
MED SONGEN I HJARET

Eit kvalitativ forskingsprosjekt om par som har delteke i musikkaktivitetane til
HOMESIDE



Kari Irene Olstad

Masteroppgåve i musikkterapi

Norges Musikkhøgskole

Våren 2022



Norges
musikkhøgskole
Norwegian Academy
of Music

Tal ord: 21 104

Føreord

Desse to åra på masterstudiet har vore prega av korona og merkelege tider. Vi har hatt mykje zoom-undervisning og mange av oss følte på usikkerheit på om vi kunne bli musikkterapeutar til slutt. Men med gode førelesarar og eit godt klassemiljø føler eg vi alle har kome godt gjennom desse åra, og fleire har funne sin indre musikkterapeut og håp om ei framtid med mykje musikk og samhandlingar av ulike slag.

Å jobbe med sjølve masteroppgåva har vore ein lang og tøff prosess. Eg er derfor evig takknemleg for alle rundt meg som har støtta og vore til hjelp under ei krevjande tid. Tusen takk til min vegleiar Tone Sæther Kvamme, som alltid har gode råd å gje, og stolt på at eg har kome i mål, sjølv om eg var usikker. Takk til mine gode klassekameratar som alltid har vist interesse og kjem med gode kommentarar og inspirasjon til å fortsette med arbeidet.

Takk til mine informantar som så gjerne ville stille opp til intervju, og takk til HOMESIDE for at eg fekk bli ein del av dette spanande prosjektet, og at eg fekk lov til å bruke datamateriell dykk har samla inn.

Til min familie vil eg seie tusen takk for god støtte og tid til å skrive i tider der eg vanlegvis er aktiv med familietradisjonar og besøke nære og fjerne slektningar.

Til slutt vil eg takke Tom-André, som har vore der for meg under verste nedstenginga av Noreg og under siste innspurten. Du opna opp huset ditt og ga meg plass til å vera meg sjølv, passa på at eg ikkje har mangla noko av mat eller omsorg og sørga for at eg har kopla frå når det låste seg for meg.

Samandrag

Denne masteroppgåva er eit underprosjekt i HOMESIDE-prosjektet, og eg har teke for meg to par som har delteke i musikkaktivitetane der. Para som har delteke består av heimebuande par der ein av dei har demens. Med dette som utgangspunkt vart mi problemstilling:

Korleis har deltakande par i HOMESIDE opplevd å delta i forskingsprosjektet og det å gjennomføre musikkaktivitetar heime?

Metoden for dette prosjektet er hermeneutisk kvalitativ, med intervju og dagbøker samla inn frå HOMESIDE og intervju eg har gjennomført sjølv. Då eg har teke for meg to av mange par som har delteke i HOMESIDE vart dette ein form for case study. Etter gjennomført analyse av innsamla datamateriell kunne drøfte resultatane med utgangspunkt i relevante teoriar som støtter bruk av indirekte musikkterapi for eldre personar med demens som framleis bur heime med sin partner.

Som resultat meiner eg at å lære bort korleis ein kan bruke musikk og musikkaktivitetar for personar med demens er eit godt tilbod for heimebuande par der ein av partane har fått påvist demens. Musikkaktivitetane kan vera eit avbrekk i kvardagen, legge til rutinar og betre samhaldet mellom dei i para.

Nøkkelord: HOMESIDE, demens, Case Study, pårørande, indirekte musikkterapi

Abstract

This master thesis is a subproject to HOMESIDE, and I have looked into two of the participants in the music activities. The participants were mostly couples there one of them had dementia and still lived at home. With this I got the main question for my thesis: *How did the couples experience to be a part of the HOMESIDE project and to use music activities in their own home?*

My method for this project is hermeneutic qualitative, with interview and diaries that HOMESIDE collected, and interview I did myself. Since I only looked into two of many couples, my study is a Case Study. After I analysed my data, I looked over my results and discussed my findings in theories about how to use indirect music therapy for elderly persons with dementia who still lives at home with their significant other.

As a result, I think that teaching how to use music activities for people with dementia is a good alternative for couples still living at home. The music activities can be a form for relaxation in their live, can give them routines and make them relive good memories.

Keywords: Case Study, Indirect music therapy, dementia, care giver, HOMESIDE

Innhald

Føreord.....	II
Samandrag.....	III
Abstract.....	IV
1 Innleiing.....	- 1 -
1.1 Bakgrunn for val av tema	- 1 -
1.2 Disposisjon.....	- 2 -
1.3 Utforming av prosjektet.....	- 2 -
1.4 Avklaring omgrep	- 4 -
1.4.1 Indirekte musikkterapi.....	- 4 -
1.4.2 Dement eller person med demens	- 4 -
1.4.3 Informant	- 5 -
1.4.4 Endringar og reaksjonar	- 5 -
1.5 HOMESIDE.....	- 6 -
1.5.1 Musikkaktivitetane i HOMESIDE.....	- 7 -
2 Teori.....	- 8 -
2.1 Musikkterapi	- 8 -
2.1.1 Indirekte musikkterapi.....	- 9 -
2.2 Demens	- 9 -
2.2.1 Kvifor musikkterapi for personar med demens?	- 11 -
2.2.2 Kriterium for deltaking i HOMESIDE.....	- 13 -
2.3 Pårørande	- 13 -
2.3.1 Å vera pårørande til person med demens	- 13 -
2.4 Ramme, relasjon og regulering	- 14 -
2.4.1 Ramme	- 15 -
2.4.2 Regulering	- 16 -
2.4.3 Relasjon	- 17 -
3 Metode	- 18 -
3.1 Hermeneutikk.....	- 18 -
3.2 Kvalitativ forskingsmetode.....	- 19 -
3.3 Case Study	- 19 -

3.4 Innsamling av data	- 19 -
3.4.1 Triangulering	- 20 -
3.4.2 Litteratursøk.....	- 21 -
3.4.3 Intervju	- 22 -
3.4.4 Tilgang til data og val av par	- 23 -
3.5 Oppbevaring og behandling av data.....	- 24 -
3.6 Analyse	- 25 -
3.6.1 Tematisk analyse.....	- 25 -
3.6.2 Koding av datamateriell	- 28 -
3.6.3 Kort presentasjon av resultat	- 31 -
3.7 Refleksjon	- 32 -
3.7.1 Reliabilitet → Truverd.....	- 33 -
3.7.2 Validitet.....	- 34 -
3.7.3 Metodekritikk	- 35 -
3.7.4 Etske utfordringar.....	- 35 -
4 Resultat	- 37 -
4.1 Relasjon	- 37 -
4.1.1 Relasjon i para	- 38 -
4.1.2 Relasjon til musikken.....	- 39 -
4.1.3 Relasjon mellom para og musikkterapeut	- 40 -
4.2 Ramme.....	- 41 -
4.2.1 Å delta i HOMESIDE	- 41 -
4.2.2 Å ha musikkopplæring over internett.....	- 42 -
4.2.3 Fast tidspunkt.....	- 43 -
4.3 Endring	- 44 -
4.3.1 Endring i kvardagen	- 44 -
4.3.2 Reaksjon på bruk av musikk.....	- 45 -
4.3.3 Utfordringar	- 46 -
5 Drøfting.....	- 48 -
5.1 Relasjon	- 48 -
5.1.1 Oppsummering	- 49 -

5.2 Ramme.....	- 50 -
5.2.1 Oppsummering	- 51 -
5.3 Endring	- 52 -
5.3.1 Oppsummering	- 53 -
5.4 Indirekte musikkterapi.....	- 54 -
5.5 Bruk av flere kjelder.....	- 55 -
5.6 Kort konklusjon.....	- 56 -
6 Avslutning.....	- 57 -
6.1 Min veg vidare	- 57 -
6.2 Idear til vidare forskning	- 58 -
Litteraturliste.....	- 59 -

1 Innleiing

1.1 Bakgrunn for val av tema

Tidleg i skulegangen visste eg at eg ville jobbe med menneske. Sjølv om dei fyrste tankane var å bli tannlege, var det innanfor helsefeltet og kunne hjelpe menneske. Etter som tida gjekk og musikkinteressa vart større vart også målet for kva eg ville bli forma. Sjølv om eg var aktiv musikal på vidaregåande, var det aldri i tankane mine å jobbe utøvande. Det var noko anna som drog meir.

Då skuledagen på vidaregåande var ferdig, gjekk eg ofte til arbeidsstaden til mor. Ho var hjelpepleiar på sjukeheimen, og eg venta ofte i fellesstova eller ute på terrassen til avdelinga. Ofte satt det nokon i stova når eg kom, men det var sjeldan vi snakka saman. Likevel var det ikkje noko ubehag med stillheita som var der. Eg kjende meg velkomen kvar gong, og vi kunne sitte stille saman.

Når jula nærma seg, og vi i korpset hadde siste øving, gleda eg meg alltid. Vi skulle ut og spela julesongar på dei ulike avdelingane på sjukeheimen, og dei tilhøyrande bustadane. Det å kunne spele kjende og kjære julesongar for bebuarane såg eg på som ein måte å glede dei på. I seinare tid har eg forstått at juletida kan vera sår for mange, men eg hugsar likevel mykje smil frå desse dagane.

Desse opplevingane har vore med meg sidan. Så då spørsmålet om kva tema eg ville skrive om og forske på i masteroppgåva, var svaret enkelt. Musikkterapi i eldrehelsefeltet. Eg har sjølv sett korleis musikk kan påverke personar, både yngre og eldre, men det å sjå glede i augo på personar som ikkje lenger snakkar er noko som sitt sterkt i meg.

1.2 Disposisjon

Eg starta denne masteroppgåva med å skrive litt om min bakgrunn om kvifor eg valde å skrive om musikkterapi i eldreomsorg. Nå vil eg halde fram med utforming av mitt prosjekt og problemstillinga eg har kome fram til. Her vil det også kome fram forskingsspørsmål, avklaringar av nokre omgrep eg har brukt og kort forklaring kva HOMESIDE er før eg går over til kapittelet om teori. Her vil eg ta for meg ulike teoriar eg har brukt under masterprosjektet. Nokre av dei hadde eg planlagt å ta med på førehand mens andre dukka opp under analyseringen av datamateriell.

Etter teorikapittelet blir det eit kapittel om metode, der eg vil ta for meg kva forskingsmetode eg har brukt og kva eg gjorde under datainnsamling og analysearbeidet. Etter metodekapittelet følgjer resultat og drøfting, kor eg vil presentere mine funn frå data eg har samla inn, og drøfte om resultatane svarar på problemstillinga og eventuelt forskingsspørsmåla eg har.

Siste kapittelet i denne oppgåva har eg kalla «Avslutning» kor eg vil ta for meg plan vidare etter fullført mastergrad og idear for forskning eg kan tenke meg å gjera ved seinare høve.

1.3 Utforming av prosjektet

Frå eg starta dette prosjektet har det endra seg fleire gongar. Eg ville fyrst finne ut om pårørande til personar med demens hadde vore med i musikkterapitilboda på institusjonar og sett og opplevd korleis deira person responderte på musikk og musikkterapi. Dette var ikkje så enkelt å finne svar på, då det ikkje er så mange stadar som har eit tiltak at pårørande skulle vera med i musikkterapi. Dette kunne gjeve meg mykje arbeid for å finne pårørande som har delteke i musikkterapi med personen med demens, og som ville delta i eit forskingsprosjekt i koronatida.

Med noko vegleiiing og samtalar kom eg saman med vegleiar fram til å endre litt på perspektivet. Eg var framleis interessert i kva pårørande tenkte om musikkterapi for personar med demens, og vi landa på at eg skulle gjennomføre eit prosjekt om par som har delteke i musikkaktivitetane til det internasjonale forskingsprosjektet HOMESIDE. Her kunne eg få

moglegheita til å få vite kva pårørande tenkte om bruk av musikk heime saman med sin person med demens.

Etter eg bestemte meg for å fylgje denne ideen så kom spørsmålet om eg skulle intervju dei pårørande, etter at dei alt hadde gjennomført eit ganske omfattande forskingsprosjekt over lengre periode. Med tanke på at dei alt hadde gjennomført denne deltakinga og med tanke på korleis demenssjukdommar utviklar seg valde eg heller å spørja HOMESIDE om eg kunne få tilgang til data dei alt har samla inn, bruke dette og supplere med å intervju nokon av musikkintervensjonistane i HOMESIDE. Eg enda opp med å få tilgang til intervju intervensjonistane hadde med para som gjennomførte musikkaktivitetar og dagbøkene dei skreiv under forskingsprosjektet.

Etter mykje fram og attende enda eg til slutt opp med denne problemstillinga:

Korleis har deltakande par i HOMESIDE opplevd å delta i forskingsprosjektet og det å gjennomføre musikkaktivitetar heime?

Denne problemstillinga dekkjer at eg er interessert i å vite korleis para har opplevd å gjennomføre musikkaktivitetar i eit forskingsprosjekt, men den grensar ikkje av kven informantane mine er¹. Sjølv om eg er interessert i å vite om kva dei pårørande tenkjer stengjer denne ikkje for at eg kan spørja intervensjonistane om dei har sett, høyrte eller opplevd noko som kan hjelpe meg til å få svar på problemstillinga.

Utanom problemstillinga har eg også eit forskingsspørsmål som eg ser på som relevant.:

Kva endringar ser para ved å gjennomføre musikk og musikkaktivitetar i kvardagen?

- Er det positive eller negative endringar?

Dette spørsmålet indikerer at para, då mest den pårørande, leggjar merke til noko endring ved å gjera musikkaktivitetar i kvardagen. Viss dei opplever endring er eg interessert i å vite uansett kva. Det er like gode data med negative endringar som positive, då dette kan gje betre indikasjon om kva som fungerer og ikkje for desse para.

¹ Under 1.4.3 Informant vil eg gå gjennom kva eg legg i det å vera informant og kva det tyder for dette prosjektet.

1.4 Avklaring omgrep

Her vil eg kort seie noko om kva eg legg i ulike omgrep som er relevante for denne oppgåva. Då fleire omgrep også kjem att kapittelet om teori så vel eg å ikkje gå inn kva dei er med så mykje kjelder, men heller kva eg legg i dei ulike omgrepa. Indirekte musikkterapi og demens er to døme på dette.

1.4.1 Indirekte musikkterapi

Sjølve omgrepet indirekte musikkterapi er ganske nytt, men eg meiner dette er noko vi menneske gjer naturleg. Det å lære bort og vise kva vi kan til andre er noko dei fleste gjer til dagleg, og det er ikkje før i nyare tid at indirekte musikkterapi har kome som eit omgrep, for å ha eit ord på kva musikkterapeuten gjer når hen lærar bort og gjev råd til korleis andre kan bruke musikk i kvardagen.

Indirekte musikkterapi var i byrjinga sett på som vegleiing, rådgjeving og bortlæring til andre tilsette ved institusjonar, sjukeheimar og liknande. Andre tilsette skulle få tips og opplæring i korleis dei kunne bruke musikken i kvardagen når musikkterapeuten ikkje var til stades. I dei siste åra har vi også sett at same omgrepet blir brukt ved opplæring og rådgjeving til pårørande til klient.

1.4.2 Dement eller person med demens

For fleire er det ikkje nokon forskjell å seie om ein person er dement har demens. Etter eg lærte om ulike psykiske sjukdommar på bachelorstudiet, ser eg på desse to måtane som ulike. På bacheloren lærte vi at ein person ikkje skal definerast av sjukdommen sin, men heller bli sett på ein person med ein sjukdom. Eit døme er når vi snakkar om personar som har

schizofreni. Når ein seier at ein person er schizofren, kan ein fort byrja å tenkje på sjukdommen og definere personen ut i frå den. Å seie at ein person har schizofreni viser meir til at det er ein sjukdom som personen har og ikkje er. Personen blir mykje meir enn sjukdommen.

Det er derfor viktig for meg å skilje mellom ein dement person og ein person med demens. Ein person med demens er mykje meir enn berre sjukdommen, og fortener å bli sett på som ein person med ein sjukdom, og ikkje berre som sjukdommen den personen har.

1.4.3 Informant

Då eg samlar inn ulike formar for datamateriell får eg fleire informantar. Eg har musikkintervensjonistane som eg intervjuar sjølv men også para som har delteke i HOMESIDE då eg skal bruke dagbøkene dei har skrive og bruke intervjuar HOMESIDE har gjennomført med para. For å unngå å forvirre meg sjølv og lesaren vel eg å ikkje bruke ordet «informant» seinare i dette prosjektet, men heller å seie «musikkterapeutar» (MT) om intervensjonistane og «par» om dei deltakande para i HOMESIDE.

Det å vera informant inneber i dette tilfellet å vera deltakar og gje informasjon til prosjektet HOMESIDE og vera deltakar i mitt forskingsprosjekt. For informantane frå HOMESIDE veit eg ikkje kven dei er og har gode moglegheiter til å anonymisere dei. Informantane eg sjølv har snakka med vil også bli anonymisert. utfordringar rundt dette vil eg ta opp under kapittel 3 *Metode* under delen om refleksjon.

1.4.4 Endringar og reaksjonar

Når ein snakkar om reaksjonar, endringar og effekt av musikk og musikkterapi, er det fleire som ser mest på dei positive. Eg er også interessert i å sjå om det er merka noko negative endringar eller reaksjonar ved bruk av musikk og musikkaktivitetar. Får brukaren vondt i

hovudet, eller blir meir uroleg etter enda musikkaktivitet? Eller er det berre positive endringar som blir observert?

Endringane og reaksjonane kan som nemnt vera negative eller positive. Eg er også interessert om reaksjonane/endringane er små eller store. Dansar personen med demens stødig til ein vals, eller heldar hen blikket under ein song paret lyttar til? Så lenge partner har observert ei endring eller ein reaksjon på musikken og musikkaktiviteten er eg interessert i denne observasjonen.

