

Like a bridge over troubled water

**Musikkterapi og personsentrert omsorg som brobygger
for eldre personer med demens i store og små overganger**

Masteroppgave i musikkterapi

Rønnaug Tingelstad

Vår 2023

Antall ord: 21928



**Norges
musikkhøgskole**
Norwegian Academy
of Music

Forord

Det er med stor takknemlighet og en smule stolthet at jeg nå fullfører denne masteroppgaven, og at jeg endelig snart har fullført musikkterapistudiet. Det har vært givende, spennende, men også krevende å skrive denne masteroppgaven. Jeg tok permisjon fra mastergraden i 2015 for å fullføre en stor drøm sammen med mitt kjære band rags & feathers, og bosatte meg av den grunn på Vestlandet, dit resten av bandet nylig hadde flyttet fra Oslo. Så gikk det 7 år, før et «tilfeldig» møte med Tone Sæther Kvamme, i Haugesund, førte meg tilbake til musikkterapistudiene. Jeg tror forresten ikke på tilfeldigheter, jeg tror at det er en mening med alt, og i dag er jeg veldig glad for møtet, og takknemlig for at Tone også ble min dyktige veileder i masterarbeidet. Tusen takk Tone, for at du tok meg under vingen din og for at du oppmuntret meg til å ta ferdig mastergraden. Takk for din klokhet, positivitet og varme gjennom prosessen, og for at du trodde på meg. Takk til mine flotte informanter. Jeg vil også takke min utrolig fine musikkterapiklasse for at de tok så godt imot meg da jeg ble en del av klassen. Takk til Jelena Golubovic for hennes kloke råd og engasjement i prosessen, og takk til Tora for eminent korrektur! En stor takk til bror Lars og hans samboer Ingvild, som har gitt meg husvære dette året og støttet meg på veien. Til slutt vil jeg takke mine nære og kjære for uvurderlig støtte og kjærighet. Nå gleder jeg meg stort til å komme ut av masterbobla og ta fatt på neste kapittel i livet som musikkterapeut!

Jeg dedikerer denne oppgaven til min kjære bestefar Henry.

Oslo,

15.05.2023

Sammendrag

Denne masteroppgaven undersøker det kulturelle fenomenet overgangsritual som potensiell forståelsesmodell i møte med temaet eldre personer med demens, og overganger, og støtter seg på Arnold Van Genneps antropologiske teorier om rite of passage. Van Gennep hevdet at overgangsritual har en tredelt struktur som innebærer en separasjon, ved at individet forlater sin sosiale posisjon i samfunnet, deretter en liminal fase der individet er utenfor samfunnet og uten identitet, og til slutt inkorporasjon, der individet vender tilbake til samfunnet og innlemmes i en ny sosial gruppe. Eldre personer med demens kan, som følge av den kognitive svikten og progredieringen av demenssykdommen, sies å gå gjennom nettopp et slikt overgangsritual når de må flytte fra sitt private hjem og inn på en institusjon. Ved hjelp av kvalitativ tilnærming undersøker jeg hvordan musikkterapi og personsentrert omsorg kan støtte eldre personer med demens igjennom ulike former for overganger. Resultatene viser at musikkterapi og personsentrert omsorg kan ha stor betydning for eldre personer med demens i ulike overganger, ved å fungere som en brobygger som både støtter og letter overgangene. Studien kan sees som et bidrag i en økende bevissthet rundt temaet eldre personer med demens og overganger.

Abstract

This thesis investigates the theme of transitions, and older adults suffering from dementia and utilizes theories on ritual transformation as a potential concept for understanding these processes. The thesis is underpinned by Arnold Van Genneps rite of passage, a threefold structure of separation, liminality and incorporation; a structure that can be seen in conjunction with older adults suffering from dementia and their transition into long-term care nursing home. The aim of the study is to examine the role of music therapy and person-centered care within transitions, and how these aspects can support the elderly through such significant changes. Results show that music therapy and person-centered care and music therapy can help dementia sufferers through these changeovers by bridging the gap in the rite of passage, in supporting and facilitating these shifts. The study can be seen as a contribution to the increasing awareness about those suffering from dementia and the transitions they encounter.

*Dette: å vere i livet
open for alt ikring
bunden med sterke røter
til menneske og til ting
gi både hjarte og hender
i omsorg som aldri svik
var det som gav meining
til ferda di
og let deg få kjenne deg
rik*

Utdrag fra diktet *Å vere i livet:*
tre vers til mor skrevet av
Halldis Moren Vesaas

Del 1: Innledning	1
1.1 Problemstilling og bakgrunn	1
1.2 Sentrale begreper.....	3
1.2.1 Overgangsritual	3
1.2.2 Forståelsesmodell	3
1.2.3 Personsentrert omsorg	4
1.2.4 Musikkterapi.....	4
1.2.5 Demens	4
1.2.6 Overganger	4
1.3 Struktur i masteroppgaven	5
Del 2: Teoretisk rammeverk	5
2.1 Teorier om overgangsritual	5
2.1.1 Ritual	5
2.1.2 Overgangsritual	5
2.1.3 Videreføring av overgangsritualbegrepet	6
2.1.4 Overgangsritual som forståelsesmodell.....	7
2.2. Demens.....	8
2.2.1. Hva er demens?	9
2.2.2 Ulike demenssykdommer	9
2.2.3 Nevropsykiatriske symptomer ved demens.....	11
2.2.4 Symptomer på demens, progresjon	13
2.2.5 Eksempler på NPS og overganger for eldre personer med demens	13
2.3. Musikkterapi og eldre personer med demens.....	14
2.3.1 Musikkterapi.....	15
2.3.2 Hva er musikkterapi for eldre personer med demens?	16
2.3.3 Musikkterapeutens 3 R` er.....	17

2.3.4	18
2.4. Teorier om personsentrert omsorg	20
2.4.1 Personsentrert omsorg	20
2.4.2 Grunnleggende psykologiske behov	21
2.4.3 VIPS- rammeverket	22
2.4.4 Personsentrert musikkbruk	22
Del 3: Metode	24
3.1 Fremgangsmåte/struktur i metodekapittelet	24
3.1.1 Vitenskapsteoretiske perspektiver	24
3.1.2 Litteraturstudie.....	25
3.2.1 Rammer for datainnsamlingen.....	27
3.2.2 Fenomenologi/fenomenologisk perspektiv på intervjuet	28
3.2.3 Hermeneutikk	28
3.3 Tematisk analyse	29
3.3.1 Analysetrinn.....	30
3.3.2 Analyse av datamaterialet.....	31
3.3.3 Behandling av data og etikk	33
3.3.4 Metodekritikk	35
Del 4. Resultater.....	37
4.1 utfordringer ved overgang til langtidshjem	38
4.1.1 Uro	38
4.1.2 Trygghet.....	39
4.1.3 Pårørende	41
4.2 Personsentrert omsorg og musikkterapi i overgangen til langtidshjem	42
4.2.1 Hensyn til beboers behov	42
4.2.2 Relasjon	43
4.2.3 Musikk og tid.....	44

4.2.4 Musikkterapi.....	45
4.3.Endring i helsetilstand:.....	46
4.3.1 Revurdering av omsorgsnivå.....	46
4.3.2 Flytte til ny avdeling/musikkterapi.....	47
4.3.3 Musikkterapi i livets slutfase.....	47
4.3.4 Fysisk symbol.....	48
4.4 Sykehjemmet flytter.....	49
4.4.1 Musikkterapi og trygghet.....	49
4.5. MT, musikk og daglige overganger.....	50
4.5.1 Hente frem ressurser.....	50
4.5.2 Musikkterapi og musikk for å endre fokus.....	51
4.5.3 Lystbetont.....	52
4.6 Oppsummering av kategoriene/temaene mine.....	53
5. Drøftingsdel/diskusjon.....	53
5.1.1 «A healing process», musikkterapi i overgangen til langtidshjem.....	53
5.1.2 Personsentrert omsorg i overganger.....	55
5.1.3 De 3 R`er og overganger for eldre personer med demens.....	57
5.1.4 Musikkterapi i livets slutfase.....	59
5.1.5 Studiens relevans.....	59
Konklusjon.....	60
Litteraturliste:.....	62
Vedlegg.....	66

Del 1: Innledning

1.1 Problemstilling og bakgrunn

Jeg spiller en pols på fela, og ser at flere av beboerne tramper takten. Jeg går nærmere med fela og prøver å få kontakt med hver enkelt. Flere kvikner til og jeg får øyekontakt med de fleste. Noen begynner å klappe i hendene, en dame begynner å tralle med, og en annen dame, Eva, som er ny på avdelingen, ser overrasket på meg. Hun virker litt forvirret og urolig, hun tvinner hendene nervøst og flakker med blikket. I begynnelsen av musikkstunden sa Eva nei takk til musikk når jeg ønsket velkommen. Jeg fortsetter å spille pols og prøver å invitere henne inn i musikken gjennom kroppsspråket mitt og hun reiser seg og kommer dansende mot meg. Hun svinger seg rundt og jeg gjør etter hvert det samme og vi smiler til hverandre. Jeg opplever at vi får en spesiell kontakt, at vi deler et øyeblikk der det bare er oss to. Jeg avslutter polsen og da takker hun for dansen. Eva virker roligere nå og når hun setter seg ligger hendene rolig i fanget og hun ser ut til å slappe bedre av i kroppen.

Dette eksempelet er hentet fra praksis ved et langtidshjem, hvor Eva, en eldre dame med demens, nylig hadde måttet flytte fra det trygge hjemmet sitt og inn på en institusjon. Hun virket forvirret og redd i den nye situasjonen, på et ukjent sted, omgitt av masse fremmede mennesker. I det som må ha vært en veldig stor og krevende overgang, opplevde jeg at musikken, relasjonen mellom oss, øyeblikket vi delte, gav Eva en følelse av den hun fortsatt er på tross av demenssykdommen, og jeg følte at det også gav henne trygghet i den kaotiske situasjonen.

Helt siden jeg bestemte meg for å bli musikkterapeut har jeg hatt et sterkt ønske om å jobbe innenfor geriatrien. Jeg vokste opp med besteforeldrene mine og hadde et veldig nært forhold til min bestefar. Han var veldig glad i sang og musikk og han pleide å synge gamle viser og barnesanger for meg. Da han fikk Alzheimers sykdom følte det som jeg mistet han litt. Gjennom sykdomsforløpet opplevde jeg musikken som et sterkt virkemiddel for å kunne «nå inn». Det var veldig stort å dele disse øyeblikkene og oppleve hvordan musikken nådde inn til han og hentet frem igjen den gode bestefaren jeg kjente så godt. Jeg opplevde mange ganger at han «våknet» når jeg sang en strofe av de sangene han lærte meg som barn, og at han smilte og begynte å synge neste frase av sangen.

På bakgrunn av personlige erfaringer har jeg allerede en sterk motivasjon for å se nærmere på eldre personer med demens som målgruppe. Når eldre personer rammes av demenssykdom blir livet deres snudd på hodet. Fra å kunne klare seg selv, ha en jobb å gå til, ektefelle, venner og et sosialt liv, til å gradvis miste disse tingene og den tryggheten de gir. Dette kan resultere i uro, angst og forvirring og vil kunne skape stor utrygghet i den nye hverdagen (Engedal, 2016). Tidlig i sykdomsforløpet kan mange fortsatt klare seg greit hjemme, med hjelp av pårørende og hjemmetjenesten, men senere i sykdomsforløpet er det vanlig at eldre personer med demens har større behov for omsorg og tilsyn og de må derfor flytte hjemmefra og til en heldøgnsinstitusjon (Nasjonalt senter for aldring og helse, 2021). Det finnes forskjellige alternativer når det gjelder institusjoner, omsorgsbolig, bokollektiver, og sykehjem. *Omsorgsbolig* er et privat hjem personen kan leie, og hjemmet er tilrettelagt for omfattende helse- og omsorgstjenester, mens bokollektiv er en boenhet med fellesareal, i tillegg til at personen får eget sove-/ oppholdsrom og bad. *Sykehjem* er en institusjon, der personer med omfattende behov mottar heldøgns helse- og omsorgstjenester, og sykehjem tilbyr både avlastningsopphold, rehabilitering, og korttidsopphold, i tillegg til langtidsopphold. Sykehjem har også tilrettelagte boenheter for eldre personer med demens.

Opplevelsen med Eva som jeg innledet denne oppgaven med, fikk meg til å tenke på overganger og eldre personer med demens, og på hvor sårbare personene er i disse overgangene på grunn av demenssykdommen. Det er disse overgangene jeg er interessert i å undersøke nærmere, det vil si overgangene fra ulike omsorgsnivå og institusjoner for eldre personer med demens. Jeg vil konsentrere meg om den store overgangen fra privat hjem til langtidshjem, og mindre overganger knyttet til sykehjemstilværelse. Det finnes forskjellige betegnelser på denne type institusjon, som bo- og behandlingshjem, heldøgnsinstitusjon, men jeg har valgt å kalle det *langtidshjem* i denne oppgaven, av den grunn at informantene mine bruker denne betegnelsen.

Fokus for min oppgave vil være eldre personer med demens, og jeg er interessert i å undersøke overganger. Først og fremst overgangen fra hjemmesituasjon til langtidshjem. Jeg ønsker å undersøke hvilken rolle musikkterapi og personsentrert omsorg har i denne prosessen.

Sentrale forskningsspørsmål i prosjektet er:

Hvordan kan overgangsritual som forståelsesramme, utvide vår kunnskap om behovene, opplevelsene og utfordringene til eldre personer med demens som flytter mellom ulike omsorgsnivåer?

Hva kan personsentrert omsorg og musikkterapi ha å tilby i disse overgangene, og hvordan kan overgangsritual som forståelsesramme hjelpe oss å forstå musikkterapi med personer med demens bedre?

Foreløpig problemstilling:

Med overgangsritual som forståelsesmodell: Hvordan kan musikkterapi og personsentrert omsorg lette/støtte overganger for eldre personer med demens?

1.2 Sentrale begreper

I dette kapittelet vil jeg presentere sentrale begreper i problemstillingen min og forklare begrepene.

1.2.1 Overgangsritual

Det kulturelle fenomenet *overgangsritual*, også kalt *overgangsriter* på norsk, er seremonier som brukes i markeringen av individets overgang fra tidligere rolle i samfunnet, til en ny og endret rolle, eksempelvis dåp, konfirmasjon og bryllup (Bertelsen, 2021). Fenomenet overgangsritual vil bli nærmere forklart i teoridelen av oppgaven.

1.2.2 Forståelsesmodell

Golubovic (2015) ser overgangsritual som et universelt konsept for overganger og endringer, og hevder på bakgrunn av dette at overgangsritual kan brukes som en *forståelsesmodell*. *Forståelse* handler om å begripe noe, gjøre bruk av forstanden, (Sletnes, 2021), mens *modell* viser til mønster eller form som noe utføres etter, og er en forenklet fremstilling av en prosess, teori eller situasjon (Persvold, 2021). I arbeidet med sin masteroppgave, bruker Golubovic (2015) nettopp overgangsritual som forståelsesmodell, og jeg kommer til å bruke begrepet på samme måte som henne.

1.2.3 Personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg er en tilnærming som innebærer at helse- og omsorgspersonell legger vekt på å møte hver enkelt person med demens med respekt, at de ser hvert enkelt menneske der han eller hun er, og legger til rette for at deres ressurser blir tatt i bruk. (Rokstad & Røsvik, 2018).

1.2.4 Musikkterapi

Musikkterapi er både et fag og en profesjon som er opptatt av sammenhenger mellom musikk og helse, og musikkterapeuten bruker musikk i møte med ulike brukergrupper for blant annet å øke livskvalitet, mestringsfølelse, og redusere angst og uro (Ruud, 2023). Jeg vil utdype begrepene personsentrert omsorg og musikkterapi i teoridelen av oppgaven.

1.2.5 Demens

Demens er et samlebegrep på en tilstand, eller et syndrom, som oppstår som følge av ulike organiske sykdommer i hjernen. (Engedal & Haugen, 2018d). Tilstanden er kronisk og den kognitive svikten innebærer redusert hukommelse, svekket evne til kommunikasjon, oppmerksomhet og innlæring, noe som igjen fører til store utfordringer i møte med dagliglivets aktiviteter og gjøremål. Begrepet vil bli nærmere forklart i teoridelen.

1.2.6 Overganger

Overganger er noe vi alle stadig møter på gjennom livet, både større livsoverganger og mindre overganger i hverdagen. Overganger innebærer en endring til noe nytt, og for eldre personer med demens er nok overganger ekstra utfordrende på grunn av den uroen og forvirringen demenssykdommen fører til. En av de største overgangene er ifølge Schneible, Gabriel og Bradt (2021) fra hjemmesituasjon til en fast plass på en institusjon. Andre store overganger vil kanskje være endring i helsetilstand, eller tap av nære relasjoner som ektefelle eller barn. Jeg tenker også at hverdagen på sykehjemmet stadig byr på overganger for eldre personer med demens, som overgang fra natt til dag, nytt personale å forholde seg til, eller overgang til stellesituasjoner, som frisør eller tannpuss.

1.3 Struktur i masteroppgaven

Jeg har til nå i innledning beskrevet tema, og bakgrunn for mitt valg av tema. Jeg har også vist til problemstilling og forskningsspørsmål, og gjort rede for sentrale begreper. I det neste kapittelet, teori, skal jeg presentere sentrale teorier for tema og problemstilling, som har vært grunnlag for innhenting av datamaterialet. I kapittelet om metode beskriver jeg forskningstilnærming og metode som er brukt i forbindelse med datainnsamling, i tillegg til vitenskapelig tilnærming, og valg av analysemetoder. Til slutt i metodekapittelet presenterer jeg fremgangsmåten for selve analysen. I det neste kapittelet, resultater, vil jeg redegjøre for resultatene av min forskningsmetode, og jeg vil her vise til sitater fra mine informanter, kategorisert etter viktige temaer med tanke på min problemstilling. Deretter følger drøfting der jeg skal drøfte og reflektere over temaer som belyses i avsnittet resultater, i tillegg til å knytte dette til relevant teori og litteratur. Til slutt kommer en oppsummering der jeg trekker frem avsluttende refleksjoner rundt problemstilling og forskningsspørsmål som omhandles i oppgaven.

Del 2: Teoretisk rammeverk

2.1 Teorier om overgangsritual

Dette kapittelet ser nærmere på det kulturelle fenomenet overgangsritual og forsøker å svare på hva et overgangsritual er, gjennom utvalgte perspektiver på fenomenet. Deretter forklarer jeg hvorfor jeg mener overgangsritual er egnet som en forståelsesmodell i denne oppgaven.

2.1.1 Ritual

Begrepet *ritual* stammer fra det latinske ordet *ritualis* eller *ritus* som betyr «bruk», og viser til en handling som repeteres etter bestemte regler og som har et symbolsk innhold (Jacobsen & Groth, 2022). Et overgangsritual har mange særtrekk, men det er også et ritual. Ritualer er universelle, de finnes over hele verden, og gjennom å studere ritualer kan vi prøve å forstå større sosiale eller kulturelle mønstre (Amundsen et al., 2006).

2.1.2 Overgangsritual

Overgangsritual ble først beskrevet av den franske folkloristen og etnografen Arnold Van Gennep (1960), og han beskrev også disse ritualenes struktur. Denne typen ritualer var med på å markere større livsoverganger for individet, som overgang fra alder, sted, endring av status eller overgangen fra en mental eller fysisk tilstand til en annen.

Gennep mente at disse ritualene skilte seg fra andre ritualer, og han introduserte begrepet *rite of passage* om denne særegne kategorien av ikke religiøse rituelle seremonier. Formålet med klassifiseringen var å studere overgangsritualenes betydning når det gjaldt forståelsen for hvordan et samfunn strukturerte forholdet mellom enkeltmennesket og gruppen, mellom individ og kollektiv (Amundsen, 2006). Van Gennep mente at *rite of passage* kunne deles inn i tre faser, *separation*, *transition* og *incorporation* (1960). Den første fasen består av en separasjon fra individets tidligere rolle i samfunnet, deretter følger en liminalitet eller transisjon hvor individet befinner seg utenfor samfunnet, og er identitetsløs, og til slutt en tilbakevendelse, inkorporasjon der individet vender tilbake til og inntar sin nye rolle i samfunnet (Bell, 2009). Van Gennep mente at overgangsritual var konstante, og at de uttrykte en symbolsk død og gjenfødelse for både individ og kollektiv, gjennom fornyelse. «For groups, as well as for individuals, life itself means to separate and to be reunited, to change form and condition, to die and to be reborn» (1960, s. 189). Van Gennep og hans *rite of passage* regnes som den klassiske studien og alle senere teorier om overgangsritual bygger på hans studier.

