

Musikalsk relasjonskompetanse

Om indirekte musikkterapi i demensomsorg

Olaug Lie Sandve

Masteroppgave i musikkterapi

Norges musikkhøgskole

Våren 2020



**Norges
musikkhøgskole**
Norwegian Academy
of Music

Forord

Utgangspunktet for min musikalske relasjonskompetanse, er gode musikkopplevelser i barndommen der sangboka, platespilleren og dans i stua var utgangspunktet for å være sammen i musikken. Disse opplevelsene gav meg noe viktig i min ryggsekk som har preget den jeg er, og mine relasjoner til mennesker rundt meg. Det er disse opplevelsene jeg har tatt med meg inn i prosessen som denne masteroppgaven har vært. Møtene med musikken, menneskene, meg selv, refleksjoner og teori har vært en meningsfull, utviklende og læringsrik prosess som jeg er takknemlig for å ha fått muligheten til å få med meg, etter mange år som musikkterapeut.

Jeg vil takke informantene, min familie, mine foreldre og mine barn Tor Andreas, Sigurd, Torunn og Olav som alle på sine måter har støttet meg. Takk til mine kollegaer som har oppmuntret meg, og venner som har heiet på meg. Min veileder, Tone K. S. Kvamme har vært til uvurderlig støtte og hjelp gjennom hele prosessen, tusen takk for det. Jeg må også få takke min kollokviegruppe som jeg har lært mye av og hatt det gøy sammen med i de siste to årene. Sist, men ikke minst vil jeg takke Stein Roar for støtte og tålmodighet i hverdagen.

Haugesund, 12.06.20

Olaug Lie Sandve

Summary

This thesis examines indirect music therapy. The aim was to develop knowledge of how the music therapist can contribute in developing musical relationship competence amongst healthcare workers in a healthcare frame within the area of dementia. Research question: How can the music therapist contribute to the development of musical competence amongst healthcare workers in person centered care for patients with dementia? A measure with two healthcare workers in a ward for people with dementia is the basis for the data. The data was gathered by semi-structured interviews and analyzed using the qualitative method of systematic decontextualization.

The categories of findings are:

1. Strengthening the relationship between caregiver and patient;
2. music as a component that brings new opportunities in this relationship; and
3. the relations between the music therapist and the caregiver is important for the development of musical relationship competence.

The results from the analysis were discussed within the theoretic frameworks of learning, intersubjectivity, and music and emotions, and discussed in relation to themes such as communities of practice, music and emotional knowledge and recognition of the relation.

The analysis indicates a connection between the contribution of the music therapist and the development of musical relationship competence amongst the health care workers.

Key words: indirect music therapy, musical, relationship competence, person centered care, dementia care

Sammendrag

Denne masteroppgaven utforsker temaet indirekte musikkterapi gjennom et tiltak med pleiere på en demensavdeling. Formålet med masteroppgaven har vært å utvikle kunnskap om hvordan musikkterapeuten kan bidra med å utvikle musikalsk relasjonskompetanse hos pleiere som arbeider med personsentrert omsorg i demensomsorgen. Problemstillingen for oppgaven er: På hvilke måter kan musikkterapeuten bidra til utvikling av musikalsk relasjonskompetanse hos pleiere innen personsentrert demensomsorg.

Et tiltak på en demensavdeling med to pleiere danner grunnlaget for datamaterialet. Jeg har kommet fram til resultatene ved hjelp av kvalitativ metode der semistrukturert intervju med pleierne er brukt før og etter tiltaket. Datamaterialet er analysert ved hjelp av systematisk dekontekstualisering. Resultatene og funnene kan oppsummeres i tre kategorier:

1. Relasjon mellom pleier og pasient ble styrket
2. Bruk av musikk gir nye muligheter i relasjonen mellom pleier og pasient
3. Relasjonen mellom musikkterapeut og pleier hadde betydning for utvikling av musikalsk relasjonskompetanse.

Disse ble drøftet opp mot teori om læring, intersubjektivitet og musikk og følelser. Teori og drøfting omhandler tema som praksisfellesskap, deltakerbaner, læring som sosial praksis, verbal og ikke-verbal kunnskap, musikk og følelseskunnskap og anerkjennelse i og av relasjoner. I oppgaven settes funnene i sammenheng med musikkterapeutens bidrag til utvikling av musikalsk relasjonskompetanse hos pleierne, og hvilken betydning bidraget kan ha for relasjonen mellom pleier og pasient i den personsentrert omsorgen.

Emneord: Indirekte musikkterapi, musikalsk relasjonskompetanse, personsentrert omsorg, demensomsorg.

Innholdsfortegnelse

<i>Forord</i>	<i>iii</i>
<i>Summary</i>	<i>iv</i>
<i>Sammendrag</i>	<i>v</i>
Vignett	1
Tiltaket	2
INNLEDNING	4
TEORI	8
<i>Den pedagogiske tilnærmingen</i>	9
Pedagogisk relasjon	12
Anerkjennelse	12
<i>Den psykologiske tilnærmingen</i>	14
Intersubjektivitet	14
Intersubjektive samværsformer	15
Affektiv inntoning	16
Vitalitet	17
<i>Den musikalske tilnærmingen</i>	17
Musikk og følelser	18
Musikalsk intersubjektivitet	20
<i>Musikalsk relasjonskompetanse</i>	21
METODE	22
<i>Kvalitativ metode</i>	22
Informantene og empirisk datamateriale	23
Semistrukturert intervju, deltakende observasjon og logg	23
<i>Hermeneutikk og fenomenologi</i>	24
<i>Etiske refleksjoner</i>	26
ANALYSE OG RESULTAT	27
<i>Systematisk tekstkondensering</i>	27
<i>Resultater</i>	28
Relasjonen mellom pleier og pasient i første intervju	30
Relasjonen mellom pleier og pasient i andre intervju	31
Relasjonen til musikken i første intervju	34
Relasjonen til musikken i andre intervju	36
Relasjonen mellom pleier og musikkterapeut i første intervju	39
Relasjonen mellom pleier og musikkterapeut i andre intervju	40
DRØFTING	44
<i>Relasjonen mellom pleier og pasient blir styrket</i>	44
<i>Bruk av musikk gir nye muligheter i relasjonen</i>	46
<i>Den pedagogiske relasjonen har betydning for læring</i>	50

<i>Metodekritikk</i>	54
REFERANSER	58
VEDLEGG	59
<i>Vedlegg 1</i>	59
<i>Vedlegg 2</i>	59
<i>Vedlegg 3</i>	59

Vignett

Etter å ha fulgt den ene pleieren med til en pasient et par ganger, begynner vi å snakke om en annen pasient som hun har utfordringer med relasjonelt. Hun har tidligere tenkt på hvordan hun kan tilnærme seg pasienten, men har ikke lyktes enda. Hun formidler et håp og et ønske til meg om finne en måte å nå inn og få kontakt på. Hun beskriver at pasienten er en del på rommet fordi hun roper mye og gjør de andre pasientene urolige. Pleieren beskriver pasienten som redd og engstelig, noe pasienten også uttrykker med å rope «jeg er redd» og «nei, nei». Pasienten sitter i rullestol, kan selv ikke bevege seg og er anspent i kroppen. Første gang jeg er med, skal pasienten spise lunsj. Pleier nynner og snakker rolig til han, uten at han viser reaksjon på det. Han forsetter med å rope og se rett framfor seg. Pleier vet at pasienten har bodd store deler av sitt liv i Frankrike og har lært seg noen franske ord for å se om det hjelper henne til å få kontakt. Det ser heller ikke ut til å ha noe innvirkning på pasienten. Vi avslutter oppholdet inne på rommet til pasienten og har en samtale om det vi har opplevd. Jeg kjenner også på den krevende utfordringen det er å få kontakt med pasienten, og samtalen dreier seg om hvilke måter pleier best kan lykkes med å komme i samspill med pasienten. Pleier forteller at pasienten sier enkelte ord om oppveksten i Norge og tenker at det er denne tiden i livet hans han tenker på nå. Hun går derfor bort fra å bruke franske ord. Jeg forteller om hvordan musikk kan regulere følelser generelt, før vi snakker om følelsesregulering i tilknytning til pasienten. Jeg foreslår at hun kan prøve å møte pasienten sitt uttrykk med samme intensitet musikalsk og/eller verbalt, og på denne måten prøve å regulere spenningsnivået til pasienten ned. Jeg formidlet også et ønske om at hun informerte fagansvarlig om det vi hadde snakket om. Neste gang jeg kommer til avdelingen, har vi en ny samtale. Da forteller hun hvordan hun, sammen med en kollega, prøvde ut det vi snakket om sist. Pleieren hadde fått med seg en kollega inn på rommet til pasienten. De hadde snakket om hva de skulle prøve ut på forhånd. Inne hos pasienten sang de en sang de hadde sunget før til han, men nå med samme styrke som pasienten sine rop. Da opplevde de et kort øyeblikk av kontakt som hun ikke før hadde opplevd.

Jeg opplever at denne prosessen startet med trygghet og tillit mellom pleieren og meg, som også ga mulighet for å dele utfordrende relasjoner og samspill. For meg var det, spesielt i dette tilfellet, av betydning at jeg var med til pasienten og selv følte på noe av det samme som

pleieren beskrev. Det styrket, som jeg ser det, min relasjon til pleieren og med det min mulighet til å bidra.

Tiltaket

Tiltaket som beskrives her, kom i stand i forbindelse med masteroppgaven. Jeg ønsket å gjøre et praktisk tiltak både for å få mer erfaring innen indirekte musikkterapi, og samle inn datamateriale til masteroppgaven.

Formålet med tiltaket var å være en del av praksisfellesskapet sammen med pleierne. Her ønsket jeg å bidra til utvikling av kompetanse knyttet til bruken av musikk i samspillet mellom pleier og pasient. Erfaringene pleierne fikk i tiltaket, og deres erfaringer og tanker før tiltaket, dannet datamaterialet til masteroppgaven.

Jeg tok kontakt med avdelingsleder på en demensavdeling ved et sykehjem. Hun fikk informasjon om hvordan tiltaket var tenkt gjennomført og spurte så personalet om det var noen som var interessert i å delta. Jeg hadde på forhånd bestemt meg for å ha to deltakere, så det ble de to første som meldte seg. Det var flere interesserte, men jeg holdt meg til det antallet som var bestemt på forhånd. Deltakerne som jeg heretter vil kalle for pleierne, fikk informasjon om tiltaket sammen med samtykkeskjema. Deretter planla vi hvilke dager og tider jeg skulle komme. Tidsrammen var ca. 4 besøk av meg til hver pleier. Det var pleierne som valgte om jeg skulle komme på dag eller kveldsvakt. De fikk også bestemme i hvilke situasjoner de ønsket at jeg skulle være med i. Det var også pleierne som valgte hvilke pasienter som skulle være med i tiltaket. Situasjonene og pasientene ble ikke bestemt ved starten, men ble bestemt i forkant av hvert møte. Jeg forholdt meg til 5 pasienter i de ulike situasjonene og til alle som var med i gruppeopplegget.

Jeg var med i var oppvåkning og morgenstell, måltid på rommet, ettermiddagshvil på rommet, samvær på rommet og forflytninger mellom ulike steder. Øktene varte fra 30 min. til en time. Eksempler på hva pleier gjorde var for eksempel å vekke pasienten og hjelpe med morgenstell, være sammen med en pasient mens han spiste på rommet, og holde pasienten i armen mens hun gikk fra rommet og ut i stua. I disse situasjonene brukte de sang, nynning, innspilt musikk og en kombinasjon av disse. De improviserte nye tekster knyttet til handlingen og tilpasset tempo, styrkegrad og intensitet i forhold til pasienten sin stemning der

og da. Min rolle i denne situasjonen var å være «en beskjeden gjest». Etter økten med pasienten, trakk pleieren og jeg oss tilbake på et rom i avdelingen og hadde en samtale som varte ca. 30 minutt. Pleierens samhandling med pasienten var utgangspunktet for samtalen og refleksjonene. De første øktene var med pasienter de kjente godt, og der samspillet fløt forholdsvis lett. Etter hvert valgte pleierne situasjoner og pasienter der kommunikasjonen og samspillet var mer krevende og uforutsigbart.

Jeg foreslo at pleierne og jeg ledet en musikkgruppe sammen på to avdelinger, som en avslutning på tiltaket. I gruppemusikktimen valgte vi å bruke noe av det kjente de pleide å gjøre. Dette var i den ene gruppa å synge sammen med gitarakkompagnement fra den ene pleieren. I den andre gruppa pleide de å bruke innspilt musikk som de sang og beveget seg til. Det nye vi tok med, var for eksempel variasjon i forhold til bruk av sangbøker, leder sin bevegelse i rommet og bruk av instrumenter. Pleierne hadde brukt instrumenter for en tid tilbake og fant dem fram igjen da de hadde meldt seg som deltakere i tiltaket. I den første gruppa var jeg med og sang og hjalp til med instrumenter. Jeg spilte sammen med noen pasienter jeg gikk bort til, mens en pleier spilte gitar. Jeg brukte da rytmeegg og klangstav. Når vi brukte egg, hadde vi ett egg hver. Når jeg tok i bruk klangstav, varierte jeg ved at pasienten og jeg hadde hver vår klangstav som vi spilte på, eller at jeg holdt klangstaven og pasienten spilte på den med køllen. Variasjonene kom utfra pasientene sine forutsetninger og interesser. I den andre gruppen, der det ikke var pleier som spilte gitar, sang vi og brukte instrumentene på samme måte. Her prøvde også pleierne som var med, å bruke klangstavene.

Jeg opplevde det som meningsfullt og lærerikt å gjennomføre tiltaket. Det var inspirerende, samtidig som jeg i noen tilfeller ble litt usikker på min rolle. Det hadde sammenheng med når jeg ble for ivrig og tok mer plass enn jeg ønsket. Samhandlingen med pleierne fungerte best når jeg var lyttende og åpen for deres opplevelser, tanker og refleksjoner om det de hadde opplevd, og om det de ønsket å prøve ut videre.

INNLEDNING

Valg av tema for masteroppgaven kom ganske naturlig for meg etter flere år som musikkterapeut ved et av landets Utviklingssenter for sykehjem- og hjemmetjenester (USHT u.år). På mitt arbeidsted jobber jeg sammen med andre faggrupper på oppdrag fra Helsedirektoratet. Formålet med vårt arbeid er å bidra til ny kunnskap og nye løsninger i helse- og omsorgssektoren (USHT u.år). Jeg er pr. dags dato den eneste musikkterapeuten på et slikt senter, noe som er både spennende og krevende. I jobben min møter jeg pleiere både i undervisningssammenheng og i deres arbeidshverdag. Begge deler er meningsfullt, men jeg opplever mest utbytte av å være med pleierne i deres praksis. Grunnen til det kan knyttes til min posisjon i forhold til pleierne. Jeg kommer her tettere på deres hverdag og deres samvær med pasientene. Det gir meg et godt utgangspunkt for å forstå mer av deres arbeid og utfordringer. Da opplever jeg å kunne bidra på en mer nyansert måte i forhold til pleierne sine behov enn når jeg underviser. Undervisningen blir mer generell og ikke i den grad dialogisk. Det var en av grunnene til at tiltaket fikk praksisfellesskapet som utgangspunkt.

Min motivasjon for å skrive om temaet kommer fra et ønske om å bidra med økt kunnskap om relasjonskompetanse til pleierne som jobber med eldre. Jeg har tro på at utvikling av kompetanse på dette feltet kan styrke relasjoner og omsorgen til mennesker med demensdiagnose, og mener det er et felt det settes for lite fokus på. For meg er det viktig at pleierne i størst mulig grad opplever at de «eier» prosjekter. I forskning på ulike tiltak som en ønsker å gjennomføre på sykehjem, viser det seg at det er mange som ikke lykkes (Implementeringsforskning) (Malterud, 2017). Jeg har en oppfatning av at en av grunnene til dette kan være at prosjektene kommer «ovenfra og ned» og ikke som et behov fra praksisfeltet. Denne forståelsen vil gjenspeile seg i tiltaket.

Det er et uttalt ønske og behov for musikkterapeuter som kan drive med opplæring innen demensomsorgen. Det blir trukket fram i nasjonal faglig retningslinje for demens der musikkterapeuten sin yrkesrolle blir beskrevet når det gjelder ulike oppgaver og roller (Helsedirektoratet, 2020).

«En musikkterapeut kan være et alternativ for å gi veiledning/opplæring til helsepersonell for bruk av musikk som miljøbehandlingstiltak, kartlegge individuelle musikkpreferanser sammen med pasient og/eller pårørende og til å arbeide med pasienter med spesielle behov» (pkt. 9.2 i retningslinje om demens).

I norsk musikkterapi har det de siste årene vært fokus på behovet for musikkterapeuter i opplæringstiltak (Stige & Ridder, 2016). Det er bl.a. blitt knyttet til antallet musikkterapeuter som jobber i dette feltet, sett i forhold til antall sykehjem og pasienter. Med opplæringstiltak mener jeg at pleiere kan få flere redskaper til god kommunikasjon.

Problemstillingen

Problemstillingen for denne masteroppgaven er:

På hvilke måter kan musikkterapeuten bidra til utvikling av musikalsk relasjonskompetanse hos pleiere innen personsentrert demensomsorg?

Begrepsavklaring

På hvilke måter

Jeg valgte formuleringen *på hvilke måter* i stedet for *hvordan* eller *hvorfor*. Grunnen til det, er at jeg ønsket å være åpen for at det kan være flere måter å forstå problemstillingen. Jeg tar utgangspunkt i et vitenskaps- og læringssyn som formidler at det ikke er *en* måte å forstå på, men at det som oftest vil være ulike innfallsvinkler med hensyn til forståelse (Ruud, 2008; Thornquist, 2018). Perspektivene kan utfylle hverandre og bidra til praksisutvikling.

Musikkterapeuten

I denne problemstillingen bruker jeg ordet musikkterapeut. Med det mener jeg en som har godkjent utdanning i musikkterapi, enten en femårig masterutdanning i musikkterapi eller tidligere toårig videreutdanning i musikkterapi.

Musikkterapeuter som arbeider i eldreomsorgen, har personsentrert omsorg som tilnærming i sitt arbeid (Stige & Ridder, 2016). Det innebærer å møte pasienten sine behov med utgangspunkt i hans ressurser og livshistorie. På denne måten tilstreber musikkterapeuten å se hele mennesket bak sykdommen og møte pasienten i en mest mulig likeverdig relasjon. En del av musikkterapeutens tilnærming er også å legge til rette for gode sosiale miljøer som fremmer livskvalitet og velvære. Musikkterapeuten bruker musikalsk samhandling i sitt arbeid. I eldreomsorgen innebærer det å synge sammen, skrive sanger, lytte til musikk, spille instrumenter og danse. Musikkterapeuter har også kompetanse til å bruke musikk når det

gjelder følelsesregulering og følelseskommunikasjon. Det er spesielt fremtredende i demensomsorg der pasientene er sårbare og trenger støtte til regulering og kommunikasjon. Musikkterapeuter som arbeider i institusjoner, legger vekt på samarbeid med andre faggrupper, med pårørende og med kulturliv utenfor institusjonen (ibid.).