For å klargjera bruken av omgrepet *endring*. *Endring* tyder i hovudsak når noko forandrar seg, blir noko nytt. I dette tilfellet tyder det når noko forandrar seg til viss grad over kortare eller lengre periode før det går attende. *Reaksjon* er når nokon viser med mimikk eller kroppen at det har skjedd noko som dei har fått med seg, at dei har opplevd noko som dei vil vise, bevisst eller ubevisst, til andre.

1.5 HOMESIDE

HOMESIDE er eit internasjonalt forskingsprosjekt som tek for seg personar med demens som framleis bur heime saman med pårørande. Desse para (i HOMESIDE har dei blitt kalla dyadar) kan hamne i enten musikkgruppe, lesegruppe eller kontrollgruppe. I musikkgruppa får para opplæring til musikk og musikkaktivitetar dei kan gjera heime saman, anten det er å bli meir bevisst på å synge eller lytte saman, spele instrument m.m. I lesegruppa får dei tips til korleis dei kan lese for kvarandre, om det er dikt, avisartikkel eller andre avsnitt med tekst av interesse, eller lytte til lydbok saman. I begge desse får dei oppfølging og rådgjeving til å legge det mest mogleg til rette for dei sjølv. Dei i kontrollgruppa får ikkje opplæring og oppfølging i aktivitetane før etter enda forskingsperiode (3 månader). Etter denne perioden er over, kan dei, uansett kva gruppe dei har vore i, få opplæring i den aktiviteten dei syns var interessant.

Målet med denne forskinga er å sjå om lese- og/eller musikkaktivitetar kan vera med å påverke psykologiske og åtferdsmessige symptom ved demens, og kva effekt dei ulike aktivitetane kan ha (Helsenorge, 2021; HOMESIDE, 2020; Norges Musikkhøgskole, 2022).

1.5.1 Musikkaktivitetane i HOMESIDE

I dagbøkene (sjå vedlegg 1) HOMESIDE har sendt ut til para står det beskrive fire musikkaktivitetar som para kan gjennomføre heime. Desse fire er *å synge*, *å røyve seg*, *å spele instrument* og *å lytte*. Para får opplæring frå musikkterapeutar om korleis dei kan bruke ulike aktivitetar med ulike mål i kvardagen.

Det *å synge* kan vera med på å regulere pusten, frigjera endorfin og kan vera ein form for å uttrykke seg på. Para kan synge til lydkjelder, aleine eller begge to saman, og utan lydkjelde viss dei er komfortabel med dette. Å synge mens ein gjer ein litt kjedeleg eller ubehageleg aktivitet kan også verka motiverande.

Å *røyve seg* kan hjelpe med å oppretthalde fysiske funksjonar, blant anna å bruke musikk når man gjer øvingar frå fysioterapeut. Å røyve på seg til musikk, eller å danse, kan vera ein god måte å bruke energi eller roe seg med rolege øvingar. Det gjev også ein anna moglegheit til å kommunisere på, og grunn for å finne god kontakt.

Å *spele instrument* saman, eller der ein spelar og andre lyttar/syng, kan vera med på å gje meining til det man gjer, og hjelpe til å halde fokus. Å spele eit instrument behøver ikkje å vera at ein av dei i paret må ha spelt eit instrument tidlegare, dei kan også utforske nye instrument saman.

Å *lytte* til musikk kan ein gjera på ulike måtar, passiv og aktiv. Når ein radio eller TV står på i bakgrunn eller du er på kjøpesenter med musikk over anlegg, er det fort å lytte passivt. Då høyrer du at det er noko, men du tenkjer ikkje nødvendigvis over kva song det er, kven som syng og/eller kva songen gjer for deg. Når du lyttar aktivt, som para blir oppfordra til å gjera i HOMESIDE, forsøker ein å tenkje meir over musikken. I HOMESIDE er det mest fokus på å finne songar som para kan bruke til å fremme avspenning og det å slappe av og regulere pust og puls etter til dømes slitsam aktivitet. Her kan para også snakke saman om songane, og om ting dei har gjort saman som kan knytast til ulike songar.

I dagboka er det også oppført eit slags skjema der para kan krysse av om kva aktivitetar dei har gjort og korleis dei opplevde aktivitetane. Det var også rute for korleis aktivitetane påverka resten av dagen, kva klokkeslett dei gjennomførte aktivitetane og kor lenge dei gjorde dei.

2 Teori

I denne delen vil eg seie noko om teoriane bak dei mest sentrale omgrepa i denne oppgåva. Her legg eg til grunn forskning og meir grundig forklaring med akademisk grunnlag.

2.1 Musikkterapi

Musikkterapi har mange ulike definisjonar, alt ut i frå kva tema man jobbar med og skrivar om, kva område man er i, og kva skule ein har gått på. I 3.utgåve av boka *Defining Music Therapy* har Bruscia 102 ulike definisjonar (Bruscia, 2014), og han sjølv nemnar ulike utfordringar som dukkar opp ved å definere kva musikkterapi er. I Noreg har vi hovudsakleg ein humanistisk tankegang som utgangspunkt i musikkterapien, og fokuserer til dømes mest på ressursane til brukarane i staden for sjukdommane. Definisjonen til Norsk Forening for Musikkterapi ser slik ut:

Musikkterapi gir muligheter for utvikling og endring gjennom et musikalsk og mellommenneskelig samarbeid mellom terapeut og klient. Prosessen er ofte ressursorientert og fokuserer på aktuelle mål innen helsefremmende arbeid, behandling, rehabilitering og omsorg. (...) Som fagfelt kan musikkterapien forstås som studiet av sammenhenger mellom musikk og helse (Norsk Forening for Musikkterapi, u.å.).

Denne definisjonen er ganske generell, men seier samstundes mykje om kva musikkterapi er og bør innehalde. Innanfor demensomsorg er det viktig å hugse på dei ressursane dei med demens har, og bruke dei ressursane så lenge den personen klarer å bruke dei, noko denne definisjonen legg vekt på. Å ha fokus på ulike mål, både helsefremmande arbeid, behandling og rehabilitering er viktig, men for meg står måla om omsorg litt høgare, då eg veit at sjukdommar som fører til demens vil utvikle seg over tid, og personen med demens vil diverre bli dårlegare over tid.

2.1.1 Indirekte musikkterapi

I eit ressurshefte som kom i 2014 for musikkterapeutar i eldreomsorga (Stige, 2014) har dei ein definisjon på kva indirekte musikkterapi er:

Indirekte arbeid er arbeid musikkterapeuten gjer med det føremål å skape ein musikk-kompetanse hjå signifikante andre som gjer dei i stand til å møte psykososiale behov hjå pasienten² (Sandve & Enge, 2014, s. 18).

I følge denne definisjonen er målet med indirekte musikkterapi å kunne gje andre tilsette ved institusjonar moglegheit til å bruke musikk for å møte psykososiale behov. Eg har sett mange gongar at radio og TV har blitt slått på for å gje underhaldning og musikk, men i nokre tilfelle kan dette bli bakgrunnsstøy og gjera vondt verre i verste tilfelle. Ved indirekte musikkterapi kan tilsette få meir innblikk i korleis ein musikkterapeut brukar musikken og få opplæring i korleis dei sjølv kan bruke musikken i kvardagen når musikkterapeuten ikkje har moglegheit til å vera til stades (McDermott et al., 2018; Odell-Miller, 2021). Dette kan vera ved stell om morgon og kveld, under måltid og elles i fellesområde i løpet av dagen. Dette kan vera med å betre kvardagen til bebuarane ved institusjonen OG dei tilsette sjølv.

I HOMESIDE har dei teke indirekte musikkterapi eit steg vidare og gjeve opplæring til pårørande og personen med demens så dei kan bruke musikken sjølv. Sidan para er heimebuande, og helsepersonell ikkje er til stades heile dagen, blir den pårørande naturleg nok den personen som har mest kontakt med personen. Ved indirekte musikkterapi kan den pårørande få eit nytt verktøy paret kan bruke i kvardagen, og betre livet både til personen med demens og pårørande sjølv (McDermott et al., 2018).

2.2 Demens

Sjukdommar som fører til demens er ikkje eit nytt fenomen. Egyptarane snakka om konsekvensar av aldring og i norrøn tid snakka dei om «gamalmannsvås» (Engedal & Haugen, 2018a). I nyare tid har omgrepa «senil» og «rørete» også gått ut av vokabularet når

² Eiga omsetjing til nynorsk.

vi snakkar om demens, då desse ikkje nødvendigvis passar berre til demenssjukdomsforlauget. «Å være gammel og forvirret er ikke det samme som å være dement» skrivar Gun Aremyr i si bok frå 1995 (Aremyr, 1995, s. 11). Det kan kome av fleire faktorar, som næring, endring i miljø, andre sjukdommar (til dømes forkjøling, urinvegsinfeksjon m.m.). Desse faktorane kan også spele inn på minne og kognitive funksjonar hjå eldre generelt, saman med faktorar som livssituasjon og aktivisering (Engedal & Haugen, 2018b, s. 15–16). Latenstida blir lenger, og man har ikkje nødvendigvis like stor interesse for å følgje med i kva som skjer i media og liknande.

Demens er ikkje ein sjukdom i seg sjølv, men er eit syndrom (beskriving av klinisk funksjonstilstand) som kjem av fleire ulike sjukdommar (Engedal, 2020, s. 75). Den mest kjende og vanlege er Alzheimers sjukdom. Demens kan også kome av hjerneslag, lewylegemer, frontotemporal degenerativ hjernesjukdom og ein sjeldan gong av Parkinsons sjukdom. Eg seier sjeldan, fordi det i utgangspunktet ikkje er så mange som får Parkinsons sjukdom, om lag 1 % av personar over 65 år har dette, (opp mot 5 % på norske sjukeheimar per 2016), men mange med Parkinsons sjukdom utviklar etter kvart også demens (Engedal & Berentsen, 2016, s. 56; Engedal & Haugen, 2018c, s. 102). Men uansett kva som gjer at personen får demens, så er det nokre fellestrekk. Desse er progressiv svikt i kognisjon, i så stor grad at den fører til utfordringar i å gjere daglegdagse oppgåver og dermed reduserte evner til å fungere aleine, svikt i funksjonsevne, og dei kan få endra åferd (Engedal, 2020). For å vete sikkert om personen har demens, gjerast det ei utredning som består av samtale med den det gjeld og pårørande, ulike testar som personen skal gjennomføre og ulike undersøkingar til dømes blodprøve og depresjonsscreening.

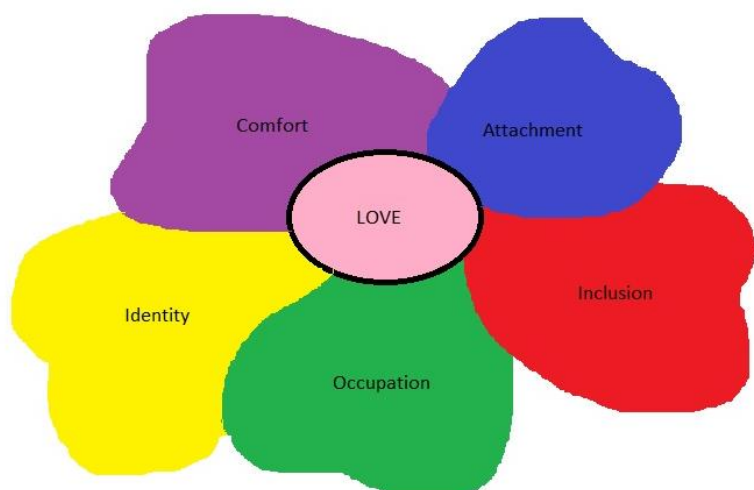
Sjølv om personar med demens ofte blir plassert i ei gruppe, må vi hugse på dei er ulike menneske med si identitet og sitt liv som bør bli teke vare på, og at dei ulike sjukdommane og skadane kan føre til ulike sjukdomsforlaup. For nokon kan det utvikle seg raskt (3-4 år) for andre kan det ta 10-15 år før forverring blir lagt merke til (Engedal, 2016).

2.2.1 Kvifor musikkterapi for personar med demens?

«Den aller høyeste hjerneaktiviteten som er målt hos mennesker, er av pianister som spiller etter noter (...) musikkutøvelse tilhører de aller mest komplekse aktivitetene et menneske kan foreta seg», dette skrivar Brean og Skeie om musikkproduksjon i hjernen (Brean & Skeie, 2019, s. 115). Dette kjem av at ein musikal treng synet for å sjå viss ein spelar etter noter, alt med høyrsel å gjera er i sving og fingrane og beina må gjera alt rett rytmisk og rett ansats for at det skal bli musikk. Når alt dette skal samlast og gjerast samstundes er det naturleg at mange fleire delar i hjernen er i sving enn viss ein berre går eller sitt og snakkar.

Samanhengen frå dette til å bruke musikk for personar med demens er eigentleg ganske enkel. Sidan musikk aktiviserer så store delar av hjernen kan dette vera med på å bringe fram minner og språk for personar som har utvikla demens. Sjølv om ein person ikkje lenger kan snakke samanhengande setningar eller svare på spørsmål, kan dei synge heile vers av kjende songar og mogleg svare på spørsmål i etterkant (*Man in Nursing Home Reacts To Hearing Music From His Era*, 2011). Ridder snakkar om fleire «reviewartikler peger på positive effekt af musikkterapi på APSD, særlig urolig adfærd» (H. M. Ridder, 2016, s. 139) noko som også kjem fram i Cochrane-oversiktar om bruk av musikkterapi for personar med demens (Gold et al., 2020). I Cochrane-oversikta frå 2018 kjem det fram at musikkterapi har låg til moderat verking på personar med demens, alt etter kva man ser etter av kva musikken verkar på (van der Steen et al., 2018).

Utanom å bruke musikkterapi for uroleg åtferd, kan ein også bruke musikkterapi for å dekkje fleire av dei biopsykososiale behova som T. Kitwood nemnar innanfor personsentrert omsorg. Eg likar sjølv å bruke blomen Kitwood har som utgangspunkt når eg skal forklare kvifor vi brukar musikkterapi for personar med demens (Kitwood, 1997):



Comfort – Å gje trøyst, kjensle av nærskap, hjelp til å roe og dempe smerte og sorg.

Attachment – Å ha kjensla av å høyre til ein stad, i samfunnet, gruppa eller rommet.

Inclusion – Å bli inkludert i det sosiale som skjer, til dømes på institusjon eller i lokalsamfunnet.

Occupation – Å ha noko å gjera som betyr noko.

Identity – Å ha ein identitet, å vete kven ein er, ha ein historie å fortelja om seg sjølv til andre.

LOVE – Å kjenne seg elska. Alle elementa rundt forsterkar kjensla av dette.

I Musikkterapien kan vi kome innom fleire av desse. Vi kan bruke musikk til å trøyste og dempe sorg, eller roe ned. Vi kan bruke musikk til å gje kjensle av å vera nær nokon og skape distraksjon til smerte. I gruppemusikkterapi kan musikken vera med på å bidra til kjensle av å høyre til og bli inkludert i noko felles med andre. Det kan også gje dei noko å gjera som kan bety noko (til dømes å spele rytmeinstrument saman med andre, synge for andre m.m.) Identiteten kan også forsterkast ved å spele musikk som personen liker og har vakse opp med (T. Kvamme, 2017; Ruud, 2013).

Elles i Noreg og Danmark er det også forska mykje på å bruke musikkterapi for personar med demens. Boka til Stige og Ridder er eit godt døme på kor ein kan finne ut meir om musikkterapi for eldre generelt, og mykje av dette kan brukast for personar med demens (H. M. O. Ridder & Stige, 2016). Vi har også boka til Tone Kvamme (førsteamanuensis Norges Musikkhøgskole) som har fokus på å bruke musikk for og med personar som har demens (T. S. Kvamme, 2020).

2.2.2 Kriterium for deltaking i HOMESIDE

For å kunne delta i HOMESIDE-prosjektet er det fleire kriterium. Noko eg alt har nemnt er at det må vera ein person med demens som framleis bur heime og har god kontakt med ein anna person så dei kan danne eit par som gjer aktivitetane saman. Et anna kriterium er at personen med demens har gått igjennom utreiing og undersøking om dei har APSD (Åtferdsmessige og psykologiske symptom ved demens) og symptom som går innanfor dette. APSD er også kalla NPS (nevropsykiatriske symptom). NPS og APSD er hovudsakleg omgrep som fattar mange ulike symptom. Innanfor NPS er symptoma innanfor desse ulike gruppene: psykotiske, stemningssymptom, apati og agitasjon og angstsymptom. Innanfor APSD blir desse kalla åtferdsmessige, psykotiske, affektive og vegetative symptom (T. S. Kvamme, 2020; Selbæk, 2018). Personar med demens vil utvikle symptom innanfor desse gruppene i ulike stadium av demensløpet.

2.3 Pårørande

Når vi på norsk snakkar om pårørande, tenker vi ofte på nær familie, som foreldre, søsken, partner/ektefelle/sambuar og barn, men også besteforeldre eller barnebarn. Pårørande kan også vera nære venar eller anna familiemedlem, så lenge dei er knytt saman med sterke band. I *Eldreboeken* (Husebø & Flo, 2020) får vi ein definisjon for pårørande frå helsevesenet, at pårørande er personar som er nære brukaren og at brukaren sjølv har valt kven som er pårørande, så lenge dei er i stand til det (Bruvik, 2020).

2.3.1 Å vera pårørande til person med demens

Ingen menneske løyser utfordringar likt og det same gjelder korleis vi menneske handterer at nokon vi er nær får ei diagnose som fører til demens. Nokon latar som ingenting og håper det går over av seg sjølv, nokon spør om hjelp og råd så fort som mogleg, og håpar andre ordnar

opp og nokon tek utfordringa og jobbar på sjølv (Engedal, 2016). Korleis demens påverkar pårørande kjem også an på kven som får det, og kva alder pårørande og personen med demens har. Er det ein yngre person som får demens, men tenåring eller barn i hus, kan dette påverke korleis dei handterer situasjonen, i forhold til viss alle barna til personen med demens er vaksne sjølv.