2.1.3 Videreføring av overgangsritualbegrepet

Mens Van Genneps undersøkelse av *rite of passage* var en antropologisk beskrivelse, mente den skotske sosialantropologen Victor Turner at overgangsritualer handlet om noe mer, og han videreførte og utvidet Van Genneps begrep ved å knytte teorier til det han så. Turner koblet sine teorier om overgangsritual, til selve livet, og dette er grunnen til at jeg ønsker å utforske hans teorier om overgangsritual. Ifølge Turner spilte ritualene en viktig rolle for kollektivet med tanke på at de fungerte som «*social dramas*», en arena der individene fikk tildelt nye roller og kollektivet kunne gi uttrykk for, og bearbeide konflikter og utfordringer, og på denne måten opprettholde balansen i samfunnet (Bell, 2009). I tillegg hevdet Turner at ritualene kunne sees som uttrykk for en dynamisk sosial struktur, gjennom stadig fornyelse og redefinering av samfunnet. Turner utførte feltarbeid på midten av nittenhundretallet, i Ndembu stammen nordvest i Zambia, og målet var å kartlegge samfunnets følelser og tanker i forhold til ritualene som var en del av deres kultur (Turner, 1977). Turner viderefører Van Genneps tanker om en tredelt struktur i overgangsritualer, og han er særlig opptatt av selve transisjonen, det Van Gennep kalte den «liminale» fasen, der individet ikke lenger er en del av samfunnet, de befinner seg utenfor samfunnet, og de er ikke lenger underlagt

samfunnets regler og normer; «Liminal entities are neither here nor there; they are betwixt and between the positions assigned and arrayed by law, custom, convention, and ceremonial» (Turner, 1977, s. 95). Turner mener at individene brytes ned og reduseres i denne fasen, det er ikke lenger noe som skiller dem fra de andre individene, de er fratatt sin posisjon og tidligere status i samfunnet og er derfor ofte nakne eller forkledd som monstre. De er verken det ene eller det andre, de er «*betwixt and between*» som Turner selv kaller det, og denne liminale fasen forbereder individets tilbakevending i samfunnet i en ny sosial posisjon, samtidig som den er med på å styrke individene i denne overgangen.

Their behavior is normally passive or humble; they must obey their instructors implicitly, and accept arbitrary punishment without complaint. It is as though they are being reduced or ground down to a uniform condition to be fashioned anew and endowed with additional powers to enable them to cope with their new station in life (Turner, 1977, s. 95).

Turners begrep “*communitas*”, refererer til sterke sosiale bånd som utvikles mellom individene i den liminale fasen, og han peker på kontrasten mellom antistrukturen i den liminale fasen, og de tydelige forskjellene og hierarkiene som kjennetegner samfunnets sosiale struktur (Turner, 1977, s. 96).

Jeg ønsker å utforske de sidene ved overgangsritual som Turner påpeker fordi hans teorier om overgangsritual, og begrepene liminalitet og *communitas* viser til sosiale og kulturelle prosesser i livet. Det er derfor naturlig å ta utgangspunkt i Turners teorier i arbeidet med mine forskningsspørsmål.

2.1.4 Overgangsritual som forståelsesmodell

Jeg er interessert i å undersøke overganger for eldre personer med demens og jeg ønsker å bruke fenomenet overgangsritual som en forståelsesmodell i dette arbeidet. Golubovic (2015) eksisterende forskning hvor hun bruker nettopp overgangsritual som forståelsesmodell, vil kunne styrke mitt prosjekts relevans og være nyttig i mitt arbeid. Jeg har tidligere utforsket sammenhengen mellom overgangsritual som forståelsesmodell og større livsoverganger for sårbare grupper, og bruk av musikk/musikkterapi som støtte i disse overgangene, i en oppgave. I dette arbeidet så jeg på et utvalg tekster som utforsket denne sammenhengen. Den første teksten er artikkelen «Betwixt and between: Considering liminality and rites of passage in the

context of music therapy in a specialist further education college» (Coombes, 2020). Forfatteren er selv musikkterapeut på en skole for elever som har læringsvansker og/eller er på autismspekteret. Hun bruker overgangsritual som en forståelsesmodell når hun beskriver hvordan musikkterapiarbeidet støtter elevene i den store overgangen fra barn til voksen, og forbereder dem på neste kapittel i livet. Den andre teksten er en avhandling «Late adolescents use of music as transitional space» (Kristovich, 2001) som anvender overgangsritual og begreper som liminalitet og communitas, og forfatteren undersøker den store overgangen fra ungdom til voksen, og hvordan ungdom bruker musikk som en støtte i overgangen. Tekstene i min fordypningsoppgave underbygget min antagelse om at musikk/musikkterapi kan være en støtte i utfordrende livsoverganger, og koblingen til overgangsritual. Jeg fant to måter musikkterapi og musikk kan sees som et overgangsritual på i denne sammenhengen, det kan enten fungere som en støtte i den liminaliteten som overgangen i seg selv representerer, eller den er en støtte i kraft av seg selv¹

Jeg mener at overgangsritual som forståelsesmodell kan være særlig relevant i møte med temaet eldre personer med demens og overganger. Disse personene opplever kognitiv svikt og sliter med å forstå det som skjer, i tillegg til at demenssykdommen forverrer seg, noe som innebærer at de stadig møter på utfordrende overganger, ikke minst alle overgangene i hverdagen. Et eksempel er når beboeren på et langtidshjem våkner opp og ikke forstår hvor han eller hun er, og kanskje opplever frykt og forvirring i forhold til denne situasjonen. Overgangen fra natt til dag er utfordrende og virker skremmende for beboeren. Jeg mener at det finnes en viktig kobling mellom eldre personer med demens og overganger, og jeg mener at overgangsritual som forståelsesmodell vil være en nyttig tilnærming i møte med dette tema, og spørsmålet om hvordan musikkterapi og personsentrert omsorg kan lette/støtte disse overgangene.

2.2. Demens

Dette kapitlet ser nærmere på hva demens er, og jeg presenterer kort ulike former for demens. Deretter vil jeg presentere ulike nevropsykiatriske symptomer (NPS) som oppstår i sykdomsforløpet, og til slutt knytte disse symptomene til overganger for eldre personer med demens. Symptomene er mange og alvorlige, og de vil helt klart kunne

¹ Funnene jeg viser til her er hentet fra tidligere levert fordypningsoppgave i musikkterapi, oppgaven kan oppgis på forespørsel.

skape utfordrende overganger for eldre personer med demens. Jeg kommer til å gi konkrete eksempler på sammenhengen mellom symptomene og overganger.

2.2.1. Hva er demens?

Demens er en kronisk tilstand eller syndrom som oppstår som følge av ulike organiske sykdommer i hjernen, og disse sykdommene forverrer seg over tid og rammer stadig større deler av hjernen (Engedal & Haugen, 2018c). Symptomene på disse sykdommene varierer ut ifra hvilken del av hjernen som er skadet, og hvor i sykdomsforløpet pasienten med demens befinner seg. (Engedal & Haugen, 2018c). Hjernens aldring er den største risikofaktoren når det gjelder demenssykdom, fordi aldringen fører til at hjernens reservekapasitet svekkes og personen er dermed mer sårbar med tanke på å utvikle hjernesykdommer (Engedal & Haugen, 2018a). Tilstanden innebærer kognitiv svikt og rammer blant annet evne til tenkning, innlæring, språk, kommunikasjon og hukommelse, noe som gjør dagliglivets aktiviteter utfordrende. Endringer i personlighet, sosial atferd, motivasjon og emosjonell kontroll følger den kognitive svikten. (Engedal & Haugen, 2018c). Motoriske symptomer, som gange og balanse påvirkes også av tilstanden, men graden avgjøres av typen demenssykdom (Gujord, 2018). Demens er et økende samfunnsproblem, fordi vi lever lenger enn før er det også flere eldre som får demens, og i 2020, var det registrert over 100 000 tilfeller i Norge (nasjonalt senter for aldring og helse, 2023).

2.2.2 Ulike demenssykdommer

Den vanligste årsaken til demens, *Alzheimers sykdom*, ofte forkortet AD i engelskspråklig litteratur, er en hjernesykdom, og navnet stammer fra den tyske legen Alois Alzheimer som i 1901 beskrev det første tilfellet av sykdommen hos en 51 år gammel kvinne (Engedal & Haugen, 2018a). Aldring, livsstil og arvelige forutsetninger, og gjerne en kombinasjon av disse, kan være risikofaktorer for å utvikle AD, men det er per i dag ingen sikker årsak. Sykdommen kan ramme både yngre og eldre, og deles derfor inn i to hovedgrupper, AD med tidlig debut, som regel yngre enn 65 år, men kan forekomme så tidlig som i 40 års alderen, og AD med sen debut, som oftest etter 65 år. Tidlig debut har et mer aggressivt sykdomsforløp, sykdommen utvikler seg raskt, og i tillegg til svikt i hukommelse, er symptomene utfordringer i forhold til språk og/eller skrivevansker. AD med sen debut preges av mindre

symptomer og et snillere sykdomsbilde der utviklingen av sykdommen skjer mer gradvis, og hvor svikt i hukommelsen er det symptomet som preger startfasen. Alzheimers sykdom med demens rammer hovedsakelig kortikale områder i hjernen, det vil si storhjernen, men skadenes plassering varierer i forhold til om personen har AD ved tidlig eller sen debut. I tillegg kan anatomiske funn også sees i subkortikale områder. Det er særlig hippocampus og de nærliggende områdene rundt som skades. Alzheimer sykdom med demens, innebærer forandringer i nervecellene, det oppstår såkalte *nevrofibrillære floker*, det vil si at to og to fibre inni cellen tvinner seg sammen, og på grunn av innlagring av fosfor så vil de etter hvert floke seg. Fibrene består av proteinet «tau» som er viktig for å opprettholde cellenes struktur og tilførsel av næring, men de nevrofibrillære flokene fører til at disse nervecellene dør. Det oppstår også forandringer utenfor cellene, såkalte *senile plakk*.

Alzheimers sykdom er altså den vanligste årsaken til demens, men det finnes også andre årsaker som jeg vil nevne kort her. *Parkinsons sykdom med demens* (PD) kan oppstå som følge av ulike skader eller sykdommer i hjernen, men legemidler kan også være en mulig årsak (Engedal & Haugen, 2018b). Sykdommen opptrer ofte i høy alder og kjennetegnes av symptomer som stivhet, langsomme bevegelser og skjelving. Disse pasientene har ofte god hukommelse når det gjelder de daglige hendelsene, i motsetning til demens ved AD der hukommelsen er betydelig svekket. *Vaskulær demens* er et samlebegrep som omfatter demens der årsaken er sykdom i store, eller små blodårer i hjernen, som hjerneblødning, eller hjernedrypp. De ulike vaskulære årsakene gjør at det er store variasjoner når det gjelder utvikling av symptomer på demens, men de fleste opplever svikt i hukommelse, i tillegg til svekket identitet og utfordringer i forhold til orienteringsevne. *Demens med lewylegemer* (DLL) er en annen variant, og sykdommen innebærer at de degenererende nervecellene, som ofte finnes i subkortikale områder i hjernen, også inneholder lewylegemer, slik som ved Parkinsons sykdom ved demens. Det vanligste symptomet går ut på at pasientens bevissthetsnivå stadig endrer seg i kortere eller lengre tidsperioder, for så å gå tilbake til en normal bevissthetstilstand. I tillegg er syns- og hørselshallusinasjoner utbredt. *Frontotemporal demens* (FTD) er et samlebegrep som omfatter ulike degenerative sykdommer i mindre områder av hjernen, enten tinninglappene, pannelappene, eller begge områdene samtidig, i motsetning til AD der større deler av hjernen rammes. Vanlige symptomer på FTD er blant annet

reduksjon når det gjelder evne til oppmerksomhet, planleggingsevne, og initiativ, i tillegg til at pasienten ofte endrer atferd drastisk.

2.2.3 Nevropsykiatriske symptomer ved demens

Nevropsykiatriske symptomer ved demens (NPS) rammer de fleste personer med demens i løpet av sykdomsforløpet, og selv om det kan være de første symptomene på demens, er det mer vanlig at NPS forekommer på et senere stadium når demenssykdommen forverrer seg (Selbæk, 2018). Symptomene går også under navnet APSD som står for atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (Helsedirektoratet, 2022b). Begrepet omfatter angstsymptomer, stemningssymptomer, psykotiske symptomer, agitasjon og apati. Symptomene oppstår som følge av en kombinasjon av faktorer, både miljømessige og personlige forhold i omgivelsene, men også biologisk sårbarhet, og det er viktig at både behandling og utredning bygges på forståelsen av samspillet mellom disse faktorene (Selbæk, 2018, s. 246-247). Biologisk sårbarhet vil si at personen er disponert med tanke på å utvikle psykisk lidelse eller funksjonssvikt grunnet medfødt eller arvet biologisk egenskap (Malt, 2020). For å forstå NPS er det viktig å undersøke hva som ligger bak, hva som er *årsaken* til den utfordrende atferden, heller enn å behandle symptomer, og Kirkevold (2018) peker på at to personer med de samme symptomene kan ha helt forskjellig grunn til den samme utfordrende atferden. Personene kan dermed trenge ulike behandlingstiltak, for eksempel tilrettelegging av miljøet, tilpassing av høreapparat eller at pleieren endrer sin atferd (Kirkevold, 2018).

Apati er det mest vanlige nevropsykiatriske symptomet og innebærer at personen opplever manglende motivasjon, interesse og følelse og det kan derfor forveksles med depresjon eller kognitive symptomer (Selbæk, 2018). Forskning viser at tilstanden er klinisk og eksisterer uavhengig av graden av kognitiv svikt eller depresjon. I noen tilfeller, følger også rastløshet med denne passive atferden, personen med demens sitter eller ligger mye og deltar lite i aktiviteter. Grunnen er ofte redusert oppmerksomhet, dårligere hukommelse og evne til å planlegge (Engedal, 2016). Personer med apati blir ofte nedprioritert i forhold til personer med mer krevende symptomer som psykose og agitasjon, de ansees som mindre utfordrende selv om forskning peker på sammenhenger mellom apati, dårligere livskvalitet og høyere risiko for død (Selbæk, 2018). Når det

gjelder behandling av tilstanden apati nevnes blant annet musikkterapi, nærvær av dyr og fysisk aktivitet som tiltak som har vist seg å ha god effekt. *Agitasjon* er betegnelsen på en tilstand som ofte preges av uro, roping, vandring og repeterende lyder og bevegelser, tilstanden kalles også utfordrende adferd, forstyrret atferd eller atferdsproblemer, basert på når eller hvor tilstanden inntreffer, og også hvordan den oppleves og tolkes av personer i omgivelsene. Atferd av typen uro eller vandring gjenspeiler ofte et savn av de daglige aktivitetene som personen holdt på med før sykdommen, hvis personen for eksempel var tidligere aktiv langrennsløper og nå må være på et sykehjem uten denne aktiviteten (Engedal, 2016). Agitasjon ved demens er en av de vanligste formene for NPS, særlig på sykehjem og andre institusjoner der pasientene er innlagt, og symptomene forekommer også hyppigere ettersom graden av demens øker (Selbæk, 2018). Tilstanden behandles ofte med trening av kommunikasjonsferdigheter, intervensjoner som fokuserer på personsentrert omsorg, og musikkterapi, og det er viktig at tilstanden kun behandles med medisiner i særlig alvorlige tilfeller, eller om miljømessige eller psykososiale tiltak ikke fører til bedring. *Psykotiske symptomer* ved demens er mest vanlig ved moderat utvikling av sykdommen og innebærer vrangforestillinger eller hallusinasjoner i forhold til syn, hørsel og lukt. Det er viktig at symptomene utredes og behandles fortest mulig fordi disse pasientene ofte opplever større grad av funksjonstap og kognitiv svikt. Vrangforestillinger vil si at personen med demens er overbevist om noe som ikke samsvarer med virkeligheten, for eksempel at ektefellen er utro, eller at noen har stjålet ting fra personen. Engedal peker på at disse vrangforestillingene ofte går over av seg selv når graden av demens blir mer alvorlig og de intellektuelle evnene reduseres (2016). *Søvnforstyrrelser* er et vanlig nevropsykiatrisk symptom (Selbæk, 2018). Siden personer med demens produserer mindre av hormonet melatonin, går det ofte ut over døgnrytme, noe som fører til at pasienten kan være trøtt og uopplagt på dagtid, og ha utfordringer med innsovning ved leggetid. Selbæk (2018) peker på at lysbehandling og aktiviteter på dagtid kan være tiltak, og at søvnlegemidler ofte brukes på personer med demens, selv om effekten av disse er usikker og kan føre til at symptomene øker. *Depresjon* forekommer hos de fleste personer med demens, og det er flere årsaker til denne tilstanden. For eksempel er språk og skrivevansker, som *agnosi* og *apraksi* vanlig ved AD (Engedal & Haugen, 2018d). *Agnosi* betyr at personen, tross i at sansene fungerer som normalt, sliter med å forstå og tolke sanseintrykk (Gjerstad, 2020). *Apraksi* innebærer at personen ikke lenger klarer å utføre små praktiske gjøremål, ikke på grunn av skader i muskler og

ledd, men fordi evnen til å utføre målrettede og viljestyrte bevegelser svikter (Gjerstad, 2021).

2.2.4 Symptomer på demens, progresjon

Utviklingen av demenssymptomer deles inn i tre faser, *kompenseringsfasen*, *dekompenseringsfasen* og *pleiefasen* (Engedal & Haugen, 2018c). Kompenseringsfasen, den første fasen, kjennetegnes ved begynnende kognitiv svikt i form av svekket hukommelse, særlig knyttet til nylige hendelser. Personen kan glemme å spise, glemme å betale regninger eller glemme avtaler, i tillegg til at tidsorienteringen svekkes. Praktiske gjøremål som å kle på seg, lage mat eller vaske klær kan også være utfordrende på grunn av svekket evne til å orientere seg i rom. I dekompeniseringsfasen, det andre stadiet i utviklingen av symptomer, blir personen med demens ofte forvirret, hukommelsen svekkes ytterligere, i tillegg til at språkevne ofte rammes. Psykotiske symptomer som endret atferd og vrangforestillinger forekommer også. Pleiefasen er det siste stadiet av symptomer, og her er personen med demens helt avhengig av fysisk pleie, og har store utfordringer i forhold til kommunikasjon og motorikk.

2.2.5 Eksempler på NPS og overganger for eldre personer med demens

Eldre personer med demens vil med stor sannsynlighet oppleve nevropsykiatriske symptomer i sykdomsforløpet, og disse symptomene fører til redusert kognitiv kapasitet, i tillegg til progresjonen i sykdommen (Engedal, 2016). De blir også mer og mer avhengig av hjelp fra andre, de sliter med å forstå hva som skjer, og det oppstår forvirring, angst og uro som følge av det å miste oversikten og ikke henge med i hverdagen. Den kognitive svikten vil gjøre overganger utfordrende, og språk- og kommunikasjonsutfordringer kan føre til isolasjon og ensomhet, og også tap av identitet. Den største overgangen for eldre personer med demens er ifølge Schneible, Gabriel og Bradt (2021) overgangen fra en hjemmesituasjon til en fast plass på et langtidshjem. Engedal tar for seg denne overgangen i boken «En bok om demens, husk meg når jeg glemmer» (2016), og beskriver flere utfordringer knyttet til dette. For det første vil det være følelsesmessig tungt å forlate det trygge hjemmet og Engedal understreker at selv om personen med demens er intellektuelt svekket så skjønner han eller hun at de har flyttet hjemmefra og opplever det som en stor påkjenning. «Å flytte hjemmefra er en så stor og betydelig handling at den setter sine spor» (Engedal, 2016,

s. 180). En annen utfordring er å forstå at de faktisk skal bo på denne institusjonen, at dette ikke er midlertidig, men at dette er det nye «hjemmet» deres. Mange kjenner på ensomhet, de mistrives og blir deprimert og strever med å tilpasse seg det nye livet, selv om de fleste vet at de blir tatt vare på og er trygge. I tillegg til store og åpenbare overganger, som overgangen fra hjemmesituasjon til langtidshjem, redusert helse, og tap av nære relasjoner så vil nevropsykiatriske symptomer også skape potensielle overganger for eldre personer med demens idet daglige på langtidshjemmet:

Eva våkner, hun vet ikke hvor hun er, kjenner seg ikke igjen, og angsten og fortvilelsen tar henne. Hun ser seg rundt og tenker at hun må skynde seg hjem til mannen og barna sine. Hun strekker seg etter genseren som henger på stolen ved siden av sengen, trekker genseren over beina og blir frustrert når hun ikke får det til. Hun kjenner seg urolig og maktesløs. (tenkt eksempel).

Dette eksempelet, som beskriver en overgang fra natt til dag på langtidshjemmet, viser hvordan eldre personer med demens, på grunn av sin kognitive svikt, potensielt kan møte på mange utfordrende overganger i hverdagen. Det kan også være snakk om bittesmå overganger, i det ene øyeblikket er de kanskje forholdsvis klare, og i det neste kan de lure på hvem de er, hvor de er og de kan bli engstelige og redde.

