

Musikk som innfallsvinkel i språkrehabilitering

- En tverrsnittstudie om musikkterapi, logopedi og mennesker med afasi etter hjerneslag.



**Norges
musikkhøgskole**
Norwegian Academy
of Music

Marit Elise Goffeng
Masteroppgave i musikkterapi
Norges musikkhøgskole
Vår 2018

Copyright © Marit Elise Goffeng

2018

Masteroppgave i musikkterapi

Oslo: Norges musikkhøgskole

Forord

Min interesse for musikkens egenskaper utover det rent estetiske har vært tilstede i mange år. Jeg har drevet med kor og sang siden jeg var liten, og gått på musikklinje på videregående. Valget i etterkant av videregående skole falt på Toneheim Folkehøgskole. Der fikk jeg mitt første møte med musikkterapi, og så umiddelbart at dette var noe jeg ville utforske videre. Jeg fikk øynene opp for det brede spekteret musikken kan anvendes til. Ved siden av gleden over det rent estetiske ved musikken, representerer den et sosialt fenomen og er en arena for samvær, fellesskap og ikke minst en kilde til livsglede og mestring. Dette har jeg vært så heldig å selv erfare gjennom årene på Norges musikkhøgskole.

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært inspirerende, lærerikt og til tider fylt med frustrasjoner. Uten svært god veiledning fra Are Brean ville frustrasjonene antatt uante høyder. Jeg skylder ham en stor takk!

Takk også til Julie Kleive, min medstudent. I tiden hvor vi begge har jobbet med masteroppgaver, har vi hatt mange gode samtaler og støttet hverandre.

Jeg vil også takke Norsk Forening for Musikkterapi som har hjulpet med tilgang til respondenter, og for tilgang til Survey Monkey. Jeg setter også stor pris på at så mange respondenter har tatt seg tid til å svare på mine spørsmål.

Takk også til pappa for mange diskusjoner underveis, og gode faglige råd om nevropsykologi og ikke minst om strukturering av tekst i oppgaveskriving.

Sist, men ikke minst takk til Emil som tålmodig har støttet meg gjennom hele prosessen!

Oslo, 11.mai 2018

Marit Elise Goffeng

Sammendrag

Introduksjon: Om lag 15000 mennesker rammes av hjerneslag hvert år i Norge. Av disse får 25% afasi. Afasi er en hjerneorganisk funksjonsforstyrrelse, som medfører vansker med å uttrykke seg, eller forstå språk. Afasi kan ha store konsekvenser for den enkelte. Musikk, som retter seg mot både den enkeltes språkfunksjon, mestring, sosial funksjon og livet etterpå kan være hensiktsmessig i rehabiliteringen. Men lite er kjent om i hvor stor grad musikkterapeuter arbeider klinisk med mennesker med afasi etter hjerneslag, eller i hvor stor grad logopeder benytter musiske virkemidler i sitt arbeid med den samme klientgruppen. Følgende problemstilling er derfor formulert: I hvor stor grad og hvordan arbeider musikkterapeuter klinisk med mennesker med afasi etter hjerneslag i Norge i dag? Benytter logopeder som arbeider med samme klientgruppe musiske virkemidler i sitt arbeid? Og i hvilken grad forekommer tverrfaglig samarbeid og gjensidig veiledning.

Metode: Studien er en spørreskjemabasert tverrsnittstudie, med spørreskjemaer utgående til musikkterapeuter og logopeder. Det er benyttet elementer fra deduktiv metode, med deskriptivt design. Rekrutteringen er utført med hjelp fra Norsk Forening for Musikkterapi, via mail og sosiale medier. Spørreundersøkelsen er sendt fra programmet Survey Monkey, og dataene er analysert ved hjelp av analyseprogrammet SPSS, versjon 25.

Resultat: Av de totalt 180 deltakerne i studien var 169 musikkterapeuter og 11 logopeder. 31 (18,3%) musikkterapeuter svarte at de enten arbeider, eller har arbeidet klinisk med mennesker med afasi etter hjerneslag. 10 logopeder (90,9%) svarte at de arbeidet med klientgruppen. Av de logopedene som behandlet afasi beskrev 9 (90%) at de brukte musiske virkemidler (rytme, toner og instrumenter) i arbeidet. Kun 9 musikkterapeuter samarbeidet med logoped i sitt arbeid. På den andre siden hadde ingen av de deltakende logopedene samarbeidet med musikkterapeut. Både musikkterapeuter og logopeder gir og mottar veiledning fra andre faggrupper som en del av sitt arbeid.

Diskusjon og konklusjon: Selv om nærmere 1/5 av musikkterapeutene i denne studien hadde klinisk erfaring med mennesker med afasi, kan dette være få, sammenlignet med hvor mange mennesker som årlig får afasi etter hjerneslag. 90% av logopedene oppga at de benytter musiske virkemidler i arbeidet. Relativt få musikkterapeuter hadde en veiledningsrelasjon til egne eller andre yrkesgrupper som del av sitt arbeid. I lys av at man som musikkterapeut ofte er alene på arbeidsplassen, kan utvidet vektlegging av veiledning være et viktig virkemiddel for å videreutvikle kvaliteten på det musikkterapeutiske arbeidet i møte med klinikken. Av samme grunn kan tverrfaglig samarbeid være avgjørende for å nå frem til så mange som mulig som kan ha nytte av musikkterapi som del av behandlingen. Både for å oppnå størst mulig funksjonsbedring, men også for å bidra til bedret sosial omgang og økt livskvalitet. Derfor er det overraskende at hele 61,8% av musikkterapeutene i undersøkelsen ikke gir eller mottar veiledning, mens det tilsvarende tallet fra logopedene er 27,3%.

Nøkkelord: Musikkterapi, logopedi, afasi, musiske virkemidler, veiledning, tverrfaglig samarbeid

Abstract

English title: Music as an approach in language rehabilitation – a cross-sectional study of music therapy, speech therapy and clients suffering from aphasia after stroke.

Introduction: About 15,000 people are annually affected by stroke in Norway. 25% of these are experiencing aphasia. Aphasia causes difficulties in expressing, or understanding language, and will therefore have major consequences both for the client suffering from aphasia, his/her close family, and other social relations. The use of music in order to improve language functions, to enhance coping and social functions may be useful in the rehabilitation of clients suffering from aphasia. Both music therapists and speech therapists have professional qualities that make them important contributors in the rehabilitation of this group of clients.

Aim: This study aims at exploring to what extent, and how music therapists clinically work with clients suffering from aphasia due to stroke in Norway today? In addition, to explore if speech therapists use music in their attempts to improve language functions in this client group, and to what extent interdisciplinary cooperation and mutual guidance occur.

Method: The study has a cross sectional design, and is thus descriptive. Questionnaires has been used to obtain the data. The participants were recruited via e-mail and social media. The questionnaires were distributed by Survey Monkey, and the data was analyzed using Statistical Package for Social Sciences (SPSS), version 25. Data collection took place during autumn 2017.

Results: There was a total of 180 participants in the study. Of these, 169 were music therapists, and 11 speech therapists. 31 (18.3%) music therapists replied that they were presently working clinically with clients suffering from aphasia after stroke, or had worked with the client group at a previous stage in their career. 10 speech therapists (90.9%) responded that they worked with the client group. Of the speech therapists that worked with the client group, 9 (90%) responded that they used music (rhythm, tones and musical instruments) in their work. 9 of the music therapists cooperated with speech therapists. None of the participating speech therapists had collaborated with music therapists in the rehabilitation of clients suffering from aphasia. Both music- and speech therapists provide and receive guidance from other professional groups as part of their work.

Discussion and conclusion: Although 1/5 of the music therapists in this study had clinical experience with clients suffering from aphasia, this may seem few compared to the amount that annually suffer from aphasia after a stroke. 90% of the speech therapists state that they use music in their work. Relatively few music therapists guided, or received guidance from colleagues of their own profession or other professions. Given the fact that the music therapist often is alone in the workplace, enhanced emphasis on counseling or guidance could be an important tool for further developing the quality of the music therapy. For the same reason, interdisciplinary cooperation could be crucial to reach as many clients as possible that may benefit from music therapy as part of treatment in order to achieve the greatest possible functional improvement, but also to contribute to improve the client's social life and increased quality of life. Therefore, it is surprising that 61.8% of the music therapists in the survey do not provide or receive guidance, while the corresponding number from the speech therapies is 27.3%.

Keywords: Music therapy, speech therapy, aphasia, music, interdisciplinary cooperation

Innhold

Forord	i
Sammendrag	ii
Abstract	iii
Innhold	v
1 Innledning	1
1.1 Bakgrunn	1
1.2 Avgrensning	2
1.3 Disposisjon – oppgavens struktur	3
2 Teori	5
2.1 Afasi	5
2.2 Musikk og hjerne	8
2.3 Musikkterapi	10
2.3.1 Musikkterapeutiske metoder for rehabilitering av språk	13
2.4 Logopedi	16
2.5 Tverrfaglig samarbeid og veiledning	17
2.6 Oppsummering av teorikapitlet og problemstilling	19
3 Metode	21
3.1 Metodiske betraktninger	21
3.1.1 Kvalitativ og kvantitativ metode	21
3.2 Forskningsdesign	22
3.2.1 Tverrsnittstudie	22
3.2.2 Deduktiv og induktiv forskningsmetode.....	23
3.2.3 Spørreskjema som metode	23
3.2.4 Innhenting av data og verktøy for datainnsamling	23
3.2.5 Eksplorativt deskriptivt design	24
3.3 Utvalg	24
3.3.1 Rekruttering og tilgang.....	25
3.4 Spørreskjemaer (Musikkterapeuter og logopeder)	25
3.4.1 Gjennomføring av undersøkelsen	26
3.5 Dataanalyse	27
3.6 Ethiske refleksjoner	27
3.6.1 Formelle etiske krav	27
4 Resultater	29
4.1 Deltakere	29
4.1.1 Musikkterapeutene.....	29
4.1.2 Logopedene.....	29
4.2 Spørreskjemaresultater	30
4.2.1 Svar fra musikkterapeuter	30
4.2.2. Svar fra logopeder	35
4.2.3 Overlappende veiledningsrelasjoner	40
4.3 Oppsummering av resultater	41

5 Diskusjon	43
5.1 Metodedrøfting	43
5.1.1 Forskningsdesign.....	43
5.1.2 Utvalg.....	45
5.1.3 Spørreskjema.....	48
5.2 Drøfting av resultater	50
5.2.1 Yrkesgruppens erfaring med mennesker med afasi.....	50
5.2.2 Metoder og virkemidler med målgruppen.....	51
5.2.3 Yrkesgruppens arbeidsform.....	53
5.2.4 Veiledning.....	55
5.2.5 Samarbeid mellom musikkterapeuter og logopeder.....	56
6 Avslutning	59
6.1 Oppsummerende drøfting	60
6.2 Musikkterapien og veien videre.....	60
7 Referanser	63
8 Vedlegg	67
8.1 Invitasjon til musikkterapeuter via Survey Monkey e-post	67
8.2 Spørsmål til musikkterapeuter	67
8.3 Invitasjon til logopeder	68
8.3.1 Innlegg på NLL og OLL sine Facebooksider 26.02.18.....	68
8.3.2 e-post til logopednettverk.....	68
8.4 Spørsmål til logopeder	69
8.5 Godkjenning fra NSD	70

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Rundt 15 000 mennesker rammes av hjerneslag i Norge hvert år, og om lag 25% av disse får forstyrret språkfunksjon; afasi (Statped, 2017). Hvordan kan vi som musikkterapeuter være med på å gjøre behandlingen av denne målgruppen så god som mulig? Hvordan kan vi hjelpe mennesket bak afasien, ikke bare til bedret språk, men også til økt livskvalitet og mestringsfølelse? Hvilke faggrupper har som fokus å hjelpe disse menneskene, og hvilke metoder anvender de? Hvordan kan vi som musikkterapeuter bidra i dette arbeidet, og hvordan kan ulike yrkesgrupper være til nytte for hverandre for å optimalisere spesialområder knyttet til målgruppen? Kan vi, hvis vi samarbeider, kunne oppnå en behandling basert på kunnskap fra alle som bidrar til å gjøre hverdagen for disse menneskene litt enklere? Det kan være på funksjonsnivå med en målsetting om symptomreduksjon, eller med en målsetting om bedret livskvalitet, livsglede og mestringsfølelse. Alt dette var spørsmål jeg innledningsvis stilte meg under forarbeidet til denne studien.

Det finnes ingen nyere oversikt over hvor mange musikkterapeuter som arbeider med denne gruppen mennesker, og hvordan de gjør det. Dette til tross for at dette er en gruppe der musikalske virkemidler kan være av betydning i behandlingen. Derfor har jeg i denne oppgaven gjennomført en spørreundersøkelse blant musikkterapeuter for å belyse noen av disse spørsmålene.

Siden afasi har konsekvenser på så mange måter, både sosialt og for den enkelte, kan man benytte tilnærminger som retter seg mot både den enkeltes språkfunksjon, men også mestring, sosial funksjon og livet etterpå. Derfor har jeg valgt å inkludere, ikke bare musikkterapeuter og vårt mulige bidrag til behandlingen, men også logopedier, en yrkesgruppe som allerede arbeider mye med mennesker med afasi. Hensikten er å beskrive hvordan yrkesgruppene kan bidra til å bedre målgruppens livskvalitet, ved bruk av tiltak som bygger på musikk.

1.2 Avgrensning

I min masteroppgave har jeg valgt å bearbeide temaet musikk og kommunikasjon, et tema som jeg over lang tid har interessert meg for, og som jeg også behandlet i min bacheloroppgave fra Universitetet i Oslo, institutt for Musikkvitenskap i 2013 (Goffeng, 2013). Der tok jeg opp betydningen av å bruke musikk i møte med mennesker med nedsatt språk og/eller taleevne. I hovedsak dreier dette seg om personer som har hatt hjerneslag, og på grunn av dette har fått en språkforstyrrelse som gjør det vanskelig å uttrykke eller forstå språk. De fleste er i aldersgruppen fra ca. 60 år og oppover.

Mange former for hjernesykdom eller hjerneskade kan føre til afasi, deriblant demens. Jeg har valgt å avgrense oppgaven til å ikke omhandle afasi som følge av andre tilstander enn hjerneslag, og heller ikke afasi hos barn. For det første ville oppgaven blitt for omfattende hvis jeg valgte å inkludere mennesker med afasi som en følge av demens og barn med afasi. For det andre er det slik at både utfordringer og prognoser er ulike i så forskjellige grupper som det barn, personer med demens og personer med afasi etter ervervet hjerneskade er. For å unngå å sette likhetstegn mellom personen og hans/hennes lidelse ("afatiker") vil jeg benytte meg av begreper som *klient*, *afasirammen* eller *personer/mennesker med afasi*.

Jeg har sett nærmere på en hypotese om at få musikkterapeuter arbeider klinisk med mennesker med ervervet afasi, og at mange logopeder benytter seg av musiske virkemidler i sitt arbeid for å bedre språkfunksjonen hos denne klientgruppen i Norge i dag.

For å få best mulig innsikt i, og kunnskap om emnet, har jeg før utarbeidelsen av spørreskjemaet gjennomgått relevant litteratur med temaet musikkterapi og afasi, der jeg har gått dypere inn i hva ervervet afasi er, hva det kan bety sosialt og for den enkelte, og hva som finnes av forskning på musikkterapi og ervervet afasi. Deretter har jeg gjennomført en spørreundersøkelse blant musikkterapeuter og logopeder i Norge for å finne ut om hypotesen min medfører riktighet. Begge yrkesgruppene er på hver sin måte med i rehabiliteringen av språkskader etter hjerneslag.

Hovedfokuset i masteroppgaven og målet for undersøkelsen er i hovedsak rettet mot disse to yrkesgruppene som begge arbeider for å gjøre hverdagen til denne klientgruppen enklest og best mulig. Hvilke virkemidler benytter musikkterapeuter og logopeder seg av,

og i hvilken grad er de bevisst på å bruke musikken som virkemiddel for å bedre språk, språkforståelse og styrke generell mestringsopplevelse hos klienten. Jeg ønsket å kartlegge hvordan musikkterapeuter og logopeder arbeider med klientgruppen, og om de benytter seg av veiledning og muligheten til å arbeide tverrfaglig, både med hverandre og med andre faggrupper. Sist gang det ble gjort en kartleggingsundersøkelse av musikkterapeutenes arbeidsfelt var i 2007, av Ingrid Humstad Hodne. I hennes undersøkelse som inkluderte 240 musikkterapeuter, var det kun 5 som arbeidet med ervervede hjerneskader (Hodne, 2007).

Hvis det skulle vise seg i min undersøkelse at det fortsatt er få musikkterapeuter som arbeider med ervervede hjerneskade i dag er dette spennende å drøfte med tanke på hvor stor denne klientgruppen er. Hvis logopeder bruker musikk i rehabiliteringen av språkskader, og har funnet det hensiktsmessig, hvorfor er det da ikke flere musikkterapeuter som jobber innenfor dette området?

1.3 Disposisjon – oppgavens struktur

I kapittel 1 har jeg gjort rede for bakgrunnen for valg av tema og for oppgavens avgrensninger. I kapittel 2, som danner bakgrunnen for oppgavens problemstilling og metodevalg, har jeg definert sentrale begreper knyttet til tema og problemstilling, tatt for meg relevant teori om afasi, sammenhengen mellom musikk og hjerne, musikkterapi, logopedi og tverrfaglig samarbeid, og formulert endelig problemstilling. I metodekapittelet, kapittel 3, har jeg gjort rede for valg av metode, forskningsdesign, utvalg, spørreskjemaer, dataanalyse og etiske refleksjoner. I kapittel 4 presenterer jeg resultatene av undersøkelsen. Her har jeg sett på hvem som deltok og hva de svarte på spørsmålene i undersøkelsene. I kapittel 5 har jeg drøftet metodevalg og resultatene presentert i forrige kapittel, i tillegg til å sammenlikne svar fra musikkterapeutene og logopedene og hva det kan ha av betydning. I det siste og avsluttende kapittelet oppsummeres resultatene og jeg har drøftet muligheten for tverrfaglig samarbeid og i hvilken retning musikkterapien går/burde gå.

2 Teori

På bakgrunn av at temaet i seg selv kan være bredt, og at en skade som ervervet afasi kan innebære mange ulike utfordringer, har jeg valgt å begynne med å definere og avgrense begrepene; *afasi*, forholdet mellom *språk*, *musikk* og *hjerne*, *musikkterapi* og *logopedi* sett ut fra det perspektiv jeg ønsker å befinne meg innenfor. Videre har jeg sett nærmere på arbeidsformen *tverrfaglig samarbeid* og til slutt gått nærmere inn i hvorfor og hvordan musikk kan være en hensiktsmessig innfallsvinkel når det gjelder rehabilitering av språk.

2.1 Afasi

Afasi er svikt i evnen til å bruke og forstå ord selv om både musklene som deltar i talefunksjonen og nerveforsyningen til disse musklene fortsatt er intakt. Ordet afasi kommer fra det greske ordet *aphasia* som betyr målløshet. (Gjerstad, 2017).

Det kan være mange ulike årsaker til at afasi oppstår, og derfor finnes det også flere definisjoner. I følge Ivar Reinvang, ut fra et nevrologisk perspektiv, kan afasi defineres som en språkdefekt etter hjerneskade hos et individ som har gjennomgått normal språklig utvikling inntil tidspunktet for skaden (1978). Altså har skaden utløst afasien, og man kan kalle det en *ervert* afasi. Det vil si at skaden ikke er medfødt (Bokmålsordboka, 2017). Afasi kan oppstå som følge av et hjerneslag, enten ved et infarkt eller en blødning, og oppstår som regel etter skade i venstre hjernehalvdel. Grunnen til at det oftest er skader i venstre hjernehalvdel som er årsaken til afasien, er at språkområdene hos de fleste er lokalisert i denne hjernehalvdelen. En person som blir rammet av afasi kan oppleve vansker med både å bruke og å oppfatte muntlig språk, samt vansker med å lese og skrive (Brodin, 2016).

På tross av at enhver form for ervert hjerneskade er individuell og arter seg ulikt fra person til person, snakker man om tre overordnede faser i rehabiliteringsforløpet etter hjerneskade. Den første fasen er tiden rett før innleggelse og den akutte behandlingen på sykehuset. Den andre fasen omhandler den rehabiliteringsinnsatsen som foregår på sykehuset under innleggelsen. Den tredje og siste fasen er den rehabiliteringen som gjøres etter utskrivelse (Hald & Ridder, 2014).

Det er vanlig å skille mellom ulike afasityper ut fra hvordan språkvanskene arter seg, og hvor i hjernen skaden oppstår. En skiller ofte mellom to hovedformer for afasi; Ekspressiv (ikke-flytende) afasi, som er forbundet med skade i fremre språkområde i venstre hjernehalvdel, i Brocas område, og impressiv (flytende) afasi, som er forbundet med skade i bakre språkområde, Wernickes område (Statped, 2017; Gjerstad, 2017). De to typene kalles ofte henholdsvis Broca-afasi og Wernicke-afasi. Det kan også nevnes en tredje form for afasi; Global afasi eller total afasi, som er en kombinasjon av Wernicke-afasi og Broca-afasi. Utfallet ved denne formen er ofte lite eller ingen språkproduksjon, og lite eller ingen språkforståelse (Røste, Dalby, & Nordset, 2016).