Då det i hovudsak er partner/ektefelle/sambuar saman med dei personane som har demens som er i dei para eg har valt ut³, vel eg å konsentrere meg om desse som pårørande, og korleis det kan vera for dei å bu saman med ein person som har fått demens.

Å bu saman med ein person som har fått demens kan vera utfordrande. Partneren veit ikkje kor fort demensen vil utvikle seg og kan oppleve å vera i ei tid med mykje usikkerheit. Personen med demens vil kanskje bli meir og meir gløymisk, kan få språkvanskar og klarer å hjelpe til mindre og mindre i heimen. Personen med demens blir meir avhengig av sin pårørande og også etter kvart av andre rundt. Dette kan gå utover aleinetida til pårørande. For aleinetid er like viktig, viss ikkje enda viktigare, når du som pårørande må passe meir og meir på nokon. Det er viktig å ta vare på seg sjølv og gje seg sjølv tid, for å kunne gjere det betre for andre. Engedal viser til forskingsresultat som seier når pårørande får fritid/eiga tid, så klarer dei å gjennomføre oppgåvene som omsorgsperson betre (Engedal, 2016). Det er då viktig at helsevesenet i kommunen legger til rette for avlastning, som dagsenter og avlastningsopphald, som er lagt til rette for dei det gjelder (Bruvik, 2020).

2.4 Ramme, relasjon og regulering

Under analysen, som eg vil seie meir om seinare i kapittel 3 *Metode*, kom eg fram til at dei 3 R-ane som Hanne Mette Ridder, professor i musikkterapi, legger fram er særskilte relevante for dette prosjektet. Dette er også med tanke på problemstillinga eg har, der eg spør om para har opplevd noko endring i å delta i HOMESIDE-prosjektet, om det er fysiske eller kjenslemessige. Eg har også sett på om omgjevnad rundt og tidspunkt har noko å seie, og om relasjonar mellom ulike personar har endra seg eller har betydning. Alt dette vil eg kome

³ Det er også tilfelle av forelder/barn i HOMESIDE, noko som intervensjonistane pratar om, men vel å ikkje gå meir inn i kva det kan innebera.

attende til under kapittel 4 *Resultat*. Med dette som utgangspunkt vil eg gå kort igjennom kva dei 3 R-ane inneber (H. M. Ridder, 2016).

Desse 3 R-ane har utgangspunkt i tre hovudutfordringar⁴ for personar med demens, og korleis vi som musikkterapeutar kan jobbe med desse utfordringane. Dei utfordringane er: 1) å fokusere og kjenne att noko dei ser og høyrer her og nå, 2) sjølvregulering og halde fokus over tid, og 3) inngå i relasjon og kommunisere med andre menneske (H. M. Ridder, 2016, s. 135 & 140). Ut i frå desse utfordringane får vi 3 R-ar vi kan bruke for å arbeide med personar med demens: *Ramme, Regulering og Relasjon*.

2.4.1 Ramme

For å kunne jobbe med menneske som har demens er det godt å ha ei ramme som er hjelpande til for personen med demens å fokusere her og nå og kjenne att personar rundt seg, kvar ein er og mogleg kven ein sjølv er. For å kunne skape ei god ramme for musikkterapien er det viktig å tenke på kva musikkpreferansar personen har, og om det er denne preferansen har noko felles med andre viss det er snakk om ei gruppe. Fast start- og avslutningssong, kanskje noko som dei brukte på skulen eller i anna samanheng, kan vera med på å skape god og trygg ramme. Å introdusere med noko kjend kan skape tryggleik for personane det gjeld, og hjelpe dei med å fokusere på det som skjer her og nå. Etter ein trygg introduksjon og start kan man ha noko som ikkje er like kjend for alle, før ein går attende til noko kjend for å avslutte. Dette skapar ein struktur som er enkel å følgje og kan kjennast att frå gong til gong. I HOMESIDE har det ikkje vore like fokus på dette med fast start og avslutning av musikkstunda, men eg har sett i datamaterialet at dette med start og avslutning av dagen blir nemnt fleire stadar. Likevel er HOMESIDE med på å skape rammar ved å gje para aktivitetar som passar inn i kvardagen for kvart enkelt par, og legg til rette for at para skal få best mogleg oppleving av deltakinga i prosjektet.

Noko anna som er med å skape gode rammar er hjelpeapparatet rundt. I HOMESIDE er det ikkje tilsette rundt som på ein institusjon eller sjukeheim, men musikkterapeutar som tek seg

⁴ Ridder kallar dei sjølv «hovedproblematikker». Eg vel å gå vekk frå omgrepet «problem/problematikk» då det kan ha ein negativ vinkling for nokon. For meg blir «utfordring» eit meir nøytralt ord.

av opplæring og oppfølging. Sidan det er faste personar som tek kontakt med para, er dette med på å skape trygge rammer for para, og skapar eit grunnlag for gjenkjenning og tryggleik for personen med demens. Og sidan det er para sjølv som gjer musikkaktivitetar er det alt ein person som personen med demens kjenner til, og dermed eit trygt utgangspunkt. Eg skal seie meir om relasjon litt seinare.

I HOMESIDE er også kvar dei sitt og gjennomfører musikk med på å skape trygg ramme. Para gjer musikkaktivitetar i deira eiga heim, ein stad dei kjenner til og kjenner seg trygge i. At dei også bruker instrument eller utstyr dei har frå før kan også vera med på å skape trygg ramme.

2.4.2 Regulering

Personar med demens har ofte vanskar med å konsentrere seg og halde fokus over tid, samt å regulere til dømes kjensle og energinivå sjølv. For dei kan kvardagen bli uroleg viss kjende rutinar og strukturar blir brote. Dette kan kome av å slutte med faste aktivitetar, kome til ny stad (til døme etter fått plass på institusjon). Dette kan føre til vanskar med å ha felles oppmerksomd med sine pårørande, eller å vera i samtale med sine nære.

Når Ridder snakkar om *regulering*, viser ho til tre tilstandar ein person med demens kan vera i. Personen kan vera i høg-arousal⁵ tilstand, låg-arousal eller i ein balansert tilstand. Når ein person med demens er i høg-arousal tilstand kan personen vera uroleg, klar til å handle (om det er flukt eller kamp) og har mykje energi som kan nyttast. Fokuset vil vera på å finne moglege farar. Når personen med demens er i låg-arousal er hen ofte døsig, treng kvile og ro, og kan ofte oppfattast som initiativlaus og vanskar å få kontakt med. Når personen er i ein balansert tilstand, altså ein stad mellom høg- og låg-arousal, kan hen enklare halde seg til andre menneske og gå inn i felles oppmerksomd med til dømes pårørande eller musikkterapeut.

For personar med demens er det utfordrande å regulere mellom desse tilstandane, og kan trenge ein hjelpande hand til å kome til balansert tilstand. Musikk og musikkterapi kan vera

⁵ Eg vel å behalde det danske ordet «arousal» då den norske omsetjinga «oppfissing» ikkje dekker kva som kan liggje i det.

med på å gjere dette. For å kunne gjera dette må musikken og personen vera kjend for klienten i dette tilfellet (som nemnt under ramme). På institusjonar er den kjende personen ofte musikkterapeut eller nærkontakt blant tilsette, men i HOMESIDE sitt tilfelle er dette den pårørande parten i paret, og musikkterapeuten som jobbar med dei. Når det er trygg ramme rundt kan den pårørande bruke musikk til å roe ned eller stimulere og oppfordre til aktivitet, alt etter behov. Her må ein vera obs på å bruke musikk som personen med demens liker, og ikkje til dømes prøve å roe ned med ein song som den personen ikkje liker i det heile. Utanom dette må ein også tenkje på elementa i musikken generelt, om det er tempo og rytme, dynamikk, repetisjon av tema, klang og type instrument eller andre då dette også kan spele inn på musikkopplevinga.

2.4.3 Relasjon

Den siste R-en til Ridder er *relasjon*. I HOMESIDE har alt personen med demens ein relasjon med sin pårørande, anten om dei to er eit ektepar, sambuarar, kjærastar, søsken eller forelderbarn. Likevel kan det vera utfordrande å skape ei kjensle av samhøyrsla når personen med demens kjem langt nok i utviklinga av sjukdomen. Musikken her kan gjev para ein stad å møte på denne samhøyrsla att, og dele opplevingar i musikken. Para kan også ha ein relasjon til musikken dei brukar, til dømes viss dei høyrer på eit band eller gruppe dei har dansa til eller vore på konsert saman. I denne relasjonen får dei moglegheit til å kommunisere både verbalt og nonverbalt og dele opplevinga musikken både ga tidlegare og gjev i denne augneblinken.

Det vil vera naturleg og også nemne relasjonen til musikkterapeuten, sjølv om para ikkje møter musikkterapeuten fysisk. Likevel skapar dei ein relasjon med musikkterapeuten over ein skjerm, og musikkterapeuten kan vera ein person den pårørande kan støtte seg til og spørja om råd. Når eg har sett på datamaterialet kom det ikkje så mykje fram om korleis relasjonen mellom musikkterapeuten og personen med demens var, men det verka som denne også var sterkt til stades ut i frå korleis musikkterapeuten snakka til paret og personen med demens under eine intervjuet.

3 Metode

I dette kapittelet vil eg presentere kva vitskapleg tradisjon eg hovudsakleg har halda meg til i dette masterprosjektet og kva forskingsmetoder eg har brukt. Desse metodane vil eg gå djupare inn i samt forklare kvifor eg har valt å gjennomføre desse. Kva analysemetode eg har valt å bruke vil også bli forklart her før eg vil ta for meg refleksjon rundt reliabilitet og validitet. I slutten av denne delen vil eg kome med kritikk til metodeval og legge fram nokre etiske utfordringar eg har møtt på.

3.1 Hermeneutikk

Hermeneutikk er ein vitskapsteori med røyt i renessansen med teksttolking som utgangspunkt (Alvesson & Sköldberg, 2008). Hans-Georg Gadamer er ein av dei viktigaste filosofiane innanfor ny-hermeneutikken (Føllesdal et al., 1996), og er den retninga eg brukar i grunn for forskning. Gadamer meiner at vi som menneske vil alltid ha ei førforståing (også kalla fordommar, men ikkje som negativt lada ord) når vi går inn i forskning og når vi møter på noko. Vi vil alltid ha med oss tidlegare erfaringar som vil påverke korleis vi forstår noko (Strand, 2001). Dette er noko som er viktig å ta med seg, også då eg som forkar vil tolke og vurdere funna eg kjem fram til, og vurdere mine egne tolkingar.

Noko anna eg tek med meg frå hermeneutikken, er den hermeneutiske spiralen, som er ein vidareutvikling av den hermeneutiske sirkelen. Den starta som sirkel, då den var oppført som at du ser på ein del av noko, så heilheita og attende til delen. Når vi tenkjer på at vi har med oss førforståing vil vi ikkje kunne sjå på delen på same måte andre gongen, og spiralen gjev eit betre bilete på korleis vi som menneske ser på delen og heilheita i samband. Gadamer sette også lesaren inn i sirkelen, for å underteikne at førforståinga til lesaren er med og påverkar korleis lesaren forstår og tolkar delen og heilheita (Jor, 2000). Når eg har sett på datamaterialet eg har samla inn, har eg bevisst sett på det eg har i heilheit og gått inn i dei ulike delane (til dømes ulike spørsmål eller tema i intervju) for så å sjå på heilheita. Dette gjorde eg fleire gongar for å kunne kome fram til eit resultat som kunne gje svar på mi problemstilling.

3.2 Kvalitativ forskingsmetode

Eg har valt kvalitativ forskingsmetode i dette prosjektet fordi eg har fokus på sosiale fenomen og oppførsel (Malterud, 2017; Thagaard, 2018). Ein kvalitativ forskingsmetode skil seg frå kvantitativ ved at det ofte er få einingar som gjev informasjon i staden for eit stort utval av informantar og datamateriell. Det er også ein forskjell at kvalitativ forskning ikkje kan testast på nytt i etterkant og få same resultat, noko som ein kan gjera i kvantitativ forskning.

3.3 Case Study

Sidan eg i hovudsak ser på fenomen rundt to par som har delteke i musikkaktivitetane til HOMESIDE, blir dette ein form for case study. Eg ser på to par, to enkelthistorier, som representerer ei avgrensa kontekst i HOMESIDE, og fenomen rundt deira deltaking (Malterud, 2017; Postholm & Jacobsen, 2018; Stake, 2005; Thagaard, 2018). Sjølv om eg også får høyre døme frå andre par som har delteke frå musikkterapeutane, vil desse opplysingane vera supplement til det eg finn i dagbøkene til para og intervju dei har gjennomført. Ved hjelp av triangulering og analysing kan eg mogleg få innblikk i korleis desse to para opplevde å delta i HOMESIDE og korleis det var for dei å gjennomføre musikkaktivitetar heime og i kvardagen. Då HOMESIDE er eit stort forskingsprosjekt som samlar inn mykje data frå fleire enkeltcase, kunne eg ha sett på fleire par og gjennomført ein komparativ casestudie. Då eg vel å sjå på berre to av para, vil eg kalle mitt prosjekt for enkeltcasestudie. Dette grunnar eg med at eg har to par som begge har delteke i HOMESIDE med musikkopplæring.

3.4 Innsamling av data

I dette prosjektet har eg hatt fleire ulike metodar for å samle inn data. For mykje av litteraturen er det gjennomført aktivt litteratursøk i ulike databasar, men også av å sjå over kva som er av litteratur på skulen sitt bibliotek. Eg har gjennomført to intervju sjølv, men også fått

tilgang til to intervju som HOMESIDE sjølv har gjennomført med para, samt dagbøkene para skreiv i under deira forskingsperiode i HOMESIDE.

Før eg går inn i dei ulike metodane eg har brukt for å samle data, vil eg seie litt om kva triangulering er, då dette er noko eg gjennomfører i dette masterprosjektet.

3.4.1 Triangulering

Triangulering er når du kombinerer ulike forskarar, forskingsdesign, datakjelder, datainnsamlingsmetoder m.m. for å styrke gyldigheit og pålitelegheit i ditt forskingsprosjekt (Postholm & Jacobsen, 2018, s. 236). Malterud legger fram 4 ulike trianguleringsformer etter Patton: 1) *Metodetriangulering*, 2) *kjeldetriangulering*, 3) *observatørtriangulering* og 4) *teoritriangulering* (Malterud, 2017, s. 200).

Metodetriangulering er når du nyttar deg av både kvalitativ og kvantitativ forskingsmetode, til dømes ved *Mixed methods*⁶. *Kjeldetriangulering* er når du hentar inn data frå ulike kjelder, eller brukar deltakarar frå ulike rollar i forhold til problemstillinga. *Observatørtriangulering* er når fleire forskarar, mogleg med ulikt teoretisk perspektiv, er med i utviklinga og analysen av det same empiriske materialet. Innanfor *Teoritriangulering* blir det brukt fleire ulike teoretiske perspektiv når ein skal tolke det empiriske materialet.

Då eg hentar inn data frå ulike kjelder ved å gjennomføre intervju og får tilgang til dagbøker, samt har data frå ulike deltakarar, både intervju frå intervensjonistar og deltakarar i HOMESIDE, går min form for triangulering innanfor *kjeldetriangulering*. Dette gjer eg for å få meir heilskapleg bilete på det eg spør om og auke pålitelegheita og gyldigheita til resultatet (Postholm & Jacobsen, 2018, s. 236–237). Utanom *kjeldetriangulering*, tek HOMESIDE for seg *metodetriangulering* då dei samlar inn både kvalitative (intervju og kommentarar i dagbøker) og kvantitative (skjema man kryssar av i dagbøkene) data. Då eg brukar data frå berre to par reknar eg mitt prosjekt som kvalitativ. Likevel kan eg kalle det *metodetriangulering* sidan eg brukar ulike metodar på å samle inn data. Eg gjennomfører

⁶ Eg vel å ikkje seie meir om Mixed Methods, då dette ikkje er relevant for dette masterprosjektet.

intervju sjølv, får tilgang på intervju HOMESIDE har gjort og får tilgang til dagbøker som para i HOMESIDE har skrive i og fylt ut skjema.

3.4.2 Litteratursøk

I løpet av forskingsprosessen har eg gjennomført litteratursøk fleire gongar i ulike databasar. Dei databasane eg brukte mest var Google Scholar, Idunn, Norges Musikkhøgskole – Brage, Nasjonalbiblioteket og fleire. Utanom dette gjennomførte eg også litteratursøk ved snøballmetoden. Denne gjekk ut på at eg fann ei kjelde, såg over litteraturlista i den kjelda, fann relevant kjelde i lista og såg over denne nye kjelda. I den nye kjelda fann eg ny liste, og ny kjelde med relevans til dette prosjektet. Dette kunne fortsette til eg fann primærkjelda for det eg søkte etter, eller til eg fann kjelde som var påliteleg. Ved å gjere dette kunne eg også samanlikne kjeldene og finne meir nøyaktige forklaringar på det eg var ute etter. I nokre tilfelle har eg ikkje brukt primærkjelde, då eg ikkje har hatt tilgang på denne av ulike årsaker (bak betalingsmur, ikkje tilgjengeleg lenger m.m.).

Under skriveprosessen nytta eg meg også av ein fysisk form for litteratursøk, ved å gå rundt i biblioteket og sjå over kva bøker som sto i hyllene for ulike tema. Eg kunne ha søkt i databasen til biblioteket (noko eg også gjorde fleire gongar), men ved å gå blant hyllene kunne eg oppdage bøker eg ikkje tenkte kunne vera relevant ut i frå tittel. Når eg gjekk rundt fysisk fekk eg moglegheit til å sjå bøkene og kvar dei sto, lese over baksida, forord og innhaldsforteikning og dermed få eit betre bilete av boka før eg valde å bruke ho i prosjektet. Hovudsakleg plukka eg ut bøker som hadde relevant innhald, som fagbøker innanfor musikkterapi innanfor eldrehelse-feltet og kvalitativ forskingsmetode, men også bøker som var hovudsakleg for musikkterapi innanfor andre felt. Dei kunne vera relevante då mykje av det vi jobbar med innanfor musikkterapi kan overførast frå eit felt til anna, til dømes felles song og musikk i grupper kan brukast innanfor fleire felt. Eg søkte også etter bøker innanfor demensomsorg, utan fokus på musikkterapi, då det er godt å ha i bakhand korleis ulike sjukdommar utviklar seg og påverkar personar vi som musikkterapeutar skal jobbe med.