2.3. Musikkterapi og eldre personer med demens

I dette kapittelet vil jeg begynne med å si noe om eksisterende kunnskap/forskning på feltet. Deretter vil jeg skrive litt om hva musikkterapi er og presentere noen definisjoner jeg mener er særlig relevante. Så vil jeg presentere teori og prøve å svare på: Hva slags musikkterapi er musikkterapi for eldre personer med demens? Jeg vil også legge frem «Musikkterapeutens 3 R'er», en tilnærming hentet fra den danske musikkterapiprofessoren og musikkterapeuten Hanne Mette Ridder (2016). I tillegg til faglitteratur/pensumlitteratur om emnet, gjør jeg rede for funnene etter systematisk litteratursøk, og presenterer en artikkel som bruker overgangsritual som forståelsesmodell i møte med musikkterapeutisk praksis for eldre personer med demens, på sykehjem (Schneible et al., 2021). Jeg anser den derfor som særlig relevant med tanke på mine forskningsspørsmål i denne masteroppgaven.

2.3.1 Musikkterapi

Cochrane-Collaboration har laget en systematisk oversiktsartikkel, som tar for seg forskning frem til 2017 når det gjelder musikkbaserte intervensjoner som behandling for eldre personer med demens (van der Steen et al., 2017). Forskningen viser at musikkbaserte intervensjoner, der minst fem økter gjennomføres, kan redusere depressive symptomer. Intervensjonene kan muligens hjelpe med å redusere angst og øke livskvalitet. Med tanke på aggresjon og agitasjon er det lite eller ingen effekt (van der Steen et al., 2017). Det å starte demenskor har blitt veldig populært i Norge, og mye av grunnen til dette er NRK serien om Demenskor. Det ble også gjennomført en pilotstudie i forbindelse med denne produksjonen, som undersøker korsang med personer med demens, over en periode på åtte uker, med tolv deltakere fra koret (Stensæth et al., 2022). Det ble gjort skjemaserte målinger i forhold til apati, depresjon, psykologiske og atferdsmessige symptomer på demens, humør og livskvalitet. Studien viste gode resultater, og bekreftet tidligere funn. Det var signifikant effekt på bedret humør hos deltakerne (Stensæth et al., 2022).

Musikkterapi er både et fag, en profesjon, og en profesjonell praksis (Ruud, 2023). Vitenskapsfaget musikkterapi, forsker på sammenhenger mellom musikk og helse, og musikkterapeutisk praksis går ut på å bruke musikk for å fremme helse og øke livskvalitet. En musikkterapeut kan jobbe med mange ulike brukergrupper, for eksempel innenfor psykiatri, i eldreomsorgen, på sykehus, skoler eller i kriminalomsorgen. En ressursorientert musikkterapi vektlegges i arbeidet, og dette perspektivet er utviklet av Rolvsjord (2008) og innebærer at musikkterapeuten fokuserer på klientens ressurser og kompetanser, og en likeverdig relasjon mellom musikkterapeut og klient vektlegges.

Even Ruuds definisjon, bygger på et humanistisk og sosiologisk perspektiv:

«Musikkterapi er bruk av musikk til å gi mennesker nye handlemuligheter» (Ruud, 1990, s. 24).

Ruud sier selv at begrepet *handlemuligheter* innebærer et bredere sykdomsbilde, som tar hensyn til både personlige, biologiske og sosiale forhold. Musikkterapien åpner opp for et utvidet handlingsrom, der musikkterapeuten kan utvide klientens mulighet til handling og utfoldelse. Ifølge Kvamme (2013) kan musikkterapien gi nye

handlemuligheter for eldre med demens, blant annet ved at musikk kan gi tilgang til følelser, personens identitet og minner.

Den andre definisjonen er professor i musikkterapi Kenneth Bruscias nyeste definisjon av musikkterapien:

Music therapy is a reflexive process wherein the therapist helps the client to optimize the client`s health, using various facets of music experience and the relationships formed through them as the impetus for change (Bruscia, 2014a, s. 36).

Målet med musikkterapien her, er å bidra til så god helse som mulig for klienten, og det er en kvalifisert musikkterapeut som arbeider sammen med klienten for å oppnå dette, ved hjelp av relasjonen mellom dem, og musikken. Også denne definisjonen er nyttig med tanke på musikkterapeutisk arbeid for eldre personer med demens.

2.3.2 Hva er musikkterapi for eldre personer med demens?

Den amerikanske nevrologen Oliver Sacks (2007) hevder at målet med musikkterapi for eldre personer med demens er å stimulere, og hente frem *selvet* eller personligheten, det vil si de tanker, følelser, minner og kognitive evner som personen fortsatt innehar til tross for demenssykdommen. Grunnen til at dette er mulig er at hukommelse, følelser og musikkoppfattelse knyttet til musikk er en type hukommelse som vi fortsatt har når andre former for hukommelse har sviktet (Sacks, 2007, s. 373). Sacks peker på at musikk har ekstra stor betydning for eldre personer med demens, musikken er en nødvendighet og kan være avgjørende for personens opplevelse av mening og identitet: «Music is [a] necessity, and can have a power beyond anything else to restore them to themselves, and to others, at least for a while» (Sacks, 2007, s. 385). Ruud (2013), vektlegger også musikkens iboende kraft som identitets- og meningsskapende. Sterke musikkopplevelser er knyttet til sentrale minner gjennom livets ulike faser, og musikk kan derfor ha en viktig funksjon i en erindringsprosess hos eldre personer med demens, ved at den kan styrke opplevelsen av identitet og mening i en kaotisk tilværelse. «Musikken er med på å opprettholde og videreføre kontinuitet og mening; vår identitet unngår den fragmentering som kan true oss når livet leves i siste fase» (Ruud, 2013, s. 47). Ruud ser musikken som et *identitetens lydspor*, den er knyttet til viktige hendelser

i våre liv, og når denne musikken spilles på et senere tidspunkt i livet, bærer den med seg minnene fra disse hendelsene, og styrker dermed fortellingen om oss selv, den styrker med andre ord vår identitetsfølelse (Ruud, 2001, s. 55). Kvamme (2008) peker at musikk kan ha en positiv virkning på både kognitive, fysiske og psykososiale områder hos eldre personer med demens. Kjent musikk kan aktivere kognitive funksjoner som språk og hukommelse, fysisk kan musikk aktivere bevegelser hos personen med demens ved å stimulere sentralnervesystem og hjerne. Musikk kan også dekke psykososiale behov, som behov for tilhørighet, identitetsfølelse, trygghet og mestring. Kvamme hevder på bakgrunn av dette, at musikkterapi er en livsnødvendighet for eldre personer med demens, særlig fordi musikk kan nå inn til de friske delene av hjernen, og på denne måten hente frem ferdigheter og hukommelse som er intakt, men som vanligvis ikke er tilgjengelig.

2.3.3 Musikkterapeutens 3 R`er

Professor i musikkterapi Hanne Mette Ridder (2016) peker på tre overordnede problemområder for eldre personer med demens, og hevder at musikk/musikkterapi kan brukes i møte med disse. Områdene dreier seg om utfordringer knyttet til det relasjonelle, evne til selvregulering og det å gjenkjenne og holde fokus. Ridder oppsummerer måten å arbeide på som «Musikkterapeutens 3 Rer: ramme, regulering og relasjon» (2016, s. 140-143). Jeg velger å fokusere på hennes teori fordi disse problemområdene kobles til musikkterapi, og jeg mener at overganger for eldre personer med demens kan knyttes til dette. Jeg vil i det følgende beskrive disse tre «R`ene».

Ramme

Målrettet bruk av musikk kan skape en trygg og gjenkjennelig ramme for eldre personer med demens, den kan fange oppmerksomheten, og på denne måten åpne opp for et fokus her og nå. Dette åpner igjen opp for en felles oppmerksomhet, som Ridder mener er utgangspunktet for samvær. Musikk som *cueing*, det vil si kjent musikk som en ledetråd for hukommelsen, hjelper personen med demens å lettere forstå konteksten. I musikkterapien kan dette være faste sanger på begynnelsen og slutten av en musikkterapi gruppe, som informerer om det som skal skje og som personen gjenkjenner. Musikken tilbyr på denne måten en trygg ramme.

Regulering

Ridder (2016) hevder at musikk kan hjelpe personer med demens til å regulere sitt *arousalnivå*. Et for høyt *arousalnivå* betyr at personen er i «fight or flight mode» enten klar til å kjempe, eller klar til å flykte, og Ridder understreker at et forsøk på regulering i denne angstpregede tilstanden kan forverre tilstanden. Et lavt *arousalnivå* betyr at personen er søvnnig, uten initiativ, og vanskelig å kommunisere med. Målet er å etablere en felles oppmerksomhet, og et balansert nivå av arousal åpner opp for dette. Personen med demens er da mer til stede og kan lettere kan forholde seg til både det som skjer, og andre mennesker. Regulering ved hjelp av musikk er imidlertid avhengig av at personen føler seg trygg, både på musikkterapeuten og situasjonen. Først da kan musikken brukes til å balansere *arousalnivået*, enten for å stimulere eller berolige personen. Ifølge Ridder, kan musikkterapeuter jobbe ut ifra *iso-prinsippet* i dette arbeidet. Iso-prinsippet går ut på at musikkterapeuten, i tilfeller av et høyt *arousalnivå*, matcher tilstanden ved bruk av hurtig tempo og varierende dynamikk. Ved et lavt *arousalnivå*, der klienten er depressiv, brukes roligere musikk, og mindre dynamikk for å matche tilstanden, etterfulgt av musikk som kan løfte klientens humør og dermed regulere *arousalnivået*.

Relasjon

Relasjon handler om å dekke psykososiale behov, både ved å vektlegge den nære relasjonen og individet, men også ved å sette individet inn i en større sammenheng (Ridder, 2016). Forståelsen av at personens identitet stadig formes av både nåværende og tidligere relasjoner er sentrale i dette arbeidet. Musikkterapeuten bruker musikk som personen med demens har et forhold til, og ressurser ivaretas.

2.3.4 “Reflections on music therapy with older adults from an ethnographic perspective” Artikkelen (Schneible et al., 2021) ser nærmere på den sosiale og kulturelle endringen hos beboerne på et langtidshjem, og på hvordan musikkterapi kan støtte eldre personer i denne overgangen. Schneible, forteller om sin kliniske erfaring som musikkterapeut, og hun knytter dette til overgangsritual og dets tre faser. Schneible henviser til Turners teorier (1977) om overgangsritual, og hevder at eldre havner i en liminal fase i denne overgangen (2021). Den liminale fasen innebærer at de eldre mister sin sosiale posisjon, de blir ofte passive og anonyme, de blir avhengig av andre og i

tillegg må de forholde seg til nye normer og regler. Schneible peker på at eldre ofte blir værende i denne fasen for lenge, og hun hevder at rite of passage kan hjelpe de eldre gjennom denne skremmende overgangen, slik at de kan begynne arbeidet med å rekonstruere sin nye identitet. «Navigating the later stages of life is a process of transformation that deconstructs one's «old self» but often lacks moving forward to reconstruct a «new self» (Schneible et al., 2021, s. 26). Liminaliteten støtter den enkelte i overgangen mellom tidligere status og ny status, den fungerer som en brobygger i dekonstruksjonen, og rekonstruksjonen av individet. « The ritual(s) associated with the transition serve to move the individual (or community) through a period of liminality bridging the gap between deconstruction and reconstruction, between letting go of an old role and taking up a new role» (Schneible et al., 2021, s. 28). Schneible hevder at musikkterapi kan støtte de eldre i denne overgangen, både ved å gjøre arbeidet med rekonstruksjon av individ og kollektiv lettere, men også ved å anerkjenne opplevelsene som er involvert og selve overgangen. Hun beskriver arbeidet med musikkterapi grupper ved et langtidssykehjem, og kaller den terapeutiske prosessen «*a healing process*», en terapeutisk tilnærming der musikkterapeuten, beboerne og musikken er likeverdige, og der beboerne er aktive deltakere gjennom meninger, kommentarer og ønsker (Schneible et al., 2021, s. 30). Musikkterapi gruppene åpner opp for det Schneible kaller «*a story of healing*», der musikkterapeuten vektlegger mennesket bak sykdommen og dets iboende verdi, og healing foregår på et sosialt, emosjonelt og psykologisk plan. Beboernes ressurser anerkjennes, både gjennom gjensidig samhandling der beboernes og musikkterapeutens kompetanse møtes, men også gjennom musikkens iboende kraft som menings- og identitetsbærende. Beboerne har fått en ny og verdifull rolle i fellesskapet, de er ikke lenger bare beboere på en institusjon, og dette nye fokuset kan ifølge Schneible hjelpe disse individene ut av den liminale fasen og inn i rekonstruksjonen av en ny sosial status:

Residents often appear engaged, empowered and encouraged by music therapy [...] [it] shifts attention to the positives and the possible in their lives. It draws them out of the liminal anonymity of “nursing home resident” to redefine or reintegrate their sense of self, identity and purpose (Schneible et al., 2021, s. 30).

Denne artikkelen undersøker overgangen fra hjemmesituasjon til langtidshjem, og den musikkterapeutiske tilnærmingen er et rite of passage, et overgangsritual. Den musikkterapeutiske tilnærmingen både letter, og støtter beboerne gjennom en utfordrende overgang.

2.4. Teorier om personsentrert omsorg

Dette kapittelet tar for seg teorier om personsentrert omsorg. Først vil jeg forsøke å svare på hva denne omsorgsfilosofien innebærer. Deretter vil jeg presentere Kitwoods (1999) grunnleggende psykologiske behov og knytte disse til eldre personer med demens på institusjon. Videre vil jeg også si noe om VIPS- rammeverket som bygger på Kitwoods teorier. Til slutt vil jeg forklare hva personsentrert bruk av musikk går ut på.

2.4.1 Personsentrert omsorg

Ifølge Nasjonalfaglig retningslinje for demens, skal *Personsentrert omsorg* være grunnlaget for behandling og omsorg i Norge, og helseinstitusjoner skal tilrettelegge for en personsentrert tilnærming (Helsedirektoratet, 2022c). Omsorgsfilosofien innebærer at helse- og omsorgsarbeidere setter seg inn i hvordan verden oppleves for personer med demens. De er opptatt av å anerkjenne og møte personen der han eller hun er, møte de med respekt og åpenhet og tilrettelegge for bruk av personens ressurser (Rokstad & Røsvik, 2018). Forfatterne understreker viktigheten av en personsentrert tilnærming i møte med eldre personer med demens, som ofte kan oppleve en degradering av egen iboende verdi som menneske på grunn av endringene tilstanden medfører. Personsentrert omsorg innebærer en likeverdig relasjon mellom personen med demens og helse- og omsorgsarbeidere. Målet er å styrke opplevelsen av det Kitwood (1999) kalte *personhood*, eller personverd på norsk, det vil si at personen med demens får sin egen verdi og status bekreftet i denne gjensidige relasjonen (Rokstad & Røsvik, 2018). Engedal (2016) henviser til grunnleggeren av denne omsorgsfilosofien, den britiske psykologen Tom Kitwood, (1999) som mener at personsentrert omsorg handler om å sette mennesket i fokus, og prøve å finne ut av hvem mennesket bak sykdommen er, i stedet for selve sykdommen og symptomer. Demens er en tilstand, ikke en sykdom, og tilstanden kan ikke behandles, så derfor handler personsentrert demensomsorg om «[...] å behandle MENNESKET som har demens» (Engedal, 2016, s. 187). En personsentrert tilnærming prøver å finne årsaken til utagering og agitasjon

ved demens, og det er viktig å sette seg inn i personens perspektiv for å prøve å forstå hva som ligger bak de følelsesmessige reaksjonene (Røsvik & Mjørud, 2019).

2.4.2 Grunnleggende psykologiske behov

Røsvik og Mjørud (2019) har skrevet en håndbok for de som jobber ved akuttgeriatrisk sengepost på sykehus, og modellen de har utviklet kalles «AG-modellen for personsentrert omsorg i sykehus». I denne håndboken henviser de til Kitwoods (1999, s. 90-92) fem grunnleggende behov, trøst, identitet, inkludering, tilknytning, og meningsfull aktivitet, og knytter disse opp mot eldre personer med demens og sykehus (Røsvik & Mjørud, 2019). Selv om sykehus ikke er mitt fokus i denne oppgaven, så er det en del i denne håndboken som også gjelder for eldre personer med demens og langtidshjem. I dette kapitlet velger jeg å bruke begrepet pasient i stedet for beboer, siden forfatterne knytter behovene til sykehus. *Trøst/Comfort* jamfør Kitwood (1999) handler både om å styrke følelsen av velvære hos pasienten gjennom å lindre fysisk ubehag og smerte, men også om å få dekket behovet for varme, nærhet og omsorg. Usikkerheten og begrensningene pasientene opplever kan øke behovet for trøst. Behovet for opplevelsen av *identitet* er grunnleggende i oss mennesker, og handler om hvem vi er. Identiteten svekkes ved kognitiv svikt, og det er viktig at personalet støtter pasientens identitet. Det kan gjøres ved at pasienten har personlige eiendeler rundt seg, og også ved at personalet bruker navn når de henvender seg til pasienten. Ifølge Røsvik og Mjørud (2019) må personalet snakke med pasienten først så han eller hun føler seg inkludert og verdsatt, og heller henvende seg til pårørende etter dette, i de tilfeller hvor pasienten ikke er i stand til å uttrykke egne ønsker og behov. *Tilknytning* kan være et økende behov, da disse personene har vært igjennom en stor overgang fra en trygg hjemmesituasjon og til et nytt og ukjent sted, og pårørende har en sentral rolle for å dekke dette behovet for tilknytning. «For pasienten kan det være viktigere å oppleve nærhet til noen som har kontroll på situasjonen og stole på dem enn å ha kontroll på situasjonen selv» (Røsvik & Mjørud, 2019, s. 15). *Inkludering* referer til pasientens behov for opplevelse av å bli akseptert og være velkommen i en sosial gruppe, både med tanke på medpasienter og helsepersonell. Demenssymptomer skaper ofte utfordringer for eldre personer med demens i forhold til det sosiale. *Meningsfull aktivitet*, eller *occupation* som Kitwood (1999) kaller det, gir et godt utgangspunkt for sosial kontakt, opplevelse av mestring, glede selvstendighet og trygghet, og aktivitetene kan på denne måten bidra til mening og styrket identitet for pasienten. Aktivitetene

deles inn i tre typer, fritidsaktiviteter, aktiviteter i dagliglivet og aktiviteter knyttet til arbeid/produksjon (Røsvik & Mjørud, 2019).

2.4.3 VIPS- rammeverket

Kitwoods teori (1999) ble brukt som utgangspunkt for det som kalles VIPS-rammeverket for personsentrert omsorg, utarbeidet av Dawn Brooker (2013), og Rokstad og Røsvik (2018) henviser til dette rammeverket (Brooker henvist i Rokstad og Røsvik, 2018). Forkortelsen er et akronym som viser til fire hovedelementer som skal være en del av personsentrert omsorg:

V refererer til en verdsetting, både av personer med demens, og deres omsorgsgivere. Både tilrettelagte fysiske og sosiale omgivelser for personen med demens, og en pågående evaluering av omsorgskvaliteten vektlegges. *I* står for individuell behandling, og noe av det som trekkes frem her er kjennskap til livshistorie, individuelle referanser og utarbeiding av behandlingsplaner. *P* handler om perspektiv, omsorgsgiver skal se verden fra personen med demens sitt ståsted. Personalets evne til empati og et ønske om å ivareta og forstå personen med demens sine meninger og samtykker vektlegges under dette punktet. *S* refererer til et støttende sosialt miljø for personen med demens, og viktige begreper her er varme, respekt og inklusjon ovenfor personen med demens.

Rammeverket benyttes ofte som en sjekklister for personal og ledelse ved institusjoner i evalueringen av hvorvidt tilnærmingen er personsentrert. I tillegg kan VIPS brukes som en praksismodell i arbeid med individuell tilrettelegging (Rokstad & Røsvik, 2018).

Jeg mener at Kitwoods teori (1999), og videreføringen av hans teori med VIPS-rammeverket, også vil være viktige med tanke på overganger for eldre personer med demens. En sårbar overgang fra privat hjem til langtidshjem, vil forsterke behovet for å ivareta de psykologiske behovene, som behovet for identitet, trøst og tilknytning, hos eldre personer med demens. Røsvik og Mjørud (2019) understreker at særlig behovet for tilknytning kan øke i den store overgangen fra privat hjem til sykehjem.

