

Gjenklang

Et opplæringsprogram for helsepersonell
i bevisst og systematisk bruk av sang/musikk
i eldre og demensomsorgen.

"På hvilken måte kan Gjenklang bidra til at personalet anvender sang i intersubjektive møter med pasienter på to norske sykehjem?"

© Trine Lise Aasheim
2018
Gjenklang
Trine Lise Aasheim
Trykk: CopyCat

Gjenklang

*Et opplæringsprogram for helsepersonell
i bevisst og systematisk bruk av sang/musikk
i eldre og demensomsorgen.*



"Når vi synger disse gamle sangene, så husker jeg hvem jeg er"

Masteroppgave i Musikkterapi

Trine Lise Aasheim

Norges Musikkhøgskole

Høsten 2018

Sammendrag

Denne masteroppgaven utforsker Gjenklang, et opplæringsprogrammet tilrettelagt for personale i eldre- og demensomsorgen. Formålet med masterprosjektet har vært å se på Gjenklang, og på hvilken måte opplæringsprogrammet kan bidra til at personale anvender sang/musikk i intersubjektive møter med pasienter på sykehjem. Prosjektene som er bakgrunn for dette masterstudiet, ble gjennomført i sin helhet i 2015-2017. Ved hjelp av kvalitativ metode, gjennom intervjuer av et utvalg personale og ledere på to ulike sykehjem, og påfølgende analyse, har jeg funnet fram til denne studiens resultater. De viser at gjennom musikkterapeutisk tilnærming, som modell for læring, kan personalet oppdage musikkens terapeutiske virkning og muligheter. Med støtte av ”miljøverktøy” (cd-er + sangbøker) kan de handle; synge med pasientene, og derigjennom oppleve mestring. Forankring er et lederansvar, og alle nye tiltak er helt avhengig av ledere som tar ansvar, og legger til rette for at de blir satt i system. I pasientens hverdag er det en overhengende fare for å oppleve seg som et objekt. Her kan sang/musikk gjøre en forskjell; motvirke fragmentering, skape anerkjennelse og trygghet, og styrke opplevelsen av personverd.

Emneord: demensomsorg, musikkterapi, modellæring, konfluent pedagogikk, personsentrert omsorg, opplæringsprogram, intersubjektivitet, egen mestringsevne

Abstract

This master thesis analyses *Gjenklang*, a training program, and its use in helping staff in nursing homes learn and master the use of songs/music in intersubjective meetings with dementia patients. The projects, studied in the thesis, were completed from 2015 to 2017. The findings of this study are based on interviews with selected staff and managers at two nursing homes. Data collected has been analysed using qualitative methods. They show that using a music therapeutic approach as a model for learning, staff can themselves discover the therapeutic potential and effects of music. Using tools (songbook and CD's), that are developed and tailored such situations; staff can sing with patients, and thereby experience that they in a better way are able to master this situation. Ownership, implementation and integration of new adapted activities into existing healthcare systems, is a leadership responsibility. In everyday life, patients often feel they become objectivized. For dementia patients, a conscious use of music can counteract fragmentation, create a greater sense of security, increase their self-esteem and strengthen the experience of personhood.

Keywords: dementia care, music therapy, model learning, confluent pedagogy, person centered care, training programs, intersubjectivity, self-efficacy

Forord

Dette har vært en spennende reise.

Jeg har fått fordype meg i noe jeg brenner for, og det har gjort meg godt.

Det har vært krevende til tider å henge på i de hermeneutiske svingene, men jeg kom igjennom det, og fikk med meg et knippe gode funn på veien videre.

Å fordype seg i dette faget har vært et privilegium.

Jeg har mange ganger tenkt at jeg skulle ha visst litt mer da jeg begynte.

Det var litt vanskelig å forstå da at hele vitsen var å lære noe jeg ikke kunne fra før.

Og nå er jeg ferdig!

Takk Rita for din kyndige veiledning og for all inspirasjon som du har gitt meg på denne reisen. Du har bidratt til at turen ble en oppdagelsesferd i de faglige sfærer.

Takk for alle møtene på ditt kontor, hvor jeg gikk lettet og forfrisket ut etter intersubjektive møter med deg.

Du lever faget, og du er virkelig et forbilde for meg og for mange andre.

Takk også til informantene mine. Den informasjonen dere gav meg, har virkelig gjort dette arbeidet spennende.

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	2
1.1 Bakgrunnen for valg av tema	2
1.2. Problemstilling	2
1.3 Opplæringsprogrammet Gjenklang	3
1.4 Oppgavens formål, betydning og relevans	5
1.5 Presentasjon av feltet og begrepsrammeverk	7
1.5.1 Demens	7
1.5.2 Regjeringens planer for eldreomsorgen	8
1.5.3 Personsentrert omsorg	9
1.5.4 Miljøbehandling	10
1.5.5 Tverrfaglig samarbeid	10
1.6 Sang som ressurs i demensomsorgen	11
1.7 Litteratursøk og databaser	12
1.8 Hva er gjort av tilsvarende utviklingsarbeid	12
1.9 Oppbygging av oppgaven	13
2 Teori	14
2.1 Verdigrunnlag	14
2.2 Musikkterapi	14
2.2.1 Ressursorientert tilnærming	16
2.2.2 Intersubjektivitet	17
2.3 Aktuelle læringsteorier	18
2.3.1 Konfluent pedagogikk	18
2.3.2 Modellæring	20
2.3.3 Musikkterapeuten som modellveileder	21
3 Metode og analyse	23
3.1 Kvantitativ tilnærming	23
3.2 Hermeneutikk	24
3.3 Kvalitativt forskningsintervju	25
3.4 Selve intervjuet	27
3.5 Analyseprosessen	28

3.6 Validitet og reliabilitet	31
3.7 Ethiske og metodiske refleksjoner	32
4 Presentasjon av resultater	34
5 Drøfting av resultatene i lys av teori	43
5.1 Musikkterapeutisk tilnærming som modell for læring	43
5.2 Personalet oppdaget	46
5.3 Personalet handlet	47
5.4 Forankring	49
6 Avsluttende drøfting	52
6.1 ”Å lære er å oppdage”	52
6.2 Personsentrert opplæring	55
6.3 Kvalitetssikring	56
7 Avslutning og oppsummering	58
7.1 Tilbakeblikk og kritisk vurdering av eget arbeid	59
7.2 Prosjektets betydning for meg selv	60
7.3 Veien videre	61
Litteraturliste	62
Vedlegg	69

1 Innledning

Denne masteroppgaven settes søkelys på Gjenklang, et opplæringsprogram i bevisst og systematisk bruk av sang/musikk, tilrettelagt for helsepersonell i eldre- og demensomsorgen. Informantene til studien er helsepersonell på to sykehjem, i to ulike fylker i Norge. Begge sykehjemmene var, på det tidspunktet opplæringsprogrammet ble gjennomført, Utviklingssenter for sykehjem i de respektive fylkene. Av informantene til denne studien, arbeidet fire i pleien, og fire var ledere. Intervjuene fant sted høsten 2017, og skriveprosessen startet for alvor våren 2018.

I oppgaven presenteres resultatene fra analysen av det innsamlede datamaterialet, samt en redegjørelse for forskningsprosessen fram til presentasjonen av resultatene. Opplæringen, som ligger til grunn for datamaterialet, foregikk på de respektive sykehjemmene over en periode på seks måneder, med påfølgende oppfølging to ganger i semesteret de neste et og et halvt år. Alle de fire informantene som arbeider i pleien har gjennomført opplæringen, mens lederne var involvert på et administrativt plan.

1.1 Bakgrunnen for valg av tema

I flere år har jeg jobbet som musikkterapeut innenfor fagfeltet palliasjon, hvor lindrende behandling står sentralt. Etter å ha hatt oppdrag på flere sykehjem, og sett hvordan musikken og sangen påvirker pasientene og gir gjenklang i dem, ble det maktpåliggende å søke og bidra til at sang og musikk får en mer sentral plass innenfor dette feltet.

Musikkterapikollega Marianne Graff og undertegnede utviklet Gjenklang, inspirert av de erfaringene vi hadde fått og de mange flotte pasientene vi hadde møtt. Marianne hadde jobbet mange år på sykehjem, og jeg hadde bakgrunn fra Hospice Lovisenberg. I 2012 startet vi et treårig pilotprosjekt på et sykehjem samt et kortere prosjekt på et annet, begge i Oslo, parallelt med at vi utviklet Gjenklang. Høsten 2015 startet vi fem prosjekter i fire kommuner. Informantene til denne studien deltok i to av disse prosjektene.

1.2 Problemstilling

Tema for denne studien er opplæringsprogrammet Gjenklang. Problemstillingen har vært i endring etter hvert som arbeidet med masteroppgaven utviklet seg. Mange ulike forslag har vært vurdert, før jeg kom fram til at følgende spørsmål er mest i tråd med det jeg har tenkt og hatt som ideal for gjennomføring:

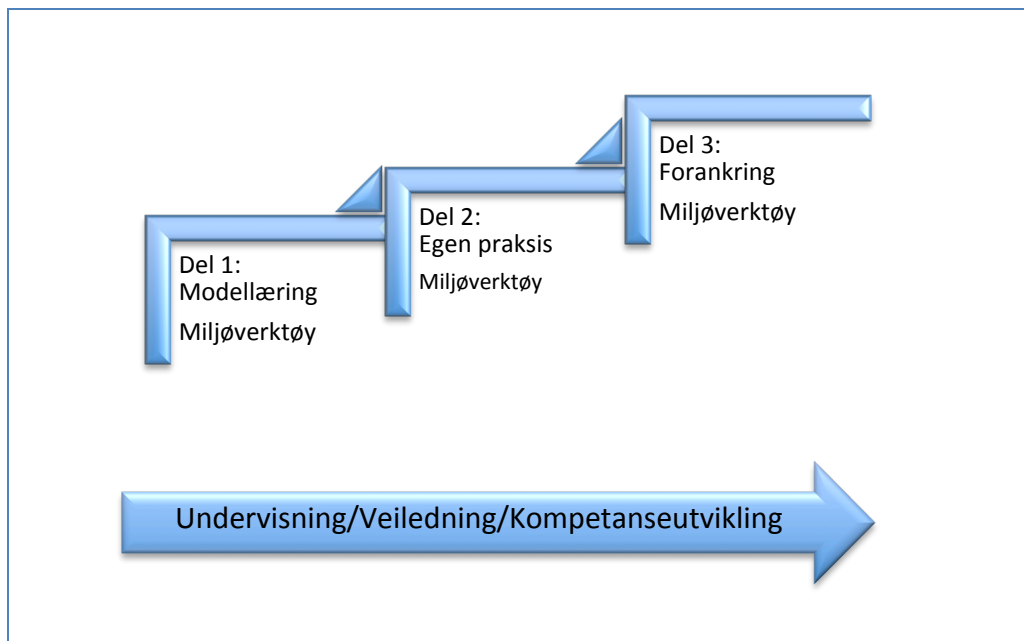
”På hvilken måte kan Gjenklang bidra til at personalet anvender sang i intersubjektive møter med pasienter på to norske sykehjem?

1.3 Opplæringsprogrammet Gjenklang

Mange av institusjonene vi besøkte hadde fått opplæring i bruk av individualisert musikk, gjennom det som het GERIA; *Oslo kommunes ressurscenter for demens og alderspsykiatri* (nå: Senter for fagutvikling og forskning).

Vi var opptatt av hvordan kunnskapen var blitt forankret inn i sykehjemmene. Mange av de vi var i kontakt med ble derfor spurt om de brukte sang og musikk systematisk, men de fleste mente stort sett at det var personavhengig om musikk ble brukt på avdelingen.

På denne bakgrunn satte vi i gang prosessen med å utvikle Gjenklang, med formål om å spre kunnskap om bevisst og systematisk bruk av sang/musikk, tilrettelagt for personale i demensomsorgen. Vi la vekt på at det skal være enkelt, og at alle kunne delta. Opplæringen foregår inne på avdelingen(e), og har følgende læringsmodell:



Vi laget en fremdriftsplan for prosjektene, og de ulike delene både i læringsmodellen og i fremdriftsplanen er beskrevet nedenfor:

1. mnd.	2. mnd.	3. mnd.	4. mnd.	5. mnd.	6. mnd.
Grupper x 4 v/MT* m/veiledning	Grupper x 1 m/veiledning v/MT*	Grupper x 1 m/veiledning v/MT*	Grupper x 1 m/veiledning v/MT*	Grupper x 1 m/veiledning v/MT*	Grupper x 1 m/veiledning v/MT*
	Grupper/ Egen praksis Miljøverktøy	Grupper/ Egen praksis Miljøverktøy	Grupper/ Egen praksis Miljøverktøy	Grupper/ Egen praksis Miljøverktøy	Grupper/ Egen praksis Miljøverktøy
Undervisning		Undervisning		Fagdag	
Informasjons- møte	Oppfølgings- møte	Oppfølgings- møte	Oppfølgings- møte	Oppfølgings- møte	Evaluerings- møte

*MT= Musikkterapeutene

Undervisning

Undervisningen finner sted tre ganger i opplæringsperioden, à 1,5 timer, og foregår inne på sykehjemmet. Tidspunktet legges til vaktskiftet mellom kl. 14.00 og 15.30, for at flest mulig av personalet skal få anledning til å være med.

Sanggrupper/egenpraksis og veiledning

Sanggrupper på avdelingen med pasienter. Musikkterapeutene har grupper på avdelingen en gang pr. uke de første fire ukene av opplæringen. Dette gjøres for å synliggjøre for personalet hvordan vi jobber, og for å tydeliggjøre viktige perspektiver i den musikkterapeutiske tilnærmingen. Egenpraksis for personalet er i del 2 av opplæringen. Personalet overtar og viderefører de samme gruppene gjennom resten av opplæringsperioden. De trener på å lede gruppene ved hjelp av miljøverktøyet; cd-er og sangbøker.

Veiledningen foregår etter hver gruppe i første del av opplæringen. Etter dette gis veiledning ved de planlagte besøkene en gang pr. mnd. de fem neste månedene av opplæringsperioden.

Miljøverktøy

Miljøverktøyet er foreløpig sangbok og to cd-er med 44 sanger, og julesangbok og cd med 19 sanger. Sangene er hentet fra pasientenes livsrepertoar, og tilrettelagt for at gjenkjennelsen skal bli størst mulig. Det er tatt hensyn til pasientgruppen angående: tempo, toneleie, tydelig uttale av sangtekstene, tema i sangene, enkel instrumentbruk og rekkefølge av sangene.

Vi kaller sangbøkene og cd-ene et miljøverktøy fordi det er et verktøy først og fremst til bruk i miljøet, men det kan også brukes individuelt, og det krever ingen musikalske forutsetninger. Personalet trenger heller ikke å synge, men kan mime om de synes det er vanskelig å synge,

særlig i starten. Musikkterapeutene anvender cd-ene i gruppene fra første dag, for å vise hvordan de kan brukes, og for å unngå å ”briljere” med eget instrumentbruk overfor personalet. Målet med dette er å styrke personalet mest mulig til å våge å gå ut av egen komfortsone, og til å være minst mulig opptatt av egne prestasjoner og ferdigheter.

Oppfølging

Etter at opplæringsperioden på seks måneder er gjennomført, har Musikkterapeutene oppfølging to ganger i semesteret i minimum to år. Musikkterapeutene bistår avdelingen/institusjonen i det videre forankringsarbeidet gjennom blant annet å gi veiledning og faglig påfyll. Dette gjøres for å kvalitetssikre forankringsarbeidet.

1.4 Oppgavens formål, betydning og relevans

Personlig

Formålet med studien har vært å få mer kunnskap, og se nærmere på om vi har utviklet et opplæringsprogram som har potensiale til å nå sin målsetning.

Jeg har analysert dataene med det formål å lære mer om hva som skal til for at de ansatte kan bli motivert og utrustet til å bruke sang/musikk når de er sammen med pasientene. Stemmen er en svært personlig og sårbar del av oss, så det kan være en lang vei å gå til å våge å gå ut av egen komfortsone. Jeg ønsker å forstå mer om hvordan jeg som fagperson kan bidra til å styrke personalet til å våge å bruke seg selv på nye måter, og bry seg mindre om hvordan stemmen deres er eller hva kollegaer tenker om dem.

Det var derfor viktig hvilke holdninger og verdier jeg bragte inn i dette arbeidet. Det var personalet som hadde kunnskapen for måloppnåelse, og jeg så på meg selv som en ”privilegert” lærling” hver gang de delte med meg av sine erfaringer, tanker, behov og ønsker.

Jeg ser på masterarbeidet som en del av et større utviklingsprosjekt for meg som musikkterapeut, og for opplæringsprogrammet Gjenklang. Ønsket mitt er å være i bevegelse, og aldri se på meg selv som ”ferdig utdannet”. Virksomheter som involverer seg i levende mennesker, innebærer alltid kontinuerlige læringsprosesser. Og den som alltid har mest å lære er den som mener å se at det er behov for endringer.

For faget musikkterapi

Jeg har håp om at oppgaven kan bidra til at flere musikkterapeuter vil ønske å virke innenfor palliasjonsfeltet generelt, og demensomsorgen spesielt. Dette er et spennende og meningsfylt felt for musikkterapeuter, fordi faget vårt kan gjøre en stor forskjell.

I masteroppgaven presenterer jeg meg som tilrettelegger for en kunnskapsutvikling innenfor demensomsorgen. Denne funksjonen vil kunne bli aktuell for mange musikkterapeuter i framtiden. Det er store mangler både i den teoretiske og i den praktiske kunnskapen om bruk av sang og musikk, og i dette arbeidet er musikkterapeuter uerstattelige.

Sang og musikk er noe alle pasienter skal kunne ha tilgang til, og det er vår oppgave som fagpersoner å finne veier fram til å kunne realisere denne retten. Det er min klare mening, etter å ha virket innenfor feltet i noen år, at musikkterapeuter har en svært viktig rolle i å kvalitetssikre feltet, på samme måte som sykepleiere har ansvaret for å kvalitetssikre pleien.

For samfunnet

Målene i *Demensplan 2020, Et demensvennlig samfunn*, er å tilrettelegge for at personer med demens kan leve verdifulle og gode liv med sykdommen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Samfunnet må tilrettelegge, på alle nivåer, for å nå disse målene. Personene med demens som medvirker i planen med sine synspunkter, legger vekt på at de har ressurser, og at de ønsker å være inkludert i samfunnet som likeverdige borgere. Jeg mener musikkterapi har mye å bidra med her, og at det har en uerstattelig kompetanse å bidra med innenfor demensomsorgen.

Det er viktig at det fokuseres på sang, og at musikk brukes i hverdagen på sykehjemmene. Men det må en kunnskapsutvikling til som sikrer at aktivitetene er basert på kunnskap om bruk av sang/musikk med denne aktuelle pasientgruppen, og de rette fagpersonene må kvalitetssikre kunnskapen. Musikkterapeuter er, så langt jeg forstår, de eneste i vårt samfunn som er utdannet til å sørge for denne kvalitetssikringen. De fleste institusjoner og kommuner er fremdeles uten musikkterapeuter, og mange ledere, leger, sykepleiere og helsearbeidere i demensomsorgen har lite kjennskap til hva musikkterapifaget besitter av både teoretisk og operativ kunnskap.

Jeg er overbevist om at musikkterapifaget kan gi viktige bidrag til at målene i demensplanene kan oppfylles. Musikkterapeuter bør, etter min mening, ha et faglig ansvar for bruk av sang og musikk i enhver helseinstitusjon, og ansvarlige politikere må gjøre vedtak som sikrer musikkterapeuter for demensomsorgen i framtida. Pasientene trenger oss, og

helsepersonell trenger mer kunnskap musikkens virkning, og om hvordan bruke musikk både bevisst og systematisk, slik at de kan bli i stand til å bruke musikk på en forsvarlig måte.

1.5 Presentasjon av feltet og begrepsrammeverk

Personer med demenssykdom er de senere år blitt inkludert i palliasjonsfeltet. Verdens helseorganisasjon definerer palliasjon slik:

“Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual”
(Helse- og omsorgsdepartementet, 2017:9)

Fokus innenfor palliativ omsorg skal være pasientens beste. Her skal både pasienter og deres pårørende bli møtt og forstått i forhold til sin situasjon, og nøkkelbegreper er livskvalitet og velvære (Rønsen og Jakobsen, 2016).

1.5.1 Demens

”Demens er en fellesbetegnelse på organiske forandringer i hjernen som medfører kognitiv svikt, atferds- og personlighetsendringer, svekket evne til å utføre dagliglivets funksjoner og til å ta vare på seg selv” (Brækhus & Lillesveen, 2005:9).

I Norge har omlag 80 000 personer en demenssykdom. Hvert år får minst ca. 10 000 nye personer denne diagnosen. Prosentandelen for hvem som rammes, øker proporsjonalt med høy alder. Det forventes økt levealder i Norge i årene som kommer, og andelen av befolkningen på over 80 år vil øke. Dette medfører at mennesker med demens i år 2040 sannsynligvis vil være det dobbelte av hva det er i dag (Engedal, 2003).

Kitwood (1997) beskriver demens både som en nevrologisk og sosialpsykologisk lidelse; nevrologisk i den forstand at en person med demens opplever tap av kognitive evner, og sosialpsykologisk i den forstand at demens forårsaker endringer i omgivelsene og i deres vanlige interaksjonsmønstre. Demens er en fellesbetegnelse på en rekke sykdomstilstander som kjennetegnes ved; ervervet kognitiv svikt, svikt av emosjonell kontroll og sviktende funksjonsevne i forhold til dagliglivets funksjoner (Engedal 2003). Rokstad (2012) beskriver demens som en ervervet og langvarig klinisk tilstand som ofte forverres over tid.

1.5.2 Regjeringens planer for eldeomsorgen

I *Demensplan 2020 Et mer demensvennlig samfunn*, skisseres regjeringens plan for omsorgsfeltet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Planen er utarbeidet i samarbeid med pasienter og pårørende, og tar utgangspunkt i deres formidling av hva som er viktig for dem. Tiltakene som skal prioriteres, skal bidra til nye løsninger for å sikre brukerne større innflytelse over egen hverdag, økt valgfrihet, og et tilstrekkelig mangfold av tilbud med god kvalitet.