Indirekte musikkterapi

I tiltaket som blir beskrevet i denne masteroppgaven, arbeider musikkterapeuten med *pleierne* og jeg velger å definere tiltaket under kategorien *indirekte musikkterapi*. Jeg tar utgangspunkt i to ulike definisjoner av indirekte musikkterapi. Den første er hentet fra et ressurshefte for musikkterapeuter i eldreomsorgen, som ble utarbeidet som en avslutning på et 10 år langt nettverksarbeid i eldreomsorg og musikkterapi ved GAMUT.

«Indirekte arbeid er arbeid musikkterapeuten gjør med det formål å skape en musikkompetanse hos signifikante andre som gjør dem i stand til å møte psykososiale behov hos pasienten.» (Sandve & Enge 2014, s.18).

Her ser en på indirekte musikkterapi i forhold til direkte musikkterapi som et kontinuum der musikkterapeuten beveger seg mellom to ytterpunkter på en linje. Graden av relasjon til pasienten sier noe om hvor musikkterapeuten er i dette kontinuumet. Hvis en plasserer aktiv musikkterapi til venstre og indirekte musikkterapi til høyre, vil tiltaket som beskrives i teksten, plasseres til venstre for midten, fordi jeg som musikkterapeut, bygger min indirekte tilnærming på et møte med pleier og pasient.

Den andre definisjonen definerer indirekte musikkterapeutisk praksis slik:

«In indirect music therapy practice, a therapist typically works with careers and supporters to strengthen their relationships with people with dementia and help them further develop their self-awareness and sense of competencies. However, the ultimate goal of indirect music therapy practice in dementia care remains the wellbeing of people living with dementia.» (McDermott, Ridder, Baker, Wosch, & Stige, 2018, s. 255)

I den første definisjonen blir musikkkompetansen vektlagt, mens den andre har et fokus på utvikling av selvbevissthet og kompetanser. Jeg ønsker i denne teksten å romme perspektivene fra begge definisjonene.

Utvikling

Jeg tenker at pleierne allerede har en kompetanse og musikalsk kompetanse, bl.a. fordi de har deltatt på nettverksgrupper der musikk i demensomsorgen har vært tema.

Musikalsk

Å være *musikalsk* kan forstås på ulike måter. Ofte blir det forstått som en medfødt evne noen har (Bonde, 2011). I denne oppgaven forstår jeg det å være musikalsk, eller musikalitet, som en medfødt kapasitet som alle mennesker har (Trevarthen & Malloch, 2000). Jeg vil i teksten betone opplevelsedsdimensjonen ved musikalitet, og støtter meg til Trondalen sin definisjon:

«Jeg ser på musikalitet som noe alle har tilgang til, og noe alle kan utvikle på ulike måter. Musikalitet innebærer en evne til å oppfatte og leve med i et musikalsk samspill, ta erfaringen opp i seg og gi den en opplevelsedsdimensjon. Jeg mener mennesker som oppfatter og tar opp i seg musikalske variasjoner gjennom en opplevelse, i seg selv er kompetente musikkskapere» (Trondalen, 2004 s. 99).

Relasjonskompetanse

Det *relasjonelle* aspektet er sentralt i musikkterapi. Det innebærer å se på mennesket som kontaktsøkende og meningsskapende med dialogiske ferdigheter som medfødte kapasiteter (Ruud, 2008). I norsk musikkterapi tradisjon legges det vekt på at relasjoner er preget av mest mulig likeverd og symmetri (ibid.). Det har også vært mitt ståsted i tiltaket. Åpenhet for intersubjektiv deling er en viktig del av kompetansen til en musikkterapeut både som en verdi, holdning og ferdighet (Ruud, 2018). I tiltaket preger det min grunnforståelse og tilnærming.

Begrepet *kompetanse* blir brukt vidt i alt fra medfødt kompetanse til generell kompetanse. I denne sammenhengen vil kompetanse forstås i relasjon til relevansen den har med hensyn til utøvelse av et yrke og til forankringen i en bestemt historisk og kulturell sammenheng (Aubert & Bakke, 2008).

Personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg og de verdiene denne omsorgsfilosofien står for, er en overbygning for demensomsorgen i Norge og er sentralt i denne masteroppgaven (Helsedirektoratet, 2019). Begrepet kommer fra Tom Kitwoods omsorgsfilosofi (Kitwood, 2006). Nasjonale retningslinjer (Helsedirektoratet, 2019) anbefaler denne tilnærmingen i arbeidet med å møte pasientene sine psykososiale behov. Det legges vekt på å forstå personen utfra hennes

perspektiv og legge til rette for et miljø preget av trygghet og anerkjennelse. All adferd bli her sett på som meningsfull, og som et uttrykk for ulike behov (Aldring og Helse u.år).

Pleier og pasient

Jeg har valgt å bruke ordet pleier framfor helsepersonell, som nok er en mer korrekt betegnelse (kompetansetjenesten Aldring og helse). Årsaken er at jeg ikke opplever at ordet helsepersonell fungerer godt i entall. Jeg veksler på å bruke ordene pleier og informant ut fra hva som passer i konteksten. Ordet beboer kunne vært brukt, men siden informantene bruker ordet pasient er det også brukt i denne oppgaven.

TEORI

I det følgende vil jeg presentere teori som gjelder problemstillingen og gjøre rede for teoretiske aspekter knyttet til tiltaket.

Jeg har valgt tre hovedområder for utvalg av teori. Den første er den pedagogiske tilnærmingen. Den andre er den psykologiske tilnærmingen som i særlig grad vektlegger relasjonene. Den tredje handler om musikkens rolle.

Formålet med tiltaket var å ivareta og støtte pleierne i en prosess med å videreutvikle sin kompetanse knyttet til bruk av musikk i sitt arbeid med pasientene. Dette innebar at det var en pedagogisk ramme for vårt samvær. Det er likevel de mellommenneskelige prosessene og musikken sin betydning som har vært i fokus. Et psykologisk perspektiv har derfor vært anvendelig for å forstå og beskrive de relasjonelle og musikalske prosessene i tiltaket. Slik jeg ser det, utfyller de to teoretiske tilnærmingene hverandre når det gjelder å svare på problemstillingen.

Avgrensning

Det har vært nødvendig å avgrense tematikken og de teoretiske perspektivene i teksten. Jeg velger å kalle det jeg har gjort for et tiltak. Jeg har valgt et fokus som jeg vurderte som det viktigste i denne omgangen. Fokuset er møtene mellom pleierne og meg. For å beskrive prosessene og innholdet i dem, har jeg valgt å bruke litteratur fra pedagogikk, psykologi og musikkterapi.

Det kunne vært aktuelt å bruke veiledningslitteratur fra det pedagogiske fagfeltet og fra det terapeutiske fagfeltet, men det var ikke det jeg opplevde som viktigst i dette tiltaket. Jeg kunne også sett på forutsetningene for relasjonskompetanse, og knyttet det til personlighetspsykologi (Karterud, 2017) og selv- utvikling (Stern, 2003). Det kunne vært relevant, men ble altså ikke fokus i denne oppgaven.

Den pedagogiske tilnærmingen

Under hovedområdet den pedagogiske tilnærmingen har jeg valgt sosial læringsteori og spesielt begrepene praksisfellesskap, deltakerbaner, pedagogisk relasjon og anerkjennelse.

Læring i praksisfellesskap

Læring handler om å tilegne seg kunnskaper og ferdigheter (Nielsen & Kvale, 1999). I tiltaket var formålet å legge til rette for læring ved å knytte den tett opp til samspillet med pasienten, altså selve handlingen. Valget av læreformer som inngår i kontekstuelle sammenhenger, ble derfor et naturlig valg. Teoriene som ser på læring som en sosial praksis, hevder at vi lærer i hverdagslige situasjoner og i vår sosiale praksis. Det vektlegges i disse teoriene at læring skjer ved deltakelse i situasjonen her og nå (Wenger & Lave, 2003). Samtidig lærer vi med en overbevisning om at det vi lærer kan være til nytte i andre sammenhenger (Dreier, 1999). Læringen er situert, som betyr at den er knyttet til utvikling av personlige forutsetninger for å delta i konkrete handlingskontekster (Nielsen & Kvale, 1999). Ut fra dette perspektivet vil det å synge med pasienter læres ved nettopp å gjøre dette. Denne læringen skjer sammen med andre, noe som fører meg over til neste begrep.

Praksisfellesskap

Den sosiale praksisen som vi lærer i, kaller Wenger for *praksisfellesskapet* (Wenger, 2004). Læringsressursene ligger i dette fellesskapet, og læringsutbytte er knyttet til hvordan en best mulig kan strukturere ressursene. Det er måten en blir deltaker på, og måten deltakere og praksis endrer seg på, som fremmer læring og ikke verktøy og teknikker knyttet til læring. Subjektet sin deltakelse og opplevelse av mening blir da en viktig forutsetning for læring.

Utfra dette perspektivet ser en ikke på kunnskap som noe en er i besittelse av, men heller som en viten knyttet til handling (ibid.).

Når det gjelder tiltaket, kan begrepet brukes til å beskrive hvordan pleierne og musikkterapeuten deltar og lærer i et fellesskap. Her skapes en forståelse av hva de gjør, gjennom hverdagslige handlinger med musikk, og hva det betyr for den enkelte og for fellesskapet.

Deltakerbaner

I praksisfellesskapene bygges det relasjoner som påvirker læringen. Ved å være aktiv i egen læringsprosess der deltakerne bruker det de kan, lærer nye måter å gjøre ting på, snakker med hverandre og for eksempel tar i bruk musikk i nye sammenhenger, beveger deltakerne seg mot å bli en del av fellesskapet. Begrepet *legitim perifer deltakelse* blir av Wenger og Lave brukt for å beskrive nettopp dette (2003). Begrepet beskriver tilhørigheten og relasjonen deltakerne har til hverandre, veien og læreprosessene som skjer i praksisfellesskapet. Utfra denne forståelsen er *musikkterapeuten* også en del av læreprosessen, noe som også gir henne nye erfaringer. I den legitime perifere deltakelsen beveger deltakerne seg i ulike *deltakerbaner* som hver enkelt deltaker setter sammen til sitt særskilte forløp (Wenger & Lave, 2003). En deltakerbane kan beskrives som en person sin deltakelse i ulike handlekontekster. En pleier kan for eksempel bevege seg i *en institusjonell deltakerbane* (ibid.). Det viser til hva som forventes at hun skal tilegne seg i forhold til institusjonens praksis. Som jeg skrev innledningsvis, er det forventninger forbundet til pleieren sin kompetanse med hensyn til å møte pasientens psykososiale behov med en personsentrert tilnærming (som innebærer å tolke pasienten sine uttrykk kommunikativt (Helsedirektoratet, 2019). For å kunne innfri forventningene i den institusjonelle deltakerbanen, kreves det en oppbygging av deltakerens *personlige deltakerbane*. Karakteristiske trekk ved denne er at personen setter sammen sin egen særskilte deltakerbane (Dreier, 1999). Deltakerbanen utvikles ved langsiktige læringsforløp der prosessen oppleves personlig betydningsfull (ibid.).

Karakteristiske trekk ved et praksisfellesskap

Wenger beskriver i sin bok «Praksisfellesskaber» karakteristiske trekk ved et praksisfellesskap i form av tre dimensjoner. Disse er *gjensidig engasjement, felles virksomhet*

og *felles repertoar* (Wenger, 2004). Det er det gjensidige engasjementet som definerer praksisfellesskapet. Det gjensidige engasjementet bidrar, ifølge Wenger, til tette relasjoner mellom de som er engasjert i å gjøre oppgaver sammen. Sammen forhandler de mening om sin felles virksomhet. Det fører til en gjensidig ansvarlighet mellom deltakerne. Denne ansvarligheten blir en del av deres fellesskap og praksis. Deltakerne i praksisfellesskapet skaper et felles repertoar som kan være ulike handlinger eller aktiviteter som er utviklet over tid (ibid.). De karakteristiske dimensjonene i praksisfellesskapet kom fram i intervjuene, i samværet med pasienten og i samtalene i etterkant. Når pleierne beskrev sine tidligere erfaringer i form av små historier, opplevde jeg at de hadde et gjensidig engasjement i sin praksis. Pleiernes bruk av sang og musikk var en del av deres felles virksomhet i hverdagen. Jeg opplevde at de støttet hverandre både med å bekrefte betydningen av å bruke musikk, og ved å utveksle erfaringer om hvordan de brukte musikk sammen med pasientene i ulike sammenhenger (*felles repertoar*).

Personlig betydningsfull læring

Hvordan læring skjer ved endring av personlig deltakelse i sosiale kontekster, har Ole Dreier, som er professor i sosialpsykologi, hatt fokus på (Dreier, 1999). Han mener det er viktig å forstå hvilken retning læringen har, og retter oppmerksomheten på verdien av en personlig betydningsfull retning. Vår deltakelse og læring må bevege seg mot noe vi opplever som bedre. Pleierne formidlet tydelig et ønske om å bidra til bedre livskvalitet for pasientene og mente at tiltaket kunne støtte dem i å oppnå nettopp dette. Slik jeg forstår Dreier, er det den *personlige deltakerbanen* som danner helheten med hensyn til læreprosesser og kompetanse (ibid.).

Refleksjon og handling

Schön har to begreper som han kaller *refleksjon i handling* og *refleksjon over handling* (Schön, 2001). Han mener at den situasjonen en praktiker lærer i, er unik, og at opplevelsen er helt individuell. Det finnes ifølge Schön ikke oppskrifter, men alle må lære gjennom sine egne prosesser. Resultat av læring er å kunne bruke sin dømmekraft til å for eksempel å ta valg, og med det utvikle ett eget individuelt *skjønnet*. Skjønnet brukes for å vurdere ulike situasjoner og hvilke handlingsvalg en kan bruke (ibid.). I tiltaket ble musikkterapeuten sin tilstedeværelse i

praksissituasjoner trukket fram som viktig for læring. Informantene trakk fram betydningen av det å ha musikkterapeuten med i rommet i samspillet med pasienten (*refleksjon-i-handling*) og i samtalen etterpå (*refleksjon-over-handling*). De mente det da var lettere å finne ord som kunne beskrive samspillet og å bli forstått av musikkterapeuten, enn om musikkterapeuten ikke hadde observert praksisen. Informantene mente at det var spesielt viktig der det var krevende å komme i kontakt med pasienten.

Pedagogisk relasjon

I tiltaket går jeg inn i kraft av å være musikkterapeut med vekt på det pedagogiske. Jeg er i en pedagogrolle og ikke i en terapeutrolle. Det er altså kompetanseutvikling og profesjonalisering som er målet, og ikke pleierne sin helse.

Jeg opplevde en stor grad av gjensidighet og trygghet i prosessene. Det kan knyttes til min rolle som en av deltakerne i praksisfellesskapet. Jeg kom ikke inn som en «ekspert» som skulle undervise (elever), men som en deltaker i fellesskapet, der vi sammen skapte mening og lærte noe nytt. Åpenhet og undring i forhold til hvem den andre er, trekkes fram i litteraturen som viktige væremåter for å gi den andre plass til å lære (Aubert & Bakke, 2008). Min rolle som «beskjeden gjest» i tilstedeværelsen sammen med pleier og pasient, la sammen med et ønske jeg hadde om å være lyttende og gi den andre rom i samtalen, til rette for en gjensidighet og trygghet i relasjonen. Jeg merket denne gjensidigheten og tryggheten gjennom det de sa, stemningen mellom oss slik jeg opplevde det, i mine egne kroppslige fornemmelser og i mine refleksjoner underveis i prosessen. Opplevelse av gjensidighet og trygghet kan bidra til utvikling. Trygghet er, ifølge Schibbye, en forutsetning for læring (1999). Manglende trygghet kan føre til emosjonelt press som kan begrense læringsutbytte (Schibbye, 1999), noe jeg prøvde å unngå med tilnærmingen som jeg valgte.

Anerkjennelse

Å bli anerkjent innebærer væremåter hos den andre, som kan beskrives som å bli forstått, lyttet til, akseptert, respektert og bekreftet (Schibbye, 1999). Denne væremåten lærer en ved selv å bli anerkjent. Anerkjennelse er noe du uttrykker, og ikke noe du bare kan bestemme deg for å gjøre eller ville (Aubert & Bakke, 2008). Når en opplever å bli anerkjent, innebærer

det å bli møtt som et subjekt der en får eie sine følelser, tanker og reaksjoner (ibid.). En blir ikke definert eller fortalt hvem en er av den andre (Schibbye, 1999), men møtes uten forbehold. For å forstå mer av hvordan det er å være den andre, trenger vi å møte den andre med undring og interesse, noe anerkjennelse legger grunnlaget for (Aubert & Bakke, 2008). I tiltaket kan denne forståelsen av anerkjennelse også ha relevans når det gjelder *parallellprosesser* (Schibbye, 1999). Begrepet beskriver hvordan prosesser i *en* relasjon kan overføres til en *annen* relasjon. I tiltaket blir det aktuelt i sammenheng med at anerkjennelse mellom musikkterapeut og pleier kan føre til anerkjennelse i relasjon mellom pleieren og pasienten.

Å anerkjenne og støtte klienten sin frihet til å uttrykke musikk på sin måte i hverdagen (Trondalen, 2016b), er en verdi og grunninnstilling som er integrert i norsk musikkterapi (Ruud, 2008). I indirekte musikkterapi betyr det at musikkterapeuten anerkjenner pleieren sin unike måte å bruke musikk på i sin arbeidshverdag for å møte pasienten sine psykososiale behov. Det kan i praksis bety at en pleier velger å synge og spiller piano, mens en annen spiller musikk fra en enhet og nynner med. Anerkjennelse, slik jeg opplever det i tiltaket, innebærer en åpenhet og interesse både med hensyn til å møte det musikalske uttrykket og den andre som person.

I tiltaket beskrives relasjonen mellom pleier og pasient, noe som gjør det relevant å trekke paralleller til litteratur som beskriver musikkterapeuten sin relasjon til en *dyade* (Trondalen, 2016a). En dyade kan beskrives som to personer sett under ett, som en helhet. Trondalen viser til Honneth sitt begrep *anerkjennelse i primære relasjoner* og beskriver et eksempel fra mor-barn grupper der hun er i posisjon til å anerkjenne den musikalske dialogen i dyaden. I Trondalen sin artikkel; «Musikk som anerkjennelse. En mor-barn- gruppe innenfor barnevernet» (Trondalen, 2016b, s.107), beskriver hun hvordan anerkjennelsen bl.a. førte til en styrking av relasjonen mellom mor og barn (ibid.). Eksemplet som omhandler mor-barn-grupper, er fra direkte musikkterapi, men jeg ser overføringsverdien det har til relasjonene i indirekte musikkterapi. Betydningen av bekreftelse og anerkjennelse fra musikkterapeuten ble i tiltaket trukket fram når det gjelder utvikling av pleierens samspill med pasienten (*primærrelasjoner*) (*parallellprosesser*).

