

Svein hadde stor kunnskap om musikk og kultur, og det ble observert at han hadde mye kunnskap om artister og musikken han hadde et forhold til. Svein kom stadig med fakta om personer, steder eller hendelser som han knyttet opp mot musikken eller artisten vi hadde spilt.

*Svein: De kaltes for radiofantomene.*

*Musikkterapistudenten: Hørte du på de eller, på radioen?*

*Svein: Ja, det hørte jeg veldig mye på radioen, og sang "Jeg går og rusler på Ringerike".*

### **5.1.1 Refleksjon**

Musikken ga minner og assosiasjoner hos informantene, og det ble pratet om foreldre, ektefeller og deres livshistorie. I musikktilbudet hos Sigrid kunne det for eksempel observeres at den samme musikken, og den samme sangen vekket akkurat de samme minnene, hver gang

den ble spilt eller sunget. Mot slutten av perioden datainnsamlingen foregikk, kunne musikkterapistudenten nesten vite hva Sigrid ville fortelle etter en sang av Evert Taube. Dette er et konkret eksempel på at en spesiell sang eller melodi kan gi assosiasjoner til helt konkrete hendelser og vekke hukommelsen. Disse assosiasjonene til gamle minner og vekking av hukommelse, ble tatt tak i og spinnnet videre på i dialoger. Musikkterapistudenten tok seg god tid til å lytte til hva de hadde å fortelle, forstå og hjelpe dem hvis noe ble vanskelig. Både Sigrid og Svein fikk delt av livshistoriene sine. Det ble observert gjennom disse gode øyeblikkene hvor informantene fant ”brikker av seg selv”, ved å gjenkjenne melodier. På den måten fant informantene mye gjemt informasjon fra sin identitet som det ble mulig å hente frem ved hjelp av musikken.

## 5.2 Mestring

Gjennom gjennomgang av litteratur og teori ble musikkterapistudenten bevisst på hvor viktig det var med trygghet og klare rammer for å oppnå de mål som ble satt for timene med informantene. God og konsis informasjon og oppgaver som var tilrettelagt informantens nivå, slik at mestring var oppnåelig. Ved å ha vært bevisst på dette å sette klare rammer ble det mulig at informantene kunne styre mye av timene selv og velge den musikken de ønsket. Ofte sto informantene litt fast, for eksempel når de skulle velge hvilken sang de ønsket å synge/lytte til. Da ble det brukt en metode hvor det først ble bestemt artist, deretter lest opp to eller tre sanger fra denne artisten de kunne velge mellom. Dette ble observert som en god metode, hvor informantene kunne være med å bestemme, selv om det oppstod utfordringer. Under praksis var det tydelig at Sigrid hadde forstått at hun kunne få hjelp på denne måten.

*Musikkterapistudenten: Kan du komme på en låt?*

*Sigrid: Har du noen å velge mellom, så kan jeg.*

Det ble observert at Sigrid ble svært fornøyd og glad da hun fikk velge og komme med forslag til artister og sanger. Hun hadde sine favoritter hun ønsket seg ofte og etter nesten hver sang vi hadde spilt sammen, smiler hun bredt og sa at *den* husket hun. Sigrid fikk oppleve mestring og vist ressurser ved å huske musikken vi sang og spilte. Det ble tydelig at Sigrid trengte tilbakemelding og ble veldig stolt, glad og oppmuntret når hun ble sett og påminnet på hva hun var god på. Musikkterapistudenten ga ros og positiv tilbakemelding. I

slike situasjoner kunne Sigrid oppleve å være den som kunne mest, og satte med svarene. Dette kan vi se et eksempel på i neste sitat:

*Sigrid: Ja den husker jeg godt, har du noe Cornelius da?*

*Musikkterapistudent: Ja, så klart, Cornelius Kreswijk*

*Sigrid: Vreeswijk*

*Musikkterapistudent: Vreeswijk var det vet du, jeg sier alltid feil jeg.*

*Sigrid: Ler.*

Det ble observert at gjennom musikken fikk Svein en påminnelse og et bilde på hvem han var, gjennom musikken bidro dette til å styrke identitet og selvbilde. Ved disse oppdagelsen opplevde han mestring ved å kunne være seg selv og oppleve det positivt. Svein er en mann med stor kunnskap innen musikk og kultur, det ble observert at han opplevde disse egenskapene og ressursene ved seg selv som meningsfulle, og han brukte de aktivt. Det kom ofte en kommentar hvor han fikk vist at han hadde egne meninger og kunnskap om det som ble gjort.

*Svein: Jeg synes det er nydelig med litt musikk, men det må jo være noen som kan spille da.*

### **5.2.1 Refleksjon**

For yngre personer med demens er det vanskelig å finne situasjoner der det er naturlig å samarbeide med andre, yte noe eller bare være i en aktivitet med andre mennesker (Haugen, 2012). Det er derfor viktig for personer med demens å delta i aktiviteter og gode behandlingstilbud hvor de får muligheten til å oppleve mening og sammenheng i hverdagen. For musikkterapistudenten ble det tydelig at musikkterapitilbudet vekket en livslyst og gode følelser hos informantene. Dette ble en motiverende faktor hos Sigrid og Svein, noe som er viktig uansett hva det skulle være, for å kunne delta i aktiviteter og komme seg gjennom dagene. Denne gleden tolkes dit hen at informantene fikk positive opplevelser av å delta. Denne gleden og stoltheten som ble observert hos informantene, vokste ved positive opplevelser av å kunne mestre i dagliglivet. Å kunne delta i en aktivitet hvor de ble sett og hørt av et annet menneske, og få anerkjennelse på det de gjør, og at dette var bra, opplevdes å ha betydning for informantene. Musikkterapi er unik på den måten at den kan tilrettelegges det nivået pasienten befinner seg på. Musikkterapeuten må ha en forståelse for pasientens sykdomshistorie og nåværende situasjon. Terapeuten må undersøke hvor kognitivt

oppegående pasienten er, slik at de utfordringene som blir gitt er oppnåelig for pasienten å mestre. Selv om musikkterapeuter jobber ressursorientert, betyr ikke det at det ikke skal være fokus på sykdommen og begrensningene som finnes. Det er viktig å ha et godt overblikk og kunnskap om hele pasienten, slik at musikkterapien kan tilrettelegges på best mulig måte å dekke individuelle behov hos de forskjellige pasientene. På denne måten kunne informantene i dette prosjektet delta på lik linje som musikkterapistudenten. Vi var sammen om det vi gjorde, og balansen mellom hvem som styrte timen var jevnt fordelt mellom oss. Dette ble mulig ved at innholdet i tilbudet var individuelt tilrettelagt hver enkelt informant. Dialogen med informantene ble derfor også viktig for å komme frem til hva de ønsket og trengte. Gjennom musikken kunne musikkterapistudenten lete frem til ressurser hos Sigrid og Svein. Det ble oppfordret og utfordret til samspill, og på den måten ble det ofte informantene som måtte lære meg om deres musikk og kunnskaper. Dette ble observert og tolket på den måten at Sigrid og Svein fikk opplevelsen av å være til nytte, delta, bruke seg selv positivt i aktivitet, gi musikalske gaver og få anerkjennelse for sine ressurser, og på den måten kjenne på mestringsfølelse og livskvalitet.