3.4.3 Intervju

Då eg fyrst byrja å planlegge dette masterprosjektet hadde eg lyst til å intervjuje pårørande til personar med demens, som har vore med i musikkterapisesjon, både gruppetimar og ein til ein. Det viser seg at per i dag er det ikkje så mange pårørande som har delteke i musikkterapitimar som eg veit om. Eg og min vegleiar vart einige om å forsøke ein annan vinkel, og snudde blikket mot HOMESIDE. Her snuste eg også på ideen at eg skulle intervjuje dei pårørande deltakarane i musikkaktivitetane sjølv, men gjekk også bort frå dette då dei alt har gjennomført eit intervju innanfor HOMESIDE.

Eg enda til slutt opp med å intervjuje to musikkintervensjonistar (heretter kalla musikkterapeutar, MT) innanfor den norske greina. Før eg intervjuja dei sendte eg fyrst mail med nokre få opplysingar om prosjektet og eit uoffisielt spørsmål om dei ville delta. Etter ja frå musikkterapeutane, og godkjenning frå NSD (Norsk senter for forskningsdata) (sjå vedlegg 2) la eg plan for intervju.

På førehand laga eg ein intervjuguide (sjå vedlegg 3), og førebudde meg til å gjennomføre eit delvis strukturert intervju, også kalla semistrukturert (Malterud, 2017; Thagaard, 2018). Eit semistrukturert intervju er når du førebur deg til intervjuet, med til dømes ein intervjuguide som inneheld spørsmål du meiner vil vera relevante til intervjuet. Intervjuguiden er berre eit hjelpemiddel og ingen fasit til gjennomføring av intervjuet, og du har moglegheita til å hoppe over, endre rekkjefølgja og legge til spørsmål ut i frå korleis intervjuet eller samtala utartar seg. Då får intervjuaren (i dette tilfellet meg) friare spelerom og betre utgangspunkt til å få ein dialog som flyt. Samstundes har du ein guide som kan hjelpe deg viss samtala er på tur vekk frå tema intervjuet handlar om, eller at dialogen stoppar opp.

På førehand av intervjuja sendte eg ut informasjonsskriv og samtykkeskjema til musikkterapeutane (sjå vedlegg 4) med informasjon om kva prosjektet handla om og at det ville bli teke opptak av intervjuja. Begge ga sitt samtykke før gjennomføring av intervju.

Før intervjuja gjennomførte eg eit pilotintervju med ein utanforståande person med ei rolle som kunne likne den rolla musikkterapeutane hadde i HOMESIDE. Her fekk eg moglegheit til å prøve ut intervjuguiden og korleis det ville vera å halde eit intervju om dette tema. Etter gjennomført pilotintervju og gjennomgang av intervjuguiden og opptak av dette intervjuet følte eg meg klar til sjølve intervjuja og betre førebudd.

Gjennomføring av intervju

Som nemnt så gjennomførte eg to semistrukturerte intervju med to musikkterapeutar. Det fryste intervjuet har eg kalla intervju A (informant blir her kalla MT-A), og gjekk for seg fysisk i eit stort lokale (for å kunne oppretthalde smittevern under intervjuet). Intervju A vara i om lag 45 minutt, og eg følte sjølv at dialogen gjekk flytande og at samtala var naturleg. MT-A hadde mykje å fortelja og kom med fleire døme til korleis musikk har verte brukt i kvardagen til para som har delteke. Sjølv om vi satt med stor avstand, og opptakaren låg midt i rommet, var lyden på opptaket av god kvalitet, og enkelt å jobbe med under transkripsjon.

Intervju B gjekk for seg over internett, då MT-B ikkje kunne møte fysisk av ulike årsaker. Dette intervjuet vara i om lag 30 min og ga meg mykje eg kan bruke når eg skal svare på problemstillinga og forskingsspørsmåla under resultat. MT-B kom også med mykje nyttig i forhold til korleis ein kan forsøke å forstå pårørande og kva dei går igjennom.

Forskjellen på å gjennomføre desse intervjua merka eg kanskje fort. For meg var det enklare å halde flyten oppe og faktisk ha ein dialog når intervjuet var fysisk. Under det digitale intervjuet merka eg at det var meir utfordrande å kome med oppfølgingsspørsmål på grunn av konsentrasjon og til tider vanskar med lyd, dekning og forseinking. Eit døme var viss MT-B snakka og hadde ei lita pause før hen fortsette, så kunne eg byrja med eit nytt eller oppfølgingsspørsmål, noko som gjorde a lyden til MT-B vart kutta når hen fortsette. Noko anna eg også merka når eg transkriberte intervju B, var at eg ikkje var like flink til å kome med oppfølgingsspørsmål som under intervju A, noko eg måtte tenkje på under analysearbeidet av intervjua.

3.4.4 Tilgang til data og val av par

For å kunne få tilgang til innsamla data frå HOMESIDE, måtte dei sende inn endringsmelding til REK (Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk), så mitt prosjekt kunne også kunne bli ein del av HOMESIDE. Då dette vart sendt og godkjent (sjå vedlegg 5) kunne eg byrja ganske fort å sjå over dagbøkene som var skrive av para som hadde gjennomført musikkaktivitetane. Ut av dei valde eg ut 5 eg ville sjå nærmare på. Desse vart

valt ut i frå kor mykje som var skrive i dei. Dei dagbøkene som det var skrive lite i, eller ikkje hadde fullført løpet, la eg vekk. Når eg då skulle sjå nærmare på desse 5, såg eg meir på innhaldet. Eg såg på skjema der dei skulle krysse av og kva dei hadde skrive i kommentarfelta. Dei dagbøkene som hadde mest relevant innhald i forhold til problemstillinga plukka eg ut og ville høyre intervju til.

Eg landa på 3 dagbøker eg ville høyre intervju til, og lytta på desse. Ut i frå kor lange intervju var og svara som para ga var med på å bestemme kven to intervju og dagbøker eg enda opp med å bruke i dette masterprosjektet.

Dagbøkene og intervju har i dette prosjektet verte kalla Dagbok 1 og 2, og Intervju 1 og 2. Eg har sjølv transkribert intervju og analysert datamateriell til mitt føremål. Døme på korleis sida i dagbøkene såg ut og intervjuguiden til HOMESIDE sitt semistrukturerte intervju til para som gjennomførte musikkaktivitet kan du finne som vedlegg 1 og 6. Eg har også lagt ved samtykkeskjema som HOMESIDE sendte ut til para (sjå vedlegg 7)

3.5 Oppbevaring og behandling av data

Så lenge datamateriell hadde innhald med personlege opplysingar vart dei oppbevart på ekstern harddisk med godkjenning for bruk av eiga eining (sjå vedlegg 8). Lydopptak, fyrste utgåve av transkripsjon og nedskrivning frå dagbøkene vart oppbevart her til eg ikkje lenger trengde dei etter analysearbeidet. Når denne harddisken var kopla til PC-en sørge eg for at PC-en var i flymodus for å unngå at harddisken kopla seg til internett. Dette vart gjort for å halde personlege opplysingar vekk frå internett og eventuelle angrep som kan førekome. Etter transkripsjon og fjerning av personlege opplysingar som eventuelt var med, flytte eg dei nye utgåvene av datamateriell over til privat PC for å enklare kunne jobbe med dette. Eg vil seie meir om sjølv transkripsjonsprosessen under analyse, då transkripsjon var ein naturleg del av analysearbeidet.

3.6 Analyse

Det finst fleire ulike analysemetodar som kan brukast innanfor kvalitativ forskingsmetode, men for meg vart det naturleg å bruke tematisk analyse ut i frå kva eg kunne sjå frå datamateriell eg har samla inn. Tematisk analyse er ein form for tverrgående analyse, som inneber at eg som forskar ser på og tolkar likskapstrekk og forskjellar, kjensle eller haldningar og variasjonar i endringar og meir ut i frå deltakarar (Malterud, 2017). Det finst fleire tverrgående analysemetodar, men då eg har valt tematisk analyse til dette prosjektet, vel eg å ikkje gå nærmare inn på dei andre.

3.6.1 Tematisk analyse

Tematisk analyse er ein analysemetode der du går igjennom datamateriell og søker etter tema som er relevante for problemstillinga du har sett opp, eller som du oppdagar i løpet av transkripsjonen av datamateriell (Braun & Clarke, 2006; Thagaard, 2018). Når eg har gjennomført denne analysen har eg teke utgangspunkt i Braun og Clarke sin «Step-by-Step guide» og brukt dei 6 fasane som grunnmur i analysearbeidet. Som dei sjølv seier så har ikkje tematisk analyse ein rett eller gal måte å gjennomførast på og det er derfor naturleg å hoppe i mellom dei 6 fasane under analysearbeidet.

Bli kjend – fase 1

I fyrste fase er hovudmålet å bli kjend med datamaterialet du har. Er det data du ikkje har samla inn sjølv (til dømes rapportar, dagbøker m.m.) er det viktig å lese igjennom dei fleire gongar og få ei kjensle av kva materialet faktisk inneheld. Viss det er data du har samla inn sjølv kan du alt vera litt kjend med materialet, men det er framleis viktig å lese igjennom det.

Viss du har gjennomført intervju så kan transkriberinga bli sett på som ein del av fase 1 i analyseringsprosessen. I løpet av transkriberinga høyrer du på opptaket fleire gongar for å kunne skrive ned alt som blir sagt, kva tonefall, pausar og anna informasjon som kan vera til nytte (Kvale & Brinkmann, 2009). Etter kvart som du jobbar vidare med transkripsjonen, fjerne lydord, skrive talespråk og dialektuttrykk over til skriftspråk og utelate kva tonefall som blir brukt blir du betre kjend med materialet og få ein betre forståing av kva intervjuet inneheld (Braun & Clarke, 2006).

Koding – fase 2

Når du kjenner innhaldet i datamaterialet du har, kan du byrje å få idear om ulike kodar du kan bruke i analysen. Du byrjar nå å organisere datamateriell inn i grupper som kan bli verande ut resten av analyseprosessen eller endrast. Her skal du ikkje lukke ut noko informasjon, men heller sett opp så mange moglege tema og mønster som du finn.

Du kan kode både manuelt og ved hjelp av program på PC. Ved hjelp av program går denne prosessen digitalt og programmet kan finne og sette saman tema ved at du skrivar inn søkjeord. Når du kodar manuelt er det fleire måtar å gjere dette på. Du kan skrive ut transkripsjonane eller halde dei digitale. Du kan bruke post-it lappar eller skrive inn kommentarar i dokumentet der du noterer kva du har funne. Eg har sjølv valt å bruke ulike fargar til ulike mønster eg har funne, om setninga har inneheld eit ord har denne setninga fått ei farge. Ei setning behøver ikkje å vera fast til ein kode eller eit mønster og kan derfor sjå ganske fargerik ut med denne metoden.

Søke etter tema – fase 3

Så fort du byrjar å kode, vil du få idear til tema som kan brukast. Likevel kan det vera lurt å vente med å finne tema til du har koda frå det materialet du jobbar med, så du ikkje overser eit mønster som kan dukke opp i slutten av materialet.

Når du ser etter tema byrjar du å sortere kodane du har funne under noko felles, viss det er mogleg. Har dei felles overordna tema, eller passar dei saman på eit vis kan dei settast saman under eit tema. Her er det lurt å halde alle dører opne, då nokon kodar kan gje namn til tema, andre kodar blir under-tema eller passar ikkje saman med nokon andre kodar. I denne fasen er det naturleg å gå litt fram og attende til fase 2 og gjennomføre ny koding før du fortsett i fase 3 og går vidare til fase 4.

Sjå over tema på nytt – fase 4

Når du nå har fått tema som du vil arbeide vidare med, byrjar du å sjå over kodane og tema med eit litt meir kritisk blikk. Har du oversett noko kodar? Er det kodar du har sett saman til eit tema som ikkje passar saman, eller har du oversett noko kodar som passar betre saman? Dette er noko av det du jobbar med i fase 4, som er ganske omfattande arbeid. I enda større grad enn i fase 3 vil du måtte røyve deg mellom ulike fasar for å kunne kome fram til konkrete tema som du kan bruke i resultatet.

I fase 4 vil du også byrje å sjå på validiteten til tema du har funne, og om du har kome fram til tema som er relevant til prosjektet og datamaterialet og om du har fått med deg alle kodane datamaterialet ditt har å kome med. I neste delkapittel (3.5.2 Koding av datamateriell) vil eg leggje fram korleis eg har jobba med koding, som viser korleis eg har hoppa i mellom desse fasane.

Definere og gje namn til tema – fase 5

I fase 5 skal du definere og gje namn til tema du har kome fram til og som du vil bruke i fase 6. Her er det også viktig å få fram kva dei ulike tema er og kvifor dei er relevante for resultatet i ditt prosjekt. Eg vil sjølv presentere tema eg har kome fram til under delkapittelet 3.5.3 Presentasjon av resultat. Her vil eg forklare kvifor eg har valt namna og definere kva kodar som er med å definere kva dette tema inneber.

Produsere ein rapport – fase 6

Etter du er ferdig med å kode og sette opp og definere tema er det naturleg å skrive kva du har funne i løpet av analyseprosessen. Her skal du fortelja lesaren kva du har funne i løpet av prosessen og presentere datamaterialet på ein forståeleg måte. I dette masterprosjektet vil eg leggje fram resultatet, altså produktet eg har kome fram til, i kapittel 4 *Resultat og drøfting*.

3.6.2 Koding av datamateriell

Etter eg hadde transkribert alle intervju og skrive om innhaldet i dagbøkene byrja eg kodingsarbeidet. Eg valde å starte med dei intervjua eg hadde gjennomført sjølv, då dette datamaterialet var det eg kjende best. Eg starta derfor med intervju A, og såg etter mønster, kategoriar eller ord som kom att fleire gongar. Sidan eg valde å bruke fargekodar inne i Word, slapp eg å skrive ut, og kunne bruke fleire fargar i ei setning ettersom behovet til det vart større. Eg starta med å lese frå starten av intervjuet, og plukka ut eit ord og betydninga, og leitte gjennom resten av teksta etter noko felles. I starten tok eg ein og ein kode, men etter kvart som eg kom inn i det klarte eg å gjera fleire kodar samstundes. Etter eg følte eg hadde klart å finne mange kodar som hadde innhald, såg eg over teksta på ny og såg etter om eg hadde gløymt noko til ein kode, eller om det var noko som ikkje hadde fått ein kode eller ein stad å vera.

Då eg skulle slå saman kodane og byrja å sjå etter tema (fase 2, 3 og 4) såg eg etter fellestrekk i kodane. Eit godt døme i intervju A er at eg fyrst hadde kodane «relasjon» og samspel/samhandling. Mykje av det som var i desse passa saman, og går innanfor same tema, så desse vart slått saman til «Relasjon og samhandling». Dette gjorde eg med fleire av kodane.

Eg valde å ikkje sjå etter noko tema før eg hadde gjennomført same prosess med dei andre intervjua og dagbøkene. Eg gjorde derfor same prosess som over i intervju B. Her forsøkte eg å starte med blanke ark og ikkje tenkje på kodane eg alt hadde funne, men dette var utfordrande då dei hadde mykje felles. Likevel var det nokre kodar i starten som var berre i intervju B. Nokre av desse vart seinare slått saman med andre kodar.

Eg valde å ta intervju 2 som neste, då dette var kortare men samstundes ga meg data å jobbe med. Etter kvart som eg vart meir kjend med intervjuet og klarte å finne kodar gjorde eg det same her som i intervju A og B. Eg farga kodar eg fann, og slo saman nokre etter kvart. Her fekk eg nokre kodar som eg ikkje hadde fått i intervju A og B, men dei hadde likevel noko felles dei i mellom.

Før eg gjorde analyse på intervju 1 valde eg å gjera dagbok 2 for å få samanhengen mellom intervjuet og dagboka. Då dagboka hadde annleis oppbygging var det naturleg å få andre kodar, deriblant mykje om helsa til para. Alt om helsa fekk ein kode, men etter kvart som eg analyserte merka eg at mykje av dette var ikkje så relevant, og gjekk litt bort frå dette. Eg hadde framleis helse som kode, men noko av det som var der vart hatt ut av koda og gjort «nøytralt» i dokumentet.

Det neste eg gjorde var kanskje litt merkeleg, men eg valde å gjera dagbok 1 før eg gjorde analyse av intervju 1. Dette vart gjort av praktiske årsaker, då eg merka at analysen av dagbok 2 tok mindre tid enn intervju 2. Men elles gjorde eg same prosess her som i dagbok 2. Eg las over fleire gongar, og byrja med ein kode før eg la til fleire og fleir. Den same prosessen som eg gjorde i intervju A, B og 2 gjorde eg også med intervju 1. Etter at eg hadde funne kodar i alt av innsamla datamateriell sette eg alle kodane opp i ein tabell (fig.1) for å sjå kven som var like og ulike, og enklare sjå kven som kunne høyre saman:

Intervju A	Intervju B	Intervju 1	Dagbok 1	Intervju 2	Dagbok 2
Relasjon	Relasjon				
Samhandling				Forhold til musikk - Interesse	
Endring	Endring	Endring Reaksjon		Endring Reaksjon	Endring Reaksjon
Aktivitet	Aktivitet	Aktivitet Øving	Aktivitet	Aktivitet Øving	Aktivitet
Opplæring	Opplæring	Opplæring		Opplæring	Opplæring
Verktøy					
Omsorgsperson					
Pårørande	Pårørande				
Fysisk vs nett	Fysisk vs nett				
		Forsking/Deltaking		Forsking/Deltaking	
			Helse		
Utfordring	Utfordring	Utfordring	Utfordring Uro Negativ Trøtt/Sliten	Utfordring	Utfordring
Motivasjon	Motivasjon				
		Positivt	Positivt	Positivt	Positivt
		Bevissthet		Bevissthet	

Etter kvart som eg forsøkte å identifisere tema, såg eg at fleire av kodane eg satt att med nå kunne samlast under noko felles. Dei som var felles sette eg saman inn i ei rute i ny tabell (fig. 2), og etter kvart klarte eg å namngje tre hovudtema som gjekk att i alle intervju. I dagbøkene kom det ikkje noko fram som kunne settast inn i eit av hovudtema, men eg valde likevel å ta det med, då det er relevant for problemstillinga eg har.