I tillegg til anerkjennelse i primærrelasjoner, beskriver Honneth to andre former for anerkjennelse (2008). Den andre er mennesket sin rett til å bli sett og anerkjent som unikt (*kognitiv respekt*). Den tredje formen handler om å bli verdsatt for det du kan bidra med,

f.eks. gjennom yrket (*sosial verdsetting*) (ibid.). Betydningen av bekreftelse og anerkjennelse fra musikkterapeuten ble i tiltaket trukket fram når det gjelder bruk av musikk på avdelingen (*sosial verdsetting*).

Anerkjennelse ble i tiltaket trukket fram av informantene som viktig for deres relasjon til pasienten og for deres egen opplevelse av det arbeidet de gjør. En informant sa at det var godt å høre at det hun gjorde musikalsk var positivt for pasienten. Det var også inspirerende for videre arbeid. Samtidig snakket de om å anerkjenne pasientene ved å legge til rette for musikalsk samspill og lytting til musikk.

Den psykologiske tilnærmingen

Teori som er beskrevet i forrige avsnitt, tar utgangspunkt i det relasjonelle som forutsetninger for læring. I dette avsnittet vil jeg utdype det relasjonelle ved å se nærmere på hva som skjer i det dialogiske og musikalske, mellom menneskene som var en del av tiltaket. Fra å benytte læringsteori, vil jeg nå gå over til psykologiske teorier.

Her vil jeg presentere utviklingspsykologi, spesielt med utgangspunkt i Daniel Stern og begrepene intersubjektivitet, vitalitet, intersubjektive samværsformer og affektiv inntoning.

Intersubjektivitet

Begrepet intersubjektivitet handler, på et teoretisk nivå, om hvordan vi kan utvikle kunnskap om det er å være menneske og det å være sammen med andre mennesker (Trondalen, 2016b). Intersubjektivitet brukes utfra ulike perspektiver. I denne oppgaven vil jeg bruke det utviklingspsykologiske perspektivet på begrepet som utgangspunkt. Det blir her vektlagt hvordan mennesker sammen skaper og deler mening, og at denne delingen er gjensidig. I praksis skjer denne umiddelbare delingen når begge har en intensjon og en oppmerksomhet rettet mot den andre, der de utveksler affekter. Delt oppmerksomhet, delte intensjoner og delte affektilstander kan altså sees på som byggesteinene til intersubjektivitet (ibid.). Stern var opptatt av hvordan barnet deler en subjektiv opplevelse med andre, og hvordan barnet opplever seg selv og den andre i denne delingen (Stern, 2003). Behovet for gjensidig deling er sterkt, og Stern mener det kan beskrives som en behovstilstand. Nå vi deler opplevelser,

opplever vi å være en del av et fellesskap. I andre enden av skalaen er psykisk isolasjon (ibid.). Valget av intersubjektivitet som et sentralt begrep, kommer fra en interesse for det som skjer i det musikalske samspillet mellom mennesker, og for potensialet det har for utvikling og læring. Det er min oppfatning at begrepet kan gi en økt forståelse av relasjonene i tiltaket.

En av informantene sa at det var vanskelig å finne ord for det som skjedde i det musikalske samspillet. Utsagnet understreker at opplevelsene vi får i det musikalske samspillet kan være vanskelig å verbalisere. Relasjonen blir, med det intersubjektive perspektivet, sett på som en ramme og en mulighet for utvikling og vekst (Trondalen, 2016b). Det intersubjektive er en helhet i seg selv og mer enn summen av de to menneskene (*dyade*). Tronick beskriver dette mellomrommet som det intersubjektive feltet (1998). Feltet kan skapes i musikalsk aktivitet der deltakerne kan utforske seg selv og den andre i en musikalsk «moving-along» prosess (Tronick, 1998). I denne prosessen gir musikken relasjonen en kommunikativ ramme der det non-verbale språket får en dialogisk mening (Hansen, 2012). Tronick mener det i dialogen forhandles mening på ulike nivå ved at det skjer «feil» eller brudd i dialogen. Disse blir «reparert» ved at en klarer å gjenoppta dialogen. På denne måten deles og utforskes dialogen (ibid.) Slik kan det legges til rette for nye relasjonelle erfaringer i det musikalske samspillet som kan bidra til utvikling og endring (Trondalen, 2016b).

Relevansen for pleiere i demensomsorgen, kan være at musikken gir dem muligheter til non-verbale dialoger der de musikalske (og ikke musikalske) innspillene og responsene kan bidra til å gi pasienten en følelse av å være sammen om noe som gir mening. Teorien er også positiv i den forstand at det en oppfatter som brudd i kommunikasjonen eller noe som oppfattes «feil» i musikken, kan brukes positivt til å styrke dialogen og relasjonen. I tiltaket kom intersubjektivitet fram i pleierne sine beskrivelser av samspill med pasienter. De opplevde det som meningsfullt å bruke musikk og fortalte at de i musikken kunne oppleve en fellesskapsfølelse med pasienten. De beskrev at de visste når de delte denne opplevelsen. De kjente det på seg selv.

Intersubjektive samværsformer

Det intersubjektive slik det framtrer i praksis, kan forstås på ulike måter i ulike relasjoner. Intersubjektiviteten mellom pleier og pasient kan kalles primær intersubjektivitet. I primær

intersubjektivitet beskrives den gjensidige utvekslingen av affekter og følelser i en ansikt- til – ansikt- kontakt over tid (Trevvarthen, 1980). Den kan komme til uttrykk i musikalske ytringer (Trondalen, 2016b), og ble av pleierne i tiltaket trukket fram som framtrødende i samspillet med pasientene som hadde langtkommen demens.

Intersubjektivitet mellom pleier og musikkterapeut kan i denne terminologien vere i form av *tertier intersubjektivitet av andre orden* (Bråten, 2007). Intersubjektivitet inneberer her at en gjensidig kan forstå tanker og følelser i seg selv og i den andre - at en forstår hvordan en moter og opplever den andre, og selv påvirker samspillet og kommunikasjonen. Det ble ikke brukt musikk i samtalen mellom pleierne, men de musikalske erfaringene pleierne hadde med pasientene, ble uttrykt i fortellinger om samspillet.

Affektiv inntoning

Pleierne moter pasienter i sårbare situasjoner som kan fremkalle følelser som kan vere vanskelige å håndtere. Pasienten kan derfor trenge hjelp til å regulere sine følelser (Kvamme, 2017; Ridder, 2017). Reguleringen kan skje i det intersubjektive feltet mellom pleier og pasient. For å kunne regulere følelser i samspillet med andre, må muligheten for å dele indre følelsestilstander vere til stede (Trondalen, 2016b). Stern brukte begrepet *affektiv inntoning* for å beskrive denne delingen av indre følelsestilstander (Stern, 2003). Denne delingen skjer når for eksempel pasienten opplever at hennes bevegelser og følelsestilstand blir mott (matches) på en måte som gir en opplevelse av at hennes indre følelser kan bli delt med pleieren.

Når pleieren toner seg inn på pasienten, tar hun utgangspunkt i pasienten sin adferd og svarer på denne. Svaret på en bevegelse fra pasienten kan for eksempel vere en lyd fra pleieren som matcher i intensitet. På denne måten svarer pleieren på pasienten sitt uttrykk og initiativ ved å svare med en annen type uttrykk. Det å svare i en *annen uttrykksform* kaller Stern *amodalitet* (Stern, 2003). Det kommer til syne i *mikroprosesser* som er bevegelser, ansiktsuttrykk, timing, rytme, tempo og intensitet fra øyeblikk til øyeblikk i et her og nå samspill (Stern, 2004). Disse mikroprosessene er sentrale for å forstå hva som karakteriserer en intersubjektiv prosess (Trondalen, 2016b). Mikroprosessene påvirker den subjektive opplevelsen samtidig som de skaper den intersubjektive kontakten til den andre gjennom opplevelsen.

Forutsetningene for at det skjer en intersubjektiv deling er at begge er oppmerksomme og

følelsesmessig tilgjengelige for hverandre. Det vil alltid være noen uttrykk som får respons og noen som ikke får respons. Dette kan beskrives som *selektiv inntoning* (Stern, 2003).

For pleierne i tiltaket kan kompetansen som læringen fører til, bidra til at pleier i større grad klarer å tone seg inn på flere uttrykk hos pasienten, og på denne måten bli mer presis i sin personsentrerte omsorg.

Vitalitet

Vitalitet er, ifølge Stern, ikke en følelse og ikke en tanke, men noe kvalitativt annet (Stern, 2010) som danner grunnlaget for vår følelse av å leve, og som er en del av all menneskelig adferd (Trondalen, 2016b). Det handler om hvordan vi opplever hverandre i det musikalske samspillet, og ikke *hva* vi opplevde, eller *hvorfor* vi opplevde den andre på ulike måter. Stern beskriver, i sin teori, vitalitet som «*dynamiske former for vitalitet*» (Stern, 2010).

I tiltaket ble vitalitet synlig i form av musikalske uttrykk og bevegelser, latter, smil og mimikk (*mikroprosesser*). Det var det vitale i uttrykket fra pasienten som gav pleieren tilbakemelding på kvaliteten i relasjonen.

Disse formene består av *bevegelse, tid, styrke, rom og retning*. De kommer til uttrykk i *mikroprosesser*, og danner, som jeg var inne på tidligere, grunnlaget for intersubjektivitet (Trondalen, 2016b). Vitalitet er en nødvendig betingelse for mennesket sin affektive sinnstilstand. Den uttrykkes i alle handlinger, og uttrykk tilbyr oss derfor å se mennesket på en helhetlig måte. Vitalitet er med andre ord mennesket sin affektive sinnstilstand (ibid.)

For pleierne har dette relevans både når det gjelder opplevelse av egen vitalitet, pasienten sin vitalitet og vitaliteten som oppleves i det intersubjektive rommet, i form av mikroprosesser. Det fører meg videre til musikken sin rolle. Et nærliggende spørsmål blir hvordan musikken påvirker vår opplevelse av oss selv og våre følelser i relasjon til oss selv og til andre.

Den musikalske tilnærmingen

Her vil jeg presentere teori fra musikkpsykologi og musikkterapi. Sammenhenger mellom musikk og følelse er et tema i tillegg til sammenhenger mellom musikk og begrepene vitalitet,

affektiv inntoning, følelseskunnskap og intersubjektivitet. Dette er begreper som tidligere er beskrevet, men som her knyttes mer direkte til musikken i tiltaket (*musikalsk intersubjektivitet*).

Musikk og musikalske elementer ble fremhevet som noe som kunne påvirke følelsetilstanden og spenningsnivået til både pleier og pasient. En pleier beskrev en god relasjon som en rytme som beveget seg mellom henne og pasienten. Musikk ble beskrevet som anvendelig for å finne roen, og for å begynne å danse. Pleierne brukte ofte musikk for å regulere pasientene sine følelser i ulike situasjoner.

Musikk og følelser

For å kunne beskrive musikken sin funksjon i forhold til regulering av følelser, vil jeg først belyse noen aspekter av sammenhengen mellom musikk og følelser. Jeg beveger meg da inn i et forskningsfelt som ikke har en samlet teori (Bonde, 2011). Det som imidlertid mange enes om, er at musikk ikke er en følelse, men kan forstås som en katalysator for følelser.

Spørsmålet om hvorfor musikk fremkaller følelser, er sentralt innen dette forskningsfeltet (ibid.). Susanne Langer er en av de viktigste teoretikerne innen dette feltet. Hun belyser med sin teori likhetene mellom musikken og følelsene sine dynamiske forløp med hensyn til intensitet og varighet. Følgende sitat kan uttrykke denne sammenhengen: «I musikkens presentative symbolik genkender lytteren følelsernes former» (Bonde 2011, s. 318). Stern er inspirert av Langer sin teori og har videreført denne i begrepet «*dynamiske former for vitalitet*».

Følelser kategoriseres i ulike grupper (Bonde, 2011) og jeg vil her utdype forholdet mellom musikk og vitalitetsfølelser. Vitalitetsfølelser (Bonde sin terminologi, Stern kaller dem *dynamiske former for vitalitet*) har kort varighet og lav intensitet og er fornemmelser som ofte etterfølges av emosjoner (ibid.). Kvalitetene i vitalitetsfølelser og i musikk kan beskrives med lignende terminologi som *accelerando*, *crescendo*, *diminuendo* og *rallentando* (Trondalen, 2016b).

Affektiv inntoning

Når det gjelder musikk og vitalitetsfølelser, kan affektiv inntoning beskrives på følgende måte i intersubjektive møter. En rolig sang fra pleieren kan formidle en vitalitetsfølelse. Pasienten kjenner igjen følelsen av trygghet ved hjelp av musikken og blir rolig.

Marie Skånlands forskning er også relevant. Hun har forsket på unge mennesker sin bruk av musikk for å regulere sine følelser (Skånland, 2013). Hun fant at musikk er en lett tilgjengelig kilde til å regulere følelser som ikke krever mye tilrettelegging. Det var konteksten som hadde størst betydning med hensyn til musikken sin regulerende virkning på affektene. Det var ikke viktig å velge musikk som skulle få en over i en annen følelse, men virkningen var knyttet til å få en bedre forståelse av sine egne sinnsstemninger (*internal state*). Disse funnene samsvarer med min erfaring i tiltaket, der pleierne valgte musikk med utgangspunkt i pasientens musikkpreferanser og den sinnsstemningen pasienten var i, og fortalte at musikk også kunne frembringe tristhet hos pasienten (og at det også var en del av pasientens liv som trengte anerkjennelse). Noe som skiller sykehjemstiltaket fra Skånlands studie, er hvem som velger musikken. I Skånlands forskning er det personen selv som velger musikken, men i sykehjemstiltaket er det pleieren som gjør valget på vegne av pasienten (*individualisert musikk*). Det fordrer en tilstedeværelse og åpenhet når det gjelder pasientens sinnstilstand som jeg tidligere har beskrevet i forbindelse med intersubjektivitet.

Noe av det samme er Bonde inne på når han beskriver hvorfor vi liker å høre på trist musikk (Bonde, 2011). En forklaring er at vi kan utforske følelser i musikken som ellers kan være krevende å forholde seg til. Musikken gir oss denne muligheten fordi den ikke direkte er forbundet med vårt liv og våre følelser. Musikken er med andre ord ikke en følelse, men en katalysator for en følelse. Bonde foreslår å se på musikkopplevelsen som et laboratorium der vi kan utforske følelser med den følge at følelsen blir mer kjent for oss og med det gir muligheter for utvikling av følelseskunnskap (ibid.).

Musikken kan også sees på som en del av miljøet, og som et noe som kan hjelpe oss i hverdagen (*affordance*). Her gir musikken ulike muligheter for å skape mening med det vi gjør (*appropriation*) og hjelper oss med å regulere for eksempel følelsesmessige tilstander (ibid.). Det var Gibson som først brukte begrepene (*appropriation* og *affordance*) for å forstå sammenhengen mellom mennesker og omgivelsene (Ruud, 2008), og han mente at «*enhver omgivelse tilbyr (afford) et visst antall handlinger og persepsjoner.*» (Ruud, 2008, s.15). Tia De Nora har brukt disse begrepene i musikkforskning og sett på hvordan musikk kan være en

ressurs i hverdagslivet (Bonde, 2011). I tiltaket brukte pleierne musikk i ulike sammenhenger. Det kunne være for å støtte pasientene når de skulle reise seg opp og gå til et annet rom. En av pleierne fortalte at hun brukte rytmiske sanger slik at pasienten fikk en rytme som hjalp henne til å få flyt i bevegelsen. Andre ganger ble musikk brukt for å finne roen etter opplevelser som skapte uro.

Musikalsk intersubjektivitet

I musikken ligger det muligheter for å dele indre følelsestilstander gjennom bevegelser, mimikk, lyder og musikalske uttrykk (Trondalen, 2016b). Pleieren kan i det musikalske samspillet dele indre følelsestilstander og på denne måten anerkjenne og ivareta pasientens behov. Her vil jeg trekke fram behovet for følelsesregulering som er spesielt viktig for mennesker med demens (Kvamme, 2017; Ridder 2017). Informantene formidlet hvordan de ved å bruke musikken kunne gi pasienter en trygghet og ro. De fikk, med musikken, en tilgang til pasientens sinnstilstand som ga de muligheten til å dele denne tilstanden og påvirke (*regulere*) den. Disse opplevelsene er kunnskap knyttet til *kropps- og følelseskunnskap* og er taus (*implisitt*) kunnskap. Trondalen beskriver denne kunnskapen som *implisitt relasjonell kunnskap* (2016b). Opplevelsene vi får i det musikalske samspillet, bidrar til å utvide den implisitte relasjonelle kunnskapen (ibid.), eller beskrevet med andre ord, opplevelsene utvider kunnskapen om at «dette også er en måte jeg kan være sammen med andre mennesker på (i musikken).» Trondalen mener at denne kunnskapen (*implisitt relasjonell kunnskap*) som utvikles i det musikalske samspillet, har betydning for utvikling selv om den ikke blir verbalisert (Trondalen, 2016b). Endringer i hvordan pleierne beskrev sitt musikalske uttrykk kan forstås som utvidet relasjonell kunnskap (*implisitt relasjonell kunnskap*).

Vitalitet og musikk

Pleierne i tiltaket beskrev hvordan musikken kunne få pasienter til å bli oppmerksomme i et her og nå samspill, og gjerne begynne å danse eller synge med. Det ga også pleierne glede og inspirasjon. Det kan sees i lys av teori om sammenhengen mellom vitalitetsfølelser og musikk. Vitalitet er tidligere i teksten blitt beskrevet i forbindelse med mennesket sin affektive sinnstilstand. Trondalen mener at vitalitetsaffektene alltid er tilgjengelige og

beskriver i dette sitatet hvilke muligheter det gir i forhold til musikk «Dynamics form of vitality, these inner experiences of being alive, are always available, and they can easily be pursued and explored through music making and music listening» (Trondalen, 2016b, s. 50).

For pleieren ga musikken, utfra denne forståelsen, de mulighet til å anerkjenne pasienten i relasjonen. Vitaliteten i det musikalske samspillet mellom pleier og pasient, bidro på denne måten til at det intersubjektive feltet kunne utvides med nye relasjonelle erfaringer (*implisitt relasjonell kunnskap*). Det fører meg til siste del av kapittelet og en utdyping av begrepet musikalsk relasjonskompetanse.