### 5.3 Emosjoner

Det ble gjort observasjoner underveis i musikktilbudet om de forskjellige emosjonene musikken fremkalte hos informantene, og det dialogen dreide rundt. Emosjonelt var informantene ulike. Sigrid var ofte sprudlende og det ble observert hvor mye hun gledet seg og så frem til disse timene med musikk sammen med musikkterapistudenten.

*Musikkterapistudent: Hvordan føles det inni deg da, når du hører musikk?*

*Sigrid: Jeg blir så glad!*

*Musikkterapistudent: Du blir så glad?!*

*Sigrid: Ja!*

Når det kom til det emosjonelle var Svein ofte nedstemt og av og til forvirret når musikkterapistudenten ankom rommet hans. Han var ofte urolig for noe, og det tok tid for å greie å samle og fange oppmerksomheten hans. Gjennom improvisasjon som metode, ble han matchet og inntonet, som går ut på å forstå og relatere seg til hvordan Svein opplever situasjonen, gjennom bruk av musikk. Musikkterapistudenten stilte spørsmål, sang, spilte og kom ofte frem til hvordan Svein opplevde situasjonen. Som en ser i neste gjengivelse av en

dialog mellom musikkterapistudent og Svein, har han litt problemer med å sette ord på det han vil si. Her ønsket han å uttrykke at det ikke var så vondt i kroppen, da under musikktilbudet, noe han ofte hadde ellers i hverdagen.

*Svein: Jeg bare innbiller meg da att altså, at det ikke er noen type, at det ikke er så vondt.*

*Musikkterapistudent: At det ikke er så vondt?*

*Svein: Noe som det som oftest er, veldig ofte det er.*

*Musikkterapistudent: ja, er det godt, når det ikke er så vondt?*

*Svein: Ja*

Det ble observert at det gjorde godt for Svein å få satt ord på følelser og det han kjente på. Gjennom en slik prosess kunne Svein og musikkterapistudenten komme frem til at enkelte situasjoner ikke var så ille som en først trodde, og gjennom musikken fikk Svein et løft og oppmuntring i hverdagen, som det ble observert hang igjen utover dagen, også etter musikktilbudet var over for dagen.

*Musikkterapistudent: Hvordan har du det nå da?*

*Svein: Ja nå har jeg det ikke så verst.*

*Musikkterapistudent: Ikke så verst nå!*

*Svein: Vi må ta en Alf Prøysen sang da.*

*Musikkterapistudent: Jaa!*

Sang og musikk kan vekke følelser, og Svein fikk ofte behov for å sette ord på hvordan han opplevde dette. Det ble for eksempel observert etter at musikkterapistudenten hadde sunget ”We shall overcome” av Joan Baez for Svein i en av timene. Da sangen var ferdig startet en dialog hvor Svein fortalte om hva han opplevde i sangen og hvilke følelser som ble fremkalt i han:

*Svein: Du synger den så pent, også, du synger den liksom sånn, litt uskyldig, jomfruelig*

Videre forteller han:

*Svein: Altså det, ikke annet enn at den synges litt som en som er litt fremmed for de stygge og vonde, triste ting i verden, men at det også finnes noe som er vakkert og skjønt.*



### 5.3.1 Refleksjon

En sang kan vekke emosjoner i oss som kan føre samtaler inn på temaer om sorg, savn, håp og glede. Musikken setter i gang bevegelser i mennesket og kan bli en bro mellom innestengte følelser det er vanskelig å sette ord på, og en god dialog. Informantene fikk en mulighet til å sette ord på vanskelige følelser og tanker om den situasjonen de befant seg i. Det ble observert at Svein ofte var urolig og forvirret og det var vanskelig å få tak på hvor han befant seg følelsesmessig og kroppslig. Men gjennom musikken kunne det skje en endring, på grunn av musikkens egenskaper til å påvirke følelsene våre. I starten av timene våre reiste han seg ofte opp flere ganger under timene, av og til midt i en sang for å rydde noe, eller kom med spørsmål på ting han ikke forsto. Men utover i timen skjedde det ofte en endring. Dette tolkes dit hen at gjennom å synge og lytte til kjent musikk kunne Svein få hjelp til å regulere emosjonene sine av musikkterapistudenten og den musikken som ble sunget og spilt. Det ble snakket mye om sorgen av å ikke kunne bidra og delta i familiens hverdag. Han følte seg innestengt på et sykehjem hvor han ikke følte seg hjemme. Han ble mye oppgitt og fortalte også at han synes det var vanskelig å samle alle tankene sine og at dette var vondt. Det ble observert at dette var tanker og følelser som ble viktig for han å sette ord på, og i timene med musikkterapistudenten ble dette et pusterom hvor dette var lov. Svein fikk satt ord på tanker og de følelsene om en vanskelig hverdag.

Når timene nærmet seg slutten spurte musikkterapistudenten ofte hvordan informantene følte seg og om det var greit å gå mot en avslutning, og på hvilken måte de ønsket å avslutte. Her kom det ofte frem at musikken hadde gjort dem godt og at de følte seg bra, som vi kan se i sitatene. ”Svein: ja nå har jeg det ikke så verst” Dette kan tolkes dit at en bevisst bruk av musikk, kan vekke, regulere og være med på å sette ord på følelser. ”Hvordan føles det inni deg da, når du hører musikk? Sigrid: Jeg blir så glad!”

### 5.4 Relasjon

Gjennom musikkens unike egenskaper kunne musikkterapistudenten bruke musikk til å inntone seg og møte informantene der Svein og Sigrid var.

*Svein: jeg har vel vært litt sliten i det siste.*

*Musikkterapistudent: Huffda! Skal vi begynne med en sang så vi får landa litt?*

*Svein: ja, la oss gjøre det.*

Vi spiller og synger ♪ ”Den fyrste song”. Svein synger med på første verset. Under de siste versene er han litt urolig.

Sangen er slutt.

*Svein: Nydelig sang.*

Gjennom kartlegging av musikkpreferanser kunne musikkterapistudenten vite hvilke sanger informantene hadde et forhold til å kunne synges med på. Slik kunne det spinnes videre på assosiasjoner og minner som kom ut fra musikken. Timene med Svein ble ofte startet med sangen ”Can’t help falling in love” av Elvis. Ofte ble det observert at dette ga assosiasjoner til en annen Elvis-låt. For eksempel var ”Are you longsome tonight” en sang han begynte å nynne på. Denne låten ble satt på og lyttet til. Ofte inviterte musikkterapistudent Svein på dans til noen av Elvis-låtene. Gjennom dansen og musikken oppsto det en nærhet og relasjon. Det ble observert at Svein ble rolig og mer samlet av denne relasjonen og dette møte i musikken. Musikkterapistudenten opplevde det nesten som om pulsen til Svein sank noen hakk og skuldrene hans senket seg og atmosfæren i rommet ble en helt annen.

Musikken kunne også bli en måte å gi hverandre gaver på.

*Sigrid: Nå skal jeg synge noe for deg!*

*Musikkterapistudent: Skal du, så fint!*

Nidelven er en sang Sigrid har et godt forhold til, og den ble sunget mye av musikkterapistudenten og Sigrid i timene. Under en time ønsket hun å synge den helt alene. Sigrid sang den etter hukommelsen, helt riktig gjennom vers og refreng. Det ble holdt øyekontakt gjennom sangen, og musikkterapistudenten og Sigrid smilte til hverandre da Sigrid sang. Da hun var ferdig applauderte musikkterapistudenten av begeistring og viste sin takknemlighet for det Sigrid hadde gitt henne. Sigrid strålte av stolthet. Musikkterapistudenten møtte energinivået til Sigrid som sprang ut av denne hendelsen, ved å smile og gi henne ros og positiv tilbakemelding.