Det er et uttrykt ønske fra regjeringens side at brukernes/pasientenes og de pårørendes behov skal settes i sentrum for utvikling og endring av helse- og omsorgstjenestene. Den omfatter prioriterte områder i regjeringsplattformen, samtidig som den følger opp Stortingets behandling av Meld. St. 29 (2012-2013) *Morgendagens omsorg* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

Meld. St. 15: *Leve hele livet, en kvalitetsreform for eldre*, ble offentliggjort den 4.mai 2018. Reformen består av 25 konkrete og utprøvde løsninger på områder hvor vi vet at det ofte svikter i tilbudet til eldre i dag (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018:10):

- Et aldersvennlig Norge
- Aktivitet og fellesskap
- Mat og måltider
- Helsehjelp (underpunkt: Miljøbehandling)
- Sammenheng i tjenestene

Reformen bygger på hva ansatte, eldre, pårørende, frivillige, forskere og ledere har sett fungerer i praksis, hva som løfter kvaliteten på tjenestene og bidrar til en trygg, verdig alderdom. Planen forutsetter personsentrert omsorg, tilrettelegging og fleksibilitet i forhold til tilbud, samt en vektlegging av en helhetlig tilnærming basert på tverrfaglig samarbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

I rapporten: *Flere år – flere muligheter, Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016), handler det blant annet om mestring og muligheter. Her fokuserer man på at framtidens eldre skal kunne bruke mulighetene de har for å delta og bidra. Innledningsvis skriver Erna Solberg følgende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016:6):

”Vi må jobbe for å endre holdninger som hindrer deltakelse. Denne strategien er et oppgjør med tanken om at eldrepolitikk bare er omsorgspolitik. Å skape et aldersvennlig samfunn handler om hva vi som samfunn kan gjøre for at hver enkelt skal kunne bruke sine ressurser”.

1.5.3 Personsentrert omsorg

Tom Kitwood er en engelsk teolog og sosialpsykolog, forsket på demensomsorg i 80- og 90-årene. Han la teoretisk grunnlag for personsentrert demensomsorg i praksis, og var den første som brukte begrepet ”personsentrert” i forbindelse med demensomsorgen. Personsentrert omsorg er en omsorgsfilosofi, som innebærer en psykososial tilnærming, og tar utgangspunkt i personen som har behov for hjelp (Kitwood, 1997). Kitwood ønsket å føre sammen ideer og arbeidsmetoder som legger vekt på; kommunikasjon, autentisk kontakt og relasjon (Brooker, 2013).

De nye praksisene, som Kitwood la et teoretisk grunnlag for, la vekt på at personer med demens har rett til et godt liv, har menneskerettigheter, kan dra fordel av psykologiske tilnærminger og at deres egne erfaringer må ha en mer sentral plass (Brooker, 2013). Kitwood (1997) mente at det å være en person innebærer å ha personverd. Han bruker det engelske ordet «personhood» definert som; ”den status eller verdi som tildeles et menneske av andre i mellommenneskelige forhold og sosiale relasjoner, og som innebærer gjenkjennelse, respekt og tillit” (Kitwood, 1997:8).

Personsentrert omsorg er et kjerneord i dagens planer og retningslinjer for god omsorg for mennesker med demenssykdom. For å oppleve personverd, er vi avhengig av andre som anerkjenner vår status som mennesker i en gjensidig relasjon (Ridder, 2016a; Brooker, 2013). Ingen personer lever isolert, men vi lever alle i sammenhenger der verdien vår som menneske blir bekreftet av de rundt oss. Dette er i særlig grad avgjørende for mennesker som rammes av demens (Ridder, 2016a). Det er viktig for dem å oppleve en reell respekt som menneske, og at de ikke har mistet noe av sin verdi selv om deres mulighet for rasjonelle refleksjoner og daglige aktiviteter er svekket på grunn av hjernesykdom (Kitwood, 1997).

De fire hovedelementene i personsentrert omsorg kommer til uttrykk i den såkalte VIPS-praksismodellen; en modell for å implementere personsentrert omsorg både i institusjoner og hjemmetjenester (Brooker, 2013:9):

V- Et verdigrunnlag som anerkjenner menneskets absolutte verdi, uavhengig av alder eller kognitiv funksjon.

I- En individuell tilnærming som vektlegger det unike hos hvert enkelt menneske.

P- Evnen til å forstå verden, sett fra personens perspektiv.

S- Etablering av støttende sosialt miljø som dekker personens psykologiske behov.

Mennesker med demensdiagnose vil oppleve en fremmedgjøring i forhold til omgivelsene, men også i forhold til seg selv. For å motvirke fremmedgjøringen, er sang og musikk viktige faktorer. Ruud kaller musikk for identitetens lydspor (Ruud, 1991; Kvamme, 2008; 2016). Sang kan gi et sterkt bidrag til å holde menneskers livshistorie levende, ved å gi mennesker tilgang på viktige minner fra livet de har levd (Ridder, 2014; Ruud, 2005; 2008).

Det er ikke sjeldent å oppleve at pasienter overrasker med å fortelle historier og dele minner fra livet sitt i forbindelse med sang. Ridder (2016d) peker på at enhver person er forskjellig fra alle andre, og derfor er den enkeltes livshistorie så viktig. Kitwood (1997) peker på at hver eneste person har blitt den vedkommende er, via en vei som er enestående for dette mennesket, og at hvert stadium på reisen har satt sine spor.

1.5.4 Miljøbehandling

Miljøbehandling omfatter det terapeutiske arbeidet som legges til rette for personer med demens i pasientens eget miljø. Spesielt av hensyn til den store graden av sårbarhet som disse pasientene har, er tilretteleggingen viktig for at pasientene skal få bruke sine ressurser (Myskja, 2006). Rokstad (2012:19) skriver følgende: ”Miljøbehandling for personer med demens har som mål å sette den enkelte i stand til å bruke sine ressurser maksimalt og bidra til å opprettholde selvstendighet så lenge som mulig”.

I følge Aldring og Helse (aldringoghelse.no, 2018) er målet med miljøbehandlingen å skape trivsel, livskvalitet og et positivt innhold i hverdagen. Dette kan bidra til å forebygge og redusere angst, uro og depressive symptomer, sette den enkelte i stand til å bruke sine ressurser maksimalt, og bidra til å opprettholde selvstendighet lengst mulig. Det understrekes at det er viktig at miljøbehandlingen tilpasses den enkeltes forutsetninger og baserer seg på en personsentrert tilnærming (aldringoghelse.no, 2018).

1.5.5 Tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid er avhengig av flerfaglighet, og avgjørende for helhetlig omsorg (Lauvås og Lauvås, 2004). De enkelte fagpersoners dyktighet blir her satt i en større sammenheng, hvor alle representerer hver sin del av helheten (Lauvås og Lauvås, 2004).

Tverrfaglig samarbeid stiller krav til samhandling, og er basert på verdier som utgjør kjernen i tverrfagligheten.

Tverrfaglige grupper stiller krav til fellesskap i verdier. Utgangspunktet er helhetlig tilnærmingen som ser mennesket som et hele, som noe mer enn enkeltdeler eller summen av delene (Lauvås og Lauvås, 2004). Helhetsperspektivet bygger på forutsetninger om ivaretagelse av grunnleggende menneskerettigheter hvor verdighet er et nøkkelord, hvor mennesket er subjekt og ikke objekt, og om å se mennesket i dets omgivelser, i relasjon til andre (Røkenes, 2006; Lauvås og Lauvås, 2004).

I musikkterapien betoner vi nødvendigheten av å samarbeide i team med andre faggrupper, og i følge Ruud (2008) handler det om å supplere og utfylle, og ikke om å erstatte.

Begrepet personsentrert omsorg henger nøye sammen med tverrfaglighet. Profesjonskrig er uakseptabelt, og ingen kan hevde at deres fag er noe viktigere enn andres. Alle delene er nødvendig for å ha noen som helst mulighet for å ivareta helheten (Lauvås og Lauvås, 2004).

1.6 Sang som ressurs i demensomsorgen

Alle som er født før 1960 her i landet hadde sang på skolen. Fjernsynet var ikke allemannseie, og det var stort sett kun en radiokanal alle hørte på. For elevene på skolen var sang et eget fag, og det ble lagt stor vekt på å lære sanger og salmer utenat. Alle eldre som er oppvokst i Norge har derfor hovedsakelig en felles kulturarv angående sang. Kun noen få ulike sangbøker ble brukt, og innholdet i all hovedsak det samme.

Før fjernsynet kom, var hjemmene en viktig kulturbærer. Folkesangene sto høyt i kurs, og det var ikke bare musikalske hjem som bidro til å holde denne kulturen i hevd. Det ble sunget på offentlige arrangement, på skolen og i hjemmene. Denne sangkulturen er etter hvert blitt mer eller mindre borte, men rester av den finnes fremdeles i ulike sammenhenger.

Mange av sangene som de eldre vokste opp med er sanger som ikke personalet kjenner. For at sangene skal få den respekten de fortjener, og ikke bli misbrukt, er det viktig at personalet forstår hvordan sangene skal brukes. Sangene egner seg godt i forhold til erindringsarbeid, noe som er svært viktig for denne pasientgruppen. Hanne Mette Ridder snakker om nostalgi som en ressurs (Ridder, 2016b). Hun sier at ny forskning i nostalgi har konkludert med at den ofte bringer en opplevelse av mening og samvær. ”Mennesker der

svømmer hen i nostalgiske tanker, viser seg faktisk i stand til å se mer positivt og optimistisk på livet” (Ridder, 2016:66).

Sangene er en ressurs for å få fram nostalgien. Tekstene er fulle av historier om hvordan mennesker levde før, om steder og hverdagliv, om dyr og natur, og om relasjon mellom mennesker. Ridder (2016:66) sier at; ”På en måte så styrker nostalgien en opplevelse af kontinuitet i livet, og bidrager til at se det verdifulde og meningsfulde i tilværelsen”. På denne måten kan sang og musikk bidra til gode følelsesopplevelser hos et menneske, slik at det også kan en opplevelse av å bli fysisk varm (Ridder, 2016). Dette er en ressurs som hentes hos personen selv, en indre ressurs som personen har.

Bjørkvold (2014) sier at rytmer i kropp, pust, stemme, følelse, undring og tanke er ett og det samme. Han framhever at barn synger, ikke for å treffe tersen, men for å treffe livet. Dette er viktige perspektiver også i omsorgen for personer med demens. Sang representerer en unik og verdifull ressurs, den er det første vi møter og ofte det siste vi mister (Bjørkvold, 2014).

1.7 Litteratursøk og databaser

Følgende databaser ble benyttet i litteratursøk: Oria, Rilm, Medline, Google Scholar, Cochrane reviews, Nordic journal of music therapy, NMHBrage. American journal of music therapy,

Søkeord ble: demensomsorg/dementia care, musikkterapi/music therapy, modellering/model learning, konfluent pedagogikk/confluentpedagogy opplæringsprogram/training programs, livskvalitet/quality of life, intersubjektivitet/intersubjectivity, mestringsevne/self-efficacy.

1.8 Hva er gjort av tilsvarende utviklingsarbeid

Det er gjort mye forskning på musikk og demens. Jeg vil gjøre rede for et utvalg av tilsvarende utviklingsarbeid. De fleste er i funksjon pr dags dato.

Som nevnt ovenfor gjennomførte *GERIA, ressurs-senter for alderspsykiatri i Oslo kommune*, (nå: Senter for fagutvikling og forskning), en opplæring av personale på flere sykehjem i OSLO i ”individualisert musikk” (Lyngroth, Kvamme og Skogen, 2006).

På Høgskulen i Volda gjennomførte de i 2011-2012 et pilotprosjekt som de kalte: ”Musikk i demensomsorga”. Målet med prosjektet var å utvikle en modell for å kvalifisere

personalet i demensomsorgen til å bruke tilrettelagt musikk i hverdagen. Med dette prosjektet ønsket de å bidra til at musikk ble brukt målrettet i demensomsorgen (Egset og Salhus, 2014).

Musikkbasert miljøbehandling er et opplæringsprogram i regi av HINT (Høyskolen i Nord-Trøndelag), Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, og Bergen Røde Kors sykehjem. Opplæringsprogrammet er tilrettelagt for helsepersonell på ulike nivåer, og det ble etablert i 2016, med Audun Myskja som faglig ansvarlig (Musikkbasert miljøbehandling, 2017).

Myskja har vært opptatt av bruk av sang og musikk i demensomsorgen i en årrekke, og har vært en av banebryterne på dette feltet i Norge. Han skrev doktoravhandlingen: *Integrated music in nursing homes – an approach to dementia care* (2012).

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse har gjennom en årrekke styrket demensomsorgen i Norge blant annet gjennom sine kurs kalt *Demensomsorgens ABC*. De bygger opp og sprer kompetanse blant annet innen fagområdet demens. Tjenesten retter seg mot både primær- og spesialisthelsetjenesten, helsepersonell, pasienter og pårørende. De driver omfattende utviklings- og forskningsvirksomhet for å øke kunnskapen på sine felt. Demensomsorgens ABC er en serie enkeltkurs. Hvert kurs omhandler et tema for fordypning. Miljøbehandling og Musikkbasert miljøbehandling er to kurs i denne serien (Nasjonalt kompetansetjeneste for aldring og helse, 2018).

Krafttak for sang (KFS) ble opprettet for å styrke den levende og brede sangkulturen, og har sitt utspring i Syng for livet-bevegelsen fra slutten av 90-tallet. KFS fikk statsstøtte i 2014, og fra 2015 besto oppdraget å styrke sangen i eldreomsorgen gjennom programmet Syngende eldreinstitusjoner. KFS er en samhandlingsplattform med flere ulike institusjoner og organisasjoner, som har status som partnere. Visjonen er et syngende samfunn der alle mennesker får del i sangen som kilde til glede, kreativitet, identitet, helse og egenutvikling. De jobber for at alle mennesker skal få et inkluderende sangtilbud uavhengig av funksjonsnivå, alder, bosted og etnisitet (Krafttak for Sang, 2018).

1.9 Oppbygging av oppgaven

Oppgaven er delt inn i sju kapitler. De første to kapitlene omhandler bakgrunn og teoretisk utgangspunkt for prosjektet. Kapittel tre omhandler metode for innsamling og analyse av data. Kapitlene fire til sju omhandler presentasjon og drøfting av funn i lys av aktuell teori og begrepsrammeverk, samt vurdering av eget arbeid.

2 Teori

I dette kapitlet vil jeg presentere de ulike perspektivene som danner det teoretiske grunnlaget for masteroppgaven. Når jeg som musikkterapeut går i gang med å utvikle et opplæringsprogram for helsepersonell, er det naturlig for meg først og fremst å øse av kilder som musikkterapifaget selv besitter. Jeg vil i tillegg også fordype meg i aktuelle pedagogiske læringsteorier som jeg har funnet relevant for oppgavens problemstilling.

2.1. Verdigrunnlag

Som musikkterapeut og forsker støtter jeg meg til det humanistiske perspektivet på musikkterapi (Ruud, 2008). Her vektlegges omsorgen for det individuelle, relasjonens betydning og evnen til se den andres perspektiv. Man argumenterer for et flerdimensjonalt menneskesyn hvor mennesket blir forstått som en organisme, en person og et samfunnsvesen (Ruud, 2008).

I denne tradisjon er helhetlig tilnærming en selvfølge (Ruud 2008, Rolvsjord 2008). Mennesket består av både kropp, sjel og ånd, noe som igjen betyr at både fysiske, sosiale, eksistensielle og åndelige dimensjoner av et menneskeliv må tas på største alvor for å oppfylle denne standarden (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Ruud (2008) fremhever at det humanistiske perspektivet ser mennesket ”bak” sykdom eller funksjonsnedsettelse, verdsetter dets potensialer og iboende muligheter, ser på mennesket som et subjekt i relasjon til andre, og at mennesket må forstås både ut ifra sin historie, kontekst, kultur og sosiale sammenheng.

2.2 Musikkterapi

Kvamme og Stige (2016) sier at målsettingen for musikkterapi er først og fremst knyttet til helse og livskvalitet, og at brukernes engasjement og musikkopplevelse er forutsetningen for at disse målene kan nås.

I det humanistiske perspektivet som norsk musikkterapi bygger på er enkeltmennesket et subjekt, og ikke et objekt, og relasjoner står sentralt (Ruud, 2008). Ved at mennesker ikke behandles med musikk, men møtes av en musikkterapeut i en felles opplevelse; en relasjon hvor både musikken, personene og situasjonen som skapes, danner grunnlag for en gjensidig relasjonen (Ruud, 2008).

Det finnes mange definisjoner på musikkterapi. Denne studien bygger på Ruuds

velkjente definisjon: ”Musikkterapi er bruk av musikk til å gi mennesker nye handlemuligheter” (Ruud, 1990:24). Definisjonen er preget av en humanistisk grunnforståelse, der begrepet handlemuligheter er forankret i humanistiske verdier som ofte knyttes opp mot individets muligheter for selvbestemmelse og selvaktualisering (Rolvjord, 2017).

I den humanistiske musikkterapi-tradisjonen har musikkterapifaget lange og sterke historiske røtter. Even Ruud (2008,) sier blant annet følgende for å forklare dette perspektivet:

”Ved å dyrke fram et humanistisk perspektiv på musikkterapien, ønsker vi å skape en motvekt til terapi og behandling som reduserer mennesket til objekt, noe vi kan møte innenfor en ensidig biomedisinsk terapi, eller innenfor en reduksjonistisk psykologi hvor mennesket er styrt av omverdenen eller av nevrofysiologiske prosesser ”(Ruud, 2008:7).

Kvamme stiller følgende spørsmål: Er tilbud om musikk en livsnødvendighet for demensrammede? Hun mener ja, og begrunner det med følgende;

”fordi demenssykdom sperrer så mange kanaler for kommunikasjon, kontakt og meningsfull tilværelse. Musikk når ofte frem via kanaler som ikke er skadet og kan gi tilgang til følelser, være en hjelp til å uttrykke seg, vekke hukommelse om viktige minner og styrke identitet. Dessuten kan musikk gi opplevelser av mestring og tilhørighet” (Kvamme, 2008:495).

Clements-Cortés (2004:255), en canadisk musikkterapeut, sier at musikk er en kraftig katalysator som kan fremkalle minner, påvirke stemninger, og stimulere sansene. Gjennom bruk av musikk, etablerer musikkterapeuten et trygt, støttende miljø som hjelper klienten til å uttrykke seg selv.

Ruud framhever at subjektive opplevelser er viktige, og at en utvidelse av klientens ressurser er en viktig grunnholdning (Ruud, 2008; Rolvsjord, 2008)). Ruud sier videre at vi må motvirke at mennesker blir behandlet som objekter, ved å gi verdi til subjektivitet og handling. Dette gjør vi best, i følge Ruud, ved å møte mennesker med tillit, omsorg, tid og kjærlighet, og gjennom å bygge relasjoner og skape håp (Ruud, 2008:8). Det betyr at mennesker møtes med empati og forventninger om gjensidighet, noe som er en forutsetning for en relasjon (Ruud, 2008).

Et hovedbegrep innenfor musikkterapi er *inntoning* (kvamme og Stige, 2016). Dette er svært aktuelt innenfor demensomsorgen. Det å tone seg inn på pasientens emosjonelle

tilstand, og tilpasse musikken etter hva som er behovet. Det er ikke alltid så lett når ikke pasienten selv kan gi uttrykk for hva han/hun trenger, og det kan være fort å trå feil. Da er musikkterapeutens tilstedeværelse avgjørende. Yalom (2009) sier at en terapeut må utvikle evnen til å lytte her-og-nå, og han sier at hver gang han har dette fokuset, så blir terapitimen levende. I musikkterapi med demenspasienter er her-og-nå perspektivet svært viktig. Det er øyeblikkene som gjelder, de gyldne øyeblikkene, hvor noe skjer mellom oss. Når vi opplever et gjensidig og likeverdig intersubjektivt møte gjennom musikken, opplever vi det Trondalen (2004) kaller for et signifikant øyeblikk.

2.2.1 Ressursorientert tilnærming

Det er en grunnholdning innenfor musikkterapifaget å ha fokus på menneskers ressurser, og forståelse for at disse også kan utvides (Ruud, 2008; Rolvsjord, 2008). Jeg er av den oppfatning at det er en grunnleggende menneskerettighet for alle å bruke de ressursene vi har. Mennesker som har demenssykdom mister evnen til å hente fram ressursene sine ved egen hjelp. Det er derfor særs viktig å ha en ressursorientert tilnærming innenfor dette feltet, og å betone ressurser og pasientens sterke sider (Rolvsjord, 2008).

Å bruke sine sterke sider er viktig, og de positive følelsesopplevelser som musikalsk aktivitet fremkaller; glede, tilfredshet og interesse, er viktige i forhold til opplevd helse og velvære, noe som til sammen kan kalles for livskvalitet (Rolvsjord, 2008).

Sang som ressurs er en livsnødvendige for en hel generasjon av eldre mennesker i Norge, fordi det handler om deres livshistorie, deres kultur og oppvekst, og deres mulighet for mestring gjennom gjenkjennelse. Dette er kanskje den eneste måten de kan dele noe fra sitt liv med omgivelsene, og ha en reell opplevelse av seg selv som et subjekt, og som har noe å bidra med i samhandlingen med andre (Ridder, 2016b; 2016d; Ruud, 2008; 1990).