Musikalsk relasjonskompetanse

Begrepet musikalsk relasjonskompetanse kan sees i lys av foregående teoretiske betraktninger knyttet til læring, intersubjektivitet og musikk. Begrepet kan med andre ord sees på som en teoretisk oppsummering eller konklusjon, og som en kompetanse pleiere kan videreutvikle i tiltaket som beskrives i denne teksten.

Jeg har satt sammen de to ordene musikalsk og relasjonskompetanse. Begrepet musikalsk relasjonskompetanse, synes jeg er relevant å bruke i indirekte musikkterapeutisk arbeid der personer med demens er målgruppen. Verbal kommunikasjon er ofte ikke tilstrekkelig for denne målgruppen, og jeg mener derfor det er et relevant og anvendelig begrep i denne sammenhengen.

Musikalsk relasjonskompetanse kan utvikles i *praksisfellesskap* der *musikkterapeuten* er en av deltakerne. I dette praksisfellesskapet deler vi opplevelser og erfaringer gjennom det vi gjør med pasienten, og i samtalen rundt dette. Vi skaper *mening* sammen, og våre læreprosesser beveger seg i individuelle forløp (*personlige deltakerbaner*) som gir mening for den som lærer. Ved å være sammen i hverdagslige hendelser (*situert læring*), kan vi lære mens vi, for eksempel, er i et musikalsk samspill med pasienten (*refleksjon-i-handling*). Kunnskapen som utvikler seg med utgangspunkt i relasjonene, kan verbaliseres eller forbli taus (*implisitt relasjonell kunnskap*). I begge tilfeller vil kunnskapen få betydning for deltakerne sin utvikling. Det kan også gi flere muligheter for å møte pasienten med en åpenhet og interesse på en nyansert og meningsfull måte (*intersubjektivitet*). Det musikalske uttrykket kan brukes til å dele opplevelser og sinnsstemninger (*affektiv inntoning i musikk*). På denne måten kan

pleier ivareta pasientens behov for å regulere sine følelser. Samtidig får pleieren anledning til å bli bedre kjent med sine egne følelser som kan utvikle hennes varhet for pasientens uttrykk. Musikkterapeuten kan bidra med anerkjennelse som gir trygghet i en utvikling og læreprosess som dette er. Det kan føre til at pleierne tar i bruk egne ressurser og følelseskunnskap som kan styrke hennes relasjon til pasienten.

METODE

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for valg av forskningsdesign og metode, vitenskapsfilosofisk og teoretisk tilnærming, innsamling av data, analyseprosedyre samt vurderinger og refleksjoner knyttet til metode og etikk.

Litteratursøk

Jeg har gjort søk etter litteratur med følgende søkeord: *indirect music therapy*, *indirekte musikkterapi*, *kompetanseoverføring*, *læring og relasjoner*, *skill-sharing and caregivers*, *relasjonskompetanse*, *music and feelings*, *intersubjectivity*, *dementia* og *person-centered care* i følgende databaser og søketjenester; NMH-Brage, ProQuest, PubMed/Medline, Oria og Google Scholar. Jeg har også søkt i tidsskriftet *Nordic Journal of Music Therapy*. I tillegg har jeg gjort manuelle søk, ved å bruke litteraturlister til relevant litteratur.

Jeg har brukt litteratur knyttet til intersubjektivitet, læring og sosial praksis og musikkpsykologi og brukte denne litteraturen hovedsakelig i teorikapittelet. Jeg fant relevante artikler når jeg søkte på *indirect music therapy* og *skill-sharing and caregivers*. Denne litteraturen ga meg oversikt på fagområdet, og ble mest brukt i drøftingen.

Kvalitativ metode

Formålet med denne masteroppgaven, har vært å få innblikk i på hvilke måter en musikkterapeut kan bidra til en utvikling av musikalsk relasjonskompetanse hos pleiere i demensomsorgen. Hvilke opplevelser og erfaringer de har med bruk av musikk i praksis før

og etter tiltaket, og hvilke tanker og erfaringer de gjør seg om musikkterapeutens rolle, er med på å belyse problemstillingen.

Det er, slik jeg ser det, kvalitative metoder som egner seg best til å få svar på disse spørsmålene. Virkeligheten kan beskrives fra ulike perspektiver, og kvalitative metoder kan presentere mangfold, nyanser og subjektive erfaringer i disse perspektivene (Malterud, 2017). En søker kunnskap der den er i sin naturlige sammenheng og utforsker dynamiske prosesser som samhandling, utvikling, bevegelse og helhet. De kvalitative metodene har også sin styrke ved å stille åpne spørsmål, noe som kan føre til at vi får svar på spørsmål vi på forhånd ikke visste vi kunne stille, og som kan gi mulighet til å oppdage noe nytt. Det er et stort mangfold i kvalitative metodetradisjoner og Malterud trekker fram betydningen av å velge metodisk tilnærming utfra hva vi ønsker å undersøke (ibid.). Når en skal svare på problemstillinger som er knyttet til kreative musikkterapeutiske prosesser, mener Ruud det er nærliggende å bruke kvalitative metoder (2005).

Informantene og empirisk datamateriale

Informantene er to kvinnelige pleiere der den ene er hjelpepleier og den andre er sykepleier. De har en aldersforskjell på ca. 25 år og arbeider på samme avdeling, men i ulike grupper. Begge har vært på arbeidsplassen i 12 år eller mer og har vist interesse for bruk av musikk og har vært med i et fagnettverk for musikk i aktiv omsorg. Fagnettverket ble ledet i 3 år av meg. Vi har møttes en halv dag to ganger i året. Jeg har ikke praktisert som musikkterapeut på den avdelingen der de arbeider.

Det empiriske datamaterialet består av to *semistrukturerte fokusgruppeintervju* av de to informantene, *logger* fra mine *observasjoner* fra hver av informantenes arbeidsplass og fra samtaler med informantene etter jeg har vært sammen med dem og observert. Intervjuene ble gjennomført på omsorgssenteret der de jobber, og samtalene ble gjennomført på et grupperom på deres avdeling.

Semistrukturert intervju, deltakende observasjon og logg

I *semistrukturert intervju* søker en å utvikle kunnskap med utgangspunkt i intervjupersonene sin beskrivelse av sin livsverden, (altså informantenes egen erfaring av sin virkelighet) og de

opplevelsene og handlingsvalg de beskriver fra sin hverdag. Utfra beskrivelsene kan mening fortolkes og en kan komme fram til en forståelse som bidrar til å svare på problemstillingen (Kvale & Brinkmann, 2015). Når intervjuet er semistrukturert, er det verken helt åpent eller helt lukket, som en spørreundersøkelse er. Det er en intervjuguide (*vedlegg 1*) som ligger til grunn der forslagene til spørsmål bidrar til å se på tema i problemstillingen (ibid.).

Det var ønskelig å ta utgangspunkt i pleiernes perspektiv for å belyse problemstillingen. Det er deres utvikling som er hovedpoenget med tiltaket. Det er derfor *de* som står nærmest til å beskrive sin egen opplevelse og prosess. De har informasjon som kan nyansere og berike kunnskapen innen dette feltet, og kan gi svar på de spørsmålene jeg stiller.

Når jeg var sammen med pleierne, brukte jeg *deltakende observasjon* som metode (Fangen, 2010). En fordel med denne metoden er muligheten den gir for å bygge opp tillit mellom de involverte.

I masteroppgaven (og tiltaket) hadde deltakende observasjon to formål. For det første var det knyttet til den pedagogiske relasjonen der mine direkte observasjoner av pleiernes handlinger ga en felles referanseramme som fremmet læringen. For det andre, ønsket jeg at den deltakende observasjonen kunne gi meg tilgang til opplevelser, erfaringer og betingelser som kunne lære meg mer om pleiernes muligheter og begrensninger når det gjaldt bruk av musikk i arbeidet. Min tilstedeværelse ga meg også direkte og førstehånds tilgang til det som skjedde i relasjonen (også i det musikalske samspillet) mellom pleier og pasient. Malterud skriver om slik førstehånds tilgang i forbindelse med deltakende observasjon som metode (2017). Etter samtalen mellom pleier og meg, skrev jeg *logg* fra observasjonene og fra samtalen etterpå. Dette har jeg brukt som bakteppe når jeg har beskrevet tiltaket, og når jeg knytter teori til det.

Hermeneutikk og fenomenologi

Det er systematisk dekontekstualisering som er brukt som analysemetode i masteroppgaven (Malterud, 2017). Metoden har elementer av både fenomenologi og hermeneutikk. De vil bli beskrevet før de blir sett i sammenheng med dette prosjektet.

Hermeneutikk har lange tradisjoner tilbake i tid med hensyn til å fortolke tekster (Kvale & Brinkmann, 2015). Som metode omhandler den prinsipper for fortolkning og analyse. Et av disse prinsippene er forholdet mellom deler og helhet i teksten. En starter opp med en

helhetlig og intuitiv forståelse av teksten for deretter å fortolke de ulike delene. Fortolkningen av delene sees så i relasjon til helheten, og på denne måten åpner denne prosessen opp for en dypere forståelse av meningen i teksten. Et annet prinsipp som trekkes fram ved metoden, er at teksten alltid står i relasjon til den forståelsesrammen den er en del av (ibid.). Først ved å være tydelig og eksplisitt på hvordan denne forforståelsen farger det vi ser, har vi mulighet for å se noe nytt (Malterud, 2017). Dette innebærer en refleksivitet som berører det å konfrontere egne forestillinger og posisjoner ved å stille spørsmål til fremgangsmåter og konklusjoner til både prosess og produkt i forskningsprosessen (ibid.). Disse to prinsippene har vært viktige i min prosess i prosjektet. Å bevege seg i den *hermeneutiske spiral* (Thornquist, 2018) mellom del og helhet over tid har gitt meg ny innsikt og nye spørsmål som gjelder problemstillingen. Refleksjonen rundt min forståelsesramme og kontekstene i tiltaket har gjennom hele prosessen vært av stor betydning for å være så transparent som mulig både overfor meg selv og leseren.

Fenomenologi kom som en protest mot den reduksjonistiske vitenskapen og fenomenologene hadde som mål å gjøre vår umiddelbare erfaring dypere og rikere ved å gi fenomenene en mer fullverdig og rettferdig omtale (Ruud, 2005). Det var filosofen Edmund Husserl som grunnla fenomenologien og den ble videreutviklet av Martin Heidegger (Kvale & Brinkmann, 2015). Menneskets bevissthet og opplevelse var gjenstand for deres oppmerksomhet, og med Jean-Paul Sartre og Maurice Merleau-Ponty ble også mennesket sin livsverden en del av den. I fenomenologisk filosofi tar en utgangspunkt i det menneskene oppfatter som virkelig. Det er den primære opplevelsen av verden som ligger til grunn for de vitenskapelige teoriene om den sosiale verden (ibid.).

Når en knytter disse ideene til metode, søker en her å undersøke fenomenet sitt vesen som essenser der en kan gå fra å beskrive enkeltfenomener til det allmenne ved dem. Det semistrukturerte intervju er en form for intervju der en ønsker å få beskrivelser om den intervjuedes livsverden for så å fortolke betydningen av beskrivelsene (ibid.).

En søker i fenomenologisk metode å undersøke fenomenets vesen som essenser der en kan gå fra å beskrive enkeltfenomener til det allmenne ved dem. Intervjuet gir forskeren en tilgang til intervjupersonene sin livsverden og med det, nyanserte beskrivelser av de fenomenene en ønsker kunnskap om (ibid.).

For å forstå det empiriske datamaterialet, som er transkribering av to intervju, har jeg valgt analysemetoden systematisk dekontekstualisering (Malterud, 2017). Metoden er inspirert av

Giorgis psykologiske fenomenologiske analysemetode. Begge tar utgangspunkt i mennesket sin livsverden der subjektive erfaringer er gjenstand for forskning. Å sette seg selv i parentes er et poeng i begge metodene. Idealet er å se på datamaterialet med en åpenhet der informanten trer fram og forskeren trer tilbake. Ulikhetene med disse metodene er for det første at systematisk dekontekstualisering ikke har livsverden som det grunnleggende analyseperspektivet. For det andre regner en i metoden systematisk dekontekstualisering forskeren sin erkjennelse og forforståelse som viktige og nødvendige bidrag som ikke kan utelukkes når det gjelder påvirkningen det har på det vi ser. Og for det tredje søker fenomenologisk metode etter fenomenets essens. I systematisk dekontekstualisering er derimot forståelsen at et fenomen kan ha ulike sider utfra hvilket perspektiv vi ser det fra (ibid.).

Metoden systematisk dekontekstualisering som jeg har brukt, benytter både elementer fra fenomenologi og hermeneutikk. Informantenes perspektiv, deres erfaringer og opplevelser er sentrale, men beskrivelsene av disse gjøres senere til gjenstand for tolkning (ibid.)

I mitt prosjekt blir informantene bedt om å beskrive hvordan musikken påvirker deres relasjon til pasienten. Jeg var også interessert i å vite hvordan relasjonen til musikkterapeuten påvirket deres relasjon til seg selv og til pasienten. Fenomenet jeg ønsker å studere er relasjoner med ulikt perspektiv, men hele tiden med informanten sine beskrivelser av sin opplevelse som utgangspunkt. I dialog med teksten i datamaterialet (transkriberingen av intervjuet), og gjennom analyseprosessen ble disse beskrivelsene tolket, og med det, farget av min forforståelse.

Etiske refleksjoner

Mohlin har beskrevet noen etiske aspekter i musikkterapeutisk forskning (Mohlin, 2008). Informert samtykke og konfidensialitet er ett av disse aspektene (ibid.). Informantene hadde i forkant, gitt samtykke til å delta i tiltaket (*vedlegg 2*). Masteroppgaven er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) (*vedlegg 3*). Datamaterialet ble oppbevart etter forskriftene og informasjon er blitt anonymisert. Når det gjelder ivaretagelse av pleierne i tiltaket, vil jeg trekke fram to moment som ble viktige for meg. Det ene var at pleierne ikke sto alene med ansvaret for de valgene som jeg som musikkterapeut, og pleierne tok med hensyn til pasientene i samspillet. Etter

samtaler med pleierne, ba jeg dem også konferere med fagansvarlig på avdelingen om det de gjorde, slik at fagansvarlig var informert. Det andre var at det kom fram et uttalt ønske om oppfølging, noe jeg tilbød avdelingen etter at masteroppgaven er ferdig.

ANALYSE OG RESULTAT

Systematisk tekstkondensering

Datamaterialet ble analysert med det formål å få tak i informantene sine beskrivelser og meningsinnholdet i datamaterialet for så å kunne sammenfatte det til nye beskrivelser og begreper som kan deles med andre (Malterud, 2017). Jeg ønsket en fleksibilitet med hensyn til å se nye mønstre i datamaterialet og gi empirien en sentral plass i prosjektet. Valget falt derfor altså på metoden systematisk dekontekstualisering.

Malteruds metode, systematiske tekstkondensering, består av følgende fire trinn;

1. Å få et helhetsinntrykk
2. Å identifisere meningsbærende enheter
3. Å abstrahere meningsinnholdet i de enkelte meningsdannende enheter
4. Å sammenfatte betydningen av dette

Analyseprosessen startet ved gjennomlesing av datamaterialet flere ganger med et par dagers mellomrom med den hensikt å få et helhetsinntrykk av datamaterialet. For å holde ved like helheten i datamaterialet, gikk jeg tilbake til transkripsjonen med jevne mellomrom gjennom hele analyseprosessen.

Min forforståelse og teoretiske referanseramme prøvde jeg å sette i parentes ved legge tema og spørsmål i intervjuguiden til side. Hensikten var å se teksten med en åpenhet for å unngå at jeg gikk en sti som var lagt opp på forhånd og på den måten kun så det jeg forventet å se (ibid.).

Resultater

Resultatene blir presentert i tre hovedkategorier.

1. Relasjon mellom pleier og pasient
2. Relasjon til musikken
3. Relasjon mellom pleier og musikkterapeut.

Innholdet i hver hovedkategori vil bli presentert hver for seg. Under hver hovedkategori er det en eller to subgrupper som blir presentert med et kondensert sitat som tar utgangspunkt i meningsbærende enheter. Det blir etterfulgt av en kategoribeskrivelse bestående av direkte sitat og analytisk tekst. Kategoriene avsluttes med egne refleksjoner hvor formålet er å formidle detaljer fra datainnsamlingen og en oppsummering som kan bidra til å gi leseren et helhetlig inntrykk av prosessen.

De tre kategoriene blir presentert slik at første kategori fra datamaterialet fra første intervju og andre intervju kommer etter hverandre i teksten. Deretter kommer en sammenligning av kategoriene. Dette blir gjentatt med alle tre kategoriene. Formålet med dette er å tydeliggjøre hvilke endringer som skjer mellom første intervju og andre intervju.

Datamaterialet består av to intervju som ble analysert hver for seg. Jeg beskriver analyseprosessen slik den foregikk i begge intervju. Intervjuguiden var lik i begge intervjuene.

De *foreløpige* temaene i tekstene *var* i begge intervju, relasjoner mellom pleier og pasient, relasjoner til kollegaer, relasjoner til musikk og implementering. I datamaterialet fra første intervju *var* det i tillegg et tema som handlet om forventninger og tanker om hva en musikkterapeut kunne bidra med. Tema som *kun* *var* i datamaterialet fra andre intervju, *var* læreprosessen og bruk av instrumenter.

Temaene ble vurdert i forhold til problemstillingen sitt fokus på musikalsk relasjonskompetanse. Etter noen runder med vurderinger ble temaene som omhandlet *bruk av instrumenter, relasjoner til kollegaer og implementering*, tatt bort.

Meningsbærende enheter ble markert. Eksempler på enheter fra datamaterialet fra første intervju er *trygghet, musikk de liker og nye spor*. Eksempler på enheter fra datamaterialet i andre intervju er *samme rytme, diktet tekst, anerkjennelse og bekreftelse*.

Etterhvert så jeg et mønster der de meningsbærende enhetene fordelte seg i tre kategorier som beskrev *relasjoner mellom pleier og pasient, relasjonen til musikken og relasjonen mellom pleier og musikkterapeut*.

Kategoriene overlapper i noen tilfeller hverandre. Det kan forklares med at det er det jeg har funnet som har gitt kategoriene navn, og ikke det jeg har undersøkt (Malterud, 2017). Det er med andre ord informantene sine beskrivelser som danner grunnlaget for kategoriene, og ikke intervjuguiden (ibid.).

Det er i de to første kategoriene to subgrupper, pleier og pasient. *Pleier* vil si at teksten beskriver en god relasjon sett fra pleierens perspektiv, mens *pasient* betyr at teksten beskriver en god relasjon med utgangspunkt i pasientens respons.