	Intervju A	Intervju B	Intervju 1	Dagbok 1	Intervju 2	Dagbok 2
Relasjon	Relasjon Samhandling Pårørande	Relasjon Pårørande	Opplæring Bevissthet		Forhold til musikk Bevissthet	
Omstenda rundt/Ramme	Aktivitet Opplæring Pårørande Fysisk vs nett	Aktivitet Opplæring Pårørande fysisk vs nett	Aktivitet Øving Opplæring Forsking/ deltaking	Aktivitet Helse Trøtt/Sliten	Aktivitet Øving Opplæring Forsking/ deltaking	Aktivitet Opplæring
Endring (regulering?)	Endring Utfordring Motivasjon	Endring Utfordring Motivasjon	Endring Utfordring Reaksjon Positivt	Utfordring Uro Negativ Trøtt/Sliten Positivt	Endring Utfordring Reaksjon Positivt	Endring Reaksjon Utfordring Positivt

3.6.3 Kort presentasjon av resultat

Etter koding har eg kome fram til 3 hovudtema eg vel å bruke. Eg kunne ha teke fleire, men desse 3 tema dekkjer mykje av det eg ynskjer å finne ut av i dette prosjektet. Når eg fyrst skulle sette namn til tema, var eg usikker på kva eg skulle kalle dei, men kom fram til *Relasjon*, *Omstenda rundt* og *endring*. Etter kvart som eg såg nøyegare på kva kodar eg har sett i kvart tema, valde eg å sjå nærmare på dei 3-R-ane til H. M. Ridder og ta noko utgangspunkt i dei. Eg behalde *Relasjon*, då denne var ganske dekkande. *Omstenda rundt* endra eg til *Ramme*, då dette passa like godt og seier noko om kva som går inn her. *Endring* kunne eg ha gjort om til *Regulering* då det er fleire fellestrekk. Eg vel likevel å behalde *Endring* då dette var betre dekkjande for det eg har funne og sett opp under tema. Både endringa frå *Omstenda rundt* til *Ramme* og tankane rundt å endre *Endring* til *Regulering* kjem fram i figur 2.

Relasjon

Under dette tema har kodar som «samhandling», «pårørande» og «bevisstheit» fått stor plass. Vi snakkar ofte om relasjon til andre personar, og at vi menneske er sosiale vesen som søker etter å skape relasjon og samvær med andre. I dette tema har eg teke med relasjonen para har med kvarandre og til musikkterapeuten som har vegleia og lært dei til å bruke musikk. Eg har også fått noko data om korleis paret sitt forhold til musikk er. «Bevisstheit» er skriva med i dette tema då det i hovudsak blir nemnt i samband med at dei pårørande har blitt meir bevisste på å bruke musikk til å skape samhandling mellom seg sjølv og personen med demens. «Bevisstheit» kunne også ha stått under *Endring*, då det har vore ei form for endring hjå dei pårørande med at dei har blitt meir bevisste på musikkbruk. Likevel på grunn av kva som kjem fram rundt dette med «bevisstheit» så vart det ståande her.

Omstenda rundt → Ramme

Her kjem det mest fram korleis det var rundt para som skulle gjennomføre musikk heime. Kva instrument dei hadde, kva aktivitetar dei gjorde og liknande. Korleis det var å vera me di forskingsprosjekt og opplæringa frå musikkterapeut er også med her, då dette er noko rundt para som påverkar korleis dei gjennomførte musikken og musikkaktivitetane sine. «Helse» evar som nemnt eit ord som kom att mykje, men ikkje alt var like relevant for dette prosjektet. Likevel er det med under *Ramme* då helsa til personane med demens har vore med og påverka korleis musikkaktivitetane har blitt gjennomført.

Endring

Dette tema har eg kalla *Endring* fordi eg meiner dette er eit dekkjande ord for kva eg vil fram til. Nå er det ikkje berre koda «endring» som har fått plass her, men også til dømes «utfordring», «reaksjon», «negativt» og «positivt». I dette tema er det hovudsakleg kva dei pårørende har lagt merke til av endringar, både hjå seg sjølv men også hjå personen med demens. Dette kan innebera blikkontakt, mjukare rørsle av ledd m.m. Mykje av det som har kome fram er i hovudsak positivt, men det er også tilfelle av kor musikken ikkje har gjort så mykje, eller reaksjonen frå personen med demens ikkje har vore som forventa eller er negativ. Dette er også viktig å få fram, derfor har koda «negativ» fått ein plass under dette tema.

3.7 Refleksjon

I dette kapittelet vil eg sjå på og reflektere over validiteten og reliabiliteten til det eg har funne og kritikk til metodane eg har brukt. Eg vil også sjå på etiske utfordringar eg har møtt på og tenkt over i løpet av prosjekttida.

3.7.1 Reliabilitet → Truverd

For at eit forskingsprosjekt skal ha reliabilitet må resultatet ha konsistens og truverd (Kvale & Brinkmann, 2015). Dette er eit ganske tradisjonelt perspektiv på forskning, og ofte knytt til bruk av måleinstrument og at målingane er korrekt gjennomført (Thurén, 2009). I kvalitativ forskning blir det utfordrande å gje prosjektet reliabilitet, med tanke på at du aldri kan få heilt like utfall når du jobbar med menneske. Eg som forskar har mine meiningar og forståingar, det same har informantane. Møtet mellom forskar og informant spelar også ei rolle på korleis ei samtale vil gå, då vi tolkar det som blir sagt på vår måte (Postholm & Jacobsen, 2018). At vi menneske alltid er i utvikling, vi er subjektive og har kvar våre meiningar, er også med på å spele inn på kva resultat ein får.

Då eg ikkje med sikkerheit kan måle reliabiliteten til dette forskingsprosjektet, vel eg heller å sjå på truverda til resultata eg har funne. Dagbøkene som inneheld skjema kan sjåast på som form for måleinstrument, men då eg ikkje ser på alle dagbøkene frå HOMESIDE, kan eg ikkje argumentere for dagbøkene som måleinstrument, men heller som eigne case.

Om datamaterialet eg har samla inn er truverdig eller ikkje, er noko eg kan argumentere både for og i mot. Sidan eg som forskar tolkar det som blir sagt i intervju og det som er skrive ned, mistar ei noko av truverda. Truverda kan også svekkast med tanke på at para kan ha svart på spørsmåla frå musikkterapeutane med tanke på å gjera musikkterapeutane til lags. Dagbøkene kan også miste noko av truverda, då para ikkje har skrive i dei kvar dag, og på nokre dagar står det mest informasjon om helsa, og ikkje musikkaktivitetane.

At det er skrive mykje om helsa til personane med demens kan også vera med på å styrke truverda. Dette kan vise at para viser tillit til musikkterapeutane og opnar opp korleis deira liv er i løpet av fleire veker. Truverda for dagbøkene veks også med tanke på at para har skrive eigne kommentarar rundt musikkaktivitetane og ikkje berre kryssa av kva dei har gjort. Truverda for intervju vil eg også seie er der, då det er para sjølv som deltek i intervju med musikkterapeutane, og dei svarar på spørsmåla som blir stilt. Intervju eg hadde sjølv med musikkterapeutane har også truverd med tanke på at dei er erfarne musikkterapeutar med masterutdanning og erfaring innanfor feltet.

Eg kan ikkje seie om noko materiell er meir truverdig enn anna, då dei kjem med ulike sider av det eg forskar på. Dagbøkene kjem med kva para skrivar ned fortløpande i løpet av forskingsperioda, intervju mellom para og musikkterapeutane gjev eit innblikk i korleis deira

interaksjon er og gjev munnleg svar på noko som mogleg ikkje er like lett å skrive ned i dagbøker. Intervjua eg gjennomførte med musikkterapeutane gjev eit anna blikk på korleis para har opplevd å delta. Musikkterapeutane er ikkje ein del av para, men ser på frå utsida korleis para har opplevd å delta i forskingsprosjektet.

3.7.2 Validitet

«Å validere er å stille aktive spørsmål om kunnskapens gyldighet» startar Malterud med i sitt kapittel om validitet (Malterud, 2017, s. 192). Altså eg må sjå på om det eg har funne har gyldigheit og er representativt for målgruppa eg har gått ut i frå. Sjølv om det eg har funne av resultat passar for dei eg har sett på, er det ikkje sikkert at resultatet er generaliserbart. Ut i frå det eg har funne, så kan eg seie at dette fungerer for dei eg har sett på i mitt forskingsprosjekt, men det er ikkje sikkert det fungerer for andre. Likevel kan vi sjå på om det eg har funne kan overførast til andre menneske innanfor same gruppe (eldre heimebuande par der ein av dei har demens) og til andre målgrupper. Grunnen til at mine data er gyldige for dei eg har teke for meg, er fordi dei to para sjølv har delteke i intervju med musikkterapeut og at dei sjølv har skrive i dagboka. Likevel må eg tenke på at para kan ha svart på spørsmåla i intervjuet ut i frå kva dei trudde musikkterapeutane ville ha til svar. Dette kan eg ikkje seie for sikkert.

Eg må også tenke på om eg har fått svar på problemstillinga eg har, og om spørsmåla eg stilte i intervjua var gode nok. Sjølv om vi alle snakka norsk er det ikkje sikkert vi oppfatta spørsmåla likt. Dette kan kome av miljø og kultur, område og dialektulikeskapar. Med dette i bakhovudet vil eg likevel seie at eg har fått svar på spørsmåla mine som er relevante. Resultatet eg har funne i mitt prosjekt vil eg seie har relevans for dagens utvikling innanfor bruk av musikkterapi for heimebuande par, og også generelt for personar med demens. Dette kan vi sjå att i HOMESIDE.

3.7.3 Metodekritikk

Når ein skal velja kva metode ein skal bruke, kjem det mange val som ein må ta som forskar. Desse kan kome av ressursar, tid og kven du er som person. For meg vart det naturleg å gjennomføre intervju for sjølv å kunne snakke med musikkterapeutane. Valet med å intervju musikkterapeutane som var intervensjonistar i HOMESIDE, i staden for å intervju para som gjennomførte musikkaktivitetar kan kritiseras ved at eg valde å ikkje snakke med dei som faktisk gjennomførte aktivitetane. Eg får ikkje fyrstehandsforteljingar om korleis det var å delta i prosjektet og korleis dei opplevde å bruke musikken i kvardagen, men heller kva musikkterapeutane fekk sjå og høyre under vegleiing og i attendemeldingar dei fekk. Men på ein anna side kan eg ikkje seie at eg kunne fått betre svar på problemstillinga viss eg hadde prata med para sjølv. Sidan para ikkje kjenner meg like godt som musikkterapeutane, då vi berre hadde kome til å møtast over skjerm for intervju, er det ikkje sikkert dei ville ha opna seg like mykje opp og gjeve like konkrete og nøye svar som dei gjev musikkterapeutane.

Eg kan også kome med kritikk til val av analysemetode, då ein fort kan gå til tolking og bruke si førforståing i tematisk analyse. Det er eg som forskar som bestemmer kva tema eg har kome fram til, ikkje musikkterapeutane eller para som har skrive dagbok. Eg som forskar har mi forståing av det som har verte sagt og skrive, og tolkar dette ut i frå det eg har med meg frå tidlegare.

3.7.4 Ethiske utfordringar

Eg har møtt på fleire utfordringar innanfor etiske aspekt i dette prosjektet, og nokre har eg alt nemnt. At eg har snakka med musikkterapeutane i staden for para som deltok i HOMESIDE er eit døme på dette. Utfordringa her er som nemnt at eg ikkje får høyre frå para sjølv korleis dei har opplevd å gjera musikkaktivitetar heime.

Ei anna utfordring med å intervju musikkterapeutane, er at det ikkje var så mange musikkintervensjonistar i Noreg, og det vart dermed ei utfordring å anonymisere så godt som

mogleg. Sjølv om eg har skrive om talespråket til nynorsk og fjerna personlege opplysingar, er det framleis mogleg for dei som kjenner musikkterapeutane godt å kjenne at kven som har sagt kva. Dette er noko terapeutane fekk informasjon om på førehand i samtykkeskjema (vedlegg 4).

Det er også ei etisk utfordring at eg ikkje har snakka med dei pårørande eller para sjølv, men at eg har fått tilgang til data som HOMESIDE har samla inn. Sjølv om mitt prosjekt står som eit underprosjekt i HOMESIDE, og det kom godkjenning om endring frå REK (vedlegg 5), har eg framleis ikkje spurt dyadane og dei pårørande om eg kan bruke det dei har samla inn av data. Likevel, sidan para har gjeve samtykke til HOMESIDE, og mitt prosjekt har verte godkjent som underprosjekt, valte eg å bruke data som HOMESIDE har samla inn.

Sidan HOMESIDE alt har samla inn gode data, kan dette vera betre å bruke enn nye data som blir samla inn i etterkant. Para kan hugse meir av det som skjedde i løpet av forskingsprosjektet og kome med betre forteljingar og meir presise svar på spørsmåla i intervjua HOMESIDE gjennomførte enn kva eg eventuelt kunne fått. Viss eg skulle gjennomført intervju sjølv, hadde det skjedd i etterkant av HOMESIDE, mogleg fleire månadar etterpå, noko som ikkje er gunstig for minne uansett kven du skal prate med. Det er også betre for para å ikkje utsette dei for eit nytt forskingsprosjekt og nye intervju kort tid etter eit ganske omfattande prosjekt, sjølv om dei er positive til å delta.

4 Resultat

I førre kapittel såg eg på ulike metodar og korleis eg har brukt dei for å samle inn data og korleis eg analyserte dette datamaterialet. Eg har reflektert over metodane og etiske utfordringar rundt datainnsamlinga.

Som nemnt under 3.5.3 Kort presentasjon av resultat, så kom eg fram til tre hovudtema: *Relasjon, ramme og endring*. Desse representerer funna eg fekk ved å analysere to intervju med musikkterapeutar, to intervju gjennomført av musikkterapeut og par, og dagbøkene til dei to para som dei skreiv i under prosjektida. I dette kapittelet vil eg presentere kva funn eg har innanfor kvart tema og gå igjennom dei før eg drøftar dei. Eg vil gå systematisk igjennom kvart tema, sjølv om dei kan ha fellestrekk og at dei kan innehalde kodar som passar innanfor fleire tema.

Når eg snakkar om ulike informantar vil eg halde meg til forkortingar. MT-A og MT-B vil brukast for musikkterapeutane eg intervjuar og intervjuar verte kalla intervju A og B. Eg vil hovudsakleg referere til intervjuar og dagbøkene som Intervju 1 og 2, og Dagbok 1 og 2. Viss eg skal snakke om para generelt vil eg då bruke Par 1 og 2. Viss det er sitat som inneheld begge partar i para vil eg skrive dette ut i parentes ved behov. Der det er relevant å ta med spørsmål som eg stilte sjølv under intervju A og B vil eg bruke forkortinga F (forskar). Viss det er ord eller uttrykk eg har endra på for å oppretthalde personvern, vil dette stå i klamme.

4.1 Relasjon

Som nemnt under 2.4.3 så er relasjon viktig for personar med demens. Dette støttast opp både frå Ridder sine 3 R-ar og blomen til Kitwood. Ridder snakkar om å skape ein relasjon til personen med demens for å kunne skape ei trygg ramme for personen og gje dei ein trygg stad (H. M. Ridder, 2016). Det same nemner Kitwood under å vera del av noko (Inclusion) og kjenne på å høyre til (Attachment) (Kitwood, 1997).

I denne delen vil eg derfor gå igjennom ulike relasjonar som para har fått eller som dei har oppdaga gjennom dette prosjektet. Eg har teke for meg korleis relasjonen i para er og korleis musikkterapeutane oppfattar relasjonen til para dei har jobba med, korleis relasjonen mellom para og musikken er og korleis relasjonen mellom para og musikkterapeutane er.

4.1.1 Relasjon i para

Sidan det i desse tilfella er snakk om heimebuande par (om det er ektefelle eller sambuarar) så tek eg det nesten som sjølvstapt at dei har ein god relasjon seg i mellom i para. Dette tek eg ut i frå korleis den pårørande snakkar om personen med demens og korleis dei eventuelt snakkar saman under intervjuet med musikkterapeuten. Eit godt døme på dette er korleis eine paret vel å beskrive i dagboka sin favorittsituasjon om kvelden:

Dagbok 1: «Eg (pårørande) sitt med begge beina i fanget til [hen] (person med demens) og [hen] stryker litt lett (...) og så høyrer vi begge behageleg/roleg musikk med god kontakt».