#### **5.4.1 Refleksjon**

For yngre personer med demens er det viktig å delta i aktiviteter sammen med andre mennesker. I musikkterapien møtte ikke informantene bare musikken de hadde et forhold til, men de møtte også et annet menneske. Musikkterapistudenten jobbet hele tiden med å være

grunnleggende tilstede i det som skjedde i musikken og dialogen, anerkjenne og gi positiv tilbakemelding og ta det som ble sagt på alvor. Det å vise at en oppriktig bryr seg og at det som blir sagt har en betydning, at det er viktig. Musikkterapistudenten forsøkte å være rolig, smile mye, holde øyekontakt og gi fysiske berøringer, ved en klem, klapp på skulderen eller holde en i hånden om noe var vanskelig og trist å snakke om.

Det ble observert at ut fra denne holdningen musikkterapistudenten hadde ovenfor informantene, utviklet det seg en relasjon bygget på trygghet, tillit og en gjensidig respekt.

I starten av praksisperioden hadde musikkterapistudenten og Svein deres faste plasser hvor musikkterapistudenten satt i sofaen, og Svein i stolen ved siden av. Utover høsten skjedde det at han flyttet seg over i sofaen, slik at de ble sittende inntil hverandre. Det ble observert at Svein trengte nærhet og ble rolig av fysisk kontakt. Han ga uttrykk for å være trygg i situasjonen. Musikkterapistudenten la ofte hånden sin på skulderen hans når hun pratet til han og av og til når de sang sammen, kunne han legge hode sitt ned på skulderen til musikkterapistudenten. Dette var noen sterke og gode øyeblikk, og det ble observert og tolket dit hen at Svein ble tatt ut av tid og sted, hvor han nøt musikken og den relasjonen som oppsto mellom han, musikken og musikkterapistudenten.

Det ble observert at Sigrid satte stor pris på den relasjonen hun og musikkterapistudenten fikk. Sigrid var søkende etter kontakt i musikken, likte å holde øyekontakt og smilte tilbake når hun ble smilt til. Hun gav alltid en klem og ønsket musikkterapistudenten velkommen tilbake når timen var slutt. Sigrid viste også sin takknemlighet ved å for eksempel skrive et kort, hvor hun takket for all musikken. Dette ble tolket dit hen at et slikt musikkterapitilbud opplevdes meningsfylt av informantene og hadde stor betydning. Det fylte dagene med forventning, ved å kunne dele sanger og musikk som sto informantene nært, og oppleve å være sammen med et annet menneske som ønsker å lytte og være i relasjon.

## 5.5 Oppsummering

Basert på funnene i dette kapitlet vil det her oppsummeres hvilke utbytte informantene fikk under musikktilbudet.

**Identitet:** Musikktilbudet styrket informantenes identitetsfølelse gjennom å spille og synge musikk informanten hadde et forhold til.

**Mestring:** Musikktilbudet gav mestringsopplevelser gjennom individuell tilrettelegging og et ressursorientert perspektiv.

**Emosjon:** Ved et musikkterapeutisk perspektiv kunne musikkterapistudenten inntone og matche informantenes emosjonelle stemning ved hjelp av musikk. Musikktilbudet ble et sted hvor emosjoner kunne fremkalles, satt ord på og reguleres.

**Relasjon:** Musikkterapistudenten la til rette for en god relasjon gjennom å ha et humanistisk perspektiv, og gjennom musikk og dialog kunne skape trygghet og tillit.

Musikktilbudet kunne altså tilby informantene en styrket *identitetsfølelse* og *mestring* og ble et sted hvor informantene kunne få utløp for, bearbeide og regulere *emosjoner* i en trygg *relasjon* gjennom musikk og dialog med musikkterapistudenten. På bakgrunn av disse kategoriene vil det hevdes at musikktilbudet ga informantene økt livskvalitet.

## 6.0 Drøfting

Dette kapitlet bygger videre på det som er presentert i teorikapitlet og funnkapitlet. Her vil de ulike funnene som ble kategorisert og presentert bli drøftet. Videre vil disse bli knyttet mot teori og litteratur samt egne refleksjoner og tolkninger. Utgangspunktet for drøftingen var ved hjelp av, tidligere publisert litteratur sammen med denne oppgavens funn og drøfting, å besvare problemstillingen som ble presentert i innledningen:

*Hvordan kan jeg som musikkterapistudent utvikle et musikktilbud som kan fremme livskvalitet hos yngre personer med demens?*

### 6.1 Drøfting av kategorien Identitet

Det er dokumentert gjennom forskning hvordan hjernen responderer på musikk. Kjente sanger og melodier kan stimulere hukommelsesfunksjonen i hjernen og fremme minner som knyttes opp mot de sangene man hører (Kvamme, 2008). Hvordan kan en se at dette skjer i musikkterapien med yngre personer med demens? Hvordan kan kartlegging av informantenes musikksmak og bevisst bruk av den i musikkterapien være en måte å fremkalle minnene deres på, og dermed fremme identitetsfølelsen deres?

I Funnkapitlets underkapittel ”Identitet”, observeres det hvordan musikken ga Sigrid assosiasjoner og hentet frem gamle minner fra barndommen hennes.

*Sigrid: Når sa du det var fra?*

*Musikkterapistudenten: 1964 tror jeg, ja 1964, det var lenge siden.*

*Sigrid: Ja det var lenge siden. Da var jeg 10 år. (latter)*

*Musikkterapistudenten: Da var du 10 år. (latter) Så da var du født i 1954*

*Sigrid: Ja, så da var jeg 10 år.*

*Musikkterapistudenten: Når på året var du født da?*

*Sigrid: 15. November Så jeg blir snart 61*

*Musikkterapistudenten: Ja da har du snart bursdag du da*

Vi snakket om hvordan hun feiret 60 års-dagen sin med familien, og spant videre på dette med alder og begynte å synge på ”Når jeg bli 66” av Wenche Myhre.