I tredje kategori er det en subgruppe i datamaterialet fra første intervju som heter *nye spor* og to subgrupper i datamaterialet fra andre intervju som heter *bekreftelse og anerkjennelse og læring med utgangspunkt i felles opplevelse*.

Et kondensert sitat er et kunstig sitat. Her blir det konkrete meningsinnholdet fra de meningsbærende enhetene omsatt til en mer generell form (Malterud, 2017). Dette er et spesielt metodisk grep i denne metoden. Sitater og kondenserte sitater står i kursiv.

Malterud skriver at subgruppene bli formet utfra det perspektivet vi har når vi leser datamaterialet (Malterud, 2017). Min tilnærming til datamaterialet har vært det relasjonelle som er overordnet tema i problemstillingen. Overskriften i subgruppene er ordet som beskriver mitt funn i denne kategorien. I kategori 1 og 2 fordelte de meningsbærende enhetene seg på informantene sin beskrivelse av egne opplevelser og beskrivelser av pasienten sin reaksjon. I kategori 3 ble det lære- og utviklingsprosessen som best beskrev relasjonen mellom pleier og musikkterapeut.

Systematikken som metoden innebærer, ga muligheten til å gå dypere inn i problemstillingen med en større forståelse og refleksivitet. Den tydeliggjorde også hva jeg ønsket å vite mer om (ibid.). Problemstillingen ble vurdert endret etter analyseprosessen. Den forble den samme fordi den fortsatt rommet, som jeg vurderte det, det de empiriske data og mine funn viste.

Relasjonen mellom pleier og pasient i første intervju

Denne kategorien sier noe om informantene sin opplevelse av å være i en relasjon til pasientene. De beskriver hva de selv opplever som en god relasjon, og hvordan de opplever pasienten når kontakten mellom dem er god.

Eksempel på meningsbærende enheter i denne kategorien er: *trygghet, tillit, glede, være rolig, se pasienten, god atmosfære, god relasjon, skape, du merker, her og nå, til stede, møter blikk, finne roen, smiler, tilbakemelding.*

Subgruppen Pleieren

«For å få en god relasjon må du få tillit og trygghet hos pasienten. Min evne til å skape en god stemning er viktig her. Jeg har opplevd betydningen av å være rolig selv for å kunne se pasienten. Da kan jeg kjenne på meg om vi har god kontakt.»

kondensert sitat

Informantene fremhever betydningen av å se pasienten for å skape rom for trygghet og tillit. Dette trekkes fram som grunnleggende for en god relasjon.

«Klarer du å skape trygghet og tillit helt i bunn så klarer du å skape en god relasjon til pasienten og en god atmosfære.»

En av informantene sier hun kjenner det på seg selv om hun har denne tilliten hos pasienten, for da kjenner hun en tilstedeværelse mellom de to, en her- og- nå- opplevelse.

«Du merker om pasienten er med deg akkurat her og nå, altså om pasienten er til stede»

Subgruppen Pasient

«Jeg merker det når pasienten har tillit til meg. Da finner hun roen sammen med meg og ofte møter hun blikket mitt og smiler til meg.»

Når pasienten møter blikket og smiler, bruker informanten det som en tilbakemelding på at de har en god kontakt.

«Du merker det hvis du får tilbakemelding sånn at de viser glede..ja at de setter pris på deg.»

Kommentar: Å finne roen var ord som ofte ble brukt når informantene beskrev bekreftelser fra pasienter på at tillit var en del av relasjonen deres.

«Da merker du fort hvis den pasienten har tillit til deg og da finner den pasienten.. du kan merke at hun finner roen i sammen med deg.»

Egne refleksjoner

Begge informantene fremhevet tillit som selve grunnlaget for relasjonen mellom dem og pasienten. De fortalte også hvordan de kunne merke på seg selv og på pasientens reaksjoner om de hadde god kontakt. En av informantene fortalte hvordan hennes egen sinnsstemning påvirket pasienten, og at det å være rolig selv var en forutsetning for å gi pasienten ro.

Relasjonen mellom pleier og pasient i andre intervju

I denne kategorien kommer det fram betydningen av kjennskap til pasienten sin livshistorie og musikkpreferanse, har for å skape en god relasjon. Den handler også om hvilken betydning denne kunnskapen kan ha for pasientene sin livskvalitet og identitet.

Eksempel på meningsbærende enheter i denne kategorien er *identitet, god rytme, trygghet, musikk de liker, de blir med, lettere å prate, spille på i krevende situasjoner, bruke musikken, er sammen der og da, det gjør godt, har det bra, reflektere, innspill, spor, synge, lettere, kjenne igjen.*

Subgruppen Pleier

«Jeg bruker musikk for å få kontakt med pasienten. Når vi er i samme rytme, har vi en god kontakt opplever jeg. Ved å kjenne til det livet de har levd og hvilken musikk de liker, danner jeg et grunnlag for å kunne bekrefte deres identitet. På denne måten kan jeg gi de trygghet i hverdagen. Det gir oss gode møter og hjelper oss gjennom dagen».

Kondensert sitat

Å være i rytme med pasienten blir av en informant uttrykt som en kvalitet som beskriver en god relasjon for henne.

«Jeg tenker i alle fall at en god relasjon er at du er på en måte, hvis en skal bruke en musikkbetegnelse, er i rytme med pasienten på en måte, at en er sammen der og da og har samme rytme ... at du får en kontakt, bruker musikken til det liksom.. det er i alle fall en god relasjon tenker jeg».

Informantene understreker også betydningen av kunnskap om livshistorie og preferansemusikk. Denne kunnskapen gir grunnlag for gode relasjoner og påvirker også relasjonen i ulike situasjoner.

«Når du er blitt litt kjent med pasienten så finner du kanskje ut litt hva de liker og da spiller en jo på det i sånne situasjoner når det er vanskelig».

Tolkning: Pasienten får bekreftet identiteten sin med musikk, og pleierens kjennskap til bakgrunns historien skaper en trygghet hos pasienten.

Her beskriver en av informantene hvordan hun opplever å synge med en pasient:

«Åhh, det er veldig skjønt å se den stunden der hvor god den kan bli og det gjør godt for henne og for meg gjør det veldig godt å se at hun har det så bra. Det blir jo fort glemt, men så er det der igjen ... Så er hun med.»

Tolkning: Her beskriver pleieren hvordan hun opplever et samvær med pasienten som oppleves meningsfullt for de begge. Samtidig sier hun noe om hvordan pasienten kan gå inn og ut av kontakten.

En av informantene forteller om hvordan tiltaket har hjulpet henne til å finne ord for det hun gjør og på den måten bli mer bevisst:

«Du har hjulpet meg til å reflektere over hvordan jeg kan bruke sang og musikk med pasientene og det var godt å få noen innspill fra deg. Det er lett å gå i de samme sporene i hverdagen, men når du var her ble jeg mer bevisst på det jeg gjør»

Subgruppen Pasient

«Når jeg bruker musikk de har et forhold til, blir de mer med i dialogen. Det blir lettere å snakke sammen og det gir en trygghet i situasjoner som ellers kan være krevende. Jeg kan synge en sang om det vi skal gjøre, og da er det som hun klarer å forstå meg bedre enn når jeg ikke bruker sangen».

Kondensert sitat

Begge informantene beskriver hvordan musikken og sangen påvirker kontakten med pasienten. Her beskriver en av informantene det slik.

«Lettere å prate sammen når vi har sunget, de blir med».

Tolkning: Informantene formidler at musikken kan gi nye muligheter i samspeilet og når det gjelder de oppgavene de skal samarbeide om gjennom dagen.

I neste sitatet beskriver informantene hvordan hun bruker sang for å hjelpe pasienten til å finne rommet sitt.

«Ofte er det bare å synge litt om hvor en skal, så kjenner de seg igjen.»

Egen refleksjon

Informantene beskriver hvordan musikken gir dem muligheter for å ivareta pasientens behov i ulike sammenhenger, noe som gir dem en følelse av å klare nettopp dette. Musikken hjelper de også til å få i gang samtaler. Musikkpreferansens betydning og hva musikken tilbyr i relasjonene, ser jeg på som sentralt i denne kategorien. Her hadde de mange og rike beskrivelser fra sin praksis.

Sammenligning av relasjon mellom pleier og pasient i første og andre intervju.

I første intervju beskriver pleieren relasjonen mellom seg selv og pasienten uten å trekke inn musikk. I andre intervju blir musikk helt sentralt når de beskriver relasjonen. De trekker spesielt fram betydningen av å vite hvilken musikk pasienten liker og har et forhold til. En informant bruker metaforen rytme for å beskrive kvaliteter i en god relasjon. Min tolkning av denne endringen, er at tiltaket kan ha ført til en økt bevissthet på musikken sin rolle og muligheter for utvikling av gode relasjoner mellom pleier og pasient.

Relasjonen til musikken i første intervju

Denne kategorien beskriver hvordan musikken kan tilby ulike muligheter for pleier og pasient. Den handler om pleierens mellommenneskelige og musikalske ressurser knyttet til samspillet med pasientene. Den sier også noe om hvordan pasientenes forhold til musikk kan brukes for å skape glede og trygghet.

Eksempel på meningsbærende enheter i kategorien er: *sangen hjelper, jeg blir glad, godt å synge, bidra med musikk, bruke musikk, gjenkjenne, nå inn, finne musikk de liker, dette kan jeg bidra med, jeg kan nynne, treffe blink med musikken.*

Subgruppen Pleier

«Jeg er opptatt av sang og musikk i kontakt med pasientene og tenker at det er noe jeg kan bidra med. Å finne musikk de liker, nynne litt og synge noen sanger de kan, er min måte å bruke musikken på i hverdagen på avdelingen. Jeg opplever at jeg kan nå inn til pasienten med musikk og at det kan bidra til gode opplevelser for oss begge.»

Kondensert sitat

Informantene har ulike måter å bruke musikken på som de har utviklet etter flere år med erfaringer. En informant beskriver hvordan hun har funnet sin innfallsvinkel.

«At jeg har noe jeg kan.. vi er jo så forskjellige.. noen kan det og noen kan det ... sant ... men nå har jeg det som mitt lille bord, at jeg kan bidra med sang og musikk.»

En informant beskriver sitt forhold til musikk slik:

«Jeg er ikke så veldig komfortabel med å synge selv, det er jeg helt ærlig med. Jeg nynner litt med og sånn, men jeg prøver å være flink til å finne tilpasset musikk som jeg i alle fall kan spille til dem.»

En annen informant forteller en liten historie der musikk hjalp i et krevende morgenstell.

«Spesielt når det kom til intimstell var det utfordringer, men så fant vi ut at vi kunne bruke en sang, en typisk liten vise som moren hadde sunget til henne. Når vi da kom helt inntil ansiktet så sang hun med og da gikk det mye lettere.»

Tolkning: Informantene beskriver ulike situasjoner der sang og musikk har gitt dem muligheter for å gi pasienten den tryggheten hun hadde behov for.

Subgruppen Pasient

«Når jeg bruker musikk kan, de begynne å danse, de kan huske tekst på sangene, bli engasjerte og får lyst til å delta i det sosiale som skjer. De blir mer ungdommelige og vitale. Livet de har levd og deres personlighet blir tydeligere for meg.»

Kondensert sitat

Erfaringen informantene gjør seg, er at pasienten sine ressurser og personlighet kommer fram når de bruker musikk. Det kommer fram i følgende sitat:

«... også har vi lik sangsmak og hun har kommet svært langt i demensen og finner ikke ordene og sånne ting, men når vi synger, da kan hun sangene. Da kan hun alle ordene. Jo stort sett, for det meste.»

I opplevelsene der musikken blir en del av samspillet, gir musikken informantene en mulighet for å bli bedre kjent og møte pasientens behov. Sitatet kan beskrive hvordan en fotballsang i dette tilfelle kan gi nye muligheter for både pasienten og pleieren.

«Jeg har og en erfaring et stykke tilbake i tid med en pasient som var veldig redd. Og han var veldig, veldig redd. Når vi skulle stille han, da ropte han veldig høyt og du så bare hvordan han skalv og var livredd. Så hadde de funnet ut at han likte ulike typer sanger som kona sikkert hadde fortalt om, og da var det blant annet den fotball sangen og det var ... ja ... litt lokale sanger og når vi sang de, da hørte han etter og smilte. Det

var ikke så ofte han smilte, men da, da smilte han, og da fikk vi stelle han for det var det som var vanskelig å få utført for det var veldig mye roping. Da var det akkurat som.. her var det noe han gjenkjente».

Egne refleksjoner

Informantene fortalte her om sin måte å bruke musikk på, og små historier fra praksis ble brukt for å beskrive ulike situasjoner der musikk hadde betydning i samspillet med pasienten. Det ble også formidlet hvordan pasientenes musikkressurser kunne gi muligheter i samspillet. Det kom fram i flere av historiene hvordan musikken kunne spille en betydelig rolle i relasjonen mellom pleier og pasient. Jeg ser på mellommenneskelige og musikalske ressurser hos pleier og pasient som et viktig tema i denne kategorien.

Relasjonen til musikken i andre intervju

Denne kategorien beskriver hvordan informantene tilpasser tekst og musikk til pasientenes følelsetilstand. De forteller også hvordan de improvisere og dikter tekst underveis for å støtte pasienten, og forteller at det gir dem glede og energi. De formidler at det er pasienter med langtkommen demens det oppleves mest naturlig å bruke sang når de er på rommet sammen. Ellers formidler de at musikk kan bety mye for livskvaliteten til den enkelte pasient.

Eksempel er meningsbærende enheter er: *sangen hjelper, jeg blir glad, tårer, sterke minner, godt å synge, bidra med musikk, bruke musikk, gjenkjenne, nynne, nå inn, kjent sang, dikte, humor, jeg ser, inngangsport, får det bedre.*

Subgruppen Pleier

«Musikk kan få fram ulike følelser noe jeg tenker er fint. Selv om det kan komme tårer så er det også en del av deres liv som vi kan møte dem på. Jeg pleier å bruke en kjent sang og dikte tekst som passer i forhold til det vi skal gjøre. Det kan være en marsj når vi skal gå, en sang når hun skal pusse tennene eller finne rommet sitt. Det gir en god og lett stemning mellom oss der også humor får sin plass.»

Kondensert sitat

Informantene beskriver flere ganger hvordan musikk får fram følelser. Her beskriver en informant hvordan hun med sang kan gi trøst når det trengs.

«.. og hvis det er noen som er lei seg så kan jeg gjerne sette meg ned og nynne en liten sang».

Improvisasjon av tekst blir brukt av informantene for å tilpasse musikken til den enkelte. På den måten kunne de få god kontakt og støtte de gjennom ulike situasjoner og overganger.

«En dag brukte jeg melodien til «Så går vi rundt om ene enebærbusk» og diktet teksten «så gjør vi så når vi pusser våre tenner» og etterpå «så gjør vi så når vi går til sengs» og pasienten hørte etter hva jeg sang.»

Humor blir av en informant trukket fram som vitaliserende på samspillet. Pleierne improviserte med å lage nye tekster til kjente melodier for å tilpasse musikken til pasientene sine behov.

«Veldig festlig at det er litt humor ja ikke morsomt sånn, men det er ..smiler litt selv og. Dikter litt underveis, så blir det litt sånn også blir det litt sånn.»

En av informantene fortalte hvordan hun bruker musikk for å hjelpe pasientene å orientere seg samtidig som de har det hyggelig:

«Når vi nærmer oss rommet til pasienten hvor han bor, da synger jeg om det vi gjør og da kjenner han seg igjen med en gang. Ofte er det bare å synge litt om hva vi skal gjøre så blir det lettere å forstå.»

Tristhet og tårer ble av begge informantene trukket fram som følelsesuttrykk som kunne komme i forbindelse med musikk. De formidlet at disse følelsene og minnene også er en del av pasientenes liv.

«Det hender at sangene vi synger assosieres med såre minner og da kan det komme tårer. En kan jo bli litt usikker på hvordan de har det, men da går jeg ofte bort til den som er lei seg, stryker litt og prøver å trøste.»

Tolkning: Her viser informantene en trygghet med hensyn til å ta vare på pasientene når de blir følelsesmessig berørt av musikken og trenger trøst.

Subgruppen Pasient

«Jeg ser at pasienten får det bedre når hun får høre musikk hun liker for da møter hun blikket mitt, nikker og smiler og synger sammen med meg. Noen ganger er det pasienter som bare lukker øynene og tar inn musikken og du ser at de nyter stunden.»

Kondensert sitat

Informantene beskriver ulike reaksjoner hos pasienten som glede, smil, nikk, sang og lytting som reaksjon på musikken.

«Hun har ikke sagt det med ord, men da ser jeg at hun er med i rytmen og koser seg og synger og smiler og nikker og synes dette er veldig fint, så det er en kjempefin opplevelse å være der.»

De opplever at de kan anerkjenne og bekrefte pasienten sine behov med musikk og på denne måten bidra til økt livskvalitet.

«Jeg tenker på dette med anerkjennelse og bekreftelse ... så sånn som den pasienten du har vært med inn hos, så ser jeg at musikk er veldig viktig og er en stor del av livet hennes. Hverdagen blir mye bedre med musikk rett og slett, og det skal ikke så mye til egentlig med musikken, men det er en inngangsport til henne som gjør dagen hennes mye lettere.»

Egne refleksjoner

Jeg opplevde en vitalitet og glede hos informantene når de delte disse erfaringene. De beskriver en kreativ prosess hvor improvisasjon var en viktig del. Beskrivelsene viser, som jeg ser det, informantenes trygghet på sitt musikalske uttrykk. Beskrivelsene viser også at informantene kan romme de følelsene som musikken frambringer, og la de få plass og tid i samværet. Musikken betyr muligheter for både pleier og pasienten i ulike situasjoner og kan møte forskjellige behov. Informantene snakket nyansert om hvordan de tilpasset musikken.

Sammenligning av relasjon til musikken i første og andre intervju

I første intervju beskriver informantene hvordan musikken har påvirket relasjoner og samspill på ulike måter. I andre intervju opplever jeg dem som mer spesifikke både på hvordan de

reflekterer og tilpasser bruk av musikk i konteksten. Denne endringen kan bety at de har blitt mer bevisst på hvordan musikk kan varieres når det gjelder å møte pasientens behov her og nå. Mitt inntrykk er at de også bruker sine egne følelser i større grad når de tar valg med hensyn til musikk.

Relasjonen mellom pleier og musikkterapeut i første intervju

Denne kategorien sier noe om tanker informantene har om hva en musikkterapeut kan bidra med på en demensavdeling. På dette stadiet har ikke tiltaket startet.