2.4.4 Personsentrert musikkbruk

Helsedirektoratet nasjonalfaglig retningslinje om demens anbefaler musikkterapi, men sang og musikkbruk av helse- og omsorgspersonell er også anbefalt:

Å synge sanger man liker kan gi gode opplevelser. Det kan for eksempel gjøres av helse- og omsorgspersonell under stell og forflytning, eller som allsang i gruppe. Rytme, som i sang og musikk, kan understøtte gangfunksjon og bevegelse (Helsedirektoratet, 2022a). Ifølge Kvamme (2020) handler både personsentrert omsorg og *personsentrert musikkbruk* om å ta personen med demens på alvor, og møte personen med respekt og åpenhet. Bevisst bruk av musikk, tilpasset den enkelte, kan danne grunnlag for kommunikasjon og samhandling, og sang og musikk kan bidra til at personen føler seg inkludert i et fellesskap gjennom delte musikkopplevelser. I tillegg er musikk oppmerksomhetsfangende og kan derfor hjelpe personer med demens med å være kognitivt til stede. Musikk er imidlertid ikke utelukkende positivt for personer med demens, og Kvamme peker på at feil bruk av musikk, som uønsket musikk, musikk opplevd som støy, og musikk som forbindes med vonde minner, kan utløse negative følelser som frustrasjon, sinne eller tristhet. Daglig bruk av musikk er viktig på sykehjem, og musikkterapeuten jobber både med grupper og individuelt. Kvamme (2020) understreker imidlertid betydningen av at også helse- og omsorgspersonell tør å bruke musikk. Det å synge eller spille et instrument, kan styrke relasjonen mellom omsorgsgiver og beboer, og også bidra til trygghet. Metoden *vårdarsång*, innebærer kartlegging av ønsket musikk for den enkelte, og innlæring av et tilpasset repertoar for personalet. Metoden er utviklet av den svenske sykepleieren Götell, og Kvamme henviser til Götells metode og kaller det *omsorgssang* på norsk (2020, s. 65). Musikk kan også brukes i forbindelse med stell og pleie, som forflytning, dusj, og tannpuss, der musikken tilpasses den enkeltes musikkpreferanser og tekst og melodi brukes til kommunikasjon ved at omsorgsgiver beskriver det som skjer i teksten og knytter det til kjent melodi for beboeren. Omsorgssang er også en sentral del av opplæringsprogrammet musikkbasert miljøbehandling. Kvamme knytter også musikk til Kitwoods (1999) grunnleggende psykososiale behov, og mener musikk kan bidra til å dekke disse behovene (Kvamme, 2020).

Del 3: Metode

3.1 Fremgangsmåte/struktur i metodekapittelet

For å finne svar på mine problemstillinger har jeg gått frem på to ulike måter. Den ene tilnærmingen er en litteraturstudie der jeg gjennomførte et litteratursøk om allerede eksisterende litteratur om overgangsritual, og forsøkte å svare på hva et overgangsritual er. Jeg har brukt begreper fra utforskningen av fenomenet overgangsritual for å finne litteratur som undersøker koblinger mellom overgangsritual, musikk/musikkterapi og eldre personer med demens. Den andre tilnærmingen er kvalitativ. Jeg er interessert i musikkterapeuten og sykepleierens opplevelser/erfaringer med tanke på temaet eldre personer med demens og overganger. Jeg benytter meg derfor av metoden *kvalitativt forskningsintervju*, der målet er å fange intervjupersonens forståelse av verden fremfor vitenskapelige forklaringer (Kvale & Brinkmann, 2017). På grunnlag av intervjuet kan jeg få informasjon om utfordringer og behov, og dermed et innblikk i hvordan fagpersoner opplever at pasientene opplever overgangene. Sykepleier og musikkterapeut kan også si noe om hvordan de kan bidra til å lette disse overgangene, i form av pleie eller omsorg, og musikkterapi. Jeg vil også presentere valg av analysemetode og trinn i analysen, og så følger selve analysen. Til slutt i denne delen vil jeg si noe om metodekritikk.

3.1.1 Vitenskapsteoretiske perspektiver

Malterud (2018) peker på to paradigmer, det vil si ulike vitenskapelige forskningstradisjoner når det gjelder kunnskap om verden og antakelser om verden. Det positivistiske paradigmet bruker en deduktiv tilnærming der slutninger trekkes fra det allmenne til det enkeltstående og forskerne innhenter objektive fakta som kan telles og måles ved hjelp av kvantitative forskningsmetoder. Det fortolkende paradigmet skiller seg fra det positivistiske ved at det setter subjektet i sentrum, her trekkes slutninger fra det enkeltstående til det allmenne, det vil si en induktiv tilnærming. Forskningstradisjonen hevder at menneskers forståelse av verden avhenger av deres ståsted, og trekker frem forskeren som sentral og medvirkende i undersøkelsen av subjektivitet. Det fortolkende paradigmet innebærer bruken av kvalitative forskningsmetoder. (Malterud, 2018, s. 26-27). Thornquist utdyper forskjellene mellom disse metodene innenfor forskning. «[...] målet med kvalitativ forskning er å komme frem til *dybdekunnskap* og å få *helhetlig* forståelse av *få* enheter, mens målet i

kvantitativ forskning er å fremskaffe kunnskap om omfang og utbredelse, frekvenser og fordelinger, og *statistiske sammenhenger av mange enheter*» (Thornquist, 2018, s. 236). Min metode er kvalitativ og befinner seg innenfor det fortolkende paradigmet og jeg har dermed en induktiv tilnærming i min oppgave.

3.1.2 Litteraturstudie

Denne delen av oppgaven prøver å svare på hva et overgangsritual er, og den er også en teoretisk undersøkelse av fenomenet overgangsritual som konsept/forståelsesmodell. På bakgrunn av teorier om overgangsritual kom jeg frem til noen søkebegrep som jeg benyttet for å finne frem til litteratur som kunne vise koblinger mellom overgangsritual, demens og musikkterapi.

Litteratur ble søkt etter gjennom følgende databaser: Oria, og i tillegg tidsskriftet Voices. Siste søk ble gjennomført 31.03.23.

Jeg begrenset søket til fagfelleverderte artikler, bøker og bokkapitler, men valgte i tillegg å inkludere en avhandling som virket relevant i forhold til min problemstilling. Jeg inkluderte tekster på norsk og engelsk, og tidsrommet ble begrenset til 2000-2023. Noen av søkeordene bygget på begreper hentet fra utforskningen av fenomenet overgangsritual.

Søkekombinasjoner:

overgangsritual, musikk: her fikk jeg to treff, ett av de var Golubovic (2015) masteroppgave, som jeg allerede hadde kjennskap til.

rites of passage, music therapy: Her fikk jeg 33 treff. Jeg valgte å lese 5 i fulltekst.

transitions, dementia, music therapy: Her fikk jeg 20 treff. Valgte å lese to i fulltekst

rites of passage, liminality, music therapy: Søket gav ingen treff, men på utvidet resultat fikk jeg 9 treff, og jeg valgte å lese 3 tekster.

music therapy, transition, nursing home: Her fikk jeg 25 treff. Jeg valgte å lese to i fulltekst.

Litteratursøket resulterte i flere tekster, men det var den siste søkekombinasjonen som var mest spesifikk og som ledet meg til en fagfelleverdert artikkel, og en avhandling, som begge virket særlig relevante med tanke på mine forskningsspørsmål. Artikkelen

«Reflections on music therapy with older adults from an ethnographic perspective», (Schneible et al., 2021) er skrevet av tre forfattere, og hovedforfatteren Schneible, er musikkterapeut. I artikkelen beskrives hennes musikkterapeutiske praksis i møte med eldre personer med demens på et sykehjem, og forfatterne bruker overgangsritual som forståelsesmodell i møte med denne praksisen.

I tillegg til tekstene nevnt ovenfor, som knytter overgangsritual, eldre personer med demens og musikkterapi sammen, fant jeg to tekster til som var relevante og som har utvidet min forståelse når det gjelder sammenhengen mellom overgangsritual og musikkterapi. Disse tekstene ble presentert i teoridelen, (side 9) i oppgaven, og jeg vil komme tilbake til tekstene i drøftingsdelen.

3.2 Kvalitativt forskningsintervju I denne oppgaven ønsker jeg å undersøke overganger for eldre personer med demens. Jeg er opptatt av å kartlegge utfordringer, behov og opplevelser og få et innblikk i hvordan eldre personer med demens opplever overganger. Spørsmålet i min problemstilling begynner med: *Hvordan*, det vil si at jeg først og fremst søker en forståelse om dette temaet, ikke nødvendigvis en forklaring (Malterud, 2018). Med dette som utgangspunkt vil det være naturlig å bruke en kvalitativ metode. Jeg ønsker å utforske et tema som det ikke har blitt forsket så mye på, det finnes noe litteratur, men ikke nok. Jeg mener at et intervju er den metoden som kan gi best svar, med tanke på mine forskningsspørsmål. Kvale og Brinkmann (2017) understreker at målet med det kvalitative forskningsintervjuet er å forstå intervjupersonens erfaringer og opplevelse av verden, snarere enn vitenskapelige forklaringer, forskeren ønsker ny kunnskap om et spesielt tema, og denne kunnskapen konstrueres i samhandlingen mellom intervjuer og intervjupersonen. Thornquist (2018) vektlegger begrepet *refleksivitet* som betydningsfullt i kvalitativ forskning, det vil si at forskeren er bevisst sin rolle, og reflekterer over seg selv og eget bidrag gjennom hele forskningsprosessen. Et viktig aspekt her er min *forforståelse* når det gjelder temaet. Malterud (2018) beskriver denne forforståelsen som en ryggsekk vi har med oss inn i forskningen, en ryggsekk som inneholder tidligere erfaringer, teorier, og hypoteser og som dermed påvirker hvordan vi analyserer datamaterialet, og hele vår forskningsprosess for øvrig. Jeg har allerede personlige erfaringer og engasjement siden jeg har opplevd demenssykdom i nær familie, og musikkens virkning i den situasjonen. Dette kan legge føringer for mitt arbeid og de resultatene jeg ønsker å oppnå og min forforståelse, og dette utgangspunktet kan gjøre at jeg allerede” vet” svaret på det jeg

spør om. Her må jeg være bevisst, og prøve å legge forforståelsen litt til side slik at jeg ikke går inn i forskningen «[...] med skylapper og begrenset horisont» (Malterud, 2018, s. 45). På den annen side kan min forforståelse og bakgrunn være en styrke da den kan skape engasjement inn i forskningen. Jeg er klar over at andre forskere kanskje ville valgt en annen metode enn det jeg har gjort i møte med mine forskningsspørsmål og jeg utdyper dette senere, under kapittelet som tar for seg metodekritikk.

3.2.1 Rammer for datainnsamlingen

På bakgrunn av mitt tema, eldre personer med demens og overganger, valgte jeg å utføre et fellesintervju med sykepleier og musikkterapeut ved ett sykehjem. Grunnen til at jeg valgte akkurat sykehjem som arena er at jeg ville utforske ulike overganger, og flytting fra privathjem til institusjon er en stor overgang. Det ville derfor være interessant å snakke med de som tar de imot i akkurat denne overgangen og høre om deres synspunkter og erfaringer med overgangen. Valget når det gjaldt yrkesgrupper ble tatt med hensyn til problemstillingen min, der fokuset er på hvilken rolle personsentrert omsorg og musikkterapi har i disse overgangene. Musikkterapeut var et naturlig valg for meg siden jeg er interessert i å finne ut av hva musikkterapi kan bidra med i overgangene og jeg tenker at en sykepleier vil være involvert i ulike overganger, og at personsentrert omsorg er en del av deres tilnærming. Sykehjemmet ble valgt med tanke på at begge de to informantene er erfarne og dyktige fagpersoner, at det har vært ansatt musikkterapeut ved sykehjemmet over lengre tid og at de nylig har vært igjennom en større flytteprosess og derfor er velkjent med overganger. Jeg gjorde et *strategisk utvalg* fordi jeg ønsket gode og utfyllende svar fra noen som er vant til å snakke om yrket sitt. Malterud (2018) skriver at et *strategisk utvalg* betyr at vi velger det datamaterialet som er mest gunstig for å belyse vår problemstilling, slik at vi får innhentet den kunnskapen vi faktisk er ute etter. Jeg var først i kontakt med musikkterapeuten, og ba om en anbefaling i forhold til hvilken sykepleier som kunne være hensiktsmessig å ta med på intervjuet. Musikkterapeuten valgte en dyktig og erfaren avdelingssykepleier. Jeg valgte å gjennomføre kun ett intervju, og begrunner valget mitt med at jeg i denne oppgaven ikke hadde behov for å sammenligne, men heller gå i dybden med tanke på erfaringer innenfor to yrkesgrupper ved samme sykehjem. Jeg ønsket å få frem meninger og synspunkter fra to ulike yrkesgrupper og mente at et fellesintervju kunne gi mer, og annen informasjon, enn om jeg hadde intervjuet deltakerne hver for seg om det samme tema, jamfør Malterud (2018).

Fokusgruppeintervju innebærer som regel flere enn to deltakere, vanligvis 6-8 deltakere, men jeg velger allikevel å plassere det innenfor denne typen intervju og vil begrunne valget mitt på følgende måte. En slik tilnærming kan være nyttig når vi ønsker kunnskap om erfaringer, opplevelser, og holdninger i større miljøer der flere mennesker samhandler (Malterud, 2018). Selv om jeg kun har to deltakere i mitt intervju, så er både sykepleieren og musikkterapeuten en del av et større miljø, et sykehjem. Det er derfor interessant å gjennomføre et fellesintervju for å få frem flere synspunkter når det gjelder opplevelser, erfaringer og behov i møte med overganger, og denne type intervju gjør også at deltakerne kan spinne gi hverandre idéer og impulser til utdyping av enkelte tema. Jeg valgte et *semistrukturert* intervju, som refererer til intervjuet som noe midt imellom et spørreskjema og en åpen samtale, der forskeren har utformet en intervjuguide på forhånd i forhold til temaer, og noen forslag til spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2017).

3.2.2 Fenomenologi/fenomenologisk perspektiv på intervjuet

Fenomenologi som filosofi har sitt opphav i Tyskland på 1900-tallet, og grunnleggeren Edmund Husserl, satte søkelys på opplevelse og bevissthet, og senere inkluderte han også menneskets livsverden (Kvale & Brinkmann, 2017). «Livsverdenen er verden slik vi møter den i dagliglivet, og slik den fremtrer i den umiddelbare og middelbare opplevelse, uavhengig av og forut for alle forklaringer» (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 46). Fenomenologen er opptatt av å forstå verden slik den oppleves for subjektet, og undersøke hvordan fenomener kommer til syne i deres meningsverden, i *et førstepersonsperspektiv* (Thornquist, 2018, s. 106-107). Et fenomenologisk perspektiv på intervjuet innebærer at jeg har vært opptatt av å forstå deltakernes ståsted, deres synspunkter og erfaringer, deres livsverden, og jeg har forsøkt å kun beskrive dette, og ikke tolke det deltakerne bringer inn. Tolkningen kommer senere i drøftingsdelen av oppgaven og det er derfor naturlig å skrive litt om hermeneutikk som metode.

3.2.3 Hermeneutikk

Den hermeneutiske spiral står sentralt innenfor hermeneutikken, og begrepet viser til en fortolkningsprosess som hele tiden veksler mellom forståelse av helheten og delene i materialet, og denne spiralbevegelsen fører til at forskeren stadig ser både helheten og delene i et nytt lys, og dermed oppnår en stadig dypere innsikt (Thornquist, 2018). Et

annet viktig begrep er *forståelseshorison*t som refererer til forskerens bakgrunn, det vil si de erfaringer, forventninger og oppfatninger som forskeren bringer inn, og hvordan vår forståelse og fortolkning alltid påvirkes av denne forutforståelsen. «Vi kommer til sakene, teksten, handlingene, omgivelsene, situasjonene med en tankemessig og erfaringsmessig «bagasje» som er med og bestemmer det vi forstår – og fortolker» (Thornquist, 2018, s. 171). I arbeidet med tolkning av resultat og funn har jeg hatt en hermeneutisk tilnærming til datamaterialet, jeg har hele veien sett delene opp mot helheten, og helheten opp mot delene, for på denne måten å se større sammenhenger i de forskjellige temaene informantene diskuterer. Jeg har møtt datamaterialet mitt med min *forståelseshorison*t, og jeg har forsøkt å være bevisst på mine forventninger, erfaringer og holdninger, og forsøkt å legge disse til side så godt som mulig.

3.3 Tematisk analyse

Tematisk analyse (TA) er en metode som benyttes som et verktøy i arbeid med kvalitative analyser (Braun & Clarke, 2022). Metoden er en pågående prosess, der forskeren fordypet seg i det kvalitative materialet gjennom systematisk koding av data, og hvor formålet er å utvikle temaer basert på disse kodene. Kodene hjelper til med å redusere datamengden, samtidig som de hjelper forskeren med å få tak i viktige ideer og temaer. Det finnes mange variasjoner av metoden, men felles for disse er ønsket om å avdekke meningsmønstre gjennom kodeprosessen. Clarke og Braun kaller sin tilnærming av metoden for *refleksiv* TA, og vektlegger *refleksivitet* hos forskeren som verdifull (2022). Dette innebærer kritisk refleksjon hos forskeren i alle ledd av forskningsprosessen, med tanke på å forklare det vi gjør, hvorfor vi gjør som vi gjør, og hvordan. Clarke og Braun (2017) hevder at TA bør være den grunnleggende metoden for forskere som for første gang utfører kvalitativ forskning. Forfatterne begrunner dette med at TA skiller seg fra andre kvalitative metoder som er opptatt av meningsmønstre i dataene, som for eksempel diskursanalyse og *grounded theory*, ved at TA er en fleksibel metode, uten noen spesiell teoretisk forankring. TA analyse kan gjøres både på en *induktiv*, og en *deduktiv* måte, det vil si en mer *datadreven* eller *analysedreven* tilnærming, avhengig av hva forskeren ønsker å få ut av datamaterialet sitt (Clarke & Braun, 2017). En induktiv analyse innebærer at forskeren gir en grundig beskrivelse av alle dataene, og temaene som jobbes frem i denne prosessen gjenspeiler innholdet i selve dataene, de er ikke bundet i forskerens teoretiske interesse for emnet. Denne tilnærmingen fører til at det blir mindre anledning til å gå i dybden av materialet

og at forskningsspørsmålet vokser frem i arbeidet med kodingen av dataene. En deduktiv, eller teoretisk analyse brukes når forskeren allerede har et spesifikt spørsmål han eller hun ønsker svar på fra datamaterialet sitt, og her er det mindre fokus på alle dataene, fordi forskeren vektlegger de delene av dataene som kan gi svar på dette spørsmålet og kodingen tar utgangspunkt i dette. Deduktiv analyse innebærer at forskeren allerede har en teoretisk forståelse om temaet eller emnet. Ifølge Clarke og Braun (2022) kan identifiseringen av temaer i analysen foregå på to ulike nivå, enten *semantisk* eller *latent*. En *semantisk* tilnærming identifiserer temaene ut ifra eksplisitt mening i dataene, den forsøker ikke å finne noen dypere mening. En identifisering av temaer på et *latent* nivå derimot, innebærer å ta utgangspunkt i den eksplisitte meningen for å gå dypere inn i dataene, og teoretisere og fortolke dataene ut ifra underliggende antakelser, ideologier og idéer.

Min tilnærming i arbeidet med dataene fra intervjuet vil være induktiv. Jeg har et spesifikt forskningsspørsmål jeg ønsker svar på, og jeg har et tema som jeg interesserer meg for og som allerede er definert på forhånd. Kodingen av dataene vil dermed ta utgangspunkt i det jeg er interessert i å finne ut av. Identifiseringen av mine temaer foregår på et latent nivå der jeg er opptatt av å finne dypere mening i datamaterialet mitt.

3.3.1 Analysetrinn

Clarke og Braun (2022) deler inn arbeidet med tematisk analyse i 6 faser, og forfatterne understreker at disse fasene ikke er en metode i seg selv, men at den analytiske prosessen tar metoden i bruk. Stegene trenger ikke å følges i tur og orden, Clarke og Braun understreker at god bruk av metoden innebærer at forskeren stadig beveger seg mellom de ulike stegene. De 6 analysetrinnene vil bli presentert i forbindelse med selve analysen av datamaterialet i neste kapittel av denne oppgaven.

3.3.2 Analyse av datamaterialet

I arbeidet med transkripsjon, koding og analyse av intervjuet ble Clarke og Brauns 6 (2017) steg for tematisk analyse fulgt:

1. Gjøre seg kjent med dataene: Transkribere hvis nødvendig, lese flere ganger, notere ideer

I denne fasen er målet å virkelig bli kjent med dataene, gjennom å fordype seg i dem. Det første jeg gjorde var å høre lydopptaket av intervjuet mange ganger. Deretter transkriberte jeg intervjuet. Jeg valgte å transkribere ordrett og var bevisst på å notere ned og markere steder i intervjuet der informantene la vekt på enkelte ord eller hevet stemmen. Jeg valgte en detaljert transkripsjon fordi jeg kun har et intervju og ville få så mye som mulig ut av dataene fra dette ene intervjuet. Etter transkripsjonen satte jeg meg ned og leste sakte igjennom transkripsjonen gjentatte ganger. Ifølge Clarke og Braun (2017) er det viktig at forskeren er aktiv i denne fasen, noe som innebærer å notere ned tanker og idéer som kommer og se etter underliggende temaer og meningsmønstre.