Ut i frå at pårørande vel å bruke «god kontakt» for korleis dei har det, vil eg seie dette paret har ein god relasjon. Dette kjem også fram for det andre paret. I Dagbok 2 blir vist til «hyggelege stundar» og liknande fleire stadar. Dette gjelder desse to para eg har teke for meg, men det er ikkje sikkert at andre deltakande par har opplevd å ha god relasjon seg i mellom før HOMESIDE kom inn eller i løpet av prosjektet. Det er mykje som kan spele inn på dette, noko som MT-B tek for seg, då hen nemnar at samspelet i para var veldig variert ut i frå korleis relasjonen var i utgangspunktet. Denne relasjonen kunne vera påverka av kor mykje hjelp den pårørande fekk frå støtteapparat rundt, kva sjukdom som førte til demens og korleis sjukdomen utarta seg hjå personen med demens. Men MT-B nemnte også at nokre pårørande fekk auka bevisstheit rundt kva personen med demens gjorde av musikkaktivitetar:

«Hjå ei dyade til dømes så vart den pårørande mykje flinkare til å plukke opp, altså viss personen med demens gjekk og song for segl sjølv så plukka [hen] opp og tok ei musikkstund inn på det»

Her viser MT-B at den pårørende vart meir oppmerksom på kva den andre gjorde, og vart meir bevisst på korleis hen brukte musikken. Eg meiner dette er med på å styrke relasjonen, at den pårørende vart meir bevisst på når personen med demens tok initiativ til å synge, nynne eller gje andre hint til musikk.

Eg spurte også MT-A om hen la merke til korleis relasjonen mellom dei i para var, og MT-A måtte innrømme at det var ikkje alltid like lett å oppfatte dette når hen berre snakka med para over ein skjerm eller i telefonsamtale:

«(...) dei to satt ved sidan av kvarandre mot meg, så der oppfattar eg kanskje ikkje så mykje samhandlinga dei i mellom. Så det blir meir kva dei to fortel om kva dei har gjort siste tida og sånn.

Utfordringa med å sitte over skjerm vil eg ta for meg under 4.2.1, men det er også med og påverkar korleis MT-A oppfattar relasjonen i para. MT-A seier sjølv at det ikkje var like lett å oppfatte relasjonen, og må stole på det para seier til hen.

4.1.2 Relasjon til musikken

Noko av det fyrste som kjem fram i Intervju 2 er at personen med demens alltid har vore glad i musikk:

Pårørende: «Du har alltid vore glad i musikk?»

Person med demens: «Det har eg vel».

Her ser vi at før HOMESIDE-prosjektet for dei byrja, så hadde dei ein relasjon til musikk som dei tenkte over og visste om. Personen med demens er glad i musikk og det kjem også fram at hen har spelt instrument ein gong i tida. Likevel opplever pårørende at personen med demens ikkje alltid er like interessert i å gjere musikkaktivitetar:

«Å, skal vi gjera det nå att?»

Dette er noko pårørende i Par 2 leggjar fram at personen med demens har uttrykt nokon gongar når dei skulle gjennomføre musikkaktivitetar. Men dette er det einaste negative med opplegget som Par 2 trekkjer fram i spørsmål om negative sider frå MT under intervjuet.

Når Par 1 får same spørsmål, så svarar dei at dei ikkje kan skjønne kva det skulle vera. Dei trekkjer heller fram at dei har verte meir bevisst på kor glad dei faktisk er i musikk. Hen trekkjer fram opplevingar med andre familiemedlem tidlegare:

«For høyrsele er det siste som blir borte. Og eg brukte ikkje musikken! Men det har eg lært nå, og det er eg veldig glad for at eg har lært».

At Par 1 vart meir bevisst på deira relasjon til musikken og faktisk bruke denne, er noko dei trekkjer fram fleire gongar i intervjuet, og det verkar som dei har ein god relasjon til musikken som også styrkar relasjonen dei i mellom:

«(...) det gjorde meg bevisst på at vi kan få gode stundar ut av tunge stundar. Vi har hatt mange gode stundar.»

4.1.3 Relasjon mellom para og musikkterapeut

Det er jo ikkje berre relasjonen mellom dei i para og paret og musikken som utgjer ein del av musikkopplevinga til para. Dei får også ein relasjon til musikkterapeutane, sjølv om dei aldri treffast fysisk i løpet av forskingstida. Då eg spurte musikkterapeutane om dei syns det var utfordrande å skape ein relasjon over internett fekk eg litt forskjellige svar:

MT-A: «Kan nok hende. Det er jo noko med at du ser berre ein liten del av deira verd. (...) Er jo ein viss avstand i dette å berre sitte og kikke på kvarandre over ein skjerm. Sjølv om eg også opplever å at vi verte kjend og får ein type relasjon.»

MT-B: «Ja, det er det. (...) Du har jo det relasjonelle behovet også har du den pårørande sitt behov for å bli høyrte og forstått og samstundes så må ein ha veldig fokus på at personen med demens heldar interessa og heldar fokus og konsentrasjonen.»

Men det verkar som begge er einige i at det er utfordrande å skape same type relasjon over internett som man kan når ein møtast fysisk.

Par 1 støttar opp det MT-A seier om at dei klarte å få ein relasjon likevel som kunne vera trygg:

«Men så var du (MT) så støttande, og puffa meg og inspirerte meg til ikkje å slutte. (...) Men takka vera deg så krabba vi over mål.»

Dette seier Par 1 etter dei prata om at dei vurderte å gje seg tidlegare av ulike årsaker. Par 2 snakkar også om at dei fekk inspirasjon av MT i løpet av forskingstida.

4.2 Ramme

Som eg nemnte så seier Ridder at det bør vera ei trygg ramme for at musikk og musikkaktivitetar skal kunne nyttast på best mogleg måte. Då får personen med demens noko trygt å fast å halde seg til. I desse tilfella er det fleire rammar å ta for seg, både område para gjennomfører musikkaktivitetane og kor tid dei gjennomfører aktivitetane. At det er faste personar som er med i musikkaktivitetane utgjer også ein del av god ramme for musikkterapi, men eg vel å ikkje seie noko om dette, sidan eg alt har nemnt noko om relasjonen i para, og mellom para og musikkterapeutane.

Sidan ramme inneber det som er rundt personen som skal ta i mot musikkterapi, vel eg her å sjå på korleis para og musikkterapeutane har oppleve å delta i HOMESIDE, korleis det har vore å ha musikkopplæring digitalt og litt om faste tidspunkt og rutinar para kan ha fått etter dette.

4.2.1 Å delta i HOMESIDE

Eit av spørsmåla para fekk under intervjuet med musikkterapeutane var om korleis det var å delta i denne studien. Og begge para eg har teke for meg svarar at det har gått bra å delta, og Par 2 seier til og med at det har vore spanande. Ut i frå det som kjem fram i Intervju 2 så har personen med demens vore med i forskning tidlegare, og Par 2 seier dei ville ha gjort eit nytt forskingsprosjekt av same type viss det var mogleg av ulike årsaker.

Som eg nemnte tidlegare så snakka Par 1 på at dei ville slutte før forskingsperioden var over, og dette kjem av at dei følte dei ikkje fekk gjort alt som dei skulle og hadde planlagt. I dagbøkene sto det oppført 4 ruter med ulike aktivitetar, og Par 1 forsøkte å gjennomføre alle 4 kvar dag, noko som kunne bli stressande og vanskeleg til tider. I dagboka har dei skrive fleire gongar at dei ikkje har fått gjennomført aktivitetar som planlagt, til dømes å spele instrument

eller fysisk aktivitet. Likevel er Par 1 positiv til å delta i studie, sjølv om dei ikkje var like einige i alt. På spørsmål om noko kunne vore gjort annleis svarar Par 1:

«(...) dette her eg skulle fylle ut. Det som eg syns vart litt klønete eller litt vanskeleg og frustrerande kanskje.»

Seinare i intervjuet kjem det fram at dei meiner både kor mange minutt paret brukte på musikkaktivitet den dagen, klokkeslett og effekten av musikk resten av dagen var vanskeleg å fylle ut, og dei skjønnte ikkje kvifor dette skulle skrivast ned. Dette bekreftar også MT-A at fleire par har kommentert på, at det er vanskeleg å kunne seie noko om det var musikken eller noko anna som gjorde at personen med demens hadde ein god eller dårleg dag.

Når eg seier at Par 1 var positive til å delta i forskning, kjem av at dei ser det som bra at det blir forska meir på demens og demensomsorg. Det skulle vore forska meir, så det blir meir å ha bak seg for å søkje etter midlar for å betre tilboda til heimebuande par der eine har demens, men også generelt i demensomsorga. Det kjem også fram at Par 1 ville vera med for å betre tilboda til andre, men også få noko positivt og nytte av forskinga sjølv.

4.2.2 Å ha musikkopplæring over internett

Det dukka opp fleire utfordringar med å ha musikkopplæringa over internett, og som nemnt var det å skape relasjon mellom para og musikkterapeutane ein av dei. Ei anna utfordring var det tekniske. MT-A snakka litt om utfordringar med å plassere kamera, og lyd kvalitet. Det å sitte og konsentrere seg over ein skjerm kan også krevja meir konsentrasjon enn om ein sitt i same rom med den personen ein snakkar til.

Para visste ikkje at musikkopplæringa og oppfølginga skulle i utgangspunktet vera fysisk, så fleire av dei tenkte ikkje noko spesielt over at det var via internett. Dei vart heller overraska når dei fekk vite dette. Dette var noko som kom fram når eg snakka med MT-A, og vi prata også om at det å ha musikkopplæringa fysisk heime hjå para kunne verke invaderande. Dette er noko MT-B også nemnar:

«Fysiske møter hadde vore betre for nokon, og andre, dei kjenner litt på den private sfæren som veldig invadert».

Altså det MT-B seier her er at det er positivt med å ha opplæringa digital, med tanke på at para slepper å opne deira heim for ein framand person. Noko anna som er positivt med å ha

opplæringa digitalt er at musikkterapeutane slepper å reise lange vegar for å kunne gje opplæring til par som ynskte å vera med, og musikkterapeutane vart meir fleksible til tidspunkt for avtalane.

Sidan para ikkje visste det skulle opplæringa skulle vera fysisk i utgangspunktet har det ikkje kome fram noko spesifikt om at det har vore digitalt. I dagbøkene og intervjuet kjem det meir fram korleis dei har opplevd opplæringa generelt. Par 1 nemner både positive og negative ting rundt dette med opplæring etter spørsmål frå MT:

«Viss eg skal svare litt rundt det så var eg nokså spent (...). Då kjende eg på det, mykje på prestasjonsangsten. (...) Men så var du (MT) så støttande.»

Par 1 snakkar også vidare om at dei har lært mykje og den pårørande parten nemnar at det har vore godt for hen at MT har hatt tid til å lytte og prate med pårørande og paret. Par 2 seier ikkje så mykje om opplæringa i intervjuet anna enn at det var greitt å ta i mot opplæring. Men i dagboka seier dei meir om dette:

Dagbok 2: «Vi hadde videosamtale med [MT]. Det var veldig positivt. [Hen] (MT) lova å sende oss både noter, og musikk på Spotify.»

Det kjem også fram andre stadar i dagboka at Par 2 hadde god prat med MT under fleire av opplæringsamtalane.

4.2.3 Fast tidspunkt

Å ha eit fast tidspunkt å gjennomføre musikk kan for nokon vera med på å skape ei trygg ramme. Dette kjem fram både i Intervju 2 og i Dagbok 2:

Intervju 2: «Vi har vore veldig glad i dei øvingane på morgonen»

Dagbok 2: «Vi startar dagen etter frukost, med øvingar fått av [MT].»

Dette er noko som kjem fram fleire dagar i Dagbok 2, sjølv om det ikkje er kvar dag dei gjer øvingane til musikk, så er dette noko fast som blir gjort nesten kvar dag. Par 1 nemnar også at dei brukar musikk om morgonen, men det kjem ikkje fram om dei gjer det kvar dag eller om det er ved tilfelle der personen med demens har vore uroleg eller det er andre faktorar som spelar inn. Par 1 trekkjer heller fram når pårørande skal lage mat, og personen med demens ligg i senga, blir hen ofte uroleg når pårørande går frå rommet. Her har dei då byrja å bruke musikk under matlaging for å motverke uro:

«Songar som eg veit [hen] (person med demens) er glad i. Også sett eg det på, og legg innved senga. Også er [hen] heilt stille»

Utover dette seier også Par 1 at musikk har fått større plass i kvardagen enn tidlegare, noko som også Par 2 seier.

Sjølv om det er bra med faste tidspunkt for å skape trygg ramme, snakkar begge para også om korleis dei brukar musikk fleire gongar i løpet av dagen, utan at det alltid er faste tidspunkt, nokon gongar er det på impuls frå personen med demens som nynnar, eller så er det pårørande som setter på musikk når dei i paret sitt roleg saman.

4.3 Endring

Som eg nemnte i 1.4.4 er endring når noko forandrar seg over tid, og mogleg går attende. I denne delen vil eg sjå på kva eg har funne av endringar i kvardagen til para, kva reaksjonar som har kome ved å bruke musikk og musikkaktivitetar og utfordringar para har møtt på både med å delta og gjennomføre musikkaktivitetar men også elles i livet, då dette spelar inn på korleis musikkaktivitetane har verte gjort eller om dei har fått gjennomført aktivitetar i det heile.

4.3.1 Endring i kvardagen

Når det kjem til endringar i kvardagen, så har eg alt sett litt på dette. Pårørande i Par 1 brukar musikk for å roe ned person med demens når det er tid for å lage mat, og i Par 2 brukar dei musikk til fysiske øvingar så godt som kvar morgon. Para nemnar også bruk av musikk spontant når personen med demens byrjar å humme eller nynne på ein song, og pårørande svarar med å fortsette på same songen. Det kan også starte med at dei sitter saman, noko som Par 1 nemnar fleire gongar, at dei sitt saman og haldar hender, og byrjar smått på ein song. Fyrst nynne melodi så legge på tekst etter kvart.

Å nynne fyrst for så å legge på tekst er noko MT-B også seier er eit lurt knep for å bruke musikk i kvardagen, då latenstida til personar med demens er lengre. Ei anna endring i kvardagen som MT-B tek fram er det å sjå på TV og nyhende om kveldane:

MT-B: «Og nokre kan gjerne bruke musikkaktivitet i staden for å avslutte kvelden med nyhending som kanskje kan vera litt opprørande og skrammande når ein ikkje forstår ei heilheit».

Dette er noko MT-A også trekkjer fram, at TV-en kunne gje for mykje stimuli, og inntrykk som kunne overvelde personen med demens. I desse tilfella kunne musikken vera med å trekkje personen med demens bort frå TV-en og gje dei noko anna å konsentrere seg om som ikkje behøvde å vera like overveldande. MT-A nemnar også at fleire av para hen prata med vart meir bevisst på korleis dei bruke radioen. I staden for å la den stå på heile tida, så kunne para sette på radioen også lytta para saman og prata om musikken etterpå.

4.3.2 Reaksjon på bruk av musikk

Noko av det para skulle svare på i dagbøkene var om dei såg effekt av musikk over tid, noko flire av dei sa var vanskeleg å si noko om. Dei pårørande kunne ikkje seie nøyaktig om det var musikken og aktivitetane som gjorde at personen med demens hadde ein god eller dårleg dag. Det er mange faktorar som spelar inn, ikkje berre musikken. Dette er noko MT-A bekreftar når vi kjem inn på om MT-A har høyrte om pårørande har lagt merke til noko endring ved bruk av musikk. Dette er noko MT-B også trekkjer fram:

«Det som veldig mange pårørande seier, det er at det er veldig vanskeleg å måle konkret effekt over tid»

Begge musikkterapeutane nemner utfordringar for å sjå endring og reaksjon over tid, men begge nemner også at fleire av para opplever hovudsaklege positive opplevingar ved å bruke musikkaktivitetar.

Ein reaksjon som pårørande i Par 1 trekkjer fram, er når personen med demens ligg i senga og er uroleg, så har pårørande sett at musikk roer:

Intervju 1: «Songar som eg (pårørande) veit [hen] (demensramma) er glad i. Også sett eg det på, og legg det innved senga hens. Også er hen heilt stille. Og så veit eg at nå lyttar hen».

Dette trekkjer Par 1 også fram i dagboka fleire stadar:

Dagbok 1: «Hen får alltid ei ro ved musikk og nærkontakt».

Dagbok 1: «(...) så då hadde vi mykje musikk på (...) då kom roa i kroppen med ein gong».

I løpet av Dagbok 1 kjem dette fram fleire gongar, at musikken roar ned personen med demens når hen viser teikn til uro om morgonen eller i løpet av dagen.

I Dagbok 1 kjem det også fram at pårørende merkar at personen med demens held blikkontakt og fokus når dei held på med musikkaktivitetar (hovudsakleg lytting og song). Personen med demens blir også med og synger nokre strofer når pårørende synger sakte nok.

Noko Par 2 trekkjer fram som reaksjon på musikken er når personen med demens skal gå:

Intervju 2: «For nå er [hen] (person med demens) så dårleg til beins. Men når vi sett på musikk, og vi går etter musikk, så går det mykje betre».

Dette kjem også fram i Dagbok 2, og her kan vi også sjå ein liten endring i løpet av perioden:

Dagbok 2: (Tidleg i perioden) «Litt treg i starten, men så passa musikken til rørslene. (...) er frykteleg stiv i beina, men [hen] fekk til rørslene med anklane så vidt».

Dagbok 2: (Etter om lag 2 veker) «Her lo og song vi til øvingane. [Hen] blir mjukare og mjukare i rørslene».

Nå er ikkje dette eit døme på reaksjon her og nå, men ei endring. Vi kan også sjå på det som ein reaksjon over tid, då musikken også bringer latter og noko positivt til rørslene.

4.3.3 Utfordringar

Ein stor utfordring med demenssjukdommar som ein ikkje kjem bort i frå er at desse sjukdommane er per i dag degenerativ, altså sjukdommane bryt ned hjernes funksjonar resten av levetida til den personen som har demens. Etter kvart som sjukdommen utviklar seg vil fleire funksjonar bli svakare og mogleg til slutt borte. Dette er noko som det verkar at Par 1 har tenkt mykje på, då Par 1 snakkar om å bruke musikk når språket ein gong vil forsvinne:

«Etter kvart som [hen] (person med demens) blir svakare. (...) det er sånn at det blir mindre og mindre prat... Så har eg tenkt at då kjem vi til å vera bevisst på å bruke musikken som å overta meir av den praten».