Dette var noe som ofte skjedde under musikktilbudet med Sigrid, og som nevnt tidligere, kunne den samme sangen fremkalle det samme minnet gang på gang. Musikkterapistudenten

brukte musikken som et middel til å aktivisere assosiasjoner og minner, ved å velge musikk nettopp med et slikt formål. Gjennom musikkens egenskaper ved kjente strukturer og forutsigbare melodier og fraser, kan musikkterapi med yngre personer med demens søke og adressere følelser, ressurser, tanker og minner. Minner fra tidligere i livet bringer personen tilbake til seg selv og kan gi opplevelse av mening, velvære og livskvalitet (Kvamme, 2008, Sacks, 2011, Myskja, 2006). Når en opplever minner som respons på musikk, involveres strukturer i de primitive områdene i lillehjernen og amygdala, som det er skrevet mer utfyllende om i teorikapittelet. Oliver Sacks (2011) forteller at oppfatning, handling, følelser og tanker har formet strukturene i hjernen fra begynnelsen av, og oppfattelsen av musikk bevares selv når sykdommen utvikler seg og blir avansert. På den måten kan det forventes at musikk kan nå frem til steder som enda ikke er skadet av sykdommen og fremkalle gamle minner. Disse minnene skapte klare bilder hos informantene om hvem de er og var før sykdommen, og styrket identiteten hos dem. I musikktilbudet fikk informantene muligheten til å dele fra sin livshistorie og snakke om det som musikken hentet frem. Dette kan gi en følelse av sammenheng og mening i livet (Ruud, 2009). Dette kan knyttes opp til Ruud sitt begrep om det sosiale rom. Å utøve musikk sammen med en annen person og bli beveget av musikken kan bidra til gode opplevelser og handler om sosial identitet og tilhørighet. Ved at informantene forteller om sine historier blir identitetsbildet deres forsterket, og Ruud (2009) begrunner i boken ”Musikk og identitet” hvordan musikk brukes som et sosialt selvdefineringsmiddel. Gjennom å oppleve seg selv i musikken og sammen med musikkterapistudenten, ved å fortelle om seg selv og sine minner, kan dette gi økt livskvalitet (Ibid).

Musikkterapeuter har et ansvar å hjelpe pasienten til å opprettholde denne identitetsfølelsen så lenge som mulig, ved å kartlegge pasientens livshistorie og musikkpreferanser (Kvamme 2013). På den måten kan terapeuten vite hva som kan fremkalle gode minner hos pasienten og gi økt livskvalitet.

*”for å opprettholde identiteten hos den demensrammede må omsorgsgiveren ha et detaljert kjennskap til den demensrammedes livshistorie, slik at når personen selv ikke kan huske sin identitet pga. hukommelsessvikt, kan den opprettholdes av omsorgsgiveren”*  
(Ibid, s.15).

## 6.2 Drøfting av kategorien mestring

Som omtalt ovenfor er musikktilbudet en tilrettelagt musikkaktivitet med et musikkterapeutisk innhold. Utfordringene er lagt på et nivå hvor pasientene kan oppleve mestring. På den måten er det oppnåelig for pasienten å nå de målene de blir utfordret på, samt å kjenne mestringsfølelse. Det er viktig å unngå for vanskelige krav og press hos pasienten. Det kan føre til at motivasjonen forsvinner, og pasienten mister fokus og oppmerksomhet. For at pasienten skal delta er det viktig med opplevelse av mestring, slik at motivasjonen opprettholdes og oppmerksomheten er rettet mot musikken.

I hvilken grad er målet om å oppleve mestringsfølelse nådd? Har informantene fått oppleve en grunnleggende følelse av å mestre det som er presentert og utført i musikktilbudet?

Rolvsvjord (2008) har skrevet om aspekter som må være tilstede i en ressursorientert musikkterapi. Anerkjennelse og stimulering av sterke sider og ressurser, vektlegging av samspillet mellom individ og samfunn, likeverdig relasjon som betoner samarbeid og medbestemmelse og en forståelse av musikk som en helseressurs. Disse aspektene observeres å ha vært tilstede, og ført til en påminnelse av evner og handlekompetanse hos informantene. Dette har bidratt til mestring og en opplevelse av å ha styring i eget liv. Det har foregått en samtale mellom musikkterapistudenten og ansatte på sykehjemmet under praksisperioden om hva som skjedde og ble observert under timene, om hvilke positive effekter musikken hadde. Dette ga en opplevelse av at det som ble sagt, ble til inspirasjon til å bruke mer musikk i hverdagen med pasientene. Sigrid har opptrådt på en demenscafé, hvor hun sang en av de sangene som ofte ble sunget i musikkterapien. Dette er et godt eksempel på samspillet mellom individ og samfunn, hvor Sigrid får vist sine ressurser ute i samfunnet, og får vist seg fra en positiv side, og i noe hun mestrer, noe som kan være vanskelig for yngre personer med demens. Dette kan være med å vise hvordan musikkens egenskaper sammen med den ressursorienterte tankegangen kan bidra til økt livskvalitet hos yngre personer med demens. Som sagt tidligere forteller Ruud (2008) at mestring kan føre til selvtillit og et bedre selvilde. Det kan hevdes at gjentatte mestringsopplevelser i musikkterapien kan gi en utvidet tro på seg selv og en motivasjon til å delta. Informantene får en økt selvfølelse av å mestre og de gir uttrykk for å være stolte av egne prestasjoner i musikkterapien. Ved å styrke sterke sider vil ressurser stimuleres i en positiv retning som bidrar til en økt følelse av egenverdi (Rolvsvjord, 2008). I dette prosjektet og i praksisen som er inspirert av det ressursorienterte perspektivet, har det blitt tilrettelagt for mestring hos informantene, og det kan hevdes at dette ga økt

livskvalitet. Musikken var oppmerksomhetsfangende og vekket initiativ hos informantene, og gjennom musikken ble initiativene forsterket og musikkterapistudenten fikk motivert informantene til å delta og bruke ressursene sine. Slik ble det oppnådd mestringsopplevelser gjennom musikktilbudet med Sigrd og Svein.

### 6.3 Drøfting av kategorien emosjoner

Begge informantene ga uttrykk for at de gledet seg til musikkterapistudenten kom hver uke og det de gjorde sammen i musikkterapien. Musikktilbudet ble et ukentlig høydepunkt som skapte forventning til noe positivt som skulle skje. Slike forventninger og følelser er viktig for den motivasjonen pasienten har når han/hun går inn i musikkterapien. Ved å kunne tilby en meningsfull aktivitet som er tilrettelagt pasientens nivå, blir det mulig for yngre personer med demens å delta aktivt i musikkterapien. Det kan hevdes at dette vil kunne fremme livskvalitet gjennom relasjonen som oppstår mellom pasienten, musikkterapeutstudent og musikken. Er dette mulig? Har musikken mulighet til å finne frem til følelser gjemt inne i oss og være med på å regulere dem, slik at yngre personer med demens skal få en best mulig opplevelse og hverdag?

Det er ingen tvil om at musikken beveger oss på et indre kroppslig og følelsesmessig plan. Daniel N. Stern (2010) har avdekket spedbarnets evne til å kommunisere i samspill med omsorgsgiveren. Ved den kommunikative utvekslingen mellom omsorgsgiveren og barnet, som har dette lekende preget vi alle kjenner så godt, hvor barnet først retter sin oppmerksomhet mot omsorgsgiveren. Spedbarnsobservatører har i de seneste årene undersøkt hvordan og når barn kan se, høre, integrere med, oppleve følelser, og forstå seg selv og andre. Når ny atferd og ferdigheter utvikles, reorganiseres de og danner subjektive syn på selv og annen, og disse kapasitetene omfatter det at barnet kan dele fokus for oppmerksomhet med omsorgsgiveren.