2. Generere de første kodene: systematisk koding utfra interessante karakteristikk, gå gjennom hele datasettet og samle relevant data innenfor de ulike kodene

Denne fasen tar utgangspunkt i idéer og tanker rundt teksten, og det er nå selve kodingen begynner. I arbeidet med kodingen brukte jeg dataprogrammet NVivo. Jeg leste sakte igjennom teksten, linje for linje, og jeg markerte ord, setninger og avsnitt som virket relevant for min(e) problemstilling(er). Kodingen tok utgangspunkt i mine forskningsspørsmål. Jeg laget ulike koder ut ifra hva de handlet om. Jeg markerte de ulike kodene og laget grupper av koder som fikk navn i forhold til innholdet i ordet, setningen eller sitatet. Deretter gikk jeg gjennom kodene på nytt for å se etter om noen av kodene egentlig snakket om det samme, og jeg kortet ned antall koder ved å slå noen av dem sammen. Noen av segmentene ble også plassert innenfor flere koder. Kodene fikk ulike navn som for eksempel *sjekkliste ved innkomst, bygge relasjon, kartlegging og pårørende*.

3. Lete etter temaer: samle kodene innenfor temaer og samle relevant data innenfor de ulike temaene

I denne fasen var jeg opptatt av å samle kodene mine i grupper ved å finne likheter mellom dem, og jeg forsøkte å utvikle temaer basert på de ulike gruppene av koder. Jeg valgte å gjøre denne prosessen for hånd, ved å klippe ut små lapper og skrive alle kodene på lappene, noe som gav en bedre oversikt over datamaterialet, og gjorde at jeg stadig kunne flytte rundt på kodene. Etter å ha sett igjennom kodegruppene flere ganger, og også endret noen av de opprinnelige kodenavnene, kunne jeg begynne å tenke på hvilke tema de representerte. Lapper med navn på temaene fikk fargekoder og ble plassert på et ark, over kodene de representerte. Temaene ble valgt for å gjenspeile forskningsspørsmålene mine. Jeg laget også en ekstra kategori som inneholdt diverse som kunne være av interesse senere i analyseprosessen. Jeg kom til slutt frem til 5 hovedtema/kategorier, der hver kategori bestod av underordnede koder. Kategoriene mine ble *utfordringer ved overgang til langtidshjem, personsentrert omsorg og musikkterapi i overgangen til langtidshjem, endring i helsetilstand, sykehjemmet flytter, og musikkterapi/musikk og daglige overganger*.

4. Gjennomgå temaene: samsvarer temaene over ens med det kodede innholdet (nivå 1) og hele datasettet for øvrig (nivå 2)

Jeg beveget meg mange ganger frem og tilbake mellom nivå 1-5 for å komme frem til de overordnede temaene. Deretter leste jeg igjennom transkripsjonen en gang til (ukodet) for å være sikker på at jeg hadde fått med meg alt. Clarke og Braun (2017) peker på to ulike nivå i arbeidet med denne fasen. Det første nivået handler om å lese alle sitatene innenfor hvert tema og vurdere om de hører hjemme der, eller om de skal flyttes under et annet tema, eller eventuelt kuttes. Det andre nivået dreier seg om at temaene skal gi mening i forhold til datamaterialet i sin helhet, og også med tanke på forskningsspørsmålene mine. I arbeidet med disse nivåene ble et par av kodene fjernet og puttet i diversekategorien i tilfelle jeg trengte de på et senere tidspunkt, og jeg valgte også å kutte et tema, og plassere kodene innenfor et annet tema i stedet.

5. Definere og navngi temaer: pågående analyse for å justere og spesifisere hvert enkelt tema.

Denne fasen bygger på utarbeidingen av et solid tematisk kart av dataene i den foregående fasen, og temaene skal her bearbeides og spisses. Jeg jobbet med hvert tema, og kodene innenfor dette tema, for å finne frem til kjernen, hva temaene egentlig handlet om, og også temaenes forhold til hverandre. Denne fasen innebærer også refleksjon når det kommer til endelig valg av navn på temaene.

6. Produsere rapport: siste mulighet for analyse. Trekke ut relevante og levende eksempler, knytte opp mot overordnede forskningsspørsmål og litteratur.

Rapporteringen vil i denne sammenhengen være resultatdelen av oppgaven, der jeg presenterer dataene.

3.3.3 Behandling av data og etikk

Kvale og Brinkmann (2017) peker på det spenningsfeltet intervjueren beveger seg i, der målet både er å innhente ny kunnskap, men også utvise etisk forsvarlighet, og at etiske spørsmål går igjen i hele intervjuprosessen. Jeg vil følgende utdype hvilke etiske hensyn jeg har tatt i forskningsprosessen, både før, under og etter selve intervjuet.

I forkant av intervjuet sendte jeg inn en søknad med beskrivelse av prosjektet mitt til NSD, norsk senter for forskningsdata, som sørger for at etiske regler følges i forhold til innhenting, lagring, og bearbeiding av datamateriale i forskningsprosessen. Jeg sendte også ut et informasjonsskriv til informantene. Informert samtykke innebærer både å informere deltakerne om målet for intervjuundersøkelsen, si noe om fordeler og eventuell risiko ved deltakelse, og i tillegg opplyse om at det er frivillig og at de når som helst kan trekke seg og at all data i så fall vil bli slettet (Kvale & Brinkmann, 2017). I tillegg til å informere deltakerne mine om rettigheter og hva prosjektet mitt handlet om og formål med studien, opplyste jeg om at det var et felles intervju med en informant til, varighet på intervjuet, at det var et semistrukturert forskningsintervju og at det ville bli lydopptak av samtalen. Jeg gav også beskjed om at deltakerne ikke ville kunne gjenkjennes i publikasjonen og at alle opplysninger ville bli behandlet konfidensielt. Jeg vil utdype konfidensialitet under etiske hensyn i etterkant av intervjuet. Jeg gjennomførte også et prøveintervju med en musikkterapeut, og følte det var nyttig med tanke på bevissthet rundt spørsmålene jeg hadde forberedt, og også for å bli oppmerksom på hvordan jeg selv var i rollen som intervjuer. På bakgrunn av

musikkterapeutens kommentarer etter intervjuet, valgte jeg å legge til et par oppfølgings spørsmål i den endelige intervjuguiden. Etter å ha lyttet på opptaket av intervjuet merket jeg meg at jeg hadde en tendens til å komme med små kommentarer mens intervjupersonen svarte, det vil si at jeg bekreftet det som ble sagt med et lite «ja». Dette førte til at jeg var bevisst på å unngå dette i selve intervjuet. En uke før intervjuet sendte jeg deltakerne et skriv som inneholdt et par av spørsmålene fra intervjuguiden og også tema for intervjuet. Grunnen til at jeg valgte å sende dette på forhånd var både et ønske om at deltakerne allerede kunne gjøre seg opp noen tanker om temaet, og også fordi jeg følte at det muligens kunne trygge dem i selve intervjuet.

I selve intervjusituasjonen er det også etiske hensyn å forholde seg til. Forskerens integritet, det vil si forskerens erfaring, kunnskap, ærlighet og rettferdighet, er avgjørende i kvalitativ forskning for å oppnå riktig balanse mellom vitenskapelige og etiske hensyn, og dette blir særlig viktig i intervjusituasjonen «[...] fordi intervjueren selv er det viktigste redskapet til innhenting av kunnskap» (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 108). Forfatterne peker også på at et kvalitativt forskningsintervju ikke er en likestilt og fri samtale mellom to parter, men at den profesjonelle samtalen preges av et asymmetrisk maktforhold mellom forsker og den som intervjues, og dette er noe forskeren må være klar over. Det dreier seg blant annet om forskerens overtak i form av vitenskapelig kompetanse, hvilket tema intervjuet handler om, at det er en enveisdialog der forskeren spør og intervjupersonen svarer, hvilke spørsmål som blir stilt, og forskerens fortolkning av sitt datamateriale i etterkant av intervjuet. Malterud (2018) understreker viktigheten av å skape en trygg ramme for intervjuet slik at intervjupersonen tør å åpne seg opp og snakke fritt, og at dette avhenger av forskerens følsomhet som intervjuer. Jeg var bevisst på å skape en så trygg ramme som mulig, både ved å finne et hyggelig møterom, ved å være rolig og vennlig, og bidra til en positiv energi i intervjusituasjonen.

I etterkant av intervjuet er det også flere etiske hensyn som må ivaretas. For det første måtte jeg bestemme meg for hvilken type transkripsjon som er mest hensiktsmessig i forhold til min forskning (Kvale & Brinkmann, 2017). Noen forskere velger en litt løsere gjengivelse av det som blir sagt i intervjuet, og utelater detaljer som pauser, eller tonefall, andre forskere transkriberer ordrett og inkluderer tonefall, pauser, latter eller sukk. Jeg valgte å gjøre transkripsjonen på den sistnevnte måten, men jeg inkluderte

detaljer bare der jeg følte at de hadde en hensikt. Allerede i arbeidet med transkripsjonen av lydopptaket valgte jeg å anonymisere både deltakerne, sykehjemmet, og beskrivelser av beboerne, slik at deres identitet ikke kunne avsløres. Konfidensialitet handler om å ivareta deltakernes privatliv, og passe på at informasjonen kun er tilgjengelig for dem som skal ha den (Kvale & Brinkmann, 2017). I mitt tilfelle handlet sikring av konfidensialitet om at lydopptak og transkripsjon måtte lagres trygt, og at lydopptaket skulle slettes så fort transkripsjonen var gjennomført. Deltakerne skal også få spørsmål om de ønsker transkripsjonen tilsendt og om det i så fall er noen sitater de vil at forskeren skal endre, eller eventuelt slette. Kvale og Brinkmann (2017) peker på at publiseringen av sitater i verste fall kan oppleves ydmykende for deltakerne hvis sitatene inneholder for mye usammenhengende og dårlig språk. Deltakerne i mitt forskningsprosjekt fikk muligheten, men ønsket ikke å få transkripsjonen tilsendt.

Redelighet i forhold til skriveprosessen har også vært viktig for meg. Jeg har forsøkt å oppgi alle relevante kilder, og også å gjengi kildene jeg bruker på en korrekt måte. I arbeidet med datamaterialet, har jeg gått nøye gjennom mine utvalgte sitater, og sløffet noen småord i sitatene, slik at meningen i det informantene sier kommer tydeligere frem.

3.3.4 Metodekritikk

Jeg har i denne oppgaven valgt det kvalitative forskningsintervju som metode. Siden jeg ønsker å se nærmere på overganger for eldre personer med demens valgte jeg å intervju musikkterapeut og sykepleier om dette tema, og dermed få et innblikk i hvordan beboerne opplever overgangene. Jeg valgte å gjøre kun ett intervju, og selv om flere intervju med samme deltakere kanskje kunne ha gitt et rikere materiale, følte jeg at jeg fikk gått i dybden og fikk tilstrekkelig materiale i det ene intervjuet. Jeg kunne også ha intervjuet samme yrkesgrupper ved flere sykehjem, og kanskje ville jeg da fått enda mere informasjon og flere ulike synspunkter. Det hadde også vært interessant å intervju pårørende i tillegg, for å få et innblikk i deres perspektiv på beboernes opplevelse av overgangen, men jeg valgte det bort fordi jeg følte at det ikke var kapasitet i denne masteroppgaven. En annen tilnærming til fenomenet jeg er interessert i, ville kanskje vært å selv gjennomføre individuell musikkterapi med noen av beboerne

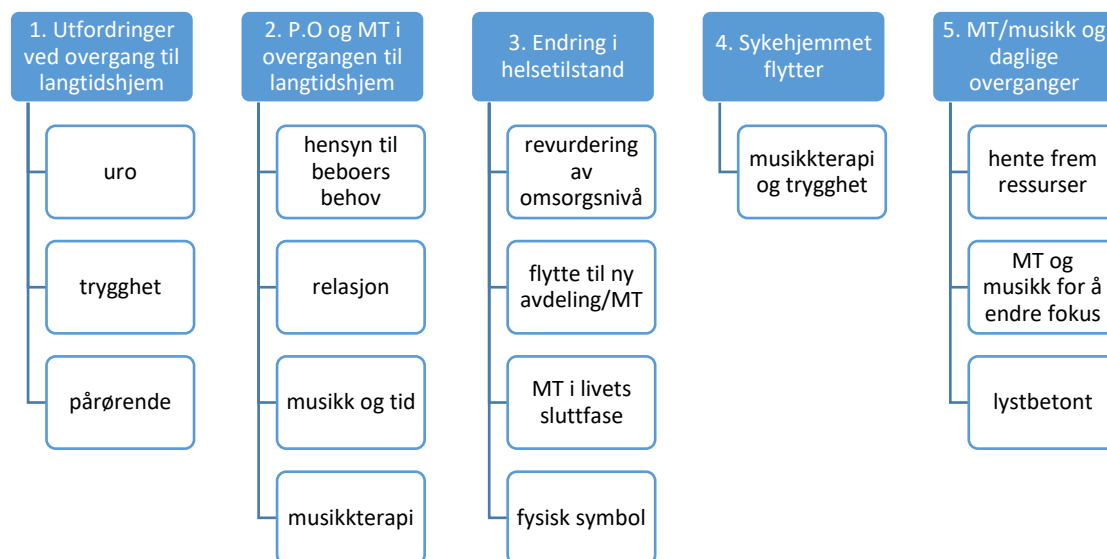
som akkurat har kommet til sykehjemmet, og undersøke hvordan musikkterapi kan brukes i denne sammenhengen. Da ville jeg brukt videoobservasjon og logg som metode. Utfordringen ville vært at det kan være vanskelig å si noe sikkert om av musikkterapi i overgangene, men kanskje en kvantitativ undersøkelse i form av måling av puls, stressnivå og lignende, eller en enkel spørreundersøkelse kunne blitt utført i tillegg til individuell musikkterapi. Intervjuguiden min kunne også vært litt annerledes. Den inneholdt mange spørsmål rettet mot overganger, og særlig utfordringer ved overganger, og jeg ser at det kunne vært interessant å spørre om hva som var *positivt* med overganger også. Det ville åpnet opp for et nytt perspektiv på disse overgangene for eldre personer med demens, at det også kan være noe bra med overgangene. Jeg opplevde også at noen av spørsmålene var litt for spesifikt rettet mot én yrkesgruppe og det hadde vært interessant å se om jeg kunne ha stilt disse spørsmålene på en annen måte for å invitere den andre deltakeren mer inn. Jeg valgte også å gjøre et tilleggsintervju med bare musikkterapeut til slutt, fordi jeg følte at det var musikkterapeuten som kunne svare best på spørsmålene jeg ønsket svar på. Her ville det kanskje vært mer fruktbart å gjennomføre disse spørsmålene med begge yrkesgrupper til stede, og også få sykepleierens synspunkter på dette.

Del 4. Resultater

I denne delen vil jeg presentere resultatene fra intervjuene. Aller først vil jeg minne om min problemstilling som er:

Med overgangsritual som forståelsesmodell: Hvordan kan personsentrert omsorg og musikkterapi lette/støtte overganger for eldre personer med demens?

Analysearbeidet resulterte i fem hovedkategorier i møte med denne problemstillingen, og disse var: *Utfordringer ved overgang til langtidshjem, personsentrert omsorg og musikkterapi i overgangen til langtidshjem, endring i helsetilstand, sykehjemmet flytter, og musikkterapi/musikk i daglige overganger.* Tabellen under viser de ulike hovedkategoriene mine, og også underkategoriene innenfor hver kategori. Jeg vil begynne med å presentere funn fra hver underkategori, der jeg kommenterer sitatene. Til slutt vil jeg skrive litt om hovedkategoriene jeg fant, og sammenhengen mellom disse.



4.1 utfordringer ved overgang til langtidshjem

Den første kategorien handler om overgangen fra helsehus/hjemmesituasjon og til langtidshjem. Sykepleier understreker at overgangene alltid vil finnes, og at en så stor overgang vil være omveltende og utfordrende for alle:

«S: Vi kan jo ikke fjerne de overgangene, de er jo der uansett og det kommer jo til for alle og enhver å være tøft å skulle flytte hjemmefra og så inn på en institusjon».

4.1.1 Uro

Sykepleier trekker frem beboernes opplevelse av uro i forbindelse med den store overgangen fra hjemmesituasjon og til et langtidshjem, og hvordan beboerne ofte sliter med å forstå og akseptere at dette nå er hjemmet deres:

«S: Det å flytte hjemmefra, er jo for mange ikke så greit, spesielt de som kommer hjemmefra kan nok kjenne mye på det og ha mye uro i kroppen, de skal hjem hele tiden finner seg ikke til rette, bruker mye tid før de klarer å kjenne at det er greit å være her»

Her beskriver sykepleier at det kan ta tid før beboeren finner seg til rette på langtidshjemmet.

Musikkterapeuten understreker at en bevisst tankegang hos helse- og omsorgspersonell om hvordan de omtaler og fremstiller sykehjemmet for beboerne, er viktig for at beboerne skal forstå at det er her de skal være, og for at de skal trives i sitt nye «hjem»:

«MT: Vi innprenter jo det liksom, dette er hjemmet deres, vi er i hjemmet deres og jobber i hjemmet deres, de bor ikke på arbeidsplassen vår, det er sånn tankegang som er litt viktig. Intervjuer: Men kaller dere det sykehjem til beboerne, det lurte jeg litt på? S: Nei, langtidshjem. Intervjuer: At det der er viktig å skille mellom? S: Ja, det er ganske viktig å skille mellom».

Her synes jeg informantene peker på et viktig tema. Langtidshjemmet vil jo være beboernes permanente hjem, det er her de skal være resten av sine liv. Jeg mener en slik tankegang som beskrives her er grunnleggende for ivaretagelse av beboerne.

4.1.2 Trygghet

Informantene snakker om emner som har med trygghet å gjøre, de diskuterer utfordringer ved overgangen fra en hjemmesituasjon/helsehus og til et langtidshjem. Musikkterapeut mener at all flyttingen frem og tilbake mellom ulike institusjoner for personen, ofte kan føre til en mistillit ovenfor helse- og omsorgspersonell i overgangen til et langtidshjem:

«MT: Jeg tenker bare på det med tillit til folk i hvite drakter når du har vært inn og ut av helsehus og er sliten og fed up med hele det, så kommer du jo og skal møte det igjen, jeg vet ikke, det kan jo sikkert påvirke litt negativt det også».

Sykepleier peker på flere utfordringer for personer med demens i denne overgangen, blant annet det å flytte fra sine nære og kjære, og særlig i de tilfellene hvor de er overbevist om at de har etterlatt små barn alene hjemme:

«S: Spesielt hvis de kanskje har noen de har bodd sammen med, en kone eller ektemann eller, at de har hatt noen hjemme, og så mangler de, for de er jo ikke her, så det kan jo by på litt utfordringer [...] mange tenker kanskje at de har barn hjemme, og hva gjør jeg med barna og tenker at de har små barn, man kan jo liksom bare tenke på den panikken det hadde gitt en selv hvis en trodde at 5 åringer var alene hjemme og du finner ikke ut hvordan du skal komme deg hjem. Så den er nok erfaringsmessig litt utfordrende da».

Sykepleieren beskriver her hvor traumatisk en slik overgang kan være for eldre personer med demens, da den kognitive svikten kan føre til angst og forvirring, og fortvilelse for beboerne i denne situasjonen.

En annen utfordring knyttet til trygghet er at personen befinner seg på et nytt og ukjent sted, de kjenner ingen der, og de må forholde seg til andre ukjente beboere. I tillegg er det veldig mange forskjellige ansatte å forholde seg til gjennom et døgn:

«S: Og så er det jo det at de er på et helt nytt sted, det er vanskelig å finne frem, du vet kanskje ikke helt hvor du skal gå, ingen ting føles trygt. MT: Nei, alle er nye og ukjente og det er jo ganske mye folk her ikke sant, de bor sammen med syv andre beboere, og så er det fem forskjellige ansatte innom på et døgn, så du kan jo risikere at det er mange forskjellige ansatte også. Så det at du mister mye av det trygge tror jeg for mange er kjempevanskelig, og ikke minst at veldig mange av de som kommer inn har en demenssykdom, som gjør alt kanskje enda litt mere utfordrende».

Her peker sykepleieren på tap av trygghet i overgangen til langtidshjem. Beboeren må forholde seg til mange ukjente personer. I tillegg må de forholde seg til fem forskjellige ansatte i døgnnet, noe jeg synes er bekymringsverdig. Jeg tenker at eldre personer med demens føler seg ekstra utrygge i en slik overgang, og at de derfor trenger å forholde seg til færrest mulig personer.