Ekspressiv afasi kan kjennes igjen ved anstrengt tale og nølende uttale av enkeltord. Mennesker med denne formen for afasi kan ha vansker med å finne ord og formulere setninger (Statped, 2017). Talen kan bestå av korte ytringer med enkel setningsbygning, hvor funksjonsord og grammatiske bøyninger ofte er utelatt. Språkforståelsen er ofte bra, men likevel noe redusert. Impressiv afasi med flytende talepreg kan være kjennetegnet ved frasefylt tale, med uklart meningsinnhold og lite sammenheng, nyord og ordforvekslinger. Ved denne typen afasi er språkforståelsen betydelig redusert (Statped, 2017).

Man ser ofte blandingstyper av afasi, hvor henholdsvis ekspressiv eller impressiv problematikk dominerer mest, alt etter hvor skaden ligger (Einbu, 2008, s. 455). Hos de aller fleste vil også afasien bare være en del av et større sykdomsbilde med tilleggsvansker som også vil kunne virke inn på den språklige rehabiliteringen (Lind, Haaland-Johansen, Knoph, & Qvenlid, 2010). Pareser, dysartri, synsfeltutfall, apraksi og kognitive vansker er eksempler på slike tilleggsvansker.

Det er viktig å skille afasi fra *dysartri*, som er talevansker som skyldes pareser, svakhet eller manglende koordinering av muskulaturen vi bruker når vi snakker. Dette kan resultere i at talen blir utydelig og vanskelig å forstå. Ved dysartri er det språkets fonetiske nivå som rammes (Howard og Hatfield, 1978 i Lind, Haaland-Johansen, Knoph, & Qvenlid, 2010), mens selve språkfunksjonen er intakt. Dysartri regnes derfor ikke som en språkvanske (Lind, Haaland-Johansen, Knoph, & Qvenlid, 2010).

Det å miste evnen til å kommunisere verbalt er en stor omveltning for et menneske. I tillegg oppstår det også ofte psykososiale problemer som følge av ervervet afasi. Dette er mennesker med helt spesielle utfordringer i sitt sosiale liv: De kan i ulik grad ha vansker med å forstå hva som sies til dem, de kan ha vansker med å gjøre seg språklig forstått, eller begge deler. Det å bli rammet av afasi, og miste det viktigste kommunikasjonsverktøyet man har, kan gi risiko for tiltagende sosial isolering dersom det ikke kan utvikles alternative sosiale omgangsformer som gjør det lettere for både de som er rammet og mennesker i deres omgivelser å møtes. Det å havne i en slik situasjon kan man oppleve å være alene om, spesielt når man er ferdig med den første rehabiliteringsfasen og skal tilbake til sitt eget miljø.

Det er lett å glemme, men viktig å huske at det ikke bare er personen som rammes av afasi etter en ervervet hjerneskade som må leve med konsekvensene av situasjonen. Det er også uunngåelige konsekvenser for personens nærmeste familie og personens omgangskrets. Afasien er rett og slett en utfordring for alle den afasirammede skal kommunisere med (Lind, Haaland-Johansen, Knoph, & Qvenlid, 2010).

Å benytte musikk som hjelpemiddel og metode i behandling av mennesker med slike problemer kan være spesielt hensiktsmessig fordi musikk griper fatt i ressurser vel så mye som problemer (Rolvsvjord, 2008). Noen har kanskje ekstra bidrag å komme med i den grad musikk også har vært en interesse fra tidligere (Hurkmans, et al., 2011), musikken er noe å samles om og dele i et sosialt fellesskap, og i gruppe får man erfare og møte andre i samme situasjon. På grunn av hjernens funksjonelle organisering skades ikke musikkforståelse/uttrykk nødvendigvis når man rammes av afasi, samtidig som mye musikk også omfatter tekst. Musikk kan derfor være av betydning for både individuell mestring og samvær med andre, samtidig som det også kan benyttes som hjelpemiddel i ren språkfunksjonstrening.

2.2 Musikk og hjerne

I de siste 30 årene har nevrobiologisk forskning gitt oss viktig og detaljert informasjon om hvordan eldre og yngre deler av hjernen medvirker i bearbeidelsen av musikalske sanseintrykk og opplevelser, hvordan høyre og venstre hjernehalvdel fordeler arbeidet mellom seg, hvordan de samarbeider, og hvordan dette samarbeidet påvirkes av musikalsk undervisning og trening (Bonde, 2011).

Dette avsnittet gir en kort gjennomgang av hvordan nevrobiologisk kunnskap kan være med på å belyse hvordan musikken kan være et nyttig hjelpemiddel i arbeidet med mennesker med afasi etter hjerneslag.

Hjernen styrer kropp, tenkning, handlinger, språk og atferd. Forskjellige funksjoner er lokalisert ulike steder i hjernen. Hjernebarken (cerebral cortex), er det øverste laget i hjernen. Storhjernen er delt inn i to hemisfærer, høyre og venstre, som igjen kan deles opp i to, fremre og bakre del. Det er altså fire deler; Den bakre består av isselapp (parietallappen), tinninglapp (temporallappen) og nakkelapp, eller bakhodelapp (occipitallappen). Den fremre består av pannelappen eller frontallappen (Christensen, 2014). Oppmerksomhet, planlegging, adferdskontroll, uttrykk, motorikk og administrativ koordinering av hele hjernen er lokalisert i fremre (frontale) deler av hjernen (Borchgrevink, 2008). Bakre deler bearbeider sanseintrykk og persepsjon. I de underliggende hjerneområder behandles kroppslige (vegetative) funksjoner (Borchgrevink, 2008).

Selv om nevrovitenskapelig forskning har kommet langt, og kunnskapen om hjernen har skutt fart, er hjernen et så komplekst organ at den fortsatt kan kalles et "mysterium" (Brean & Skeie, 2016). Man sier ofte at "man lærer så lenge man lever". Dette er helt sant og er takket være det fenomenet som kalles *nevroplastisitet*. I følge Brean og Skeie (2016) vil alt du lærer, opplever og gjør sette fysiske spor i hjernen din. Det vil si at hjernen er i konstant endring hele livet, og er aldri den samme når du legger deg om kvelden som da du sto opp samme morgen.

Et fenomen som har vært kjent i over 100 år er at en del pasienter med afasi etter hjerneslag eller annen skade i språkområdet fortsatt kan synge med tekst (Brean & Skeie, 2016).

Tidligere har forskningen fortalt oss at musikk prosesseres i høyre og språk i venstre hemisfære. Dette er en oppfattelse som i senere tid har blitt nyansert (Baker, 2000; Einbu, 2008). I dag vet vi at høyre og venstre hemisfære bearbeider lyd på forskjellig måte (Christensen, 2014), at ulike musikalske komponenter prosesseres på ulike steder i hjernebarken, og at språk og musikk bearbeides via ulike mekanismer og funksjoner. Dette kan være forklaringen på at mennesker med alvorlig afasi kan synge tekst fra automatiserte, kjente sanger, men har vansker med å konversere (Einbu, 2008; Johansson, 2011).

Det er flere elementer i musikken som hjernen må lese for å oppfatte og analysere musikk. I følge Brean og Skeie (2016) er dette blant annet *tonehøyde, klang og akkorder*. Disse elementene er tilstede samtidig, og må analyseres parallelt i en simultan mønsteranalyse. Men dette er ikke de eneste elementene som til sammen utgjør musikk. Vi har også elementer som utfolder seg over tid; *tonegang, melodilinje, rytme og tempo*. Hjernen må prosessere disse i en sekvensiell mønsteranalyse. Dette må igjen samkjøres med den simultane mønsteranalysen til helhetlig musikk (Drake og Bertrand, 2009 i Brean & Skeie, 2016)

Tonens ferd fra instrumentet til hjernen er lang. Lydbølgene fanges opp i det ytre øret, videre via trommehinnen til det indre øret og sneglehuset (cochlea). I cochlea skapes det elektriske signaler til hørselsnerven, som igjen sender disse videre til hjernestammen. Her kobles signalene om før de sendes videre til thalamus og hørselsområdet i hjernebarken. Her sendes hver frekvens til sitt spesielle område i hjernebarken (Brean & Skeie, 2016). Hjernen omdanner og analyserer lyder fra ulike instrumenter og omgjør dette til klang.

Styrkeforholdet mellom de ulike overtonene i instrumentene gir en signatur som hjernen oppfatter som en spesiell klang (Brean & Skeie, 2016). Melodi i musikken utfolder seg over tid, noe som krever at hjernen må oppfatte og analysere avstanden mellom tonene både tidsmessig og som intervaller. Rytmen må også analyseres over tid for å oppfatte og gjenkjenne den. Fordi rytmen har en egen evne til å aktivere hjernen motorisk, kjenner vi gjerne en trang til å trampe takten til musikken (Brean & Skeie, 2016). Musikk har også en helt egen evne til å fremprovosere emosjoner gjennom å aktivere blant annet det limbiske system dypt i hjernen. Områdene i bakre del av hjernen som brukes av synssansen er også ofte aktivert i musikklytting. Dette kan handle om ulike former for visualisering av musikken, som igjen er med på å fremkalle emosjoner.

Persepsjon, oppmerksomhet, hukommelse, språk og andre kognitive funksjoner utføres av interaktive nettverk i hjernen som overlapper hverandre. Kapasiteten til automatisk og samtidig behandling av slike innkommende stimuli reduseres ved skader i kortikale og subkortikale nettverk. Ved slike skader har forskning vist at multisensoriske tilnærminger, der flere sanser stimuleres samtidig, kan være effektivt ved at det kan bidra til rehabilitering og kompensering for tapt funksjon (Johansson, 2011). Musikalsk utfoldelse aktiverer potensielt store deler av hjernen synkront og kan dermed bidra til at nye hjerneforbindelser blir skapt (Hald & Ridder, 2014).

Musikkens evne til å aktivere belønningssystemer i hjernen og øke dopaminproduksjonen er ifølge Brean og Skeie (2016) foreslått som en nøkkel til at musikk fremmer nevroplasticitet og derav gir terapeutiske muligheter.

Musikkterapi som behandlingsform hos mennesker med ervervet afasi kan derfor være særlig hensiktsmessig, ikke bare fordi det kan være med på å forbedre tale og språk, men også fordi musikkterapi kan påvirke fin- og grovmotorikk, emosjonelle og psykologiske reaksjoner, kognitive prosesser og personlige relasjoner, og fordi musikkens elementer er i direkte forbindelse med disse menneskelige egenskapene (Brean & Skeie, 2016).

2.3 Musikkterapi

Musikkterapi har vært forsøkt definert på mange måter opp igjennom årene. I Bruscia's bok *Defining music therapy* (1998) gjennomgås det eksempelvis en rekke definisjoner på musikkterapi som peker i ulike musikkterapeutiske retninger. Det er tydelig at det å definere et fag som retter seg mot så mange ulike mennesker med så mange ulike behov er særlig vanskelig. Både fordi musikkterapi som fag i seg selv er stort, men også fordi terapiformen må tilpasses til mennesker med ulike behov. Bruscia mener at definisjonen av hva musikkterapi er, vil være avhengig av hvordan man til enhver tid og i enhver sammenheng ser på musikk og behandling (Einbu, 2008; Bruscia, 1998).

Jeg vil i det følgende gjennomgå en overordnet definisjon på hva musikkterapi er og hvem som kan ha nytte av å motta det. Deretter vises det til hva det vil si at musikkterapien har en

humanistisk grunntanke. Etter dette er musikkterapi definert ut fra det området oppgaven befinner seg under, og som også innbefatter et nevrobiologisk perspektiv.

8. Mars 2018 ble endelig *musikkterapi* et oppslagsord i Store Norske Leksikon. Professor emeritus ved Norges musikkhøgskole, Even Ruud, har skrevet artikkelen. Ruud begynner med å definere hva musikkterapi er og hva det kan bidra til som følger;

«Musikkterapi er et fag som studerer sammenhenger mellom musikk og helse.

Musikkterapeuter bruker musikk til å øke livskvalitet, bedre helse og fremme utvikling hos ulike brukergrupper» (Ruud, Store Norske Leksikon, 2018). Musikk beskrives dermed som et virkemiddel for å oppnå et eller flere mål.

Definisjonen begynner med å beskrive musikkterapi som et *fagfelt*. Musikkterapi er et fagfelt, men det er også et *tilbud*. På Norsk forening for musikkterapi sin hjemmeside står det at «musikkterapi gir muligheter for utvikling og endring gjennom et musikalsk og mellommenneskelig samarbeid mellom terapeut og klient» (Norsk forening for musikkterapi, u.d.; Bruscia, 1998). Musikkterapien tilbyr altså et samarbeid mellom terapeut og klient gjennom musikk. For å skape et godt samarbeid som bærer frukter er prosessen ofte ressursorientert og fokuserer på aktuelle mål innen helsefremmende arbeid, behandling, rehabilitering og omsorg (Norsk forening for musikkterapi, u.d.; Bruscia, 1998). Terapeuten tar utgangspunkt i klientens ressurser og benytter seg av disse for å oppnå mål som er satt ut fra hva klienten har behov for. Disse målene varierer fra klient til klient, og kan for eksempel skape nye muligheter for kommunikasjon og personlig uttrykk og gi mulighet til å arbeide med sosiale problemstillinger.

Mange kan nyte godt av musikkterapi som behandlingsform. Eksempler er barn, ungdom, voksne og eldre med psykiske vansker, med utviklingsmessige utfordringer og lærevansker, mennesker med aldersrelaterte vansker som demens, Parkinsons sykdom og hjerneslag, personer med rusproblemer, hjernesker, fysiske funksjonshemninger og andre fysiske og psykiske lidelser. (Norsk forening for musikkterapi, u.d.; Bruscia, 1998).

Det finnes ulike teoritradisjoner innenfor musikkterapien. Kvamme og Stige nevner syv ulike tradisjoner; biomedisinsk, behavioristisk, psykodynamisk, humanistisk, transpersonlig,

sosiokulturell og musikkcentrert tradisjon (Kvamme & Stige, 2016). I Norge er det den sosiokulturelle og den humanistiske tradisjonen som står sterkest (Ruud, 2008).

Ruud redegjør for hvordan den norske musikkterapien knyttes opp mot humanismen; Det handler om at mennesket er fritt, kan ta selvstendige valg, og er autonomt. Menneske er flerdimensjonalt, noe som innebærer at mennesket ikke bare er bare kropp, men en kombinasjon av kropp og sinn. Det relasjonelle fokuset er et sentralt element i ulike modeller, uavhengig av tilnærming, i den humanistiske musikkterapien (Trondalen, 2008).

Musikkterapiens ressursorientering og fokusering på mestring handler om å legge til rette for at klienten skal få oppleve mestring ved å ta utgangspunkt i klientens iboende ressurser (Rolvsjord, 2008). Det innebærer at man som musikkterapeut må ha en kontekstuell musikkforståelse, at vi må være reflekssive i vårt arbeid, fordi det ikke finnes en metode som favner alle. For å kunne møte klientene på best mulig måte er det viktig med et høyt musikalsk nivå. Det handler om å se på musikkterapien i stadig endring når det kommer til ulike felt, tilnærminger og rollene man innehar som musikkterapeut. Det vil si at musikkterapien også må sees i lys av samfunn, kultur og systemiske aspekter (Stige, 2008). Som musikkterapeut må man hele tiden arbeide for å bedre klientens helse og livskvalitet gjennom musikalsk samhandling som en drivkraft for endring, og helsebegrepet defineres som en ressurs, en opplevelse, en prosess og en tilstand. Ruud nevner viktigheten av teoribygging og refleksivitet i forskningen, og at vi ser det hensiktsmessig å benytte ulike metoder og tilnærminger i forskningen. Ruud vektlegger også hva vi som musikkterapeuter kan bidra med. Her nevnes synliggjøring av fagfeltet, slik at andre faggrupper ser viktigheten av musikkterapien. Det handler om hva vi kan bidra med gjennom forskning, praksis og seminarer. Og det handler om hvordan vi kan formidle vår kunnskap om musikk og hva det kan ha å si for mennesker og samfunnet (Ruud, 2008).

I følge Kvamme & Stige (2016) har de syv tradisjonene (biomedisinsk, behavioristisk, psykodynamisk, humanistisk, transpersonlig, sosiokulturell og musikkcentrert tradisjon) på ulike måter nedfelt seg i terapeutiske retninger med spesifikke fremgangsmåter og teknikker. I de nordiske landene står fem slike praksisretninger sentralt. Her nevnes kognitiv-atferdsorientert musikkterapi, analytisk orientert musikkterapi, Nordoff-Robbins-musikkterapi, «Guided imagery and music» (GIM) og samfunnsmusikkterapi (ibid).

Det er ikke slik at hver av disse praksisretningene støtter seg til kun én tradisjon. Kvamme & Stige (2016) skriver at Nordoff-Robbins-tradisjonen både er humanistisk og musikkcentrert i sin orientering. GIM bygger på både psykodynamiske, humanistiske og transpersonlige elementer, og samfunnsmusikkterapien støtter seg både til den sosiokulturelle og den musikkcentrerte teoritradisjonen. Det er nemlig slik at ulike terapiretninger gjerne henter elementer fra flere tradisjoner. Det konkrete opplegget blir tilpasset den enkelte klient og situasjon (Kvamme & Stige, 2016).

Innenfor nevrorehabilitering kan musikkterapi ifølge Bonde (2011, s. 60) defineres som «en systematisk intervensjonsform ved bl.a. pasienter med kommunikasjonsproblemer som en følge av afasi». Bonde sier videre at musikkterapi også er en psykososial intervensjon, som har som mål å hjelpe pasienten til å mestre traumer og forbedre livskvalitet i en overgangsperiode. Dermed åpner han for at musikalske virkemidler både kan brukes i spesifikk trening av språkfunksjon som innebærer en fokusering på å redusere problemet pasienten har, og dermed er en utfallsfokusert tilnærming, og samtidig at musikalske virkemidler kan bidra til å forbedre livskvalitet som kanskje i større grad innebærer en ressursorientert tilnærming. Den siste delen er en av grunnpilarene i humanistisk musikkterapi.

Det finnes eksempler på hvordan musikkterapeuter har arbeidet tverrfaglig med ulike målgrupper, hvor musikkterapi og andre faggrupper har valgt å inngå samarbeid om å nå felles mål. Et eksempel på dette er FysMus, der fysioterapeut og musikkterapeut samarbeidet ved å bringe inn teori og metode fra hvert sitt fag, noe som resulterte i noe nytt. Det tverrfaglige aspektet i FysMus er kanskje det tydeligste kjennetegnet (Eide, 2008).

2.3.1 Musikkterapeutiske metoder for rehabilitering av språk

Det å snakke og det å synge har mye til felles, både den måten pusten er involvert på, formingen av lyder og ord, rytme, melodi og frasering. Både musikk og språk er dertil også kommunikative aktiviteter (Borchgrevink, 2008). Mange av de samme hjernestrukturene som er aktive under musikklytting og musikkutøvelse, er også aktive under tale og lytting til språk. Musikkterapi kan tilby muligheter for å stimulere både de auditive og de kognitive funksjonene som er felles for språk og musikk (Moltubak, 2016; Borchgrevink, 2008).

Aktiv og reseptiv/passiv er to kategorier man kan dele ulike former for musikkterapeutiske metoder inn i. Bedriver man en aktiv form for musikkterapi er det klienten som uttrykker seg gjennom å synge, spille på instrumenter. Musikalsk improvisasjon mellom terapeut og klient er en aktiv form for musikkterapi. Reseptiv musikkterapi inneholder ofte musikklytting. Her kan også terapeuten instruere klienten i avspenning (Myskja, 2004; Bruscia, 1998).

I løpet av de siste årene har flere studier vist at musikklytting aktiverer mange strukturer og nettverk i hjernen. Selve avkodingen av lyd foregår i primær og sekundær hørselsbark i tinninglappen, men store deler av hjernen er aktiv under musikklytting (Brean & Skeie, 2016). Musikklytting aktiverer store deler av det limbiske system ("følelhjernen"), så vel som motoriske programmer og nettverk i både lillehjerne, basalgangliene og motorisk og premotorisk hjernebark i begge storhjernehalvdelen (Brean & Skeie, 2016). Også hos ikke våkne pasienter med svært alvorlige hodeskader (pasienter i "vegetativ status" kan man se aktivering av noen av de samme hjernestrukturane (Okumura, et al., 2014).

Det er opp gjennom årene utviklet flere metoder for rehabilitering av språk hos afasipasienter, og det er ikke kun i senere tid dette har vært belyst som tema. Ivar Reinvang, en av de som står bak Norsk grunntest for Afasi (NGA), nevner allerede i sin bok fra 1978 det han kaller *eksperimentelle terapiformer* (Reinvang, 1978). Han refererer til blant annet *Melodic Intonation Therapy* (MIT), som er et strukturert treningsprogram beskrevet i USA på tidlig 1970-tall (Sparks, Helm & Albert, 1973 i Einbu, 2008). På bakgrunn av observasjonen av at mennesker med afasi ofte kan synge tekst bedre enn å snakke den samme teksten ble metoden utviklet (Schlaug, 2010). Metoden er opprinnelig utviklet av logoped (Moltubak, 2016), og kan være hensiktsmessig å benytte som hos de pasientene som har ekspressiv afasi og/eller apraksi. Metoden ser ut til å være effektiv for om lag 75% av mennesker med denne typen afasi (Baker, 2000). Dette har imidlertid blitt kritisert. Det kan være et problem at ordene blir altfor koblet til melodien. MIT kan derfor fremstå som en metode med begrensninger når du skal gjenopprette ord for hverdagssamtaler (Skeie, Einbu, & Aarli, 2010).