*”Spedbarnet er utrustet med observerbare evner som modnes. Etter hvert som de blir tilgjengelige, blir de organisert og forandret i mentale sprang til organiserende subjektive perspektiver på selv og annen. Hver ny fornemmelse av selvet definerer dannelsen av et nytt relasjonsdomene. Selv om disse relasjonsdomenene resulterer i kvalitativ endringer i sosial opplevelse, er de ikke faste; de er heller former for sosial opplevelse som forblir intakte hele livet”. (Ibid, s.97)*



Forskning har vist en rekke musikalske trekk ved dette tidlige samspill, og på enkelte områder vist betydningen av samspillet i forhold til barnets emosjonelle og kognitive utvikling. Vi har altså en medfødt evne til å utveksle og regulere emosjoner, og vi forholder oss allerede som barn til kvaliteter som rytme, melodi, form og intensitet (Bonde, 2009). For et spedbarn er verden en verden av vitalitetsaffekter før den blir en verden av formelle handlinger. Vitalitetsaffekter skjer ved aktivisering av følelser og oppleves som dynamiske forskyvninger eller strukturerte forandringer i oss selv (Stern 2010, Bonde 2009).

Bonde (2014) og Ridder (2011) snakker om hvordan musikk kan brukes til å stimulere, aktivere og regulere emosjoner. Det er vist seg mulig å nedjustere emosjoner ved hjelp av velkjente sanger, eller ved enkelt instrumentspill. Musikken kan sette i gang en strøm av følelser. I teorikapitlet om musikk, og hjernen er det dokumentert og beskrevet hvordan hjernen vår reagerer på musikk og hvordan det kan gi terapeutisk virkning for oss (Myskja, 2006).

Ved å observere informantene i dette forskningsprosjektet kan det hevdes at musikktilbudet ble et sted hvor de kunne komme i kontakt med emosjoner, regulere og sette ord på følelser som ellers ble vanskelig å komme frem til uten musikken. Jeg tolker det slik at musikken ble en distraksjon fra sykdom og institusjon og et pusterom i hverdagen.

#### **6.4 Drøfting av kategorien relasjoner**

Mennesker er sosiale vesen, som trenger andre mennesker for å bli sett, hørt og lyttet til. (Kjølstad, 2004). Det å føle seg knyttet til andre mennesker, og oppleve gruppetilhørighet er et grunnleggende menneskelig behov. Vi blir født inn i en familiegruppe hvor vi formes gjennom relasjon med andre mennesker. Senere i livet kommer vi inn i mange forskjellige grupper som er mer eller mindre viktige. Disse gruppene vi blir en del av er med på å påvirke oss gjennom livet. Vi blir ikke mennesker uten andre mennesker, og vår identitet blir til gjennom samhandlingen i grupper. Alle mennesker trenger og søker tilhørighet til andre mennesker. ”Vi vil hevde at alle mennesker lengter etter å høre til i en eller flere grupper” (Ibid, s.15). Vi er avhengig av andre mennesker gjennom hele livet, ikke bare når vi er barn men også i voksen alder (Ibid). Gjennom forskning er det altså kommet frem til at det er viktig for yngre personer med demens å delta i meningsfull aktivitet med andre på sin egen

alder. Det er viktig å føle at man deltar i livet og utgjør en forskjell og at det du gjør har en mening (Brooker, 2013). Hvordan kan musikkterapi være med på å fremme god relasjon?

For å oppnå en menneskelig kommunikasjon trengs en fellesmenneskelig uttrykksform. Alle mennesker er født med en evne til å kommunisere gjennom musikalske elementer. Denne evnen til å kommunisere musikalsk kan være en støtte til det menneskelige fellesskapet som er så viktig for oss å være en del av (Ibid).

I samtalen med Svein i avsnittet om relasjon i funnkapittelet kan en lese hvordan han opplever seg selv sliten. Vi hadde en dialog hvor musikkterapistudenten møtte Svein, gikk inn og matchet humøret hans ved å spille en sang, med rolig, behagelig tempo og en melodi han kjente. Svein ble invitert med i sangen ved at musikkterapistudenten hadde et bevisst bruk av kroppsspråk, som øyekontakt, smil og pust. Han ble med og sang første vers, men valgte så å sitte og lytte. Når sangen er slutt kommenterte han hvor fin sangen var. Musikken ble her brukt som en samlende aktivitet som var med på å forbedre relasjonen ved å skape trygghet og tillit. Målet var at Svein skulle føle seg møtt gjennom musikk, for å legge et grunnlag for videre samspill og relasjon mellom han og musikkterapistudenten. Kvamme (2006) skriver at når sang, musikk og dans åpner opp for dialog, åpnes det også opp for en relasjon som kan utvikle seg. I musikken ble målet å møte Svein og Sigrid der de var emosjonelt, og skape en likeverdig relasjon for å gjøre det mulig å inngå i en sosial kontekst hvor informantene følte seg respektert og anerkjent.



*Figur 6.1 Relasjon gjennom musikkterapeutisk metode*

Å inngå i et fellesskap med andre mennesker og å unngå isolering er et grunnleggende, allmennmenneskelig behov. Kitwood (1993) skriver at status er noe som blir gitt et menneske av andre mennesker i relasjon i sosiale sammenhenger. En god demensomsorg vil ønske å opprettholde personlig integritet uansett hvor kognitivt svekket pasienten er (Ibid). Mennesker har behov for å inngå i fellesskap og være knyttet til andre. I individuell musikkterapi er det

mulig å ta vare på den enkeltes psykososiale behov ved å skape trygge rammer hvor musikkterapeuten anerkjenner pasienten. Min mening er at de tilbudene som finnes i ressursorientert musikkterapi og et humanistiske menneskesyn legger til rette for at en god relasjon kan oppstå. I dette prosjektet ble det observert at en slik relasjon utviklet seg og fant sted.

### 6.5 Oppsummering og konklusjon

I dette prosjektet er det tatt utgangspunkt i utviklingen av et individuelt musikktilbud for målgruppen; *ynge personer med demens*, med hensikt å se om deltakerne opplevde høyere livskvalitet ved å delta. Ruud (1990) og Myskjas (2005) musikkterapidefinisjon er vektlagt og benyttet, der legges det vekt på ”ikke-musikalske mål” og ”nye handlemuligheter”. Begge kan forstås åpne og vide, og formuleringene som er gjort i definisjonene beskriver musikkterapi på en slik måte at min praksis og dette forskningsprosjektet faller inn under disse definisjonene. Slik kan deltagelsen i musikkaktiviteten gi motivasjon, og på den måten oppfordre til handling. Dermed kan yngre personer med demens oppnå å kunne håndtere den situasjonen han/hun er i på nye måter, nye handlinger og gjennom nye muligheter. Det ble lagt til rette for at informantenes ressurser ble brukt, gjennom deltagelsen i musikken. Svein og Sigrid kunne aktivt delta i musikkaktiviteten og samarbeide i relasjon med musikkterapistudenten ved å bli utfordret på sitt individuelle funksjonsnivå. Fokuset var på å benytte et ressursorientert perspektiv som Rolvsjord (2008) beskriver og som kan gjenkjennes ved at fokuset var på pasientenes egenskaper og individuelle styrker.

Trondalen (2008) forteller at mennesker finner sin humanitet gjennom andre mennesker. Slik kan en forstå betydningen for gode tiltak som legger til rette for relasjonsbygging innenfor demensomsorgen. Dette handler om grunnleggende følelser som tilhørighet og tilknytning, gjensidighet og tillit til andre mennesker. Å bli anerkjent og gitt status er noe som blir gitt av andre mennesker i relasjon. En god demensomsorg vil ønske å opprettholde personlig integritet uansett hvor kognitivt svekket pasienten er (Kitwood, 1993). I musikkaktiviteten ble informantene møtt gjennom musikken. Det var noe som var kjent og trygt, og som skapte en ramme hvor en relasjon til musikkterapistudenten kunne ta sted. Ved å få tilbakemelding fra ansatte om at informantene gledet seg til musikktilbudet hver uke, husket og etterspurt dette, og selv observert at de ble glade og oppmuntret av å se meg, kan det hevdes at en god

relasjon var tilstede. Denne relasjonen ville ikke kunnet funnet sted, hadde det ikke vært for musikken.