Før innkomst er det fokus på praktiske oppgaver slik at alt skal være klart til å ta imot beboeren som kommer, og rommet gjøres i stand på en hyggelig måte for å skape trygghet og trivsel:

«S: Så sier vi ifra til resepsjonen så de lager en egen journalmappe og sånt til de så det er klart, navneskilt som vi henger opp. Passe på at de har med seg nok medisiner eller at vi har det, mye sånn praktiske ting sånn at ting skal være litt klart. Prøver å gjøre rommet litt hyggelig, setter ofte inn noen blomster og en stol, vi har jo noen møbler her så vi pleier jo ofte å sette inn sånn at det er noen møbler der, selv om de egentlig har med møbler selv, bare sånn at det skal virke litt hyggeligere når de kommer dit».

Selv om det er mange utfordringer, beskriver sykepleier at overgangen til langtidshjem kan være en positiv ting for beboeren, i tilfeller der han eller hun, etter mye flytting frem og tilbake endelig får plass på langtidshjemmet:

«S: Noen er jo helt utslitt, noen har jo kjempet kjempelenge for å få plass her, i det hele tatt og har kanskje vært inn og ut av korttidsopphold og sykehus og blitt sendt hjem igjen og ikke fått plass, og så til slutt falt hjemme, brukket lårhalsen og så inn hit. Så det er jo mange som virkelig har kjempet for å få plassen sin her».

Informantene understreker beboernes kamp for å få plass på langtidshjemmet, og sitatet viser hvordan eldre personer med demens stadig møter på overganger i form av ulike institusjonsopphold.

4.1.3 Pårørende

Sykepleier trekker frem pårørendeivaretagelse som viktig med tanke på overgangen til langtidshjem, både for at pårørende, og beboerne, skal klare å senke skuldrene. De pårørende er ofte skeptiske til sykehjem og også slitne etter alt ansvaret ved å ha personen boende hjemme i alt for lang tid:

«S: Og så er det jo ikke til å stikke under en stol at eldreomsorgen fremstilles ikke akkurat som et fantastisk sted å være i media så mange når de kommer hit har sånn veldig høye skuldre og nå må jeg være på vakt, og så er de kanskje utslitte av å ha hatt noen de egentlig er glad i boende hjemme to år lengre enn det de burde og alt det innebærer med at man må følge til leger og hjelpe med handling og passe på middag, at det er nok mat i kjøleskapet, alle disse tingene her, som gjør at vi ganske ofte bruker mye tid at alle både beboerne og pårørende skal klare å senke garden å kjenne at okay». MT: Det er mye pårørendeivaretagelse og ja S: Veldig mye pårørendeivaretagelse og det er jo erfaringsmessig veldig viktig for beboerne også».

Informantene understreker at pårørendeivaretagelse er en stor del av en overgang for en beboer til langtidshjem. Sykepleier sier at pårørende spiller en viktig rolle også når det gjelder kartlegging av beboers ønsker og behov i innkomstsamtalen:

«S: så har vi jo ganske kjapt samtale med pårørende, stort sett innen første uken, pårørende og beboer, i en sånn innkomstsamtale som vi kaller det, hvor vi snakker med beboerne om hva vi kan tilby her, og avklare litt forventninger og, ja, litt sånne ting og da får man jo ofte mye nyttig informasjon der, for da kan pårørende og beboer sammen dra den samtalen litt».

Pårørendes bidrag er spesielt viktig når det gjelder innhenting av meg og min historie, en kartlegging som gjøres innen kort tid etter ankomst, og som tar for seg beboers livshistorie gjennom tre samtaler:

«S: da bruker man jo veldig mye tid på å bygge opp tiltaksplanene sammen med beboerne, lage en plan over hvordan de ønsker å ha det selv, hvilke tilbud vi

har på huset og hva de kunne vært interessert i, vi prøver å hente inn meg og min historie ganske tidlig, noen trenger jo litt hjelp fra pårørende for å supplere litt på den, og jeg, personlig i noen tilfeller, liker godt å få den fra pårørende først, fordi spesielt personer med demens kan synes det er litt vanskelig å komme i gang så hvis du har noe, å ja du hadde jo den hytta på Gol, så setter det det litt mere i gang, så det pleier jeg i alle fall ofte å se litt an, om jeg ønsker å ha den fra pårørende først, og noen ting kommer jo automatisk når man bare sitter og snakker rundt kjøkkenbordet, ja hva liker du å ha på maten ikke sant, og så ja hva spiste dere når dere var små og så kommer man litt i gang, men det der med hva de har opplevd gjennom livet kan i noen tilfeller være greit å ha noen knagger å henge ting på».

Musikkterapeuten sier at pårørende ikke alltid vet best med tanke på kartlegging av musikkpreferanser hos beboeren, og at det derfor kan være nyttig å prøve seg frem med beboeren først:

«MT: Men så føler jeg ofte at jeg kan finne ut vel så mye ved å bare spille sammen, eller at jeg spiller og synger og at vi synger sammen. Noen ganger så er det jo helt andre ting som jeg opplever at treffer, det kan selvfølgelig ha noe med det kognitive å gjøre, med demenssykdommen å gjøre, men det var et eksempel hvor en pårørende sa at beboerne var så glad i disse gamle jazzdamene så jeg fant frem noen standardlåter og spilte det, men når jeg spilte Margrethe Munthe, litt sånne gamle skolesanger og nei, nei gutt, dette må bli slutt (synger) så var det jo stjerner i blikket og han ble med og sang, som han ikke hadde gjort tidligere».

I denne kategorien har informantene trukket frem temaer som uro hos beboerne, behovet for trygghet, og pårørendes rolle, i overgangen til langtidshjem.

4.2 Personsentrert omsorg og musikkterapi i overgangen til langtidshjem

4.2.1 Hensyn til beboers behov

Informantene peker på at et langtidshjem jobber aktivt for å ivareta beboernes behov og ønsker i overgangen til langtidshjem, og mener helsehus har litt andre prioriteringer:

«S: Helsehus har jo også et veldig annet fokus enn det vi har, der slipper de jo ut igjen, for der skal de ut og bli friske og hjem, mens her er vi ikke så opptatt av om du spiser brokkolien din. Her kan du få kompott til frokosten din hvis det er det du har lyst på, vi er mere opptatt av hva du ønsker og hvordan du vil ha det.»

Langtidshjemmet er et permanent hjem og informantene understreker at de tar utgangspunkt i beboerens ønsker og behov, om det så skulle være kompott til frokost!

«S: Bruker mye tid på vise de tiltaksplanen, vise de rundt på huset, kartlegge mye, hva som er viktig for de, hva de har lyst til å gjøre».

I dette kartleggingsarbeidet handler det om å virkelig finne ut av beboerens ønsker og behov:

«MT: Så det å virkelig se beboeren og lytte til beboeren, om det er hva de sier eller hva de uttrykker i kroppsspråket sitt, når du på en måte prøver deg frem, kan gi mye».

4.2.2 Relasjon

Denne kategorien ser nærmere på betydningen av relasjon i overgangen til langtidshjem, og sykepleier understreker at det å skape en god relasjon til beboeren må prioriteres i denne overgangen, og at pårørende må varsles om dette:

«S: De første to ukene så er fokuset mest på å bli kjent og bygge en relasjon mere enn at man skal passe på at dusj er gjennomført på dusjedag (latter) så vi pleier ofte å informere de pårørende spesielt, litt om det at nå er vi her først for å bli kjent, sånn at ikke de plutselig kommer og synes at det er vanskelig hvis sine kjære ikke er sånn som de pleier å se de og ikke, lik på håret eller, ja, sånne ting. At man har avklart på forhånd at nå putter vi våre ressurser mest på å bygge en god relasjon, mere enn praktiske oppgaver som kan tas senere».

Selvfølgelig er det viktig at pårørende varsles, hvis ikke kan de kanskje misforstå og tro at sine kjære ikke blir tatt godt nok vare på, når det motsatte er tilfelle.

Musikkterapeuten snakker om hvordan en beboer kan være med å påvirke en relasjon, og at dette er viktig med tanke på at hun skal oppleve mestring og føle at hun har en aktiv rolle i samspillet med musikkterapeuten:

MT: for en som jeg jobber med som har slitt veldig med depresjon og litt vrangforestilling og angst så jobber jeg mye med å spille sammen med henne, hun spiller jo piano selv, hun trenger å føle at hun får til, så hun blir motivert av at vi spiller sammen for hun synes det er veldig hyggelig å spille sammen med noen, ikke være alene. Der for eksempel så forsøker jeg å sette i gang mestringsfølelse ved at når hun kommer på en ny sang så legger jeg det inn i permen hennes sånn at nå har du utvidet denne permen med enda en sang, eller nå lærte du meg en ny sang og den skal jeg øve på til neste gang sånn at hun har motivasjon og ja, igjen dette med at hun faktisk er med på å påvirke en relasjon, sant, og gi verdi og betydning over til henne, at det ikke alltid er hun som er hjelpetrengende på en måte, men kan gi noe tilbake.

I dette eksempelet får beboeren en aktiv rolle, og kan tilføre noe til relasjonen. Beboerens bidrag løftes frem og dette kan bidra til opplevelse av mestring og autonomi hos beboeren.

4.2.3 Musikk og tid

Informantene diskuterer hvordan de bruker mye tid på å trygge beboerne i denne overgangen ved å skape en god atmosfære, og musikk er viktig i denne sammenhengen:

«S: Så da bruker vi mye tid på å snakke sammen og, prøve å gjøre dette til et trygt sted å være, og jeg har veldig troen på sånne små ting som at man dimmer lyset litt under frokosten, setter på litt musikk, at man får gode opplevelser her».

Sykepleier trekker frem frokosten som en viktig arena for trivsel, og tid med beboerne. Musikken hjelper sykepleieren til å ha et roligere tempo og være til stede i øyeblikket, og prioritere dette samværet med beboerne, selv i en hektisk arbeidsdag med mange gjøremål:

«S: Jeg tror det også er viktig for oss selv at vi bruker [musikk], ja at man får et roligere tempo, at man minnes litt på, hva er det egentlig som betyr noe. Og vi er jo her for at de skal ha det best mulig og de har det ikke best mulig hvis vi løper rundt fortrest mulig, at vi heller setter oss ned og er litt sammen med dem og bruker tid, og musikk får meg veldig til å huske på det at nå må vi lage en god atmosfære her, og det innebærer jo mye annet enn musikk, men at man blir litt bevisst på det, det synes jeg MT: Musikken er jo veldig her og nå, det er ikke

det som var i stad eller det som jeg skal gjøre etterpå. S: Eller alle tingene på lista MT: Nei ikke sant S: Nå sitter vi her også kan jeg ha tusen ting på lista, men det å sitte her å høre på musikk og drikke en kopp kaffe med de er kanskje vel så viktig som alt det andre, veldig viktig. MT: Så bra! Du må smitte flere med de holdningene der, det er veldig bra S: Jeg prøver, jeg tror jeg smitter de som er med og ser hvordan en frokost kan være. MT: Ja ikke sant S: Men man hører jo mye forskjellig, jeg tror jo vi har mye forskjellig innad på vårt hus også, om hvordan det er. Kokken kom innom en morgen og sa så deilig og rolig det var her da, sånn var det ikke på de andre avdelingene. Så tenkte jeg sånn burde det være på alle».

Dette sitatet understreker hvordan sykepleier bruker musikk og personsentrert omsorg i denne sammenhengen. Beboerne ivaretas ved at frokosten blir en behagelig og trivelig situasjon, og sykepleier prioriterer tid med beboerne, over andre mer praktiske gjøremål.

4.2.4 Musikkterapi

Denne kategorien ser nærmere på hvordan musikk/musikkterapi benyttes i overgangen til langtidshjem, og selv om musikkterapeuten ikke er en fast del av hver innkomst, så velger musikkterapeuten ofte å oppsøke nye beboere på eget initiativ:

«MT: Jeg oppsøker de beboerne som er nye for å få til en samtale, gjerne på en sånn trubadurrunde der jeg er litt casual, og bare tilbyr å spille en sang, da vil jeg også fange opp om det er noen interesse der i det hele tatt for musikk, og kanskje bruke den anledningen til å fiske litt etter musikkinteresse og eventuelle preferanser, og hvis de har interesse av å komme på de gruppene jeg har så er også det et sted hvor jeg absolutt fanger opp mye sånne ting».

Musikkterapeuten understreker et ressursorientert fokus, der beboerens opplevelse av mestring og det å ha en aktiv rolle i samspillet er sentral:

«MT: Jeg tenker det handler selvfølgelig om å hente frem ressurser hos mennesker og gi mennesker en følelse av mestring og av å kunne påvirke, påvirke en relasjon, påvirke i et samspill, det handler jo mye om det å istandsette folk til å kjenne på egne ressurser og det og få til».

Informantene diskuterer bruk av musikk ved måltidene på langtidshjemmet, og det kommer frem at sykepleier benytter en spilleliste som musikkterapeuten har laget tidligere, til stor begeistring for musikkterapeuten:

«S: Bruker det mye under måltidsituasjoner for å skape en god atmosfære, da har jo musikkterapeuten lagd ganske mange sanger, eller hun har i hvert fall en liste som jeg alltid bruker MT: Å ja! Hvilken er det? S: Den heter morgenmusikk MT: Nei bruker du den! (latter) S: Den bruker jeg MT: Så gøy S: og den får jeg så mange positive tilbakemeldinger på MT: Så hyggelig da S: Og den har så fine sanger MT: Det var faktisk en jeg laget til en beboer S: og den bruker jeg masse MT: for at hun skulle komme seg opp om morran. Å så fint da! S: Den bruker jeg nesten hver morgen, når de sitter og spiser frokost at det er litt sånn lav rolige musikk i bakgrunnen. MT: Så gøy S: Så det er flere av de som spør når jeg ikke har satt den på: Ja, hvor er musikken da?!

Denne kategorien ser på personsentrert omsorg og musikkterapi i overgangen til langtidshjem, og informantene fremhever blant annet fokuset på relasjon, musikk ved frokosten, og det å hente frem ressurser som viktig.

4.3. Endring i helsetilstand:

Denne kategorien handler om overgangen til et nytt omsorgsnivå ved redusert helse hos beboeren. Det kan dreie seg om en forverring av demenssykdommen, der beboer trenger mere skjerming, redusert fysisk helse eller den siste fasen av livet.

4.3.1 Revurdering av omsorgsnivå

Informantene understreker at sykepleierne er sentrale når det gjelder revurdering av omsorgsnivå, og at de ofte starter denne prosessen:

«S: for det er på en måte [sykepleierne] som tar imot, og også de som tar initiativ til hvis det er revurdering av omsorgsnivå, hvis man for eksempel har en beboer på somatisk avdeling som blir veldig preget av sin demenssykdom og trenger mere skjerming, så er det jo de som også ofte starter den ballen, med at nå må det revurderes, og også hvis de blir akutt mye dårligere så er det jo også sykepleieren som tar kontakt med legen».

4.3.2 Flytte til ny avdeling/musikkterapi

Musikkterapeuten beskriver hvordan individuell musikkterapi kan ha stor betydning for en beboer som flyttes til en ny avdeling, også fordi beboerens relasjon til musikkterapeuten skaper en trygghet og tillitt i en uoversiktlig og ny situasjon:

«MT: Et annet eksempel er dette her med flytting innad på huset her, til ny avdeling, det var i alle fall en dame her som flyttet inn på somatisk avdeling som er mer en sånn vanlig langtidsavdeling, som egentlig var relativt fysisk oppegående, men som var ganske preget av sin demens. Så hun var nok ganske urolig på avdelingen og fant seg kanskje ikke helt til rette der og de hadde kanskje ikke de ressursene til å følge opp det hun trengte der. De søkte jo om å få flytte henne til en skjermet avdeling her på huset, vi har da begge deler her. Men jeg begynte hvert fall ganske tidlig og følge henne opp individuelt etter at hun kom og det var en stor greie for henne opplevde jeg, at hun fikk veldig tillit».

4.3.3 Musikkterapi i livets slutfase

Denne kategorien handler om de beboerne som er i den siste fasen av livet og hva som gjøres for beboerne i denne overgangen. Emner som diskuteres er musikkterapi, og bevissthet rundt hvordan personalet forholder seg til disse beboerne.

Musikkterapi har blitt en større del av behandlingen i livets slutfase:

«MT: Der har vi jo fått ganske ferske rutiner egentlig, har vi ikke det? S: Mm MT: med behandling ved livets siste fase, hvor det også ligger at jeg kan kontaktes og brukes litt aktivt».

Musikkterapi er en av de få behandlingene som kan gis i denne siste fasen, og musikkterapeuten vektlegger kunnskap om musikkpreferanser og livshistorie for at behandlingen skal ha verdi for beboeren:

«MT: Så det er jo også en type overgang hvor jeg gjerne prioriterer å gå til de beboerne som er terminale, for da er det jo på en måte ikke så mye annet tilbud å gi, og selvfølgelig til og med når de kanskje ikke er helt ved bevissthet lenger så vet man jo at hørselen er der S: til det siste MT: og at all den kunnskapen vi da kan ha helt fra tidlig livshistorie, musikkpreferanser og hvordan vi kjenner de beboerne, det blir jo veldig verdifullt da. For å ha en trygghet for at det jeg

gjør for deg nå, nå som du ikke kan gi så mye tilbake, at det har verdi, at det blir riktig».

I noen tilfeller er det sykepleier som henvender seg til musikkterapeuten når beboeren ligger på det siste:

«S: Da er det jo noen ganger at jeg ringer deg (henvender seg til musikkterapeuten) og sier sånn, hvis de for eksempel er veldig dårlige og tidligere har hatt stor glede av å være med på felles musikkstund, da pleier jeg å si ifra til musikkterapeuten, at de kanskje trenger individuell, sånn i livets slutfase eller hva det måtte være».

Informantene sier at det er få andre tilbud som kan gis i livets siste fase for beboerne, og de understreker at musikkterapien må være individuelt tilpasset, og ta utgangspunkt i beboernes livshistorie og musikkpreferanser. Et slikt utgangspunkt er grunnleggende for å ivareta beboerens ønsker og behov.

4.3.4 Fysisk symbol

Det fysiske symbolet på døra fungerer som en påminnelse for personalet om at denne beboeren ligger på det siste, og informantene mener at symbolet bidrar til felles forståelse for hvordan personalet skal oppføre seg i møte med disse beboerne:

«S: Det er noe nytt at vi har begynt med et fysisk bilde sånn at alle skal se det, og at alle vet hva det bildet betyr fordi det henger på døren. Så vi har jo satt i gang så nå har alle en fugl på døren hvis de er i livets slutfase».

«S: Så har musikkterapeuten kommet på trubadurrunden sin og syng, syng, syng og vær glad, og så plutselig ligger det en som er terminal i en seng på et rom og så ser man at kommunikasjonen mellom ikke har vært helt den beste. Hvis det for eksempel er en person som holder på å dø og har familien sin der og kanskje står i sin største sorg og bare kjenner at dette er vanskelig, og så kommer musikkterapeuten på gangen og.. MT: Så hører du bare La oss leve for hverandre, S: da kanskje musikkterapeuten tar det noen hakk ned, og bare, vi kommer tilbake senere. Så jeg har veldig troen på det, og så må vaskepersonalet informeres, at man har en felles forståelse om at her oppfører man seg på denne måten».

Informantene understreker her at det bør være et tilpasset opplegg for beboeren, og at teksten «La oss leve for hverandre» ikke passer i møte med en beboer som ligger på det siste.

4.4 Sykehjemmet flytter

Denne kategorien handler om da sykehjemmet skulle inn i helt nye fasiliteter, noe som var en veldig stor overgang for både beboere og personalet:

«MT: En kjempeovergang var jo selvfølgelig når vi skulle flytte, alle beboerne skulle fra et sted til et annet så det var jo en kjempeovergang, både ansatte som måtte forholde seg til nye medarbeidere fordi man ble jo litt stokka om på personalkabalen og forholde seg til nye fasiliteter, i tillegg til at beboerne skulle være en del av en massiv flytting».

4.4.1 Musikkterapi og trygghet

Musikkterapeuten beskriver hvordan hen hadde en sentral rolle i denne store overgangen, og både musikkterapeuten og den individuelt tilpassede musikken bidro til å trygge beboerne ved ankomsten til det nye sykehjemmet. Denne prosessen foregikk over to dager, og i tillegg til musikkterapien, var sykepleier med og delte ut roser:

«MT: Da hadde vi en, nei to innflyttingsdager hvor jeg satt gjennom hele den prosessen og de kom i busslast etter busslast så satt jeg i kafeen da, i ankomstområdet, der var også du med og gav roser, gjorde du ikke det? (Henvender seg til sykepleier) S: Jo alle fikk roser MT: og jeg gav hver beboer en sang når de kom, og da hadde jeg jo veldig nytte av å kjenne dem ganske godt, så det var jo mye sånn, okay, jammen du er jo tango for to liksom, det må bli den, og det følte vi var en veldig fin måte å komme inn i noe fullstendig nytt og ukjent på og bare hun kjenner vi, dette kjenner vi. Så det ble en fin overgang vil jeg si».