Eksempel på meningsbærende enheter er: *ideer og tips, nye spor, bruke i pleien, unngå tvang, nøkkel til å nå inn, du er med, kompetanse, god nøkkel, nyttig verktøy, å nå inn, mer aktivt*

Subgruppen Nye spor

«Jeg tenker at du har kompetanse til å gi oss erfaringer med hvordan vi kan bruke musikk for å nå inn til pasienten og unngå bruk av tvang. Jeg kjenner at det er lett å gå i samme sporet og det er fint om du kan bidra til at vi finner nye spor.»

Kondensert sitat

Informantene sier de tror musikkterapeuten kan komme med noen ideer eller tips når hun er med de i ulike situasjoner, og en uttrykker samtidig litt usikkerhet på hva dette innebærer.

«du er musikkterapeut så har du sikkert lært en del og har kanskje noen tips og nye ideer muligens med noe som du vil formidle videre til oss som vi kan bruke i pleien, i det daglige livet på gruppa. Du kan kanskje komme med noen ideer om hva vi kan gjøre hvis du er med i en situasjon, jeg vet ikke, men jeg regner med at du sikkert sitter inne med noe kompetanse, vil jeg tro ja ...»

En pleier er tydelig på musikkens potensial til å nå inn til pasienten.

«Jeg tenker at den kompetansen du har, kan være god å bruke på denne pasientgruppen her, at vi får være, bruke musikk mer aktivt, så det tror jeg kan være en god nøkkel til å nå inn til pasientene. Og skal vi tenke videre, så tenker jeg i alle fall, altså med tanke på det å unngå bruk av tvang, så kan det være et nyttig verktøy.»

En av informantene uttrykker at de har erfaringer med at bruk av musikk gir nye muligheter i relasjonen til pasienten og ønsker å utvikle det videre.

«Vi har jo prøvd å bruke sangen i den situasjonen og jeg har vel opplevd at det kan gå greiere ja, men det er flott hvis vi får noen nye tips. Og vi har godt av å få litt ny input. Når du går på en arbeidsplass nesten hver dag, så kan du lett gå i det samme sporet.»

Egne refleksjoner

Informantene beskriver her sine tanker og forventninger til hva musikkterapeuten og tiltaket kan bidra med. De er primært opptatt av å få konkrete tips og ideer.

Relasjonen mellom pleier og musikkterapeut i andre intervju

I denne kategorien sies det noe om hvordan relasjonen mellom pleier og musikkterapeut påvirket informantenes samspill og relasjon til pasientene. Erfaringer fra tiltaket beskrives med utgangspunkt i hva de trakk fram som viktig i denne prosessen. Tema fra andre subgruppe er hvordan de opplevde å ha musikkterapeuten med i sin praksis og i samtalen etterpå.

Eksempel på meningsbærende enheter var: *vi gjorde litt andre ting, bekreftelse, anerkjennelse, betydningsfullt, villig til å by på meg selv, lære, vær litt fri og bruke musikken, du(musikkterapeuten) selv opplevde, ikke lett å sette ord på og ikke lett å forklare, å finne musikk, inspirasjon,*

Subgruppen Bekreftelse og anerkjennelse

For meg har det vært viktig å få anerkjennelse og bekreftelse på at det jeg gjør er bra. Det virker inspirerende i forhold til å prøve ut nye måter å bruke både meg selv og musikken på.

Kondensert sitat

Tolkning: Å få bekreftelse og anerkjennelse på at det arbeidet de gjør, har påvirket synet de har på seg selv og sine muligheter.

En av informantene formidler:

«Du har kommet med bekreftelse på det jeg gjør og det har vært betydningsfullt for meg. En kan jo bli litt trøtt og lure på om dette har noe for seg, men så har du sagt at det var bra og det har vært veldig fint Og det kan være godt å høre at det du faktisk gjør er positivt for den pasienten.»

Den andre informanten forteller om sin prosess, der hun beskriver en følelse av å være friere når det gjelder å prestere.

«Jeg har lært at jeg må være villig til å by litt på meg selv. Ikke tenke så mye på at jeg ikke kan synge, ikke kan danse, hva jeg ikke kan, men heller bare nynne og kose meg og være litt fri og bruke musikken. Det er det jeg har tatt til meg.»

I følgende sitat beskriver informanten en frihet i form av å ha et repertoar å ta av og at det finnes ulike innfallsvinkler.

«Alle trenger vi jo litt inspirasjon og å bli vekket opp litt, for å si det sånn. Vi må bruke det vi har, om vi synger eller bruker cd spiller, kaster en ball eller nynner. Det er så mange måter å gjøre det på.»

De formidler også at de tenker på hvordan de vil utvikle sin praksis videre

«Også har jeg tenkt at ... at jeg vil være litt sånn ... tenke litt videre og prøve å finne musikk til de forskjellige pasientene i alle fall til noen. Nå prøver jeg jo litt med å finne musikk til en pasient som det ikke er så mye informasjon om fra før»

Subgruppen Læring med utgangspunkt i felles opplevelse

«Det er ikke så lett å formidle med ord det som skjer mellom pasienten og meg så det var viktig at du var tilstede og selv opplevde hva som skjedde»

Kondensert sitat

Informantene formidlet betydningen av at musikkterapeuten hadde vært tilstede i sammen med henne og pasienten, fordi det opplevdes som vanskelig å finne ord for det som hadde skjedd i samspillet.

«Jeg tror det var bedre det at du var tilstede i situasjonen for det vil være lettere å .. det er kanskje ikke så lett å forklare å sette ord på hva som skjer mellom meg og pasienten»

En av informantene trakk fram at det ved utfordringer i samspillet var en styrke at musikkterapeuten selv hadde observert. Her er to sitat fra hver av informantene

«Hvis det er en utfordring da tenker jeg at det kan være lettere å se og observere på en måte hva er det er som skjer ...?»

«Jeg tror det var bedre at du var tilstede i situasjonen for det vil være lettere å se og observere hva det er som skjer spesielt hvis det er utfordringer i relasjonen»

Vi snakket om hvordan det ville vært om musikkterapeuten kun var med i samtalen og da beskrev en informant det på denne måten:

«Når du er med, får du oversikten og da er du jo i dette her, men skulle du bare snakke med oss uten å være med pasienten, så ville det bli litt tørt tror jeg»

Egne refleksjoner

Begge informantene mente det var betydningsfullt for læreprosessen at musikkterapeuten var med og opplevde samspillet mellom dem og pasientene. Det gjorde det lettere å finne ord for å beskrive samspillet. Jeg ser på bekreftelse og anerkjennelse som sentrale begrep i kategorien og for betydningen det har for informantene sin utvikling av musikalsk relasjonskompetanse.

Sammenligning av relasjon pleier og musikkterapeut i første og andre intervju

I første intervju formidlet informantene forventninger om å få tips og ideer fra musikkterapeuten. I det andre intervjuet ble anerkjennelse og bekreftelse sentrale tema. De ble beskrevet som betydningsfulle for det de gjør nå, og for å tenke videre på nye muligheter bruk av musikk kan gi. Det viser, som jeg ser det, en endring i fokus fra det ytre (tips og ideer) til det indre plan der det å endre seg selv, blir beskrevet.

Hovedkategorier

Jeg har altså kommet fram til tre hovedkategorier som er:

1. Relasjon mellom pleier og pasient
2. Relasjon til musikken
3. Relasjon mellom pleier og musikkterapeut.

I *første kategori* beskriver de sin mellommenneskelige og musikalske kompetanse i form av beskrivelser fra ulike opplevelser de har hatt sammen med pasienter. Etter tiltaket preges beskrivelsene av en tydeligere og mer bevisst forståelse om hvordan de kan bruke musikk i med hensyn til spesifikke behov hos pasienten.

I *andre kategori* kom det fram hvordan de opplevde det som meningsfullt å bruke musikk i samspillet med pasienten. Etter tiltaket kommer beskrivelser som vitner om en utvikling knyttet til flere muligheter i det musikalske samspillet der improvisasjon blir brukt for å tilpasse det musikalske uttrykket til pasientens behov. Følelser blir også trukket fram både i form av informantenes egne følelser, følelsesuttrykk hos pasienten og hvordan følelsene gir informanten mulighet til å møte pasientens behov.

I *tredje kategori* ble anerkjennelse i den pedagogiske relasjonen et sentralt tema. Etter tiltaket formidlet de at det å ha musikkterapeuten med i sitt praksisfellesskap hadde vært av stor betydning for deres læringsutbytte.

DRØFTING

I det følgende vil jeg knytte resultatene opp mot presentert teori og litteratur. Drøftingen gjøres med utgangspunkt i de tre hovedfunnene:

1. Relasjonen mellom pleier og pasient ble styrket.
2. Bruk av musikk gir nye muligheter i relasjonen.
3. Den pedagogiske relasjonen har betydning for læring.

I drøftingens siste punkt vil jeg derfor si noe om hvordan indirekte musikkterapi kan bidra til utvikling av musikalsk relasjonskompetanse. Masteroppgaven vil sees i sammenheng med forskning innen feltet indirekte musikkterapi og i forhold til relevansen det har for musikkterapeutisk praksis innen indirekte musikkterapi.

Relasjonen mellom pleier og pasient blir styrket

Hvordan kan man forstå endringene etter tiltaket? Det er primært to prosesser som kan forklare utvikling av en styrket relasjonskompetanse.

1. Pleierne beskriver at de i større grad finner ord for det de opplever som en følge av tiltaket.
2. Pleierne får nye opplevelser i tiltaket sammen med den andre ved bruk av musikk. Noen av disse opplevelsene blir ikke verbaliserte (*implisitt relasjonell kunnskap*).

Ad 1

Pleierne opplevde i større grad å finne ord for det som skjedde i det musikalske samspillet når musikkterapeuten var med i (hennes) praksis. En av pleierne formidler at det hadde ført til en bevisstgjøring med hensyn til hennes tilnærming til pasientene når hun brukte sang og musikk sammen med dem.

Jeg opplevde at pleierne hadde god mellommenneskelig og musikalsk kompetanse ved starten på tiltaket. Kunnskapen som ble verbalisert, og kom til uttrykk non-verbalt, mener jeg derfor

er kunnskap de tilegnet seg underveis i tiltaket og hadde *før* tiltaket. Dette funnet samsvarer med annen forskning innen indirekte musikkterapi der prosessen beskrives som en bevegelse fra taus til eksplisitt kunnskap (Ottesen & Krøier, 2018).

Endringen kan forklares ved hjelp av ulike teorier. Prosessen med å verbalisere kunnskap, kan forstås i lys av relasjonen mellom pleier og musikkterapeut, og samspillet mellom dem i det intersubjektive feltet (*tertiær intersubjektivitet av andre orden*) (Bråten, 2007). Selv om begrepet brukes mest når det gjelder utviklingspsykologi og terapi, mener jeg det også kan beskrive utvikling i relasjonen mellom pleier og musikkterapeuten i en pedagogisk kontekst. Dette perspektivet kan, slik jeg ser det, tydeliggjøre potensialet av hva et fokus på intersubjektivitet kan tilføre en læreprosess. I tiltaket opplevde jeg relasjonen til pleierne som meningsfull og trygg. Jeg mener det la grunnlaget for at de kunne lære noe nytt om seg selv sammen med den andre (*pasienten*) (*primære intersubjektivitet*) (Trevarten, 1980) og i samtalen med musikkterapeuten (*tertiær intersubjektivitet*) (Bråten, 2007).

Det kan også forstås i forhold til en læringsprosess som beveger seg mellom ulike faser der en tilegner seg mer forståelse og etter hvert kan handle ut fra denne forståelsen. En kan bevege seg fram og tilbake i ulike faser. Det kan beskrives som å gå framover (*progresjon*), gå tilbake (*regresjon*) eller bli stående på samme sted (Aubert & Bakke, 2008). I tiltaket opplevde jeg en *progresjon* som førte til en forståelse og ny handling.

Sett i forhold til de tre dimensjonene (*gjensidig engasjement, felles virksomhet, felles repertoar*) som Wenger beskriver ved praksisfellesskap, mener jeg tiltaket ga pleierne mulighet til å styrke sitt praksisfellesskap (2004). Vi (musikkterapeuten ble en del av praksisfellesskapet) fikk anledning til å bli bedre kjent ved å snakke om noe som vi var engasjert i (*gjensidig engasjement*). En av pleierne formidlet også at hun ble mer engasjert ved å vite at vi skulle starte opp med et tiltak. Hun fant fram instrumenter som hun ikke hadde brukt på en stund og sammen brukte vi instrumentene i gruppesamlingen. Vi snakket sammen om opplevelser og erfaring med å bruke musikk sammen med pasientene i ulike sammenhenger (*felles virksomhet og repertoar*).

Jeg fant at tiltaket førte til ny verbal og non-verbal kunnskap. Pleierne opplevde endringer i sine *personlige deltakerbaner* i *praksisfellesskapet* som påvirket deres relasjon til pasientene på en positiv måte.

AD 2

Informantene får nye opplevelser i tiltaket sammen med den andre ved bruk av musikk. Noen av disse opplevelsene blir ikke verbaliserte.

Pleierne formidlet at det var vanskelig å finne ord for det som skjedde mellom dem og pasienten. Mye av det vi opplever er følelses- og kroppskunnskap som det er vanskelig å beskrive med ord (Stern, 2003; Aubert & Bakke, 2008). Deler av opplevelser en får ved bruk av musikk, er ikke tilgjengelige for verbalisering, men kan allikevel påvirke utvikling og læring (Trondalen, 2016b). Jeg mener at pleierne fikk *nye* musikalske samspillserfaringer og opplevelser i tiltaket. Det ga dem kunnskap (*implisitt relasjonell kunnskap*) som førte til flere og utvidede muligheter i samspillet med pasienten (*utvidelse av det intersubjektive feltet*). Denne nye kunnskapen kunne de, slik jeg forstår det, tilegne seg fordi de var trygge og opplevde anerkjennelse fra musikkterapeuten, noe jeg vil komme nærmere inn på senere i drøftingen. Kunnskapen ga flere samspillmuligheter både for pleieren og pasienten og de to som en helhet (*dyadisk utvidet bevissthet*), og relasjonen mellom dem ble styrket. Denne nye kunnskapen ga dem mulighet til å møte pasienten sine uttrykk på en mer nyansert og presis måte med hensyn til pasientens behov (større grad av *affektiv inntoning* og mindre grad av *selektiv inntoning* for å bruke Stern sine begreper).

Drøftingen viser at disse psykologiske teoriene (om intersubjektivitet) kan brukes for å forstå prosessene i tiltaket som førte til en styrket relasjon mellom pleier og pasient.

Bruk av musikk gir nye muligheter i relasjonen

Informantene beskriver på ulike måter hvordan musikk påvirker opplevelsen av dem selv, pasienten og mulighetene som ligger i samspillet. En informant forteller hvor viktig hun synes det er å bruke musikk når hun ser hvilken glede det gir pasientene. Hun formidler at hun har endret seg i løpet av tiltaket og at hun har utviklet seg med hensyn til å by mer på seg selv og å være friere i kontakten med pasienten når hun holder på med musikk.

Følelseskunnskap

Funnet av *økt følelseskunnskap* knyttet til musikalsk samspill, samsvarer med funn fra forskning som viser at mennesker søker musikk som gir de mer kunnskap om sine sinnsstemninger (Skånland, 2013). Informantene beskriver betydningen av å tåle musikk som frembringer tristhet hos pasientene fordi denne følelsen også er en del av deres liv. En av informantene forteller at hun kan sette seg ned og nynne en sang hvis det er noen som er lei seg, og den andre forteller at pasientene kan begynne å gråte når de hører en sang. De formidler at de har plass for tristheten som kommer og at det er viktig å være sammen med og ivareta pasienten når denne følelsen uttrykkes. Det samsvarer med Skånland sine funn med hensyn til valg av musikk som kan gi mer informasjon om sinnsstemninger.

I det musikalske samværet som pleierne beskriver, kan følelser uttrykkes i musikken. Her kan musikken skape rom for følelser fordi musikken ikke er forbundet med følelsene direkte. Musikken er en katalysator for følelser og derfor mindre krevende å forholde seg til (Bonde, 2011). På denne måten kan musikkopplevelsen som pleierne og pasientene deler, fungere som et følelsenes laboratorium som Bonde beskriver (Bonde, 2011). De kan få opplevelser med følelser som kan føre til at begge kan bli bedre kjent med seg selv og hverandre. Her vil jeg trekke fram et eksempel fra en morgenstund jeg var med på.

Pleieren spiller «*Du skal få en dag i mårå*» (Alf Prøysen). I denne sangen kommer strofen «*som satt og var så lei*». Pasienten gjentok ordet «*lei*». Pleier tar opp tema og snakker om at gutten i sangen var lei, men at det gikk bedre etter hvert. Slik jeg tolker denne sekvensen, ga musikken og teksten pasienten en mulighet til å kjenne på en følelse som hun kunne dele med pleieren og som pleieren kunne svare på, og på denne måten gi pasienten bekreftelse og håp. Følelsen kunne bli utforsket ved å deles mellom pleieren og pasienten i musikken og i samtalen. Det er noe av den samme prosessen Trondalen (2004) beskriver i sin definisjon av musikalitet som ble nevnt i innledningen. Med utgangspunkt i denne forståelsen av musikalitet, mener jeg ut fra funn, at pleierne i tiltaket fikk mulighet til å utvikle sin musikalitet. De fikk erfaringer og opplevelser med å «*oppfatte og leve med i et musikalsk samspill*» (Trondalen, 2004, s.99). De viser i sine beskrivelser at de tar «*erfaringen opp i seg og gir den en opplevelsedimensjon*» (Trondalen, 2004, s.99). Ut fra presentert teori om musikk og følelseskunnskap, mener jeg at utviklingen av musikalitet var viktig for pleiernes økte relasjonskompetanse.

Funnet av økt følelseskunnskap knyttet til musikkopplevelser vil jeg se i sammenheng med utvikling av kunnskap (*ikke-verbal*) om hvordan en kan være sammen med hverandre i musikken (*implisitt relasjonell kunnskap*) og hvordan opplevelsen tilfører noe nytt inn i samspillet mellom pasient og pleier (*dyadisk utvidet bevissthet*). Jeg mener at pleierne fikk nye erfaringer med å dele indre følelsetilstander i musikken. Den nye kunnskapen kom, som jeg tolker det, til syne i endringer knyttet til vitalitet og musikalske uttrykk.

En av informantene beskrev en (ny) frihet med hensyn til å uttrykke seg musikalsk. Jeg mener vitalitet ble uttrykt i improvisasjon og humor, og kan sees på som et uttrykk for pleiernes økte følelseskunnskap og trygghet knyttet til musikk. Det kan støttes med Trondalens fremheving av vitalitetsaffektens tilgjengelighet og mulighetene det gir for å bli kjent med disse affektene i et musikalsk samspill (2016b).