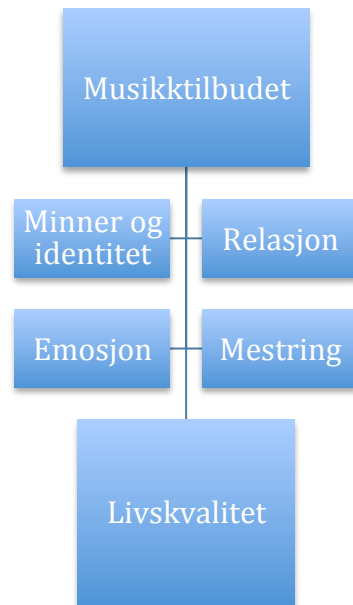
Det har gjennom oppgaven vært et stort fokus på hjerneforskning knyttet opp mot musikk. Et slikt bevismateriale er med på å validere og bygge under musikkens egenskaper og virkning. Vi blir beveget av musikken både kroppslig og emosjonelt. På den måten kan det dokumenteres at musikkterapi er gunstig for yngre personer med demens. Musikken kan vekke følelser og musikkterapeuten kan være med på å hjelpe og støtte pasienten ved å regulere følelsene gjennom musikken. Kjente melodier stimulerer hukommelsesfunksjonen i hjernen, og minner knyttet opp mot melodiene kan komme til forgrunn ved at de ulike delene i hjernen samarbeider og gir slike impulser som å fremkalle minner, men også igangsetting av tale (Kvamme, 2008).

Ut fra det litteraturen forteller oss utgjør yngre personer med demens en liten del av befolkningen. Likevel er dette en gruppe mennesker med forskjellig behov og interesser som det bør legges til rette for. De tilbudene som finnes er stort sett tilpasset de behovene som eldre personer med demens har, og de yngre møter ofte et hjelpeapparat som ikke kan tilby et godt nok tilbud etter at diagnosen er stilt (Gausdal, 2012).

*”Uansett størrelse på kommune og antall yngre personer med demens, er viktige stikkord; individuelt tilrettelagt, fleksibelt og differensiert tilbud for den enkelte” (Ibid, s.39).*

Det er et behov for å rette mer oppmerksomhet på hva yngre personer med demens og deres familier trenger av tiltak, hjelp og støtte. Eldre og yngre personer med demens har de samme demenssykdommene og behovet for grundig diagnostikk og miljøbehandling er like viktig for begge gruppene (Haugen, 2012).

Gjennom musikktilbudet har informantene fått muligheten til å oppleve mestring og relasjon, og jobbe med regulering av emosjoner og minnearbeid som styrket deres identitetsfølelse. Dette ble prosjektets fire hovedkategorier og fokus, og ble begrunnet gjennom funn og teori. Det kan hevdes at disse gode opplevelsene ga informantene økt opplevelse av livskvalitet ved musikk som verktøy til å fremme livsglede til tross for sykdom.



Figur 6.2 Musikktilbudet og livskvalitet

*”En person har høy livskvalitet i den grad personen er aktiv, dvs. har appetitt og livslust, interesserer seg for, engasjerer seg i, og deltar i noe utenfor seg selv som representerer en utfordring og oppleves som meningsfylt” (Næss, 2001, s.72).*

Avslutningsvis vil jeg gjenta problemstillingen min og til slutt komme med en besvarelse og endelig konklusjon på den:

*- Hvordan kan jeg som musikkterapistudent utvikle et musikktilbud som kan fremme livskvalitet hos yngre personer med demens?*

Gjennom dette prosjektet har jeg utviklet et musikktilbud som jeg vil hevde kan fremme livskvalitet hos yngre personer med demens. Det er redegjort for de valg som er tatt og hvordan musikkterapi praksis ble lagt opp og utført. Det er redegjort for utvikling av konseptet og vist til funn i en særegen kontekst, som kan hevdes å ha overførbarhet til klientgruppen og relevans for andre som vil starte opp et lignende prosjekt eller en musikkterapi praksis med yngre personer med demens.

*Jeg vil hevde at et individuelt tilrettelagt musikkterapeut tilbud fostrer gode opplevelser, gir økt livskvalitet og kan være svært betydningsfull under hele sykdomsforløpet for yngre personer med demens.*

*Musikkterapistudenten: Men Svein, nå som det her er min siste gang, så må jeg jo spørre deg:*

*Hvordan syns du det har vært å hatt besøk av gitaren min og meg?*

*Svein: Jeg syns det har vært veldig hyggelig.*

*Musikkterapistudenten.: ja!*

*Svein: Og at det fins så mange sangere, det er så voldsomt mange å ta av.*

*Musikkterapistudenten: Og dette er noe du kunne ha ønsket deg fremover også eller?*

*Svein: ja!*

*Musikkterapistudenten: ja?*

*Svein: Det stykker liksom opp litt i en ellers trist hverdag på mange måter.*

*Musikkterapistudenten: Sier du det.*

*Svein: Så jeg synes det er nydelig med litt musikk, men det må jo være noen som kan spille da.*

*Musikkterapistudenten: Ja.*

## Litteraturliste

- Aldridge, D. (2005) *Case Study Designs in Music Therapy*. Copyright © Jessica Kingsley Publishers.
- Benestad, F. (1993) *Musikk lære, en grunnbok* (6. opplag) © Finn Benestad og TANO A/S, 1985
- Bonde, L. O. (2014) red. *Musikkterapi: Teori – Uddannelse – Praksis - Forskning*. En håndbog om musikkterapi i Danmark. Copyright © forfatterne og forlaget Klim.
- Bonde, L. O. (2009) *Musik og menneske*. Introduksjon til musikkpsykologi. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Brooker, D. (2013) *Personsentrert Demensomsorg. Veien videre til bedre tjenester*. ©Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse
- Bruscia, K. E. (2014) *Defining music therapy* (3.utg.) Gilsum NH: Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. E. (2005) *Data Analysis in Qualitative Reserch*. I: B. Wheeler (red.) *Music Therapy Research*. Second Edition. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Bruvik, F. (2015) *PÅRØRENDE TIL PERSONER MED DEMENS BELASTNING/OMSORGSBYRDE*. Sykepleierforbundet Geriatri og Demens. Kavli forskningscenter. - <http://slideplayer.no/slide/2868448/>
- Chang Y. S. et al. (2015) *The efficacy of music therapy for people with dementia: A meta-analysis of randomized controlled trials*. *Journal of Clinical Nursing*, 08/25/15.
- Chatterton, Baker & Morgan. (2010) "The Singer or the singing: Who sings individually to persons with dementia and what are the effects"
- Christensen, E. (2014) *Musik i kroppen og hjernen*. I Bonde, L. (red.) *Musikkterapi: Teori – Uddannelse – Praksis - Forskning*. En håndbog om musikkterapi i Danmark. Copyright © forfatterne og forlaget Klim.
- DeNora, T. (2000) *Music in everyday life*. Cambridge: University Press.
- Eckersley, J. (2011) *Coping with Early-onset Dementia*. Copyright © Jill Eckersley 2011. Great Britain: Sheldon Press.
- Fangen, K. (2010) *deltagende observasjon* (2.utg.) Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Engedal, K & Haugen, P. K. (1996/2009). *Aldersdemens. Fakta og utfordringer*. (5.ed.): Forlaget aldring og helse.