Musikkterapeuten ble et viktig gjenkjenningselement som gav beboerne trygghet i en utfordrende overgang:

«S: Alle beboerne har jo et veldig positivt forhold til musikkterapeuten, fordi det er noe lystbetont og noe mange synes er veldig hyggelig, og se der kommer hun! MT: Syngedama S: tror ingen på hele huset her har så stor stjerne som

musikkterapeuten her, så det er jo veldig hyggelig å ønske dem velkommen hit med det, noe de har et godt forhold til, og noe som gjør at man føler seg glad».

Disse beskrivelsene av musikkterapeutens rolle i den store flytteprosessen, understreker hvordan den individuelt tilpassede musikken kunne trygge beboerne i en stor og uoversiktlig overgang, og denne tryggheten kunne forsterkes gjennom at beboerne kjente til, og hadde et godt forhold til musikkterapeuten.

4.5. MT, musikk og daglige overganger

Denne kategorien handler om hvordan musikkterapi/musikk kan brukes i møte med daglige overganger på langtidshjemmet.

4.5.1 Hente frem ressurser

Musikkterapeuten vektlegger en ressursorientert tilnærming i møte med beboerne, der opplevelse av mestring for beboeren er avgjørende, og også opplevelsen av å være verdifull og ha en aktiv rolle i samspillet. De to første sitatene her er nevnt tidligere, men jeg velger å ta de med også i denne kategorien fordi jeg mener dette fokuset også er sentralt i møte med daglige overganger:

«MT: Det handler om å hente frem ressurser hos mennesker og gi mennesker en følelse av mestring og av å kunne påvirke, påvirke en relasjon, påvirke i et samspill, det handler jo mye om det å istandsette folk til å kjenne på egne ressurser og det og få til.

Musikkterapeuten peker på et konkret eksempel hvor beboeren kan oppleve å ha en aktiv rolle og ikke bare være den hjelpetrequende:

MT: Med en som jeg jobber mye med som har slitt veldig med depresjon og litt vrangforestilling og angst så jobber jeg jo rett og slett mye med å spille sammen med hun da, hun spiller jo piano selv, hun trenger å føle at hun får til, så hun blir motivert av at vi spiller sammen for hun synes det er veldig hyggelig å spille sammen med noen, ikke være alene, og der for eksempel så forsøker jeg å liksom å sette i gang mestringsfølelse ved at når hun kommer på en ny sang så legger jeg det inn i permen sånn at nå har du utvidet denne permen med enda en sang liksom eller nå lærte du meg en ny sang og den skal jeg øve på til neste gang

sånn at hun har motivasjon og ja, igjen dette med at hun faktisk er med på å påvirke en relasjon da, sant og gi verdi og betydning over til henne da, at det ikke alltid er hun som er hjelpetrengende på en måte, men kan gi noe tilbake».

Dette eksempelet viser hvordan musikk bidrar til opplevelse av mestring og inkludering for denne beboeren:

«MT: Det kan også handle om mer fysiske ting, motorikk, jeg har en dame som føler at hun ikke får til ting, hun sitter i rullestol og er veldig urolig i forkant av en musikk og bevegelsesgruppe, men når vi først kommer i gang med de rytmiske sangene og skal marsjere eller strekke armene opp og ned i været så er hun på den med en gang og kan, ved bare å bli satt i gang av musikken, kjenne at jeg får det til, jeg kan være en del av et fellesskap også som likeverdig».

Musikkterapeuten tar utgangspunkt i beboerens musikkpreferanser og livshistorie for å anerkjenne beboeren og hente frem minner:

«MT: Selvfølgelig det med å sette i gang minner, igjen dette her med å vite litt om livshistoriene til menneskene da, om jeg vet at hun har vært aktiv med seilbåt for eksempel da og kunne bruke det inn i en musikalsk kontekst ved å synge sjømannsviser og på en måte løfte henne litt i det og trigge de minnene».

4.5.2 Musikkterapi og musikk for å endre fokus

Sykepleier sier at hen ofte bruker musikk for å endre fokus, eller avlede beboeren. Musikken bidrar blant annet til å gjøre frokosten roligere og hyggeligere, og musikk kan også lette stellesituasjoner for både sykepleier og beboer:

«S: At man står litt fast i en situasjon og så trenger man kanskje å endre litt fokus. At vi da enten hører på musikk eller at jeg prøver meg på en sang, ikke det at det er så pent som å høre på musikkterapeuten, men det duger overraskende greit likevel. I tannpuss har jeg brukt det, hos fotterapeut hos frisør, når vi vasker håret, vi har brukt det hvis det har vært litt uenigheter mellom beboere at man synger en sang sammen og så kanskje man får endret litt fokus gjennom det».

Sitatet under har jeg nevnt tidligere i forbindelse med musikkterapi i overgangen til langtidshjem, men jeg velger å gjenta det her. Jeg mener at musikk kan endre fokus og fange oppmerksomhet også med tanke på daglige overganger

«S: Bruker det mye under måltidsituasjoner for å skape en god atmosfære, da har jo musikkterapeuten lagd ganske mange sanger, eller hun har i hvert fall en liste som jeg alltid bruker MT: Å ja! Hvilken er det? S: Som heter oppvåkningsmusikk MT: Nei bruker du den! (latter) S: Den bruker jeg MT: Så gøy S: og den får jeg så mange positive tilbakemeldinger på MT: Så hyggelig da S: Og den har så fine sanger MT: Det var faktisk en jeg laget til en beboer S: og den bruker jeg masse MT: for at hun skulle komme seg opp om morgenen, å så fint da! S: Den bruker jeg nesten hver morgen, når de sitter og spiser frokost at det er litt sånn lav rolig musikk i bakgrunnen. MT: Så gøy S: Så det er flere av de som spør når jeg ikke har satt den på: Ja, hvor er musikken da?!».

4.5.3 Lystbetont

Sykepleier beskriver hva musikkterapi er for hen, og vektlegger at det er lystbetont, og at det kan løse situasjoner som oppstår i daglige overganger. Det kan både være hjelp fra musikkterapeuten, men også sykepleiers egen bruk av musikk i disse situasjonene:

«S: Hva musikkterapi er for meg er veldig lystbetont og et virkemiddel jeg bruker mye spesielt hos personer med demens, det letter veldig hverdagen min i mange situasjoner».

«S: Jeg tenker at det kan brukes til alt, at det ofte kan løse situasjoner da. Jeg har jo ringt musikkterapeuten og spurt kan du komme inn her nå? (hever stemmen) jeg får det ikke til! Så for meg er det lystbetont og en ting jeg kan bruke når jeg står litt fast, enten det er meg selv, eller jeg er så heldig å få hjelp av musikkterapeuten».

Musikkterapeuten beskriver et eksempel der beboeren kjenner på mestring og glede, der musikkterapien oppleves som noe lystbetont for beboeren:

«MT: Og selvfølgelig hos personer med demens, hvor de kanskje ikke mestrer tale like godt lenger, om det er afasi eller om det bare er ordkludring, det å kjenne at okay, men denne sangen får jeg til, den sangen synger vi sammen, og kjenne på at jeg får til».

4.6 Oppsummering av kategoriene/temaene mine

På bakgrunn av arbeidet med analysen av datamaterialet mitt, kom jeg altså frem til fem kategorier, *Utfordringer ved overgang til langtidshjem, personsentrert omsorg og musikkterapi i overgangen til langtidshjem, endring i helsetilstand, sykehjemmet flytter,* og *musikkterapi/musikk i daglige overganger*. Hver kategori ble valgt med tanke på mine forskningsspørsmål. Jeg er interessert i overganger for eldre personer med demens, og om personsentrert omsorg og musikkterapi kan lette/støtte disse overgangene. De to første kategoriene så nærmere på utfordringer ved overgang til langtidshjem, og kartla hvilken rolle personsentrert omsorg og musikkterapi har i denne sammenhengen. Kategorien *endring i helsetilstand*, dreiet seg om at beboeren får redusert helse og flyttes til et nytt omsorgsnivå, herunder overgangen der redusert helse vil si livets slutfase. Neste kategori var en spesifikk overgang, *sykehjemmet flytter*, der beboerne ble en del av en massiv flytteprosess til et nytt langtidshjem. Siste kategori så på musikkterapi i forbindelse med daglige overganger. Jeg valgte å legge vekt på musikkterapi/musikk i de daglige overgangene og ikke bare pleie eller omsorg. Grunnen var at både sykepleier og musikkterapeut snakket mest om bruk av musikk i forbindelse med mindre overganger.

5. Drøftingsdel/diskusjon

Aller først i denne drøftingsdelen vil jeg minne om min problemstilling i dette arbeidet:

Med overgangsritual som forståelsesmodell: Hvordan kan personsentrert omsorg og musikkterapi lette/støtte overganger for eldre personer med demens?

I denne delen vil jeg reflektere og drøfte rundt temaer som ble løftet frem i avsnittet om resultater, og i tillegg knytte dette til relevant teori og litteratur.

5.1.1 «A healing process», musikkterapi i overgangen til langtidshjem

Det første temaet jeg ønsker å vektlegge er musikkterapi i overgangen til langtidshjem, og hvordan musikkterapien kan bidra til å gi beboeren med demens en ny og aktiv rolle, der beboeren føler seg verdifull, noe som igjen kan styrke personens opplevelse av egen identitet og mestringsfølelse og løse personen trygt gjennom en krevende overgang. Jeg støtter meg til teorier om overgangsritual, og artikkelen «Reflections on music therapy

with older adults from an ethnographic perspective» (Schneible et al., 2021) i denne delen.

Jeg mener at overgangen fra en hjemmesituasjon til fast plass på et langtidshjem kan sees som et overgangsritual, der eldre personer med demens går gjennom Van Genneps (1960) tre faser. Schneible (2021) hevder at individet i denne overgangen opplever en dekonstruksjon av sitt gamle jeg, og tap av det livet de hadde før. De mister hjemmet sitt, uavhengigheten sin, rollen i familien, jobben og utdannelsen, meningen med livet, og mange blir også fysisk redusert. Så følger en liminal fase, der individet ikke lenger innehar sin tidligere sosiale status, men reduseres og blir passivt, og blir en del av en større gruppe, beboere på langtidshjem. Ifølge Schneible understrekes denne følelsen av anonymitet gjennom et søkelys på symptomer og medisiner. Den siste fasen er en rekonstruksjon av individet, inn i en ny status, og her hevder Schneible at hennes musikkterapeutiske tilnærming, har stor betydning. Musikkterapi fungerer som en støtte for beboerne ved at den anerkjenner og bekrefter overgangen, og musikkterapien gir samtidig beboerne en ny og aktiv rolle, den henter frem ressurser og styrker individets opplevelse av glede, mestring og autonomi. De er ikke lenger bare beboere på et langtidshjem.

Residents often appear engaged, empowered and encouraged by music therapy [...] [it] shifts attention to the positives and the possible in their lives. It draws them out of the liminal anonymity of “nursing home resident” to redefine or reintegrate their sense of self, identity and purpose (Schneible et al., 2021, s. 30).

I mitt datamateriale understreker musikkterapeuten at et fokus på å hente frem ressurser er sentralt i arbeidet med nye beboere med demens på langtidshjemmet. Gjennom å gi dem en aktiv rolle i samspillet, kan beboerne hjelpes ut av en liminal fase som anonyme, beboeren kan være noe mer enn en pleietrengende på et langtidshjem, jamfør Schneible, Gabriel og Bradt (2021). Beboeren kan påvirke en relasjon og kjenne på egne ressurser:

«MT: igjen dette med at han faktisk er med på å påvirke en relasjon da, sant og gi verdi og betydning over til han da, at det ikke alltid er han som er hjelpetrengende på en måte, men kan gi noe tilbake».

«MT: Det handler om å hente frem ressurser hos mennesker og gi mennesker en følelse av mestring og av å kunne påvirke, påvirke en relasjon, påvirke i et samspill, det handler jo mye om det å istandsette folk til å kjenne på egne ressurser og det og få til».

Schneible kaller sin musikkterapeutiske tilnærming «*a healing process*», der beboerne har en aktiv rolle, og der forholdet mellom musikkterapeut, beboere, og musikken er likeverdig. Dette åpner opp for «*a story of healing*» for beboerne, både på et psykologisk, emosjonelt og sosialt plan. Musikkterapeuten bekrefter og anerkjenner beboernes verdi, og tilbyr beboerne en trygg arena for utforskning (Schneible et al., 2021, s. 32).

Kvamme (2020) henviser til Bruscias (2014a) områder for praksis, og Even Ruuds (2018, henvist i Kvamme, 2020) tilpassing av disse områdene til norsk musikkterapi, og hevder på bakgrunn av dette at musikkterapi i eldreomsorgen er av psykoterapeutisk art. En slik tilnærming har som mål å optimalisere pasientens helse i vid forstand, både personens mentale, åndelige, spirituelle og emosjonelle helse vektlegges (Kvamme & Stige, 2016) Her vektlegges det å møte personens psykososiale behov, gjennom blant annet å redusere uro, hente frem minner og styrke identitet. Dette er også fokuset hos Schneible (2021), men hun velger å kalle den musikkterapeutiske tilnærmingen for «*a healing process*». Musikkterapiforskeren Kenneth Bruscia (2014b) skriver også om helende musikkterapi, og han definerer det som en healing prosess der klienten heles, eller oppnår bedre helse eller økt velvære gjennom musikkopplevelser. Relasjonen mellom klient og terapeut står sentralt, og terapeuten støtter klienten i endringsprosessen. Bruscia understreker at healingen er en naturlig prosess som kan foregå på ulike nivå, som spirituell, kroppslig, mentalt eller økologisk (Bruscia, 2014b, s. 170).

5.1.2 Personsentrert omsorg i overganger

I denne delen vil jeg knytte teori om personsentrert omsorg til konkrete eksempler fra mine kategorier i resultatdelen. Det første sitatet er litt skøyeraktig fra sykepleierens side, men det ligger også et alvor der når det gjelder å virkelig imøtekomme beboerens behov i en stor overgang til langtidshjem.

«S: Helsehus har jo også et veldig annet fokus enn det vi har, der slipper de jo ut igjen, for der skal de ut og bli friske og hjem, mens her er vi ikke så opptatt

av om du spiser brokkolien din. Her kan du få kompott til frokosten din hvis det er det du har lyst på, vi er mere opptatt av hva du ønsker og hvordan du vil ha det.»

Eksempelet nedenfor kan knyttes til Kitwoods (1999) teori, og det grunnleggende behovet for tilknytning hos eldre personer med demens, et behov som ifølge Røsvik og Mjørud (2019) kan være ekstra stort for personer med demens i en overgang fra hjemmesituasjon til institusjon. Sykepleier forteller at det viktigste i den første fasen etter ankomst, er å bygge en relasjon for å dekke behovet for tilknytning. Et annet behov i denne situasjonen, er behovet for trøst/comfort, jamfør Kitwood (1999, s. 90-92). Personen med demens er på et nytt og ukjent sted, og angst og usikkerhet kan gjøre at personen trenger mer nærhet og omsorg.

«S: De første to ukene så er fokuset mest på å bli kjent og bygge en relasjon mere enn at man skal passe på at dusj er gjennomført på dusjedag (latter) så vi pleier ofte å informere de pårørende spesielt, litt om det at nå er vi her først for å bli kjent, sånn at ikke de plutselig kommer og synes at det er vanskelig hvis sine kjære ikke er sånn som de pleier å se de og ikke, lik på håret eller, ja, sånne ting. At man har avklart på forhånd at nå putter vi våre ressurser mest på å bygge en god relasjon, mere enn praktiske oppgaver som kan tas senere».

Også disse utsagnene viser eksempel på personsentrert omsorg ved at sykepleier tar seg tid til å være med de nye beboerne og sitte sammen med dem og høre på musikk og drikke kaffe. Her vil jeg trekke frem behovet inkludering som sentralt. Røsvik og Mjørud (2019) sier at eldre personer med demens ofte opplever utfordringer når det kommer til det sosiale, og i denne frokostsituasjonen kan sykepleier være i en likestilt relasjon med beboerne, og beboerne kan føle at de er en del av en gruppe.

«S: Jeg tror det også er viktig for oss selv at vi bruker [musikk], ja at man får et roligere tempo, at man minnes litt på, hva er det egentlig som betyr noe. Og vi er jo her for at de skal ha det best mulig og de har det ikke best mulig hvis vi løper rundt fortrest mulig, at vi heller setter oss ned og er litt sammen med dem og bruker tid [...]».

«S: Nå sitter vi her også kan jeg ha tusen ting på lista, men det å sitte her å høre på musikk og drikke en kopp kaffe med de er kanskje vel så viktig som alt det andre, veldig viktig».

Sykepleier snakker om hvordan hen bruker musikk i ulike situasjoner, og dette eksempelet illustrerer metoden «vårdarsang», eller omsorgssang på norsk (Kvamme, 2020). Det innebærer at omsorgsgiver synger en sang som er kjent for beboeren, og lager en tekst som beskriver det som skjer der og da, for eksempel i forbindelse med tannpuss. Kvamme mener at musikk som beboeren har et forhold til, kan være en døråpner for kommunikasjon og samhandling med beboeren. Her kan sykepleier ved bruk av musikk, endre fokus og fange oppmerksomhet, og på denne måten gjøre denne daglige overgangen lettere for personen med demens:

«S: At man står litt fast i en situasjon og så trenger man kanskje å endre litt fokus. At vi da enten hører på musikk eller at jeg prøver meg på en sang, ikke det at det er så pent som å høre på musikkterapeuten, men det duger overraskende greit likevel. I tannpuss har jeg brukt det, hos fotterapeut hos frisør, når vi vasker håret, vi har brukt det hvis det har vært litt uenigheter mellom beboere at man synger en sang sammen og så kanskje man får endret litt fokus gjennom det».

I tillegg til å gjøre overgangene lettere for eldre personer med demens, peker sykepleier på at et slikt fokus også kan ha noe å si for det daglige arbeidet for helse- og omsorgspersonell:

«S: Hva musikkterapi er for meg er veldig lystbetont og et virkemiddel jeg bruker mye spesielt hos personer med demens, det letter veldig hverdagen min i mange situasjoner».

5.1.3 De 3 R'er og overganger for eldre personer med demens

Ridder (2016) peker på tre store problemområder for eldre personer med demens, det å kunne gjenkjenne og holde fokus, det relasjonelle, og evnen til selvregulering. Musikk kan på ulike måter benyttes i arbeidet med disse områdene, og Ridder trekker frem begrepene *ramme*, *regulering* og *relasjon* (2016, s. 140-143). Viser her til en gjennomgang av denne tilnærmingen, side 18-19 i denne masteroppgaven.

Jeg tenker at denne musikkterapeutiske tilnærmingen kan være særlig nyttig med tanke på temaet eldre personer med demens og overganger, og jeg vil knytte den til informantenes beskrivelse av et konkret eksempel på en stor overgang. Alle beboerne, og personalet, skulle flytte til nye fasiliteter, og beboerne ble en del av en veldig stor overgang. Informantene peker på at musikkterapi ble en viktig støtte i overgangen, i tillegg til at alle beboerne fikk en rose når de kom inn:

«MT: Da hadde vi en, nei to innflyttingsdager hvor jeg satt gjennom hele den prosessen og de kom i busslast etter busslast så satt jeg i kafeen da, i ankomstområdet, der var også du med og gav roser, gjorde du ikke det? (Henvender seg til sykepleier) S: Jo alle fikk roser MT: og jeg gav hver beboer en sang når de kom, og da hadde jeg jo veldig nytte av å kjenne dem ganske godt, så det var jo mye sånn, okay, jammen du er jo tango for to liksom, det må bli den, og det følte vi var en veldig fin måte å komme inn i noe fullstendig nytt og ukjent på og bare hun kjenner vi, dette kjenner vi. Så det ble en fin overgang vil jeg si».

Musikkterapeuten bruker kjent musikk, for å skape en trygg ramme, og løse beboerne gjennom en kaotisk situasjon, en stor flyttingsovergang, som helt klart kan være skremmende for personer med kognitiv svikt. Forvirring og utrygghet over hva som skjer, hvor de skal, og alle menneskene, kan være utfordrende. Musikken skaper en trygg ramme, og i tillegg er relasjonen til musikkterapeuten avgjørende. Musikkterapeuten er et kjært gjenkjenningselement, som beboerne forbinder med gode opplevelser:

«S: Alle beboerne har jo et veldig positivt forhold til musikkterapeuten, fordi det er noe lystbetont og noe mange synes er veldig hyggelig, og se der kommer hun! MT: Syngedama S: tror ingen på hele huset her har så stor stjerne som musikkterapeuten her, så det er jo veldig hyggelig å ønske dem velkommen hit med det, noe de har et godt forhold til, og noe som gjør at man føler seg glad».

Med tanke på *regulering*, så kan kjent musikk roe beboerne i denne overgangen, og forutsetningen for å balansere arousalnivået, er at musikkterapeuten og musikken oppleves som trygg for beboerne.