MIT inkluderer tre viktige komponenter; melodisk intonasjon, hvor enkle setninger synges eller messes, tapping med venstre hånd for å ytterligere stimulere motoriske områder i høyre hjernehalvdel, og intens trening (1,5 t/d 5 dager i uken) (Johansson, 2011; Schlaug, 2010).

Etter hvert kan den sungne setningen gradvis overføres til mer normal tale. Den neurologiske forklaringen er en teori om at MIT aktiverer og stimulerer områder i den uskadede høyre hemisfære, som kan brukes og opptrenes til aktiv språkbruk (Bonde, 2011; Moltubak, 2016). MIT øker interaksjonen mellom musiske og språklige prosesser, og gir språkområdene tilgang til musiske prosesseringsområder ved at musikken aktiverer deler av hjernebarken (cerebral cortex) ansvarlig for musikk (Einbu, 2008, s. 450).

Det er delte funn i studier som omhandler effekten av MIT. Noen har konkludert med bedret tale (Cohen, 1995 i Einbu, 2008), mens andre hevder at det ikke er noen effekt på talen i seg selv, men at metoden likevel kan være nyttig ved at taletempo reduseres, ordforrådet bedres og pusten opprettholdes. Andre områder der endring også beskrives er f.eks. mestring og motivasjon (Boucher, Garcia, Fleurant, & Paradis, 2001).

Motivasjon til å fortsette rehabiliteringen er essensielt i arbeid med slagrehabilitering. Opplevelse av mestring og å få til noe kan være med på å øke motivasjonen til videre trening og innsats. Det er her musikkterapien og dens ressursorienterte tankegang kan spille en viktig rolle. Som tidligere omtalt; Musikk øker dopaminnivået i hjernen og kan være med på å øke både motivasjon og hjernens plastisitet (Brean & Skeie, 2016).

Det er flere musikkterapeutiske tilnærminger som på ulikt vis bygger på prinsippene i MIT (Hurkmans, et al., 2011). For å imøtekomme de pasientene som ikke har nytte av MIT alene har musikkterapeuter videreutviklet denne metoden med ytterligere musikalsk struktur. Denne videreutviklede metoden kalles MMIT, *Modifisert Melodisk intonasjonsterapi* (Baker, 2000). En annen musikkterapeutisk metode som bygger på MIT, er SIPARI-metoden. Dette er en metode som er registrert varemerke. Selv om de samme elementene kan inngå i musikkterapi, kan en ikke kalle det SIPARI uten å ha tatt etterutdanning i denne metoden. Sang, Intonasjon, Ande (pust), Rytme og Improvisasjon er elementene metoden er satt sammen av. Terapien gis både individuelt og i gruppesammenheng og alle funksjoner som er involvert i talespråket blir arbeidet med. Både lingvistiske, motoriske og kognitive funksjoner. For å trene kommunikasjon på et nonverbalt plan benyttes improvisasjon. Dette gjøres også for å styrke sosiale ferdigheter og følelsesmessig stabilitet (Moltubak, 2016). Ved bruk av denne metoden involveres både spill på instrumenter og sang, men ifølge SIPARI sin hjemmeside er det den menneskelige stemmen som er basis for terapien (Jungblut, 2018). En

relativt ny tilnærming til språk rehabilitering gjennom musikk, er *Speech-Music Therapy for Aphasia* (SMTA). Denne metoden bygger på en kombinasjon musikkterapi og logopedi (Hurkmans, et al., 2011).

Det finnes flere musikkterapeutiske metoder for språktrening. Audun Myskja nevner noen av disse; Rytmisk taletrening, Rhythmic Speech Queing (RSC), vokal intonasjonsterapi (VIT), talestimulering (STIM) og terapeutisk sang (TS) (Myskja, Den siste song - sang og musikk som støtt i rehabilitering og lindrende behandling, 2006).

2.4 Logopedi

Ordet logopedi kommer fra det greske ordet *logos* som betyr *ord*, og *paideia*, som betyr oppdragelse (Rodina, 2018). Logopedi som fag beskriver og forklarer ulike former for kommunikasjonsvansker relatert til språkforstyrrelser, stemmeforstyrrelser eller taleforstyrrelser. Både språk- og talevansker, dysleksi, dysgrafi (skrivevansker) og dysfagi er områder en logoped arbeider med. Logopeden vurderer om tiltakene for behandling bør være i form av forebygging, diagnostisering, undervisning og/eller rådgivning. I likhet med andre yrkesgrupper som arbeider med mennesker vil logopedens arbeidsoppgaver variere ut ifra hvor man jobber og hvilket fagområde man jobber innenfor (Norsk Logopedlag, u.d.).

Ifølge Norsk Logopedlag må man som logoped ha gode samarbeidsevner. Dette fordi logopeden samarbeider med mange andre yrkesgrupper, og nevner flere av disse; lærere, førskolelærere, spesialpedagoger, pedagogisk-psykologiske rådgivere og andre ansatte i skoleverket og skolens støttesystem. De nevner videre helsepersonell som leger, psykologer, fysioterapeuter, sykepleiere og ergoterapeuter (Norsk Logopedlag, u.d.).

I likhet med musikkterapeutens mulige arbeidssteder jobber logopeder i barnehage, på skole, med voksenopplæring, i pedagogisk-psykologisk rådgivningstjeneste, på ressursentre og kompetansesentre, på rehabiliteringssentre og i sykehus. Et annet alternativ som også samsvarer med musikkterapeutenes er muligheten for å starte egen bedrift (Norsk Logopedlag, u.d.).

2.5 Tverrfaglig samarbeid og veiledning

I Store Medisinske leksikon er *tverrfaglighet* beskrevet som samarbeid om enkeltpasienter eller pasientgrupper på tvers av profesjoner og faggrupper (Nylenna, 2009). Videre sies det at tverrfaglighet kan vise seg i samarbeid om diagnostikk, behandling og utføring av enkeltindivider og i planlegging og organisering av helse- og omsorgstjenester.

Løchen (1985 i Lauvås & Lauvås, 2004) definerer fag som «... ulike erobrede landområder, eller intellektuelle territorier som skal forsvares mot invasjon eller forurensende immigrasjon fra fiendeland». Hadde det vært slik i praksis, at vi må forsvare oss, ville vi hatt store vansker med å tilegne oss bredere kunnskap. For å presentere en litt «mykere» definisjon snakker Kvarv (2014) om et fag som et avgrenset emneområde.

På tross av at alle fag er ulike er det tydelig at alle omfatter elementer av andre fag. For eksempel er medisinsk forskning i stor grad forskning innenfor andre fag, spesielt det naturvitenskapelige, men vekten blir lagt på de medisinske relevante (Lauvås & Lauvås, 2004). På samme er ikke musikkterapien som fag ensartet, og det forekommer innslag av andre fagdisipliner, som psykologi, spesialpedagogikk, musikkpedagogikk og musikkvitenskap (Sæther, 2008). Kanskje ikke så rart med tanke på musikkterapeutenes ulike grunnutdanninger. Noen av disse grunnutdanningene kan til og med være sammenfallende med yrkesgrupper de veileder (Sæther, 2008)

«Målet er ikke å viske ut faglige skiller, men å utvikle samarbeidet slik at fagbasert kompetanse virkelig blir utnyttet innenfor en felles organisatorisk ramme, slik at helheten blir bedre ivaretatt enn den ellers vil bli» (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 232).

Dette er fordi et fagområde alene ofte ikke har nok kunnskap om et fenomen. Ønsker man eksempelvis å redusere spredningen av AIDS må man strekke ut til et flertall av fagområder. Lauvås og Lauvås (2004) nevner; medisin, psykologi, juss, markedsføring, pedagogikk osv. Man er nødt til å integrere all tilgjengelig viten på et område for å gjøre målet oppnåelig. Den nye innsikten man får ved å inkludere flere fagområder vil være tverrfaglig idet den blir overgripende i forhold til nåværende organisering av kunnskap. Det kan være hensiktsmessig at flere drar lasset sammen. Det er ikke alltid det er nok at en person, en yrkesgruppe alene arbeider for best mulig behandling (Røkenes & Hanssen, 2013).

«Målet for tverrfaglig samarbeid er å sikre et best mulig opplegg for den enkelte bruker/klient som man har et felles ansvar for. Målet med å utvikle tverrfaglig samarbeid er å rydde av veien flest mulig av de hindringene som finnes, slik at den enkelte kan utvikle sin egen kompetanse innenfor et tverrfaglig fellesskap, ikke i isolasjon fra andre yrkesgrupper og profesjoner» (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 232).

Med hindringer mener Lauvås og Lauvås de aspekter ved organisering av tverrfaglig samarbeid som kan skape problemer. Det være seg hierarkiet av profesjoner, hierarkiet innen profesjoner, byråkratiet, og det at organisasjonene er bygd opp etter visse fag- og profesjongrenser. Hadde det vært slik at organisasjonen hadde vært organisert etter arbeidsfunksjon, ansvarsforhold, og brukermedvirkning ville ting mest sannsynlig sett annerledes ut. Slik jeg har forstått Lauvås & Lauvås, kan veiledning være et virkemiddel på veien til organisering av tverrfaglig samarbeid (Lauvås & Lauvås, 2004). Tverrfaglighet kommer ikke av seg selv, men er noe som må læres, og bør i et hvert studieløp innlemmes i utdanningene (Kvarv, 2014).

Veiledning kan deles i to hovedkategorier. *Supervisjon* og *konsultasjon*. Den første handler om en veiledningsrelasjon mellom en fagperson og en student. Her får studenten prøve seg i tilnærmet realistisk praksis, under veileders oppsyn og ansvar (Lauvås & Lauvås, 2004). I den konsultasjonspregede veiledningsrelasjonen er situasjonen snudd om. Her er det den som blir veiledet som har ansvaret. Kollegial veiledning har en slik konsultasjonspreget form, og foregår mellom praktiserende yrkesutøvere. Et avgjørende poeng i denne formen for veiledning er at den veiledede har sin fulle rett til å ta beslutninger innenfor sitt ansvarsområde. Veilederen vil kun ha som mål å hjelpe den veiledede til å ta bedre beslutninger (Lauvås & Lauvås, 2004).

I følge Lauvås & Lauvås (2004) kan veiledning på den ene siden være et hjelpemiddel for å få tverrfaglig samarbeid til å fungere. På den andre siden kan veiledning være et hjelpemiddel for å utvikle tverrfaglig kunnskap innad i et team og som selvstendig yrkesutøver.

Intet fag eksisterer og virker alene i verden, spesielt ikke når det gjelder forskning og utvikling, der tverrfaglig samarbeid er helt nødvendig.

2.6 Oppsummering av teorikapitlet og problemstilling

Jeg har valgt å omtale funksjonsforstyrrelsen afasi relativt grundig, for å gi et nødvendig innblikk i de utfordringene en person med afasi kan stå overfor, både individuelt og i samspill med andre. Videre har jeg villet synliggjøre hvordan utfallsorienterte og ressursorienterte tilnærminger kan utfylle hverandre og virke sammen for å oppnå best mulig behandling. Avsnittet om musikk og hjerne utdyper en biologisk begrunnelse for en utfallsorientert tilnærming, der behandlingsmuligheter begrunnes og synliggjøres. Det er viktig å være bevisst på at å kun fokusere på problemet kan generere motløshet og isolasjon. Samtidig kan det å kun fokusere på ressurser, det personen allerede mestrer, begrense ferdighetstrening. Av denne grunn har jeg vektlagt musikkterapeutiske metoder for rehabilitering av språk. Disse ligner metoder som langt på vei allerede benyttes av logopeder i språktrening. Derfor har jeg valgt å fokusere spesielt på tverrfaglig samarbeid og veiledning i undersøkelsen. Musikkterapeuten kan i et tverrfaglig samarbeid kanskje bidra til å utvide de terapeutiske alternativene som også logopeden kan ha nytte av. I tillegg vil en humanistisk musikkterapeutisk tilnærming kunne bidra til bedre sosiale relasjoner, vektlegging av ferdigheter der språk ikke er i høysetet, økt optimisme, vilje og overskudd til utfallsorientert trening, samt en arena for praktisering av språkferdigheter.

Det vi kan se er at musikkterapeuten kan kjenne igjen individuelle behov og musikkterapien kan tilpasses for å møte disse behovene på best mulig måte. Man kan i flere sammenhenger se endringer på klientens psykososiale utfordringer (selvbilde, identitet), på direkte symptomreduksjon (motorisk, kognitiv) og på det emosjonelle plan. I sosiale settinger og i behandlingssituasjoner kan musikkterapi fremme dialog, og ved å legge til rette for slik dialog kan klienten som er rammet opprettholde, og til og med kanskje forbedre en svekket identitet som i utgangspunktet har et bredt spekter av muligheter (Aldridge, 2005). I dette bildet kan både musikkterapi i vid forstand spille en viktig rolle, samtidig som tverrfaglighet vil være nødvendig for både best mulig behandlingsresultat, og for kunnskapsutvikling.

Det er i dette perspektivet jeg har utviklet min spørreundersøkelse, der fokus har ligget på både veiledningsrelasjoner og på tverrfaglighet. Formålet er at oppfølgingen av menneskene med afasi må utvikle rammer som gjør at de spesifikke utfallsorienterte musikkterapeutiske virkemidlene fungerer best mulig i kombinasjon med de ressursorienterte tilnærmingene.

På bakgrunn av min generelle forståelse av emnet, og den foregående teorigjennomgangen om musikkterapi og afasi formulerte jeg følgende problemstilling:

I hvor stor grad og hvordan arbeider musikkterapeuter klinisk med mennesker med afasi etter hjerneslag i Norge i dag? Benytter logopeder som arbeider med samme klientgruppe musiske virkemidler i sitt arbeid? Og i hvilken grad forekommer tverrfaglig samarbeid og gjensidig veiledning.

3 Metode

Jeg har valgt å gjennomføre en kvantitativ surveyundersøkelse for kartlegging og for å belyse min problemstilling. Å velge metode handler om å følge retningslinjer som har som mål å sikre at den vitenskapelige virksomheten er faglig forsvarlig (Grønmo, 2015). I starten av dette kapittelet vil jeg kort gjøre rede for generelle metodiske valg jeg har vært nødt til å ta stilling til i masterprosessen, og hvordan disse valgene viser seg i denne undersøkelsen.

3.1 Metodiske betraktninger

Min overordnede innfallsvinkel er å kartlegge, for å få en oversikt over hvordan tilbudet er i dag, for deretter å vurdere hvordan man kan gå frem for å best mulige styrke og bedre tilbudet til klientgruppen. Gjennom musikkterapistudiet har vi fått opplæring i både kvalitative og kvantitative metoder, men i musikkterapeutisk forskning er det de kvalitative metodene som i størst grad blir benyttet, fordi de undersøker og søker å fremheve aspekter ved mennesket som ikke så lett kan tallfestes. På grunn av oppgavens problemstilling har jeg valgt å gjennomføre et kvantitativt forskningsprosjekt. Metodevalget står etter min oppfatning ikke i motsetning til en grunnleggende humanistisk tankegang, siden prosjektet har et mål om til syvende og sist å bety noe for mennesker med afasi etter hjerneslag. For å ytterligere kunne bedre dette tilbudet er man nødt til å kartlegge for å vite hvordan man kan styrke tilbudet. Metoden er å kartlegge som igjen skal gi et grunnlag for å si om tilbudet til afasirammede kan «styrkes» ved at flere musikkterapeuter velger å arbeide med denne gruppen, men også ved å bedre det behandlingstilbudet som finnes gjennom veiledning og tverrfaglighet.

3.1.1 Kvalitativ og kvantitativ metode

I hovedsak ønsket jeg å kartlegge hvor mange musikkterapeuter som arbeider med mennesker med afasi etter hjerneslag i Norge i dag, og hvor mange logopeder som benytter musiske virkemidler i sitt arbeid med samme målgruppe. Etter hvert som undersøkelsen ble formulert fant jeg ut at det var flere spennende spørsmål jeg kunne se for meg i denne problemformuleringen. Det som sto tydeligst frem, var begge yrkesgruppenes forhold til

veiledning, og muligheten for tverrfaglig samarbeid. Jeg valgte derfor å innlemme spørsmål om dette i undersøkelsen. Jeg ønsket også at logopedene skulle utdype hvilke musiske virkemidler de benyttet i arbeidet, om de på noen måte samsvarte med musikkterapeutenes metoder, og ikke bare om de benyttet dem. Hvilken arbeidsform som var foretrukket i arbeidet med målgruppen var også interessant å se på.

Når man skal velge forskningsmetode er det viktig å se på problemformuleringen. Hvilke metoder passer best for å besvare forskningsspørsmålet og hvilke metoder passer best for dataene du ønsker å samle inn? I følge Grønmo (2015) snakkes det ofte om kvalitative og kvantitative *metoder*. Selv om det er slik, refererer kvalitativ og kvantitativ først og fremst til datamaterialets egenskaper. Kort fortalt er kvantitative data de som viser seg i rene tall eller andre mengdetemer. De dataene som ikke viser seg på denne måten betegnes som kvalitative (Grønmo, 2015).

I lys av dette så jeg det hensiktsmessig å benytte meg av en kvantitativ tilnærming til undersøkelsen. Både fordi metoden egnet seg for kartlegging, og fordi måten jeg ønsket å fremstille svarene på var av kvantitativ art. Det handlet om svar jeg kunne få ut i rene tall og som kunne kvantifiseres. Selv fritekstsvarene jeg fikk inn kunne, med enkle grep, kvantifiseres.

3.2 Forskningsdesign

Undersøkelsen er en spørreskjemabasert tverrsnittstudie, basert på spørsmål med svarkategorier som kan analyseres kvantitativt. Studien benytter elementer av deduktiv forskningsmetode, og fremstillingen og analysen av dataene har et eksplorativt deskriptivt design.

3.2.1 Tverrsnittstudie

Jeg valgte å gjøre en tverrsnittsundersøkelse. En slik studie er beskrevet som en form for kvantitativ studie hvor man som forsker observerer et antall observasjonsheter på ett og samme tidspunkt. Slike enheter kan være individer, grupper, organisasjoner etc. Formålet kan være å kartlegge utbredelsen av et fenomen eller se på hypoteser om årsaksfaktorer (Skog, 2010). I denne undersøkelsen er observasjonshetene musikkterapeuter og logopeder som

har erfaring eller arbeider med mennesker med afasi etter hjerneslag. Det at jeg får informasjon som kun kan gjelde et gitt tidspunkt handler om det faktum at hvis jeg hadde gjort undersøkelsen en gang til, helt likt, med samme deltakere, hadde jeg antakeligvis ikke fått samme svar på grunn av endringer hos deltakerne i for eksempel yrkessituasjon. Det jeg kan beskrive med denne undersøkelsen er informasjon om situasjonen slik den fremstår på undersøkelsestidspunktet.

3.2.2 Deduktiv og induktiv forskningsmetode

Fordi jeg ønsket å teste holdbarheten på en hypotese samsvarte dette med bruk av en deduktiv forskningsmetode. Sander (2017) mener at hvis man ønsker å benytte en slik metode må man ha en teori om et fenomen som man ønsker å teste holdbarheten og riktigheten av. Dette i motsetning til en induktiv fremgangsmåte, hvor man ønsker å observere problemstillingen for å komme frem til en teori om et fenomen.

3.2.3 Spørreskjema som metode

Jeg valgte å benytte spørreskjema som metode for innhenting av data. Dette er en innsamlingsmetode som ofte benyttes i kvantitative undersøkelser. Og da spesielt i såkalte surveyundersøkelser som kalles spørreundersøkelser (Ellingsen, 2009; Grønmo, 2015). I følge Haraldsen (2010) er de to viktigste elementene i en spørreundersøkelse hvem vi skal spørre (utvalg) og hvordan spørsmålene bør stilles for at vi skal få svar på det vi er ute etter. Jeg formulerte selv spørsmålene slik at jeg fikk inn svar som omhandlet det jeg ønsket svar på. Surveymetoden kan beskrives ved at; den gir data av og om personer, spørsmålene er formulert på forhånd ofte av forskeren selv, responsen gis verbalt, skriftlig eller muntlig, mengden data er stor, og dataene analyseres kvantitativt og behandles statistisk (Grenness, 2003).