Sanger som de eldre sang på skolen er en enorm ressurs i demensomsorgen. De kan gi mennesket en hjelp til å finne ord, og de kan gi følelser et uttrykk. En pasient sa det så sterkt en gang i forbindelse med sang i ei musikkterapigruppe: ”Det er lettere å synge det enn å si det”. Musikk som skaper gjenkjennelse kan hjelpe personen til å fokusere på det som skjer her og nå (Ridder, 2016). Jeg vil fortelle en historie om Gunnar:

Vi hadde musikkterapi, og i gruppa satt Gunnar. Dette var første gangen jeg traff ham. Straks vi begynte å synge, så hørtes hans stemme over de andres. Han sang mens øynene glitret, og han kunne alle sangene. Jeg oppdaget ikke demenssykdommen hans, det jeg så var en mann med rak rygg, som strålte. Det var fantastisk å oppleve hvordan han deltok i sangen, og det

var tydelig at han trivdes og hadde ei fin stund. Etter gruppa snakket jeg med en pleier som arbeidet på hans avdeling, men som ikke hadde deltatt på gruppa. Da jeg fortalte om Gunnar, og om hvordan han fungerte i gruppa, ble hun forskrekket, og sa: ”Jeg vet faktisk ikke om jeg har hørt at Gunnar snakke. Han sier aldri noe”. Vi opplevde noe unikt i gruppa, vi så en mann som blomstret, og som øste ut av sine indre ressurser.

Å oppleve hva musikken kan gjøre med pasienter når den åpner dører inn til noe levende inni dem, er utrolig. Sangene fra deres livsrepertoar har en uvurderlig betydning for opplevelsen av å være seg selv; et levende menneske med personverd. En demenspasient uttrykte det så tydelig på denne måten: ”Når vi synger disse gamle sangene, så husker jeg hvem jeg er”.

2.2.2 Intersubjektivitet

Den tyske filosofen Martin Buber (1992) beskrev allerede i 1920-årene behovet for at leger må ha en personsentrert tilnærming i sitt møte med pasientene. Han la vekt på behovet for en ”jeg-du”-relasjon i motsetning til en ”jeg-det”-relasjon, karakterisert ved spontanitet, gjensidighet, anerkjennelse og aksept av det unike i hvert enkelt menneske (Buber, 1992). Som en konsekvens av denne tenkningen anbefalte han en endring av datidens medisinske praksis, fra fokus på sykdomstilstanden til at pasientene først og fremst skulle oppleve å bli møtt som mennesker.

Buber var forut for sin tid, og nyere relasjonsforskning bygger blant annet på hans teorier. For å motvirke objektivisering av mennesker som er avhengig av omsorgstjenestene, er disse perspektivene svært avgjørende. For å kunne være i stand til å se mennesket bak sykdommen, bidra til at personen blir styrket, opplever trygghet, og får den verdigheten hun/han skal ha (Brooker, 2013; Ruud, 2008; Kitwood, 1997).

I oppgaven settes fokus på personalet, på hvordan de kan lære å bruke sang i sin kommunikasjon og samhandling med pasientene. Målet er at de skal lære å anvende sang og musikk i møtene med pasientene, og hente fram de dyrebare ressursene som pasienten selv har (Ruud, 1990; Rolvjord, 2008).

Sang og musikk er gode relasjonsutviklingsverktøy. Sett i et intersubjektivt perspektiv er sangen/musikken noe som skjer *mellom oss*, noe vi *deler*, og dette skaper en gjensidighet, noe som gir en mulighet for en opplevelse av å bli bekreftet som et subjekt for alle involverte i dette ”møtet” (Hansen, 1991; Stern, 2003; 2004; Trondalen, 2008; Johns, 2008).

Relasjonen står svært sentralt i en musikkterapeutiske kontekst, blant annet snakker Bruscia (1998/2014), i sin definisjon av musikkterapi, om vektlegging av relasjonen mellom

terapeut og klient som en vei å gå for å fremme klientens helse: ”Music therapy is a systematic process of interventions where the therapist helps the client to achieve health, using musical experiences and the relationships that develop through them as dynamic forces of change” (Bruscia, 2014:36).

For eldre mennesker med demens er sangen spesielt viktig, fordi de hadde sang som et eget fag på skolen, og de måtte som regel lære sangene utenat. Dette har gitt dem dyrebare ressurser som ikke blir borte, på tross av demens. Ridder (2008; 2016b) beskriver hvordan musikken, gjennom å stimulere disse ressursene, kan frembringe gjennomgripende minner hos personer med demens.

Når vi begynner å glemme deler av vår livshistorie, kan tap av essensen i egen identitet stå i fare. Even Ruud (2013) sier at demenssykdom kan føre til at de som blir rammet kan bli ”identitetsløse”. Sang og musikk vil kunne bringe tilbake minner som kan forsterke følelsen av sammenheng, slik at opplevelsen av egen identitet styrkes, og at livshistorien deres holdes levende (Ruud, 2013).

Deltakelse, mestring, ressurser og relasjoner hører sammen. Dette gjelder både for pasienter og pleiere. I masteroppgaven er jeg opptatt av at både pasienter og pleiere skal være deltakere, at de skal oppleve mestring gjennom å bruke sine ressurser, og oppleve intersubjektive møter med hverandre i hverdagen.

2.3 Aktuelle læringsteorier

Denne studien omhandler et pedagogisk opplæringsprogram, og jeg har derfor søkt etter relevante læringsteorier. Søkene gav mange funn, men jeg har valgt ut to teorier som jeg mener er de mest relevante i forhold til tema, og også av hensyn til oppgavens begrensning.

2.3.1 Konfluent pedagogikk

Nils Magnar Grendstad innførte konfluent læringsstrategi til Norge fra USA på 1970-tallet. I hans bok; ”*Å lære er å oppdage*” (2016), gir han en innføring i denne pedagogikken.

Konfluent betyr sammenflytende, eller noe friere oversatt; å bringe sammen til en helhet, av latin con = sammen og fluere = flyte (Store norske leksikon). Konfluent pedagogikk står for en arbeidsmetode hvor alle prosesser i undervisning, læring og veiledning skal flyte sammen mot samme mål.

Grendstad (2016) sier at dette i første rekke gjelder de intellektuelle, de emosjonelle og de psykomotoriske aspekter. Skal disse prosessene samlet flyte mot samme mål, må jeg

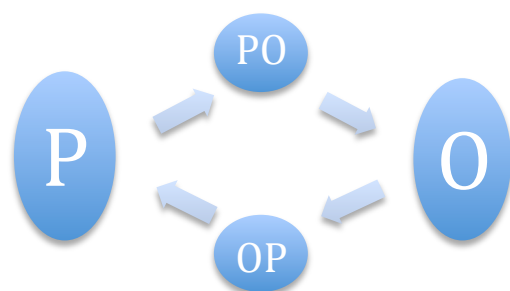
lære dem å kjenne. Kjennskap til disse prosessene er en forutsetning for å kunne lede prosessene slik at de virkelig virker sammen. De konfluente metodenes styrke er de muligheter de gir til å forene tanker, følelser og ytre adferd i læringen (Grenstad, 2016).

Grenstad (2016:17/133) beskriver konfluent læringsmetode slik: ”Å oppdage er å legge merke til noe, bli klar over noe, se noe, bli oppmerksom på noe”. Han sier at å oppdage vil egentlig si å legge merke til noe som har vært der hele tiden, men at jeg bare ikke har sett det før. For å gjøre oppdagelser, må man være aktiv, og man må vende oppmerksomheten i retninger det kan være noe å oppdage. Han sier videre at en læringsprosess er mangeartet; ”Ofte kan det å oppdage sidestilles med begrepene fatte, begripe eller forstå, jeg kan reflektere, analysere, se, høre, føle, kjenne etter, undre meg og bruke fantasien” (Grenstad, 2016:133).

Arbeidsmetodene innenfor denne pedagogikken er ofte eksperimenterende og kreative. Det faglige stoffet skal helst presenteres slik at den som er i opplæring kjenner seg utfordret og derigjennom motiveres til selv å arbeide for å finne svar (Grenstad, 2016). Å oppdage noe nytt vil kreve at man trener sin oppmerksomhet, og man må muligens gå ut av egen komfortsone og de vanemessige måtene vi ser oss selv og andre på, for å oppnå dette (Grenstad, 2016). Å oppdage er en subjektiv prosess. Jeg som kursholder kan peke på ting, og gjøre personalet oppmerksom på forhold jeg mener er viktige for dem, men jeg kan ikke oppdage det for dem. Det er det bare dem selv som kan gjøre (Grenstad, 2016).

Det er mulig flertallet av personell, som har sitt daglige arbeid innenfor demensomsorgen, vet at sang og musikk er et virkemiddel til å få fram vitalitet hos de fleste pasientene. Eksperimentet i Gjenklang er å gjøre noe på en måte som kan få personalet til å oppdage noe nytt, og eventuelt også få bekreftet eller avkreftet eventuelle subjektive antakelser. Eksperiment betyr at man iscenesetter en utprøving av alternative innfallsvinkler, tanker, løsninger og fremgangsmåter. Grenstad (2016) poengterer at denne utprøvingen erfaringsmessig ofte ender opp med ny og utvidet forståelse og innsikt for begge parter, både for den som gir og for den som får opplæring.

Grenstad trekker fram fire forskjellige relasjoner vi kan ha til et objekt. Denne tankegangen henter han fra Arthur M. Young, som i sin bok *The Geometry of meaning*, omtaler det han kaller fire kategorier av kunnskap (categories og knowledge), som han illustrerer i en arbeidsmodell (i Grenstad, 2016:42):



P: Den som iakttar

O: Det objektet som iakttas

PO: De verdier, egenskaper og karakteristika P projiserer over på O

OP: Data fra O som går gjennom elevens egne sanser

Grendstad sier dette om iakttakeren og personen som iakttas:

”Iakttakerens umiddelbare emosjonelle tilstand og motivasjon virker også inn, sammen med den rolle han oppfatter at han har i forhold til den personen han møter. Alt dette betyr at samme person kan gjøre vidt forskjellige inntrykk på ulike iakttakere. For å vite hva slags inntrykk personen vil gjøre, må vi ikke bare kjenne personen, men også den som kommer til å iakttas ham, og de sosiale relasjonene mellom disse to” (Grendstad, 2016:47).

I kapittel 6 har jeg tilpasset denne arbeidsmodellen til opplæringsprogrammet Gjenklang¹, og vil bruke modellen i drøftingen for å se på de ulike aspektene som personalet kan støte på i sitt møte med Gjenklang.

2.3.2 Modellering

Modellering anses å gi muligheter for læring gjennom imitasjon hvor målet ikke er kopiering, men frigjøring av egne ferdigheter. Løsningen er at når kandidaten har et godt grunnlag i, og forståelse for sin supervisors arbeid, kan de bruke det som en trygg base (”a safe home base”) som utgangspunkt for utforsking (Bandura, 1997).

Albert Bandura er en kanadisk psykolog og professor, som har vært med å etablere sosial-kognitiv teori. Ifølge Bandura (1997) etableres personligheten i stor grad gjennom modellering, eller observasjonslæring. Bandura hevdet at atferd kan læres gjennom observasjon, et fenomen som er blitt kjent som sosial læring. Han fremhever betydningen av rollemodeller, som vi kan lære av og ha som forbilder (Bandura, 1997).

¹ Se kapittel 6.1 i oppgaven: Å lære er å oppdage

² Se vedlegg 2 og 3

I følge Bandura handler modellæring i korte trekk om å rette sin oppmerksomhet mot det en skal lære, huske det for senere å kunne utføre det som observeres, gjennomføre oppgaven opptil flere ganger til en lærer rett utførelse, og motivasjon som en nødvendig forutsetning for gjennomføring (Bandura, 1997). Man kan med andre ord vite hvordan man skal gjøre noe etter å ha observert andres utførelse, men vil ikke nødvendigvis gjøre det selv uten en form for motivasjon.

Et sentralt begrep hos Bandura er «self-efficacy» (Bandura, 1997), definert som: ”Humans beliefs in their capabilities to produce desired effects by their actions” (Bandura, 1997:3). Direkte oversatt betyr det: ”Egen mestringsevne”. I følge Bandura er *mestringstro*, eller en persons tro på egen mestringsevne, av avgjørende betydningen.

Det å ha tro på egne evner, er et viktig utgangspunkt for læring. Det er derfor viktig hvordan den som underviser, eller hvordan rollemodellen er, og hvilke holdninger og verdier vedkommende formidler (Bandura, 1997; Bandura og Locke, 2003). Bandura mente at det finnes fire store kilder til å oppnå mestringstro og det er følgende: 1. Mestringserfaringer, 2. Sosial overbevisning, 3. Andres erfaringer og 4. Hva personen tenker om egne evner, og hvordan fysiske og følelsesmessige reaksjoner i forbindelse med dette blir oppfattet og tolket av omgivelsene (Bandura 1997).

2.3.3 Musikkterapeuten som modellveileder

Frisk (2008) skriver at hun som modellveileder er opptatt av at hjelpesøker (den som skal veiledes) skal bli bevisst egne muligheter. Som nevnt ovenfor, er ideen om modellæring nettopp det å inspirere og dele kunnskap og erfaringer. Det samme prinsippet gjelder for modellveiledningen. Frisk (2008) framhever at det er viktig å få den eller de som skal veiledes til å forstå at det er omgivelsene som skal endre seg, og ikke klienten. Overført til demensomsorgen, så er det miljøet og omgivelsene på avdelingen/sykehjemmet som må endres for at pasienten skal få optimale forhold for å kunne leve et verdig liv hvor han/hun kan bruke sine ressurser, på tross av demenssykdommen.

Frisk (2008) skriver at styrken i modellveiledning ligger i opplevelsesaspektet, og at sang og musikk derfor må oppleves. Den som veiledes kan gjennom observasjon få ideer, inspirasjon og forhåpentlig økt samhandlingskompetanse ved å observere musikkterapeuten i møte med de iboende forutsetninger som kommer til syne hos pasienten (Frisk, 2008:303).

Veileders oppgave vil i vesentlig grad være å opptre som en tilrettelegger og katalysator for en bevisstgjørings- og mulighetsprosess som kan inspirere personalet i forhold

til å oppnå en bedre samhandling med pasienten (Frisk, 2008). Ideen om modellveiledning er; å inspirere, og dele kunnskap og erfaringer. Bevisstgjøringsarbeidet begynner med å stille enkle åpne spørsmål. Sentrale spørsmål kan, ifølge Frisk (2008) være: ”Hva har du sett? Hva har du hørt? Hva kan du videreføre i ditt arbeid med pasienten?” Hun sier videre at; ”Bevisstgjøringen er et sentralt prinsipp for endring og utvikling” (Frisk, 2008:305)

I Gjenklang foregår veiledningen på pasientenes arena. Modellveiledningen kan således spille en avgjørende rolle for å belyse pasientenes ressurser, slik jeg beskrev i eksemplet ovenfor. I personsentrert omsorg sees atferdsproblemer først og fremst som forsøk på kommunikasjon fra den syke (Brooker, 2013). Pasienten kan ha stor uro og rastløshet, som lett mistolket og behandlet med medisiner i stedet for å lete etter hva det er som er den bakenforliggende årsaken (Brooker, 2013). Derfor er nevnte bevisstgjøringsarbeid svært viktig innenfor dette feltet.

3 Metode og analyse

Denne studien søker som kjent å svare på følgende problemstilling:

På hvilken måte kan Gjenklang bidra til at personalet anvender sang i intersubjektive møter med pasienter på to norske sykehjem?

Med dette som utgangspunkt ønsker jeg å gjøre rede for den vitenskapelige tradisjon som denne studien tilhører, valg av forskningsdesign og forskningsmetode. Videre redegjøre for forskningsprosessen, valg av analysemetode, og prosessen fram til denne undersøkelsens resultater. Derneft vil jeg reflektere over de etiske aspektene ved forskningen, og over studiens reliabilitet og validitet.

3.1 Kvalitativ tilnærming

Kvalitativ metode finnes som oftest innenfor humaniora og samfunnsvitenskapelig forskning. Målet ved å benytte en kvalitativ metode er å utforske meningsinnholdet i ulike sosiale fenomener, slik det oppleves for informantene som skal forskes på (Malterud, 2017).

Thornquist (2012) skriver at dersom man velger en kvalitativ metode, er man i hovedsak ute etter å få en dybdeforståelse ved få enheter. Grunnlagsprinsippene i denne typen forskning er en systematisk og reflektiv kunnskapsutvikling, der prosessen skal være tilgjengelig for både innsyn og utfordring. Resultatene deles med sikte på overførbarhet utover den lokale kontekst der studien er gjennomført (Malterud, 2017).

I følge Thornquist (2012) har vitenskapelig virksomhet primært som mål å utvide vår erkjennelse, og en hovedregel for vitenskapelig virksomhet er å benytte metoder som er adekvate for problemstillingen. Hun peker på at dybde og innsikt i informantens fortellinger er viktigere enn bredde og oversikt over temaet. Dette samsvarer med kvalitativ tankegang, hvor målet er å komme frem til dybdekunnskap, og helhetlig forståelse av få temaer (Thornquist, 2012).

Jeg har funnet det hensiktsmessig å velge kvalitativ metode, fordi jeg har ønske om en dybdeforståelse om temaet. Malterud (2017:30) sier at; ”kvalitative metoder er forskningsstrategier for beskrivelse, analyse og fortolkning av karaktertrekk og egenskaper ved de fenomenene som skal studeres. Materialet består av tekst som kan stamme fra samtaler eller observasjoner”. De kvalitative metodene står i motsetning til de kvantitative; som bygger sin kunnskap på numeriske data og søker å gi forklaringer framfor dybdeforståelse, og her det er ønskelig å få et bredt omfang av informanter, fordi resultatene

skal være målbare. (Malterud 2017).

I mitt prosjekt står forståelse og utforsking av menneskelig subjektivitet og samhandling i fokus. Malterud (2017:36) sier at subjektivitet er et stikkord for denne typen kunnskap. Den teoretiske referanserammen gir støtte for tolkningen og bidrar til å sette funnene i en større sammenheng, forskeren er aktiv deltaker av kunnskapsutviklingen, som snarere handler om å stille nye spørsmål enn om universelle sannheter, eller gamle svar (Malterud, 2017). ”Gjennom tekst og dialog skapes mening, definisjoner og forståelse, og prosessen skal være transparent og tilgjengelig for både innsyn og utfordring, og resultatene skal deles med andre, med sikte på overførbarhet til den lokale konteksten hvor studien er gjennomført” (Malterud, 2017:36).

3.2 Hermeneutikk

Fenomenologi og hermeneutikk er to vitenskapsteoretiske perspektiver som benyttes innenfor analysearbeid i en kvalitativ metode. I følge Kvale og Brinkmann (2017) søker fenomenologer å illustrere hvordan mennesker opplever fenomener i sin livsverden, og på deres erfaringer, mens hermeneutikerne er opptatt av fortolkning og meningsdannelse. Fenomenologien er ikke opptatt av kontekst, noe som hermeneutikken legger stor vekt på (Kvale og Brinkmann, 2017).

Thornquist (2012) trekker den hermeneutisk sirkel frem som en viktig del av hermeneutikken. Hun forklarer den som; ”å forstå delene ut fra helheten og helheten ut fra delene” (Thornquist, 2012:142). Den hermeneutiske sirkel blir i dag snarere omtalt som en spiral enn som en sirkel, fordi vi ikke går tilbake til der vi var, men hele tiden utvikler dypere forståelse av materialet vi jobber med (Thornquist, 2012).

Mitt anliggende er å hente frem informantenes egne tanker og refleksjoner etter å ha deltatt i Gjenklang. Gjennom analysearbeidet vil jeg prøve å fange opp hva som ”trer fram” som essensielt i fortellingene, og fortolke dette i lys av teori. I mitt hermeneutiske analysearbeid, vil jeg se på delene i forhold til helheten, og på helheten i forhold til delene (Thornquist, 2012; Kvale og Brinkmann, 2017).

Hermeneutikken legger vekt på forforståelsens betydning. Jeg som forsker er preget av den sammenhengen og tradisjonen jeg kommer fra. Både min virkelighetsforståelse, mitt menneskesyn, mine verdier og mine erfaringer er noe som får betydning både for forskningsprosessen og resultatene av den. Malterud (2003:46) kaller dette for *forskerens forforståelse*. Den er som en ryggsekk forskeren bringer med seg inn i

forskningsprosjektet, og som dermed er der før prosjektet starter. Denne forutgående forståelsen, eller forforståelsen, er en forutsetning som gjør at det overhodet er mulig å kunne forstå en tekst, og ingen hindring. (ibid).

3.3 Kvalitativt forskningsintervju

Jeg har valgt semistrukturert intervju som design for mitt arbeid. Intervjuet kan åpne for kunnskap om hvordan virkeligheten ser ut ifra informantenes ståsted, og ifølge Kvale og Brinkmann (2017) kan det gi et ”inter view”. Det er viktig at samtalen mellom oss er fokusert, men likevel åpen. Det gode intervjuet gir rom for den flertydighet som kjennetegner de fleste menneskelige fenomener. Målet er å utforske meningsinnholdet i sosiale og kulturelle fenomener, slik det oppleves for de involverte selv, og gjennom denne prosessen gis muligheter for å produsere kunnskap, med andre ord gir det; ”en privilegert tilgang til objektets dagligverden” (Kvale og Brinkmann, 2017:200).

Kvalitativt forskningsintervju er både et håndverk, en kunnskapsproduserende aktivitet og en sosial praksis (Kvale & Brinkmann 2017). Målet innebærer ikke å forklare det som skjer, men å få så dyp forståelse for aktuelle fenomener og prosesser som mulig. Gjennom intervjuet produserer informanten og den som intervjuer, kunnskap i en kontekstuell, språklig, narrativ og pragmatisk samtalerelasjon. Dette kan også kalles en intersubjektiv og sosial erkjennelsesprosess både for informanten, men også for den som intervjuer (Malterud 2017). Kvale & Brinkmann (2017:20) hevder at: ”Det kvalitative forskningsintervjuet søker å forstå verden sett fra intervjupersonenes side. Å få frem betydningen av folks erfaringer og å avdekke deres opplevelse av verden, forut for vitenskapelige forklaringer, er et mål”.