Gausdal, M. (2012) One size passer ikke alle!: behov for skreddersydde tilbud til yngre personer med demens og pårørende: rapport / Tønsberg : Forlaget Aldring og helse.

Gerdner, L. A. (2000) the effects of individualized vs. Classical "relaxation" music on the frequency of agitation in elderly persons with Alzheimer's disease and related disorders. *Int Psychogeriatrics*, 12;49-65.

Haugen, P. K. (2012). Demens før 65 år. Fakta, utfordringer og anbefalinger. Utviklingsprogram om yngre personer med demens. Demensplan 2015. Forlaget Aldring og helse.

Jacobsen, D. I. (2005). Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode (2. utg.): Høyskoleforlaget: Høyskoleforlaget.

Kitwood, T. (1993). Towards a theory of dementia care: The interpersonal process. *Ageing and Society*, 13 (1), s.51–67. doi:10.1017/S0144686\_00000647

Kjølstad, H. (2004) Gruppeterapi. Gyldendal Norsk Forlag AS

Kvamme, T. S. (2013) Glimt av glede, Musikkterapi med demensrammede som har symptomer på depresjon og angst. *NMH-publikasjoner*, 7.

Kvamme, T. S. (2008) Musikk for demensrammede, en livsnødvendighet? I: "Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi". Oslo: NMH-publikasjoner. Skriftserie fra senter for musikk og helse.

Kvamme, T. S. (2006) Musikk i arbeid med eldre. I Aasgard, T. (red.) *Musikk og helse*. Oslo: Cappelen akademiske forlag.

Malterud, K. (2008) *Kvantitative metoder i medisinsk forskning*. (4.opplag) © Universitetsforlaget 2003.

McDemott, O. Ridder, H. M. & Orrell, M. (2014) The importance of music for people with dementia: the perspectives of people with dementia, family carers, staff and music therapists. *Aging & Mental Health*, 2014 Vol.18, No. 6, s.706–716.

McHugh, L. Gardstorm, S. C. Hiller, J. Brewer, M. Distelkamp, W. S. (2012) The effect of pre-meal, vocal re-creative music therapy on nutritional intake of residents with Alzheimer's disease and related dementias. *Music therapy perspectives* 30.1: 32-42.

Myskja, A. (2006) Den siste song – sang og musikk som støtte i rehabilitering og lindrende behandling. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Myskja, A (2005) *Metodebok – systematisk bruk av sang og musikk for ansatte i eldreomsorgen*. Oslo: Kirkens bymisjon.

Myskja, A. (1999) *Den musiske medisin. Lyd og musikk som terapi*. Grøndahl og Dreyers forlag AS.



- Næss, S. (2001) Livskvalitet som psykisk velvære. Nordisk institutt for forskning om oppvekst, velferd og alder (NOVA).
- Næss, S. Moum, T. Eriksen, J. (red.) (2011) LIVSKVALITET, Forskning om det gode liv. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Ridder, H. M. (2014) Musikkterapi med personer med demens. I Bonde, L. (red.) Musikkterapi: Teori – Utdannelse – Praksis - Forskning. En håndbok om musikkterapi i Danmark. Copyright © forfatterne og forlaget Klim.
- Ridder, H. M. Stige, B. Qvale, L. G. Gold, C. (2013) Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*. 12.6:1-13.
- Ridder, H. M. O. (2011) Effects of music therapy in dementia: Turning practice-based research into an RCT. *Music therapy today* 9.1.
- Ridder, H.M. (2005) Musikk og demens, musikaktiviteter og musikkterapi med demensramte. Århus: Klim.
- Rolvjord, R. (2008) ”Et ressursorientert musikkterapi” I:”*Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi*”. Oslo: NMH-publikasjoner. Skriftserie fra senter for musikk og helse.
- Rosness, T. A. Tidstyven (2014) hva det vil si å få demens i ung alder. Tønsberg : Forlaget Aldring og helse
- Rustøen, T. (2001) Håp og livskvalitet – en utfordring for sykepleiere. Gyldendal Norsk forlag AS 2001. 1. Utgave, 1. Opplag.
- Ruud, E. (2009) Musikk og identitet (4. opplag). © Universitetsforlaget AS 1997.
- Ruud, E (2008) Et humanistisk perspektiv på norsk musikkterapi. I:”*Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi*”. Oslo: NMH-publikasjoner. Skriftserie fra senter for musikk og helse.
- Ruud, E. (2006) Musikk gir helse. I T. Aasgaard (red.) Musikk og helse. Oslo: Cappelen akademiske forlag.
- Ruud, E. (1990) Musikk som kommunikasjon og samhandling: teoretisk perspektiv på musikkterapi. Solum Forlag, Oslo.
- Sacks, O. (2011) Musicophilia. © Oliver Sacks 2007, 2008. UK: Pickador.
- Sandberg, E (2009) Villa Enerhaugen-spesielt for yngre med demens. - <http://www.aldringoghelse.no/?PageID=6611&ItemID=5349>
- Skogum, B.M. (2012) De nære ting. Om bruk av musikk ved behandling av personer med demens. Forlaget Aldring og helse.

- Small, C. (1998) *Musicking. The meaning of performance and listening*. Hanover, NH: Wesleyan University Press
- Smeijsters, H. & Aasgaard, T. (2005). *Qualitative Case Study Research*. I: B. Wheeler (red.) *Music Therapy Research*. Second Edition. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Stedje, K. (2013) ”Rapport, Musikk i omsorg”. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, Sandefjord kommune.
- Stensæth, K. (2006). ”Det dialogiske menneske”. I Varkøy, Ø., S.G. Nielsen & B. Bjøntegaard (red.) *Flerstemmige Innspill*, NMH-publikasjoner 2006:5. Oslo: Norges musikkhøgskole, s. 43-65.
- Stern, D. N. (2010) *Spedbarnets interpersonlige verden*. ( 1.utg. 3.opplag) © Gyldendal Norsk Forlag AS 2003. Originalens tittel: *The Interpersonal World of the Infant*. © Basic books.
- Thornquist, E. (2003) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen, Fagbokforlaget
- Tjora, A. (2011). *Kvalitative Forskningsmatoder i Praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Tretteteig, S (2008) ”En helt annen verden...” Betydningen av samarbeid mellom første- og annenlinjetjenesten i forhold til yngre personer med demens. Forlaget Aldring og helse.
- Trondalen, G. (2008) *Musikkterapi – et relasjonelt perspektiv*. I:”*Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi*”. Oslo: NMH-publikasjoner. Skriftserie fra senter for musikk og helse.
- Tønsberg, G. E. H. (2010) *Improvisasjon i et dialogisk kommunikasjonsperspektiv*. I: ” *Musikk, helse og multifunksjonshemming*.” Oslo: NMH-publikasjon. Skriftserie fra senter for musikk og helse.
- Wall & Duffy. (2010) ”The effects of music therapy for older people with dementia”
- Witzke et al., (2008) ”How sweet the sound”. *Research Evidence for the Use of music in Alzheimer’s dementia*”
- Yin, R. K. (1994) – *Case study research, Design and Methods* (2. Utgave). Sage Publications
- Årslund, D (2002) Demens med Lewy-legemer. *Tidsskr Nor Lægeforen* Nr.5-20.februar 122:525-9