3.2.4 Innhenting av data og verktøy for datainnsamling

Som verktøy for datainnsamlingen benyttet jeg det elektroniske verktøyet Survey Monkey. Dette er et verktøy for å utforme og sende ut nettbaserte spørreskjemaer. Verktøyet ble valgt for å rekke ut til flest mulig potensielle deltakere på kortest mulig tid. En annen faktor som spilte en stor rolle i valg av verktøy for datainnsamlingen var det økonomiske aspektet. Denne versjonen koster en del penger. Gjennom samarbeidet med NFMT fikk jeg gratis tilgang til en ADVANTAGE versjon av programmet, noe som gav mulighet for å sende ut

undersøkelsene til et ubegrenset antall mottakere. Fordi det å benytte Survey Monkey er en automatisert prosedyre var det lite rom for bl.a. påvirkning av svar eller feiltolkning av dem. Det finnes mange måter å samle inn data på, og hvordan man velger innsamlingsmetode bør helst styres av problemformuleringen (Grenness, 2003). Dette er ikke eneste kriterium for å velge innsamlingsmetode. Kostnader, tidspress, hva man behersker og ulike fagtradisjoner er faktorer som kan ha betydning for valget. Det er også viktig å ha med seg at vårt vitenskapsteoretiske ståsted, altså vår oppfatning av hvordan virkeligheten ser ut, blir en forutsetning når valg av innsamlingsmetode skal tas (Grenness, 2003).

3.2.5 Eksplorativt deskriptivt design

De spørsmålene vi vil finne svar på gjennom innsamling og analysering av data kan ifølge Grenness (2003) deles inn i to. Det første handler om hvordan ulike egenskaper fordeler seg i datamaterialet vårt. For å finne ut av dette bruker man deskriptiv statistikk. Dette er metoder som hjelper med å fremstille datamaterialet på en systematisk og oversiktlig måte. Den andre spørsmålstypen er den som handler om å kunne generalisere resultatene (Grenness, 2003). Mine data har blitt lagt frem på den første måten, uten nødvendigvis med en forventning om å kunne generalisere dem i tillegg. Jeg har i utgangspunktet valgt å benytte et deskriptivt design, ettersom jeg har hatt en hypotese om musikkterapeuters og logopeders erfaring med afasi og musikk.

3.3 Utvalg

Jeg har benyttet en utvalgsmetode der deltakerne i studien er musikkterapeuter og logopeder, som er rekruttert via sine profesjonsforeninger. Skog (2010) hevder vi kan skille mellom tre ulike måter å velge ut deltakere på. Den første måten er ved *vanlig utvalg*. Ved denne typen utvalg vil man registrere den naturlige forekomne variasjonen i avhengige og uavhengige variabler, uten å utforme utvalgsprosedyrene på noen spesiell måte. Den andre måten er ved *utvalg med utgangspunkt i en bestemt uavhengig variabel*. Her tar man utgangspunkt i to observasjonsheter hvor den ene har blitt utsatt for en bestemt påvirkning, og den andre har ikke blitt utsatt for det. Dette kalles kontrollgrupper. Utvalgsmetoden i min undersøkelse ligger tett opptil denne måten å velge deltakere på. I den siste måten har man et *utvalg med utgangspunkt i en bestemt avhengig variabel*. Her tar utvalget utgangspunkt i den avhengige variabelen, og bruker kontrollgruppe.

3.3.1 Rekruttering og tilgang

Metoden for rekruttering har vært noe ulik i de to gruppene. Jeg ønsket at gruppen musikkterapeuter skulle være så stor som mulig for å få best mulig innsikt i hvordan deres arbeidssituasjon er i Norge i dag i forhold til den aktuelle klientgruppen. For å få til dette ble jeg nødt til å rekke ut til så mange som mulig med utdanning som musikkterapeut. Derfor kontaktet jeg Norsk Forening for Musikkterapi for å finne ut av hva de hadde av informasjon om landets musikkterapeuter som de hadde anledning til å dele med meg, innenfor rammene for personvern. Informasjonen jeg var interessert i omhandlet i hovedsak hvilke klientgrupper musikkterapeutene arbeidet med. Jeg fikk vite at foreningen på den tiden holdt på med å oppdatere medlemslistene, og jeg ble spurt om å påta meg dette arbeidet. Samtidig fikk jeg tillatelse til å sende ut min undersøkelse til alle medlemmene i foreningen. Både musikkterapeuter, musikkterapi og musikk og helse-studenter, pluss pensjonister kan være medlem i foreningen, og alle disse gruppene fikk invitasjon til å delta. Dette dreier seg om 421 medlemmer.

For rekrutteringen av logopedene hadde jeg ikke samme tilgang til foreningens medlemmer. Jeg var avhengig av å basere meg på god hjelp fra en logoped jeg kom i kontakt med tidlig i masterprosessen. Hun var behjelpelig med å sende link til undersøkelsen til kollegaer og andre logopeder hun visste arbeidet med afasi etter hjerneslag.

I tillegg benyttet jeg sosiale medier og postet undersøkelsen på Facebook-sidene til Norsk Logopedlag som på undersøkelsestidspunkt følges av 1312 personer, og Oslo Logopedlag som følges av 209 personer. På denne måten kunne jeg potensielt ha nådd ut til et stort antall medlemmer med informasjon om undersøkelsen.

3.4 Spørreskjemaer (Musikkterapeuter og logopeder)

Spørsmålene til undersøkelsen ble utformet av meg i samråd med veileder. Det var ikke tid til å gjøre en pilotundersøkelse, men veileder gjennomgikk spørsmålene og vurderte tvetydighet, uklarhet i formuleringer m.m. Jeg fikk også en medstudent til å teste undersøkelsen.

Spørreskjemaene inneholdt henholdsvis 5 spørsmål til musikkterapeutene og 6 spørsmål til logopedene (se 4.2.1 og 4.2.2). Spørsmålene var relativt enkle faktaspørsmål med

svaralternativer, men undersøkelsene inneholdt også fritekstbokser hvor deltakerne formulerte korte skriftlige svar i fritekst.

Spørsmålene til musikkterapeutene var formulert slik at jeg ville få numeriske svar (tall) på spørsmål 1, 3, 4 og 5. Spørsmål 2 gav meg kun svar i fritekstformat (Vedlegg 8.2).

Spørsmålene til logopedene var formulert slik at jeg ville få numeriske svar på spørsmål 1, 2, 3, 4, 5 og 6. Spørsmål 3, 5 og 6 hadde imidlertid fritekstbokser hvor deltakerne fikk muligheten til å spesifisere svarene sine (Vedlegg 8.4).

Begge deltakergrupper fikk det samme innledende spørsmålet, hvor de svarte på om de arbeidet eller hadde erfaring med mennesker med afasi etter hjerneslag. Her var formålet at de som svarte positivt på spørsmålet skulle fortsette undersøkelsen, mens de som svarte negativt skulle hoppe over de resterende spørsmålene, men likevel levere.

3.4.1 Gjennomføring av undersøkelsen

Spørreskjemaene ble sendt ut/åpnet for besvarelse den 26/02-2018. Etter 14 dager ble det sendt ut en puring (12/03-2018). Jeg sendte link til logopeden jeg samarbeidet med for videre utsendelse fra hennes egen e-post til logopeder hun antok arbeidet med personer med afasi. Linken ble også postet på Norsk logopedlag sin Facebook-side og Oslo logopedlag sin Facebook-side (26/02-2018). Både undersøkelsen til musikkterapeutene og til logopedene ble stengt 03.04.18. Dette innebar at de som eventuelt hadde startet, men ikke fullført undersøkelsen ikke lenger hadde mulighet til å endre/fullføre den.

Jeg valgte angitt tidspunkt for utsendelse grunnet et personlig ønske om å fordype meg teoretisk på området i forkant. Planen var å stenge undersøkelsen på et tidligere tidspunkt, men på grunnlag av få innkomne svar, og et ønske om flere svar fra den ene deltakergruppen valgte jeg å holde undersøkelsen åpen lenger.

3.5 Dataanalyse

Dataene ble automatisk overført fra programmet Survey Monkey til analyseprogrammet SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Analysen av datamaterialet er gjennomført ved hjelp av SPSS versjon 25. Kun beskrivende statistikk ble anvendt. For analysen av de åpne fritekstsvarene har jeg plukket ut meningsbærende elementer og strøket ut fyllord som eks. med, med, og osv. Dette var mulig å gjøre det på denne måten fordi svarene var svært korte og presise, og det var lite rom for feiltolkning av svarene.

3.6 Etiske refleksjoner

For å sikre at den vitenskapelige virksomheten var moralsk forsvarlig og at den tok høyde for forskningsetiske spørsmål måtte jeg ta noen valg. I alle studier som omhandler mennesker er det forskerens oppgave å informere om at all deltakelse i forskningsprosjekter er frivillig (Grønmo, 2015). For at undersøkelsen skulle være anonym, valgte jeg å ekskludere all personlig informasjon om respondentene som svarte på undersøkelsen. Det vil si at jeg ikke registrerte hverken mailadresse eller IP-adresse. For å sikre anonymiteten til deltakerne spurte jeg heller ikke om noen personidentifiserende opplysninger som navn, alder, kjønn osv. Dette var et valg jeg kunne gjøre i Survey Monkey. Frivilligheten ble stadfestet gjennom informert samtykke (Grønmo, 2015), og fordi det var frivillig å svare, samtykket alle informantene ved å svare på undersøkelsen. Undersøkelsen ble innledet med informasjon om at undersøkelsen ville være anonym, og at ingen personidentifiserende opplysninger skulle samles inn, eller kunne kobles tilbake til enkeltpersoner. Dataene ble behandlet konfidensielt, og oppbevart på passordbeskyttet PC og minnepinne. Det var kun veileder og jeg som hadde tilgang til datamaterialet. Dette var for å sikre spørsmål om konfidensialitet og taushetsplikt (Ellingsen, 2009).

3.6.1 Formelle etiske krav

Jeg søkte Norsk senter for forskningsdata (NSD) om tillatelse til å gjennomføre datainnsamlingen fordi jeg hadde områder i undersøkelsen med fritekstsvar, hvor jeg ikke kunne kontrollere at deltakerne ikke skrev personidentifiserende opplysninger. Søknaden ble sendt, og jeg fikk etter kort tid svar om at den hadde fått forenklet vurdering. Dette var på grunnlag av at informasjonen som skulle bli samlet inn ikke var sensitiv, og derfor hadde lav

personvernulempe. Godkjenningen ble gitt, og dataene ble samlet inn umiddelbart i etterkant av denne (Vedlegg 8.5).

4 Resultater

I det følgende vil resultatene fra spørreundersøkelsen legges frem.

4.1 Deltakere

Tabell 1. Antall svar: Musikkterapeuter (N=421).

	Antall utsendt	Antall inaktive adresser	Antall svar	Svarprosent
Musikkterapeuter	421	8	169	40,9%

Prosentandelen er regnet ut fra hvor mange som har mottatt forespørsel om å delta i undersøkelsen (413). Da er de 8 jeg fikk i retur på grunn av inaktive adresser ikke medregnet, siden de ikke inngikk i det totale antallet *mulige respondenter*.

Jeg fikk svar fra 11 logopeder, noe som gir et totalt svarantall på 180. Det var ikke mulig å beregne svarprosent på logopeder da jeg ikke hadde kunnskap om hvor mange logopeder undersøkelsen har gått ut til.

4.1.1 Musikkterapeutene

De fleste svarene kom inn i løpet av de første dagene etter utsendelse. Samme dag som undersøkelsen ble sendt ut fikk jeg svar fra 71 deltakere. Påfølgende dag fikk jeg inn ytterligere 28 svar. Etter to dager kom det inn 10 til, og ytterligere 3 etter tre dager. Mellom dag fire og dag tolv etter utsendt undersøkelse kom det inn 4 etterslengere. Samme dag som purringen ble sendt fikk jeg 30 svar. Dagen etter 16 svar, og etter tre dager, 3 svar. Mellom dag fem og ni etter utsendt purring fikk jeg inn ytterligere 4 svar. Til sammen utgjorde dette 169 deltakende musikkterapeuter.

4.1.2 Logopedene

Linken til undersøkelsen til logopedene sendte jeg til samarbeidende logoped 26.02.18, og det kan se ut som den ble sendt videre relativt raskt etter mottatt mail. Jeg fikk inn ett svar 28.02.18. Deretter var det et opphold, før jeg fikk inn 6 svar den 06.03.18, 3 svar den

07.03.18, og til slutt 1 svar 08.03.18. Det ble også postet en link på sosiale medier 26.02.2018, men det er usikkert om noen responderte på grunnlag av denne.

4.2 Spørreskjemaresultater

4.2.1 Svar fra musikkterapeuter

I det følgende redegjøres det for hvert enkelt spørsmål i undersøkelsen. I det første spørsmålet er alle som svarte på undersøkelsen inkludert (*Alle*). I spørsmål 2, 3 og 4 har jeg plukket ut de som svarte positivt på spørsmål 1 og innlemmet disse i fremstillingen i tabell 2, kalt *utvalg*. I siste spørsmål er alle som har svart på undersøkelsen igjen inkludert.

Tabell 2. Andel svar fra deltagende musikkterapeuter (N = 169 og N=31). "Utvalg" = musikkterapeuter med erfaring fra arbeid med mennesker med afasi.

Spørsmål	Hvem? (Antall mulige respondenter)	Antall svar	Svarprosent
Spørsmål 1	Alle (N=169)	169	100%
Spørsmål 2*	Utvalg (N=31)	31	100%
Spørsmål 3*	Utvalg (N=31)	31	100%
Spørsmål 4*	Utvalg (N=31)	31	100%
Spørsmål 5	Alle (N=169)	102	60,4%

* Kun svar fra de med erfaring med afasi (N=31).

4.2.1.1 Spørsmål 1

Har du erfaring med klinisk musikkterapeutisk arbeid med personer med afasi etter hjerneslag? (1: Ja, arbeider med det nå, 2: Ja, har arbeidet med det tidligere, 3: Nei)

Ved å stille dette spørsmålet ønsket jeg å få en oversikt over hvor mange musikkterapeuter som arbeider med ervervet afasi etter hjerneslag i Norge i dag, og hvor mange som har arbeidet med det tidligere. For å kunne sette dette i et større perspektiv trengte jeg også svar fra de som ikke har erfaring med målgruppen. Jeg fikk svar fra 169 personer (100%) av de deltagende musikkterapeutene. Se tabell 3.

Tabell 3. Musikkterapeuters erfaring med klinisk musikkterapeutisk arbeid med personer med afasi etter hjerneslag (N=169).

	Antall svar	Prosent (N=169)
Ja, arbeider med det nå	10	5,9%
Ja, har arbeidet med det tidligere	21	12,4%
Nei	138	81,7%
Total:	169	100%

De 31 deltakerne (18,3%) som har svart enten svaralternativ 1 eller 2 på spørsmålet (Ja, arbeider med det nå, eller Ja, har arbeidet med det tidligere) er de som har svart på de neste 3 spørsmålene.

4.2.1.2 Spørsmål 2

Hvis ja, hvilke metoder bruker/brakte du i arbeidet? (aktiv/passiv, melodi/rytme, kjente sanger etc.)

Svarene fra dette spørsmålet kom inn i fritekstformat. Dette var et bevisst valg som ble gjort for å ikke gå glipp av viktige mulige metoder ved å benytte forhåndsformulerte avkrysningsbokser.

Tabell 4. Metoder i arbeid med personer med afasi etter hjerneslag (N=31).

	Antall svar	Prosent
Aktiv	31	100%
Reseptiv	21	67,7%

Aktive og reseptive musikkterapimetoder, eller begge, er nevnt i alle innkomne svar, men ikke alle har skrevet de eksakte ordene, men beskrevet bruk av musikkterapi som både er aktiv og reseptiv. Derfor har jeg tatt disse med i beregningen av antall og fremstilt det i tabell 4.

Aktiv musikkterapi er nevnt av alle de 31 musikkterapeutene som hadde erfaring med mennesker med afasi etter hjerneslag. I svarene nevnes bl.a. musikkterapeutisk improvisasjon, sang/dans/bevegelse, sangskrivning, komponering, imitasjon, sang i gruppe,

samspill, bruk av rytme/perkusjonsinstrumenter, bruk av pusteteknikker, bruk av allerede etablerte metoder, eller elementer fra etablerte metoder som MIT, MMIT, SIPARI. Det nevnes også bruk av metoder klienten har fått fra logoped. 21 musikkterapeuter svarer at de benytter reseptiv musikkterapi. Denne metoden beskrives bl.a. som lytting, og benyttes der klientens deltakelse ikke er aktuelt på grunn av alvorlighetsgraden ved hans/hennes tilstand.

4.2.1.3 Spørsmål 3

Hvis ja, hvilke arbeidsformer bruker/brukte du i arbeidet? (1: individuell terapi, 2: gruppeterapi, 3: Annet, spesifiser)

Tabell 5. Arbeidsformer benyttet av musikkterapeuter med erfaring fra klinisk musikkterapeutisk arbeid med personer med afasi etter hjerneslag (N=31).

	Antall svar	Prosent (N=31)
Kun individuell	10	32,3%
Kun gruppe	6	19,4%
Individuell og gruppe	15	48,4%
Total	31	100%

Slik det fremgår av tabell 5 har flest musikkterapeuter svart at de benytter både individuell- og gruppeterapi som arbeidsform i arbeid med mennesker med afasi etter hjerneslag. 10 musikkterapeuter svarer at de kun benytter individuell terapi. Færrest i antall er de som svarte at de kun benytter seg av gruppeterapi som eneste arbeidsform.

4.2.1.4 Spørsmål 4

Har du samarbeidet med logoped i arbeidet med klienter med afasi etter hjerneslag? (1: Nei, 2: Ja, spesifiser)

Tabell 6. Samarbeid med logoped i arbeid med personer med afasi etter hjerneslag (N=31)

	Antall svar	Prosent (N=31)
Nei	22	71%
Ja	9	29%
Total	31	100%

Deltakerne som svarte ja på dette spørsmålet, fikk beskjed om å spesifisere kort hvordan samarbeidet med logoped foregikk. Jeg fikk spesifiserte svar fra alle 9 som svarte alternativ 2: *Ja*.

Her nevnes samarbeid hvor logopeden utreder og henviser til musikkterapi og oppfølging underveis for samordning av målsetting og arbeidsfokus. Koordinering av terapiinnhold, hvor logoped har videresendt øvelser hun/han har benyttet i arbeid med felles klient til musikkterapeuten, som har videreutviklet øvelsene ved å bl.a. tilføre sang. Det beskrives også situasjoner hvor musikkterapeuten har fått observere logopedens arbeid med pasienter, musikkterapeutisk videreutvikling av arbeidsmetoder logopeden benytter og tverrfaglige møter. Fellestimer i gruppe som blir ledet av både musikkterapeut og logoped er også beskrevet, samt utveksling av hva som førte til framgang og motivasjon. Gjennomgang av øvelser fra logoped sammen med musikkterapeuten og klienten er også nevnt. Viktigheten av slikt samarbeid er tydelig fremhevet i disse svarene.

4.2.1.5 Spørsmål 5

Gir/mottar du veiledning til/fra andre faggrupper som en del av ditt musikkterapeutiske arbeid? (1: Ja, jeg gir veiledning, 2: Ja, jeg mottar veiledning, 3: Nei)

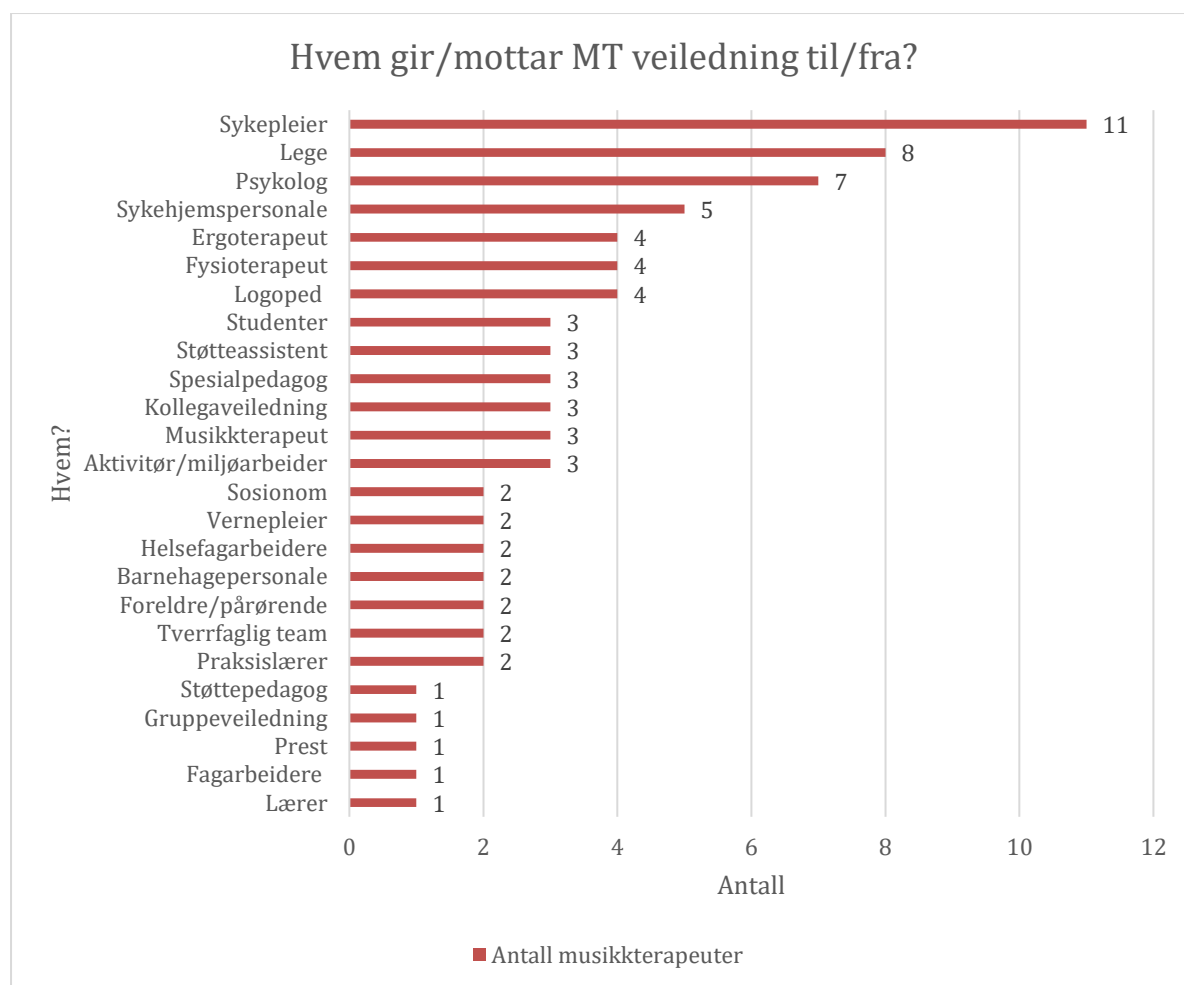
Det er 67 (39,6%) musikkterapeuter som ikke har besvart spørsmålet om veiledning, og 102 (60,4%) som har besvart. Det er disse som er innlemmet i tabell 7. Av disse 102, er det 63 (61,8%) musikkterapeuter som ikke har veiledningsrelasjon med kollegaer eller andre faggrupper i det hele tatt. Det er 39 musikkterapeuter (38,2%) som benytter seg av en eller annen form for veiledning.