5.1.4 Musikkterapi i livets slutfase

En annen stor overgang, er overgangen til livets slutfase, og Kvamme (2020) sier at det må legges vekt på personens musikalske livshistorie og musikkpreferanser i denne sammenhengen. Informantene min understreker også dette fokuset, samt relasjonen til beboeren, som viktig for å gi en trygghet i forhold til at musikkterapien kan oppleves som verdifull for beboeren:

«MT: Så det er jo også en type overgang hvor jeg gjerne prioriterer å gå til de beboerne som er terminale, for da er det jo på en måte ikke så mye annet tilbud å gi, og selvfølgelig til og med når de kanskje ikke er helt ved bevissthet lenger så vet man jo at hørselen er der S: til det siste MT: og at all den kunnskapen vi da kan ha helt fra tidlig livshistorie, musikkpreferanser og hvordan vi kjenner de beboerne, det blir jo veldig verdifullt da. For å ha en trygghet for at det jeg gjør for deg nå, nå som du ikke kan gi så mye tilbake, at det har verdi, at det blir riktig».

Musikkterapi er et av de få tilbudene som gis i livets slutfase, og jeg tenker at dette sitatet understreker viktigheten av musikkterapi for eldre personer med demens i denne overgangen. Musikkterapien kan bidra til å støtte eldre personer med demens i denne skremmende overgangen, ved å ta utgangspunkt i musikk som er kjent og kjær for beboeren. Schmid og Skrudland (2016) mener at musikkterapeutens hovedoppgave i palliativ sammenheng, er å lytte aktivt, og forsøke å fange opp små tegn fra pasienten med tanke på endring i pust, kroppsbevegelser og lignende. Det er viktig å være oppmerksomt til stede, og stillhet bør være på lik linje med musikk i en slik situasjon. Musikkterapi i livets slutfase kan utføres på flere måter, blant annet samtale og musikklytting, sang og avspenningsøvelser.

5.1.5 Studiens relevans

Malterud (2018) definerer *validitet* i forskningen, det vil si at forskeren må være bevisst med tanke på hva datamaterialet og metoden faktisk kan si noe om, om metoden egner seg til å få svar på det vi vil finne ut av, og også hvilken grad av overførbarhet resultatene har. Overførbarhet dreier seg om at resultatene i et forskningsprosjekt kan formidle ny kunnskap, ikke bare i den kontekst der kartleggingen gjennomføres, men også hvordan denne kunnskapen kan være verdifull i andre kontekster i møte med lignende problemstillinger. I mitt tilfelle så har jeg allerede brukt overgangsritual som

forståelsesmodell i en fordypningsoppgave. Her undersøkte jeg hvordan musikkterapi kan støtte sårbare grupper som befinner seg i større overganger i livet, og litteraturen viste at forståelsesmodellen også benyttes i møte med andre målgrupper enn eldre personer med demens. Jeg fant to måter musikkterapi og musikk kan sees som et overgangsritual på i denne sammenhengen, det kan enten fungere som en støtte i den liminaliteten som overgangen i seg selv representerer, eller den er en støtte i kraft av seg selv. Tekstene fra litteratursøket er med på å underbygge det mine informanter sier, og de styrker også overføringsverdien av overgangsritual som forståelsesmodell og koblingen til musikkterapi.

En bevissthet rundt dette med overganger mener jeg kan ha stor betydning for eldre personer med demens. Den kognitive svikten gjør at denne gruppen er ekstra sårbar i overganger, og den fører også til mange potensielle overganger i det daglige, og det er noe vi må være klar over. I tillegg må vi jobbe aktivt for at overganger kan oppleves mindre skremmende for eldre personer med demens. Det er her personsentrert omsorg og musikkterapi kan fungere som en brobygger, som kan bidra til å løse demensrammede gjennom overgangene. En bevissthet rundt overganger, vil ikke bare gagne eldre personer med demens. Jeg mener at dette også kan lette situasjonen for både pårørende og personalet, men også for samfunnet. Sykepleiere, musikkterapeuter og andre som jobber i eldreomsorgen trenger kunnskap om dette temaet, slik at personsentrert omsorg og musikkterapi kan være en større del av inntekten på langtidshjem, og støtte eldre personer med demens i overganger. Jeg mener også at dette temaet er viktig for faget musikkterapi, og jeg tenker at en musikkterapiutdanning også burde formidle kunnskap om overganger og eldre personer med demens, med tanke på de musikkterapeutene som ønsker å jobbe innenfor eldreomsorgen.

Konklusjon

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært en spennende prosess, som har utvidet min forståelse med tanke på sammenhenger mellom overgangsritual, musikkterapi og eldre personer med demens. Min problemstilling i denne oppgaven er altså:

Med overgangsritual som forståelsesmodell: Hvordan kan personsentrert omsorg og musikkterapi lette/støtte overganger for eldre personer med demens?

Jeg har i prosessen med masteroppgaven fått bekreftet min antagelse om at musikkterapi og personsentrert omsorg både kan støtte, og lette, overganger for eldre

personer med demens, og jeg har også argumentert for at overgangsritual kan være en viktig forståelsesmodell i denne sammenhengen. Musikkterapi og personsentrert omsorg vektlegger det å virkelig se og anerkjenne personen bak sykdommen, møte personen med nysgjerrighet og åpenhet, og møte beboerens ønsker og behov. Musikkterapeuten jobber ressursorientert og gir eldre personer med demens en ny og aktiv rolle som bidrar til glede, styrket identitet, opplevelse av mening og sammenheng, mestring og tilhørighet i møte med krevende overganger.

Litteraturliste:

- Amundsen, A. B. (2006). Kulturhistoriske ritualstudier. I A. B. Amundsen, B. Hodne & A. Ohrvik (Red.), *Ritualer : kulturhistoriske studier* (s. 7-28). Universitetsforl.
- Amundsen, A. B., Hodne, B. & Ohrvik, A. (2006). *Ritualer : kulturhistoriske studier*. Universitetsforl.
- Bell, C. M. (2009). *Ritual : perspectives and dimensions* (rev. utg.). Oxford University Press, USA.
- Bertelsen, B. E. (2021, 18. januar 2021). *overgangsriter*. Store norske leksikon. <https://snl.no/overgangsriter>
- Braun, V. & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis : a practical guide*. SAGE.
- Bruscia, K. E. (2014a). *Defining Music Therapy* (3. utg.). University Park: Barcelona.
- Bruscia, K. E. (2014b). Healing practices. I *Defining Music Therapy* (3. utg., s. 164-170). University Park: Barcelona.
- Clarke, V. & Braun, V. (2017). Thematic analysis. *The Journal of Positive Psychology*, 12(3),s.297-298. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2016.1262613>
- Coombes, E. (2020). Betwixt and between: considering liminality and rites of passage in the context of music therapy in a specialist further education college. *The Arts in Psychotherapy*, 67. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2019.101610>
- Engedal, K. (2016). *En bok om demens. Husk meg når jeg glemmer*. Pax Forlag A/S.
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2018a). Alzheimers sykdom - den hyppigste årsaken til demens. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens : sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 60-89). Forl. aldring og helse akademisk.
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2018b). De nest vanligste årsakene til demens. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens : sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 90-125). Forl. aldring og helse akademisk.
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2018c). Demens. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens : sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 14-28). Forl. aldring og helse akademisk.
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (Red.). (2018d). *Demens : sykdommer, diagnostikk og behandling*. Forl. aldring og helse akademisk.
- Gennep, A. v. (1960). *The rites of passage*. Routledge & Kegan Paul.

- Gjerstad, L. (2020, 3. august 2020). *agnosi (nevrologi)*. Store medisinske leksikon. <https://sml.snl.no/agnosi-nevrologi>
- Gjerstad,L.(2021, 27.juli 2021). *apraksi*.Store medisinske leksikon. <https://sml.snl.no/apraksi>
- Golubovic, J. (2015). *Overgangsritual og musikkterapi. En litteraturstudie om teoretiske perspektiver på terapeutisk endring* [Masteroppgave, Norges musikkhøgskole]. NMH-Brage. <http://hdl.handle.net/11250/292885>
- Gujord, T., Gro. (2018). Motoriske symptomer. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens : sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 42-47). Forl. aldring og helse akademisk.
- Nasjonalt senter for aldring og helse. (u.d). *Hvor mange har demens i Norge?* Nasjonalt senter for aldring og helse. <https://demenskartet.no/>
- Helsedirektoratet. (2022a, 14. september 2022). *Miljørettede tiltak og aktiviteter ved demens - Kommunale virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester skal legge til rette for psykososiale tiltak og aktiviteter hos tjenestemottakere med demens*. Helsedirektoratet - nasjonalfaglig retningslinje for demens. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/miljorettede-tiltak-og-aktiviteter-ved-demens#kommunale-virksomheter-skal-legge-til-rette-for-og-bor-motivere-til-daglig-fysisk-aktivitet-hos-mottakere-av-helse-og-omsorgstjenester-herunder-personer-med-demens>
- Helsedirektoratet. (2022b, 27. april 2022). *Om demens*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/om-demens#Pasienter-med-alvorlig-grad-av-atferdsmessige-og-psykologiske,de-er-vanlige-og-omfatter-mange-ulike-symptomer>.
- Helsedirektoratet. (2022c, 27. april 2022). *Personsentrert omsorg og behandling ved demens*. Helsedirektoratet - nasjonalfaglig retningslinje for demens. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/personsentrert-omsorg-og-behandling-ved-demens#virksomheter-skal-etablere-rutiner-for-personsentrert-omsorg-og-behandling-til-personer-med-demens-begrunnelse>
- Jacobsen, K. A. G., Bente (2022, 3. januar 2022). *ritual*. Store norske leksikon. <https://snl.no/ritual>
- Kirkevold, Ø. (2018). Å forstå nevropsykiatriske symptomer. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens : sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 260-275). Forl. aldring og helse akademisk.
- Kitwood, T. & Johnsen, N. (Red.). (1999). *En revurdering af demens : personen kommer i første række*. Munksgaard.
- Kristovich, D. (2001). *Late adolescents' use of music as transitional space* [ProQuest Dissertations Publishing].

- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2017). *Det kvalitative forskningsintervju* (T. M. Anderssen & J. Rygge, Overs.; 3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Kvamme, T. S. (2008). Musikk for demensrammede - en livsnødvendighet? I E. Ruud & G. Trondalen (Red.), *Perspektiver på musikk og helse : 30 år med norsk musikkterapi* (s. 489-499). Norges musikkhøgskole.
- Kvamme, T. S. (2013). *Glimt av glede : musikkterapi med demensrammede som har symptomer på depresjon og angst* [Norges musikkhøgskole]. Oslo.
- Kvamme, T. S. (2020). *Å finne tonen : om musikk og demens* (1. utg.). Forlaget aldring og helse.
- Kvamme, T. S. & Stige, B. (2016). Musikkterapi i praksis: en innføring. I H. M. O. Ridder & B. Stige (Red.), *Musikkterapi og eldre helse* (s. 111-119). Universitetsforl.
- Malt, U. (2020, 2. september 2020). *biologisk sårbarhet*. Store norske leksikon. https://snl.no/biologisk_sårbarhet
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Universitetsforl.
- Nasjonalt senter for aldring og helse, (2021, 18. oktober 2022). *Ulike typer heldøgns omsorg*. Nasjonalt senter for aldring og helse. <https://veiviserdemens.aldringoghelse.no/ulike-typer-heldogns-omsorg/>
- Persvold, A. Z. (2021, 7. november 2021). *modell*. Store norske leksikon. <https://snl.no/modell>
- Ridder, H. M. O. (2016). Musikterapi i en psykososial demensomsorg i plejebolig. I H. M. O. Ridder & B. Stige (Red.), *Musikkterapi og eldre helse* (s. 133-145). Universitetsforl.
- Rokstad, M., Anne Marie & Røsvik, J. (2018). Personsentrert omsorg. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens : sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 300-314). Forl. aldring og helse akademisk.
- Rolvjord, R. (2008). En ressursorientert musikkterapi. I E. Ruud & G. Trondalen (Red.), *Perspektiver på musikk og helse : 30 år med norsk musikkterapi* (s. 123-137). Norges musikkhøgskole.
- Ruud, E. (1990). *Musikk som kommunikasjon og samhandling : teoretiske perspektiv på musikkterapien*. Solum.
- Ruud, E. (2001). *Varme øyeblikk : om musikk, helse og livskvalitet*. Unipub.
- Ruud, E. (2013). *Musikk og identitet* (2. utg. utg.). Universitetsforl.
- Ruud, E. (2023, 26. januar 2023). *musikkterapi*. Store norske leksikon.

- Røsvik, J. & Mjørud, M. (2019). *Håndbok for AG-modellen: Personsentrert omsorg og miljøbehandling på sykehus*. Forlaget aldring og helse.
- Sacks, O. (2007). Music and Identity: Dementia and Music Therapy. I *Musicophilia : tales of music and the brain* (s. 371-385). Alfred A. Knopf.
- Schmid, W. & Skrudland, H. (2016). Musikkterapi i palliativ omsorg. I H. M. O. Ridder & B. Stige (Red.), *Musikkterapi og eldrehelse* (s. 177-186). Universitetsforl.
- Schneible, B. K., Gabriel, J. F. & Bradt, J. (2021). Reflections on music therapy with older adults from an ethnographic perspective. *Quality in Ageing and Older Adults*.
- Selbæk, G. (2018). Nevropsykiatriske symptomer ved demens. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens : sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 246-259). Forl. aldring og helse akademisk.
- Sletnes, K. B. (2021, 18. mars 2021). *forståelse*. Store norske leksikon. <https://snl.no/forståelse>
- Stensæth, K., Asskildt, K. K., Brean, A., Johansson, K., Stedje, K. & Kvamme, T. S. (2022). Kor, demens og livskvalitet. Kvantitative resultater fra en korttids pilotstudie av et korprosjekt med mennesker med demens. *Musikkterapi, 2022*. <https://www.musikkterapi.no/nyheter/kor-demens-og-livskvalitet>
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg.). Fagbokforl.
- Turner, V. W. (1977). *The ritual process : structure and anti-structure : the Lewis Henry Morgan Lectures - 1966, presented at the University of Rochester, Rochester, New York*. Cornell University Press.
- van der Steen, J. T., van Soest-Poortvliet, M. C., van der Wouden, J. C., Bruinsma, M. S., Scholten, R. J. & Vink, A. C. (2017). Music-based therapeutic interventions for people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev*, 5(5), Cd003477. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003477.pub3>

Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Overgangsritualer som forståelsesmodell og musikkterapi som ressurs i overganger mellom ulike institusjoner og omsorgsnivå hos eldre personer med demens»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se nærmere på overganger for eldre mennesker med demens og bruk av musikkterapi i disse overgangene. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Jeg ønsker å bruke forståelsesrammen overgangsritualer for å potensielt kunne utvide vår kunnskap om behov, opplevelser og utfordringer for eldre mennesker med demens som flyttes fra et omsorgsnivå til et annet. Jeg ønsker å fokusere på overgangen fra at de er hjemme, til de får en diagnose og kommer på dagsenter. Jeg ønsker å gjennomføre intervju med både en sykepleier og en musikkterapeut ved samme institusjon, et dagsenter. Jeg ønsker å få vite noe om sykepleier og musikkterapeuts synspunkt i forhold til hvordan de opplever disse overgangene. På bakgrunn av informasjon fra intervjuene kan jeg kanskje diskutere musikkterapi som en mulig støtte i slike overganger mellom ulike omsorgsnivå for eldre mennesker med demens.

Noen av spørsmålene jeg er opptatt av i dette prosjektet er:

Hvordan kan overgangsritual som forståelsesramme, utvide vår kunnskap om behovene/opplevelsene/utfordringene til eldre personer med demens som flytter mellom ulike omsorgsnivåer (og deres omsorgsgivere)?

Hva kan musikkterapi ha å tilby i disse overgangene, og hvordan kan overgangsritual som forståelsesramme hjelpe oss å forstå musikkterapi med personer med demens bedre?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Prosjektet er en masteroppgave i musikkterapi ved Norges musikkhøgskole (NMH)

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Strategisk utvalg. Ønsker erfaren sykepleier og musikkterapeut som er vant til å snakke om yrket sitt. Ønsker å gå i dybden og få utfyllende svar. Har ikke behov for å sammenligne med andre institusjoner i dette prosjektet.

Hva innebærer det for deg å delta?

- Du vil bli intervjuet sammen med en informant til. Metoden som benyttes er et kvalitativt semistrukkert forskningsintervju. Det gjøres lydopptak av intervjuet. Det vil vare ca en time.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

- Det er kun veileder og student ved Norges musikkhøgskole som vil ha tilgang til disse. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd og bli oppbevart på minnepenn. Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i masteroppgaven.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes 15. mai 2025. Når det gjelder datamateriale vil jeg beholde den anonymiserte transkripsjonen. Lydopptak slettes.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Norges musikkhøgskole har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

- Norges musikkhøgskole
- ved prosjektansvarlig: Tone Sæther Kvamme Tlf: 92059655
- Student: Rønnaug Tingelstad Tlf: 40512703
- Vårt personvernombud: Rolf Haavik Tlf: 90733760

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Tone Sæther Kvamme
(Forsker/veileder)

Rønnaug Tingelstad
(student)

Samtykkeerklæring

Samtykke kan innhentes skriftlig (herunder elektronisk) eller muntlig. NB! Du må kunne dokumentere at du har gitt informasjon og innhentet samtykke fra de du registrerer opplysninger om. Vi anbefaler skriftlig informasjon og skriftlig samtykke som en hovedregel.

- *Ved skriftlig samtykke på papir, kan du bruke malen her.*
- *Ved skriftlig samtykke som innhentes elektronisk, må du velge en fremgangsmåte som gjør at du kan dokumentere at du har fått samtykke fra rett person.*
- *Hvis konteksten tilsier at du bør gi muntlig informasjon og innhente muntlig samtykke (f.eks. ved forskning i muntlige kulturer eller blant analfabeter), anbefaler vi at du tar lydopptak av informasjon og samtykke.*

Hvis foreldre/verge samtykker på vegne av barn eller andre uten samtykkekompetanse, må du tilpasse formuleringene. Husk at deltakerens navn må fremgå.

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet, «Overgangsritualer som forståelsesmodell og musikkterapi som ressurs i overganger mellom ulike institusjoner og omsorgsnivå hos eldre personer med demens»?

og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: Intervjuguide

Intervjuguide:

Kan du beskrive en vanlig dag på jobb?

Hvordan gjør dere det her, hvordan jobber dere med overganger?

(gi eksempler på ulike overganger: fra hjemmesituasjon til sykehjem/heldøgnsinstitusjon, flytting til ny avdeling, redusert helse, ektefelle dør, ny omsorgsgiver)

Kan dere komme på flere typer overganger?

Hva gjøres før, under, etter en slik overgang?

(underspørsmål: Hvilke rutiner har dere for å ta imot nye pasienter)?

Hvilke ulike yrkesgrupper finnes på avdelingen?

Hvem jobber mest med overganger?

Hvilke utfordringer ligger i overgangene for eldre som kommer til sykehjemmet?

Hva mener du kan lette disse overgangene for pasientene?

Kan du fortelle litt om hva musikkterapi er for deg?

Tilleggsspørsmål til musikkterapeuten:

Kan du fortelle litt om hva musikkterapi er for deg?


Hvordan jobber musikkterapeuten her på avdelingen?

Er musikkterapeuten involvert med nye pasienter? Hva går det i så fall ut på?

Hvordan jobber dere med musikkterapi i overgangsfasene?

(Kan du beskrive en situasjon?)

Vedlegg 3: Vurderingsskjema fra NSD

 Sikt

Meldeskjema / Overgangssituasjoner som forståelsesmodell og musikkterapi som ressurs... / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer 780547	Vurderingstype Standard	Dato 07.11.2022
----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------

Prosjekttittel
Overgangssituasjoner som forståelsesmodell og musikkterapi som ressurs for eldre med demens i overgangen mellom ulike omsorgsnivå

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

Prosjektansvarlig
Tone Sæther Kvamme

Student
Rønnaug Tingelstad

Prosjektperiode
01.11.2022 - 15.05.2025

Kategorier personopplysninger
Alminnelige

Lovlig grunnlag
Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 15.05.2025.

[Meldeskjema](#)

Kommentar
OM VURDERINGEN
Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

VIKTIG INFORMASJON TIL DEG
Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

HELSEPERSONELL SIN TAUSHETSPLIKT
Helsepersonell har taushetsplikt. Det er derfor viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpasienter eller avsløre taushetsbelagt informasjon. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, som for eksempel alder, kjønn, sted, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser. Vi forutsetter også at dere er forsiktig ved å bruke eksempler under intervjuene.

Forsker og informant har et felles ansvar for det ikke kommer frem taushetsbelagte opplysninger under intervjuet. Det kan derfor være hensiktsmessig om forskeren avklarer dette med informanten i forkant av intervjuet.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET
Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til den datoen som er oppgitt i meldeskjemaet.

LOVLIG GRUNNLAG
Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

Ved bruk av databehandler (spørreskjemalerverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art. 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-enderinger-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Personverntjenester vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!