Villa Enerhaugens hjemmeside: <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/eldreomsorg/sykehjem-og-dagsenter/alle-sykehjem/villa-enerhaugen/>

## Vedlegg

### Vedlegg nr. 1: Godkjenning av NSD

#### Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES

Tone Kristine Sæther Kvamme  
Senter for musikk og helse Norges musikkhøgskole  
Slemdalsveien 11  
0369 OSLO

Vår dato: 23.04.2015

Vår ref: 42716 / 3 / AGL

Deres dato:

Deres ref:



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

#### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 10.03.2015.  
Meldingen gjelder prosjektet:

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| 42716                       | <i>Yngre personer med demens</i>                               |
| <i>Behandlingsansvarlig</i> | <i>Norges musikkhøgskole, ved institusjonens øverste leder</i> |
| <i>Daglig ansvarlig</i>     | <i>Tone Kristine Sæther Kvamme</i>                             |
| <i>Student</i>              | <i>Siv-Maren Sandvik</i>                                       |

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.06.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Audun Løvlie

Kontaktperson: Audun Løvlie tlf: 55 58 23 07

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Siv-Maren Sandvik [sivmaren.s@gmail.com](mailto:sivmaren.s@gmail.com)

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

*Avdelingskontorer / District Offices:*

*OSLO:* NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)

*TRONDHEIM:* NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. [kyrre.svarva@svt.ntnu.no](mailto:kyrre.svarva@svt.ntnu.no)

*TROMSØ:* NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. [nsdmaa@sv.uit.no](mailto:nsdmaa@sv.uit.no)

## Vedlegg nr.2: Informasjonsskriv til Informant

### Informasjonsskriv

Oslo, dato

Til beboer på ..... sykehjem.

Forespørsel om deltakelse i et forskningsprosjekt om yngre personer med demens.

Jeg studerer musikkterapi ved Norges musikkhøgskole i Oslo. Våren 2016 skal jeg skrive en masteroppgave, og i den forbindelse henvender jeg meg til deg. Temaet mitt er musikkterapi med yngre personer med demens, der jeg er interessert i å undersøke hvilken betydning musikkterapi kan ha for personer med demens.

Jeg tilbyr individuell time med musikkterapi en gang i uken, i 9 uker, og dette vil foregå høsten 2015. Programmet i musikkterapien vil innebære å lytte til musikk og synge sammen med musikkterapeut, akkompagnert med gitar. Mellom musikkaktivitetene og etter hver time er det åpent for samtale og helt til slutt vil jeg stille noen enkle spørsmål om hvordan du har opplevd timen sammen med meg. Under musikkterapitimen vil jeg bruke lydopptaker. Disse lydopptakene vil jeg slette når prosjektet er over innen 01.06.16.

Dette er frivillig, og du har mulighet til å trekke deg når som helst, uten å måtte gi en begrunnelse. Data som innhentes under disse timene med musikkterapi vil behandles konfidensielt, og du vil ikke bli gjenkjent i den ferdige masteroppgaven. Alle opplysninger anonymiseres og lydopptakene som blir gjort slettes når oppgaven er ferdig.

Dersom du har lyst til å delta i dette prosjektet, signerer du samtykkeerklæringen.

Prosjektet er meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjenester A/S.

## Vedlegg nr.3: Samtykkeerklæring av Informant

### Samtykkeerklæring

**Prosjektleder:** Siv-Maren Sandvik

**Prosjekttittel:** Musikkterapi med yngre personer med demens

**Formål:** Formålet med prosjektet er å undersøke hvilke betydning musikkterapi kan ha for yngre personer med demens. Dette gjennomføres ved et individuelt musikkterapitilbud, etterfulgt av noen spørsmål.

Jeg har mottatt informasjon om masterprosjektet ”Musikkterapi med yngre personer med demens”, og er villig til å delta i dette prosjektet.

Jeg samtykker i at det gjøres lydopptak i musikkterapitimene. Opptakene anonymiseres, oppbevares forsvarlig og utilgjengelig for uvedkommende.

Prosjektavslutning er juni 2016.

.....

Sted, dato

.....

Underskrift deltaker

Underskrift prosjektleder

## Vedlegg nr.4: Informasjonsskriv & samtykkeerklæring til pårørende.

### **Informasjonsskriv & samtykkeerklæring til pårørende.**

Dette er et informasjonsskriv som gjelder mitt forskningsprosjekt ”Gode musikkopplevelser” Et forskningsprosjekt av musikkterapi med yngre personer med demens. Jeg er musikkterapistudent ved Norges musikkhøgskole. Dette vårsemesteret har jeg hatt praksis som musikkterapeut på Villa Enerhaugen sykehjem. Her har beboerne fått tilbud om gruppetimer og individuell time med musikkterapi. Gjennom min praksis denne våren og høsten 2016 skal jeg gjennomføre forskningsprosjektet som er en del av min masteroppgave i musikkterapi. Min masterveileder, og hovedansvarlig prosjektleder er førsteamanuensis ved Norges musikkhøgskole Tone S. Kvamme.

Musikkterapitimen er et hyggelig og uforpliktende sted hvor vi skal være sammen. Musikkterapeuten tar utgangspunkt i musikk som pasienten liker og musikkpreferanser kartlegges på forhånd. Det blir ikke satt sammen et fast musikkterapiprogram, men at musikkterapeut tar utgangspunkt i hva pasienten ønsker og hva han/hun bringer med seg inn i timen. Målet med musikkterapien er at musikken og samværet skal gi pasienten gode opplevelser som kan gi økt livskvalitet og virke positivt inn på dagsformen. Pasienten vil få tilbud om musikkterapi en gang i uken, i ni uker.

I forbindelse med forskningsprosjektet vil jeg samle inn informasjon om pasienten. Dette vil jeg gjøre gjennom observasjon fra timene, intervju som samtale og gjennom et spørreskjema de ansatte skal besvare. Kun informasjon som er relevant til prosjektet vil bli tatt med og deretter anonymisert. Opplysninger om pasienten vil bli oppbevart innlåst på et sikkert sted, og slettes ved prosjektets slutt.

Jeg vil ta lydopptak under musikkterapitimene, slik at jeg ikke glemmer viktig informasjon som blir sagt av pasienten. Disse lydopptakene vil bli oppbevart på et sikkert sted og blir slettet ved prosjektets slutt juni 2016. Da vil den dokumentasjonen jeg har gjort være basis for min masteravhandling. Deltakeren vil bli anonymisert og personlige opplysninger vil bli slettet eller slørt.

Før prosjektstart skal musikkterapistudent søke og fått godkjent av personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD)

Om du har noen spørsmål, kan du kontakte meg personlig, eller du kan ta kontakt med personalet på Villa Enerhaugen sykehjem.

Hilsen musikkterapistudent Siv-Maren Sandvik

Tlf: 92652307

Jeg har ingen innvendinger til at den jeg er pårørende til deltar i studien

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studiet

---

(Signert av pårørende, dato)

---

(Signert av student, dato)