Tabell 7. Musikkterapeuters forhold til veiledning . Spørsmålet er besvart av 102 (60,4%) av de 169 deltagende musikkterapeutene (N=102).

	Antall svar	Prosent (N=102)
Nei, gir/mottar ikke veiledning	63	61,8%
Gir veiledning	15	14,7%
Mottar veiledning	10	9,8%
Gir og mottar veiledning	14	13,7%
Total	102	100%

Deltakerne fikk også beskjed om å spesifisere hvilke ulike (fag) grupperinger de gir og/eller mottar veiledning til/fra. Musikktérapeutene gir eller mottar veiledning fra 25 ulike grupperinger. Svarene viser seg i fritekst, og er fremstilt i figur 1.

Enkelte av grupperingene som ble nevnt i fritekstsvarene var relativt overlappende. Derfor har jeg slått sammen for eksempel psykolog, psykologspesialist og nevropsykolog til en gruppering, her kalt «Psykolog». Det samme er gjort med grupperingen kalt «Lege». Under denne ligger også radiolog, nevrokirurg og psykiater. Musikktérapi, og musikktérapinettverk er også sammenslått til en kategori, her kalt «Musikkterapeut». Til slutt satt jeg igjen med 25 ulike grupperinger eller kategorier som musikktérapeutene har oppgitt at de gir/mottar veiledning til/fra. Hver søyle i figur 1 representerer en gruppering/kategori, og lengden på søylene viser hvor mange musikktérapeuter som gir eller mottar veiledning fra denne gruppen.



Figur 1. Musikktérapeutenes veiledningsforhold til ulike grupperinger.

4.2.2. Svar fra logoped

I det følgende redegjøres det for hvert enkelt spørsmål til logopedene i undersøkelsen. I det første spørsmålet er alle som svarte på undersøkelsen inkludert (*Alle*). I spørsmål 2, 3 og 5 har jeg plukket ut de som svarte positivt på spørsmål 1 og innlemmet disse i fremstillingen i tabellen nedenfor, kalt *utvalg*. I spørsmål 4 inkluderes de som svarte positivt på spørsmål 1 og 3. Siste spørsmål er alle logopedene i undersøkelsen igjen inkludert. Se tabell 8.

Tabell 8. Andel svar fra deltagende logoped. N=11 der alle logoped har svart, N=10 der logopedene med afasierfaring har svart, og N=9 der logoped med afasierfaring benytter musikk.

Spørsmål	Hvem? (Antall mulige respondenter)	Antall svar	Svarprosent (N=9, N=10 og N=11)
Spørsmål 1	Alle (N=11)*	11	100%
Spørsmål 2	Utvalg (N=10)**	10	100%
Spørsmål 3	Utvalg (N=10)**	10	100%
Spørsmål 4	Utvalg (N=9)***	9	100%
Spørsmål 5	Utvalg (N=10)**	10	100%
Spørsmål 6	Alle (N=11)*	11	100%

* Spørsmål 1 og 6 er besvart av alle logopedene som mottok undersøkelsen.

** Spørsmål 2, 3 og 5 er besvart av logopedene som har erfaring med mennesker med afasi.

*** Spørsmål 4 er besvart av logopedene som har erfaring og benytter musikk i arbeidet.

4.2.2.1 Spørsmål 1

Har du erfaring med logopedisk arbeid med personer med afasi etter hjerneslag? (1: Ja, arbeider med det nå, 2: Ja, har arbeidet med det tidligere, 3: Nei)

Tabell 9. Logopeders erfaring med personer med afasi etter hjerneslag (N=11).

	Antall svar	Prosent (N=11)
Ja, arbeider med det nå	6	54,5%
Ja, har arbeidet med det tidligere	4	36,4%
Nei	1	9,1%
Total:	11	100%

De av logopedene som har svart enten alternativ 1 eller 2 (Ja, arbeider med det nå, eller Ja har arbeidet med det tidligere) er de som har svart på de fire neste spørsmålene.

4.2.2.2 Spørsmål 2

Hvis ja: Hvilke arbeidsformer bruker/brukte du i arbeidet? (1: Individuell undervisning, 2: Gruppetimer, 3: Annet)

Tabell 10. Logopeders arbeidsform ved arbeid med personer med afasi etter hjerneslag (N=10).

	Antall svar	Prosent (N=10)
Individuell	2	20%
Gruppe	0	0%
Individuell og gruppe	8	80%
Total	10	100%

På dette spørsmålet fikk logopedene mulighet til å svare flere alternativer. Derfor er tabellkategoriene i tabell 10 formulert slik at de som har svart for eksempel at de arbeider både i gruppe og individuell har egen kategori. Alle jobber individuelt, og mange også i gruppe.

4.2.2.3 Spørsmål 3

Bruker/brukte du musiske virkemidler i ditt arbeid? (1: Ja, spesifiser kort hvordan musikk inngikk i arbeidet, 2: Nei)

Tabell 11. Logopeders bruk av musiske virkemidler ved arbeid med personer med afasi etter hjerneslag (N=10).

	Antall svar	Prosent (N=10)
Ja*	9	90%
Nei	1	10%
Total	10	100%

* Logoped som innlemmes i neste spørsmål. Har erfaring med afasi og bruker musikk.

Så godt som alle logopedene i undersøkelsen benytter også musiske virkemidler i arbeidet sitt.

De av logopedene som svarte alternativ 1 (Ja) på dette spørsmålet fikk videre beskjed om å spesifisere hvordan musikk inngikk i det logopediske arbeidet. Disse svarene kom i fritekst. Det beskrives bruk av sang for å få frem tale og sang med klienter som liker å synge. Rytme beskrives som middel for motivasjon, livsglede og mestring, og rytme for å få frem språk. Det nevnes også at bruken av musikk velges hos de klienter som har hatt et forhold til musikk fra før.

4.2.2.4 Spørsmål 4

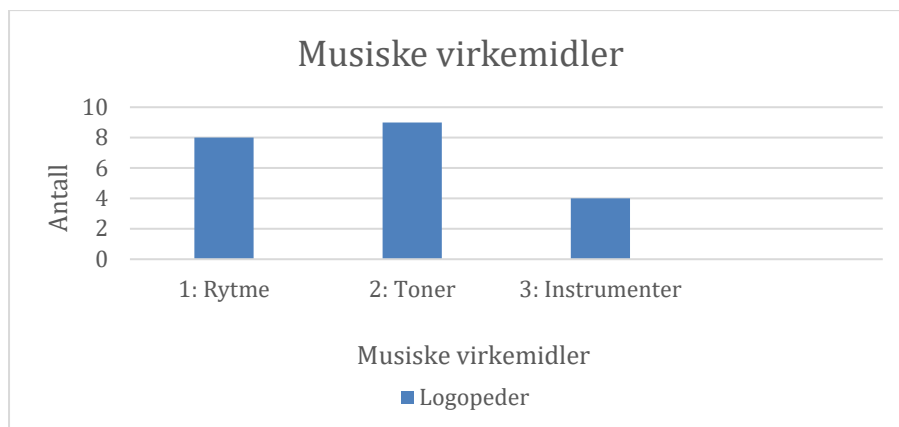
Anvender du noen av disse virkemidlene i ditt arbeid? (1: Rytme (Klapping, knipsing, tramping, metronom o.l.) 2: Toner (Synge kjente sanger/melodier, glidende toner), 3: Instrumenter (Tromme, piano, sang), 4: Annet (vennligst spesifiser)).

I tabell 12 vises hvilke musiske virkemidler som inngikk i det logopediske arbeidet med mennesker med afasi etter hjerneslag.

Tabell 12. Logopeders benyttede musiske virkemidler ved arbeid med personer med afasi etter hjerneslag (N=9).

	Antall svar	Prosent (N=9)
Toner	1	11,1%
Rytme og toner	4	44,4%
Rytme, toner og instrumenter	4	44,4%
Total	9	100%

På dette spørsmålet var det mulighet for å svare flere alternativer. Derfor er tabellkategoriene i tabell 12 formulert slik at de som har svart for eksempel både rytme og toner har egen kategori. I histogrammet i figur 2 er svarene fremstilt med de ulike musiske virkemidlene hver for seg. Hver søyle representerer ulike musiske virkemidler, og høyden på søylene representerer antall logopeder som benytter seg av disse.



Figur 2. Hvilke musiske virkemidler logopedene benytter.

4.2.2.5 Spørsmål 5

Har du samarbeidet med musikkterapeut i arbeidet med personer med afasi etter hjerneslag?

(1: Ja, Spesifiser kort hvordan samarbeidet foregikk, 2: Nei)

10 av 10 logopeder svarte på dette spørsmålet, og ingen av deltakerne oppga at de har samarbeidet med musikkterapeut i arbeid med mennesker med afasi etter hjerneslag.

4.2.2.6 Spørsmål 6

Gir/mottar du veiledning til/fra andre faggrupper som en del av ditt logopediske arbeid? (1:

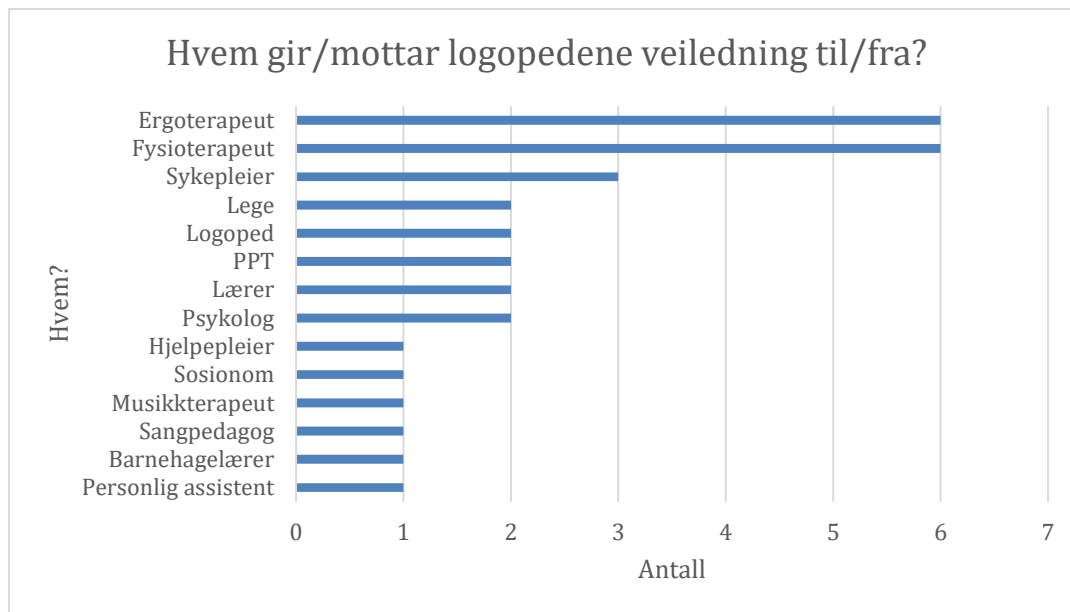
Ja, jeg gir veiledning, 2: Ja, jeg mottar veiledning, 3: Nei)

Tabell 13. Logopedenes forhold til veiledning (N=11).

	Antall svar	Prosent
Nei, gir/mottar ikke veiledning	3	27,3%
Gir veiledning	1	9,1%
Mottar veiledning	1	9,1%
Gir og mottar veiledning	6	54,5%
Total	11	100%

På dette spørsmålet var det mulighet for å svare flere alternativer. Derfor er tabellkategoriene i tabell 13 formulert slik at de som har svart at de både gir og mottar veiledning har egen kategori.

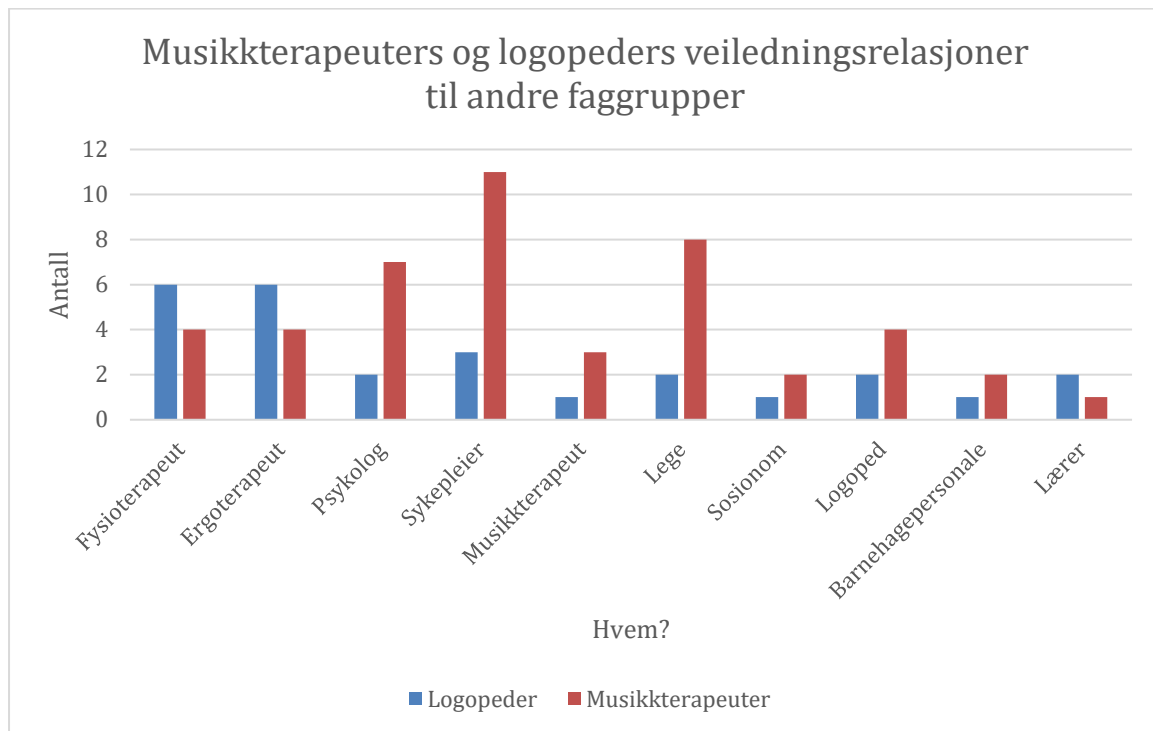
Deltakerne som svarte at de enten gir, mottar eller begge fikk beskjed om å nevne kort hvilke faggrupper det ble gitt eller fikk veiledning til/fra. Disse svarene ble mottatt i fritekst, og er fremstilt i histogrammet i figur 3. Logopedene gir eller mottar veiledning fra 14 ulike grupperinger. Hver søyle representerer en yrkesgruppering, og lengden på søylene viser hvor mange logopeder som gir eller mottar veiledning fra denne gruppen.



Figur 3. Logopedenes veiledningsforhold til ulike grupperinger.

4.2.3 Overlappende veiledningsrelasjoner

Histogrammet i figur 4 er utformet slik at *kun* de overlappende faggruppene musikkterapeutene og logopedene har en veiledningsrelasjon til er inkludert. Det er viktig å ha med seg at musikkterapeutene og logopedene, hvis svar er fremstilt her, er deltakergrupper av ulike størrelse.



Figur 4. Sammenlikning av musikkterapeuters og logopeders veiledningsforhold.

4.3 Oppsummering av resultater

Resultatene er en gjengivelse av besvarelser fra 169 musikkterapeuter og 11 logopedere. Undersøkelsens spørsmål strekker seg fra spørsmål om erfaring med klinisk musikkterapeutisk eller logopedisk arbeid med mennesker med afasi etter hjerneslag, benyttede musikkterapeutiske metoder og arbeidsformer, til bruk av musiske virkemidler og viktigheten av veiledningsrelasjoner.

Musikkterapeutene og logopedene hadde noe ulik grad av *erfaring med afasi*. 31 (18,3%) musikkterapeuter oppga på undersøkelsestidspunkt at de arbeidet med mennesker med afasi etter hjerneslag (10), eller at de på et tidligere tidspunkt hadde arbeidet med denne målgruppen (21). Av logopedene arbeider seks (54,5%) med mennesker med afasi på undersøkelsestidspunktet, mens fire (36,4%) har arbeidet med gruppen tidligere. Samtlige musikkterapeuter beskriver bruk av aktive *metoder* i arbeidet med målgruppen, og 21 anvender reseptive metoder (67,7%). Det beskrives også bruk av allerede etablerte metoder for språktrening (MIT, MMIT og SIPARI). Ni (90%) av logopedene bruker *musiske virkemidler* i arbeidet, og oppgir at de bruker både rytme, toner og instrumenter i varierende grad. Både musikkterapeutene og logopedene benytter seg av både individuelle- og gruppesesjoner som *arbeidsform*. 15 (48,4%) musikkterapeuter benytter begge arbeidsformene. Blant logopedene er det 8 (80%) som benytter begge arbeidsformene. Ni (29%) musikkterapeuter har *samarbeidet* med logoped i sitt arbeid, mens ingen logopedere har samarbeidet med musikkterapeut. 39 av 102 (32,8%) musikkterapeuter oppgir at de har en form for *veiledningsrelasjon*, og beskriver i størst grad at relasjonen er i forhold til sykepleier, lege og psykolog. Åtte (72,7%) av logopedene oppgir å ha en veiledningsrelasjon. I hovedsak er dette i forhold til ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier.

5 Diskusjon

5.1 Metodedrøfting

I det følgende kapitlet vil jeg drøfte fordeler og ulemper ved valg av metode. Jeg har sett på hvordan mitt valg av studiedesign, metode og verktøy for datainnsamling kan ha påvirket forskningen og tilhørende data. Jeg har også drøftet hvordan utvalget kan ha påvirket og begrenset mulighet for generalisering, og hvordan valg jeg har gjort kan ha påvirket validiteten og reliabiliteten i prosjektet. Validiteten i en undersøkelse handler om undersøkelsen gav den informasjon som ble formulert i problemformuleringen (Grenness, 2003; Kvarv, 2014). Det viser til om resultatet i en studie kan tillegges undersøkelsen og ikke andre ytre faktorer som det ikke kontrolleres for (Ellingsen, 2009). Reliabilitet viser til datamaterialets nøyaktighet og pålitelighet. (Ellingsen, 2009; Kvarv, 2014) Er undersøkelsen etterprøvable og vil man få samme svar, og hvor nøyaktig er undersøkelsen gjennomført (Grenness, 2003)?

Det å kunne generalisere funnene eller resultatene i en undersøkelse er noe man har et ønske om i all forskning. Dette handler om i hvilken grad utvalget er representativt for populasjonen utvalget er hentet fra, og i hvilken grad utvalget er tilfeldig (Aalen, et al., 2008). Spørsmål om validitet og reliabilitet knyttet til både studiedesign, utvalg og utvalgsstørrelse og valg av metode, som i denne undersøkelsen var gjennomføring av en spørreundersøkelse, kan ha påvirket hva jeg fant i undersøkelsen, og begrenset muligheten for å kunne generalisere resultatene ut over den undersøkte gruppen.

5.1.1 Forskningsdesign

5.1.1.1 Deduktiv og induktiv metode:

Jeg har hatt en hypotese om at få musikkterapeuter arbeider klinisk med mennesker med afasi etter hjerneslag, og at mange logopeder benytter musiske virkemidler i sitt arbeid med gruppen. Mens induktive studier lager teorier ut i fra studier av et fenomen (empiri), tester deduktive studier teoriene mot virkeligheten (empiri). Dermed ligger min undersøkelse tett opptil en deduktiv tilnærming. Fordelene ved at jeg benyttet meg av en deduktiv fremgangsmåte er at det i utgangspunktet er forbundet med færre usikkerhetsmomenter enn en induktiv fremgangsmåte. Man vet hva man skal studere og se etter, det vet man ikke like

sikkert når man velger en induktiv fremgangsmåte (Sander, 2017). Problemet med slike tester er at empirien ikke forteller oss at noe er “sant”, bare at det ikke er sant (falskt). Gjør vi empiriske funn som passer med teorien, betyr ikke det automatisk at hele teorien er «sann», men stemmer ikke empiriske funn med det teorien forutsetter, må teorien endres. Resultatene fra min undersøkelse kan sies å støtte min hypotese om virkeligheten, selv om den ikke kan fastslå at den gir et helt dekkende bilde av den. Hvis derimot alle musikkterapeuter i mitt utvalg hadde jobbet med mennesker med afasi, måtte jeg revidert hypotesen min i henhold til dette, og altså forkastet hypotesen.

5.1.1.2 Tverrsnittundersøkelse:

I forkant av undersøkelsen så jeg at det var flere fordeler ved å gjøre en tverrsnittundersøkelse, og i etterkant fremsto det som åpenbart: Det var en relativt rask prosess. Undersøkelsen var i tillegg billig å gjennomføre, spesielt med tilgangen til spørreskjemaprogrammet Survey Monkey jeg fikk fra NFMT. Undersøkelsesdesignet og dataene var i utgangspunktet enkle å forstå, og jeg hadde også muligheten til å undersøke flere variabler i én og samme studie (Aalen, et al., 2008).

Hadde jeg gjennomført flere tilsvarende tverrsnittundersøkelser over tid kunne jeg potensielt funnet reelle tidstrender i analysen av dataene mine. I følge (Aalen, et al., 2008) hadde jeg da vært nødt til å ta høyde for at det var ulike mennesker som inngikk i de ulike undersøkelsene og diskutere hvorvidt resultatene skyldtes forskjeller mellom menneskene som deltok i undersøkelsene på de ulike tidspunktene, eller om det faktisk skyldtes reelle tidstrender. Av den grunn kunne det vært spennende å gjøre en tilsvarende undersøkelse på et senere tidspunkt for å se om svarene endret seg. Greier man å følge de samme menneskene over tid unngår vi problemet med ulike utvalg hver gang, men i praksis vil man da ofte slite med et økende frafall av deltakere for hver undersøkelse, og da har man likevel spørsmålet om det er tilfeldig hvem som faller fra, eller om frafallet påvirker tidstrendene.

5.1.1.3 Spørreskjema som metode:

Forskningsspørsmålene bestemmer metoden, og i dette prosjektet besvares forskningsspørsmålene eller hypotesen gjennom spørreskjema. Ved at jeg benyttet meg av spørreskjema som metode fikk jeg tilgang til svar fra primærkildene. Informasjonen jeg fikk kom direkte fra primærkildene som var musikkterapeuter og logopeder. Styrken ved en slik

metode for innsamling av data er at min mulighet for å påvirke svar i en eller annen retning er liten, annet enn gjennom måten spørsmålene og svaralternativene er formulert på.

5.1.2 Utvalg

Antall deltakere til spørreundersøkelsen har vært avgjørende for å finne svar på forskningsspørsmålet som ble formulert. Fordi jeg ville gjøre en kartlegging av musikkterapeutene var det avgjørende at jeg fikk inn så mange svar som jeg til slutt gjorde. Likevel er det flere både styrker og svakheter ved måten deltakerne ble rekruttert på og i forhold til antall deltakere.

Jeg valgte å ikke la undersøkelsen omfatte bakgrunnsopplysninger om bosted, alder, kjønn eller antall år som musikkterapeut. Derfor kan jeg ikke vite om det er alders- eller regionale forskjeller i hvilke musikkterapeuter som har erfaring med afasipasienter. Dette kunne vært interessant, men opplysningene ble utelatt for å ivareta personvern hensyn, og slik muligens øke deltakelsen i undersøkelsen. Hadde vi visst hvordan *alle* musikkterapeuter fordelte seg langs for eksempel alder, kjønn, og bosted i Norge, og sammenliknet med hvordan mine 169 musikkterapeuter fordelte seg på det samme, kunne vi visst mer om hvor representative min gruppe er for alle musikkterapeuter.

Vurdert etter hvem som kan være medlem i NFMT, har undersøkelsen gått ut til flere personer som ikke er utdannet musikkterapeuter, men som enten er studenter, musikk- og helsearbeidere, eller pensjonerte musikkterapeuter. Det var ikke formulert spørsmål i undersøkelsen som gjorde det mulig å avgjøre hvilken gruppe deltakerne tilhørte. Derfor ble det heller ikke spesifisert hvem som tilhørte den primære målgruppen. Jeg fikk etter utsending flere henvendelser fra mottakere av undersøkelsen, som lurte på om studenter skulle svare på undersøkelsen, eller om den kun var rettet mot ferdigutdannede musikkterapeuter. Fordi det ikke er krav om at medlemmer i NFMT må ha musikk og helse- eller musikkterapiutdannelse for å melde seg inn, kan noen medlemmer ha mer karakter av støtte-medlemmer enn utdannede musikkterapeuter. Etter utsending av spørreundersøkelsen fikk jeg også noen få henvendelser fra medlemmer som hadde mottatt undersøkelsen, men som ikke skjønnte hvorfor vedkommende fikk tilsendt denne. Dette var mennesker som ikke hadde utdannelse som musikkterapeuter. De ble informert om at de ikke skulle svare på

undersøkelsen. Likevel er det en risiko for at den endelige gruppen respondenter ikke bare tilhører målgruppen utdannede musikkterapeuter. Dette kan muligens ha hatt betydning for mine resultater. Det er en svakhet ved utvalget, som har medvirket til at jeg ikke har kunnet trekke noen sikre slutninger om generaliserbarhet av resultatene.

På tross av at det er en usikkerhet når det gjelder hvem som har svart på undersøkelsen, er det en åpenbar styrke ved utvalget at svarprosenten hos musikkterapeutene er god (40,9%). Det er likevel vanskelig å slå fast hvor stor andel av Norges musikkterapeuter som arbeider med afasi, fordi utvalget kan være skjevt: Det er en fare for at de musikkterapeutene som arbeider med afasi i større grad har vært motivert til å delta i undersøkelsen enn de som ikke har erfaring med afasi, eller de som har arbeidet med det tidligere. Det vil i så fall bety at i virkeligheten har færre musikkterapeuter enn de 18,3% som resultatene viser, erfaring med arbeid med personer med afasi etter hjerneslag.

Antallet logopeder ble langt mindre enn jeg hadde ønsket, og det at antallet i de to gruppene er så sprikende er en svakhet ved undersøkelsen. Utfallet ble i hovedsak slik fordi jeg ikke hadde samme tilgang til logopedenes nettverk som jeg hadde til musikkterapeutenes. Jeg fikk likevel svar fra noen, og har på tross av at de er få, valgt å innlemme dem i undersøkelsen. Et annet moment som kan ha vært med på å påvirke de innkomne svarene, er usikkerhet om hvor mange av de som følger Facebook-sidene til Norsk Logopedlag og Oslo Logopedlag som faktisk er utdannede logopeder. Det er fordi dette er åpne grupper på internett som hvem som helst kan gå inn på og «like». Det er likevel ikke rimelig å anta at disse ikke-logopedene skulle svare på spørsmål om logopedi og afasi.

Det er ikke urimelig å åpne for at logopeden jeg samarbeidet med videresendte undersøkelsen til logopeder med samme interesse for musikkterapi som henne selv. Logopeden jeg var i kontakt med videreformidlet spørreundersøkelsen til et antall logopeder som hun visste arbeidet med slagrehabilitering. Siden denne logopeden tidligere hadde samarbeidet med musikkterapeut kan det ikke utelukkes at det samme kan være tilfellet for de av hennes kontakter som har besvart undersøkelsen. En slik utvalgsskjevhet vil overvurdere andelen logopeder som benytter musiske virkemidler, og kan i verste fall gi en falsk støtte til min hypotese om at mange logopeder benytter seg av slike virkemidler. Derfor er det ikke mulig

med sikkerhet å trekke noen konklusjoner om andelen logopeder som bruker musikk som virkemiddel i behandlingen av mennesker med ervervet afasi.

Det jeg kan si med sikkerhet at de logopedene jeg fikk svar fra ikke er de samme som musikkterapeutene har samarbeidet med. Fordi *ingen* av logopedene hadde samarbeidet med musikkterapeut, og 9 musikkterapeuter hadde samarbeidet med logoped.

Måten logopedene ble rekruttert til undersøkelsen på, gjør at jeg ikke kan si at jeg har fått et tilfeldig utvalg av logopeder som har besvart spørreskjemaet. Det er ikke mulig å vite hvem som jevnlig velger å gå inn på nettsidene der invitasjonen til undersøkelsen lå, og heller ikke hvem av disse som faktisk valgte å besvare spørreskjemaet. Derfor kan svarene potensielt være lite representative for den store gruppen logopeder som finnes i Norge. I tillegg er utvalget på logopedensiden langt fra stort nok til at svarene kan generaliseres til alle logopeder. Selv om logopedene har kommet med utfyllende svar som gir spennende informasjon, kan altså ikke resultatet generaliseres til logopeder flest på grunn av både mulig utvalgsskjevhet og liten utvalgsstørrelse.

På grunn av svært få rekrutterte logopeder, og en antatt utvalgsskjevhet slik jeg har beskrevet det ovenfor, har det gitt lite mening å statistisk teste sannsynligheten for at forskjellen mellom logopedene og musikkterapeutene i denne undersøkelsen er fremkommet ved en tilfeldighet (Aalen, et al., 2008). Dette er i utgangspunktet det man undersøker ved en statistisk signifikanstesting. Det vil si at dersom det ikke er noen forskjell mellom gruppene totalt (nullhypotesen), hvor stor er sannsynligheten for at de forskjellene jeg observerer i mitt utvalg er fremkommet ved en tilfeldighet? Hvis den sannsynligheten er veldig liten uttrykkes det ved en lav p-verdi, altså en liten sannsynlighet for at tallene er fremkomme ved en tilfeldighet. Da sier man at forskjellene man har fått oppfattes som statistisk signifikante, og som reelle, eller ikke-tilfeldige funn, og nullhypotesen forkastes (Aalen, et al., 2008). I denne sammenhengen kan vi allerede anta at svarene vi har fått ikke nødvendigvis er representative for yrkesgruppen som helhet. Det vil gi liten tilleggsinformasjon ved signifikanstesting i denne undersøkelsen, og jeg har derfor latt være å gjennomføre slike tester av resultatene.

5.1.3 Spørreskjema

Den eksterne validiteten handler om hvorvidt resultatene er generaliserbare til også å gjelde verden utenfor de dataene du har samlet inn: Er resultatene sanne også for andre grupper? I dette tilfellet om svarene er representative for alle musikkterapeuter og logopeder i Norge.

Den interne validiteten handler om hvorvidt resultatene er sanne for den gruppen som er studert (i dette tilfellet: For de logopedene som er med i studien) (Aalen, et al., 2008; Skog, 2010).

Flere elementer må tas hensyn til for å bedre validiteten på en spørreundersøkelse.

Formuleringen på spørsmålene kan ha vært med på å påvirke resultatene både for musikkterapeutene og for logopedene (Haraldsen, 2010). Det finnes også to typer målefeil. Den ene handler om skjevheter i resultatene som oppstår fordi noen av deltakerne faller ifra, eller lar være å svare på noen av spørsmålene i undersøkelsen.

Den andre dreier seg om at svarene som kommer inn er feil, fordi den som skal svare ikke har forstått spørsmålet, eller feiltolket det (Haraldsen, 2010). Underveis i utformingen av spørreskjemaene var det derfor viktig å se for meg hva slags svar jeg kunne forvente å få inn, slik at dataene jeg til slutt fikk inn var så korrekte som mulig. Dette var en av årsakene til at jeg i forkant av undersøkelsen ønsket at veileder skulle vurdere om spørsmålene var tilstrekkelig formulerte og godt formulerte.

Når det gjelder funnene fra datamaterialet kan jeg se at flere av spørsmålene er formulert på en hensiktsmessig måte og i henhold til hva jeg ønsket svar på. Likevel ser jeg i ettertid at enkelte av spørsmålene kunne vært formulert annerledes og mer spesifikt med tanke på å tydeliggjøre at det kun var utdannede musikkterapeuter undersøkelsen var rettet mot, og ikke studenter.

I undersøkelsen til musikkterapeutene kan jeg se at ikke alle har svart på de spørsmålene jeg ønsket de skulle svare på, bl.a. i spørsmålet om veiledning, hvor kun 102 av 169 har svart. Det kan se ut som om noen av deltakerne ikke har forstått om de skulle svare på spørsmålet eller ikke. Dette kan ha vært med på å forme resultatene.

Jeg ser også tendenser til at svar har kommet inn fra musikkterapeuter som ikke har arbeidet med mennesker med afasi etter hjerneslag og som beskriver arbeidsmetoder som antakeligvis ikke handler om arbeid med mennesker med afasi. Selv om noen av dataene ikke samsvarer med det jeg etterspurte ser jeg likevel at min hypotese om at få musikkterapeuter jobber i dette feltet får en viss støtte i undersøkelsen.

Noen av svarene kan peke i retning av tvetydighet i noen av spørsmålene. Jeg fikk svar fra flere som i utgangspunktet ikke skulle svare fordi de svarte negativt på spørsmålet om de hadde erfaring med klientgruppen. Dette var ikke hensikten, og det har resultert i data jeg ikke forventet, eller ønsket å få. Imidlertid har jeg i dataprogrammet SPSS kunnet si hvilke respondenter jeg ville inkludere; nemlig de som svarte positivt om spørsmålet om erfaring med afasi.

Fordi jeg valgte å ha noen spørsmål med fritekstsvare, økte risikoen både for feiltolkning av svarene fra min side, og for utydelig formulering fra deltakernes side. Selv om dette var en risiko, ønsket jeg disse fritekstboksene i undersøkelsen. Dette var fordi jeg ikke ville risikere å miste relevant informasjon, dersom det viste seg å være for få svaralternativer deltakerne kunne velge mellom. Ledende formuleringer av spørsmålene kan også påvirke svarene. Jeg valgte derfor å bruke noen åpne spørsmål i tillegg til spørsmål med ferdige svarkategorier for ikke å legge for sterke føringer på spesielt beskrivelsen av innholdet i arbeidet deres.

En styrke ved at jeg valgte å anvende en elektronisk spørreundersøkelse, var at jeg ikke selv var til stede ved besvarelse. På denne måten har jeg ikke hatt noen mulighet til å påvirke deltakerne og dette styrker antagelsen om at svarene er ærlige.

5.1.1.4 Verktøy for datainnsamling og dataanalyse:

Siden svarprosedyren var automatisert, gjennom bruk av Survey Monkey, er det lite trolig at jeg har kunnet påvirket mine kilder, og derved dataene utover det som er innebygd i tema for spørsmålsformuleringene, eventuelt rekkefølgen på spørsmålene. Fordi dataene er automatisk overført fra Survey Monkey til SPSS minskes også sjansen for menneskelige feil i overføringen av dataene betraktelig. Ved å gjennomføre prosedyren automatisk falt behovet for korrekturlesing av dataene bort. Fordelen med dette er at risikoen for feil svekkes betraktelig.

Med tilstrekkelig svarprosent fra begge deltagende grupper, kunne gruppene vært testet med enkel statistikk for kategoriske data av «ja/nei» typen, som kji kvadrat-test (Aalen, et al., 2008). Hadde jeg hatt kontinuerlige avhengige variabler eller utfallsvariabler, kunne eventuelt gruppeforskjellene vært testet med t-test for uavhengige utvalg (Aalen, et al., 2008), dersom kriteriene for bruk av en slik metodikk var oppfylt, men jeg hadde ikke variabler som omfattet kontinuerlige data som for eksempel alder.

5.2 Drøfting av resultater

Dataene som er samlet inn omhandler i stor grad deltakernes arbeidssituasjon. Det er i hovedsak data som kan omgjøres til tall, men også data som viser seg i ren tekstform. Musikkterapeutene og logopedene er innlemmet i drøftingspunktene sammen, for å belyse hvordan yrkesgruppene til en viss grad har samme tilnærminger, virkemidler og målsettinger for klientgruppen, og hvor de skiller seg fra hverandre.

5.2.1 Yrkesgruppens erfaring med mennesker med afasi

Med tanke på hvor stor del av musikkterapeutene som svarte på spørsmålet om erfaring med mennesker med afasi, og hvor få logopeder som svarte, er det ikke nødvendigvis mulig å sammenlikne gruppene. Jeg vil likevel drøfte svarene jeg har fått på grunnlag av temaet i oppgaven.

31 av 169 musikkterapeuter oppga at de på undersøkelsestidspunkt arbeidet med mennesker med afasi etter hjerneslag (N=10), eller på et tidligere tidspunkt hadde arbeidet med denne målgruppen (N=21) (se 4.2.1.1). Selv om 169 (over 40%) av de 413 musikkterapeutene som mottok har besvart den, er det vanskelig å vurdere hvor representative de er for alle musikkterapeuter i Norge. Spesielt siden jeg vet lite annet om de som har besvart undersøkelsen enn at de har besvart og er musikkterapeuter eller studenter. I tillegg har jeg ikke hatt muligheten til å beskrive de som *ikke* deltok. Dermed kan jeg ikke sammenlikne de som har besvart med de som ikke har besvart. Likevel gir resultatene et grovt inntrykk av musikkterapeuters erfaring med mennesker med afasi.

Hvis man kun ser på hvor mange musikkterapeuter som har mottatt og svart på undersøkelsen, kan det ved første blick se ut som min hypotese om at få musikkterapeuter

arbeider med målgruppen i Norge i dag ikke stemmer: Hvis antall medlemmer i NFMT er grovt sett de musikkterapeutene som utøver yrket sitt, er det vanskelig å vurdere om 5,9% (10 av 169) er få eller mange. Det vil avhenge av avhenge av målgruppens størrelse sammenlignet med hvor store andre grupper er, som kan ha nytte av musikkterapi. Men endrer vi perspektiv, vekk fra bare å se på yrkesgruppen, og heller ser på hvor mange som rammes av afasi hvert år, er 10 av 169 musikkterapeuter som er aktive på feltet, svært få. Da blir spørsmålet heller om det faktisk utdannes nok musikkterapeuter til å kunne tilby en så stor brukergruppe som mennesker med afasi den musikkterapien de kan nyttiggjøre seg.

«Å utvide yrkesmulighetene for musikkterapeuten kan være et gode for musikkterapeutene selv, men kan også sees på som et viktig gode for de mange klientene der ute som kan benytte seg av de mulighetene som åpner seg gjennom musikkterapi» (Hodne, 2008).

Dette understrekes av Viggo Krüger, førsteamanuensis ved Griegakademiet i Bergen – Institutt for musikk, og styreleder i Norsk Forening for Musikkterapi i en artikkel av Marte Bjerke (2017). Krüger hevder det burde utdannes dobbelt så mange hvert år for å dekke en økende etterspørsel av musikkterapeuter. Han understreker at utdanningskapasiteten på 20 masterstudenter per år er for lite, og mener vi trenger at det uteksamineres minst 40, og at antallet jobber må justeres opp. Selv om dette i utgangspunktet handler om musikkterapi i psykisk helsevern er det ikke gitt at alle de «ekstra» musikkterapeutene som eventuelt utdannes kommer til å arbeide innenfor psykiatrien.

Tar man i tillegg med at forrige kartleggingsundersøkelse (Hodne, 2007) viste til at kun 5 musikkterapeuter på den tiden arbeidet med målgruppen, ser man at det kanskje ikke har skjedd så mye. Spesielt med tanke på hvor mange som får afasi etter hjerneslag.

5.2.2 Metoder og virkemidler med målgruppen

Jeg vil i det følgende diskutere mine resultater rundt bruk av musikkterapeutiske metoder blant musikkterapeutene og bruk av musiske virkemidler blant logopedene i undersøkelsen. Det som står tydelig frem for meg er at logopedenes benyttede musiske virkemidler i stor grad er virkemidler som inngår i de musikkterapeutiske metodene benyttet av musikkterapeutene i undersøkelsen (se 4.2.1.2 og 4.2.2.3/4).

Personer fra begge yrkesgruppene oppgir at de benytter sanger som er kjente for klientene. Musikkterapeutene utdypet dette i spørsmålet som redegjorde for musikkterapeutiske metoder i arbeid med mennesker med afasi etter hjerneslag (se 4.2.1.2). Logopedene ble stilt et eget spørsmål hvor de ble bedt om å utdype hvorvidt de benyttet musiske virkemidler, og hvilke (se 4.2.2.3/4). Svarene samsvarte i stor grad med hverandre, spesielt ved bruken av både sang og rytme. I en systematisk oversiktsartikkel (systematic review) om effekten av å bruke musiske virkemidler fra 2012, som inkluderte 15 av 1250 artikler, var melodi og rytme de elementene som i størst grad ble benyttet i musikkterapeutisk arbeid med mennesker med afasi (Hurkmans, et al., 2011). Selv om de inkluderte artiklene i oversiktsanalysen ble kritisert på flere områder, både med mangler i klientbeskrivelser og intervensjonsbeskrivelser, kan studien likevel være med på å underbygge eller validere bruken av sang og rytme i min undersøkelses resultater. Målet for logopedens bruk av musikk i min undersøkelse varierte fra funksjonsbedring, middel for motivasjon og mestring, og til livsglede (se 4.2.2.3).

Et forskningsprosjekt gjort med mennesker med afasi viste at elleve av fjorten deltakere produserte flere riktige ord ved å synge kjente sanger sammenliknet med resitering av tekst. Fem av 14 opplevde forbedring i gjentakelse av ukjente sanger sammenliknet med å resitere/gjenta en ukjent tekst (Skeie, Einbu, & Aarli, 2010). Terapeutisk sang er en generell teknikk som ofte anvendes ved nevrologiske lidelser, og brukes for å forbedre stemme, talespråk og språkforståelse (Myskja, 2006). Logopedene i min undersøkelse beskrev bruk av sang, også som middel for økt velvære, særlig med klienter som liker å synge.

Å benytte sang som virkemiddel i arbeid med denne klientgruppen har vist seg å være hensiktsmessig, særlig hos mennesker som allerede har et forhold til sang og musikk fra før (Hurkmans, et al., 2011). Om resultatene skyldes vedkommendes musikalske bakgrunn eller metoden i seg selv er omdiskutert. Et annet element som begrunner logopedenes bruk av kjente sanger med mennesker med afasi etter hjerneslag, er musikkens evne til å aktivere belønningssystemer i hjernen og øke dopaminnivået. Dette kan være med på å øke både motivasjon og hjernens plastisitet (Brean & Skeie, 2016).

Musikkterapeutene beskrev bruk av allerede etablerte metoder for rehabilitering av språk; MIT, MMIT og SIPARI (jf. Baker, 2000; Einbu, 2008; Hurkmans, et al., 2011), og også videreutvikling av metoder klienten har fått fra sin logoped. Felles er kanskje en *aktiv* tilnærming. Dette er metoder hvor klienten er aktivt med på treningen.

Der musikkterapeutene beskriver bruk av MMIT (se 4.2.1.2) for språktrening, beskriver også logopedene til en viss grad bruk av musiske virkemidler fra denne metoden (se 4.2.2.4). De beskriver at bruken av musikk vurderes og anvendes hos de klientene som har et forhold til musikk fra før (jf. Hurkmans, et al., 2011). Siden logopedene ikke beskrev bruk av metoder som man i musikkterapien kaller reseptive (jf. Myskja, 2006), kan jeg ut i fra denne undersøkelsen si at logopedene i størst grad bruker aktive metoder for språktrening.

Alle musikkterapeutene i undersøkelsen oppga at de benyttet aktiv musikkterapi (se 4.2.1.2). En generell underbygging og forklaring på all bruk av musikk med mennesker med afasi, det være seg rytmer, toner eller instrumenter, kan være det at så store deler av hjernen, på kryss av hemisfærer er aktive i bearbeidelsen av lyd og musikk. Og fordi rytme har en egen evne til å aktivere hjernen motorisk, kan musikken også bidra til å støtte opp under de vanskene en person med afasi kan oppleve, utover språkskaden (Brean & Skeie, 2016).

5.2.3 Yrkesgruppens arbeidsform

Hvilken arbeidsform musikkterapeutene og logopedene foretrekker kan handle om hva som egner seg best for personen som mottar terapien/undervisningen, eller om yrkesutøverens preferanser for best mulig utført arbeid. Mer intensivt og målrettet terapi/undervisning fungerer kanskje best i individuelle sesjoner. Så hva som er målet for terapien/undervisningen tror jeg er viktig i valg av arbeidsform.

Ønsker du å bedre uttale hos en enkeltperson er muligens gruppeterapi/undervisning ikke like hensiktsmessig som individuell terapi/undervisning. Men ønsker du å åpne for større sosial kompetanse og økt livskvalitet er kanskje gruppeterapi/undervisning veien å gå. At jeg har funnet relativt lik preferanse for arbeidsform, er et resultat som belyser at en til enhver tid må ta hensyn til mål for menneskene det gjelder (jf. Ruud, 2008).

I følge Ruud sin definisjon av musikkterapi bruker musikkterapeuter musikk til å øke livskvalitet, bedre helse og fremme utvikling hos ulike brukergrupper (Ruud, 2018). At så mye som en tredjedel av musikkterapeutene oppgir å jobbe kun individuelt, kan være et uttrykk for at også musikkterapeuter jobber direkte med bedring i språkfunksjon, uten at jeg gjennom undersøkelsen har data som utdyper dette. Men hva vil det si å fremme utvikling, og hvordan kan utvikling vise seg? Jeg har reflektert over utvikling som funksjonsbedring og utvikling gjennom velværemål. Disse trenger ikke nødvendigvis å stå i motsetning til hverandre, men heller støtte opp under hverandre. Om en person med afasi erfarer direkte funksjonsbedring ved logopedisk behandling, vil dette kunne være med på å bedre personens livskvalitet (velværemål), og hvis personen opplever bedret livskvalitet gjennom for eksempel musikkterapi, vil motivasjonen for funksjonstrening muligens være høyere (jf. Boucher et al., 2001; Brean & Skeie, 2016).

I hvilken grad disse ulike strategiene for å fremme utvikling har noe å si for valg av arbeidsform, kan drøftes. Noen vil ha mest nytte av individuell terapi, mens andre erfarer at gruppebasert terapi passer best. En gruppe kan være et sted hvor en kan møte mennesker i samme situasjon som en selv, og samspillet kan preges av opplevd likhet (jf. Røkenes & Hanssen, 2013). Terskelen for å kommunisere vil kanskje ikke være så høy for en med afasi hvis man erfarer at det er en forståelse i gruppen om at man er sammen om språkvanskene. Gruppen kan representere et sosialt system (Røkenes & Hanssen, 2013) hvor man skaper litt normalitet i en unormal hverdag, fordi de «fleste» i gruppen vil ha en språkskade.

At alle logopedene arbeider individuelt, og nesten alle praktiserer gruppebasert undervisning kan ha noe å gjøre med at logopedene ofte arbeider for *individuell* bedret språkfunksjon (4.2.2.2). Dette kan også selvfølgelig være tilfeldig. Utvidet musikkterapeutisk fokus på mestring, sosial kompetanse og livsglede, i både gruppe- og individuelle sesjoner, kan kombineres med logopedenes teknikker for styrket språkfunksjon. Kombinasjonen kan ha potensiale til å gi bedre helhetlig behandling som tar vare på hele mennesket (Røkenes & Hanssen, 2013; Ruud, 2008). For å understreke dette kan gruppebasert tilnærming til klienter med Wernickes-afasi, hvor mye av vanskene ligger i å finne ord og formulere setninger (Statped, 2017; Gjerstad, 2017), motvirke tiltagende sosial isolering, fordi klienten faktisk møter andre mennesker.

5.2.4 Veiledning

Både musikkterapeuter (38,2%) og logopedene (72,7%) gir og/eller mottar veiledning fra andre faggrupper. Det kan se ut som om dette er en sentral del av logopedenes arbeidsdag. Men 63 av 102 (61,8%) musikkterapeuter gir og/eller mottar faktisk *ikke* veiledning. Dette er et tankekors, for en nøkkel til både fagutvikling, sterkere posisjon og innflytelse på en arbeidsplass kan ligge i å øke andelen musikkterapeuter som gir og/eller mottar veiledning. Veiledning vil være viktig for yrkesgruppene som helhet, ved at hver enkelt utøver utvikler en bredere kompetanse innenfor sitt eget fag via innspill fra andre. Dette kan representere en styrking av den enkelte yrkesutøverens faglige trygghet. Kanskje viktigst er at det er gunstig for de som mottar behandling eller terapi fra yrkesgruppene. Ved å gjøre seg synlig, enten ved å formidle sin kunnskap til andre, eller ved å etterspørre kunnskap fra andre, kan faget som helhet på den ene siden bli en faggruppe andre yrkesgrupper retter seg mot for å få råd og veiledning, og også bevisstgjøre andre faggrupper på at man har en felles målsetting, om enn ulike virkemidler for å bedre menneskers mestring og livssituasjon. Dette vil også øke egen kompetanse. Eller slik Kvarv (2014) sier det: «Vedlikehold av egen vitenskapelig kompetanse kan skje nettopp gjennom tverrfaglig samarbeid» (Kvarv, 2014, s. 149)

Et annet element som skiller musikkterapeutene og logopedene i mitt utvalg, er at *de andre* faggruppene som det mottas veiledning fra og gis veiledning til, bare til en viss grad samsvarer. Mens musikkterapeutene i størst grad forholder seg til leger, psykologer eller sykepleiere, er logopedenes veiledningsrelasjoner oftest med ergoterapeuter, fysioterapeuter og sykepleiere (se figur 1 og 3). Dessuten er variasjonen i hvilke yrkesgrupperinger musikkterapeutene gir/mottar veiledning til/fra vesentlig større enn for logopedene.

På tross av de ulike svarene som fremkommer i min undersøkelsen beskriver Norsk Logopedlag (u.d.) på sine hjemmesider samarbeid med både lege og psykolog, hvilket kan bety at musikkterapeuter og logopedene ikke er så ulike i forhold til veiledningspreferanser likevel.

Årsaken til at kun 14 ulike grupperinger er nevnt hos logopedene, og hele 25 hos musikkterapeutene kan diskuteres. Tar man høyde for at det er få logopedene som har svart, er det likevel slik at logopedien, som er et betraktelig eldre og mer etablert fag, allerede har funnet sine samarbeidspartnere som de samarbeider godt med (Norsk Logopedlag, u.d.).

Musikkterapeutene er kanskje fortsatt på søken etter hvem det er mest naturlig å ha veiledningsrelasjoner til og derfor utvider «søket» etter mulige grupperinger.

Forskjellen kan også bero på at logopeder oftere jobber på mer spesialiserte arbeidsplasser enn musikkterapeuter, som på sin side kan ha større variasjon i hvor de arbeider.

Kanskje er det mest sannsynlig at forskjellen beror på forskjellen i utvalgsstørrelse: 39 musikkterapeuter vil lett rapportere flere typer veiledningsrelasjoner enn 8 logopeder (!). For det er også et visst samsvar i hvem de har veiledningsrelasjoner til (Fig. 4), slik at det kan se ut som de søker å gi eller motta veiledning fra de samme yrkesgruppene som retter seg mot samme klientgruppe. Her finnes en åpenbar mulighet til å tette et hull: Hvis vi søker informasjon og veiledning fra samme yrkesgrupper, hvorfor er ikke det å søke en konsultasjonspreget veiledning fra hverandres faggrupper i større grad en åpenbar mulighet (jf. Lauvås & Lauvås 2004)?

Som nevnt i teorikapittelet skriver Norsk forening for musikkterapi på sine hjemmesider at «musikkterapi gir muligheter for utvikling og endring gjennom et musikalsk og mellommenneskelig samarbeid mellom terapeut og klient» (Norsk forening for musikkterapi, u.d.; Bruscia, 1998). Et enkelt grep for å få mange til å forstå bredden i hva vi driver med som musikkterapeuter, kan en videre formulering være «... eller gjennom rådgivning om musikkterapeutiske virkemidler til andre faggrupper som arbeider med klienter, eller til pårørende og sosialt nettverk». Ved en slik formulering åpner vi opp for å fremme dette aspektet ved musikkterapien, som i aller høyeste grad er til stede, slik at den formulerte yrkesprofilen gjenspeiler det vi allerede gjør. Nemlig å fronte rådgivning og veiledning.

5.2.5 Samarbeid mellom musikkterapeuter og logopeder

At 9 av 31 (29%) av de deltagende musikkterapeutene oppga at de hadde samarbeidet med logoped i arbeidet med personer med afasi etter hjerneslag, er interessant (4.2.1.4). Men det er overraskende at så mye som 71% av musikkterapeutene *ikke* samarbeider med logoped om klienter med afasi etter hjerneslag. Det er ikke gitt at disse musikkterapeutene ikke er åpne for en samarbeidsrelasjon, men at det kanskje er begrenset mulighet for samarbeid med

logopeder på grunn av at det ikke jobber logopeder på arbeidsplassen musikkterapeutene jobber på, for eksempel på sykehjem. I følge Kvarv (2014) viser undersøkelser at det oppstår tettere kontakt på tvers av prosjekter når forskerne er lokalisert sammen, og at både formell og uformell kontakt bidrar med nye impulser og innspill. Måten de samarbeidende musikkterapeutene i min undersøkelse beskriver innholdet i samarbeidet på, støtter opp under dette, og kan være til inspirasjon for de som ikke samarbeider med logopeder i arbeidet med mennesker med afasi etter hjerneslag.

Brean og Skeie (2016) mener musikkterapeutiske intervensjoner er for komplekse til å kunne forklares i nevrobiologiske termer alene. Derfor er et tverrfaglig perspektiv der ulike forståelsesrammer møtes, nødvendig for å opparbeide ny innsikt. Dette er en av årsakene til at jeg mener musikkterapeutene må arbeide målrettet for å lage nye og flere broer mellom ulike fagområder. Ikke bare mellom nevrologi og musikkterapi, men også alle andre yrkesgrupper som har som mål å bedre hverdagen til mennesker med ulike utfordringer. George Bernard Shaw illustrerer dette godt i følgende sitat:

«Hvis du har et eple og jeg har et eple og vi bytter, har vi begge fortsatt ett eple. Men hvis du har en idé og jeg har en idé og vi bytter, vil vi begge ha to ideer» (Shaw).

Utgangspunktet for et slikt samarbeid mellom musikkterapeuter og andre yrkesgrupper bør være godt: Musikkterapeuter kommer inn på studiet med ulike grunnutdanninger i sekken, og går derfor ut derfra med litt ulike tankesett, men likevel med en felles yrkesidentitet. Dette gjør musikkterapeuter til en mangfoldig og variert profesjonsgruppe som lett vil kunne samarbeide med hverandre (jf. Hodne, 2008; Sæther, 2008). Mangfoldet i fagbakgrunner strekker seg fra pedagoger, spesialpedagoger til sykepleiere, sosionomer og til utøvende musikere og musikkvitere, for å nevne noen. Felles for alle er likevel et musikalsk grunnlag og et ønske om å utvide bruken av musikk for å kunne gi mennesket flere handlingsmuligheter (jf. Ruud, 2008). Gjennom en slik åpenhet i utdanningen er det rom for både ulike bakgrunner, yrkesutdanning og også kanskje yrkesmotivasjon. På denne måten kan utdanningens romslighet resultere i en utviding og utvikling av musikkterapien (Hodne, 2008). Det er en slik utvikling jeg ser muligheten for, ved å skrive denne oppgaven.

Som nevnt har det ikke vært mulig å generalisere funn i mitt utvalg logopeder, til gruppen logopeder totalt, fordi gruppen er for liten, og fordi sjansen for at utvalget ikke er representativt er stor. Likevel er det underlig at ingen av logopedene har samarbeidet med musikkterapeut, og siden nesten alle logopedene benytter musiske virkemidler er det ikke til å stikke under en stol, sett fra mitt musikkterapeutiske ståsted, at man kunne ha nytte av at disse faggruppene samarbeider. Det er jo nettopp gjennom et ønske om å erverve ny kunnskap eller dele allerede eksisterende kunnskap at Melodisk Intonasjonsterapi, har blitt Modifisert Melodisk Intonasjonsterapi (Baker, 2000). Spesielt når det gjelder rehabilitering av afasi etter hjerneslag kan et slikt samarbeid ha stor betydning for musikkterapeuters og logopeders kunnskapsutvikling, og fremfor alt vil det ha betydning for den store gruppen mennesker som hvert år rammes av afasi etter hjerneslag.

6 Avslutning

Hvis jeg skal utheve de overordnede funnene i denne kartleggingsundersøkelsen, vil jeg først og fremst vise til hypotesen om at få musikkterapeuter arbeider med mennesker med afasi, at mange logopeder benytter musiske virkemidler i arbeid med den samme klientgruppen, og i hvilken grad tverrfaglig samarbeid og gjensidig veiledning forekommer.

Undersøkelsen som er gjennomført viser at 10 musikkterapeuter (5,9%) i dag arbeider klinisk med mennesker med afasi etter hjerneslag. Hvis dette er representativt for musikkterapeuter i Norge blir spørsmålet; Er dette få? I utgangspunktet tenker jeg ja: På bakgrunn av at 15 000 mennesker rammes av hjerneslag i Norge hvert år, og om lag 25% av disse får afasi, er det ikke tvil om at kun et svært lite mindretall blant målgruppen får et musikkterapeutisk tilbud.

Jeg har også fått påvist at flere logopeder benytter musiske virkemidler. Jeg har ikke påvist at de fleste benytter musikk, men at 10 av 11 av logopedene som svarte gjør det. At jeg har påvist at *noen* anvender musiske virkemidler er likevel et viktig funn; som sier noe om at det kanskje foreligger en enighet om at bruk av musikk i rehabilitering ved afasi er hensiktsmessig.

38,2% av musikkterapeutene har en veiledningsrelasjon til andre faggrupper, som de enten veileder, eller får veiledning av. En slik veiledningsrelasjon er betydelig hyppigere hos de deltagende logopedene (72,7%).

Jeg har gjennomgått hvilke utfordringer en person med afasi kan møte på i hverdagen (jf. Brodin, 2016; Hald & Ridder, 2014; Lind, et al., 2010; Einbu, 2008), og hvordan musikk, i et nevrobiologisk perspektiv, kan være et virkningsfullt middel i rehabiliteringen av disse menneskene (jf. Brean & Skeie, 2016; Christensen, 2014; Borchgrevink, 2008; Johansson, 2011). I tillegg har jeg også redegjort for hvordan tverrfaglig samarbeid kan bidra til å utvide faggruppens forståelsesrammer (jf. Lauvås & Lauvås, 2004; Kvarv, 2014).

6.1 Oppsummerende drøfting

Undersøkelsen er basert på svar fra 169 musikkterapeuter og 11 logopedene, og viser at musikkterapeutene har et stort spekter av metoder som brukes i arbeidet med klientgruppen. Undersøkelsen viser også at logopedene i stor grad benytter seg av musiske virkemidler i sitt arbeid med samme klientgruppe. Men på grunn av svakheter i metode og utvalg, er det ikke mulig å trekke noen sikre slutninger om dette kan gjelde for den store populasjonen av musikkterapeuter og logopedene i Norge. Derfor er det ønskelig med ytterligere kartlegging og forskning på området.

Logopedenes hovedfokus kan se ut til å i bunn og grunn ligge på funksjonsbedring; rehabilitering. Hvis musikkterapien hadde fått større plass i dette rehabiliteringsområdet kunne et behandlingsteam jobbet mer med både velværemål og symptomreduksjon. Ikke nødvendigvis separat, men mer som to korrelater som påvirker hverandre. Det kan være så enkelt som; har du det bra, orker du å trene. Ser du fremgang i treningen får du motivasjon til å fortsette osv.

Kunne jeg forutsatt at begge utvalgene av musikkterapeuter og logopedene var representative for sine respektive yrkesgrupper, ville jeg i større grad kunne vektlagt følgende observasjoner: Tredjeparten av musikkterapeutene (32,3%) og fjerdeparten av logopedene (20%) arbeider kun individuelt med personer med afasi. Dette er kanskje noe overraskende i lys av at logopeders hovedfokus i større grad er språktrening, mens musikkterapeuter vektlegger den totale livssituasjonen og hele mennesket. Mer overraskende og viktig er at 61,8% av musikkterapeutene i undersøkelsen *ikke* gir eller mottar veiledning, mens det tilsvarende tallet fra logopedene er 27,3%. For musikkterapeutene kan det være en kilde til inspirasjon at de som har en veiledningsrelasjon, beskriver dette variert og positivt. Det er også verdt å merke seg at musikkterapeutene og logopedene på hver sin måte deler interessen for bruk av musiske virkemidler i arbeidet sitt.

6.2 Musikkterapien og veien videre

Det er egentlig Even Ruuds siste punkt i hans beskrivelse av et humanistisk perspektiv på norsk musikkterapi (2008), som kanskje er en av årsakene til at jeg ønsket å gjennomføre

denne studien. *Hva kan vi som musikkterapeuter bidra med?* Hva har jeg som musikkterapistudent kunnet bidra med? Det er lett å stille seg på sidelinjen som student, og å tenke at det jeg gjør ikke er like bra, eller like viktig som det alle de erfarne musikkterapeuter gjør. Det handler om hva vi kan bidra med gjennom forskning, praksis og seminarer, og hvordan man som masterstudent har en ypperlig mulighet til å faktisk bidra med noe. Forskning er så viktig, og tenk å kunne forske på noe som en brenner for (!). Det handler om synliggjøring av fagfeltet, slik at andre faggrupper ser viktigheten av musikkterapien, og om hvordan vi kan formidle vår kunnskap om musikk og hva det kan ha å si for mennesker og samfunnet (Ruud, 2008) Som student innenfor dette miljøet er det ikke en sjeldenhet å måtte fortelle eller forklare andre mennesker hva man driver med som musikkterapeut. Det kan føles uviktig og gjentakende til tider, men det er faktisk å bidra til å gjøre musikkterapifaget synlig.

Resultatene i denne undersøkelsen kan tyde på at det er behov for flere musikkterapeuter som har fokus på klientgruppen. Et bredest mulig tverrfaglig samarbeid er et mål for å kunne gi menneskene med afasi etter hjerneslag et best mulig rehabiliteringstilbud. Hver faggruppe har spisskompetanse innen sitt felt, og i felleskap kan de oppnå mye hvis kunnskapen deles.

Oppgaven har vist minst fem områder musikkterapien kan videreutvikles på:

Flere musikkterapeuter må gi og få veiledning

I dag har over 60% av musikkterapeutene ingen veiledningsrelasjon til andre i sitt arbeid. Empiri understreker viktigheten av veiledning for fagutvikling (Kvarv, 2014). Derfor må vi arbeide for at flere musikkterapeuter får en veiledningsrelasjon til kolleger, andre yrkesgrupper eller studenter. Det er få musikkterapeuter på hver arbeidsplass, ofte bare en. Derfor må musikkterapeuter ta konsulent- og veilederroller for andre yrkesgrupper som kan ha nytte av vår kunnskap. Det vil gjøre oss viktige og relevante på arbeidsplassene.

Musikkterapeuter må formidle sin kunnskap og dele den med andre

Oppgavens teorigjennomgang viser at musikkterapeutisk tilnærming virker. Faget har mye å tilby våre klientgrupper. Derfor må vi dele av våre erfaringer. Gjør vi oss synlige, blir vi viktige (Lauvås & Lauvås, 2004), og det blir mer naturlig å motta impulser fra andre faggrupper på arbeidsplassen. Ved å formidle og forklare egen kunnskap, kan yrkesgruppene utfylle hverandre og samarbeide lettere om å gjøre hverdagen til målgruppene bedre.

Musikkterapeuter må samarbeide mer med andre og hverandre

Musikkterapeutene som har besvart spørsmålet om samarbeid i denne undersøkelsen beskriver samarbeidet som viktig og bra. Logopeder, som allerede benytter musiske virkemidler, er en nærliggende yrkesgruppe å samarbeide med på afasifeltet. Fordi logopeden samarbeider med mange yrkesgrupper som også musikkterapeutene arbeider med; lærere, førskolelærere, spesialpedagoger, pedagogisk-psykologiske rådgivere og andre ansatte i skoleverket og skolens støttesystem. Leger, psykologer, fysioterapeuter, sykepleiere og ergoterapeuter (Norsk Logopedlag), kan en målsetting for musikkterapi som fag være å innlemme seg selv på denne listen. Musikkterapeuter og logopeder bør videreutvikle teknikker som brukes i språktrening, der musikkterapeutene tillegger dem musikkterapeutisk innsikt. Ved å arbeide systematisk på denne måten kan faggruppene forbedre tilbudet mennesker med afasi får.

Flere musikkterapeuter bør gå inn i rehabilitering av mennesker med afasi

På bakgrunn av denne undersøkelsen har jeg holdepunkter for å si at flere musikkterapeuter bør inn i afasifeltet. Det er et stort arbeidsfelt med store behov for innsats. Relativt få musikkterapeuter arbeider med afasi, samtidig som empirien understreker musikkens egnethet i forhold til språkrehabilitering med denne gruppen.

Utdanningskapasiteten må økes

Musikkterapeuter arbeider i dag i skolen, eldreomsorgen, med barn, i psykisk helsevern, på sykehus, i fengsel og ettervern og i kulturskolen (Norsk forening for musikkterapi). Det er urealistisk å øke andelen musikkterapeuter som arbeider med afasi, uten at det går utover andre felt der musikkterapeuter arbeider. Derfor er det viktig at man på sikt arbeider for å øke utdanningskapasiteten.

7 Referanser

- Aalen, O. O., Frigessi, A., Moger, T. A., Scheel, I., Skovlund, E., & Veierød, M. B. (2008). *Statistiske metoder i medisin og helsefag*. Dimograf: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Aldridge, D. (2005). *Music Therapy and Neurological Rehabilitation*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Baker, F. A. (2000). Modifying the Melodic Intonation Therapy Program for Adults With Severe Non-fluent Aphasia. *Music Therapy Perspectives* (18), s. 110-114.
- Bjerke, M. (2017). – Vi må utdanne dobbelt så mange musikkterapeuter. *Musikkultur*. Hentet fra <http://musikkultur.no/nyheter/-vi-ma-utdanne-dobbelt-sa-mange-musikkterapeuter-6.54.497676.2fa924f6cc>
- Bokmålsordboka. (2017). Ervervet. I *Bokmålsordboka*. Hentet 15. April, 2018 fra http://ordbok.uib.no/perl/ordbok.cgi?OPP=ervervet&ant_bokmaal=5&ant_nynorsk=5&bokmaal=+&ordbok=bokmaal
- Bonde, L. O. (2011). *Musik og menneske - introduktion til musikpsykologi*. Frederiksberg C, Danmark: Samfundslitteratur.
- Borchgrevink, H. M. (2008). Nevrobiologisk grunnlag for musikkterapi. I G. Trondalen, & E. Ruud, *Perspektiver på musikk og helse - 30 år med norsk musikkterapi* (s. 189-202). Oslo: Unipub AS.
- Boucher, V., Garcia, L., Fleurant, J., & Paradis, J. (2001). Variable efficacy of rhythm and tone in melody-based interventions: Implications for the assumption of a right-hemisphere facilitation in non-fluent aphasia. *Aphasiology*, 15(2), s. 131-149. doi: 10.1080/02687040042000098
- Brean, A., & Skeie, G. O. (2016). Musikk og hjerne i et nevrobiologisk perspektiv. I B. S. Ridder, *Musikkterapi og eldre helse* (ss. 28-37). Oslo, Norge: Universitetsforlaget AS.
- Brodin, M. (2016, 12 05). *Afasiforbundet i Norge*. Hentet 15. Januar, 2018 fra Om afasi: <http://afasi.no/2016/12/05/2618/>
- Bruscia, K. E. (1998). *Defining Music Therapy*. Gilsum NH: Barcelona Publishers.
- Christensen, E. (2014). Musik i kroppen og hjernen. I L. O. Bonde, *Musikterapi - Teori Uddannelse Praksis Forskning, en håndbog om musikterapi i Danmark* (ss. 64-80). Århus: Forlaget Klim.
- Eide, I. B. (2008). Fys-mus-tradisjonen i norsk musikkterapi. I G. Trondalen, & E. Ruud, *Perspektiver på musikk og helse - 30 år med norsk musikkterapi* (ss. 251-260). Oslo: Unipub AS.
- Einbu, T. (2008). Syng ordene - Der talen ikke strekker til. I G. Trondalen, & E. Ruud, *Perspektiver på musikk og helse : 30 år med norsk musikkterapi* (ss. 449-461). Oslo: Unipub AS.
- Ellingsen, S. D. (2009). Forståelse av kvantitativ helseforskning - en introduksjon og oversikt. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* (2). s. 100-113
- Gjerstad, L. (2017). Afasi. *Store Norske Leksikon*. Hentet 19. Mars, 2018 fra <https://sml.snl.no/afasi>

- Goffeng, M. E. (2013). *Musikk i møte med mennesker med nedsatt språk og/eller taleevne*. Bacheloroppgave, Universitetet i Oslo, Institutt for Musikkvitenskap.
- Grenness, T. (2003). *Innføring i vitenskapsteori og metode* (Vol. 2). Oslo.
- Grønmo, S. (2015). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Hald, S. V., & Ridder, H. M. (2014). Musikterapi med voksne med erhvervet hjerneskade. I L. O. Bonde, *Musikterapi: Teori, utdanning, praksis, forskning* (ss. 303-313). Århus: Forlaget Klim.
- Haraldsen, G. (2010). *Spørreskjemametodikk etter kokebokmetoden*. Oslo: Pensumtjeneste AS.
- Hodne, I. H. (2007). Musikkerapeutene som profesjonsgruppe i Norge - en kartleggingsundersøkelse av musikkterapeutenes utdanning, arbeidsfelt og tilsettingsforhold. Oslo, Masteroppgave: Norges Musikkhøgskole.
- Hodne, I. H. (2008). Musikkerapeutene som profesjonsgruppe i Norge. I G. Trondalen, & E. Ruud, *Perspektiver på musikk og helse : 30 år med norsk musikkterapi* (ss. 219-232). Oslo: Unipub AS.
- Hurkmans, J., Bruijn, M. d., Boonstra, A. M., Jonkers, R., Bastiaanse, R., Arendzen, H., & Reinders-Messelink, H. A. (2011). Music in the treatment of neurological language and speech disorders: A systematic review. *Aphasiology* (26), s. 1-19.
doi: 10.1080/02687038.2011.602514
- Johansson, B. B. (2011). Current trends in stroke rehabilitation. A review with focus on brain plasticity. *Acta Neurologica Scandinavia* (123), s. 147-159.
- Jungblut, M. (2018). *SIPARI - music-supported training for patients with language and motor speech disorders*. Hentet 26. Mars, 2018 fra <http://sipari.com/what-is-sipari.htm>
- Kvamme, T. S., & Stige, B. (2016). Musikterapi i praksis: en innføring. I Stige & Ridder, *Musikterapi og eldre helse* (s. 111-119). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kvarv, S. (2014). *Vitenskapsteori - tradisjoner, posisjoner og diskusjoner*. Oslo: Novus forlag.
- Lauvås, K., & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Lind, M., Haaland-Johansen, L., Knoph, M. I., & Qvenlid, E. (2010). *Afasi - et praksisrettet perspektiv*. Oslo: Novus.
- Moltubak, A. D. (2016). Musikterapi i nevrorehabilitering: musikk funksjon og relasjon. I Stige & Ridder, *Musikterapi og eldre helse* (s. 155-165). Oslo: Universitetsforlaget.
- Myskja, A. (2004). Kan musikkterapi hjelpe pasienter med nevrologiske sykdommer? *Tidsskrift for Den norske legeforening*(24). Hentet 26. April, 2018 fra <https://tidsskriftet.no/2004/12/medisin-og-kunst/kan-musikkterapi-hjelpe-pasienter-med-nevrologiske-sykdommer>
- Myskja, A. (2006). *Den siste song - sang og musikk som støtt i rehabilitering og lindrende behandling*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Norsk forening for musikkterapi. (u.d.). *Norsk forening for musikkterapi*. Hentet 3. Mars, 2018 fra <http://www.musikkterapi.no/hva-er-musikkterapi>

- Norsk Logopedlag. (u.d.). *Hva er logopedi?* Hentet 11. April, 2018 fra <http://norsklogopedlag.no/hva-er-logopedi/>
- Nylenna, M. (2009). Tverrfaglighet. *Store medisinske Leksikon*. Hentet 19. Mars, 2018 fra <https://sml.snl.no/tverrfaglighet>
- Okumura, Y., Asano, Y., Takenaka, S., Fukuyama, S., Yonezawa, S., Kasuya, Y., & Shinoda, J. (2014). Brain activation by music in patients in a vegetative or minimally. *Informa Healthcare*. s. 944-950
- Reinvang, I. (1978). *Afasi - språkforstyrrelse etter hjerneskade*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rødina, K. (2018, Februar 20). Logopedi. *Store Norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/logopedi>
- Rolvsvjord, R. (2008). En ressursorientert musikkterapi. I G. Trondalen, & E. Ruud, *Perspektiver på musikk og helse - 30 år med norsk musikkterapi* (s. 123-138). Oslo: Unipub AS.
- Ruud, E. (2008). Et humanistisk perspektiv på norsk musikkterapi. I G. Trondalen, & E. Ruud, *Perspektiver på musikk og helse - 30 år med norsk musikkterapi* (s. 5-28). Oslo: Unipub AS.
- Ruud, E. (2018). Musikkterapi. *Store Norske Leksikon*. Hentet 15. Mars, 2018 fra <https://snl.no/musikkterapi>
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2013). *Bære eller bryte - Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Røste, I., Dalby, M. D., & Nordset, E. (2016). *Afasiforbundet i Norge*. Hentet fra <http://afasi.no/2016/12/04/klassifisering-global-afasi/>
- Sander, K. (2017). Induktive og deduktive studier. *estudie.no*. Hentet 28. Februar, 2018 fra <https://estudie.no/induktiv-deduktiv/>
- Schlaug, G. (2010). Singing: When It Helps. I R. F. Clifford, *Neurology Of Music* (s. 335-345). London: Imperial College Press.
- Shaw, G. B. (u.d.). *Ordtak.no*. Hentet 1. Mai, 2018 fra Siterte sitater: <http://www.ordtak.no/sitat.php?id=13684>
- Skeie, G. O., Einbu, T., & Aarli, J. (2010). Singing Improves Word Production in Patients with Aphasia. I R. F. Clifford, *Neurology Of Music* (s. 347-357). London: Imperial College Press.
- Skog, O.-J. (2010). *Å forklare sosiale fenomener - en regresjonsbasert tilnærming* (2. utg.). Dimograf: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Statped. (2017). *Statlig spesialpedagogisk tjeneste*. (S. E. Moløkken, Redaktør) Hentet 15. Januar, 2018 fra <http://www.statped.no/fagomrader-og-laringsressurser/sprak-og-tale/afasi/afasi/>
- Stige, B. (2008). Samfunnsmusikkterapi – mellom kvardag og klinikk. I G. Trondalen, & E. Ruud, *Perspektiver på musikk og helse - 30 år med norsk musikkterapi* (s. 139-160). Oslo: Unipub AS.
- Sæther, R. (2008). Musikkterapeuten som veileder for annet fagpersonale. I G. Trondalen, & E. Ruud, *Perspektiver på musikk og helse - 30 år med norsk musikkterapi* (s. 315-326). Oslo: Unipub AS.

Trondalen, G. (2008). Musikkterapi – et relasjonelt perspektiv. I G. Trondalen, & E. Ruud, *Perspektiver på musikk og helse : 30 år med norsk musikkterapi* (s. 29-48). Oslo: Unipub AS.

8 Vedlegg

8.1 Invitasjon til musikkterapeuter via Survey Monkey e-post

Musikkterapeutisk behandling etter hjerneslag.

Kjære musikkterapeut!

Som ledd i min masteroppgave i musikkterapi ved NMH gjør jeg denne undersøkelsen blant landets musikkterapeuter. Målsettingen er å finne ut i hvor stor grad musikkterapi brukes i arbeid med mennesker som har afasi etter hjerneslag. Derfor er det viktig å få svar også fra dere som IKKE har erfaring med denne målgruppen.

Jeg setter stor pris på om du vil ta deg tid til å svare på de nedenstående korte spørsmålene. Svarene vil behandles anonymisert og vil ikke kunne kobles til enkeltpersoner.

Undersøkelsen utføres i samarbeid med NFMT.

Spørsmål til undersøkelsen, eller utdypende kommentarer, kan sendes på mail til *marit.e.goffeng@student.nmh.no*.

8.2 Spørsmål til musikkterapeuter

1: Har du erfaring med klinisk musikkterapeutisk arbeid med personer med afasi etter hjerneslag?

Ja, arbeider med det nå (vennligst spesifiser)

Ja, har arbeidet med det tidligere (vennligst spesifiser)

Nei

2: Hvis ja: Hvilke metoder bruker/brukte du i arbeidet?

(aktiv/passiv, melodi/rytme, kjente sanger etc.)

3: Hvis ja: Hvilke arbeidsformer bruker/brukte du i arbeidet?

(individuell-/gruppeterapi)

4: Har du samarbeidet med logoped i arbeidet med klienter med afasi etter hjerneslag?

Ja (spesifiser kort hvordan samarbeidet foregikk)

Nei

5: Gir/mottar du veiledning til/fra andre faggrupper som en del av ditt musikkterapeutiske arbeid?

Ja, jeg gir veiledning (nevn kort hvilke faggrupper)

Ja, jeg mottar veiledning (nevn kort hvilke faggrupper)

Nei

Tusen takk for at du tok deg tid til å svare på undersøkelsen!

8.3 Invitasjon til logoped

8.3.1 Innlegg på NLL og OLL sine Facebooksider 26.02.18

Kjære logoped!

Som et ledd i min masteroppgave ved Norges Musikkhøgskole (NMH) gjør jeg denne undersøkelsen blant et utvalg logoped. Målsettingen er å finne ut av om, og i hvor stor grad, musiske virkemidler blir benyttet i logopedisk rehabilitering av mennesker som har afasi etter hjerneslag.

Jeg setter stor pris på om du vil ta deg tid til å klikke på linken nedenfor, og svare på noen korte spørsmål. Svarene vil bli behandlet anonymisert og vil ikke kunne kobles til enkeltpersoner.

Undersøkelsen gjøres i samarbeid med Norsk forening for Musikterapi (NFMT).

Spørsmål til undersøkelsen, eller utdypende kommentarer, kan sendes på mail til marit.e.goffeng@student.nmh.no.

8.3.2 e-post til logopednettverk

Logopedi og behandling etter hjerneslag.

Kjære logoped!

Som et ledd i min masteroppgave ved Norges Musikkhøgskole (NMH) gjør jeg denne undersøkelsen blant et utvalg logoped. Målsettingen er å finne ut av om, og i hvor stor grad, musiske virkemidler blir benyttet i logopedisk rehabilitering av mennesker som har afasi etter hjerneslag.

Jeg setter stor pris på om du vil ta deg tid til å svare på de nedenstående korte spørsmålene. Svarene vil bli behandlet anonymisert og vil ikke kunne kobles til enkeltpersoner.

Undersøkelsen gjøres i samarbeid med Norsk forening for Musikterapi (NFMT).

Spørsmål til undersøkelsen, eller utdypende kommentarer, kan sendes på mail til marit.e.goffeng@student.nmh.no.

8.4 Spørsmål til logopeder

- 1: Har du erfaring med logopedisk arbeid med personer med afasi etter hjerneslag?
Ja, arbeider med det nå
Ja, har arbeidet med det tidligere
Nei
- 2: Hvis ja: Hvilke arbeidsformer bruker/brukte du i arbeidet?
(individuell undervisning/gruppetimer)
- 3: Bruker/brukte du musiske virkemidler i ditt arbeid?
Ja (spesifiser kort hvordan musikk inngikk i arbeidet)
Nei
- 4: Anvender du noen av disse virkemidlene i ditt arbeid? (Kryss av for de du bruker/har brukt)
Rytme (klapping, knipsing, tramping, tapping, metronom o.l.)
Toner (syngte kjente sanger/melodier, glidende toner)
Instrumenter (tromme, piano, sang)
- 5: Har du samarbeidet med musikkterapeut i arbeidet med personer med afasi etter hjerneslag?
Ja (spesifiser kort hvordan samarbeidet foregikk)
Nei
- 6: Gir/mottar du veiledning til/fra andre faggrupper som en del av ditt logopediske arbeid?
Ja, jeg gir veiledning (nevnt kort hvilke faggrupper)
Ja, jeg mottar veiledning (nevnt kort hvilke faggrupper)
Nei

Tusen takk for at du svarte på undersøkelsen! Hvis du kjenner flere logopeder som arbeider med denne målgruppen hadde jeg satt pris på om du kunne videresende lenken til de det gjelder. På forhånd takk for hjelpen.

8.5 Godkjenning fra NSD



Are Brean
Postboks 5190 Majorstua
0302 OSLO

Vår dato: 25.01.2018

Vår ref: 58383 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 15.01.2018.
Meldingen gjelder prosjektet:

58383	Musikkterapi og afasi
Behandlingsansvarlig	Norges musikkhøgskole, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Are Brean
Student	Marit Elise Goffeng

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Personopplysningene som blir samlet inn er ikke sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav personvernulempe. Prosjektet har derfor fått en forenklet vurdering. Du kan gå i gang med prosjektet. Du har selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i dette brevet.

Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet
- krav til informert samtykke
- at du ikke innhenter sensitive opplysninger
- veiledning i dette brevet
- Norges musikkhøgskole sine retningslinjer for datasikkerhet

Veiledning

Krav til informert samtykke

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse.

Informasjon må minst omfatte:

- at Norges musikkhøgskole er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet
- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileder) sine kontaktopplysninger
- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til
- hvilke opplysninger som skal innhentes og hvordan opplysningene innhentes

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

- når prosjektet skal avsluttes og når personopplysningene skal anonymiseres/slettes

På nettsidene våre finner du mer informasjon og en veiledende mal for informasjonsskriv.

Forskningsetiske retningslinjer

Sett deg inn i forskningsetiske retningslinjer.

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke endringer du må melde, samt endringskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i Meldingsarkivet.

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 15.05.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Gjelder dette ditt prosjekt?

Dersom du skal bruke databehandler

Dersom du skal bruke databehandler (ekstern transkriberingsassistent/spørreskjemaleverandør) må du inngå en databehandleravtale med vedkommende. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se Datatilsynets veileder.

Hvis utvalget har taushetsplikt

Vi minner om at noen grupper (f.eks. opplærings- og helsepersonell/forvaltningsansatte) har taushetsplikt. De kan derfor ikke gi deg identifiserende opplysninger om andre, med mindre de får samtykke fra den det gjelder.

Dersom du forsker på egen arbeidsplass

Vi minner om at når du forsker på egen arbeidsplass må du være bevisst din dobbeltrolle som både forsker og ansatt. Ved rekruttering er det spesielt viktig at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltakelse ivaretas.

Se våre nettsider eller ta kontakt med oss dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Siri Tenden Myklebust

Kontaktperson: Siri Tenden Myklebust tlf: 55 58 22 68 / Siri.Myklebust@nsd.no