Når eg også lytta til dette opptaket verka det som dette gjekk inn på Par 1, sidan det vart teke mange pausar og var noko gjentakning under denne delen av intervjuet. At personen med demens blir svakare er også grunnen til ei anna utfordring. Då personen med demens ikkje har så mykje krefter lenger, Par 1 har ikkje moglegheit til å nytte seg av ulike tilbod i samfunnet, som igjen kan føre til utfordring med sosialisering for begge partar. Par 2 legger også merke til at personen med demens blir svakare og helsa blir dårlegare. MT-B nemnar også noko om at helsa til personar med demens blir dårlegare som følgje av sjukdommen som har ført til demens.

Under Intervju A nemnar MT-A utfordringar ved å bruke musikk heime når personen med demens har tidlegare jobba med musikk eller har spelt instrument tidlegare:

MT-A: «(...) så når [hen] (pårørande) skulle gjera musikk saman med sin partnar så var det eigentleg for mykje fokus på at [hen] følte at [hen] måtte prestere då.»

MT-A nemnar også at det kunne vera utfordrande for den pårørande å få med personen med demens på musikkaktivitetar i ein travel kvardag. Derimot så nemnar MT-B ei anna utfordring, nesten det motsette av å få plass til musikk i kvardagen. MT-B nemnar at det i nokre tilfelle kunne vera at para halda på med musikkaktivitetar for lenge, noko som førte til at personen med demens vart sliten og ikkje fekk noko positivt ut av musikken lenger.

MT-B: «Viktigheita av å slutte av mens ein enda har det gøy. I staden for at ein skal slutte, også det som sitt i minne er ei oppleving av å bli utsliten.»

5 Drøfting

I dette prosjektet har eg sett på korleis heimebuande par har opplevd å delta i HOMESIDE sine musikkaktivitetar, med utgangspunkt i problemstillinga: *Korleis har deltakande par i HOMESIDE opplevd å delta i forskingsprosjektet og det å gjennomføre musikkaktivitetar heime?*

Etter å ha gjennomført analysen kom eg som nemnt fram til tre hovudkategoriar: 1) Relasjon, 2) Ramme og 3) Endring. Desse tre kategoriane passar ganske med dei 3 R-ane som Ridder brukar i musikkterapi for personar med demens. Eg vil nå drøfte kvart hovudtema og sjå på funna mine i lys av teoriar før eg vil drøfte om HOMESIDE er indirekte musikkterapi eller ikkje. Eg har også ein liten del om kva eg tenkjer rundt det å bruke fleire kjelder.

5.1 Relasjon

Ut i frå det eg har funne i 4.1.1 vil eg seie at para har ein god relasjon seg i mellom. Dette tek eg frå at Par 1 viser til god kontakt om kveldane, med blikkontakt og bein i fang, og det Par 2 seier om «hyggelege stundar». Sidan para framleis budde saman under HOMESIDE-prosjektet, kan dette gjeve mykje arbeid til den pårørande parten i para. Eg veit at omsorgsrolla kan ta mykje tid: «Omsorgsoppgavene kan føre til sosial isolasjon fordi mesteparten av fritiden går til å gi eller organisere omsorg» (Ulstein, 2018), og mykje ressursar av den pårørande. Likevel fekk eg ikkje noko inntrykk av at pårørande ikkje likte rolla som omsorgsgjevar, då dei også var positive til å legge til musikkaktivitetar i kvardagen. Eg får heller inntrykk av at pårørande er glad i sin person med demens, og at dei har ein god relasjon med tanke på korleis dei beskriver stundar dei har saman, og korleis pårørande pratar om og skriv om i dagbøkene.

Relasjonen dei har seg i mellom påverkar korleis musikkaktivitetane kan utarte seg. Kva relasjon personen med demens har til musikken er også noko ein må tenkje over før man vel kva musikk ein bruker. Eg vil seie at relasjonen mellom personen med demens og musikken som blir valt er like viktig som personen som gjennomfører aktivitet med vedkommande. Er

det ein ny song eller stil som personen med demens ikkje har høyrte tidlegare, er det ikkje sikkert denne personen bit seg merke i songen, og kan vere passiv. Er songen eller stilen kjend kan denne trekkje fram gode minner frå tidlegare tider, som personen med demens mogleg kan seie noko om i etterkant. I ei tid der personen med demens kan kjenne på det å miste identiteten, fordi hen ikkje kjenner att det rundt seg eller seg sjølv, kan kjende songar vera med på å trygge personen med demens. Den kan vera med å gje identitetskjenning attende, og lette kjensler som angst og frykt (T. S. Kvamme, 2015).

Slik eg har forstått det, har begge para eit godt forhold til musikk i utgangspunktet, og veit kva musikk dei kan bruke etter litt vegleiing frå musikkterapeutane. Begge para trekkjer fram at personen med demens blir rolegare eller er enklare med i rørsle når det er kjend musikk i forhold til ukjend musikk eller stil. Det vart til dømes trekt fram i Dagbok 2, då dei skulle gjennomføre rørsleøvingar:

Dagbok 2: «Hen (person med demens) liker øvingane vi har når vi bruker «Liten Fuggel» og liker å synge, nynne med når vi spelar»

Den siste relasjonen eg såg på var relasjonen mellom para og musikkterapeutane. Og ut i frå kva både musikkterapeutane sa og para seier i intervjuet og dagbøkene verkar det som relasjonen dei i mellom også er god. Det verkar som denne relasjonen er som ei støtte for para, då para kan spørja musikkterapeutane om hjelp, råd og inspirasjon til kva dei kan gjera i ulike situasjonar og viss motivasjonen er låg. Musikkterapeutane nemnde sjølv at det har vore utfordringar å skape relasjon med para over skjerm, men for meg verkar det som at relasjonen likevel har vore god, med tanke på korleis para har snakka om musikkterapeutane og korleis dei snakkar saman i intervjuet.

5.1.1 Oppsummering

Viss eg skal oppsummere det eg har funne i resultatene om relasjon, er at eg meiner at relasjonen som para har seg i mellom, relasjonen dei har til musikken og relasjonen dei har til musikkterapeuten er alle like viktige for at dei skal kunne nytte seg av musikken på ein god måte. At personen har nokon som ein relaterer til på ein god måte, kan vera med på å dekke dei psykososiale behova som Kitwood har sett opp i sin blome (Kitwood, 1997). Pårande

kan gje trøyst eller hjelpe til å roe ned ved at dei har ein god relasjon og brukar musikk som personen med demens kjenner til. Kjend musikk kan gje kjensle av å høyre til ein stad og også kjensla av identitet kan bli forsterka. At para gjer musikkaktivitetar i lag er også med på å styrke kjensla av å høyre til, men også kjensla av å bli inkludert og ha noko å gjera som betyr noko. Relasjonen til musikkterapeuten kan også vera med på å styrke kjensla av å gjera noko som betyr noko, sidan dei er med i eit forskingsprosjekt, men også at musikkterapeuten anerkjenner aktivitetane dei gjer. Para kan også kjenne seg inkludert ved at dei får opplæring i aktivitetar som andre også får, samstundes som identiteten blir teke vare på sidan opplæringa er lagt til rette for kvart enkelt par. Alle desse relasjonane og kjenne at alle desse behova er dekt gjev også ei kjensle av å kjenne seg elska, å bety noko for nokon andre.

5.2 Ramme

Som eg nemnte under 2.4.1 og 4.2 er det viktig å ha ei god ramme rundt para for at musikken skal kunne fungere som terapeutisk på ein god måte. Å ha ein god relasjon er med på å skape og ramme, men det er også andre faktorar, som kvar musikkaktivitetane blir gjennomført, støtteapparat rundt (då hovudsakleg helsepersonell og organisasjonar rundt), men også korleis dei startar og avsluttar dagen og musikkaktivitetane (H. M. Ridder, 2016).

Ein av rammene eg tok for meg i resultatkapittelet var deltaking i forskingsprosjektet HOMESIDE. Para var frivillig deltakarar og det verkar som dei ikkje hadde noko i mot å vera deltakarar, sjølv om det var nokre ting i dagbøkene som ikkje alltid var like enkelt å gjennomføre. Det var felt i dagbøkene som para ikkje alltid skjønnte kvifor var med, og Par 1 trekkjer også fram at det var utfordrande å få til alle aktivitetane og ville gje seg før forskingsperioda var over. Her tyder det på at HOEMSIDE som ramme rundt ikkje alltid var like god, men sidan relasjonen til musikkterapeutane var gode, hjelpte dette på å skape ei betre ramme rundt også. Musikkterapeutane sa at det ikkje var behov for å gjennomføre alle aktivitetane kvar dag, og viss det var noko i dagbøkene para ikkje likte å føre inn, var det ikkje noko behov for å gjere dette, sjølv om det kunne hjelpe HOEMSIDE i deira forskning.

Ei anna ramme var at møta og opplæring av musikkaktivitetar føregjekk over internett. Dette verka ikkje som var noko problem for para, sjølv om det kunne føre til utfordringar i følgje musikkterapeutane. Para kunne vera ein stad dei kjende seg trygge når dei skulle møte ein framand person som skulle lære dei å bruke musikk i kvardagen, utan at dei måtte opne opp sin heim for å ta i mot ein framand person. Para sjølv har ikkje kome med noko utfordringar

til dette, sjølv om musikkterapeutane gjorde det. Alt frå dekning til korleis plassere kamera og lydnivå kunne vera utfordringar, men med riktig oppfølging og opplæring verka dette til å gå greitt. Sjølv om det har vore over internett har para kjend på god oppfølging og at dei har lært mykje.

Den tredje ramma eg trakk fram under 4.2 Ramme er det å ha eit fast tidspunkt til å gjennomføre musikkaktivitetane. Begge para trakk fram faste tidspunkt eller fast rutine som dei gjennomførte musikkaktivitetane. Par 1 hadde musikk mens pårørande laga mat, mens Par 2 brukte musikkaktivitetar for å starte dagen etter frukost. Dette er gode døme på faste rutinar er med på å skape ei trygg ramme rundt det å bruke musikk heime. Sjølv om pårørande i Par 1 måtte gå frå personen med demens for å lage mat, kunne personen med demens kjenne seg trygg fordi det vart sett på kjend musikk. Personen med demens i Par 2 kunne få ein kjend start på dagen, som kunne gjera at dagen vart betre, ved å gjennomføre kjende øvingar til kjend musikk. Men para trekkjer også fram det å bruke musikk i løpet av dagen, utan at det er faste tidspunkt. Dette kan kome av besøk frå barn eller anna familie, at personen med demens sjølv nynnar og teke initiativ fordi dei har høyrte pårørande sunge eller nynna tidlegare eller at det har vore brukt som noko positivt til å fylle dagen med.

5.2.1 Oppsummering

Eg vil seie at å ha gode rammar rundt det å bruke musikk og musikkaktivitetar er viktig for personar med demens. Etter som demenssjukdommane utviklar seg kan personar med demens bli mindre orienterte både i tid og stad (Engedal, 2016). Då kan det vera godt med noko fast dei kjenner att som kan gje dei ei kjensle av tryggleik (H. M. Ridder, 2016). At musikken er kjend og personen med demens har ein god relasjon til denne i utgangspunktet kan vera med på å gjera personen med demens trygg, sjølv om det skjer noko nytt i kvardagen, som deltaking i HOMESIDE var for dei i starten. HOMESIDE og møta med musikkterapeut over internett vart etter kvart ei ramme som para kunne støtte seg på i tider der dei møtte på ulike utfordringar, og musikkterapeutane vart nokon pårørande kunne snakke med. Para fekk nokon dei kunne snakke med utanom organisasjonane i nærområda. Personar som hadde tid til å lytte og snakke med dei. Sjølv om tema hovudsakleg var om musikk kom det fram i intervjuet at para også kunne snakkemed musikkterapeutane om andre ting dei tenkte på.

Då det ikkje var så mykje snakk om organisasjonane rundt para, og kva som skjedde elles i livet deira utanom det som var skrive i dagbøkene kan eg ikkje seie så mykje om korleis

rammene i livet deira var elles, men det verkar for meg at para fekk gode rammar rundt å delta i forskingsprosjekt og ta i mot opplæring, sidan para eg har sett på valde å gjennomføre prosjektet ut tida. Sjølv om det var nokre rammar innanfor dagboka og gjennomføring av aktivitetar som ikkje alltid var like lett å gjennomføre, stolte dei på musikkterapeutane nok til å seie i frå og få hjelp til å gjera det enklare for seg sjølv. Eg trur også para såg det som positivt at dei sjølv kunne sette ramme for kor mykje musikkaktivitet dei skulle gjera i løpet av dagen og kva aktivitetar dei kunne gjera.

5.3 Endring

Då Ridder brukar «Regulering» som tredje R, valde eg som nemnt å bruke «Endring» i staden for, då regulering kan vera ein form for endring. Eg har sett fleire døme i løpet av intervjuet og dagbøkene der pårørande har regulert både opp og ned arousal-tilstanden til personen med demens. Likevel valde eg å gå for endring, då det ikkje berre var arousalnivå som vart regulert og endra, men også rutinane til para.

Når eg såg på endringar i kvardagen til para, så verka det til at nye rutinar og element vart lagt inn i løpet av dagen. Som eg nemnte under ramme, med at Par 1 sette på musikk under matlaging, og Par 2 gjennomførte rørsleøvingar til musikk etter frukost, viser at para endra rutinane i kvardagen. I Par 1 var det tydeleg at arousalnivået til personen med demens steig når pårørande gjekk på kjøkenet for å lage mat. Når pårørande sette på roleg musikk, var dette med på å dempe arousalnivået og personen med demens art rolegare og kunne ligge stille og lytte mens pårørande var oppteke med matlaging. At personen med demens vart uroleg kan kome av at hen ikkje likte å vera aleine på eit rom, og vart rolegare når det var spelt av kjend musikk. I staden for eit stille tomt rom vart det nå eit rom med musikk som kjend element og personen med demens kunne slappe meir av. I Par 2 verka det til at musikken gjorde det enklare å gjennomføre rørsleaktivitetar som var viktige å gjennomføre for at personen med demens skulle kunne røyve seg på eiga hand så lenge som mogleg. Stive ledd kan vera ubehageleg å røyve seg med, men med nokre enkle øvingar kan ledda mjukast opp noko. I Dagbok 2 kjem det fram at nokre dagar ville ikkje personen med demens gjennomføre alle øvingane, men det står ikkje noko om dei brukte musikk desse dagane. Når det derimot blir kommentert at musikk er brukt under øvingane, verkar det til at personen med demens gjennomfører dei. Ei anna endring i kvardagen heng saman med at pårørande har blitt meir bevisst på å bruke musikk i løpet av dagen, og fange opp når personen med demens kjem med initiativ.

Eg har alt nemnt noko om endring ved bruk av musikk, sidan eg sa at personen med demens vart rolegare når pårørande sette på musikk i Par 1. dette kjem att fleire gongar både i Intervju 1 og Dagbok 1. Par 2 trekkjer meir fram det fysiske, at personen med demens vart mjukare i rørsle etter å ha gjennomført øvingane over fleire dagar. Denne fysiske endringa skjer ikkje her og nå, og kan kanskje ikkje, som nemnt, gå som endring ved bruk av musikk, men det er ei endring som skjer over tid og som kan ha verte påverka av å bruke musikk til rørsleøvingane. Utanom dette kjem det ikkje fram så mykje om reaksjon på musikken, sjølv om begge para kryssar av på positive opplevingar fleire dagar i dagbøkene. Dette viser at para har tenkt over kva musikken gjorde for personen med demens der og da, men kanskje ikkje hadde tid til å skrive ned kva som skjedde, eller at dei ikkje tenkte over at det kunne vera relevant å skrive det ned.

Under 4.3 så hadde eg eiga del om utfordringar. Utfordringar kunne vore under både endringar i kvardagen og reaksjonar på musikk, då para møtte på utfordringar med begge delar. Likevel valde eg å ha eiga del, fordi musikkterapeutane også trakk fram ulike utfordringar. Para trakk ofte fram utfordringar med fysisk helse og at personen med demens blir dårlegare som tida går framover. Dette er noko musikkterapeutane også trekkjer fram, at helsa til personane med demens naturleg vil bli dårlegare på grunn av korleis demenssjukdommar utviklar seg over tid (Engedal, 2016; Engedal & Haugen, 2018a).

Det er også fleire utfordringar med å bruke musikkterapi eller gjennomføre musikkaktivitetar for personar med demens, som eg såg på under 4.3, deriblant å bruke musikkaktivitetar for personar som tidlegare har drive med musikk ved form av song eller spele instrument. Musikkaktivitetar kan føre til glede og gjenkjenning, men også frustrasjon over å ikkje lenger kunne prestere som tidlegare. Her kan det då vera lurt å gjera andre musikkaktivitetar enn det personen tidlegare har drive med, men ikkje unngå å gjera det som personen kunne tidlegare, då det framleis vil vera ein del av identiteten deira. Utfordringa blir då å finne «den gyldne middelveg».

5.3.1 Oppsummering

Ved å bruke musikk og musikkaktivitetar for personar med demens kan ein møte på ulike endringar, som rutinar i kvardagen, arousalnivå og ulike utfordringar. Ut i frå resultatata eg har sett på vil eg seie at endringane hovudsakleg er positive, med nokre unntak. At demenssjukdommane utviklar seg kan vi diverre ikkje gjera noko med per i dag, men vi kan bruke musikkterapi for å betre livskvaliteten til desse personane. Ut i frå det eg har funne, kan vi sjå at musikk kan roe ned ved uro, og hjelpe til med å gjera rørslevingar, alt ut i frå setting og kva musikk som blir brukt. Sjølv om personar med demens sett pris på faste rutinar (noko

generelt menneske også sett pris på), er det mogleg å legge til nye rutinar i livet deira. Blir rutinane faste og repetert nok, vil desse bli kjende og ein del av kvardagen. Eg meiner at for personar med demens er det viktig å ha faste rutinar, men også gje moglegheit for endringar som kan legge til positive glimt i kvardagen. Enda for personane med demens, men også for pårørande. Å ta vare på ein person med demens kan vera utfordrande, og då kan det vera fint med noko nytt, samstundes kjend, som dei begge i para kan nytte seg av. Ved å endre rutinane for å legge inn musikkaktivitetar får dei også noko nytt som kan føre dei betre saman, som eg såg på under 5.1 og 5.2. Og ut i frå det som har kome fram i dagbøkene og intervjuar vil eg seie at endringane i kvardagen har hovudsakleg vore positive og ført til positive reaksjonar ved bruk av musikk, sjølv om det ikkje er skrive så mykje om dette. At para har kryssa av for positiv verking av musikk under aktivitetane, vil eg seie indikerer for at para har hatt det bra under gjennomføring av aktivitetane og sett positive reaksjonar på bruk av musikk.