Jeg har valgt Kvale og Brinkmanns (2017) metode for mitt arbeid. I følge dem har forskningsintervjuet sju faser, og dette utgjør selve modellen for denne type forskning. Tema for intervjuet må være klarlagt før selve intervjuet, og alle sju stadiene må være planlagt i forkant (Kvale og Brinkmann, 2017:38): 1. *Tematisering av et intervjuprosjekt*. Jeg formulerte forskningsspørsmålet, planla intervjuene, og gjorde en teoretisk avklaring av det undersøkte temaet, for å kunne svare på denne studiens problemstilling. 2. *Planlegging*. Jeg søkte å finne en metode for forskningen som gav meg den kunnskap om de tema jeg ønsket å finne svar på, for å svare på studiens problemstilling. 3. *Intervjuing*. Jeg gjennomførte intervjuene på bakgrunn av en intervjuguide. Jeg la vekt på å ha en åpen og reflektert tilnærming til kunnskapen, og til intervjuets kontekst. Jeg har tilrettelagt for intervjupersonen

og søkt å ta best mulig hensyn til intervjuets utfordringer hva mellommenneskelige relasjoner angår. 4. *Transkribering*. Jeg har klargjort intervjumaterialet for analyse, ved å skrive ut alle lydfilene og omgjøre dem til skriftlig tekst. 5. *Analysering*. På grunnlag av undersøkelsens formål og emneområde, valgte jeg hermeneutisk metode for analysen, fordi den samsvarer med intervjumaterialets egenart. 6. *Verifisering*. Jeg har undersøkt generaliserbarheten, påliteligheten og validiteten i de funnene jeg fant i intervjumaterialet. 7. *Rapportering*. Jeg har formidlet undersøkelsesfunnene og metodebruken i en form som overholder vitenskapelige kriterier, som tar hensyn til undersøkelsens etiske sider, og som resulterte i et lesbart produkt (Kvale og Brinkmann 2017:137)

Semistrukturert intervju

Semistrukturert intervju skal ha en åpen form, og intervjuguiden må ikke være for detaljert (Malterud, 2017). Skal forskeren få frem viktige data, er det nødvendig å utvikle en sensitivitet i situasjonen. Spørsmålene må derfor være åpne nok, selv om intervjueren gjerne kan bruke en intervjuguide som støtte for å holde fokus i intervjuet (Malterud, 2017). Konteksten samtalen foregår innenfor er en viktig ramme for kunnskapsutviklingen (Kvale & Brinkmann, 2017). Gjennom intervjuguiden tegnet jeg ut det feltet som jeg søkte svar på, og formulerte spørsmålene med henblikk på å kunne svare på problemstillingen. Jeg utarbeidet to intervjuguider², en for intervju av pleierne, og en for intervju av lederne.

Det var en utfordrende prosess å utforme spørsmålene, men veileder gav kyndig hjelp underveis i prosessen. Spørsmålene var åpne, og hensikten var å gi informantene mulighet til å fortelle fritt rundt egne erfaringer og opplevelser. Intervjuguiden startet med oppvarmingsspørsmål for å gjøre informantene så trygge og komfortable som mulig i situasjonen.

Alle informantene som ble intervjuet ble informert om sine rettigheter i forbindelse med intervjuet, og de fikk et skriv om dette i forkant. Samtlige intervjupersoner har også underskrevet samtykkeerklæring³. Jeg innledet alle intervjuene med å minne dem om deres rettigheter, slik at det ikke skulle herske noen tvil på dette punktet.

² Se vedlegg 2 og 3

³ Se vedlegg 1

3.4 Selve intervjuet

Utvalget av informanter ble gjort av ledelsen for prosjektet ved de respektive institusjonene. Mitt ønske var størst mulig bredde i materialet, og derfor ønsket jeg variasjon i informantenes alder, bakgrunn og erfaring. Jeg skulle gjerne ønske at begge kjønn var representert, men det var kun kvinner som var aktuelle informanter.

Alle informantene oppfyller inklusjons- og eksklusjonskriteriene for denne studien. Jeg har til sammen intervjuet åtte personer; to prosjektledere, to avdelingsledere og fire fra gruppa av pleiepersonalet. Inklusjonskriteriene for informantene fra pleiepersonalet besto av et tilfeldig utvalg, som alle måtte ha gjennomført opplæringsprogrammet Gjenklang. Alle lederne var delaktige i Gjenklang på et administrativt plan, uten at de selv hadde gjennomført selve opplæringen. Materialet er anonymisert og strukturert ved at jeg benevner lederne for L1, L2, L3 og L4, og pleiepersonalet P1, P2, P3 og P4, og i det videre analysearbeid bruker jeg disse referansene/benevnelserne.

NSD

Jeg henvendte meg til NSD høsten 2017 for å melde prosjektet. Jeg fikk tilbakemelding på at det ikke trengte å meldes, med den begrunnelsen at ingen personopplysninger skulle behandles i prosjektet⁴. Dette var selvsagt under forutsetning av at materialet ble forskriftsmessig håndtert, at datamaterialet var anonymt og ikke på noe vis kunne identifisere enkeltpersoner, hverken direkte, indirekte eller via e-post/IP-adresse eller koblingsnøkkel. Lydfilene vil bli slettet når oppgaven er ferdig sensurert.

Gjennomføring av intervju

Seks av åtte intervjuer ble gjennomført på institusjonene der de respektive jobbet. Dette var også det mest praktiske, og kunne bidra til størst mulig grad av trygghet for informanten i intervjusituasjonen. Et intervju ble gjort hjemme hos en av informantene, og et ble gjort pr. telefon.

Jeg brukte to lydopptakere i alle intervjuene, og til sammen varte alle intervjuene i 314 minutter, eller 5 timer og 14 minutter.

⁴ Reglene for lydfiler ble endret i 2018, og defineres nå som personopplysninger.

Transkribering av intervjuene

Jeg transkriberte intervjuene etter hvert som de var gjennomført. Intervjuenes varierte i lengde, og samlet ble det transkriberte materialet på 78 sider til sammen. Jeg skrev ned alt det som ble sagt, både pauser, kremting, latter etc.

3.5 Analyseprosessen

Jeg vil i det følgende gjøre rede for hvordan jeg gikk fram i analyseprosessen, og hvordan jeg kom fram til denne studiens resultater. I følge Kvale og Brinkmann (2017) betyr det å analysere, å dele noe opp i biter, eller elementer.

Det er flere ulike måter å gjøre dette på. Min inspirasjon kom gjennom lesning av Kvale og Brinkmann (2017); *det kvalitative forskningsintervju*, samt Malterud (2017); *kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i en fenomenologisk analysemetode som ble utarbeidet av psykologen Giorgi, og som senere ble modifisert av Malterud. Metoden kalles systematisk tekstkondensering og som består av fire steg: 1. Skaffe seg et helhetsinntrykk, 2. Meningsbærende enheter, 3. Kondensering og 4. Sammenfatning (Malterud, 2017:99f).

1. Å få et helhetsinntrykk

Som en start på selve analyseprosessen skrev jeg ned mitt inntrykk av teksten ved å tegne visuelle skisser på papir med utgangspunkt i mitt ”ståsted”, etter å ha transkribert alle intervjuene og lest igjennom dem flere ganger. Dette var til god hjelp, fordi det var en ny måte for meg å jobbe på, og jeg visste lite om hvordan veien videre i den hermeneutiske tilnærming ville utvikle seg.

Det ble mange gjennomlesninger. Jeg laget tankekart for å få frem de ulike temaene, både i leseprosessen og da jeg igjen lyttet til intervjuene. Mange og store tankekart dannet utgangspunkt for videre bearbeiding av teksten. Da materialet ble lagt til side kunne jeg bruke tiden til å tenke igjennom hva som egentlig ble sagt, og slik dukket nye temaer opp som ble nedfelt i nye tankekart. Denne prosessen kan best beskrives ved at jeg leste, tok tenkepauser, og slik kondenserte en del av tekstens innhold (Malterud, 2017).

Ved å lese teksten gjentatte ganger, utviklet jeg en dypere forståelse av hva informantene framhevet som viktig for dem. Jeg gav de ulike temaene farge, og slik fikk samme tema den samme fargen i alle tekstene. På denne måten fikk jeg mer oversikt over tekstens ulike temaer.

Jeg var mest opptatt av svarene på spørsmålene i intervjuguiden i starten. De første kategoriene jeg fant var påvirket av fokuset på å utforske hvordan de ulike elementene i Gjenklang fungerte. Jeg tenkte lenge at dette var gode funn, men så etter hvert at funnene kun sier noe om kvaliteter i Gjenklang. Jeg arbeidet meg videre i prosessen med den transkriberte teksten.

Den hermeneutiske prosessen satte i gang mange tanker, og den ga rom for refleksjon, diskusjon med veileder, kollegaer og andre. Etter hvert ble jeg mer opptatt av hva informantene fortalte om sin egen livsverden og den personlige opplevelsen hver enkelt av dem hadde med Gjenklang, og prosessen som opplæringen hadde satt i gang både i dem, og rundt dem.

De viktige spørsmålene var hele tiden: Hva forteller de? Hva er viktig for dem? Jeg lette etter nøkkelord i teksten, ord som gav en dypere mening, og skrev fortløpende kommentarer i margin. Disse rådataene ble deretter håndtert for å gjøres om til enheter (Malterud, 2017).

2. Meningsbærende enheter

På bakgrunn av det jeg oppfattet som mest interessant, gjorde jeg et utvalg av temaer fra teksten, også av hensynet til omfang. Temaene jeg valgte å gå i dybden av, og ble på ulikt vis belyst av alle informantene. Prosessen ble en kontinuerlig hermeneutisk spiral hvor jeg gradvis kom frem til en dypere forståelse av informantenes informasjon. Jeg gjorde en meningsfortetting, for å finne tekstens meningsinnhold. Hvert intervju ble igjen nøye gjennomlest, før jeg hentet ut nøkkelord som videre førte til koder eller kategorier (Malterud, 2017). De foreløpige kategoriene/temaene var som følger:

	Hovedtema	Undertema 1	Undertema 2
1	Modellering	Kortreist kunnskap	Persontrentert læring
2	Tilstedeværelse	Formidlingsform	Ressursorientert
3	Miljøverktøy	Tilrettelegging	Mestringskompetanse
4	Oppfølging	Faglig påfyll	Kvalitetssikring

3. Kondensering

I hele prosessen prøvde jeg å være mest mulig oppmerksom på hvordan forforståelsen min påvirket meg (Kvale og Brinkmann, 2016, Malterud, 2017), og å lytte til informantenes egne erfaringer, og hva de fremhevet som viktig. Malterud (2017) sier at forskeren som skal forske

på seg selv, må være i stand til å veksle mellom nærhet, som gir tilgang til den levende kunnskapen, og ettertanke, som gir mulighet for kritisk refleksjon. Hun sier videre at; ”den opplevde kunnskapen må kunne omsettes til data som er egnet til å dokumentere observasjonene og oversette innsikt og erfaringer til kunnskap som kan deles med andre” (Malterud, 2017:139).

I lys av undersøkelsens spesifikke formål, gikk jeg videre, og jeg fant fram til tre ”nye” meningsenheter eller hovedkategorier, og underkategorier:

	Hovedkategori	Underkategori 1	Underkategori 2
1	Tilstedeværelse	Så	Erfarte
2	Formidlingsform	Berørt	Mestret
3	Tilrettelegging	Inspirert	Styrket

Jeg så etter hvert at det var for mange tema, så jeg ønsket å forenkle det ytterligere. Jeg tok igjen for meg hva hver informant sa om hvert tema, for deretter å kondensere utsagnene, og uttrykke dem med få ord (Malterud, 2017). Jeg fikk etter hvert en oversikt over hvilke felles fenomen som var fremtredende. Det var interessant å erfare hvordan disse fenomenene over tid ble klarere for meg, og førte meg dypere inn i materialet. Prosessen ledet meg til at jeg gikk bort fra de tre hovedtemaene som jeg mente å ha funnet, og etter nye fordypninger i teksten, fant jeg fram til tre nye hovedtema med undertema.

Steg	Hovedtema:	Undertema
1.	Personalet SÅ	De ble berørt
2.	Personalet HANDLET	De fikk nye erfaringer
3.	Personalet MESTRET	De fikk ny selvforståelse

4. Sammenfatning

Jeg har utforsket hva som skjer med personalet i denne opplæringskonteksten. De tre kategoriene, eller hovedtemaene jeg mente å ha funnet i arbeidet med empirien, hang enda ikke helt sammen, så jeg arbeidet videre med materialet. Til slutt fant jeg fram til fire kategorier som jeg mener gjenspeiler den prosessen informantene fortalte om i intervjuene. Informantene gav meg viktige svar på det jeg var på jakt etter å få kunnskap om, med henblikk på problemstillingen.

De endelige hovedtemaene vil jeg ta med meg videre til drøftingen i oppgaven. Jeg vil plassere dem i en numerisk rekkefølge, som jeg kaller trinn i lærings- eller utviklingsprosessen: 1. Musikkterapeutisk tilnærming som modell for læring 2. Personalet OPPDAGET , 3. Personalet HANDLET, 4. FORANKRING.

Jeg vil illustrere hovedtemaene, med hvert sitt undertema på denne måten:

Trinn	Hovedtema	Undertema
1	Musikkterapeutisk tilnærming, som modell for læring	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Grupper ➤ Veiledning
2	Personalet oppdaget	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Personalet ble berørt
3	Personalet handlet	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Personalet mestret
4	Forankring	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Oppfølging ➤ Lederansvar ➤ Ønske om å lære mer

3.6 Validitet og reliabilitet

Kvale og Brinkmann (2017) har valgt å bruke mer tradisjonelle ord; gyldighet og pålitelighet. Malterud forklarer ordet validitet på denne måten: ”Å validere handler om å stille spørsmåltegn ved gyldighetsgraden av kunnskap, hva den er gyldig om, og under hvilke rammer” (Malterud, 2017:192). Hun fremhever at ingen kunnskap er allmenngyldig, og det er derfor viktig å stille spørsmålstegn ved validiteten som et virkemiddel for kritisk refleksjon underveis i forskningsprosessen (Malterud, 2017). Gjennom denne kritiske refleksjonen blir en stilt overfor viktige spørsmål som omhandler både erfaring og sannhet (Malterud, 2017). Reliabiliteten har å gjøre med forskningsresultatene konsistens og troverdighet (Kvale og Brinkmann, 2017).

Når det kommer til vurderingen av validiteten og reliabiliteten i mitt studie, har det vært viktig for meg først og fremst å finne ut hva mine informanter sier noe om; hva de egentlig mener med det de forteller. Som jeg nevner ovenfor, er det mange fallgrøfter for analysen av dataene, først og fremst relatert til at jeg forsker på egen virksomhet, og gjør intervjuene selv. Mine for forståelser kan farge mine tolkninger av informasjonen, også hvordan jeg knytter teorien opp mot funnene i datamaterialet (Kvale og Brinkmann, 2017, Malterud, 2017).

Kvale og Brinkmann (2017) peker på at forskningens validitet og reliabilitet stiller spørsmål ved om informasjonen fra intervjuene kan være objektiv. I intervjuene deler den enkelte informant sin egen subjektive mening om hvordan Gjenklang var for dem. Kvale og Brinkmann opererer også med begrepet refleksiv objektivitet, noe som betyr at en er opptatt av å få fram en objektivitet i subjektiviteten (Kvale og Brinkmann, 2017). Slik jeg oppfatter dette begrepet, sammenfaller det med min metode for innsamling av data, og innebærer at jeg som forsker reflekterer kritisk over mine egne bidrag i prosessen.

Det store spørsmålet er om informantene følte press til å skulle være ”greie” med meg, og gi meg den informasjonen de trodde jeg var ute etter. Om dette var tilfelle, vil jeg være en potensiell hindring for at den objektive informasjonen har mulighet til å komme fram. Dette vil også i så fall være med på å påvirke resultatene og reliabiliteten til oppgaven.

3.7 Etiske og metodiske refleksjoner

At jeg både var medskaper av opplæringsprogrammet samt forsker på egen virksomhet, kan by på flere etiske problemstillinger. For det første kan det skape ”støy” i form av blanding av roller, skape problemer under intervjuene, og redusere evnen min til kritisk analyse (Malterud, 2017). Jeg kan stå i fare for å ha skjulte agendaer. Det er derfor viktig at jeg er ærlig i håndteringen av de dataene jeg samlet inn. Jeg har prøvd å være ekstra på vakt for ikke å la egen forforståelse og ønske om ”gode resultater” styre prosessen, men legge vinn på å være transparent både i møte med intervjupersonene og datamaterialet (Malterud, 2017). I følge Kvale og Brinkmann (2017) er forskningsintervjuet gjennomsyret av etiske problemstillinger. Intervjusituasjonen innebærer alltid et asymmetrisk maktforhold. Å ”se opp til” den som forsker på en måte som rammer informasjonsstrømmen, kan gjøre informasjonen mindre pålitelig (Kvale og Brinkmann, 2017). Intervjupersonene kan fort komme i en underlegen rolle i forhold til meg. Jeg har hatt et sterkt ønske om å ha en bevissthet om denne faren, og aktivt prøvd å styre unna de fallgrøfter som jeg er blitt bevisst, men det er nok likevel mye jeg ikke har oppdaget.

Et fenomen som er viktig å trekke fram her, er forskereffekten, som fokuserer på hvordan jeg som forsker kan ha påvirket informantene mine, slik at de for eksempel svarer det de tror jeg ønsker å høre fra dem (Fangen, 2011). På bakgrunn av denne faren, kan følgende spørsmål være noen eksempler på relevante problemstillinger jeg hele tiden ønsket å ha en bevissthet om i håndteringen av intervjumaterialet:

- Ble jeg for dominerende i samtalen?

- Var intervjupersonen opptatt av å ”please” meg, framfor å snakke ærlig ut ifra sitt eget ståsted?

Analysearbeidet har vært en spennende reise. Det var vanskelig i starten å se viktige funn, men etter hvert som jeg arbeidet meg dypere og dypere inn i materialet, ble det klarere hva som kom til syne, eller i forgrunnen. Gjennom dette arbeidet har jeg fått en større forståelse for viktigheten av å stille seg mest mulig åpen for den andres perspektiv (Kvale og Brinkmann, 2017).

Både som fagperson, og som intervjuer, sitter jeg på definisjonsmakten, og dette er en form for makt som lett kan misbrukes (Kvale og Brinkmann, 2017). Min eventuelle autoritet merket jeg ikke selv, og det er derfor viktig å stille seg granskende spørsmål igjennom hele prosessen. Jeg måtte aktivt motvirke at intervjupersonen kom i en underdanig stilling i forhold til meg, og ta høyde for at dette skjedde (Kvale og Brinkmann, 2017).

For å forebygge noen av disse forstyrrende mekanismene, prøvde jeg å bevisstgjøre intervjupersonene på at det var meg som hadde mest å lære. Jeg var bevisst på, gang på gang å understreke at de hadde mye av kunnskapen for eventuell måloppnåelsen for Gjenklang, fordi det var personalet, som deltakere i Gjenklang, som fikk erfaringer om hva som fungerte og hva som ikke fungerte opplæringsprogrammet.

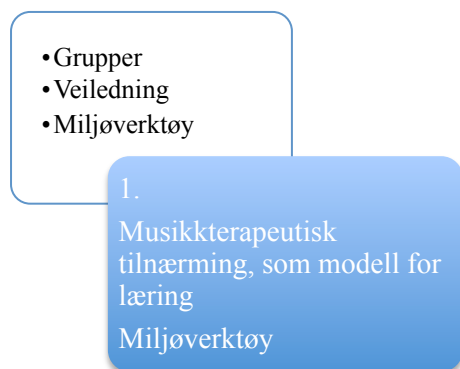
Håpet mitt er at jeg har hatt tilstrekkelig kritisk distanse til min egen rolle i denne studien. Både alt jeg har sett, og alt jeg har tenkt, samt idealet mitt for gjennomføring, håper jeg er konsistent nok. Jeg håper også å være i stand til å erkjenne både de positive og de negative sidene som informantene påpekte, samt å anerkjenne både det som gikk bra, og det som har vært utfordrende og vanskelig i dette forskningsarbeidet. Alt dette kan være viktige bidrag til verdifull lærdom i mitt videre arbeid som fagperson.

4 Resultater

I dette kapitlet vil jeg presentere resultatene fra analysen. Kategoriene som ble presentert ovenfor, vil begrunnes gjennom sitater⁵ fra informantene. Resultatene vil bli presentert med en liten introduksjon ut ifra min forståelse av dem. Rekkefølgen er ikke tilfeldig, men henger nøye sammen med min tolkning av relasjonen mellom de ulike temaene som datamaterialet presenterer. Jeg gjennomgår kategoriene hver for seg. I sitatene nedenfor står **P** for personale, og **L** for leder.

1. Musikkterapeutisk praksis

Musikkterapeutisk tilnærming var første steg i læringsprosessen. Hovedvekten av denne tilnærmingen foregikk i grupper hvor både pasienter og personale deltok. Sangen foregikk uten støtte fra medbrakte instrumenter, men ved hjelp av miljøverktøyet, og alle sangene var sanger som de eldre kunne dra kjensel på. Det var helt nytt for personalet å delta i musikkterapi-grupper.



Personalet opplevde musikkterapien på nært hold ved å delta i gruppene. De så hvordan musikkterapi fungerte i praksis, og hvordan musikkterapeuten arbeidet i gruppene. Det ble mer tydeligere for dem hva musikkterapi er, både hvordan og hvorfor vi gjorde det vi gjorde. Både personale og ledere sa noe om betydningen av å se hvordan vi som musikkterapeuter ledet gruppene og hvordan vi brukte sangene.

P1: Jeg synes det har vært spennende når dere har disse sangstundene. Måten dere kommunisere på; med blikket, blick-kontakten, smilet, - dere er sånn til stede. Det inspirerer. Dette var det viktigste i undervisningen.

⁵ Sitatene er redigert av hensyn til leservennlighet.

P2: Da jeg så hva du gjorde og hva du fokuserte på, forsto jeg hva som var viktig.(...) Ja, å se dere i funksjon var absolutt det viktigste. Det var viktig i begynnelsen, for ellers hadde vi ikke lært å forstå dette.

P4: Det var så fint å se hvordan dere viste det i praksis. Det ble så konkret.

En av lederne nevnte også miljøverktøyet, og mente at cd-ene var meget bra, og at det er bredde i sangutvalget på cd-ene.

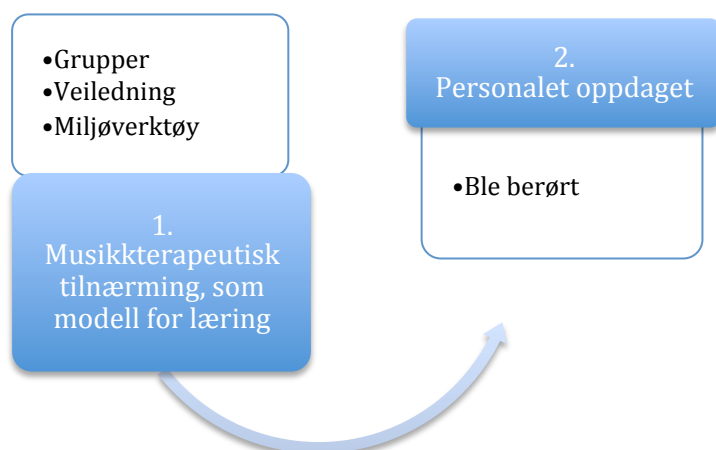
L1: Dere treffer godt med de cd-ene dere har. Det er virkelig genialt. Og dere har bredde i sangutvalget.

Veiledningen ble ikke spesielt nevnt av informantene. Den var implisitt i opplegget med gruppene, og vi gikk direkte til veiledningsrommet i etterkant av gruppene. En leder nevner at det er viktig at vi i veiledningen kommenterer det som skjedde i gruppene.

L1: Det de ser i gruppa er viktig, også at dere kommenterer det i veiledningen i etterkant.

2. Personalet oppdaget:

Personalet så musikkterapeutisk tilnærming i praksis, og de oppdaget noe av hva den handler om. Både informantene og lederne framhevet dette som viktig.



De fortalte at vi viste dem noe, de så/observerte, og de oppdaget noe. En informant fortalte at hun fikk en aha-opplevelse første gang hun var med i gruppa, og forsto noe av hva dette handlet om:

P1: Når jeg ser glede hos de eldre i gruppa, så er det jo fantastisk. (...) Jeg synes det har vært spennende når dere har disse sangstundene. Måten dere kommunisere på. Blikk-kontakten, smilet, dere er sånn til stede. Det inspirerer. Dette var det viktigste i undervisningen.

P2: Jeg fikk en utrolig aha-opplevelse den første gangen du hadde gruppe. Jeg trodde det var å lære seg de sangene de eldre kunne, og synge dem sammen med dem. Men plutselig skjønnte jeg hva det var.

P4: Det var så fint å se hvordan dere viste hvordan det skulle være i praksis, det ble så konkret. (...) Jeg ser at pasientene blir veldig glad når vi synger.

Også lederne fremhevet betydningen av at personalet var med i gruppene. Når vi viste dem, gjennom praksis, hva musikkterapi var, så oppdaget personalet noe av hva som kan skje gjennom bruk av musikk.

L1: Det de ser er viktig; ”så du hun som satt sånn ... (illustrerer med en rytmisk håndbevegelse)”. Jeg tror at de ble mer og mer oppmerksomme på den kroppslige responsen hos pasientene.

L3: Det som gjorde at folk fikk øynene opp for Gjenklang, var å være med i gruppa, for da så de hva musikkterapien kunne gjøre med pasientene”.

De ble berørt

Flere av lederne framhevet at personalet ble følelsesmessig berørt av hva de så i gruppene; de ble inspirert, det berørte dem dypt, og det skapte entusiasme.

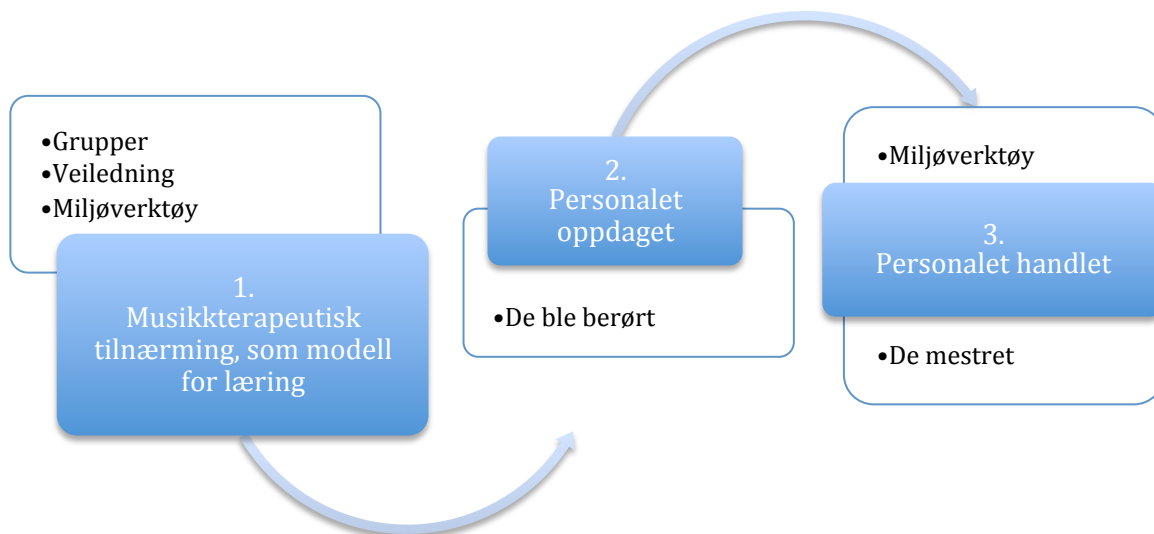
L1: Det er inspirerende for personalet. De ser jo at dette har pasientene stor glede av.

L2: De så hva musikkterapien gjorde med pasientene. De så effekten veldig raskt, ja med en gang. Hver enkelt av dem fikk en personlig opplevelse som rørte dem langt inni hjerterota.

L4: Når dere hadde disse sangstundene her, så var det kjempepositivt. Alle mente det var så flott. Det var en entusiasme blant dem som var med på disse gruppene.

En av lederne framhevet at Gjenklang hadde banet vei for en helt annen holdning til bruk av sang og musikk i avdelingen, og at dette hadde sammenheng med at de oppdaget hva sangen gjorde med pasientene.

L2: Gjenklang har banet vei for en helt annen holdning til bruk av sang i avdelingen. Og det tror jeg har å gjøre med at de ble så berørt av reaksjonene til pasientene.



3. Personalet handlet:

Personalet fortalte hvordan de tok i bruk miljøverktøyet (cd-ene) og handlet, på tross av at å synge med pasientene ikke var enkelt for dem. Mestringserfaringene de fikk gjorde det lettere for dem å fortsette og bruke sang. Flere fortalte at de ikke lenger var redde for å bruke stemmen, slik de var i begynnelsen. De gav uttrykk for at de har fått en helt ny forståelse av sangens virkning, og for hvordan de selv også kan bruke sang og musikk. De uttrykte at de opplevde mestring når de gjorde det. Lederne bekrefter det som personalet forteller.

Flere fortalte at cd-ene ble et godt hjelpemiddel. Det kunne være pinlig for noen å bruke stemmen i starten, og da skrudde de opp lyden på cd-spillere slik at ingen hørte stemmen deres. De opplevde at de fikk drahjelp til å komme i gang med sangen, og brukte sin egen stemme mer og mer etter hvert. De hadde lært at det var helt i orden om de mimet, særlig i starten.

P1: Det er helt topp med disse cd-ene, da får jeg den drahjelpen jeg trenger, og det er lett å synge med på de fleste sangene.

P3: Det er godt å ha cd-ene som en tilleggs-stemme til min. (...) Hvis det er vanskelig, så skruer jeg bare opp lyden litt høyere til å begynne med, og så blir det litt mer og mer min stemme etter hvert.

P4: Jeg skrudde lyden opp ganske høyt i begynnelsen, for jeg syntes det var litt pinlig å synge.

L2: Cd-ene har det vært veldig god tilbakemelding på. De er lette å bruke.

Flere av personalet sa også at miljøverktøyet bidro til at terskelen ble lavere for å bruke sang. De fortalte at cd-ene hjalp dem til å komme i gang med sangstund på avdelingen, og at sangstemmen på cd-ene ble en tilleggs-stemme til egen stemme, som hjalp dem med sangen.

P2: Cd-ene gjør at terskelen blir lavere for å bruke sang. Fordi vi kan bare sitte og nynne. Det er ikke så lett for mange å sette i gang med å synge med pasientene. Før var det mange som sa at de ikke kunne synge, men nå er det ingen som sier det.

P3: Med cd-ene blir terskelen lavere for å bruke sang. (...) Jeg husker i begynnelsen da vi satt og skulle synge, da var det godt å ha en som sang med oss. En som kunne synge ordentlig. Hvis det var vanskelig, så hadde vi bare din stemme på litt høyere til å begynne med, og så ble det litt mer oss etter hvert.

P4: Det er så bra at du synger på disse cd-ene, for da kunne jeg bare mime med. (...) Men nå synger jeg.

Lederne bekreftet det som personalet fortalte.

L1: Cd-ene brukes veldig mye. Lett å skru på, og lett å finne fram. Så det er et kjempefint redskap. Noen sier at de er helt avhengig av dem, og at de ikke hadde klart seg uten”.

L3: Jeg tenker at det er kjempebra med cd-ene, det gjør det jo veldig lett å gjennomføre ei sangstund. Selve opplegget er lett å ta i bruk for alle, og det at du ikke trenger å kunne synge for å gjennomføre, det er kjempebra. Sangutvalget har stor gjenkjennelsesverdi for pasientene.

De mestret

Personalet fortalte at de opplevde mestring når de våget å synge med pasientene. De forteller at miljøverktøyet bidro til at de våget å handle, og at de opplevde mestring når de gjorde det.

P1: I begynnelsen skrudde jeg opp lyden, slik at de ikke skulle høre min stemme så godt. Etter hvert som jeg synger, så lærer jeg sangene bedre, og da blir jeg jo også tryggere. (...) Nå tør jeg faktisk å ta opp den grønne sangboka og synge med beboerne, uten musikk.

P2: Jeg tror ikke det er noen på vår avdeling nå som er redd for å være med på ei sangstund, og alle gjør det litt på sin måte. (...) Jeg er blitt mer motivert til å bruke sang etter denne undervisningen. Vi trengte hjelp i begynnelsen, men etter hvert så har vi klart oss mer og mer alene.

P4: Det går utrolig bra, for det er jo så lettvint når du har den cd-en og sangene og musikken der. Det har vært en god opplevelse, egentlig, for jeg kvitte meg veldig.

L2: De så hva det gjorde med pasientene, og de fikk en personlig opplevelse av mestring ved bruk av miljøverktøyet.

En av lederne fremhevet at Gjenklang har skapt en motivasjon til å bruke sang, og at bevisstheten om å bruke sang er blitt større gjennom denne opplæringen. Lederen sier at personalet har fått et eierforhold til å bruke sang i møte med pasientene.

L1: Gjenklang har skapt en motivasjon i personalet til å bruke sang. Det viser de ved at de fortsatt bruker det (to år etter opplæringsperioden; min kommentar). Det er et kjempegodt bevis på at de har skjønt noe om dette. (...) Personalet har fått en større bevissthet om bruk av sang og musikk, og det er viktig for da eier de det mer selv. (...) Jeg tror at de lærer mer via praksis, ja, når de får fagligheten inn via praksis.

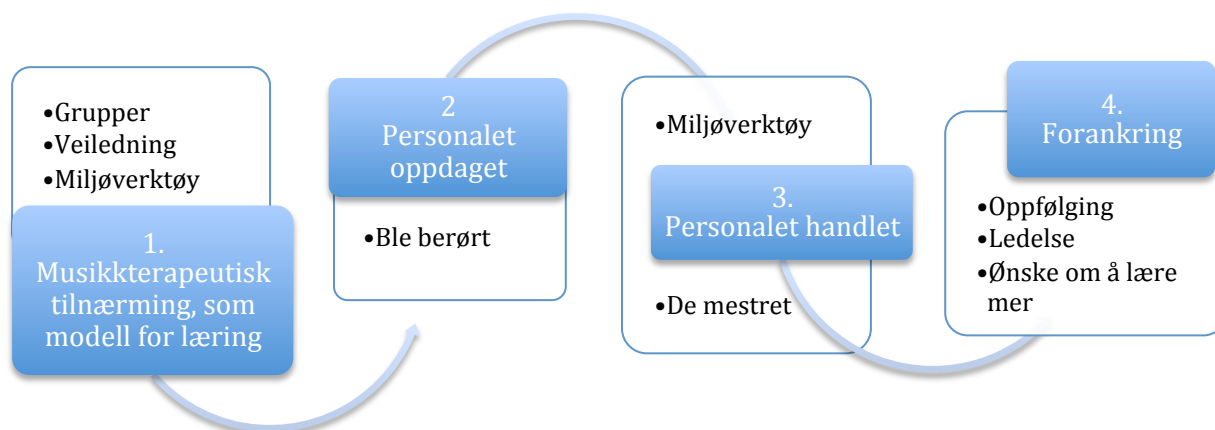
4. Forankring

Forankringen var et tema gjennom hele opplæringsprogrammet. I Gjenklang var vi bevisst helt fra starten av at vi skulle følge opp avdelingene også etter at selve kurset var gjennomført, for å bidra til å kvalitetssikre forankringsarbeidet.

Det kom fram noen vesentlige forskjeller hos de to institusjonene i oppfølgingsfasen av Gjenklang. På det ene stedet var det vanskeligere å få samlet personalet. Engasjementet og bevisstheten virket svakere her. Organiseringen virket mer tilfeldig, og jeg lurte på hva som kunne være grunnen til at det var slike forskjeller.

I intervjuene med lederne ble bildet tydeligere. På det ene stedet hadde de hatt mye forstyrrelser i opplæringsperioden. De gjennomførte omorganisering og utvidelse av bygningsmasse, noe som tok fokuset bort fra forankringsprosessen.

På det andre stedet gikk alt mer smidig. Kunnskapen spredte seg som ringer i vann til andre avdelinger på sykehjemmet. Personale var aktive og motiverte, de utviklet seg videre, og viste i praksis at de gjorde kunnskapen til sin egen. Det var også mer iver blant de ansatte om å komme videre, og de gav uttrykk for at de ønsket mer kunnskap.



Oppfølging

Oppfølgingen fra musikkterapeutene var viktig for forankringen. Den jevnlige kontakten ble viktig for dem for de trenger å ”hentes litt inn” av og til.

P2: Dere har ikke kuttet ut kontakten med oss, og det har vært veldig fint. Det trenger vi.

P3: Jeg tror det er bra at du kommer på oppfølging, for da blir vi minnet på at dette her må vi huske på. Dette her må vi bruke.

En av lederne fokuserte på viktigheten av kontinuitet og oppfølging som en av forutsetningene for at dette kan vare.

L1: (...) Det at du kommer innom jevnlig er en av de tingene som gjør at det kan vare. Det er sann implementering.

En gav uttrykk for at oppfølgingen holdt ”liv i glørne”

L4: Hadde ikke du vært her, da hadde sikkert ting virkelig rast ut. Det har holdt liv i glørne. Du er entusiastisk på en god måte, synes jeg. Du kommer ikke med noen pekefinger.

En leder påpeker at av alle prosjektene de har gjennomført, er dette det prosjektet som har hatt størst påvirkning på personalet.

L2: Dette er det prosjektet som har hatt størst påvirkning på personalet, og vi har hatt mange prosjekter. Men alle ting som skal opp å gå, må avdelingslederne holde tak i. Det er alfa og omega. De må motivere og inspirere til at det skal gjennomføres, og se dem som gjør det.

En av personalet forteller at de har gått litt videre, og tenker mer individuelt nå.

P2: Nå har vi sangstund både på dagsplanen og aktivitetsplanen. Vi har faste dager vi skal synges, men vi synger mer enn det. Etter dette prosjektet opplever jeg at vi personalet synger mye mer enn vi gjorde før. Vi er opptatt av hvilken sang den enkelte liker. Noen liker trekkspill-musikk, noen liker salmer, det er veldig forskjellig. Vi går litt videre og tenker individuelt.

En av personalet forteller om bevisstheten og motivasjonen som hun og andre på hennes avdeling har fått gjennom dette prosjektet.

P2: Vi har hatt mange prosjekter her, og det tar tid å få implementert det, men jeg føler at dette begynner å bli implementert nå. Nå vet vi hva vi gjør. Vi setter ikke på musikk uten at vi tenker på hva vi gjør. Folk er mer obs når vi synger med pasientene; hva er det som skjer her, hva ser vi etter (...) Personalet setter ikke på musikken for å gå og gjøre noe annet. Det hender jo på formiddagen at det står noe musikk på i bakgrunnen, og det er helt i orden, men når vi skal synges, så er det en stor bevissthet om hva vi skal gjøre.(...) Jeg er absolutt blitt mer motivert til å bruke sang etter denne opplæringen. Vi snakker om det mye på avdelingen

for alle ser at dette er fint å bruke. De ser verdien av det.(...) Dette er ikke bare et prosjekt, og så legger vi det vekk, nei, vi har sett viktigheten av det, og at det er veldig flott for våre beboere. Å tenke på hva de liker av musikk, og ikke bare å sette på noe. Før hadde vi trekkspill-musikken som gikk og gikk på tv-en hele tida. Men den er der aldri lenger. Nå har vi lært at musikk også kan være støy.

Lederansvar

Noen av lederne er ikke helt fornøyd med egen innsats. De ser at de kunne gjort mer for å få kunnskapen forankret i avdelingen. Noe har forstyrret dem utenfra, slik at det har vært vanskelig å gjennomføre det en ønsker. Her forteller to av lederne på det ene stedet hvordan de opplevde det å være leder i denne prosessen, om ansvaret de har, og om hva som gikk galt.

L3: Utfordringen er å finne rom i hverdagen. Dere har vært fleksible nok. Jeg føler på at vi burde fått det til enda bedre, vi burde ha kommet lengre. Når vi var i den aktive prosjektperioden, så hørte jeg at pleierne sang mye med pasientene. Vi var veldig i modus og gjorde virkelig vårt beste, da vi drev på. Dere har en god effekt på oss, men jeg skjønner jo at dere ikke kunne være her hver dag. (...) Jeg tenker at det var et veldig stort løft for oss da vi drev med dette her, at det var veldig bra. Både for pasienter og for personalet, og det samspillet som oppsto var kjempepositivt. Det er jo litt ille at vi ikke klarer å holde det ved like. (...) Vi begynte med omorganiseringen, så det har vært et år i vakuum. (...) Skulle ønske dette ikke kom midt oppe i byggeprosjektet (...) Det kan godt hende at jeg som leder skulle vært med på, og at det kunne komme tydeligere fram fra min side at sånn og sånn skulle det være. (...) Jeg for min del tenker at dette ikke er noe avsluttet kapittel.

L4: Det er så lett å bruke det med tid som unnskyldning for at en ikke får til å gjennomføre det. Det er så lett å si at de er så travle. Mine utfordringer som leder er å holde dette i gang. Jeg som leder skulle nok vært mer på, og en må kanskje stille litt krav, at jeg for eksempel sa: Jo, dette skal gjennomføres! Jeg var litt mer der i starten kanskje, men så ser jeg at det blir mer sånn etter hvert; ..å så fikk vi ikke tid til det i dag heller. Så blir det sånn at du gir litt opp.(...) Jeg tror jeg skulle stått mer på og sagt at dette skal gjennomføres. (...) Det begynte bra, men så sklir det ut. Så blir jeg litt slukt selv, og så tenker jeg; nei, enda en ting jeg ikke får fulgt opp ordentlig. Jeg har mange i personalgruppa som er flinke til å bruke sangen, men det blir personavhengig. Jeg ser at det er viktig at jeg er bevisst på dette, og at det er noen ivrige sjeler i personalgruppa som ikke slipper taket i det. En må være litt på hele tida, og det er det som er så vanskelig. Kanskje en skal si at nå satser vi på dette her, det er det som er viktig. Ja, en må bestemme at sånn er det. Og sjekke ut, og stille krav. (...) Det å kreve noe, må ligge på meg, tror jeg. Jeg kunne vært litt tydeligere og strengere, etterspurt, og stilt litt krav.

Ønske om å lære mer

To av informantene uttrykker ønske om å komme videre, og lære mer. En forteller at de skal i gang med miljøbehandlingspermen i Demensomsorgens ABC, og at hun også kunne tenke seg permen om Musikkbasert Miljøbehandling etterpå (aldringoghelse.no, 2018).

P1: Ja nå vil jeg gjerne komme videre. Jeg tror det kommer en dag at jeg vil tørre å bare sitte og synge fra sangboka. Jeg er blitt mer nysgjerrig på musikk, og jeg har lyst til å lære enda mer. Jeg har lyst til å ”utvide” meg.

P2: Musikken er blitt en del av miljøbehandlinga, og alle har en bevissthet om det. Alle på vår avdeling skal begynne på miljøbehandlingsspermen til Aldring og Helse, med startseminar i morgen. Miljøpermen er jo også uttrykk for at vi ønsker å lære noe mer. Det er kommet en perm med Musikkbasert miljøbehandling. Kanskje vi vil gå i gang med musikkpermen etterpå.

5 Drøfting av resultater i lys av teori

I dette kapitlet vil jeg drøfte funnene i lys av aktuell teori. Jeg vil gå både til musikkterapi-teori, til relasjonsteori, og til aktuelle teorier innenfor sosialpedagogikk, og søke å svare på forskningsspørsmålet.

5.1 Musikkterapeutisk tilnærming

Modelleringen er her noe mer enn imitasjon av den observerte adferden til musikkterapeuten, fordi personalet også lærer noe om adferden i forhold til den situasjonen den inntreffer i (Bandura, 1997). Arnesen (2008) påpeker at modellærings mål, ikke er kopiering, men frigjøring av egne ferdigheter. Når personalet har et godt grunnlag og forståelse for musikkterapeutens tilnærming, kan de bruke det som en trygg base ("a safe home base"), og som utgangspunkt for sin videre utforsking (Bandura, 1997). En av informantene sier noe om dette i intervjuet:

P1: Jeg tenker at når jeg sitter der og synger, ja da er du jo der på en måte i min bevissthet. Det blir en støtte og en positiv godhet. (...) Og måten du ser på dem, jeg øver meg på det. Jeg prøver å jobbe med å få enda mer kontakt før jeg synger.

Begrepet "self-efficacy", mestringstro, eller personens tro på egen mestringsevne (Bandura, 1997), kan variere hos en person i ulike situasjoner. I følge Bandura (1997) er det nok at personen får informasjon om, og forstår hvilken funksjon en handling har, for å kunne ta den i bruk. Det var derfor viktig at personalet fikk en forståelse for hva musikkterapi er, hvilke kjerneverdier som preger faget, og at de så hvordan musikkterapi virket på pasientene (Ruud, 2008). Dette vil, i følge Bandura, kunne påvirke personalets mestringstro (Bandura 1997).

Vi hadde også en tanke om at musikkterapien kunne ha sin virkning på personalet personlig. De aller fleste av personalet hadde aldri opplevd musikkterapeutisk virksomhet på nært hold før. I musikkterapien vektlegger vi omsorgen for den enkelte, relasjonens betydning og evnen til å "tone seg inn" i forhold til den andre (Hansen, 1991; Buber, 1992; Ruud, 2015/1997; Stern, 2004; Schanche og Binder, 2006; Johns, 2008; Trondalen, 2008, 2004). I gruppene, som besto av både pasienter og personalet, ble ikke personen behandlet med musikk, men møtt av en musikkterapeut i en felles opplevelse som dannet grunnlag for en relasjon. Både musikken, personene og situasjonen som ble skapt, dannet grunnlag for en gjensidig intersubjektiv relasjon (Hansen, 1991, Buber, 1992; Ruud, 2015/1997; 2008; 2005; Stern, 2004; Johns, 2008; Trondalen, 2008).

Her ble det skapt et rom hvor begge (alle) kunne oppleve å bli bekreftet og inkludert i en felles opplevelse. Ruud (2008) hevder at musikkopplevelsen subjektiverer, noe som den intersubjektive opplevelsen i samhandlingen understreker: De bekreftes som subjekt ("et du") ikke et objekt ("et det"), og de samhandler sammen som et "vi". Personalet ble berørt av det de så og opplevde (Hansen, 1991; Buber, 1992; Stern, 2004; Schanche og Binder, 2006; Johns, 2008; Trondalen, 2008; Ruud, 2015/1997). I lys av dette ønsker jeg å fortelle et narrativ fra de to første gangene jeg hadde gruppe på en av avdelingene:

Personalet hadde samlet sammen pasienter de ville ha med i gruppa denne første dagen. Det var 13 pasienter totalt. Mange satt i rullestol, og flere hørte eller så dårlig. Jeg kjente ikke pasientene, men gikk, som jeg alltid gjør, runden rundt og hilste på alle. Jeg registrerte at det sannsynligvis var tre-fire meter over til henne med dårligst hørsel. Det var vanskelig å få kontakt, både med pasienter og personalet.

Neste gang bestemte jeg at vi skulle ha fem pasienter i gruppa, og tre personale. Sangen kom raskt i gang og pasientene var tydelig engasjert i det som foregikk i gruppa.

Oppmerksomheten hos oss alle var vendt mot det som skjedde mellom oss. Pasientene sang ivrig med, og en tok initiativ til å synge et par vers av en sang som ingen av oss hadde hørt før. Det var mange minner som kom fram i forbindelse med sangene, og noen delte glimt fra barndommen sin. En av pasientene henvende seg til sidemannen og sa: "Vi er jo oppvokst på samme sted. Du er jo litt yngre enn meg, men vi gikk på samme skole. Jeg gikk sammen med søstera di". Den andre pasienten svarte bekræftende tilbake, og det ble en liten sekvens med deling av barndomsminner dem imellom.

På vei mot veiledningsrommet møtte jeg alle tre fra personalgruppa, de sto i gangen og gråt. Alle tre gav tydelig uttrykk for at dette var sterkt for dem. De trodde ikke det var mulig at pasientene kunne være delaktige på denne måten. Spesielt bemerket de at pasientene ble oppmerksom på hverandre. Det at de tok initiativ til å snakke sammen hadde de ikke opplevd på denne måten før.

De ansatte var i rollen som observatører (Frisk 2008). Gjennom samhandlingen mellom musikkterapeuten og pasientene, så de ansatte hva som kom til syne som iboende ressurser hos pasientene, til tross for kognitiv svikt (Rolvsjord, 2008). Som Frisk (2008) poengterer observerte personalet hvordan musikkterapeuten oppnådde kontakt ved å være oppmerksom, sensitiv og responderende i forhold til pasientene, og hvordan de responderte på musikken. Responsen kunne være alt fra et blick til en fot som beveger seg, ei tåre eller et smil, en finger som slår takten forsiktig mot stolen eller ei setning som kom som respons på sangen, osv. De opplevde hvordan musikkterapi virket på pasientene. En av lederne sier det på denne måten:

L3: Det som gjorde at folk fikk øynene opp for Gjenklang, var å være med i gruppa, for da så de hva musikkterapien kunne gjøre med pasientene.

Informantene bekrefter viktigheten av å delta i gruppene. De opplevde tilretteleggingens betydning (Arnesen, 2008). Blikk-kontakten understreket tilstedeværelsen, og spilte en avgjørende rolle i dynamikken som oppsto mellom terapeut og pasient (Zangi, 2012). En av informantene sier følgende:

P1: Jeg synes det har vært spennende når dere har disse sangstundene. Måten dere kommunisere på. Blikket og blikk-kontakten, smilet, dere er sånn til stede. Det inspirerer. Dette var det viktigste i undervisningen.

Musikkterapien fikk en effekt på dem selv, og de ble berørt. Ridder (2016:b) skriver at musikk kan brukes til å skape nærvær og samvær. Hun sier videre at vi ikke må overse at felles aktiviteter, som musikk, kan dekke behov som omsorgsgivere også har (Ridder, 2016c; 2016:d). Stige og Kvamme (2016:118) skriver at; ”musikkterapeutisk praksis handler i særlig grad om å bygge bro mellom det ytre og det indre, og mellom mennesker i en situasjon”.

I gruppene står relasjonen i fokus. Ruud (2008:36) peker på at anerkjennelse utvikles gjennom at vi har en felles oppmerksomhet, og evne til inntoning og toleranse for forskjeller (Johns, 2008, Trondalen, 2008;2004). I det intersubjektive samværet har vi en felles oppmerksomhet mot musikken som noe vi deler (Hansen, 1991, Buber, 1992; Stern, 2004; Schanche og Binder, 2006; Johns, 2008; Trondalen, 2008; 2004; Ruud, 2015/1997). Personene (subjektene) i dette samværet er likeverdige deltakere, og anerkjennelsen i gruppa rettes mot både pleiere og pasienter.

Veiledning

Etter hver gruppe hadde jeg veiledning med personalet som deltok på gruppa. Det var fra en til tre personer, og fra 10-20 min. hver gang. Her hadde vi en dialog om hva som skjedde i gruppa, hva de la merke til av reaksjoner hos pasientene, og om hvordan de personlig opplevde å delta. Jeg var hele tiden opptatt å ha et fokus på den enkelte av personalet å oppmuntre dem og styrke dem som personer.

Sæter (2008) peker på viktigheten av at veilederen tydeliggjør sine egne verdier, dette setter hun i sammenheng med veileders kompetanse og tyngde, noe det er vanskelig for personalet å imøtegå. Og Frisk (2008) framhever viktigheten av at veileder skaper gode rammer for veiledningen. Om ikke de gode verdiene er på plass, kan det altfor lett skje at det blir en enveis-kommunikasjon; at personale blir objektivisert, noe som kan resultere i alt det ikke blir rom for å få fram de ressursene de har (Rolvjord, 2008).

5.2 Personalet oppdaget

Personalet uttrykker at gruppene var viktige for dem. De var der for å lære, men det skjedde noe personlig, på et indre plan, da de så hvordan musikken virker på pasientene (Ruud, 1990; Kvamme og Stige, 2016). De oppdaget noe de ikke hadde oppdaget før (Grendstad, 2016). Musikkterapien fikk en effekt på dem som førte til at det skjedde en endring i hvordan de så på pasientene. De var vitne til hvordan fellesskap og individualitet gjensidig konstituerer hverandre (Hansen, 1991).

Grendstad (2016) peker på at det ikke er nok å lære om verden jeg lever i, men også nødvendig å lære om og oppdage seg selv og hvilket forhold jeg står i til stoffet jeg lærer. Mitt forhold til andre mennesker og verden omkring meg er også vesentlig. Å oppdage innebærer at jeg oppdager meningen med det jeg gjør (Grenstad, 2016).

Oppdagelsen av musikkens virkning gjorde at personalet oppdaget meningen med musikkterapien. For det første så de ressurser hos pasienten som de ikke hadde sett før på denne måten (Rolvsjord, 2008; 2017), og de opplevde likeverd og gjensidig anerkjennelse som møtene skapte (Johns, 2008). For noen innebar dette store endringer, fra at de ikke ville synge, eller ikke turte å bruke sang i relasjonen med pasientene, til at de nå synger, noen stort sett hver dag. Det skjedde en endring i holdningene deres, noe de blant annet uttrykker ved at de blir mer bevisst på at pasientene ble subjekter, og at det er dem de er der for.

To viktig faktorer som etter min oppfatning var en forutsetning for at personalet skulle oppdage, var; 1. at Gjenklang ble gjennomført på avdelingen, og 2. i gruppene var de samme pasientene som de var sammen med til daglig. En av lederne som i flere tiår har jobbet innenfor eldreomsorgen, sier i intervjuet at hun i utgangspunktet var svært skeptisk til hvordan personalet skulle kunne lære å bruke sang og musikk på en slik ”nær” måte. Hun begrunner sin tro på Gjenklang slik:

L1: Jeg trodde på det å være til stede i miljøet, og vise hvor enkelt det kunne gjøres. (...) Dette er en start på å forstå hva sang og musikk kan bety.

De fleste kurs og opplæringer foregår utenfor institusjonene, og dermed får ikke personalet den samme unike muligheten til å oppdage, som de får når de ser at noe skjer med de pasientene som de kjenner. Dette kan etter min mening kalles en ”kortreist” form for kunnskapsoverføring.

5.3 Personalet handlet

Gjennom den prosessen personalet var i, fikk de ikke bare hjelp til å oppdage stoffet, men også til å erfare det (Grenstad, 2016). De fikk et direkte møte med det de hadde lært, og det hadde en ganske annen virkning på dem enn om de bare hadde hørt om bruk av sang i møte med pasientene. De fikk, i følge Grenstad (2016) en opplevelse av det de hadde lært, og dette møtet med kunnskapen i praksis, vekket kroppsreaksjoner og følelser som de ikke ville fått, om de kun hadde betraktet kunnskapen på avstand. ”Erfaringene brakte med seg noe helhetlig, direkte og nært” (Grenstad, 2016:136).

Sang og musikk representerer et felt som i manges bevissthet er forbundet med prestasjoner. Dette kan gjøre feltet vanskelig tilgjengelig for mennesker som ikke føler seg ”bra nok” eller ”flinke nok”. Det er flere av informantene som har sagt noe om hvor vanskelig det var for dem å skulle synge når andre i personalgruppa hørte dem. I tillegg kom jeg med min profesjon og har sang som hovedinstrument, og det gjorde det ikke lettere for dem. Personalet kan lett føle på usikkerhet og avmakt.

Som et viktig bidrag til å senke terskelen så mye som mulig, og legge til rette for at personelt kunne handle, bestemte vi oss for at vi ikke ville bruke instrumenter i gruppene. Vi brukte derfor cd-ene fra dag én. Dermed kunne vi også vise i praksis hvordan cd-ene kunne brukes, og håpet at det ville føre til at presset om å prestere ble mindre hos personalet. Det var svært viktig å skape den tryggheten personalet trengte for at de skulle våge å delta. Jeg var hele tiden opptatt av å styrke og oppmuntre dem til å kunne ta de nødvendig skrittene for å gå ut av komfortsonen sin.

L1 sier: ”Dette at personalet kun kan mime, og bruke cd-ene som støtte, er viktig for å senke terskelen for å komme i gang med sangen. Kunnskap om tilrettelegging, som Gjenklang også fokuserer på, er også viktig”.

For personalets handlet det om å se eller oppdage musikkens potensialer (”affordance”) (De Nora, 2000). Måten musikken ble tatt i bruk på (”appropriations”) vil avgjorde om den ble en helseressurs for pasienten eller ikke, og det er kun når musikken tas i bruk at den kan bli en helseressurs (De Nora, 2000). De Nora (2000) sier at meningen avgjøres ut ifra hvordan og på hvilke måter musikken brukes (De Nora, 2000, Rolvsjord, 2008). Det er derfor viktig at personale lærer å ta musikken i bruk, slik at den kan få en helseeffekt for pasientene (Rolvsjord, 2008:131).

Jeg formidlet hele tiden at det er blikket og måten personalet er til stede på, som er det viktigste, og ikke stemmen. Zangi, (20012) påpeker betydningen av å ha et oppmerksomt nærvær, noe som er svært viktig i forhold til denne sårbare pasientgruppen. Slik satte jeg dette ”nye” i en forbindelse med den jobben de allerede var satt til å gjøre på sykehjemmet.

De mestret

Modellering, som ”kortreist” kunnskapsformidling, har den fordelen at alt foregikk i miljøet en er kjent i, og det ble kort vei fra kunnskapsformidlingen til den umiddelbare erfaringen av den samme kunnskapen. De som handlet fikk en umiddelbar mestringserfaring av det de hadde lært (Bandura, 1997). Tabellen nedenfor⁶ gir et tydelig bilde av ”et før” og ”et etter” for personalet.

Personalet fikk muligheter til å prøve ut i praksis det som de hadde lært, og fikk umiddelbart erfare virkningen av utprøvingen. Jeg mener at det, på bakgrunn av de dataene jeg har fått, kan være grunnlag for å si at; ved at de valgte å handle, ved hjelp av miljøverktøyet, etter å ha blitt berørt av musikkens virkning, kan tolkes som at personalet har fått ”nye handlemuligheter” (Ruud, 1990; Krüger, 2008).

Lederne bekrefter at den største styrken ved Gjenklang er at vi var til stede på avdelingen og at vi hadde gruppene selv slik at personalet fikk mulighet til å oppleve musikkterapien og se hva som skjedde med pasientene, og at vi hadde et ”verktøy” som var enkelt å bruke for personalet.

Bandura (1997) mener at det er fire store kilder til mestringstro: mestringserfaringer, andres erfaringer, sosial overbevisning og fysiske reaksjoner. Han peker på at den mest effektive måte å utvikle sterk grad av mestringstro er gjennom mestringserfaringer. Ved å fullføre en oppgave eller aktivitet styrkes mestringfølelsen og troen på mestring. Det å ikke mestre en oppgave eller en utfordring tilstrekkelig kan undergrave og svekke mestringstroen (Bandura, 1997). I intervjuet forteller en av informantene om hva hun tenkte før denne opplæringen:

P1: Jeg sang ikke med dem. Jeg var ikke komfortabel i det hele tatt. Jeg synger som ei kråke. Jeg hadde ikke lyst å være med på prosjektet i grunnen.

Etter opplæringen formidles en helt annen holdning fra samme person:

P1: Det er så viktig med sang, så det må bare inn. Så jeg og min kollega har bestemt oss for at vi må bare jobbe med det å bli komfortable. Og jo mer en synger, jo bedre er det.

⁶ Tabellen vises på side 60.

Så må jeg bare tenke at jeg synger med den stemmen jeg har, selv om jeg synger som ei kråke. Men dette er min jobb, og hvis jeg kan skape noe glede, så er det derfor jeg er her.

Her har det skjedd en endring. Informanten har forstått at sang er viktig, og at det ”bare må inn” (Kvamme, 2008). Hun har stor mestringstro, og det påvirker hennes motivasjon til å lære mer, hennes prestasjoner til å våge å gå ut av komfortsonen sin, og å gjøre noe hun ikke torde tidligere (Bandura, 1997). Hennes sterke ønske om å skape glede og innhold i dagene for pasientene, viser at dette er tilfelle.

5.4 Forankring

Om det har skjedd en forankring, kan diskuteres. På den ene institusjonen er de kommet svært langt i forankrings-prosessen, og de er et helt annet sted enn de var før de gikk i gang med Gjenklang. På den andre institusjonen har det vært mange forstyrrende faktorer som lederne mente hadde gjort det vanskelig for dem å komme videre i forankrings-prosessen. De uttrykker likevel at de ikke er ferdige, og at dette ikke må stoppe her.

Oppfølgingen

Informantene forteller at oppfølgingen var viktig. I oppfølgingen la jeg vekt på fleksibilitet, og hadde et individuelt fokus. Jeg hadde mye veiledning, og inviterte til at personalet også kunne snakke med meg individuelt.

Da jeg kom, stusset jeg hver gang over at de alltid ønsket at jeg skulle ha grupper når jeg var der. Jeg tenkte at dette handlet om at de vegret seg for å lede gruppene selv når jeg var der, og det kan hende at det også var slik. At dette også handlet om å oppleve musikkterapeutisk tilnærming, og å se musikkens terapeutiske virkning på pasientene, det reflekterte jeg ikke over.

Dette var spennende funn, og vil ha store konsekvenser for det videre arbeidet med Gjenklang. Personalet uttrykker at de har fått en ny selvforståelse som et resultat av den mestringen de har erfart. Her forteller en av informantene om bevisstheten og motivasjonen som hun og andre på hennes avdeling har fått etter denne opplæringen:

P2: Vi har hatt mange prosjekter her, og det tar tid å få implementert det. Men jeg føler at dette begynner å bli implementert nå. Nå vet vi hva vi gjør. Vi setter ikke på musikk uten at vi tenker på hva vi gjør; hva er det som skjer her, hva ser vi etter (...) Personalet setter ikke på musikken, for å gå og gjøre noe annet. Det hender jo på formiddagen at det står noe musikk på i bakgrunnen, og det er helt i orden, men hvis vi skal synge, så er det en stor bevissthet om

hva vi skal gjøre. Jeg er absolutt blitt mer motivert til å bruke sang etter denne opplæringa. Vi snakker mye her om det at alle ser at dette er noe som er fint å bruke. De ser verdien av det. Dette er ikke bare et prosjekt, og nå legger vi det vekk, nei vi har sett viktigheten av det, og at det er veldig flott for våre beboere. Det å tenke på hva de liker av musikk, det er ikke bare å sette på noe. Før så hadde vi den trekkspillmusikken som gikk og gikk på tv-en hele tida. Men den er der aldri lenger. Nå har vi lært at musikk også kan være støy. Men vi må ha ro, når det skal være rolig, ja litt sånne ting. Ja, vi har lært mye, og alle på avdelingen synes det er fint å bruke musikk.

Lederansvar

Det er først og fremst ledernes oppgave å forankre ny kunnskap inn i avdelingen (Jenssen, 2005). De må sørge for at kunnskapen blir en del av avdelingens tankegang og virksomhet, og at kunnskapen gjenspeiles i holdninger og handlinger hos de ansatte (Jenssen, 2005).

Personalet på sin side har ansvar for å følge opp med den kunnskapen de har fått.

Det er altfor mange ledere som ikke vet nok om bruk av sang og musikk, og som mener at det må andre ta seg av. At alle har rett til musikk (Small, 1998; Rolvsjord, 2008; Stige, 2008) er en grunnleggende forutsetning for musikkterapeuter. Ledere må ta utfordringen ved å legge til rette for at pasientene skal få denne "rettigheten". Pasientsentrert omsorg (Kitwood, 1997; Brooker, 2013) handler først og fremst om å ta hele mennesket på alvor, og bidra til at det indre livet; med de ressursene og den vitaliteten som ligger i hvert enkelt menneske, skal få komme til uttrykk. Stern (2003) peker på at vitalitet er manifestasjon av liv. Gjennom ulike vitalitetsformer og ved å bruke ressursene som sang/musikk representerer, kan pasientene oppleve seg som levende og verdifulle mennesker til glede og berikelse for personen selv og for omgivelsene på sykehjemmet.

Ønske om å lære mer

Flere av personale uttrykker ønske om å lære mer. Jeg har hele tiden søkt å sette opplæringen inn i en større sammenheng, for å forhindre at de skulle tenke og tro at når de har vært igjennom Gjenklang så er de ferdig utlært. Jeg har derfor oppmuntret dem til å søke mer kunnskap, og til å ta imot tilbud om andre kurs, for eksempel i Demensomsorgens ABC. Til min store glede hadde 15 personer fra en av de to institusjonene meldt seg på Musikkbasert Miljøbehandling denne høsten. De utgjorde til sammen over 30% av deltakerne på kurset, og rekrutteringsområdet for kurset var to store fylker med i alt over 50 sykehjem.

P1: Ja nå vil jeg gjerne komme videre. Jeg tror det kommer en dag at jeg vil tørre å bare sitte og synge fra sangboka. Jeg er blitt mer nysgjerrig på musikk, og jeg har lyst til å lære enda mer. Jeg har lyst til å utvide meg.

Her forteller informanten at hun har fått trygghet for videre utforskning, og informanten forteller at hun ønsker å ”utvide” seg. Trondalen (2008) snakker om en systemisk utvidelse, som settes i forbindelse med en tydeliggjøringsprosess av egne følelser og tanker, mens Ruud (2008) snakker om utvidelse av ressurser, og i form av nye handlemuligheter (Ruud, 2008; Rolvsjord, 2008).

6 Avsluttende drøfting

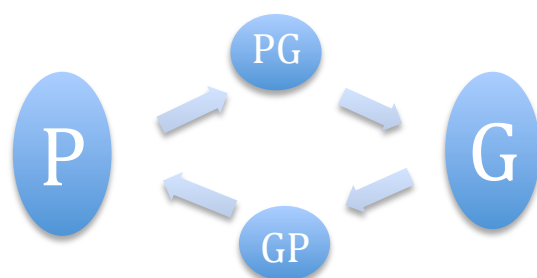
I dette kapitlet vil jeg gjøre en oppsummerende drøfting av oppgavens problemstilling sett i lys av undersøkelsens resultater. Jeg vil derfor gjenta oppgavens forskningsspørsmål for leseren:

”På hvilken måte kan Gjenklang legge til rette for at personalet anvender sang i intersubjektive møter med pasienter på to norske sykehjem?”

6.1 ”Å lære er å oppdage”

Metoden vi valgte for Gjenklang legger stor vekt på at personalet skal oppdage og erfare meningen med å bruke sang i relasjonen til pasientene. Vi legger vekt på å få fram at sangene og musikken som tilhører de eldres livsrepertoar er viktige ressurser som kan skape mestringsopplevelser og økt livskvalitet for pasientene. Dette er perspektiver som kan styrke personalets opplevelse av mening, og slik jeg oppfatter Grendstad (2016), kan dette være en forutsetning for å oppdage, og dermed for å lære.

Med utgangspunkt i datamaterialet, vil jeg se på forholdet mellom informasjon som dannes gjennom forestilling eller tolkning, og den informasjonen som dannes via sansene (Grendstad, 2016:42) Jeg har bearbeidet modellen og satt G (for Gjenklang) inn i feltet for O (Objekt), dermed blir relasjonene som følger:



P: Pleier

G: Gjenklang, inkludert Musikkerapeuten

PG: De verdier, egenskaper og karakteristika Pleieren projiserer over på Gjenklang

GP: Data/informasjon som kommer fra Gjenklang gjennom Pleierens egne sanser

Med utgangspunkt i den objektive beskrivelsen, eller definisjonen av Gjenklang var det muligheter for forskjellig mening om Gjenklang på sykehjemmene. Meningen kommer ikke ut av ingenting, men fremkom gjennom et samspill i relasjon mellom Pleieren (P) og

Gjenklang (G). Eller, sagt på denne måten: med den begrensning eller spillerom som beskrivelsen gav, fikk Gjenklang forskjellig mening for de ulike Pleierne (Grendstad, 2016:49).

Gjennom hele opplæringsfasen så jeg det som min primære utfordring, det som ifølge Grenstads modell er; å hele tiden søke og å se pleierne an, og å gi en individuell beskrivelse av Gjenklang så langt det var mulig (Grendstad, 2016). Slik kunne den enkelte pleier få mulighet til å endre mening i prosessen. Slik jeg forstår Grendstad (2016), er det å skille mellom de data en får fra en person eller et objekt fra det en tillegger personen eller objektet, den største utfordringen som personalet har hatt, fordi det var der de fleste misforståelser og konflikter ville kunne oppstå for dem (Grendstad, 2016).

Data som kom fra Gjenklang, og som påvirket sansene til Pleierne (GP) vil i særlig grad være forskjellig fra person til person. Skal det ha noen betydning, må pleieren være seg det bevisst, fordi ren sansedata er noe ganske forskjellig fra tolkninger og vurderinger (Grendstad, 2016). Gjenklang kan tillegges, eller få forskjellig mening alt etter hvem som har med opplæringsprogrammet å gjøre. Den mening en person opplever i møte med Gjenklang, vil neppe noen gang være identisk med den mening en annen finner i møte med dette samme opplæringsprogrammet. Dette har ifølge Grenstad (2016), å gjøre med kompleksiteten av ”objektet” Gjenklang (Grendstad, 2016:44): ”Det objektivt gitte får forskjellig mening alt etter hvem det er som har med dette objektivt gitte å gjøre”.

Hva personalet forestilte seg, eller tilla Gjenklang, ut ifra det som sansene fortalte dem, hadde med relasjonen PG å gjøre. Å projisere, betyr egentlig ”å kaste forover” (prosjektil); jeg kaster mine forestillinger og tolkninger over på den eller det jeg iakttar (Grendstad, 2016:48). I denne sammenhengen kunne det skje at personalet tilla Gjenklang trekk, egenskaper, motiver, eller liknende, også utover det som de ”rene” sansedata fortalte dem.

Læringsprosesser er mangeartede, og mennesker er ulike (Grendstad, 2016). Det har nok vært mange forskjellige historier fra person til person om Gjenklang, om hvordan de opplevde programmet, undervisningen, gruppene, meg som musikkterapeut, cd-ene og sangbøkene, osv. Men noen fellestrekk har likevel kommet til syne gjennom denne undersøkelsen: De som våget å ha en åpen og nysgjerrig holdning til det som skjedde rundt seg, har ifølge Grendstad (2016) stilt seg selv i en svært gunstig lærings situasjon. Og de som gikk videre og handlet, fikk mestringsopplevelser, og opplevde i praksis det de hadde lært. Bandura (1997) peker på at den mest effektive veien for å utvikle sterk grad av mestringstro, går gjennom mestrings erfaringer. Dette kaller Grenstad (2016) for erfaringslæring Dette

begrepet brukes ofte som en betegnelse for læringssituasjoner hvor prinsippet om å oppdage står i sentrum (Grendstad).

En av informantene sier dette i intervjuet: ”Før var det mange av personalet som sa at de ikke kunne synge, men nå er det ingen som sier det”. Tabellen nedenfor viser tydelige endringer hos informantene i beskrivelsen av egne ferdigheter før og etter Gjenklang, og den viser, etter min oppfatning, at de hadde fått mestringsstro (Bandura, 1997):

Informant	Før opplæringen	Etter opplæringen
P1	<p><i>Jeg sang ikke med dem.</i></p> <p><i>Jeg var ikke komfortabel i det hele tatt.</i></p> <p><i>Jeg synger som ei kråke.</i></p> <p><i>Jeg hadde ikke lyst å være med på prosjektet i grunnen.</i></p> <p><i>Jeg får høre det, om jeg synger hjemme. Jeg har ikke kunnet synge i kirka heller.</i></p>	<p><i>Jeg jobber med å bli komfortabel med sang, for det er jo så viktig. Og jo mer jeg synger, jo bedre er det.</i></p> <p><i>Jeg har blitt sånn, at nå får de bare synes hva de vil om min stemme.</i></p> <p><i>Jo mer vi synger, jo tryggere blir jeg.</i></p> <p><i>Ja, nå synger vi hver dag.</i></p>
P2	<p><i>Helt greit. Jeg tok initiativ til å synge.</i></p> <p><i>Jeg trodde det var bare å synge.</i></p>	<p><i>Jeg fikk en enorm aha-opplevelse første gang jeg var med i gruppa du hadde. Jeg skjønte effekten av sang, at det ikke handlet om å kunne tekstene, men hva det gjør med kroppen, om gleden, gjenkjennelsen og mestringsen. Ja, vi tenker på en annen måte nå. Dette er et av de gøyeste prosjektene som jeg har vært med på, og jeg har vært med på mange prosjekter her. Dette har fengst alle, og alle har forstått viktigheten av det. Det er gøy! Ja det er virkelig gøy!</i></p>
P3	<p><i>Svært lite, nei, nei, nei</i></p> <p><i>Jeg synes det var litt sånn pinlig å synge. Fordi jeg var ikke vant til å synge aleine.</i></p>	<p><i>Etter kurset er det mye mer fokus på sang. Så nå synger jeg mer selv, og i lag med brukerne også. Jeg tør å ta i også.</i></p> <p><i>Nå bruker vi veldig mye sang her, ja, så det har på en måte hjulpet meg. Jeg kvitte meg veldig, men det var faktisk en god opplevelse til slutt.</i></p>
P4	<p><i>Glad i å synge, men ikke så andre hørte det.</i></p>	<p><i>Når jeg har cd-ene, så er det greit å synge, den er en tilleggsstemme til min stemme. I begynnelsen hadde vi bare din stemme på litt høyere, og så ble det litt mer og mer av min stemme etter hvert.</i></p>

6.2 ”Personsentrert opplæring”

I musikkterapien er de intersubjektive relasjonen viktige (Ruud, 2008, Johns, 2008, Trondalen, 2008). I et intersubjektivt møte ser og anerkjenner mennesker hverandre som likeverdige subjekter. Jeg mener at det er grunnlag for å si at det i musikkterapigruppene ble skapt en likeverdig relasjon mellom deltakerne, hvor alle hadde mulighet til å påvirke samspillet (Trondalen, 2008).

Kvalbein (1999:89) sier: ”Modellering blir særlig knyttet til vekt på tilpasset, interessevekkende undervisning og elevsentrering”. Personalesentreringen går ut på å se den enkelte, og legge til rette for individuelle behov hos personalet for at de skal komme videre i sin læringsprosess. Gjennom hele opplæringsprosessen var personalet i fokus, og derfor kan det være grunnlag for å kalle dette for *personsentrert opplæring*.

Innenfor musikkterapifaget er det en grunnholdning å ha fokus på menneskers ressurser, og at disse også kan utvides (Ruud, 2008, Rolvsjord, 2008). I Gjenklang er dette ikke bare noe som bare gjelder pasientene, men også personalet, noe vi søker å legge til rette for. For å lykkes med dette vil relasjonen vi utvikler til personalet spille en vesentlig rolle. Utfordringen er størst for dem som er ukomfortabel med tanken om å skulle bruke sang og musikk, og som ikke ønsker å være med.

Som ansvarlig for opplæringen er det mitt ansvar å sørge for så trygge rammer som mulig for personalet i kunnskapsutviklingen (Frisk, 2008). Jeg må sørge for at det er et utviklingsrom også for dem som i utgangspunktet ikke vil eller har lyst til å være med (Grendstad, 2016, Frisk, 2008). Det må være lov å ha disse følelsene, uten at en skal føle seg på utsiden. Min utfordring er å skape et klima for læring og samarbeid som alle kan føle seg komfortable i (Frisk, 2008).

Yahlom (2009) kaller klientene sine for reisefeller, ”vi er alle i samme båt”, sier han. Jeg tror dette er en viktig innstilling. Jeg må ha oppmerksomhet på mine muligheter til å ”bygge ned de murene” som lett kan komme mellom oss. Personalet må merke at jeg er genuint interessert i dem og den jobben de gjør overfor pasientene. Jeg må ikke stille meg ”over” dem, men være et autentisk medmenneske først og fremst. For at de skal ”oppdage” og komme videre, er det min utfordring å legge til rette for at denne prosessen får så gode kår som mulig. Å lykkes er en lang prosess, men det handler først og fremst om holdninger, mine holdninger. I tillegg må jeg vise en ekte respekt for følelsene pleieren har, og søke å finne fram til hva som kan vekke motivasjon og interesse for det jeg ønsker å formidle (Grendstad, 2016).

Personalet merker fort om jeg er interessert i dem, eller om jeg er mest opptatt av å lykkes selv. De vil også merke om jeg har en reell omsorg for dem og respekt for følelsene deres. Bandura sier at det er viktig å tilpasse undervisningen til hver enkelt elev slik at man kan åpne for mestring (Bandura, 1997), og han hevder at mennesker kan bli overtalt til å tro at de har de evner og ferdigheter som kreves for å lykkes. Det å få verbal oppmuntring fra andre kan hjelpe dem å overkomme tvil på egne evner, og heller fokusere på å ta fatt i oppgaven etter beste evne (Bandura, 1997).

Gjennom å ha et individuelt fokus i undervisningen, er det mulig å fokusere på ressursene til den enkelte, og søke å sørge for at den enkelte skal føle seg sett og bekreftet. Både i gruppene og i veiledningen i etterkant var dette en klar målsetting. Jeg la vekt på at den enkelte skulle få anledning til å komme fram med egne tanker om det de selv også opplevde i gruppene. Jeg oppmuntret dem til å prøve seg fram på egen hånd, vise respekt for egne følelser, og våge å ta et ”bittelite musesteg” ut av egen komfortsone, i riktig retning; mot å våge å synge med pasientene. Og understreket gang på gang at det ikke er hvor langt en er kommet på ”denne veien” som er det viktigste, men at en er på vei i riktig retning.

6.3 Kvalitetssikring

Jeg har i problemstillingen, og i teoridelen valgt å bruke intersubjektive møter som et fokusområde. Dette gjenspeiler mitt engasjement for å motvirke objektiviseringen av mennesker i omsorgstjenestene. Det var på et tidspunkt diskutert om det vi drev med i Gjenklang var omsorgssang. Jeg reagerte på dette ordet instinktivt. Grunnen til det er at jeg mener at sang i demensomsorgen bør ha en status som ikke i utgangspunktet forbindes med omsorg. Det kan det selvsagt også være. Men sang i intersubjektive møter, bekrefter pasientens subjektivitet, noe som vi er satt til å bidra til skal skje.

Det er altfor mange områder hvor farene for objektivisering er overhengende for pasienter med demens. Her har vi en arena, hvor pasientene ofte kan mer enn pleierne. Da er det en mulighet for at pasientene kan lære personalet noe. Og denne muligheten er det viktig å synliggjøre, samt bevisstgjøre personalet om det er en menneskerett å få bruke sine ressurser i alle faser av livet. Dette, mener jeg, kan bidra til at pasienten får bekreftelse på at vi mener det vi lærer at vi *;anerkjenner menneskets absolutte verdi, uavhengig av alder eller kognitiv funksjon*, at vi *;vektlegger det unike hos hvert enkelt menneske*, at vi *;Evner til å forstå verden, sett fra personens perspektiv*, og at vi prioriterer: *Etablering av støttende sosialt miljø som dekker personens psykologiske behov* (VIPS-modellen).

Det er svært mye personalet kan lære, og de kan bli dyktige, men de blir ikke musikkterapeuter. Her kan en sammenlikning med en helsefagarbeider som lærer god pleie av sykepleieren, være en god metafor. Vedkommende forblir helsefagarbeider selv om hun blir svært dyktig som pleier. Sykepleieren trengs fremdeles, hun skal sørge for at den faglige standarden er tilfredsstillende og kvalitetssikre pleien. På samme måte er det med sang og musikk. Alle kan lære mye om bruk av sang og musikk, men de blir ikke musikkterapeuter. Musikkterapeuten er viktig og nødvendig for å sørge for at den faglige standarden for musikktiltaket/aktiviteten er tilfredsstillende og for å kvalitetssikre at det som foregår ivaretar pasientens personverd. Å bruke sang og musikk i samhandling med pasienter er en sårbar virksomhet som kan gjøre skade om ikke kvalitetssikringen fungerer. Musikkterapeuter er den faggruppen som er utdannet for å favne denne nødvendige og viktige samfunnsoppgaven.

7 Oppsummering og avslutning

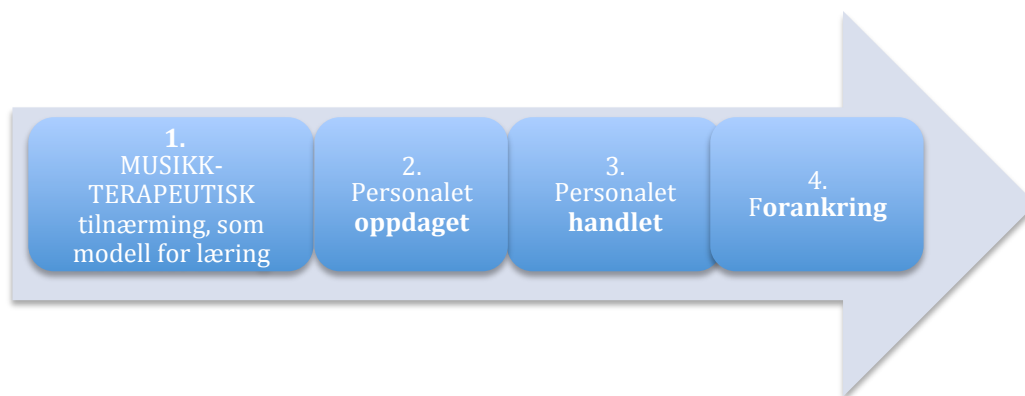
Opplæringsprogrammet formidler kortreist kunnskap med umiddelbar overføringsverdi til hverdagen på institusjonen. Musikkterapeutisk tilnærming er modell for læring, og personalet er deltakere i grupper sammen med pasientene i opplæringsperioden. Sang og musikk som de eldre har et forhold til, skaper gjenkjennelse, og får fram både vitalitet og minner hos pasientene. Personalet læres opp i en enkelt metode, hvor de får et tilrettelagt miljøverktøy som støtte i egen praksis. Personalet trenger derfor ikke å være opptatt av egne prestasjoner og ferdigheter, men kan mime og likevel erfare at sangen fungerer i gruppa.

Det viktigste redskapet personalet har er ikke stemmen, men blikket. Forutsetningen for at sangstundene skal fungere, som intersubjektive møter mellom likeverdige mennesker, er at personale har et oppmerksomt nærvær inn mot den enkelte i gruppa (Zangi, 2012). Gjennom Gjenklang har vi søkt å legge til rette for at alle skal ha mulighet til å mestre å bruke sang i intersubjektive møter med pasientene. Vi har lagt lista lavt, slik at alt personale, uavhengig av bakgrunn og etnisitet skal være i stand til å kunne skape ei sangstund med en eller flere pasienter. De viktigste ferdighetene som Gjenklang kan bistå personalet med er følgende:

1. Kunnskap om, og egen oppdagelse av musikkterapeutisk tilnærming, og hvordan sangen/musikken påvirker pasientene.
2. Miljøverktøy som hjelper dem å handle, og til å fokusere på pasienten og ikke på egne prestasjoner og eventuelle mangelfulle musikalske ferdigheter.
3. Forståelse av tilstedeværelsens betydning i samvær med pasienter, som muliggjør at intersubjektive møter kan finne sted.

Lederne må selv motiverer og inspirerer til at den nye kunnskapen settes i system, de må se personalet i den jobben som de gjør for å bidra i implementeringsprosessen, og holde tak i og ta ansvar for forankringsarbeidet. Dette kan ingen andre gjøre for dem.

Jeg vil fremstille hovedpunktene i undersøkelsen, uten underpunkter, i et relasjonsdiagram i prioritert rekkefølge, for å illustrere det jeg oppfatter som ulike trinn i utviklings- eller læringsprosessen i Gjenklang. Denne kunnskapsviklingen er svaret på denne studiens problemstilling: ”På hvilken måte kan Gjenklang bidra til at personalet sang i intersubjektive møter med pasienter på to norske sykehjem?”



7.1 Tilbakeblikk og kritisk vurdering av eget arbeid

Jeg har vært svært kritisk til dette masterarbeidet, og stilt meg spørsmål gjennom hele prosessen om jeg vil mestre de utfordringene som denne oppgaven har gitt meg. Å forske på egen virksomhet er ikke lett for noen, og særlig ikke for en nybegynner. Det mest krevende var analyseprosessen. Jeg brukte mye tid og krefter på søke innover i datamaterialet, men tror jeg til slutt fant noe som er konsistent, og som står godt på egne bein.

Jeg fikk noen overraskelser underveis. Informantene trakk fram at musikkterapeutisk tilnærming i praksis var viktig for å oppdage hva de selv skulle gjøre i sin praksis. Dette var overraskende, og ny kunnskap for meg! Denne informasjonen vil påvirke hvordan Gjenklang vil bli utformet for framtiden.

Jeg hadde et spørsmål om forbedringspotensialer i intervjuguiden, og det kom tydelig fram i intervjuene med lederne, og indirekte fra noen av personalet, at den teoretiske undervisningen ikke hadde fungert optimalt. Dette var også viktig informasjon som vil få konsekvenser for Gjenklang. En av lederne sier dette i intervjuet:

L1: Jeg tror dere hadde forventninger til at teoretisk undervisning skulle bety mye, men jeg tror den praktiske undervisningen har betydd vel så mye. Jeg tror ikke dere treffer med så lang forelesning (1,5 timer). Jeg tror dere må stille flere spørsmål, kommentere det de har erfart, og komme med faget ut ifra hvor de er som personell.

Spørsmålene i intervjuguiden var jeg ikke helt fornøyd med, muligens fordi de måtte formes litt tidlig i prosessen. Jeg håper også forforståelse min ikke har påvirket arbeidet, og at jeg har vært tilstrekkelig åpen for ny informasjon. Etter hvert som jeg har jeg satt mer og mer pris på kritiske ytringer, synes jeg informantene var altfor snille og positive i sin omtale av Gjenklang. Om jeg har mestret å se alt det som dukket opp langs veien, skal jeg ikke påberope meg (Malterud, 2017), men jeg håper jeg har sett nok til at denne studien ikke

bærer for mye preg av meg og mine forestillinger, men at det leseren sitter igjen med informantene fortellinger, og om hva som var viktig for dem.

7.2 Prosjektets betydning for meg selv

Masteroppgaven har gitt meg en sterkere tro på at erfart kunnskap om musikkterapeutisk tilnærming kan fungere som en døråpner til nye holdninger og ny praksis hos helsepersonell. Holdninger som er preget av at de har sett noe av hvilke ressurser pasientene har, spesielt i forhold til sanger de kan eller drar kjensel på.

Prosjektet har vært spennende. Jeg har fått innblikk i forskningsmetoder og teorier, og lært å bruke dem i praksis. Dette er nyttig kunnskap å få, uansett hva det skal brukes til i framtida. Faget har fått nye dybder og større bredder for meg. Det vitenskapelige arbeidet har gitt en innsikt og forståelse for andres perspektiv, og jeg har fått en større respekt for andres utviklingsprosess, på samme måte som jeg har fått det for min egen.

Å forske på eget arbeid har vært følelsesmessig krevende, fordi jeg har vært så redd for å ikke mestre å gjennomføre på en korrekt og på samme tid uavhengig måte. Jeg har gjennom hele prosessen hatt et sterkt ønske om å oppleve frihet til å være nytenkende og i stand til å lete fritt i datamaterialet etter funn som kunne gjøre oppgaven spennende og lesverdige for andre. Om jeg har lyktes med det, må andre avgjøre.

Uansett er jeg beriket med ny kunnskap om både læringsprosesser og relasjoner, og jeg går videre i min gjerning både mer inspirert og mer ydmyk for andre menneskers livsverden og for deres personlige og faglige innsats og utfordringer. Fremfor alt har jeg gjennom hele prosessen latt meg begeistre igjen og igjen over musikkterapifagets mange og unike muligheter for å kunne bidra til at kvaliteten på tjenestene innenfor eldreomsorgen kan bli mye bedre enn de er i dag.

Pasientene fortjener det aller beste. I deres hverdag er det en overhengende fare for å oppleve seg som objekt. Her kan sang/musikk gjøre en stor forskjell; motvirke fragmentering, skape anerkjennelse og trygghet, og styrke opplevelsen av personverd. Gjennom autentiske intersubjektive møter, hvor pasientene opplever å få bruke sine ressurser, og hvor likeverdighet og varme preger samværet, vil både pasienter og personale bli sett og styrket i hverandres nærvær. Håpet mitt er at dette blir en realitet i hverdagen på alle norske sykehjem.

7.3 Veien videre

Veien videre med Gjenklang blir spennende og utfordrende. Jeg er styrket i min tro på at Gjenklang kan ha en plass blant ulike andre opplæringsmodeller. Opplæringsprogrammet er enkelt, og det er innebygget i selve modellen at det kan tilpasses ulike behov, og tilrettelegges med hensyn til lokale forhold. Denne opplærings-modellen av kortreist kunnskap og personsentrert opplæring, kan forhåpentligvis bidra til å gjøre det lettere for dem som ikke melder seg på annen opplæring i bruk av musikk, de som tenker at ”dette er ikke noe for meg”, eller ”jeg overlater dette til dem som virkelig kan det”. Skal sang/musikk settes i system, så må alle ha et minimum av kunnskap, slik at de kan møte pasientene i forhold til denne viktige delen av deres livsverden.

Det er ikke enkelt å forankre nye tiltak som ikke er blitt lovfestet i direktivene fra helsemyndighetene, og derfor vil sang/musikk fortsatt være avhengig av lederes innsats og dyktighet. De må forstå viktigheten av å prioritere sang/musikk innenfor demensomsorgen spesielt, og palliasjonsfeltet generelt. Det er ikke nok å ønske det, eller å ville det, her må det handling til for å sette det i system. Derved vil de også kunne komme nærmere den standarden som myndighetene har satt for eldre- og demensomsorgen.

Det var en stor og gledelig oppmuntring at Gjenklang ble beskrevet i den nye stortingsmeldingen som kom i mai 2018: Meld. St. 15 (2017-2018) *Leve hele livet - En reform for eldre*. Her skriver de på side 137, i kapitlet om miljøbehandling, og jeg siterer:

”Gjenklang er et opplæringstiltak for bruk av sang i samværet med personer med demens. I Songdalen kommune brukes sang og musikk aktivt som miljøtiltak for beboere i sykehjem, dagsenter og omsorgsboliger. Gjenklang skal bidra til gode stunder for beboere og pasienter. To musikkterapeuter har funnet fram til sanger den eldre generasjonen lærte på skolen. De har sunget sangene inn på CD, i et tempo og toneleie som passer de eldre. Sangen legger til rette for samtaler rundt minner som dukker opp. Musikkterapeutene har undervisning for personalet på arbeidsplassen, der de viser hvordan ansatte kan bruke dette som verktøy, selv om de ikke selv ønsker eller tør å synge”.

Litteraturliste

- Arnesen, Merete Tobiassen (2008). Musikkterapi i praksis - praksis i musikkterapi. Om praksislærerens rolle i musikkterapistudiet. I G. Trondalen og E. Ruud (red.) *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi*, s. 317-329. Skriftserie fra Senter for musikk og helse, vol. 1. Oslo: Norges musikkhøgskole.
- Bandura, A. & Locke, E. A. (2003). Negative Self-Efficacy and Goal Effects Revisited. *Journal of Applied Psychology*. Vol. 88, No. 1, 87–99. Copyright 2003 by the American Psychological Association, Inc.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The exercise of Control*. New York: Freeman & Company
- Brooker, D. (2013). *Personsentrert demensomsorg-veien til bedre tjeneste*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Bruscia, K. (2014/1998). *Defining Music Therapy*. 3rd Edition. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Brækhus, A., & Lillesveen, B. (2005). *Utredning av demens: Organisering og samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten*. Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse.
- Buber, M. (1992). *Jeg og Du*. Oslo: Cappelen.
- Clements-Cortés, A. (2004) *The use of music in facilitating emotional expression in the terminally ill*. BMT, MTA. American Journal of Hospice & Palliative Medicine 255 Volume 21, Number 4, July/August 2004
- DeNora, T. (2000). *Music in Everyday Life*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Egset, A. S. og Salhus, Ø. (2014). *Kultur for sang og musikk? – et pilotprosjekt om systematisk bruk av musikk i demensomsorgen*. Høgskulen I Volda. Møreforskning.
- Engedal, K. (2003). *Demens og demenssykdommer*, s. 125-185, i Knut Engedal og Torgeir Bruun Wyller (red.). *Aldring og hjernesykdommer* (1. utgave, 2. opplag,

2004). Oslo: Akribe Forlag.

Fangen, K. (2011). Deltagende observasjon, I: Katrine Fangen & Ann Mari Sellerberg (red.), *Mange ulike metoder*. 2. Utgave. Gyldendal Akademisk. ISBN 9788205413917. Kapittel 5.

Frisk, R. S. (2008) Musikkterapeutisk rådgiving i et statlig kompetansesenter. I G. Trondalen og E. Ruud (red.) *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi*, s. 317-329. Skriftserie fra Senter for musikk og helse, vol. 1. Oslo: Norges musikkhøgskole.

Grendstad, N. M. (2016). *Å lære er å oppdage: prinsipper og praktiske arbeidsmåter i konfluent pedagogikk*. Oslo. Didakta Norsk Forlag AS.

Hansen, B. R. (1991). *Intersubjektivitet: Et nytt utviklingsperspektiv?* Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 28, 568-578.

Helse- og omsorgsdepartementet (2018). Meld. St. 15 (2017-2018) *Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre*. Regjeringen.no. Hentet fra:
[Meld. St. 15 \(2017–2018\) - Leve hele livet.](#)

Helse- og omsorgsdepartementet (2017). NOU. På liv og død - Palliasjon til alvorlig syke og døende Norges offentlige utredninger 2017:16, Hentet fra:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-16/id2582548/?q=nou.%20på%20liv%20og%20død>

Helse- og omsorgsdepartementet (2016). *Flere år – flere muligheter. Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn*. Regjeringen.no. Hentet fra:
<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/flere-ar--flere-muligheter/id2477940/>

Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Demensplan 2020. Et mer demensvennlig samfunn*. Oslo: Departementets sikkerhet- og serviceorganisasjon. Hentet fra:
https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet (2013). *Morgendagens omsorg*. Meld. St. 29 (2012-2013).

Hentet fra: Regjeringen.no: Departementets servicesenter

Helsedirektoratet (2010). *Utvikling gjennom kunnskap, Utviklingssenter for sykehjem og Hjemmetjenester-en nasjonal satsning, Overordnet strategi 2011-2015*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/sykehjem-og-hjemmetjenester/utviklingssenter-for-sykehjem-og-hjemmetjenester>

Jenssen, S. A. (2005). *Mer effektivt prosjektarbeid. I offentlig og privat virksomhet*. 3. Utgave. Universitetsforlaget.

Johns, U. T. (2008). ”Å bruke tiden – hva betyr egentlig det?” Tid og relasjon – et intersubjektivt perspektiv. I G. Trondalen og E. Ruud (red.) *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi*, s. 67-83 Skriftserie fra Senter for musikk og helse, vol. 1. Oslo: Norges musikkhøgskole.

Kitwood, T. (1997). *En revurdering av demens –personen kommer i første række*. Frederikshavn: Dafolo forlag.

Krafttak for Sang (2018). *Syngende Eldreinstitusjoner*. Hentet fra: <https://www.krafttakforsang.no>

Krüger, V. (2008). Musikkterapi som læring i praksisfellesskap – en fortelling om et rockeband. I G. Trondalen og E. Ruud (red.) *Perspektiver på musikk og helse 30 år med norsk musikkterapi*, s. 397-411. Skriftserie fra Senter for musikk og helse, vol. 1. Oslo: Norges musikkhøgskole.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009/2015/2017). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Kvalbein, Inger Anne (1999) Kultur og subkulturer I allmennlærerutdanning; moderne lærere og postmoderne studenter. I *Utbildning & Demokrati 1999*, vol 8, nr 2, 89-101.

- Kvamme, T. S. (2013). *Glimt av glede: Musikkterapi med demensrammede som har symptomer på depresjon og angst* (Ph.D.-avhandling). Norges musikkhøgskole, Oslo.
- Kvamme, T. S. (2006). Musikk i arbeid med eldre, s. 153-172, i Trygve Aasgaard (red). *Musikk og helse*. Oslo: Cappelens forlag.
- Kvamme, T. S., & Stige, B. (2016). Musikkterapi i praksis: en innføring, s.111-119, i Brynjulf Stige og Hanne Mette Ridder (red). *Musikkterapi og eldrehelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lauvås Kirsti og Per Lauvås (2004) *Tværfagligt og samarbejde. perspektiv og strategi*, 2. udgave. Forlaget KLIM, Århus.
- Lyngroth, S., Kvamme, T. & Skogen, B. (2006): *Når musikk skaper kontakt*. Prosjektrapport nr.1. Geria. Ressurscenter for demens/alderspsykiatri i Oslo kommune.
- Malterud, Kirsti (2017). *Kvantitative metoder i medisinsk forskning*. (4.opplag) Oslo: Universitetsforlaget.
- Musikkbasert miljøbehandling (2017). Sang og musikk hjelper personer med demens.
Hentet fra:
<https://www.aldringoghelse.no/alle-artikler/nytt-opplæringsprogram-i-musikkbasert-miljøbehandling/>
- Myskja, A. (2006). *Den siste song – sang og musikk som støtte i rehabilitering og lindrende behandling*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Nasjonalt kompetansetjeneste for aldring og helse (2018). Hentet fra:
<https://www.aldringoghelse.no>
- Ridder, H. M. O. (2016a). Musikk i personcentrerd perspektiv. s. 38-44. i Brynjulf Stige og Hanne Mette Ridder (red). *Musikkterapi og eldrehelse*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Ridder, H. M. O. (2016b). Musik som hverdagsressource i ældrelivet: samvær og erindring, s. 59-67, i Brynjulf Stige og Hanne Mette Ridder (red). *Musikkterapi og eldrehelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ridder, H. M. O. (2016c) Musikkaktiviteter ledet av omsorgsgivere. s. 97-108. I Brynjulf Stige og Hanne Mette Ridder (red). *Musikkterapi og eldrehelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ridder, H. M. O. (2016d). Musikkterapi i en psykosocial demensomsorg i plejebolig. I Brynjulf Stige og Hanne Mette Ridder (red). *Musikkterapi og eldrehelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ridder, H. M. O.(2014). Musikterapi med personer med demens, s. 314-330, i Lars Ole Bonde (red). *Musikterapi: teori, uddannelsen, praksis og forskning. En håndbog om musikterapi i Danmark*. Århus: Klim.
- Ridder, H. M. O. (2005). *Musik og Demens. Musikaktiviteter og musikterapi med demensramte*. Århus: KLIM Forlag. Formidlingscenter Nord.
- Rokstad, A. M. M. (2012). *Bedre hverdag for personer med demens: Utviklingsprogram for miljøbehandling. Demensplan 2015*. (Rapport) Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Rolvjord, Randi (2017). Musikkterapi og like handlemuligheter. Med rettighetsperspektiv på agendaen. (NMH-publikasjoner;1017:4 *Skriftserie fra Senter for forskning i musikk og helse (CREMAH)*;10, Chapter; Peer reviewed, 2017)
- Rolvjord, Randi (2008) En ressursorientert musikkterapi. I G. Trondalen og E. Ruud (red.) *Perspektiver på musikk og helse 30 år med norsk musikkterapi*, s. 123-137. Skriftserie fra Senter for musikk og helse, vol. 1. Oslo: Norges musikkhøgskole.
- Ruud, E. (2015/1997). Nye handlemuligheter. I E. Ruud: *Fra musikkterapi til musikk og helse*. Artikler 1973-2014. Bind 1. Senter for musikk og helse. Oslo: Norges musikkhøgskole.

- Ruud, E. (2013). *Musikk og identitet*. (2. Utg. ed.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Ruud, E. (2008). Et humanistisk perspektiv på norsk musikkterapi. I G. Trondalen & E. Ruud (Red.), *Perspektiver på musikk og helse: 30 år med norsk musikkterapi* Vol. 2008:3, Oslo: NMH – publikasjoner
- Ruud, E. (2005). *Varme øyeblikk. Om musikk, helse og livskvalitet*. Oslo: Unipub forlag.
- Ruud, E. (1990). *Musikk som kommunikasjon og samhandling – teoretiske perspektiv på musikkterapien*. Oslo: Solum Forlag
- Røkenes, O. H. (2006). Relasjonskompetanse og kommunikasjon. I Røkenes, O. H. & Hanssen, P-H. (red.). *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*, (s. 7- 42). 2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.
- Rønsen, A. og Jakobsen, R. (2016). *Å fullføre et liv, omsorg for døende og de som står nær*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Schanche, E. og Binder P.E. (2006). *Her og nå med Daniel Stern*. Tidsskrift for norsk psykologforening 2006 • 43 • 953–954
- Small, C. (1998). *Musicking. The Meanings of Performing and Listening*. Middeltown, Connecticut: Wesleyan University Press.
- Stern, D. (2004). *The Present Moment In Psychotherapy and Everyday Life*. New York, London: W.W. Norton & Company.
- Stern, D. (2003). *Spebarnets interpersonlige verden*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stige, Brynjulf og Ridder, Hanne Mette (2016) (red). *Musikkterapi og eldreomsorg*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Stige, Brynjulf (2014) (red). *Ressurshäfte for musikkterapeuter i eldreomsorgen*. Nettverket musikk og eldre: samarbeid for forskning og kunnskapsutvikling om musikk,

musikkterapi og eldre. GAMUT – Griegakademiets senter for musikkterapiforskning.

Stige, Brynjulf (2008). Samfunnsmusikkterapi – mellom kvardag og klinikk. I G. Trondalen og E. Ruud (red.) *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi*, s. 317-329. Skriftserie fra Senter for musikk og helse, vol. 1. Oslo: Norges musikkhøgskole.

Sæther, R. (2008). Musikkterapeuten som veileder for annet fagpersonell. I G. Trondalen og E. Ruud (red.) *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi*, s. 317-329. Skriftserie fra Senter for musikk og helse, vol. 1. Oslo: Norges musikkhøgskole.

Trondalen, G. (2008). Musikkterapi – et relasjonelt perspektiv. I G. Trondalen og E. Ruud (red.) *Perspektiver på musikk og helse 30 år med norsk musikkterapi*, s. 29-49. Skriftserie fra Senter for musikk og helse, vol. 1. Oslo: Norges musikkhøgskole.

Trondalen, G. (2004). *Klingende relasjoner. En musikkterapistudie av "signifikante øyeblikk" i musikalsk samspill med unge mennesker med anoreksi*. Ph.D., Norges musikkhøgskole. NMH-publikasjoner 2004:2.

Thornquist, E. (2012). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori; for helsefag*. Oslo: Fagbokforlaget

Yahlom, I. D. (2009). *Terapiens gave. Åpent brev til en ny generasjon terapeuter og deres pasienter*. Pax Forlag A/S. Oslo

Zangi, Heidi A. (2012). *Vitality Training - a group-based intervention for persons with rheumatic diseases : experiences, methodological aspects and clinical effects*. Phd. VID. Oslo.

Samtykkeerklæring

Forespørsel om å delta som informant i forbindelse med masterstudent Trine Lise Aasheims masteroppgave i musikkterapi ved Norges Musikkhøgskole. Tematikken omhandler opplæringsprogrammet Gjenklang, med følgende problemformuleringen:

Gjenklang, er det et supplerende opplæringsprogram, og hvis ja hvorfor mener personer som har vært involvert i opplæringsprogrammet at det er supplerende?

For å få belyst denne problemformuleringen ønsker jeg å intervju 6-8 personer som har hatt direkte og indirekte erfaringer med programmet. Formålet er å få belyst hvilke funksjoner og nytte Gjenklang kan ha som supplement til den opplæringen som tilbys helsepersonell i dag fra det offentlige, gjennom blant annet ”Demensomsorgens ABC”.

For at jeg skal kunne gjennomføre masterprosjektet ber jeg også om tillatelse til å ta lydopptak av intervjuene. Dette gjøres for at viktige opplysninger ikke skal bli utelatt. Datamateriale vil bli oppbevart etter de retningslinjene som er foreskrevet av Personvernombudet for forskning (NSD)⁷ og Norges musikkhøgskole.

Intervjuene vil etter planen gjennomføres i løpet av oktober. Transkriberingen vil etter planen være ferdig i løpet av høsten 2017. Data på lydopptakene vil bli lastet ned på ekstern harddisk og oppbevares i låst skap. Data vil bli slettet når masteroppgaven er godkjent. Intervjuet er taushetsbelagt fra begge parter. Informantene kommer til å bli omtalt som informant 1, 2, 3, osv. Som informant har du rett til å få innsikt i innholdet av masterprosjektet om du måtte ønske det. Når intervjuet er transkribert vil du få tilsendt intervjuet slik at du kan se over innholdet og be om endringer dersom du mener at det er behov for det.

Det er frivillig å delta i masterprosjektet, og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis uten å begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle data som er samlet inn bli slettet. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige masteroppgaven.

Samtykke til å delta i masterprosjekt

Jeg har mottatt informasjon om masterprosjektet ”Gjenklang, et supplerende opplæringsprogram?”, og gir med dette tillatelse om at intervjuet blir tatt opp på lydbånd.

Dato: _____

Underskrift: _____

⁷ http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld_prosjekt/meldeskjema

Intervjuguide 1

Intro:

- Informasjon om intervjuet
- Evt. innspill/spørsmål fra informanten

Personlig fokus:

- Kan du beskrive dine erfaringer fra første gang du sang med pasienter/pasient?
- Hvor komfortabel var du med å bruke sang før Gjenklang?
- Hvilken betydning mener du at sang kan ha i eldre- og demensomsorgen?
- Hva tror du skal til for at du vil mestre å bruke sang mer systematisk?

Opplæringsprogrammet:

- Hvordan reagerte du da du fikk vite at dere skulle sette i gang med opplærings-programmet Gjenklang på din arbeidsplass?
- Hva er din mening eller erfaring om programmet – og opplæringen i sin helhet?
Var det noe ved programmet du likte spesielt godt? Var det noe ved programmet du syntes var utfordrende, eller som kunne blitt gjort annerledes?

Avdelingen-overføringsverdi

- Har sang blitt en integrert del av din arbeidsdag?
- Hvis ja, hva mener du er årsaken til det? Hvis nei, hva mener du er årsaken til det?
- Opplever du at sang har blitt en del av miljøbehandlingen på avdelingen?
Hvis ja, hva mener du er årsaken til det? På hvilken måte skjer det?
Hvis nei, hva mener du er årsaken til det?
- Hva tror du skal til for at sang blir en integrert del av miljøbehandlingen på avdelingen?
- Har du noen meninger eller kommentarer til cd-ene?
Hvordan fungerer cd-ene? På hvilken måte har eller kan cd-ene evt. være til hjelp?
- Tror du cd-ene bidrar til at terskelen blir lavere for å bruke sang på avdelingen?

Systemisk/Tiltak/Pleieplan

- Har Gjenklang bidradd til at sang brukes mer bevisst på avdelingen?
Hvis ja, på hvilken måte brukes sang mer bevisst, og hva vil du trekke fram som eksempler på det? Hvis nei, hva tror du er årsaken til det?
- Har Gjenklang bidradd til at dere på avdelingen bruker sang mer systematisk enn før?
Hvis nei, hva tror du er grunnen til det? Hvis ja, på hvilken måte brukes sang mer systematisk, og hva vil du trekke fram som eksempler på det?
- Hvordan synes du at oppfølgingen har fungert?
- Har Gjenklang bidradd til at du ønsker å lære mer om bruk av sang som tiltak i eldre- og

demensomsorgen?

Hvis ja, hvordan har Gjenklang bidradd til ønsket om å lære mer? Og er det ett eller flere kurs som du har hørt om og som du synes virker spennende? Hvis nei, hvorfor ikke?

Avslutning:

- Har du noe mer du vil tilføye?
-

Intervjuguide 2

Intervju av ledere:

Intro:

- Informasjon om intervjuet (Det som skjer der og da, ikke ”please”, ikke tilpasse)
- Evt. innspill/spørsmål fra informanten

Personlig

- Hvilke forhold har du til sang/musikk?
- Har du brukt sang/musikk selv?
- Hvilke erfaringer har du gjort deg?

Opplæringsprogrammet:

- Hvorfor valgte du/dere å bruke opplæringsprogrammet Gjenklang?
- Hvilke forventninger hadde du? Hvilke av disse forventningene er blitt innfridd?
- Hvis du skal løfte fram noen styrker, hva vil du nevne da?
- Har du noen endringsforslag til programmet? Hvis ja, hvilke?
- Hvordan har samarbeide med Musikkterapeutene/kursholder fungert?
- På hvilken måte fungerer CD-ene på din avdeling?
Hvis bra, hva vil du trekke fram hva som er bra? Hvis dårlig, hva tror du kan være årsaken til det?
- Tror du Gjenklang generelt sett har skapt en motivasjon hos personalet for å bruke sang?
Hvis nei, hva tror du er grunnen til det? Hvis ja, hva mener du det er ved opplæringsprogrammet Gjenklang som skaper motivasjon, og har du noen eksempler på dette som du vil nevne?
- Har Gjenklang bidradd til at sang brukes mer bevisst på avdelingen?
Hvis nei, hva tror du er årsaken til det? Hvis ja, på hvilken måte brukes sang mer bevisst, og hva vil du trekke fram som eksempler på det?
- Har Gjenklang bidradd til at dere bruker sang mer systematisk enn før?

Hvis nei, hva tror du er grunnen til det? Hvis ja, på hvilken måte brukes sang mer systematisk, og hva vil du trekke fram som eksempler på det?

- Tror du personalet ønsker å lære mer om bruk av sang som tiltak i eldre- og demensomsorgen etter å ha gjennomført Gjenklang? Hvis nei, hvorfor ikke? Hvis ja, hvordan tror du har Gjenklang bidradd til ønsket om å lære mer? Og er det et eller flere kurs som du har hørt om og som de ansatte har foreslått som aktuelle?

Avslutning:

- Har du noe mer som du vil tilføye?