Vitalitet

Begge informantene improviserte med å lage nye tekster til kjente melodier for å tilpasse musikken til pasientenes sine behov. De formidlet at sangen da gjorde det lettere for pasienten å forstå hva de skulle gjøre. Musikalsk improvisasjon tilbyr en fleksibilitet i samspillet (Ruud, 2008) som kan knyttes til følelseskunnskap og vitalitetsfølelser. Tryggheten som den pedagogiske relasjonen ga, skapte rom for å utforske vitalitetsfølelser med musikk.

Beskrivelsene fra informantene vitner om en større grad av kontakt og nærhet til egne vitalitetsfølelser, som blant annet ga seg utslag i et mot til å utforske musikalske uttrykk med improvisasjon. Fleksibiliteten og vitaliteten som improvisasjonen tilbyr i musikken, ga informantene flere muligheter i samspillet. Mulighetene kan knyttes til at det er lettere å dele følelsetilstander med pasienten gjennom musikken (*musikalsk intersubjektivitet*) og å svare på pasienten sitt uttrykk (*affektiv inntoning*). Det vil innebære en utvidet kompetanse med hensyn til å anerkjenne pasienten ved å møte og svare på pasienten sine psykososiale behov.

En læreprosess der deltakerne blir støttet til å bli kjent med egne og andre sine følelser i et musikalsk samspill, legger grunnlaget for en musikalsk relasjonskompetanse. Det kan styrke relasjonen mellom pleier og pasient.

Pleierens rolle og endring

Musikk knyttet til nye muligheter i relasjonen mellom pleier og pasient kan sees i forhold til endringer i beskrivelser pleierne har av sin rolle og muligheter i forhold til bruk av musikk. Før tiltaket blir musikken beskrevet i form av små historier. Det formidles her hvordan musikken har bidratt til gode stunder og til å løse opp krevende situasjoner. Endringen i beskrivelsene ligger, slik jeg ser det, i hvordan pleieren opplever sin rolle i forhold til ulike hendelser. Før tiltaket ble musikken beskrevet som et «element» som kunne skape endring. Etter tiltaket ble det tydeligere hvordan hennes egne handle- og væremåter, og valg med hensyn til musikk, førte til endringer og reaksjoner hos pasienten. Dette kan forklares ut fra økt følelseskunnskap som musikken har gitt mulighet for. Det kan også forstås ut fra teori om hvordan musikk i hverdagslivet kan være en ressurs som tilbyr ulike handlinger som skaper *mening* (*affordance* og *appropriation*) (Bonde, 2011). I tiltaket brukte pleierne musikk for å ivareta pasienten og hjelpe henne gjennom dagen. Den ene pleieren fortalte for eksempel hvordan hun sang og med det viste hvilket rom som var pasientens rom. Hun opplevde da at pasienten var mer oppmerksom og forsto hvor de skulle. Sett i lys av denne forståelsen av musikk, mener jeg at muligheten til å lese *mening* i samspillet og handle ut fra det, er bedret.

En annen måte å forstå endringen på, er at hun har tilegnet seg en kompetanse som kjennetegner en kyndig utøver som har evne til både å forstå og handle ut fra ny kunnskap (Aubert & Bakke, 2008). Prosessen har ført til en bevisstgjøring av hvordan musikk påvirker følelser, og derfor kan brukes i møte med pasienten sine sinnstilstander. Ut fra sosial læringsteori kan endringen forstås som læring i en *personlig deltakerbane* (Dreier, 1999), der deltakerne har beveget seg i forhold til hverandre og gjennom disse relasjonelle erfaringene har utviklet ny kunnskap i sitt praksisfellesskap (Wenger, 2004).

Overføringsverdi

Et annet funn, er at erfaringene med musikk førte til endring i relasjonen når pleierne ikke brukte musikk. Den ene informanten sier at hun er mer stille sammen med pasienten etter tiltaket. Hun formidler at det lett kan bli for mye prating og at det er godt å være stille sammen. Hun forteller også at hun i stedet for å snakke prøver å nynne litt når de gjør ting sammen. Dette har, slik jeg ser det, noen fellestrekk med et eksempel som Ridder og Bøtker beskriver i et case (2019). Pleier og musikkterapeut samarbeider om å gå fra å *høre* en bankelyd fra en pasient, til å *lytte* til denne lyden (2019). På denne måte ble pleieren i dette

caset mer bevisst på å tolke lyden som kommunikativ og dermed i større grad kunne møte pasientens psykososiale behov. I tiltaket vil jeg trekke fram at pleierne beskriver det som lettere å snakke sammen med pasienten etter at de har sunget sammen først. Jeg mener at overføringsverdien er til stede og at tiltaket har medvirket til en større varhet for pasienten ved at pleierne har blitt mer bevisst på sin væremåte.

Hvis det pleierne lærer i forbindelse med musikalske opplevelser, kan overføres til ikke-musikalske samspill, er det positivt og kan ha en betydelig konsekvens for relasjonen mellom pleier og pasient.

Den pedagogiske relasjonen har betydning for læring

Anerkjennelse

Informantene trakk fram betydningen bekreftelse og anerkjennelse hadde for å komme inn på nye spor. En av informantene formidlet at hun av og til kan tvile på om det å bruke musikk har noen betydning. Å få bekreftelse fra musikkterapeuten på at det hun gjør musikalsk er positivt for pasienten, var viktig for henne. Det førte også til et ønske om å tenke mer på hvordan hun ville bruke musikk videre i møtet med pasientene.

At pleierne opplevde anerkjennelse, kan sees i lys av intersubjektivitet og tiltakets utforming. Ved å være tilstede sammen med pleier og pasient i hverdagslige situasjoner der musikk var en del av samværet kom jeg i en posisjon til å *gå sammen med dem*. Jeg kom nær nok til å oppleve samspillet og stemningen mellom pleier og pasient (*dyaden og det intersubjektive feltet*) som jeg til tider opplevde å bli en del av selv om jeg hadde en tilbaketrukket rolle. Denne posisjonen ga meg mulighet til å anerkjenne relasjonen mellom pleier og pasient (*dyaden*) som kan beskrives som primærrelasjonen (*emosjonell hengivenhet*) i Honneth sin teori (2008). Når jeg observerte det musikalske samspillet mellom pleier og pasient brukte jeg kroppsspråk som blick og smil for å anerkjenne relasjonen mellom pleier og pasient. I samtalen etterpå ble anerkjennelsen formidlet også gjennom verbalt språk. Min verdsetting av pleieren sitt arbeid kan også ut fra denne teorien beskrives som *sosial verdsetting*. I tillegg skjedde det en gjensidig anerkjennelse i relasjonen mellom pleier og musikkterapeuten/meg (*primærrelasjoner eller emosjonell hengivenhet*). Anerkjennelse som er knyttet til retten til å bli sett og anerkjent som et unikt menneske (*kognitiv respekt*) er også en forutsetning for

anerkjennelse i forhold til de andre to formene (*emosjonell hengivenhet og sosial verdsetting*) slik at «de ulike anerkjennelsesformene påvirker hverandre og fungerer gjensidig konstituerende» (Trondalen, 2016b, s. 110).

Anerkjennelse opplever jeg som sentralt i møte med pleiernes praksis. Som musikkterapeut kommer jeg inn med en ny og annen kompetanse som kan gjøre pleiere usikre på hva det vil innebære for dem og for deres trygghet (Isene, 2008). Funnet av anerkjennelse, mener jeg viser betydningen den har i relasjonen mellom pleier og musikkterapeut og for mulighetene den ga i læreprosessen. Tryggheten og gjensidigheten i relasjonen mellom pleier og musikkterapeuten, mener jeg la til rette for å kunne anerkjenne pleieren og hennes musikalske relasjonskompetanse.

Målet med indirekte musikkterapi og tiltaket er ivaretagelse av pasienten og hennes behov (McDermott, Ridder, Baker, Wosch, Ray, & Stige, 2018). Som gjort rede for i teorikapittelet, kan anerkjennelse, *i* og *av*, *en* relasjon, føre til anerkjennelse *i* en *annen* relasjon (*parallellprosesser*). I tiltaket kan det bety at når pleier opplever anerkjennelse i den pedagogiske relasjonen, kan hun videreføre anerkjennelsen i sin relasjon med pasienten. Jeg mener det er en parallellprosess som blir beskrevet i dette sitatet:

«Jeg tenker på dette med anerkjennelse og bekreftelse ... så sånn som den pasienten du har vært med inne hos, så ser jeg at musikk er veldig viktig og er en stor del av livet hennes. Hverdagen blir mye bedre med musikk rett og slett, og det skal ikke så mye til egentlig med musikken, men det er en inngangsport til henne som gjør dagen hennes mye lettere».

Læring med utgangspunkt i felles opplevelse.

Før tiltaket kom det fram et ønske fra pleierne om å ha musikkterapeuten med i praksisfellesskapet. En av informantene sa at hun trodde musikkterapeuten kunne formidle noen ideer hvis hun var med inn til pasienten og med på det daglige livet i stua.

Etter tiltaket trekker en av informantene fram betydningen av at musikkterapeuten *fulgte pleier i praksis*. Hun opplevde musikkterapeuten sin tilstedeværelse sammen med henne og pasienten som meningsfull fordi musikkterapeuten kunne se og observere samspillet. Spesielt når det var utfordringer i samspillet var det nyttig å ha med musikkterapeuten.

I tiltaket ble det lagt vekt på å legge til rette for læring ved å knytte den tett opp til selve det *musikalske samspillet*. Valget av læreformer som inngår i kontekstuelle sammenhenger ble derfor et naturlig valg. Funnene knyttet til ønsket og erfaringen med *å ha musikkterapeuten med i den musikalske opplevelsen og samtalen* kan sees i sammenheng med at læring skjer i vår sosiale praksis (Wenger, 2004). Sett i sammenheng med Schön sin teori, skjer det en *refleksjon- i- handlingen* når pleier og pasient er i et samspill og en *refleksjon- over- handling* i samtalen mellom pleier og musikkterapeut (Schön, 2001). Læringen foregikk i sammenheng med deltakelse i den sosiale situasjonen, der jeg som musikkterapeut var «beskjeden gjest» og i samtalen etterpå. Det var utvikling av pleierne sine personlige forutsetninger som var utgangspunkt for læringen (*personlige deltakerbaner* og *situert læring*). Ved å bruke sosial læringsteori som utgangspunkt for utformingen av tiltaket, mener jeg det ble lagt til rette for læringsprosesser som førte til endring (læring) for pleierne (og musikkterapeuten).

Tips, råd og nye ideer ble før tiltaket trukket fram som et utbytte informantene kunne få ut av tiltaket. Etter tiltaket ble beskrivelser av indre læreprosesser - endringer i væremåter ved seg selv - fremhevet som et utbytte de hadde hatt. Med utgangspunkt i Schön kan endringen forstås som utvikling av skjønn, som jeg beskrev i teoridelen (Schön, 2001). Det kan også sees i forhold til deres beskrivelser av vurderinger som lå til grunn for det vi valgte å gjøre i ulike sammenhenger. De fikk lære med utgangspunkt i sin unike tilnærming noe som kan ha ført til endringen.

Før tiltaket formidlet informantene forventninger om hva tiltaket og musikkterapeuten kunne tilby. Den ene informanten vektla et ønske om å nå inn til pasientene ved hjelp av musikk. Hun mente at musikkterapeuten sin kompetanse og tilstedeværelse kunne bidra til å styrke henne i det musikalske samspillet og med det møte pasientens psykososiale behov. Hun trakk da spesielt fram endringen det kunne bety i forhold til pasienter som var ekstra sårbare. I den forbindelse brukte hun metaforen «nøkkel» for å beskrive hvordan musikk kunne åpne opp for kontakt med pasienten.

Som jeg tidligere var inne på, opplevde jeg en større grad av frihet i det musikalske uttrykket til pleierne, som følge av tiltaket. Informantene sine tanker kan tolkes i den retning at «nøkkel» ligger i praksisfellesskapet. Læringen skjer i *personlige deltakerbaner* som må oppleves personlig betydningsfulle for hver enkelt i fellesskapet (Dreier, 1999).

Musikkterapeuten sin deltakelse i praksisfellesskapet mener jeg ga muligheten for å gi rom til

pleierne sine personlige erfaringer i relasjonen med pasienten, slik at læreprosessen kunne oppleves betydningsfull.

Nye spor sammen

Før tiltaket trakk en av informantene fram hvor lett det var å gå i de samme sporene og formidlet tanker om at musikkterapeuten kunne bidra til utvikling. Etter tiltaket sier den samme pleieren at hun har blitt inspirert til å bruke de ressursene og mulighetene som finnes på avdelingen. Hun fremhever også at det er mange måter å gjøre ting på og at det er viktig å bruke de ressursene en har. Informanten viser i sine betraktninger hvordan hun ved å være aktiv og deltakende i egen læreprosess sammen med oss andre (*praksisfellesskapet*)(Wenger, 2004), har fått anledning til å gjøre seg erfaringer som er unike for hennes læreprosess (*personlig deltaker- og læringsbane*)(Dreier, 1999). Læringen har vært rettet mot det hun har opplevd som betydningsfullt og meningsfullt for *henne*. Ut fra informantenes beskrivelser tolker jeg det som at begge opplevde læringsprosessen som meningsfull, og at den førte til en ny giv på å bruke musikk i samspillet med pasientene.

Tidligere funn og forskning

Ved universitetet i Aalborg arbeider forskere (*Hanne Mette Ochner Ridder, Jens Anderson-Ingstrup, Julie Kolbe Krøier og Orie McDermott*) (Aalborg Universitet, u.år) med å utvikle en eller flere manualer som kan benyttes i indirekte musikkterapi . Formålet med manual(ene) er:

«...to support carers through knowledge creation, skills sharing and indirect music therapy practice. Such interactions are also important in activities and daily care, and therefore the group aim to identify the core components for attuned and reciprocal musical interactions and from this to develop and evaluate one or more PAMI manuals.» (Aalborg Universitet, u.år).

Ved samme universitet er det utarbeidet ulike læringsmodeller innen indirekte musikkterapi der Ottesens læringsmodell er et eksempel. Den er utviklet med det formål å utvikle musiske og interpersonelle kompetanser hos pleiere som arbeider innen demensomsorg (Ottesen, 2014). Hanne Mette Ridder har skrevet og jobbet utfra modeller der musikkterapeuten både jobber direkte og indirekte og der disse tilnærmingene utfyller hverandre (Ridder & Bøtker, 2019). Det er skrevet masteroppgaver om tema ved Norges musikkhøyskole (Aasheim, 2019)

og ved Universitetet i Bergen (Hay, 2017). Det er også et pågående phd-studie innen feltet (Krøier, 2019).

Felles for de ulike bidragene er en tilrettelegging for kompetanseutvikling knyttet til interpersonelle og musikalske ressurser hos pleiere. Slik jeg ser det, skiller denne masteroppgaven seg ut med hensyn til tiltaket sin utforming. Jeg er med i deres praksis i en tilbaketrukket rolle og får anledning til å se hvordan de arbeider. Ut fra mine erfaringer fra tiltaket ble det nærliggende å bruke teori knyttet til forståelsen av relasjonene i tiltaket for å svare på problemstillingen. Disse teoriene ser jeg ikke at andre som skriver om tiltak innen indirekte musikkterapi har brukt i samme grad.

Metodekritikk

Først vil jeg trekke fram utvalget av *informanter*. Det kan rettes kritikk til et strategisk utvalg og at de kun er to. Jeg mener valget kan forsvares fordi informantene er motivert og har erfaringer og kunnskaper som kan gi svar på problemstillingen. Jeg mener troverdigheten må sees ut fra forutsetningene som ligger i relasjonen mellom informantene og meg. Jeg opplevde at de var trygge på meg, at jeg fikk ærlige svar og at de var trygge på å si det de mente. Kvale mener at antall informanter ikke trenger å påvirke kvaliteten på en studie (Kvale & Brinkmann, 2015). Ut fra den kunnskapen jeg ønsket å utvikle, vurderer jeg antall informanter som tilfredsstillende. Når det gjelder *overføringsverdien* kunnskapen fra dette tiltaket kan ha i lignende sammenhenger, kan antall informanter svekke denne. Jeg mener (utfra mine erfaringer) imidlertid at denne kunnskapen kan være relevant og nyttig for andre pleiere i lignende institusjoner, og at overføringsverdien derfor er tilfredsstillende.

Deltakende observasjon og *logg* er brukt som metode i tillegg til *semistrukturert intervju*. Jeg mener metodene utfyller hverandre, og bidrar til et rikere og mer nyansert datamaterialet enn om jeg bare hadde brukt en av metodene.

Det ble vurdert å bare bruke *deltakende observasjon* som metode (Fangen, 2010). Med denne metoden kunne jeg i større grad fått mulighet til å innhente datamateriale knyttet til kropps- og følelseskunnskap, som jeg mener er vesentlig med hensyn til problemstillingen (Trondalen, 2016b; Aubert & Bakke, 2008). Deltakende observasjon ville gitt meg annen kunnskap, der *mine* fortolkninger muligens ville blitt mer sentrale i kunnskapsutviklingen, enn i et *semistrukturert intervju* (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg ønsket imidlertid *informantene sine*

beskrivelser og å bruke de for å svare på problemstillingen. En *kombinasjon* av metodene kunne gitt et rikt datamateriale, men jeg vurderte det som for omfattende for en masteroppgave.

Til slutt vil jeg rette oppmerksomheten mot mine ulike *roller* i studien. Jeg har i masteroppgaven en rolle som deltaker i praksisfellesskapet, jeg er den som intervjuer, og den som tolker datamaterialet. Det kan ha påvirket funnene ved at informantene i sine beskrivelser sa det de tenkte jeg ønsket å høre. Jeg opplevde dem imidlertid som ærlige og oppriktige i sine beskrivelser. I en sekvens formidlet de at det var flere anledninger i deres praksis der det ikke passet å bruke musikk. Disse uttalelsene tolker jeg i retning av at de følte seg frie til å si det de mente, noe som jeg mener styrker troverdigheten. Tiltaket fordret en trygghet i relasjonene mellom pleier og musikkterapeut. Jeg vurderer derfor, ut fra teori, at de ulike rollene ga meg en nærhet til informantene som var av betydning med hensyn til datainnsamlingen, og for å se datamaterialet nyansert i analysen.

Jeg vil trekke fram ulike *metodiske begrensninger* i oppgaven. Tiltaket hadde kort varighet. Hvis det hadde strukket seg over et lengre tidsrom, kunne jeg fått andre svar. Det var imidlertid noe av min intensjon å se om pleierne kunne få utbytte av musikkterapeuten sitt bidrag selv med forholdsvis få møter. Andre metodiske begrensninger kan knyttes til at det var få på avdelingen som var med, det var ikke fokus på avdelingen sin kultur og hva som hemmer og fremmer utvikling der. Selv om vi var innom kunnskap knyttet til musikk og demens, var det i mindre grad fokus på det.