Det har også kome fram utfordringar ved å bruke musikk, noko vi ikkje skal sjå bort i frå. Eg har med vilje sett etter utfordringar ved å bruke musikk og direkte negative kommentarar, noko som har vore utfordrande å finne. At personen med demens ein dag ikkje vil gjera aktivitetar er ikkje nødvendigvis på grunn av musikken, men ein veit aldri, så lenge personen gjerne gjer aktivitetane dagen etterpå, med smil og latter. For meg verkar det som at sjølve musikkaktivitetane ikkje ga så mykje utfordringar, det var meir systemet rundt både i HOMESIDE og organisasjonane elles rundt para. Dagen til para kunne bli utfordrande viss heimesjukepleia ikkje kunne kome til vanleg tid, det kunne bli mykje press med tanke på å gjennomføre alle aktivitetane eller det å kjenne på at ein ikkje strekker til. Men sjølv med desse utfordringane har para stått på og halde fram med deltakinga i forskingsprosjektet og gjennomføring av musikkaktivitetar i kvardagen.

5.4 Indirekte musikkterapi

Eg har hinta til at HOMESIDE har gjennomført indirekte musikkterapi sidan dei har lært bort musikkaktivitetar og korleis bruke musikk i kvardagen til desse para. Som eg såg på i 2.1.1 så er det indirekte musikkterapi når ein musikkterapeut lærer bort korleis hovudsakleg helsepersonell kan bruke musikk i arbeidslivet for å betre kvardagen til personar som er på institusjon. Eg meiner at HOMESIDE tek indirekte musikkterapi eit steg vidare og lærer bort korleis para sjølv kan nytte seg av musikk og musikkaktivitetar utan at helsepersonell og musikkterapeut er til stades. Man kan argumentere for at dette blir direkte musikkterapi, sidan musikkterapeuten lærer bort til deltakarane, altså brukarane sjølv, men det kan også tolkast som indirekte, sidan musikkterapeuten ikkje er til stades når musikkaktivitetane blir gjennomført.

Eg spurte musikkterapeutane om dei såg samanheng mellom arbeidet dei gjorde i HOMESIDE og indirekte musikkterapi, og fekk interessante svar. Begge var einige i at indirekte musikkterapi går ut på å legge til rette for at til dømes helsepersonell kan betre helse til bebuarar på ulike institusjonar ved å bruke musikk. MT-A trekkjer parallell mellom å arbeide indirekte med helsepersonell og det hen har gjort med para i HOMESIDE. MT-A har lært bort ulike musikkaktivitetar som para kunne bruke i kvardagen til å betre helse og livskvalitet, og er ikkje sjølv til stades under desse aktivitetane. MT-B er einig i at det kan samanliknast til ein viss grad med akkurat dette som utgangspunkt, musikkterapeuten er jo ikkje til stades under aktivitetane. Men MT-B trekkjer fram at hen kjenner seg involvert i det para gjer, med tanke på at hen har lært opp brukarar direkte og ikkje helsepersonell som kjem inn.

Mt-B: «Det er indirekte med at du legger til rette for samhandling. Men du har jo desse grundige møta som ligg i forkant av det.»

Eg vil sjølv seie at i HOMESIDE er musikkterapien i grenseland mellom direkte og indirekte. Eg tek då utgangspunkt i det musikkterapeutane eg snakka med seier, men også ut i frå mi forståing av kva andre tidlegare har definert indirekte musikkterapi som. Musikkopplæringa i HOMESIDE er direkte med tanke på at det er para sjølv som tek i mot opplæringa frå musikkterapeutane, og gjennomfører dei. Samstundes gjer dette også at musikkterapien blir indirekte sidan para gjennomfører musikkaktivitetane utan musikkterapeut til stades. Para tek i mot opplæring i korleis dei kan bruke ulike musikkaktivitetar i kvardagen, på noko likande måte som helsepersonell kan ta i mot opplæring. Det er som Ridder skrivar, at i direkte musikkterapi er fokuset på relasjonen mellom musikkterapeuten og personen med demens, mens i indirekte musikkterapi er det fokus på relasjonen til nettverket rundt personen med demens (H. M. Ridder, 2016).

5.5 Bruk av fleire kjelder

Eg har nemnt fleire gongar at eg har brukt fleire ulike kjelder, både skriftlege og munnlege frå ulike personar. Dagbøker og intervju frå to par som har delteke i HOMESIDE kunne i utgangspunktet ha gjeve meg mykje informasjon, og mogleg nok til å kunne gjennomføre dette prosjektet, viss eg hadde teke med eit par til. Dette er ikkje noko eg kan endre på nå, men er ein ettertanke. At eg i staden for å sjå berre på kva para sjølv skreiv i dagbøkene og sa i intervjuvalde eg også å gjennomføre intervju med to musikkterapeutar som var musikkintervensjonistar i HOMESIDE. Dette gjorde at eg fekk meir arbeid i løpet av fleire av

prosessane i dette prosjektet. Utanom å transkribere to intervju og dagbøker og analysere desse, måtte eg også gjera dette for to intervju eg gjennomførte sjølv. I tillegg måtte eg skrive intervjuguide og samtykkeskjema for desse intervju. Likevel vil eg seie at å gjennomføre eigne intervju med musikkterapeutane ga meg ekstra data som kunne fylle ut nokre hull som kunne dukke opp i det para hadde gjeve meg av informasjon.

5.6 Kort konklusjon

Ut i frå funna mine vil eg seie at det verkar som opplæring i musikkbruk og musikkaktivitetar har hatt positiv verking på livet til para som har delteke i HOMESIDE, i alle fall for desse to para eg har sett på. Musikkaktivitetane har gjeve grunnlag for nye og faste rutinar som para kan gjennomføre på sin måte og ein stad para kan oppretthalde relasjonen seg i mellom og identiteten til personen med demens. I ei tid med Covid-19 og eit nedstengd land har para fått moglegheit til å gjera noko nyttig for seg sjølv og andre utan å risikere smitte. Ved tidspunkt der pårørande ikkje har visst kva dei skulle fylt dagen med, har dei nå fått moglegheit til å utforske musikken og bruke tid på noko saman.

Eg vil seie at å lære bort bruk av musikk og musikkaktivitetar til eldre personar generelt kan vera positivt. Det gjev moglegheit til å opne augo for å lytte til musikken på ein anna måte, inspirasjon til nye aktivitetar og moglegheit til å snakke med nokon for dei som bur aleine. Ut i frå det para eg har sett på og musikkterapeutane, vil eg seie at HOMESIDE er eit viktig prosjekt for bruk av musikkterapi for personar med demens, både yngre og eldre, og også eldre personar generelt.

Så for å svare på problemstillinga: *Korleis har deltakande par i HOMESIDE opplevd å delta i forskingsprosjektet og det å gjennomføre musikkaktivitetar heime?* Vil eg seie at det verkar som dei para eg har sett på ha teke deltakinga som positivt. Eg vil også seie at det verkar som para såg på det å gjera musikkaktivitetar heime som eit godt alternativ til aktivitet når dei ikkje hadde moglegheit til å gå ut på aktivitetar av ulike årsaker.

6 Avslutning

Nå har eg gått igjennom kvifor eg har valt dette tema, kva teoriar eg har sett på og kva forskingsmetode eg har brukt samt kva eg har gjort under forskingsperioda og analysen. Eg har også reflektert rundt reliabilitet, validitet og kritikk til metodane før eg gjekk igjennom resultatet eg har funne og drøfta denne. Eg vil nå avslutte med kva planen min etter enda studietid og interesser for vidare forskning.

6.1 Min veg vidare

Som ferdig utdanna musikkterapeut har eg plan om å reise heim til Gudbrandsdalen og skaffe meg arbeid her. Då det er ein ganske usikker marknad for musikkterapi i denne dalen er planen min å byrja som sjølvstendig musikkterapeut med eit enkeltmannsføretak. Då får eg moglegheita til å jobbe sjølvstendig, planlegge og leie meg ut til ulike institusjonar og kommunar som ser nytte av musikkterapi. Her vil eg då få moglegheita til å jobbe med fleire menneske, både innanfor psykisk helsevern, eldreomsorg og spesialpedagogikk, samt mykje meir. Eg blir heller ikkje fastbunde til ein arbeidsstad og kan få ein variert arbeidskvardag med mange innspel frå tverrfaglege samarbeid og ulike arbeidsplassar.

Det vil sjølvsagt vera positive og negative sider ved å gå sjølvstendig. Noko motstand vil eg møte, blant anna om eg faktisk får nok tilvisingar, mykje køyring, vedlikehald av utstyr, skaffe utstyr og meir. Men for meg vart dette eit naturleg val i eit område med varierende grad av kunnskap om musikkterapi.

For å kunne gjennomføre dette er planen å sette opp eit enkeltmannsføretak i Brønnøysundregistra, sette opp ein nettstad og reklamere rundt i lokale avisar og sosiale media. Dette skal eg gjera etter utdanninga er ferdig for å få tid til å sjå nøye inn i kva dette faktisk inneber og få oversikt over kva eg må gjera for å få det til. Etter kvart må eg også sjå etter eit egna lokal og skaffe utstyr av diverse slag.

6.2 Idear til vidare forskning

Då min fyrste ide til masterprosjekt ikkje vart gjennomført, kunne eg tenkt å sett nærmare på dette. Eg er framleis interessert i å vite kva pårørande ser av nytte ved bruk av musikkterapi, og håpar at eg ein gong skal kunne få til å ha musikkterapi der pårørande får vera med å delta og oppleve sjølv korleis deira person med demens har det under desse stundene.

Sidan eg har plan om å bli sjølvstendig er eg også nysgjerrig på korleis andre musikk-terapeutar har gått fram tidlegare, og om dei framleis gjer det same i dag. Dette er noko eg kjem til å dykke djupare inn i etter eg er ferdig utdanna og skal til med dette sjølv, men kanskje eg vil kome attende til dette seinare, for å forske på om dei som har starta med enkeltmannsføretak framleis har dette, og om dei har klart seg med berre dette eller om dei måtte ha andre jobbar ved sidan av, eller om dei har bytt arbeid.

Litteraturliste

- Alvesson, M., & Sköldbberg, K. (2008). *Tolkning och Reflektion: Vetenskapsfilosofi och Kvalitativ Metod* (2.utg). Studentlitteratur.
- Aremyr, G. (1995). *Leve livet glemsk: Aktivisering av aldersdemente* (K. M. Thorbjørnsen, Oms.). Kommuneforlaget AS.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology*. 3(2), 77–101.
- Brean, A., & Skeie, G. O. (2019). *Musikk og hjernen om musikkens magiske kraft og fantastiske virkning på hjernen*. Cappelen Damm.
- Bruscia, K. E. (2014). *Defining music therapy* (3. utg.). Barcelona Publishers.
<http://site.ebrary.com/id/10905993>
- Bruvik, F. (2020). Kapittel 6—Pårørende. I B. S. Husebø & E. Flo (Red.), *Eldreboen—Diagnoser og Behandling* (1.utg, s. 51–61). Fagbokforlaget.
- Engedal, K. (2016). *En bok om demens husk meg når jeg glemmer*. Pax.
- Engedal, K. (2020). Kapittel 8—Demenssyndrom og medisinsk oppfølging. I B. S. Husebø & E. Flo (Red.), *Eldreboen—Diagnoser og Behandling* (1.utg, s. 74–84). Fagbokforlaget.
- Engedal, K., & Berentsen, V. D. (2016). Kapittel 2—Sykdommer, tilstander og skader som kan føre til demens. I S. Tretteteig (Red.), *Demensboka: Lærebok for helse- og omsorgspersonell* (s. 41–65).
- Engedal, K., & Haugen, P. K. (Red.). (2018a). *Demens sykdommer, diagnostikk og behandling*. Aldring og helse akademisk.
- Engedal, K., & Haugen, P. K. (2018b). Kapittel 1—Demens. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 14–28). Aldring og helse akademisk.
- Engedal, K., & Haugen, P. K. (2018c). Kapittel 6—De nest vanligste årsakene til demens. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens—Sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 90–125). Aldring og helse akademisk.
- Føllesdal, D., Elster, J., & Walløe, L. (1996). *Argumentasjonsteori, språk og vitenskapsfilosofi*. Universitetsforl.
- Gold, C., Koelsch, S., & Stige, B. (2020). Kapittel 29—Musikkterapi. I B. S. Husebø & E. Flo (Red.), *Eldreboen—Diagnoser og Behandling* (1.utg, s. 281–291). Fagbokforlaget.
- Helsenorge. (2021, juni 14). *Homeside helsenorge*. <https://www.helsenorge.no/undersokelse-og-behandling/klinisk-studie-homeside/>

- HOMESIDE. (2020). *Homeside Noreg*. Homeside - Partnership in Dementia Care. <https://www.homesidestudy.eu/norway>
- Husebø, B. S., & Flo, E. (Red.). (2020). *Eldreboen—Diagnoser og behandling* (1.utg). Fagbokforlaget.
- Jor, F. E. (2000). *Humaniora repetisjonshefte for HF-varianten til ex.fac.* Gyldendal akademisk.
- Kitwood, T. (1997). The Experience of dementia. I *Aging & Mental Health* (Bd. 1, s. 13–22).
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (J. Rygge & T. M. Anderssen, Oms.; 2.utg). Gyldendal akademisk.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (T. M. Anderssen & J. Rygge, Oms.; 3.utg). Gyldendal akademisk.
- Kvamme, T. (2017). Nye handlemuligheter med musikkterapi for personer med demens. I *Musikk, handlinger, muligheter. Festskrift til Even Ruud* (s. 137–148). Norges musikkhøgskole.
- Kvamme, T. S. (2015). Musikk i arbeid med eldre. I T. Aasgaard (Red.), *Musikk og Helse* (s. 153–172). Cappelen akademisk.
- Kvamme, T. S. (2020). *Å finne tonen—Om musikk og demens*. Forlaget Aldring og helse.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Universitetsforl.
- Man in Nursing Home Reacts to Hearing Music From His Era*. (2011, november 18). [YouTube]. <https://www.youtube.com/watch?v=fyZQf0p73QM&list=PLO2EsF6VCcSzRYn0BcInxk2Ek8U2e5uob&index=2&t=8s>
- 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), s. 255-279.
- Norges Musikkhøgskole. (2022, januar 13). *HOMESIDE NMH*. NMH. <https://nmh.no/forskning/prosjekter/homeside>
- Norsk Forening for Musikkterapi. (u.å.). *Hva er musikkterapi?* Norsk Forening for Musikkterapi. Henta 20. mai 2021, frå <https://www.musikkterapi.no/hva-er-musikkterapi>
- Odell-Miller, H. (2021). Embedding Music and Music Therapy in Care Pathways for People with Dementia in the 21st Century—A position paper. *Music & Science*, 4, 1–10. <https://doi.org/10.1177/20592043211020424>

- Postholm, M. B., & Jacobsen, D. I. (2018). *Forskningsmetode for masterstudenter i lærerutdanningen*. Cappelen Damm akademisk.
- Ridder, H. M. (2016). Musikterapi i en psykososial demensomsorg i plejebolig. I H. M. Ridder & B. Stige (Red.), *Musikkterapi og eldrehelse* (s. 133–145). Universitetsforl.
- Ridder, H. M. O., & Stige, B. (2016). *Musikkterapi og eldrehelse*. Universitetsforl.
- Ruud, E. (2013). *Musikk og identitet*. Universitetsforl.
- Sandve, O., & Enge, K. (2014). Del 2: Musikkterapeutens rolle vs. Andre faggruppers rolle. I *Ressurshäfte for musikkterapeuter i eldreomsorgen* (s. 18–22). GAMUT - Griegakademiets senter for musikkterapiforskning.
- Selbæk, G. (2018). Kapittel 14—Nevropsykiatriske symptomer ved demens. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens—Sykdommer, dignostikk og behandling* (s. 246–259). Forlaget Aldring og helse.
- Stake, R. E. (2005). Kapittel 17—Qualitative Case Studies. I N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Red.), *The Sage Handbook of Qualitative Research* (3.utg., s. 443–466). Sage Publications.
- Stige, B. (Red.). (2014). *Ressurshäfte for musikkterapeuter i eldreomsorgen*. GAMUT - Griegakademiets senter for musikkterapiforskning. <https://docplayer.me/3796222-Ressurshäfte-for-musikkterapeuter-i-eldreomsorgen.html>
- Strand, A. (2001). *Tanker om Vitenskap*.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse en innføring i kvalitative metoder*. Fagbokforl.
- Thurén, T. (2009). *Vitenskapsteori for nybegynnere* (D. Gjestland & K. Gjerpe, Oms.). Gyldendal akademisk.
- Ulstein, I. D. (2018). Kapittel 19—Pårørendes situasjon. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 332–349). Aldring og helse akademisk.
- van der Steen, J. T., Smaling, H. J. A., van der Wouden, J. C., Bruinsma, M. S., Scholten, R. J. P. M., & Vink, A. C. (2018). *Music-based therapeutic interventions for people with dementia*. Cochrane Database of Systematic Reviews. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003477.pub4/full#CD003477-sec-0064>