Avsluttende drøfting

Problemstillingen for denne masteroppgaven er:

På hvilke måter kan musikkterapeuten bidra til utvikling av musikalsk relasjonskompetanse hos pleiere innen personsentrert demensomsorg.

I denne masteroppgaven har jeg utforsket begrepet musikalsk relasjonskompetanse. Jeg har belyst begrepet med sosial læringsteori, utviklingspsykologi, musikkpsykologi og musikkterapiteori. Begrepet er også belyst ut fra datamaterialet fra semistrukturerte intervju der deltakerne sine erfaringer fra et tiltak ble beskrevet. Tiltaket innebar at musikkterapeuten var med i deres praksis. Det relasjonelle perspektivet har vært framtreddende. Deling av affekter i det musikalske møtet mellom pasient og pleier (*musikalsk intersubjektivitet*) har

vært sentralt i oppgaven. På grunnlag av analyse av data, teori og drøfting mener jeg at tiltaket førte til en styrket relasjon mellom pleier og pasient. I det følgende vil jeg oppsummere hovedfunn i oppgaven.

1. Musikkterapeuten sin deltakelse i praksisfellesskapet ga pleierne mulighet for nye relasjonelle opplevelser i det musikalske samspillet. Noe av denne kunnskapen ble verbalisert og noe forble ikke- verbal kunnskap (*implisitt relasjonell kunnskap*). Jeg mener at begge formene for kunnskap førte til en utvikling og læring hos pleierne som styrket relasjonen til pasienten ved å gi flere muligheter i samspillet.
2. Beskrivelsene av musikalsk improvisasjon og økt frihet og vitalitet i det musikalske samspillet med pasientene, ser jeg i forbindelse med mulighetene musikken ga til økt følelseskunnskap. Denne kunnskapen (*ikke-verbal og verbal*) mener jeg bidro til en utvidet mulighet til å tone seg inn på pasientene sin sinnsstemning, noe som igjen styrket den personsentrert omsorgen.
3. Å følge pleierne i deres praksis, ser jeg på som sentralt for læringsprosessen og for musikkterapeutens bidrag. I praksisfellesskapet kom musikkterapeuten nær nok til å anerkjenne pleierne noe jeg mener var betydningsfullt for den økte musikalske relasjonskompetansen som pleierne fikk av tiltaket.

Kliniske implikasjoner

Tiltaket kan ha kliniske implikasjoner for praksis der musikkterapeuter er i en opplæringsrolle/veiledningsrolle. Ved å være en del av praksisfellesskapet og følge pleieren i deres hverdag sammen med pasientene, kan musikkterapeuten komme i en posisjon til å bidra i lærings- og utviklingsprosesser knyttet til musikalsk relasjonskompetanse. Jeg vil også trekke fram betydningen det har for pleiernes utvikling at musikkterapeuten anerkjenner pleiernes kompetanse. Ved å være «beskjeden gjest» kan musikkterapeuten gi rom for deres måter å være i et musikalsk samspill på og medvirke til en styrket relasjon mellom pleier og pasient.

Med hensyn til utdanningen av musikkterapeuter ser jeg behovet for at studentene får lære mer om indirekte musikkterapi (og om rollen det innebærer). Det er for få musikkterapeuter til å dekke behovet for direkte musikkterapi i demensomsorgen (GAMUT, 2018). Jeg mener at

kunnskap om indirekte musikkterapi kan styrke musikkterapeuter sine muligheter til å bidra med kompetanseutvikling både med hensyn til relasjonskompetanse generelt og spesifikt når det gjelder musikalsk relasjonskompetanse.

På grunnlag av denne masteroppgaven, ser jeg for meg at tiltaket kunne blitt prøvd ut i større skala i et forskningsprosjekt der alle eller flere på en avdeling deltar. Musikkterapeuten kunne da for eksempel samarbeidet med to og to pleiere om gangen, og så samlet alle på en avdeling til slutt.

Avsluttende tanker

Det har vært pleieren sin stemme og hennes læreprosess som har vært i fokus for denne masteroppgaven. Som musikkterapeut har jeg også gått gjennom en læreprosess som har vært utviklende og spennende. Min personlige prosess har imidlertid ikke vært et fokus i denne oppgaven. Jeg vil avslutningsvis beskrive den i noen ord. Erfaringene har gitt meg stor respekt for det daglige arbeidet som gjøres i demensomsorgen. Å være sammen med pleierne som bruker seg selv i møte med sårbare mennesker, har vært en flott opplevelse. Det har forsterket min oppfatning om at musikk som en del av samspill mellom pleier og pasient, har stort potensial for å gi meningsfulle opplevelser for dem begge. Pasienten kan oppleve et fellesskap med pleier, og med det føle seg mindre alene i verden, og pleieren kan oppleve sitt arbeid som mer meningsfylt.

Min konklusjon er at en musikkterapeut kan tilføre ny kunnskap som kan styrke pleierne sin relasjon til pasienten. Det kan gjøres ved å følge pleieren, og legge til rette for nye musikalske samspillsopplevelser og samtaler der pleier kan oppleve trygghet og anerkjennelse. På denne måten kan pleierne bli bedre rustet i sitt møte med pasienten og i en personsentrert tilnærming.

Referanser

- Aasheim, T.L. (2019). *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? (Upublisert masteroppgave). Norges musikkhøgskole.
- Aldring og helse.* (u.d.). Hentet 12. juni 2020 fra <https://www.aldringoghelse.no/>
- Aubert, A.-M. & Bakke, I.M. (2008). *Utvikling av relasjonskompetanse: nøkler til forståelse og rom for læring.* Gyldendal akademisk.
- Bonde, L.O. (2009). *Musik og menneske: introduktion til musikkpsykologi.* Samfundslitteratur.
- Bråten, S. (2007). *Dialogens speil: i barnets og språkets utvikling.* Abstrakt forlag.
- Dreier, O. (1999). Læring som endring av personlig deltakelse i sosiale kontekster. i nielsen, k. & kvale, s (red): Mesterlære. *Læring som sosial praksis.*
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon.* Fagbokforlaget.
- Hansen, B.R. (2012). I dialog med barnet. *Intersubjektivitet i utvikling og i psykoterapi.* Oslo: Gyldendal.
- Hay, C. (2017). *Musikkterapeutisk kompetanseoverføring på aldersinstitusjon. ei kvalitativ studie om korleis to pleiarar opplever deltakinga i ein læringsmodell for å betre krevande samhandling med bebuarar* (Upublisert masteroppgave). The University of Bergen.
- Hay, C. et al. (2018). *GAMUT.* Hentet 12. juni 2020 fra <https://gamut.w.uib.no/kunnskapsbeskrivelser/musikkterapi-og-eldrehelse/>
- Helsedirektoratet. (2019). *Personsentrert omsorg og behandling ved demens.* Hentet 12. juni 2020 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/personsentrert-omsorg-og-behandling-ved-demens/>
- Helsedirektoratet. (2020). *Miljørettede tiltak og aktiviteter ved demens.* Hentet 12. juni 2020 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/miljorettede-tiltak-og-aktiviteter-ved-demens>
- Honneth, A. (2008). *Kamp om anerkjennelse: om de sosiale konfliktenes moralske grammatikk.* Pax Forl.
- Isene, I. (2008). Musikterapien møter marte meo-metoden. *Perspektiver på musikk og helse: 30 år med norsk musikkterapi.*
- Karterud, S. (2017). *Personlighet.* Gyldendal akademisk.
- Kitwood, T. (2006). *En revurdering af demens: personen kommer i første række.* Munksgaard Danmark.
- Krøier, J.K. (2019). Person-afstemte musikalske interaksjoner-musikterapeutens indirekte praksis i demensomsorgen. I *Polyfon-konferanse. brukervedvirkning i musikkterapi.*
- Kvale, S. & Brinkmann, T.M. (2015). Det kvalitative forskningsintervju. *Oslo: Gyldendal akademisk*, 18-20.

- Kvamme, T.S. (2017). Nye handlemuligheter med musikkterapi for personer med demens.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag: en innføring*. Universitetsforlaget.
- McDermott, O., Ridder, H.M., Baker, F.A., Wosch, T., Ray, K. & Stige, B. (2018). Indirect music therapy practice and skill-sharing in dementia care. *Journal of music therapy*, 55(3), 255–279.
- Mohlin, M. (2008). Etske aspekter ved musikkterapeutisk forskning og utviklingsarbeid. *Perspektiver på musikk og helse: 30 år med norsk musikkterapi*.
- Nielsen, K. & Kvale, S. (1999). Mesterlære som aktuell læringsform. I *Mesterlære* (s. 17–35).
- Ottesen, A.M. (2014). *Anvendelse af musikkterapi og dementia care mapping i en læringsmodel til udvikling af musiske og interpersonelle kompetencer hos omsorgsgivere til personer med demens. et casestudie med en etnografisk tilgang* (Upublisert akademisk avhandling). Forskerprogrammet i musikkterapi, Aalborg Universitet.
- Ottesen, A.M. & Krøier, J.K. (2018). Omsorgsgiveres tavse viden om bruk af sang og musikk i demensomsorgen: hvordan indirekte musikkterapeutisk praksis kan fremme faglig refleksjon. *Dansk Musikkterapi*, 15(2), 4–13.
- Ridder, H.M. & Bøtker, J.Ø. (2019). Music therapy and skill sharing to meet psychosocial needs for persons with advanced dementia. *Music and Dementia: From Cognition to Therapy*, 225.
- Ridder, H.M. et al. (u.d.). PAMI. Hentet 10. juni 2020 fra <https://www.musictherapy.aau.dk/pami/>
- Ridder, H.M.O. (2017). Selvregulering og dyadisk regulering i musikkterapi med demensramte. I *Musikk, krop og følelser* (s. 197–210). Frydenlund Academic.
- Ruud, E. (2005). Philosophy and theory of science. *Music therapy research*, 2, 33–44.
- Ruud, E. (2008). Et humanistisk perspektiv på norsk musikkterapi. *Perspektiver på musikk og helse: 30 år med norsk musikkterapi*.
- Ruud, E. (2018). Kronikk: Lik, men unik. *musikkterapi.no*.
- Sandve, O. & Enge, K.E. (2014). Musikkterapeutens rolle vs. andre faggruppers rolle. I *Ressurshefte for musikkterapeuter i eldreomsorgen. nettverket musikk og eldre: Samarbeid for forskning og kunnskapsutvikling om musikk, musikkterapi og eldre (2008–2014)*. GAMUT—Griegakademiets senter for musikkterapiforskning, Uni Research Helse.
- Schibbye, A.L.L. (1999). Utvikling av personlig og teoretisk refleksivitet: om studenters utdanning i psykoterapi. *Psykoterapiveiledning (103-127)*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Schön, D.A. (2001). *Den reflekterende praktiker: Hvordan professionelle tænker når de arbejder*. Klim.
- Skånland, M.S. (2013). Everyday music listening and affect regulation: The role of mp3 players. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 8(1), 20595.

- Stern, D. (2003). *Spedbarnets interpersonlige verden*. Gyldendal akademisk.
- Stern, D. (2010). The issue of vitality.
- Stige, B. & Ridder, H.M. (2016). *Musikkterapi og eldrehelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. Fagbokforlaget.
- Trevarthen, C. (1980). The foundations of intersubjectivity: Development of interpersonal and cooperative understanding in infants. *The social foundations of language and thought*, 316–342.
- Trevarthen, C. & Malloch, S.N. (2000). The dance of wellbeing: Defining the musical therapeutic effect. *Nordisk tidsskrift for musikkterapi*, 9(2), 3–17.
- Trondalen, G. (2004). *Klingende relasjoner: en musikkterapistudie avsignifikante øyeblikk i musikalisk samspill med unge mennesker med anoreksi*. Norges musikkhøgskole.
- Trondalen, G. (2016a). *Musikkterapi som anerkjennelse. en mor-barn gruppe innenfor rammen av barnevernet*.
- Trondalen, G. (2016b). *Relational music therapy: An intersubjective perspective*. Barcelona Publishers.
- Tronick, E.Z., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A.M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A.C., Nahum, J.P., ... Stern, D.N. (1998). Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 19(3), 290–299.
- USHT. (u.d.). Hentet 14. juni 2020 fra <https://www.utviklingscenter.no/>
- Wenger, E. (2004). *Praksisfællesskaber*, hans reitzels forlag. København K.
- Wenger, E. & Lave, J. (2003). *Situert læring og andre tekster*. [situated learning and other texts]. København: Hans Reitzels Forlag AS.

VEDLEGG

Vedlegg 1: Intervjuguide

Intervjuguide til masteroppgave Olaug Sandve vår -19

Før tiltaket

- Hva legger dere i ordet relasjon og hva betyr det å ha en god relasjon? - Har dere noen erfaringer med å bruke sang og musikk for å komme i kontakt med pasientene?
- Har eventuelt disse opplevelsene påvirket deres relasjon til pasienten på noen måte?
- Hva legger dere i begrepet psykososiale behov?
- Har dere noen tanker om en musikkterapeut kan bidra med noe som gjør at dere blir enda bedre rustet til å kunne møte pasientene sine psykososiale behov?

Etter tiltaket:

- Hva legger dere i ordet relasjon og hva betyr det å ha en god relasjon? - Har dere noen erfaringer med å bruke sang og musikk for å komme i kontakt med pasientene?
- Har eventuelt disse opplevelsene påvirket deres relasjon til pasienten på noen måte?
- Hva legger dere i begrepet psykososiale behov?
- Har dere noen tanker om en musikkterapeut kan bidra med noe som gjør at dere blir enda bedre rustet til å kunne møte pasientene sine psykososiale behov?

Vil du delta i forskningsprosjektet:

” Indirekte musikkterapi.

Musikkterapeuten som fasilitator for utvikling av musisk relasjonskompetanse hos personalet på en demensavdeling.»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få erfaringer og utvikle kunnskap om hvordan musikkterapeuten kan bidra med å utvikle bruken av sang og musikk i samspillet med pasienter med demens . I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Å gi omsorg som er tilpasset den enkelte pasient sine ønsker og behov er en overordnet målsetting i demensomsorgen. Mange erfarer i sitt arbeid med pasienter med demens at sang og musikk er en tilnærming de kan bruke for å gi mestring, mening, livsglede og hjelp når utfordringene blir store. Musikk påvirker våre følelser, tanker, bevegelser og motivasjon. Den kan også hjelpe oss til å huske tidligere opplevelser og få tilgang på disse minnene som er viktig for personer med demens sin livskvalitet.

Musikkterapeuter jobber nå på flere sykehjem i Norge og kan også veilede personal. Jeg ønsker i en periode å være en del av deres praksisfelleskap og sammen utvikle/videreutvikle kompetanse på hvordan sang og musikk kan brukes i forhold til ulike pasienter og i ulike situasjoner. Fokuset vil være på relasjonen mellom pleier/musikkterapeut og pasient.

Formålet med prosjektet er å få erfaringer få erfaringer og utvikle kunnskap om hvordan musikkterapeuten kan bidra med å utvikle bruken av sang og musikk i samspillet med pasienter med demens . Musikkterapeut vil være på avdelingen en dag i uka fra midten av mars 2019 til ut juni 2020

Dette prosjektet er i forbindelse med en masteroppgave ved Norges musikkhøyskole og opplysninger fra intervjuene som gjøres i forbindelse med prosjektet kan bli brukt til undervisning og artikkelskriving.

Det er Norges musikkhøyskole som er ansvarlige for prosjektet og Utviklingsenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) er med i samarbeidet.

Du får spørsmål om å delta fordi du er primærpleier til en av de 9 pasienter som er valgt ut av ledelsen på avdelingen.

Hva innebærer det for deg å delta?

Det kreves ingen kunnskaper eller ferdigheter om musikk for å delta i prosjektet. Jeg vil være på sykehjemmet en dag i uka og følge pleiere (som er med i prosjektet) og pasienter gjennom dagen.

Sammen med pleier vil jeg komme med innspill på bruk av musikk og sang i ulike situasjoner. Dere har ulik erfaring med bruk av sang og musikk og forskjellige behov i denne sammenhengen. Pasientene dere er sammen med er også ulike så det vi gjør sammen blir tilpasset både pasienten og

pleieren sine ønsker og behov. For noen pleiere vil det være et behov at jeg bare er til stede når musikk blir brukt og eventuelt reflekterer sammen litt etterpå, for andre kan det å synge sammen være et ønske og for andre igjen kan behovet være at jeg bruker musikk sammen med pasienten og pleieren prøver dette ut senere uten musikkterapeut til stede.

Deltagelse i prosjektet krever ikke noe ekstra tid utover to intervju. Det vil bli valgt ut 3-4 personer som blir spurt om å bli med på ett intervju i starten av prosjektet og ett intervju i avslutningen. Hvis det blir behov for et individuelt intervju for å utdype informasjonen vil jeg spørre en av dere. Intervjuene vil skje i arbeidstiden.

I intervjuene vil dere få spørsmål som dreier seg om deres erfaringer, opplevelser, tanker og refleksjoner om det å være med på prosjektet og det vil bli gjort lydopptak av intervjuene. Eksempel på spørsmål er: Har dere noen erfaringer med å bruke sang og musikk for å komme i kontakt med pasientene.

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger?

Vi vil bare bruke opplysningene fra deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Det er jeg som student og min veileder som vil ha tilgang til informasjonen fra intervjuene.

Lydopptak fra intervjuene og transkriberingen vil lagres innelåst og deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjoner.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15.06.2020 og lydopptak og transkriberingen vil slettes 15.12.2020.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Norges musikkhøyskole har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Prosjektleder og student Olaug Lie Sandve på tlf. 99168968 eller e post: Olaug Lie Sandve@haugesund.kommune.no
- Norges musikkhøyskole ved Tone S. Kvamme (Telefon: 23367156. E-post: tone.s.kvamme@nmh.no). Vårt personvernombud: personvernombud@nmh.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

Student

(Forsker/veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet: " Indirekte musikkterapi. Musikkterapeuten som fasilitator for utvikling av musisk relasjonskompetanse hos personalet på en demensavdeling.» , og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 15.12.2020

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Dersom du har spørsmål til prosjektet kan du kontakte



Utviklingscenter
for sykehjem og hjemmetjenester
Helse Fonna



Haugesund
kommune

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Indirekte musikkterapi. Musikkterapeuten som fasilitator for utvikling av musikalsk relasjonskompetanse hos personalet på en demensavdeling.

Referansenummer

195750

Registrert

19.03.2019 av Olaug Lie Sandve - olaug.l.sandve@student.nmh.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges musikkhøgskole / CREMAH - Senter for forskning i musikk og helse

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Tone Sæther Kvamme, tone.s.kvamme@nmh.no, tlf: 23367156

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Olaug Sandve, olaug.lie.sandve@haugesund.kommune.no, tlf: 99168968

Prosjektperiode

15.12.2020 - 15.10.2020

Status

01.04.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

01.04.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 01.04.2019 med vedlegg. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: