

# Musikkterapi i en flerkulturell eldreomsorg

---

En kvalitativ casestudie av musikkterapi med to  
flerkulturelle personer med demens.



**Norges  
musikkhøgskole**  
Norwegian Academy  
of Music

**Elise Marie Landsverk Holtan**

**Masteroppgave i musikkterapi**

**Norges musikkhøgskole**

**Våren 2017**



## **Forord:**

Dette er de aller siste ordene jeg skriver på denne masteroppgaven, og det føles litt vemodig. Det har vært en lang og krevende, men også veldig lærerik prosess. I denne anledning er det flere som fortjener en takk.

Først og fremst vil jeg takke mine to klienter for at dere ønsket å delta i prosjektet, og til pårørende for at dere stilte opp på samtaler og hjalp meg med å finne musikk. Studien hadde ikke blitt det samme uten dere!

Tusen takk til Rita Strand Frisk for god veiledning gjennom hele prosessen, både med tanke på praksis og masterstudien. Takk for raske tilbakemeldinger og hjelp gjennom både oppturene og nedturene.

Til musikkterapeuten ved sykehjemmet praksisen ble gjennomført rettes en takk for at du hadde troen på prosjektet mitt og hjalp meg med å finne klienter til studien. En takk går også til avdelingslederen ved dagsenteret som var min kontaktperson gjennom prosjektet.

Tusen takk til Ellen Marie for mange timer med korrekturlesing, grundige tilbakemeldinger, og for motiverende ord. Jeg kom i mål til slutt, mye takket være deg!

Takk til klassen for tre fantastiske og lærerike år! En særlig takk til masterrommet for faglige diskusjoner og motivasjon.

Til familien min for all støtte, og en spesiell takk til Kjersti for kjærkomne avbrekk i masterskrivingen.

Sist men ikke minst, vil jeg takke Per Åge for store doser med tålmodighet og støtte.

# **Sammendrag**

Masteroppgaven omhandler temaet musikkterapi med flerkulturelle personer med demens. Problemstillingen for oppgaven er: Hvilken verdi kan musikkterapi ha i kommunikasjonen med flerkulturelle personer med demens? Forskning til studien ble gjennomført som egenpraksis ved et sykehjem på Østlandet høsten 2016. I den forbindelse ble det gjennomført åtte individuelle musikkterapitimer med to flerkulturelle personer med demens med ulik kulturell bakgrunn. Anvendt metode er en kvalitativ og eksplorativ casestudie, samt deltagende observasjon. Datamaterialet består av lydopptak av musikkterapitimene, samt samtaler med pårørende i for- og etterkant av prosjektet. Resultatet av analysen er tre enheter: kommunikasjon, identitet og relasjon. Studien oppsummerer med at musikkterapi kan være en igangsetter for kommunikasjon med flerkulturelle personer med demens, og bidra til å ivareta deres kulturelle og musikalske identitet.

Nøkkelord: musikkterapi, flerkulturelle, demens, casestudie, kommunikasjon, identitet, relasjon.

## **Abstract**

The subject for this master thesis is music therapy with multicultural people with dementia. My topic of research is: What kind of value could music therapy have in communication with multicultural people with dementia? The research for this study is completed as practice in a nursing home in the eastern part of Norway in the autumn of 2016. The research consisted of eight individual music therapy lessons with two multicultural people from different cultural backgrounds with dementia. The methods used in this master thesis are a qualitative and exploratory case study and participatory observations. The data material for this study are recordings of the music therapy lessons and conversations with the clients dependents before and after the music therapy project. In the analysis three units were discovered: communication, identity and relation. In the discussion part it was discovered that music therapy could be a starter for communication with multicultural people with dementia, and contribute to take care of the clients cultural and musical identity.

Keywords: music therapy, multicultural, dementia, case study, communication, identity, relation.

# **INNHOLDSFORTEGNELSE**

1 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2 Arbeid med problemstillingen.....	2
1.3 Formål med studien .....	3
1.3.1 For samfunnet.....	3
1.3.2 For faget musikkterapi .....	3
1.3.3 For meg faglig og personlig .....	4
1.4 Gjennomføring av prosjektet.....	4
1.4.1 Valg av klienter .....	5
1.4.2 Presentasjon av Klient 1 .....	5
1.4.3 Presentasjon av Klient 2 .....	6
1.5 Begrepsavklaring.....	6
1.5.1 Musikkterapi.....	6
1.5.2 Kommunikasjon .....	6
1.5.3 Flerkulturell .....	7
1.5.4 Demens .....	7
1.6 Relevant litteratur .....	7
1.7 Disposisjon .....	9
2 Teori .....	10
2.1 Flerkulturelle personer med demens .....	10
2.1.1 Demens .....	10
2.1.1 Demenssykdommer .....	10
2.1.3 Flerkulturelle personer med demens .....	11
2.2 Musikkterapi.....	12
2.2.1 En humanistisk musikkterapi .....	12
2.2.2 Musikkterapi med personer med demens .....	13
2.3 Kommunikasjon .....	14
2.3.1 Språk.....	15
2.3.2 Sang og samtale.....	16
2.3.3 Å gjøre felles .....	17
2.4 Identitet.....	17
2.4.1 Identitet knyttet til navn og kultur .....	18

2.4.3 Musikk som egenomsorg .....	19
2.5 Relasjon.....	19
3. Metode og analyse.....	21
3.1 Kvalitativ tilnærming .....	21
3.1.1 Forskningsdesign - casestudie.....	21
3.1.2 Hermeneutikk.....	23
3.2 Innsamling av data .....	24
3.2.1 Deltagende observasjon.....	25
3.2.2 Samtaler med pårørende.....	25
3.2.3 Gjennomføring av prosjektet.....	26
3.2.4 Timene med Klient 1 .....	27
3.2.5 Timene med Klient 2.....	28
3.2.6 Samlet datamateriale .....	29
3.3 Analyseprosessen .....	29
3.3.1 Koding av datamaterialet .....	32
3.3.2 Presentasjon av resultater .....	32
3.4 Refleksjoner over studien.....	33
3.4.1 Reliabilitet og validitet.....	33
3.4.2 Metodekritikk.....	34
3.4.3 Etikk i rollen som kliniker.....	35
3.4.4 Etikk i rollen som forsker.....	35
4 Presentasjon av resultat og drøfting .....	37
4.1 Kommunikasjon .....	37
4.1.1 Språk.....	37
4.1.2 Sang og samtale.....	39
4.1.3. Å gjøre felles .....	42
4.2 Identitet.....	44
4.2.1 Identitet knyttet til navn .....	44
4.2.2 Identitet knyttet til kultur.....	45
4.2.3 Barnesanger fra klientens kultur.....	47
4.2.4 Musikalsk egenomsorg.....	48
4.3 Relasjon.....	49
4.4 Kulturell sensitivitet .....	50

4.5 Oppsummerende refleksjoner .....	51
5 avslutning .....	54
5.1 Tanker om veien videre .....	54
Litteraturliste .....	55
Vedlegg 1 .....	61
Vedlegg 2 .....	63
Vedlegg 3 .....	65





# **1 INNLEDNING**

## **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Temaet for denne studien er flerkulturelle personer med demens. Min interesse for temaet ble vekket høsten 2014 da jeg hadde praksis på sykehjemmet jeg senere gjennomførte forskningen ved. Jeg opplevde at mange av de demensrammede hadde stor glede av å delta i musikkterapi sammen med andre. I enkelttimene jeg gjennomførte med en kvinne med demens erfarte jeg at sangene jeg spilte kunne vekke minner. Denne praksisen inspirerte meg til å forske på musikkterapi med personer med demens.

Etter en stund ved denne praksisplassen begynte jeg å legge merke til en gruppe som ikke virket å ha samme utbytte av sangstundene. Dette var personer fra andre kulturer. Jeg begynte å undre meg over om årsaken til dette kunne være at de ikke kjente til det musikalske innholdet på samme måte som etnisk norske sykehjemsbeboerne. Dette vekket en interesse for brukergruppen og en nysgjerrighet på hvilken verdi et tilpasset musikkterapitilbud kan ha for flerkulturelle personer med demens.

En annen grunn til at dette temaet er valgt er fordi det trolig kommer til å være en økning i antall demensrammede med en flerkulturell bakgrunn i årene framover. Flere jeg har fortalt om studiens tema har hevdet flerkulturelle personer med demens er en svært liten brukergruppe.

Det har lenge vært et argument at det er så få eldre innvandrere at man ikke trenger å rette noe spesiell oppmerksomhet mot dem. Dette kan nok stemme i dagens samfunn, men det blir mindre og mindre riktig. Selv om innvandrerbefolkningen fortsatt er ung i forhold til majoritetsbefolkningen vil dette endre seg etter hvert som de som kom til landet som arbeidsinnvandrere og flyktinger 1970- og utover, blir eldre. (Ingebretsen, 2010, s. 16)

Sitatet fra Ingebretsen hevder at antallet flerkulturelle eldre kommer til å øke i årene framover. Selv om brukergruppen per dags dato er liten, mener jeg man må gi en tilpasset omsorg og en tilrettelagt musikkterapi til de som har en annen kulturell bakgrunn. Hvis man venter med dette til brukergruppen har vokst seg stor kan man muligens støte på flere utfordringer, særlig hos de eldre som får en demenssykdom.

Tall fra Statistisk sentralbyrå fra 2016 viser at kun 9 % av innvandrere i Norge har en alder på 60 år eller eldre (SSB, 2016b). Tilsvarende tall for hele befolkningen i Norge (over 65 år) er på 16,4 % (SSB, 2016a). I Norge (2014) er det 70 000 personer som har en form for demens og i aldersgruppen fra 80 år og oppover gjelder dette hele 20 % av den aktuelle befolkningen.

Dette er derfor en svært vanlig sykdom hos eldre. Det er forventet en økning av antall personer med demens de neste tiårene, og i 2040 vil det sannsynligvis være 135.000 nordmenn som er rammet av sykdommen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, s. 13). Jeg har ikke funnet norske tall for hvor mange med flerkulturell bakgrunn som er rammet av demenssykdom, men i Danmark er det estimert at 1448 innvandrere med ikke-vestlig bakgrunn har en form for demens (Nasjonalt Videntcenter for demens, 2012, s. 5).

Det må fremheves at flerkulturelle personer med demens er en sammensatt gruppe. Det vil sannsynligvis være forskjell på en klient som har måttet flykte fra krig eller fattigdom i hjemlandet, og en klient som frivillig har flyttet til Norge, for eksempel på grunn av jobb. Det vil også være forskjell i hvor stor grad klientene har klart å integrere seg i samfunnet. Noen vil være godt integrert med jobb og norske venner. Andre vil ha en omgangskrets som nesten utelukkende består av personer fra samme kultur. Som en naturlig årsak av dette vil de være mindre kjent med det norske språket og den norske kulturen. Min tanke før prosjektet startet var at musikkterapitilbudet uansett må tilrettelegges for klienten, uavhengig av hvilken kultur han eller hun tilhører. I det følgende avsnittet vil jeg beskrive noe av veien mot problemstillingen.

## **1.2 Arbeid med problemstillingen**

Temaet for denne studien er musikkterapi med flerkulturelle personer med demens. Fordi forskningen som er gjort er basert på egen praksis, har problemstillingen og fokuset for studien endret seg etter hvert. Katrine Fangen beskriver i boka *Deltagende observasjon* at det i feltarbeid ikke vil være riktig å utforme problemstillingen på forhånd, fordi det kan hindre en i å åpne seg tilstrekkelig. Feltarbeidet vil ofte kunne lede en til problemstillingen etter man har tilegnet seg dyptgående materiale (Fangen, 2004, s. 33). Da jeg startet musikkterapiprojektet hadde jeg en ganske åpen problemstilling: Hvordan tilrettelegge musikkterapi for minoritetsspråklige personer med demens? Problemstillingen endret seg underveis. Etter hvert fikk jeg et ønske om å fokusere på den terapeutiske verdien ved å bruke musikk fra den demensrammede sin egen kultur. Dette fokuset ble også nødt til å endres, da det viste seg at musikken fra deres kultur ikke fikk en så stor plass i musikkterapitimene som jeg hadde antatt. Jeg så etter hvert at kommunikasjon spilte en viktig rolle i musikkterapitimene, blant annet gjennom samtaler om sanger. Dette ledet meg fram til problemstillingen:

*Hvilken verdi kan musikkterapi ha i kommunikasjonen med flerkulturelle personer med demens?*

Jeg mener denne problemstillingen tar tak i noe av det som kan være en fremtredende utfordring for flerkulturelle personer med demens, nemlig det kommunikative. Samtidig stiller den et åpent spørsmål om musikkterapiens verdi for flerkulturelle personer med demens.

### **1.3 Formål med studien**

Slik jeg ser det kan formålet for studien deles inn i tre ulike deler: formål for samfunnet, formål for faget musikkterapi og formål for meg faglig og personlig. Dette fordi studien retter seg mot et område som vil bli aktuelt for samfunnet og faget musikkterapi i framtiden, i tillegg til at det vil ha betydning for meg i veien mot å bli musikkterapeut.

#### **1.3.1 For samfunnet**

Et samfunnsformål med studien kan være å øke bevisstheten rundt å ivareta flerkulturelle personers kultur og identitet, også i den siste fasen av livet. I eldreomsorgen har det blitt mer fokus på ikke-medikamentell behandling, som miljøtiltak og aktivisering. I denne sammenheng kan musikkterapi representere en mulighet til å ivareta hele menneskets behov (Rolvjord, 1998, s. 4). I *Demensplan 2015* står det følgende: “Sosial- og helsedirektoratet vil i løpet av programperioden (2006-2010) iverksette forsknings- og utviklingsprosjekter om ulike brukergrupper, herunder personer med minoritetsspråklig bakgrunn som utvikler demens” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, s. 16). Det er også iverksatt et utviklingsprogram for personer med demens med fokus på relasjon, samspill og kommunikasjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, s. 16). På bakgrunn av disse opplysningene er det grunnlag for å undersøke musikkterapi med personer med demens, ettersom musikkterapi har fokus både å etablere en gjensidig relasjon med klienten og dette muliggjør samarbeid og kommunikasjon (Rolvjord, 2008, s. 134).

#### **1.3.2 For faget musikkterapi**

Det faglige formålet med studien er å komme med ny kunnskap til musikkterapi som fagfelt, og bidra til forskningen som er gjort på dette området. I Norge har det vært forskning på musikkterapi med personer med demens (for eksempel Kvamme, 2013, *Glimt av glede*) og på musikkterapi med personer med flerkulturell bakgrunn (for eksempel Ommedal, 2014, *Musikk i transitt*) men lite på flerkulturelle personer med demens. Noe av grunnen til dette kan være at innvandrerbefolkningen i Norge fortsatt er veldig ung. Jeg håper denne studien kan bidra til

ny kunnskap på dette området, og være med på å vise behovet for at musikkterapi i demensomsorgen tilpasses andre kulturer enn den norske. Jeg håper også denne studien kan inspirere andre musikkterapeuter til å sette i gang større prosjekter med musikkterapi for flerkulturelle personer med demens.

### ***1.3.3 For meg faglig og personlig***

Mitt personlige formål er at jeg ønsker å tilegne meg mer kunnskap innenfor feltet musikkterapi med flerkulturelle personer med demens. Gjennom studien vil jeg undersøke hvordan man som musikkterapeut kan jobbe med mennesker fra ulike kulturer. Jeg håper arbeidet kan ha en overføringsverdi for andre musikkterapeuter som jobber med personer fra andre kulturer. Jeg vil tro arbeidet med studien vil gi meg en større faglig kompetanse som musikkterapeut.

## **1.4 Gjennomføring av prosjektet**

I det første semesteret på master i musikkterapi ble jeg kontaktet av musikkterapeuten ved et sykehjem på Østlandet der jeg tidligere hadde hatt praksis. Hun hadde hørt om idéen til masterprosjektet fra en av mine medstudenter og ønsket meg velkommen til å gjennomføre masterprosjektet på dette sykehjemmet. Jeg avtalte et møte med musikkterapeuten om prosjektet, og hun begynte prosessen med å lete etter aktuelle klienter. I november 2015 ble det sendt ut en mail med beskrivelse av prosjektet til musikkterapeuten og ledelsen ved sykehjemmet (se vedlegg 2). Jeg mottok samtykke fra ledelsen til gjennomførelsen av prosjektet, og i april 2016 ble det holdt et møte med leder ved dagsenteret, musikkterapeuten ved sykehjemmet, praksiskoordinator<sup>1</sup> fra Norges musikkhøgskole og meg. Hensikten med møtet var at koordinator skulle fortelle om det praktiske rundt å ha studentprosjekt, og at jeg skulle presentere prosjektet og hvordan det ville bli utført. Møtet ble også brukt til å snakke om de aktuelle klientene ved sykehjem og dagsenter. Etter møtet ble pårørende til aktuelle klienter kontaktet, og i slutten av april 2016 mottok jeg skriftlig samtykke fra den første klienten og pårørende.

En annen klient sin pårørende ble også kontaktet, men måtte dessverre trekkes fra studien på grunn av forverring i sykdomstilstand. Jeg valgte å redusere studien fra tre klienter til to, fordi jeg vurderte at datamengden ble tilstrekkelig med to klienter. I august 2016 fikk jeg skriftlig samtykke fra den andre klientens pårørende (se vedlegg 3). Klienten mottok tilpasset informasjon om prosjektet. Prosjektet ble meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD), og

---

<sup>1</sup> Praksiskoordinator ble senere også min praksisveileder.

august 2016 mottok jeg godkjenning til å gjennomføre prosjektet (se vedlegg 1). Før jeg startet opp musikkterapiene i september 2016, gjennomførte jeg kartleggingsamtaler med klientenes pårørende.

#### **1.4.1 Valg av klienter**

Valg av klienter til studien ble gjort i samråd med musikkterapeuten og avdelingsleder for dagsenteret ved sykehjemmet. Dette fordi de hadde best kjennskap til beboerne og brukerne. På forhånd hadde jeg satt tre kriterier som jeg informerte om på møtet med musikkterapeuten og ledelsen ved sykehjemmet. Det første kriteriet var at klienten skulle ha en demensdiagnose. Grunnen til dette var fordi jeg ønsket å forske på personer med demens. Hvis det skulle vise seg at hukommelsesproblemene kom av andre grunner hadde studien blitt mindre relevant. Det andre kriteriet var at klienten skulle ha flyttet til Norge i voksen alder (etter fylte 18 år). Dette fordi jeg hadde et ønske om at klienten skulle ha vokst opp med en annen kultur og et annet språk som vedkommende tok med seg til det nye landet. Hvis klienten hadde flyttet til Norge som femåring er det ikke sikkert at kulturarven fra fødelandet ville stått like sterkt. Det siste kriteriet var at klienten skulle ha et annet morsmål enn norsk, svensk eller dansk. Dette var fordi jeg ønsket at klienten hadde et språk som jeg ikke kjente til fra før eller kunne kommunisere på. Jeg ønsket også at klienten skulle ha en interesse for musikk. Hvis det var mulig ønsket jeg også å ha begge kjønn representert. Til slutt ble jeg presentert for to klienter som hadde mulighet og ønske om å delta i studien. Den ene klienten var en japansk mann som heretter vil bli omtalt som Klient 1, og den andre en finsk kvinne som heretter vil bli omtalt som Klient 2.

#### **1.4.2 Presentasjon av Klient 1**

Klient 1 er en mann med japansk bakgrunn. Han har Alzheimers sykdom, og sykdommen hadde vært merkbar litt over et år før gjennomføringen av prosjektet. Klienten bor fortsatt hjemme i egen bolig, men er bruker av dagsenteret ved sykehjemmet. Han bodde sine første syv år i England, som følge av farens jobb i et internasjonalt selskap. Klienten kan derfor regnes som tospråklig, allerede fra barndommen av. Da vi hadde vårt første møte, som var på kartleggingssamtalen med både klienten og datteren, fikk jeg oppleve denne tospråkligheten ved at klienten sang flere engelske barnesanger for meg. Klienten ble av datteren beskrevet som svært glad i musikk. I hennes oppvekst gikk han ofte rundt i huset og sang for seg selv, både japanske, engelske og internasjonale sanger. Jeg fikk også oppleve hans store interesse

for sang og musikk når vi hadde musikkterapitimer sammen. Klienten har spilt shakuhachi,<sup>2</sup> en japansk fløyte. Klienten flyttet til Norge på 1970-tallet.

### **1.4.3 Presentasjon av Klient 2**

Klient 2 er en kvinne med finsk bakgrunn. Hun fikk diagnosen Alzheimers sykdom i 2011, men sønnen hennes begynte å merke tegn til sykdommen tre år tidligere. Klienten flyttet til sykehjemmet hun nå bor på for ett og et halvt år siden, men bodde tidligere en stund på et annet sykehjem i kommunen. Hun flyttet til Norge på midten av 1970-tallet. Klienten ble av sønnen beskrevet som interessert i musikk. Hun har vært fan av Elvis og likte også godt musikken til Joan Baez. Hun kommer fra en musikalsk familie hvor faren var musiker. Klienten gikk på dansekurs og lærte klassisk dans da hun var i slutten av tenårene. Sønnen til klienten har beskrevet at klienten de to siste årene hun bodde hjemme begynte å danse igjen, og at hver gang sønnen er på besøk pleier de å danse sammen. Hun har en CD-spiller på rommet med en CD der første nummer er «Sleeping beauty waltz» av Tchaikovsky. Denne danser hun til hver dag, også når hun er alene. Jeg fikk også erfare klientens interesse for dans da vi gjennomførte musikkterapitimene.

## **1.5 Begrepsavklaring**

I dette avsnittet vil jeg redegjøre for noen sentrale begreper som blir brukt i denne studien. Disse er musikkterapi, kommunikasjon, flerkulturell og demens.

### **1.5.1 Musikkterapi**

I denne studien er det valgt å benytte Kenneth Bruscia sin definisjon: “Music therapy is a systematic process of intervention wherein the therapist helps the client to promote health, using music experiences and the relationships that develop through them as dynamic forces of change” (Bruscia, 2014, s. 36). Dette passer denne studien fordi definisjonen legger vekt på musikken og relasjonen som oppstår gjennom musikken.

### **1.5.2 Kommunikasjon**

Kommunikasjon er et sentralt begrep i denne studien, og også dette kan tolkes på forskjellige måter. “Ordet kommunikasjon stammer fra det latinske verbet *communicare*, som betyr «å gjøre felles». Når vi kommuniserer, skaper, utveksler og avdekker vi mening” (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 215). Denne definisjonen mener jeg passer til min studie som har fokus på kommunikasjonen, både språket, non-verbal kommunikasjon og det å gjøre felles.

---

<sup>2</sup> - Shakuhachi er en japansk fløyte med fire hull foran og et bak, og er stemt i en D-pentaton skala. Shakuhachi-fløyten er tradisjonelt laget av bambus. Ordet shakuhachi betyr en fot og åtte tommer (ca. 54,5 cm) og beskriver fløytens lengde (Chantrenne, 2010).

### **1.5.3 Flerkulturell**

Å velge hvilket begrep jeg skulle bruke som forklaring til at klientene kom fra en annen kultur krevde en del refleksjon. Jeg er klar over at noen begreper kan oppfattes som negativt ladet, som for eksempel «innvandrere», så dette ble valgt bort. Et annet begrep som ble vurdert var «minoritetsspråklig». “Minoritetsspråklig kan tidvis oppfattes som et uheldig begrep, i den grad det først og fremst assosieres med mangler ved personers kompetanse” (Hofslundsengen, 2011). Jeg gikk bort fra dette begrepet fordi jeg ser på klientens kulturelle bakgrunn som en ressurs, og ikke en mangel på kompetanse på det å være norsk. Jeg landet på begrepet flerkulturell. Dette begrepet er heller ikke utelukkende positivt. “Det later til å eksistere både en mer offisiell positiv definisjon av flerkulturelle som personer med bakgrunn fra flere nasjoner, og en mer negativ oppfatning og bruk av begrepet knyttet til hudfarge og synlige kjennetegn på minoritetsbakgrunn” (Hofslundsengen, 2011). Den positive definisjonen, altså flerkulturelle personer er personer med bakgrunn fra flere nasjoner, er den jeg velger å støtte meg på i denne studien.

### **1.5.4 Demens**

For å se på betydningen til ordet demens velger jeg å støtte meg på teori fra Engedal og Haugen: “Demens er en fellesbetegnelse på en tilstand som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer, og som er kjennetegnet av en kronisk og irreversibel kognitiv svikt” (Engedal & Haugen, 2005, s. 17). Det vil bli beskrevet mer om ulike demenssykdommer i studiens teorikapittel (se side 10).

## **1.6 Relevant litteratur**

For å svare på problemstillingen er det nødvendig å se på hva som er gjort av tidligere forskning på området musikkterapi med flerkulturelle personer med demens. For å finne et svar på dette har jeg søkt i ulike databaser som ORIA, NMH Brage, ProQuest, Google scholar, Medline, RILM, BORA UiB, Tandfonline, RefWorks og Voices. Noen av søkeordene som ble brukt var: music therapy, dementia, minorities, multicultural, multilingual, immigrants, exploratory, case study og culture. Søkeordene ble også benyttet på norsk, og i ulike kombinasjoner. Som nevnt på side 3 er det i Norge skrevet en del om musikkterapi med personer med demens og musikkterapi med flerkulturelle personer, men jeg har ikke funnet kombinasjonen av disse. Det er også skrevet om flerkulturelle personer med demens i Norge, men da ikke relatert til musikkterapi. Eksempler på dette er Ingebretsen (for NOVA) sin rapport *Omsorg for eldre innvandrere* (Ingebretsen, 2010) og *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn* (Hanssen, 2005). Jeg fant en interessant masteroppgave under

litteratursøket, som handler om hvordan norske og japanske musikkterapeuter arbeider med og reflekterer over egen kultur (Frøyland, 2015). Denne oppgaven har et fokus på musikkterapeuten, i stedet for musikkterapiens verdi som er fokuset for min studie. Den omhandler heller ikke flerkulturelle personer med demens, men jeg tenker den har noe relevans på grunn av fokuset rettet mot både terapeuten og klientens kultur.

Noe av grunnen til at det er lite forsket på musikkterapi med flerkulturelle personer med demens i Norge kan være fordi innvandrerbefolkningen her i landet ennå er ung i forhold til den generelle befolkningen. En annen grunn kan være fordi “Musikkterapi innen helsesektoren og eldreomsorgen foreløpig er et svært lite fagfelt” (Kvamme, 2008, s. 487). Jeg vil det følgende presentere noe av den relevante litteraturen jeg fant i forhold til temaet musikkterapi med flerkulturelle personer med demens.

Da jeg gjorde litteratursøk i de internasjonale databasene fikk jeg flere treff fra Australia. Det er naturlig å se på Australia når man henter eksempler fra musikkterapi med flerkulturelle personer med demens, siden de ligger framfor oss på dette området. Dette fordi innvandringen til Australia var stor under andre verdenskrig, og har fortsatt etter dette. De har også en større andel andre- og tredjegerasjons innvandrere, ettersom barna til de som innvandret under andre verdenskrig har en høy alder i dag (Ip-Winfield, 2010, s. 14). Et av de relevante treffene som dukket opp når jeg søkte på «multicultural + dementia» var *Methods used in cross-cultural music therapy in aged care in Australia* (Ip-Winfield, 2010). Avhandlingen er basert på en spørreundersøkelse blant australske musikkterapeuter som jobber i eldreomsorgen og handler om tverrkulturell musikkterapi. Forfatteren beskriver at tverrkulturell musikkterapi kjennetegnes av viktige kulturelle forskjeller mellom klienten og musikkterapeuten eller mellom klientene i en musikkterapi gruppe (Ip-Winfield, 2010, s. 38). Studien undersøker hvilke metoder musikkterapeutene bruker i arbeid med det som blir kalt CALD-klienter (aged care clients from culturally and linguistically diverse backgrounds).

Nechama Yehuda beskriver i artikkelen “I am not at home with my client's music ... I felt guilty about disliking it’: On ‘musical authenticity’ in music therapy” hvordan musikkterapeuter løser problemer som oppstår i møte med klienter fra en annen musikalsk kultur (Yehuda, 2013) Denne artikkelen skiller seg noe fra min studie da det her er fokus på musikkterapeuten, mens i min studie ligger fokuset på selve musikkterapien og dens verdi i møte med flerkulturelle personer med demens. Lauw skriver i artikkelen ”Mianzi and other social influences on music therapy for older Chinese people in Australian aged care” om



musikkterapi med kinesiske personer i Australia (Lauw, 2016). Her er musikkterapien rettet både mot personer med demens, og mot andre eldre.

En europeisk artikkel jeg fant under litteratursøk er “Home is where the heart is” (Bruggen-Rufi & Vink, 2011). Her finner jeg flere fellestrekk med min studie, blant annet at det foregår på et sykehjem og at det er individuelle musikkterapitimer. Det som skiller artikkelen fra denne studien er musikkterapeuten i artikkelen har samme kulturelle bakgrunn som klienten, og at hun derfor kan snakke sammen med klienten på klientens morsmål. Jeg opplever derfor at artikkelen ikke har en like stor overføringsverdi som den ville hatt dersom musikkterapeuten ikke snakket samme språk som klienten.

## **1.7 Disposisjon**

Denne studien består av fem kapitler. I innledningskapittelet har jeg redegjort for studiens tema, problemstilling og formål. Jeg har også beskrevet gjennomføringen av prosjektet, før en begrepsavklaring og presentasjon av relevant litteratur. I kapittel to vil jeg presentere teori om demens, musikkterapi og annen relevant teori. Etter dette kommer metode- og analysekapittelet, hvor jeg først vil redegjøre for valg av forskningsdesign og metode. Deretter vil jeg beskrive metoden for analyseprosessen, før jeg retter noen kritiske blikk mot studien med tanke på reliabilitet, validitet, metodekritikk og etiske refleksjoner. Avslutningsvis i kapittel tre vil jeg presentere studiens funn. I kapittel fire vil jeg drøfte funnene jeg kom fram til i analyseprosessen, før noen oppsummerende refleksjoner som bringer oss nærmere et svar på problemstillingen. I avslutningskapittelet vil jeg oppsummere studien og avslutte med tanker om veien videre.

## **2 TEORI**

I dette kapitlet vil jeg presentere teori som er aktuell med tanke på studiens tema og problemstilling. Jeg har valgt å dele kapitlet inn i fem deler: flerkulturelle personer med demens, musikkterapi, kommunikasjon, identitet og relasjon.

### **2.1 Flerkulturelle personer med demens**

I disse avsnittene vil jeg først beskrive demens som sykdom, før jeg presenterer de to vanligste demenssykdommene. Avslutningsvis vil jeg presentere teori som er knyttet til flerkulturelle personer med demens.

#### ***2.1.1 Demens***

Demens er en fellesbetegnelse på en tilstand som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer, og som er kjennetegnet av en kronisk og irreversibel kognitiv svikt (Engedal & Haugen, 2005, s. 17). De aller fleste demenssykdommer er såkalte progredierende sykdommer, som vil si at sykdommen blir verre med tiden (Engedal & Haugen, 2005, s. 20). Engedal og Haugen beskriver sykdommens tre faser. Den første er kompenseringfasen. Denne kjennetegnes ved at personen glemmer hendelser i nær fortid som for eksempel avtaler eller å betale regninger. Personene kan også få problemer med å ordlegge seg. I den neste fasen, dekompenseringsfasen, blir sykdommen mer synlig, og de fleste kommer i denne fasen i kontakt med helsevesenet. Personer i denne fasen blir lett forvirret, og språkevnen og evnen til å orientere seg i rom blir svekket. Den siste fasen blir kalt pleiefasen og er preget av motorisk svikt, inkontinens og de fleste er totalt avhengige av fysisk pleie (Engedal & Haugen, 2005, s. 21-22). I det følgende avsnittet vil to av de vanligste demenssykdommene bli beskrevet: Alzheimers sykdom og vaskulær demens. Klientene i min studie har begge Alzheimers sykdom.

#### ***2.1.1 Demenssykdommer***

Det finnes flere sykdommer som fører til demens. Alzheimers sykdom er den vanligste formen for demens, og minst 60 % av alle personer med demens har denne diagnosen (Engedal & Haugen, 2005, s. 25). Sykdommen blir ofte delt inn etter når i livet den debuterer. Ved debut før 65 år er det vanlig med flere demenssymptomer tidlig i sykdomsforløpet og demenssykdommen er raskt progredierende. Ved debut etter 65 år er ofte sykdomsutviklingen mindre dramatisk, og hukommelsessvikten er ofte det mest fremtredende symptomet i starten (Engedal & Haugen, 2005, s. 63). Noen vanlige symptomer tidlig i forløpet er passivitet, tilbaketrekning, vansker med benevning av ord (anomisk afasi) og vanskeligheter med å

fullføre dagligdagse handlinger som matlaging. Senere i sykdomsforløpet får personen vansker med å finne frem i kjente omgivelser og vansker med orientering med tanke på ukedag, dato og måned. Å kjenne igjen barnebarn, venner og naboer blir problematisk. De fleste får behov for kontinuerlig oppfølging med mat, påkledning og personlig hygiene (Engedal & Haugen, 2005, s. 88).

En annen form for demens er vaskulær demens. Vaskulær demens er en fellesbetegnelse for demens der årsaken enten er betinget av ett eller flere hjerneinfarkt, en skade eller sykdom i hjernens blodkar, eller av manglende blodtilførsel og derav surstoffmangel til hjernen. I følge ICD-10<sup>3</sup> er kriteriene at den kognitive svikten må være ujevn og det må være en brå start og trinnvis forverring av sykdommen (Engedal & Haugen, 2005, s. 124). Vaskulær demens er den nest vanligste formen for demens, og man antar at ca. 20 % av alle med demens har sykdommen. Mange lider også av Alzheimers sykdom og vaskulær demens samtidig (Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2016).

### **2.1.3 Flerkulturelle personer med demens**

Gjennom alle tider har det vært migrasjon i verden. Folk har flyttet av ulike grunner, blant annet på grunn av håp for et bedre liv (som for eksempel nordmenn som emigrerte til Amerika på 1800-tallet) eller bedre jobbmuligheter. I disse dager er det også mange som flykter til andre land på grunn av krig i hjemlandet. Mange av disse kan oppleve problemer med å tilpasse seg det nye landet, særlig sent i livet.

The refugees have been forced to leave their home countries in contrast to the immigrants who left of their own free will. These groups may experience migration differently but in many situations later in life they have the same problems in adapting to their new countries. (Ekman, 1993, s. 12)

Et sentralt aspekt for flerkulturelle personer med demens er språk. Som nevnt i kapittel 2.1 blir språkevnen svekket hos personer med demens. Flerspråklige med demens har en tendens til å gå tilbake til deres førstespråk, men slutter ofte ikke å bruke andrespråket helt (Khan, 2011, s. 97). I tillegg til den svekkede språkevnen vil man se at flerkulturelle personer ved høy alder vil ha en større sannsynlighet for å blande språk, og at det kan føre til færre muligheter til å ha sosial interaksjon med andre (Ekman, 1993, s. 14). I tillegg til disse språklige utfordringene kan man møte på kulturelle utfordringer i arbeid med flerkulturelle personer med demens. Dette kan for eksempel være muslimske kvinner som ikke vil bli stelt av mannlige pleiere. Personer med demens kan også få større vanskeligheter med å tilpasse

---

<sup>3</sup> ICD-10 er en forkortelse for International Classification of Diseases and Related Health Problems, og er klassifikasjonssystemet for sykdommer som brukes i Norge (Engedal & Haugen, 2005, s. 18).

seg miljøet i deres nye hjemland enn det de hadde før de fikk demens (Bruggen-Rufi & Vink, 2011, s. 579).

Ved siden av de kulturelle og språklige utfordringene mange av disse eldre vil føre med seg, kan en del av dem, ikke minst de som kom som flyktninger, ha hatt traumatiske opplevelser i hjemlandet som følge av krig eller forfølgelse. (...) Reaksjoner på slike opplevelser kan forsterkes i alderdommen, når hverdagslivet ikke lenger er så fullt av gjøremål som tidligere. (Hanssen, 2005, s. 142)

Dette kan være en viktig faktor å ta hensyn til når man skal jobbe som musikkterapeut med mennesker fra andre kulturer, særlig hvis man møter personer med flyktningbakgrunn.

## **2.2 Musikkterapi**

Når det gjelder definisjonen av musikkterapi har jeg i denne studien valgt å støtte meg på Bruscia sin definisjon, som nevnt på side 6. Grunnen til at jeg valgte denne definisjonen er fordi det er vekt på relasjonen og måten musikkterapi kan fremme helse. Definisjonen viser til et humanistisk perspektiv på musikkterapien, og innenfor humanismen kommer mennesket i sentrum (Ruud, 2008, s. 8). I de følgende avsnittene vil jeg presentere teori knyttet til humanistisk musikkterapi og deretter teori knyttet til musikkterapi med personer med demens.

### **2.2.1 En humanistisk musikkterapi**

En som har skrevet om humanistisk musikkterapi er Even Ruud. I artikkelen "Et humanistisk perspektiv på norsk musikkterapi" skriver han følgende:

Ved å dyrke fram et humanistisk perspektiv på musikkterapi ønsker vi å skape en motvekt til terapi og behandling som reduserer mennesket til et objekt (...) Den humanistisk funderte musikkterapien retter seg mot lek og fantasi, uttrykk og opplevelse, og tilbyr anerkjennende møter gjennom musikk. Denne musikkterapien tar ikke bare utgangspunkt i sykdomsforklaringer og tiltak bygget på klientens mangler, men bygger på, samarbeider om og utvider klientens ressurser. (Ruud, 2008, s. 8)

Sitatet fra Ruud beskriver at humanistisk musikkterapi bygger på og utvider klientens ressurser (Ruud, 2008, s. 8). I en ressursorientert musikkterapi ligger fokuset på anerkjennelse og stimulering av klientens sterke sider og ressurser (Rolvjord, 2008, s. 132). Randi Rolvsjord har sammen med Gold og Stige definert prinsipper for en ressursorientert musikkterapi. Jeg har her valgt å presentere de unike og essensielle prinsippene. Disse prinsippene kalles unike og essensielle fordi de er sentrale og definerende for ressursorientert musikkterapi og har i liten grad blitt sett på som essensielle for andre musikkterapi-modeller (Rolvjord, Gold & Stige, 2005, s. 24). Prinsippene er som følger:

1. Fokuserer på klientens ressurser og potensialer.
2. Anerkjenner klientens kompetanse relatert til den terapeutiske prosessen.
3. Samarbeider med klienten om mål og arbeidsformer og evaluering.

4. Anerkjennelse klientens musikalske identitet.
5. Være emosjonelt engasjert i musikken.
6. Fostre positive følelser. (Rolvsvjord, Gold & Stige, 2005, s. 24)

Innen det humanistiske perspektivet på musikkterapien står relasjonen sentralt (Ruud, 2008, s. 12). Mennesker behandles ikke med musikk, men de møtes av en musikkterapeut i en felles musikkopplevelse, som danner grunnlag for en relasjon (Ruud, 2008, s. 9). Røkenes og Hanssen skriver at relasjonen er viktigere enn det som konkret blir sagt og gjort (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 178). Jeg vil presentere mer teori knyttet til relasjon på side 20.

Humanistisk musikkterapi har helhetlige målsettinger hvor helse og livskvalitet står sentralt. For å definere helse har jeg valgt å se på Verdens helseorganisasjon (WHO) sin definisjon som beskriver helse som: “A state of complete physical, mental, and social well-being not merely the absence of disease” (World Health Organization, 1997, s. 1). Denne definisjonen vektlegger at helse ikke kun er fravær av sykdom, men også handler om den generelle velværen hos personen. Et annet syn på helse er det salutogeniske perspektiv som ble introdusert av Antonovsky. Ordet «salutogenese» består av «Salus» som betyr helse eller sunnhet, «genese» som betyr opprinnelse (Antonovsky, 1979, s. VII). Å ha en salutogenetisk forståelse av begrepet helse vil si å fokusere på det som produserer helse, istedenfor å fokusere på det som forårsaker sykdom (patogenese) (Remmen, 2012, s. 9). I denne studien kan dette handle om å ikke legge så mye vekt på klientenes sykdom.

### ***2.2.2 Musikkterapi med personer med demens***

I dette delkapittelet vil jeg først presentere teori knyttet til hvorfor musikktiltak kan være gunstig i arbeidet med personer med demens. Deretter vil jeg presentere teori direkte rettet mot musikkterapien, blant annet hvordan man kan få den demensrammedes oppmerksomhet.

Ridder beskriver seks ulike grunner til å bruke musikktiltak innenfor demensområdet: “(...) økonomiske, etiske, medmenneskelige, samfunnsmessige, helsefaglige og personalehensyn” (Ridder, 2005, s. 196). Av økonomiske hensyn skriver hun at utagerende personer er personal- og ressurskrevende og musikktiltak kan bidra til å minske utgifter. Innenfor det etiske aspektet handler det om at musikkterapi kan være med på å ivareta demensrammedes menneskelige behov, bakgrunn og identitet. Når det gjelder det medmenneskelige aspektet blir det beskrevet at musikkterapi øker livskvaliteten. Innenfor det samfunnsmessige aspektet handler det om at antall mennesker med demens er stigende og det må settes inn tiltak på andre plan enn det medisinske. Det helsefaglige handler om å minske et stort medisinförbruk hos den demensrammede. Av personalehensyn nevner Ridder at det må inndras

pleiepersonale i andre funksjoner enn det rent pleiemessige, og at noen musikkaktiviteter kan planlegges og ledes av annet personale (Ridder, 2005, s. 196f).

Når man skal ha musikkterapi med demensrammede trenger man å få klientens oppmerksomhet, og at vedkommende forstår hva som skal skje. For å få til dette kan man ha flere «cues» eller stikkord som leder til en opplevd begivenhet. Et slikt «cue» kan være rommet musikkterapien foregår i, møbler, bilder eller spesielle gjenstander som sangbøker eller instrumenter (Ridder, 2005, s. 99). Kvamme beskriver at hun kunne ha vanskeligheter med å få med demensrammede til musikkstund. Hun oppdaget imidlertid at hvis hun tok med gitaren lyste klientene opp og gjenkjente musikkterapeuten (Kvamme, 2006, s. 157). For Klient 1 var det ofte tilstrekkelig at han fikk komme inn på rommet der vi hadde musikkterapi og se meg sitte ved pianoet og sangpermene ligge på bordet. Da utbrøt han gjerne: “Nå husker jeg!” til den ansatte som fulgte han til dagsenteret, og som på veien dit pleide å fortelle han at han skulle på musikkterapi. For Klient 2 kunne slike cues for å minne henne på at det var musikkterapitime være gjenstander som en ballong eller en xylofon.

## 2.3 Kommunikasjon

Kommunikasjon kan deles inn i verbal og nonverbal kommunikasjon. I *Singing dialogue* beskriver Ridder at informantene med moderat til alvorlig demens kommuniserte på flere ulike plan: “(...) emotional valence, receptive participation, sociality, active participation, communicative musicality, and dialogue” (Ridder, 2003, s. 279). Det finnes altså flere ulike former for nonverbal kommunikasjon. Hanssen hevder i boka *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn* at det verbale språket bare utgjør cirka en tredjedel av menneskets kommunikasjon, og at resten av det som kommuniseres er nonverbalt. Nonverbal kommunikasjon kan blant annet være ansiktsuttrykk, blick og øyekontakt, kroppsbevegelser eller kroppsspråk (Hanssen, 2005, s. 45-46). Disse nonverbale uttrykksformene kan bli sett ulikt på i ulike kulturer. Dette gjelder blant annet øyekontakt. I vestlige kulturer er øyekontakt en naturlig terapeutisk handling for å kommunisere og uttrykke empati. I de fleste asiatiske kulturer derimot, kan direkte øyekontakt indikere mangel på respekt og være konfronterende (Ip-Winfield, 2010, s. 42). Dette gjelder blant annet for Japan, som er opprinnelseslandet til Klient 1. I japansk kultur er det ikke vanlig å se mye på den man snakker med, men heller rette blikket mot den andres hals under en samtale (Hanssen, 2005, s. 48).

Innenfor personsentrert demensomsorg skriver Brooker at det er viktig å forstå verden ut fra perspektivet til den demensrammede (Brooker, 2013, s. 48). Dette handler om å spørre

personen direkte for å finne ut hva en person mener og å være oppmerksom på hvordan nedsatt sansevne og nedsatt kognitiv funksjon hindrer kommunikasjon (Brooker, 2013, s. 55). I tillegg bør personer som jobber med demensrammede være bevisst på at utfordrende atferd kan ha bakenforliggende årsaker. Det kan være at den demensrammede prøver å kommunisere for eksempel fysiske plager, men at han eller hun ikke klarer å forklare dette gjennom vanlige kommunikasjonskanaler (Brooker, 2013, s. 59-60). Innenfor kommunikasjon er det tre undertemaer som jeg ønsker å presentere teori om, disse er språk, sang og samtale og å gjøre felles.

### **2.3.1 Språk**

Som nevnt innledningsvis i dette kapitlet er svekkelse av språket et vanlig symptom på ulike demenssykdommer (Engedal & Haugen, 2005, s. 40). Dette kan særlig være en utfordring hos flerkulturelle personer med demens, da de har en tendens til å gå tilbake til sitt førstespråk (Khan, 2011, s. 97). Førstespråk defineres i Norges Offentlige Utredninger som “En persons muntlige, eventuelt også skriftlige, hovedspråk. Betegner vanligvis språket vedkommende har lært først, benyttet mest og er nærmest knyttet til” (NOU, 2010, s. 25). En flerspråklig person defineres som “En person som er vokst opp med to eller flere språk og som identifiserer seg med disse språkene og/eller en person som identifiserer seg med flere språk og bruker flere språk i sin hverdag, selv om språkbeherskelsen ikke er like god på alle språk” (NOU, 2010, s. 25). I denne studien vil Klient 1 bli regnet som en flerspråklig person, da han er vokst opp med både japansk og engelsk, og i tillegg bruker norsk i sin hverdag. Klient 2 vil bli definert som tospråklig da hun ikke er vokst opp med to språk, men har lært å snakke norsk i voksen alder.

Flerkulturelle personer vil ha en større sannsynlighet for å blande språk på grunn av høy alder. Personer med Alzheimers kan også få vanskeligheter med å skille språk fra hverandre og vanskeligheter med å navngi objekter (Ekman, 1993, s. 14). Når språket svekkes kan musikkterapi være en måte å komme i kontakt med disse personene. I noen tilfeller kan musikk være eneste form for kommunikasjon som når fram til demensrammede i en alvorlig fase. Dette kan være fordi musikken kan nå inn til områder av hjernen som ikke er skadet, men som til vanlig ikke er tilgjengelig på grunn av språk- og hukommelsesproblemer (Kvamme, 2008, s. 495).

Det er flere likheter mellom musikk og språk. Begge er grunnleggende lyd- og svingningsfenomener og begge er svært nyanserte uttrykksformer. Det finnes også forskjeller,

blant annet ved at språket kan være entydig og presist. Det kan ikke musikken (Bonde, 2009, s. 101). “Sprogets kommunikative verdi er tradisjonelt knyttet til utsagnets innhold, den spesifikke mening, mens musikk som kommunikasjon kan forstås som en innholdsbestemt interaksjonsleg med rytmer, intonasjoner og tur-tagning” (Bonde, 2009, s. 101).

### **2.3.2 Sang og samtale**

Et tema som var aktuelt under musikkterapiene var sang og samtale. Et overordnet mål med å bruke sang er å få til kommunikasjon og dialog med klienten (Ridder, 2005, s. 15). Når man skal velge sanger som en igangsetter for en samtale er det viktig å tenke igjennom hvilke sanger som skal brukes. Ridder skriver at sangene som brukes til å støtte en dialog kan være sanger med en personlig betydning for personen, sanger som henger sammen med bestemte livsavsnitt eller som rommer bestemte følelser (Ridder, 2005, s. 103). Vuggesanger, som rommer barndom med nære relasjoner og en følelse av trygghet, kan være et eksempel. I tillegg til vanlige sanger kan det også tas inn improviserte sanger. Disse kan for eksempel ta utgangspunkt i klientens lyder eller ord, eller være en liten sang på sin egen melodi (Ridder, 2005, s. 83). “Sangen i musikkterapien kan også tillate deltageren å lytte. Å lytte er en aktiv prosess, og hvis terapeuten er oppmerksom på de helt små signalene (vejrtrækningen, suk, små bevegelser, øjenkontakt, mimikk) kan lytningen legge opp til en aktiv dialog” (Ridder, 2005, s. 83).

Musikkreminisens kan også brukes for å få til en dialog med demensrammede. Musikkreminisens er en strukturert aktivitet hvor musikken – oftest sanger – brukes til å stimulere erindringsprosesser. Det kan også brukes objekter som sammen med musikken brukes til å beskrive et tema (Ridder, 2005, s. 69). Stimulering til reminisens kan være et tiltak som bedrer den demensrammedes livskvalitet og som kan oppleves som helsefremmende (Rolvjord, 1998, s. 12).

En forklaring på hvorfor musikk kan fungere så godt i kommunikasjon og kontakt med demensrammede er altså at musikk kan aktivere store deler av hjernen og nå inn til områder som ikke er skadet. Dermed kan musikken gi tilgang til hukommelse og ferdigheter som fortsatt finnes, men som til vanlig er utilgjengelig. (Kvamme, 2008, s. 494)

Dette sier noe om hvordan musikk kan stimulere hukommelsen ved reminisering, og musikkens virkning i arbeid og kommunikasjon med demensrammede. Dette bringer oss videre til teori om kommunikasjon gjennom å gjøre felles.



### **2.3.3 Å gjøre felles**

Næss skriver at å imitere klienten kan gi en opplevelse av å gjøre noe felles (Næss, 1998, s. 32). Imitasjon er en teknikk som går ut på å gjøre det samme som klienten etter avslutningen av klientens respons. Det er viktig å være selektiv i valg av responser å imitere, og det må gjøres med varsomhet slik at det ikke kan bli oppfattet som parodiering av klienten (Bruscia, 1987, s. 537). Imitasjon kan blant annet brukes som en teknikk for å gjøre klienten bevisst på sine egne handlinger, å bekrefte det klienten sier eller gjør, for å etablere en form for turtaking eller å gi klienten en mulighet til å lede og kontrollere terapeuten (Bruscia, 1987, s. 538). En annen teknikk er synkronisering. Dette går ut på å gjøre det samme som klienten samtidig (Bruscia, 1987, s. 538). Bruscia skriver følgende om grunnen til å bruke en synkroniseringsteknikk:

Synchronizing is used to support, stabilize, or strengthen the client's response, to promote the client's self-awareness, to bring more intimacy into the client-therapist relationship, to give the client leadership opportunities, to convey acceptance and identification, and to develop an empathic understanding of the client. (Bruscia, 1987, s. 539)

Trondalen skriver om følgende om synkronisering: "Relational synchronization and regulation are evident in the development of early interaction and communication" (Trondalen, 2016, s. 51). Denne tidlige interaksjonen er beskrevet av Stern, og han knytter synkronisering til begrepet affektinntoning. Stern skriver at "Affektinntoning er en utførelse av atferd som uttrykker følelseskvaliteten ved en delt affektiv tilstand uten å imitere det nøyaktige atferdsmessige uttrykk for den indre tilstand" (Stern, 2003, s. 209). Det handler altså om å speile følelsesuttrykket ved det den andre gjør uten å nødvendigvis gjøre nøyaktig det samme.

I musikkterapi er en avtale om utformingen av terapien noe som kan bli gjort felles. Solli skriver at en recovery-orientert praksis skal være person-dreven. "Dette handler både om en likeverdighet i relasjonen mellom pasient og terapeut, og å la pasienten være med på å utforme innholdet i terapien" (Solli, 2012, s. 37). Denne artikkelen er hovedsakelig rettet mot arbeid med klienter i psykisk helsevern, men dette med en likeverdig relasjon og å la klienten være med å bestemme er overførbart til klienter med demens.

## **2.4 Identitet**

"Identitet er noe vi skaper gjennom de historiene vi forteller om oss selv fra viktige minner om opplevelser som har berørt oss" (Ruud, 2013, s. 16). Ruud beskriver fire kategorier for å plassere musikkopplevelser til identitet. Det personlige rom er knyttet til de tidligste opplevelsene i livet. Ruud skriver at noen av de første og sterkeste minnene man har fra sin

barndom er knyttet til musikk (Ruud, 2013, s. 82). Barnesanger kan symbolisere trygghet og framkalle minner om personlig identitet hos den demensrammede (Kvamme, 2006, s. 167). Det sosiale rom, handler om selvoppfatningen knyttet til den sosiale delen av identiteten. Musikken kan bli en identitetsmarkør, som uttrykker etnisk, religiøs eller kjønnsidentitet. Det kan også handle om hvordan man ønsker å bli oppfattet av andre (Ruud, 2013, s. 139). Tidens og stedets rom handler om at identitet er knyttet til hvor i verden vi kommer fra og føler tilknytning til (Ruud, 2013, s. 197). Det transpersonlige rom handler om noe som er forankret utenfor en selv. “Mange vil oppleve seg selv som en del av noe større, en helhet, en sammenheng. Det som er felles for opplevelsen av disse dimensjonene er at intense følelser vekkes i møte med musikken” (Ruud, 2013, s. 236).

Personer med demens kan etter hvert få vanskeligheter med å huske sin egen identitet (Brooker 2013; Engedal & Haugen 2005; Kitwood 1997; Kvamme 2006; Ruud 2013). “For å opprettholde identiteten hos den demensrammede må omsorgsgiveren ha detaljert kjennskap til den demensrammedes livshistorie, slik at når personen selv ikke kan huske sin identitet pga. hukommelsessvikt, kan den opprettholdes av omsorgsgiveren” (Kvamme, 2013, s. 15). Brooker skriver følgende om identitet hos demensrammede:

Identitet handler om at du må vite hvem du er, hva du synes om deg selv og hvordan du tenker. Ettersom minner viskes bort og språkvanskene blir verre, er det ofte de som omgås personen med demens, som gir vedkommende identitet. (...) Identiteten kan særlig undergraves gjennom barnliggjøring, bruk av kallenavn og nedvurdering. Identiteten styrkes gjennom respekt, aksept og ros. (Brooker, 2013, s. 72)

Av grunner nevnt i dette sitatet er det viktig å bli kjent med personens identitet og livshistorie før man skal starte med musikkterapi. Dette er et hensyn som har blitt tatt i denne studien, blant annet gjennom samtaler med pårørende.

#### ***2.4.1 Identitet knyttet til navn og kultur***

Innen musikkterapi er det vanlig å bruke sanger som inneholder klientens navn. Å synges klientens navn kan være viktig når man skal etablere en personlig og musikalsk relasjon (Nordoff, Marcus & Robbins, 2007, s. 248). Dion sin studie konkluderer med at navn, identitet og selv er nært knyttet sammen (Dion, 1983, s. 245). Dette kan være med på å forklare hvorfor personer med demens er oppmerksomme på sitt eget navn, også langt ut i sykdomsforløpet.

Klientene i denne studien har begge bakgrunn fra flere kulturer og kan derfor sies å ha en multikulturell identitet. Med en multikulturell identitet menes det at man blander elementer

fra sin opprinnelige kultur, den nye lokale kulturen og den globale kulturen. Dette er noe som ofte skjer ved immigrasjon (Ruud, 2013, s. 320). Ved immigrasjon vil noen personer klare å ta vare på egen kultur og samtidig tilpasse seg den globale kulturen. Andre kan utfordres av den globaliserte kulturen som blant annet medfører økt individualisme, religiøs toleranse og mer skolegang.

Dette gjelder særlig innen kulturer som legger stor vekt på familie og fellesskap, på beskjedenhet og på tilbakeholdenhet, eller hvor det religiøse fundamentet ikke tillater for stor religiøs likegyldighet. Et møte med global kultur kan derfor føre til identitetsforvirring for enkelte. (Ruud, 2013, s. 232)

I tillegg til denne identitetsforvirringen kan enkelte personer med demens som tidligere var godt integrert i sitt nye hjemland få større vanskeligheter med å tilpasse seg miljøet enn det de hadde før de fikk demens (Bruggen-Rufi & Vink, 2011, s. 579). Ved å tilby musikk fra deres kultur kan musikkterapeuten anerkjenne klientens identitet og problemene han eller hun har opplevd tidligere i livet (Bruggen-Rufi & Vink 2011, s. 570). Hanssen understreker at det alltid er viktig å behandle mennesker som individer, ikke kun som del av en gruppe.

### **2.4.3 Musikk som egenomsorg**

Å bruke musikk som egenomsorg kan handle om å bruke musikk til å speile eget humør, men kan også handle om å bruke musikk for bevisst å endre denne tilstanden (Vestad, 2009, s. 160). Ruud skriver følgende om å bruke musikk som egenomsorg:

Når det gjelder de psykologiske tilstandene handler dette om bruken av musikk til selvobjektsfunksjoner – det vil si som kilde til trygghet og kontinuitet, til å framkalle minner, gi oss selv trøst, gode opplevelser, finne tilbake til positive opplevelser og følelser. Det kan være å avlede fra vonde tanker, dempe angst gjennom kognitivt å rette tankene mot noen annet. (Ruud, 2008, s. 25)

Dette er i tråd med det DeNora skriver om at musikk kan brukes for å forsterke ønskede følelser (som for eksempel avslappethet) eller som et transportmiddel vekk fra uønskede følelser (som for eksempel stress) (DeNora, 2000, s. 53). Musikk kan også brukes som en minneframkaller, og ved å lytte til musikk fra tidligere i livet kan man bli minnet på sin personlige historie (Skånland, 2009, s. 116).

## **2.5 Relasjon**

Det siste temaet jeg vil presentere i dette kapitlet er relasjon. Ruud skriver at relasjonen står sentralt innen det humanistiske perspektivet på musikkterapien (Ruud, 2008, s. 12-13). Som nevnt på side 12, er humanistisk musikkterapi ressursorientert. I en ressursorientert musikkterapi streber man mot en likeverdig og gjensidig relasjon mellom terapeut og klient (Rolvjord, 2008, s. 134). Rolvsjord understreker at likeverdighet ikke handler om at

terapeuten blir overflødig, men heller at terapeuten kan framstå med både sin kompetanse og sine begrensninger. For at et samarbeid skal bli vellykket kreves det derfor tydelighet og respekt, og evne til å anerkjenne hverandres ressurser og begrensninger (Rolvjord, 2008, s. 130). Et ressursorientert fokus for musikkterapien kan altså bidra til å etablere en likeverdig relasjon til klienten. Røkenes og Hanssen beskriver at for å etablere en god relasjon forutsettes det at man møter den andre som subjekt, og viser respekt for den andres integritet og rett til selvbestemmelse (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 11). En fagperson må være i stand til å skape kontakt med klienter, å vedlikeholde relasjoner og å avslutte profesjonelle relasjoner på en god måte. En annen viktig side ved relasjoner er å ha en kulturell sensitivitet (Røkenes og Hanssen, 2012, s. 10). Dette emnet vil jeg drøfte på side 50.

## **3. METODE OG ANALYSE**

I dette kapitlet om metode og analyse vil det først bli redegjort for valg av forskningsmetode, forskningsdesign og studiens vitenskapsfilosofiske forskningstradisjon. Videre vil prosessen med datainnsamling bli presentert, og det vil i denne delen bli forklart om samtale med pårørende og gjennomføringen av musikkterapitimene med klientene. Deretter vil analysemetoden som har vært anvendt bli beskrevet, som leder videre til presentasjonen av resultatene. Avslutningsvis vil det bli reflektert over studiens reliabilitet, validitet, metodekritikk og etikk.

### **3.1 Kvalitativ tilnærming**

Hensikten med denne studien er å finne ut hvilken verdi musikkterapi kan ha i kommunikasjonen med flerkulturelle personer med demens. Noe av det første som måtte bli tatt stilling til var om jeg ønsket å bruke en kvalitativ eller kvantitativ tilnærming. Hvis jeg hadde valgt en kvantitativ tilnærming kunne jeg for eksempel sendt ut en spørreundersøkelse til musikkterapeuter som jobber med flerkulturelle personer med demens. Grunnen til at jeg så på dette som mindre hensiktsmessig var, som nevnt på side 1, at flerkulturelle personer med demens foreløpig ikke utgjør en stor andel av beboerne ved norske sykehjem eller brukerne ved dagsentrene knyttet til disse. Jeg ville derfor risikert å sitte igjen med lite datamateriale.

Jeg ønsket å gjennomføre praksis med flerkulturelle personer med demens, for selv å erfare hvilken verdi musikkterapi kunne ha for målgruppen. Av disse grunnene ble det besluttet at det egnet seg best å bruke kvalitative metoder. “Kvalitative metoder er forskningsstrategier som egner seg for beskrivelse og analyse av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomener som skal studeres” (Malterud, 2003, s. 31). Malterud skriver videre at “Materialet i kvalitative metoder består av tekst som kan representere samtaler eller observasjoner, mens de kvantitative metodene bygger på numeriske data” (Malterud, 2003, s. 31). Dette samsvarer med denne studien siden datamaterialet er logg og transkripsjon av lydopptak fra musikkterapitimene, samt samtaler med klientenes pårørende og en ansatt ved dagsenteret.

#### ***3.1.1 Forskningsdesign - casestudie***

En casestudie vil være et forskningsdesign som passer for denne studien, da målet for en casestudie er å studere mye informasjon om få enheter. Casene kan være enten personer, grupper eller organisasjoner (Thagaard, 2009, s. 49). For å se nærmere på hva en casestudie

er, kan man ta utgangspunkt i ordet «case». Case kommer av det latinske *casus* som betyr et enkelt tilfelle (Smeijsters & Aasgaard, 2005, s. 440) I boken *Case Study Research* beskriver Robert Yin en casestudie slik “A case study is an empirical inquiry that investigates a contemporary phenomenon within its real-life context” (Yin, 1994, s. 13). Det er altså undersøkelser av fenomener i sin naturlige sammenheng. I denne studien vil fenomenet som undersøkes, altså caset, være to flerkulturelle personer med demens, og undersøkelsen foregår i deres naturlige sammenheng, som er sykehjemmet og dagsenteret ved sykehjemmet.

En casestudie er alltid et bundet system. Med et bundet system menes det at det er bundet til tid og sted (K. Brown, 2011, s. 231). I denne studien var forskningen bundet både til stedet, som er sykehjemmet og til tid, som var et fast tidspunkt hver tirsdag i en periode på åtte uker. Casestudien jeg har lagt opp til er av induktiv karakter. I casestudier av induktiv karakter har man ikke valgt et teoretisk utgangspunkt, men har som mål å oppnå en forståelse eller en konklusjon som kan danne et utgangspunkt for ny viten. Motsetningen er casestudier av deduktiv karakter, der studier av en eller flere caser plukkes ut for å videreutvikle en teori som studien tar utgangspunkt i (Thagaard, 2009, s. 211).

Yin (1994) beskriver tre ulike former for casestudier. Det er eksplorative, deskriptive og forklarende casestudier. I eksplorative casestudier er hensikten å gå inn i et lite utforsket felt med mål om å få ny innsikt ved å hente erfaringer fra noe som skjer i virkeligheten (Yin, 1994, s. 4-5). Siden studien omhandler et felt det er forsket lite på mener jeg en eksplorativ casestudie er det som passer best for denne studien. En eksplorativ studie kan ha som mål å lage ideer og hypoteser for framtidig forskning (Robson, 2002, s. 59). I denne studien gikk jeg inn med et åpent sinn for å få ny innsikt i feltet musikkterapi med flerkulturelle personer med demens. Yin beskriver at eksplorative casestudier ofte har forskningsspørsmål som starter med «what» (Yin, 1994, s. 5) Dette kan stemme med denne studiens problemstilling, da den engelske oversettelsen er: “What kind of value could music therapy have in communication with multicultural people with dementia?”.

I tillegg til de ulike formene for casestudier finnes det også fire ulike casestudie-design: single-case holistic design, single-case embedded design, multiple-case holistic design og multiple-case embedded design (Yin, 1994, s. 39). Det som skiller single-case fra multiple-case er konteksten der case studien blir utført. I en single-case har det som blir undersøkt en felles kontekst, men det kan være flere cases hvis dette gir en bredere oversikt over det som skal undersøkes (Yin, 1994, s. 41). Siden personene som blir undersøkt i denne studien blir

undersøkt i samme kontekst (ved et sykehjem på Østlandet) vil dette være en single-case studie. Studien har også et embedded design, som innebærer at det er flere typer data som skal analyseres. I denne studien er disse ulike formene for data lydopptak av musikkterapi med to flerkulturelle personer med demens, lognotater og lydopptak av samtaler med pårørende.

Det har blitt valgt å ta med to klienter. De er ulike, både med tanke på kjønn, alder og etnisk bakgrunn og kan derfor belyse to sider av fenomenet musikkterapi med flerkulturelle personer med demens. Dette er også gjort for å ha en sikkerhet hvis den ene klienten skulle velge å trekke seg i fra studien. Oppsummert er studien en kvalitativ og eksplorativ single-case studie med et embedded design. I det neste delkapittelet vil jeg se på studiens vitenskapsfilosofiske tradisjon, hermeneutikk.

### **3.1.2 Hermeneutikk**

Kvalitative metoder bygger på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk) (Malterud, 2003, s. 31). Hermeneutikk og fenomenologi er to ulike vitenskapsfilosofiske tradisjoner. Fenomenologien er læren om det som viser seg, og handler å sette sin antatte forståelse til side og la fenomenet tre frem i sitt naturlige vesen (Trondalen, 2004, s. 52). Fenomenologien er ikke opptatt av kontekst slik som hermeneutikken, og vil av den grunn i mindre grad vektlegge deltakernes kontekst og biografi enn en hermeneutisk studie (Johansson, 2016). I denne studien vil det være nødvendig å vektlegge klientenes bakgrunn og til en viss grad fortolke funnene ut fra dette. Av denne grunn mener jeg det passer best med et hermeneutisk utgangspunkt for denne studien.

Hermeneutikk dreier seg om spørsmål som er knyttet til forståelse og fortolkning. To nøkkelbegreper i den hermeneutiske tradisjonen er forståelseshorisont og fordom. "Forståelseshorisont omfatter våre samlede oppfatninger, erfaringer og forventninger" (Thornquist, 2014, s. 142). Begrepet «fordom» ble rehabilitert av Gadamer, og er et nøytralt begrep som viser til at noe går foran, altså den forforståelse vi møter fenomener med (Thornquist, 2014, s. 142). I studien blir det ikke sett bort fra min forståelseshorisont. Thornquist (2014) beskriver at denne forståelseshorizonten er til stede enten man er bevisst på den eller ikke, og at hermenutikerne mener at man aldri kan møte verden som ubeskrevne blad. I denne studien er jeg bevisst på at tidligere erfaringer kan være med på å forme arbeidet, men ønsker allikevel ikke å teste ut en hypotese.

Et viktig begrep innenfor hermeneutikken er den «hermeneutiske spiral». Det handler om at hver gang vi forstår en del av virkeligheten påvirker det vår oppfatning av helheten (Thornquist, 2014, Ruud, 2005). Tidligere ble «den hermeneutiske sirkel» brukt for forståelsen av pendling mellom del og helhet, men siden man ikke kommer tilbake til akkurat samme sted kan begrepet spiral være bedre egnet. Her er det snakk om en spiralbevegelse som for hver omdreining bidrar til økt forforståelse (Thornquist, 2014, s. 143). Den hermeneutiske tanken om del og helhet var opprinnelig knyttet til tekst, og at et tekstutdrag må forstås ut fra helheten, men Johansson (2016) foreslår en utvidet forståelse av dette:

En del kan være et tekstutdrag, en musikalsk passasje, en hendelse, et utsagn osv. Helheten til en del kan være boken tekstutdraget er hentet fra, musikkverket den musikalske passasjen inngår i eller intervjuet utsagnet stammer fra, men den kan også favne videre, for eksempel kan deltakernes biografiske historie, videre kulturell og sosial kontekst, samfunnet eller den historiske bakgrunnen være helheten. (Johansson, 2016)<sup>4</sup>

I denne studien kan delene være hendelser eller utsagn fra klienter, og helheten være klientenes biografiske historie og deres kulturelle bakgrunn. En hendelse som kan illustrere dette at Klient 1 ofte slo seg i hodet når han glemte noe (et eksempel var da han ikke kom på hva han hadde jobbet med i Japan) og sa: “Jeg er ikke god i hodet”. Jeg undret meg over grunnen til dette og ønsket å gå noe dypere inn i den japanske kulturen sitt syn på demens. Yang skriver at «chiho» var det vanligste ordet brukt for demens, selv i medisinsk litteratur, fram til 2004. Ordet kan oversettes til idioti eller dumhet. I 2004 ble ordet endret til «nichisho» som betyr kognitiv lidelse (Yang, 2015). Ved å se hendelsene der klienten sa “Jeg er ikke god i hodet” i lys av klientens kultur mener jeg at jeg fikk en større forståelse av klientens handling.

### **3.2 Innsamling av data**

Datamaterialet for denne studien er hentet fra åtte individuelle musikkterapitimer med to klienter. Gjennomføringen av de fire siste timene med hver klient ble tatt opp på lydopptak. Grunnen til at jeg ikke tok lydopptak av alle timene var at jeg ville ha tid til å bli kjent med klientene og deres musikkpreferanser uten at klientene eller jeg ble distraheret av en lydopptaker. Timene med klientene forløp seg forskjellig og ble tilrettelagt ut fra klientenes forutsetninger og ønsker. I tillegg til lydopptakene skrev jeg logg etter hver musikkterapi-time, og gjennomførte samtaler med pårørende før og etter gjennomføringen av prosjektet. Det ble

---

<sup>4</sup> Sidetall ikke tilgjengelig grunnet bruk av nettartikkel.



også gjennomført en samtale med en ansatt ved dagsenteret til Klient 1 rett etter prosjektet var avsluttet.

### **3.2.1 Deltagende observasjon**

En av metodene jeg har brukt for å samle inn data er deltagende observasjon. Fangen skriver i *Deltagende observasjon* “Når du utfører deltagende observasjon, utfører du to former for handling på samme tid: Du involverer deg i samhandling med andre, samtidig som du iakttar hva de foretar seg” (Fangen, 2004, s. 29). Fangen skriver videre at deltagende observasjon kan ses på som en skala fra kun å observere til kun å delta. I denne studien deltar jeg i samhandlingen mer enn jeg observerer. Fra tidligere praksisperioder har jeg erfart at det er lett å glemme detaljer av ting som skjer på timene. Av denne grunn er det valgt å bruke lydopptak av timene i tillegg. Før man skal utføre deltagende observasjon bør man tenke over hvor mye man skal studere målgruppen for studien på forhånd. “Idealet er å gå inn i feltet med et åpent sinn, men samtidig med nok kunnskap til å nærme deg feltet på en hensiktsmessig måte” (Fangen, 2004, s. 44). Dette har blitt gjort ved å innhente kunnskap om klientene fra deres pårørende.

### **3.2.2 Samtaler med pårørende**

Før prosjektet ble igangsatt ønsket jeg å gjennomføre samtaler med klientenes pårørende. Hensikten var å kartlegge klientenes musikkpreferanser, samt å orientere om hvordan prosjektet ville bli gjennomført. Her var det ønskelig å høre om klientenes interesse for musikk tidligere i livet, for eksempel om de hadde spilt noe instrument eller hadde sunget i kor. Jeg ønsket også å få vite om hva slags musikk klientene likte å høre på. Spørsmålene det ble tatt utgangspunkt i var utformet med inspirasjon fra geriatrisk ressurscenter i Oslo sitt skjema for kartlegging av musikkpreferanser (GAMUT, 2014). På samtalene fikk jeg også lære noe om klientenes kultur. På denne måten kunne jeg for eksempel få vite at det i Japan er vanlig å tiltale personer med etternavn. Dette fikk betydning for meg og Klient 1 ved at jeg kunne tiltale han på en høflig og korrekt måte, og på den måte være sensitiv for hans kultur. Dette kunne ha en verdi for vår relasjon, ved at han ble møtt med respekt og anerkjennelse.

Målet med samtalene hadde noen fellestrekk med det kvalitative forskningsintervjuet, som forsøker å forstå verden fra intervjupersonenes side. Det er også vekt på personens erfaringer og å avdekke opplevelsen deres av verden forut for vitenskapelige forklaringer (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 21). For å oppnå dette for personer med demens virket det mest naturlig å snakke med en av deres nærmeste pårørende. Hos begge klientene ble den nærmeste pårørende et av barna deres. En ulempe med å gjennomføre samtalen med klientenes barn var

at jeg ikke fikk førstehåndskunnskap om klienten. Det kunne være aspekter ved klientenes liv som deres barn ikke kjente til i særlig grad. Av denne grunn ble det besluttet at samtaler ikke skulle utgjøre en stor del av studien, men heller være supplerende data. Det vil derfor ikke være noen fordybning i intervjueteknikk i denne studien. Det ble heller ikke utarbeidet noen intervjuguide, men heller noen stikkord og spørsmål som jeg ønsket skulle bli belyst i samtalen. Samtalen med Klient 1 ble gjennomført med både klienten og hans datter til stede. Pårørende til Klient 2 var i oppstarten av studien bortreist i en lengre periode, og samtalen måtte derfor gjennomføres per telefon. Av denne grunn vurderte jeg det som lite hensiktsmessig at klienten ble med.

Det ble også gjennomført samtaler med klientenes pårørende i etterkant av prosjektet. Hensikten med dette var å fortelle de pårørende om hva som ble gjort på timene og å få bekreftet enkelte utsagn fra klienten. Det ble spurt om de pårørende hadde merket noen forskjell på sin forelder etter de begynte med musikkterapi. I tillegg til samtaler med de pårørende ble det gjennomført en samtale med en ansatt ved dagsenteret til Klient 1. Dette ble gjort for å få mer kjennskap til hvordan klienten hadde oppført seg i forkant og etterkant av musikkterapitimene. Siden ingen ved sykehjemsavdelingen til Klient 2 var involvert i prosjektet i samme grad som den dagsenteransatte, ble det besluttet å ikke gjennomføre en samtale med en ansatt fra sykehjemmet. På samtalen med den dagsenteransatte fikk jeg blant annet vite at Klient 1 aldri hadde sunget for de andre på dagsenteret før han begynte med musikkterapi. Den ansatte fortalte også at hun før prosjektet ikke kjente til at han hadde et så sterkt forhold til musikk. Hun illustrerer hans musikkinteresse gjennom følgende sitat: “På tirsdager når jeg forteller at han skal møte den unge jenta så glimter han til. Han glemmer veldig fort, ikke sant. Så han lever veldig for den musikken. Veldig.” Hun fortalte videre at klienten hadde hatt glede av sangpermen, også mellom musikkterapitimene.

### ***3.2.3 Gjennomføring av prosjektet***

Prosjektet ble gjennomført som egenpraksis ved masterstudiet i musikkterapi høsten 2016. Timene var lagt til en fast ukedag. Hver time var tiltenkt å vare ca. 45 minutter, men det var lagt inn god tid mellom klientenes timer for å ha mulighet til å overstige tiden noe, og for å sette av tid til loggføring umiddelbart etter timen. I de følgende avsnittene vil jeg presentere hvordan timene med klientene forløp seg.

### **3.2.4 Timene med Klient 1**

Timene med Klient 1 ble holdt på erindringsrommet<sup>5</sup> ved sykehjemmet, og jeg fant fort ut at tidsrammen på 45 minutter var noe knapp for denne klienten. Tiden ble derfor utvidet til en klokke time, og av og til opp mot 70 minutter. På timene med denne klienten var det kun han og jeg som var til stede. Hovedinnholdet i timene var å synge ulike sanger han hadde et godt forhold til, både japanske og internasjonale sanger. Jeg samlet sangene i en perm som klienten etter prosjektets avslutning fikk beholde. Mellom timene ble permen oppbevart på dagsenteret, slik at han eller en av de ansatte kunne ta den fram hvis han ønsket å synge. Grunnen til at den ble oppbevart på dagsenteret var for at klienten skulle ha tilgang til den når han var der. Hvis han hadde den med hjem kunne den fort blitt glemt. Sangene som ble brukt på timene ble funnet på internett eller i boka *Toner deg i møte*.<sup>6</sup> De fleste japanske barnesangene kom fra en nettside kalt Japanese songs.<sup>7</sup> Denne siden inneholder 56 kjente japanske barnesanger og folkesanger og sangteksten sto skrevet med både japanske tegn og på Rōmaji.<sup>8</sup> Dette var en fordel, da klienten foretrakk å lese japanske tegn, mens jeg bare kunne lese Rōmaji. Det var også noter til sangene, som passet bra siden klienten kunne lese noter. Etter den første timen kom en ansatt ved dagsenteret og fulgte klienten tilbake, men fra andre time valgte jeg å gjøre dette selv. Grunnen til dette var at vi kunne avslutte timen uten å risikere avbrytelser.

### **Struktur for timene med Klient 1**

Timene med Klient 1 startet med lytting til en japansk sang, ofte «Sakura, sakura» spilt av fløytisten James Galway. Grunnen til at denne innspillingen ble valgt var fordi det i kartleggingssamtalen kom fram at klienten har hørt mye på cd-ene til James Galway. Hvis klienten sang eller plystret med på sangen ble jeg også med, for å følge hans initiativ. Hvis klienten ikke sang med satt vi stille og lyttet til musikken sammen. Videre valgte klienten ut noen flere japanske sanger som vi sang sammen. Disse ble valgt i fra sangpermen han hadde fått, eller fra en av cd-ene hans med japanske barnesanger. I etterkant av sangene hadde vi ofte en samtale om sangens innhold da han forklarte meg hva han husket fra tiden sin i Japan. Dette kunne ha fellestrekk med musikkreminisens, som er en aktivitet hvor musikken brukes til å stimulere erindringsprosesser (Ridder, 2005, s. 69). Klienten kunne ofte huske mye fra hjemlandet når vi hadde sunget sanger sammen. Av og til tok jeg også fram bilder av

---

<sup>5</sup> Et rom innredet som en stue fra 1950-tallet, utstyrt med musikkavspillingsutstyr.

<sup>6</sup> Sangbok tilpasset bruk med eldre personer med demens eller psykiske lidelser.

<sup>7</sup> [http://www3.u-toyama.ac.jp/niho/song\\_e.html](http://www3.u-toyama.ac.jp/niho/song_e.html)

<sup>8</sup> Japansk skrevet med latinske bokstaver.

gjenstander som ble omtalt i sangene. Kombinasjonen av musikken og å se på bilder kunne stimulere til minneaktivitet. Målet med minneaktiviteten er ikke å analysere minner, men å møte minnene med empati (Rolvjord, 1998, s. 6). Det ble også enklere for meg, som norsk musikkterapeut, å møte klienten med empati hvis jeg hadde sett et bilde av gjenstanden han fortalte meg om. Etter vi hadde sunget de japanske sangene fra permen tok jeg fram *Toner deg i møte* der han kunne få velge hvilke sanger vi skulle synge sammen. Jeg bladde ofte opp på kategorien country og western som jeg visste han kjente mange sanger i. Av og til foreslo klienten også nye sanger som jeg fant teksten til og satt inn i permen hans uken etter. Mot slutten av timen ønsket ofte klienten å synge noen flere japanske sanger eller sanger fra *Sound of music*. Vi pleide ofte å avslutte timene med lytting til James Galway sin innspilling av «Hamabe no uta», for å få en rolig avslutning på timen før jeg fulgte klienten tilbake til dagsenteret. På vei tilbake til dagsenteret sang vi ofte japanske barnesanger sammen.

### **3.2.5 Timene med Klient 2**

For Klient 2 kunne 45 minutter ofte bli litt lenge, så timene hadde en variasjon i lengde etter hennes dagsform, alt fra 25 til 40 minutter. Musikkterapitimene med Klient 2 var også tenkt til å holdes på erindringsrommet, men hun virket urolig under den første timen da hun ønsket å gå tilbake til avdelingen sin. Det kan tenkes at omgivelsene ble for ukjente for henne. Fra andre time møtte jeg derfor klienten på avdelingen hennes. Timene kunne i liten grad planlegges, og jeg måtte møte klienten med musikk der hun var i øyeblikket. Grunnen til at jeg valgte å møte henne med musikk var fordi jeg på forhånd visste at hun hadde et godt forhold til sang og musikk, og ønsket å finne ut om hun reagerte positivt hvis jeg sang til henne. Det å skulle møte henne der hun var i øyeblikket kunne by på utfordringer, for eksempel da de andre beboerne i stuen så på tv med høy lyd eller når andre beboere forsøkte å få min oppmerksomhet mens jeg sang til klienten. Av denne grunn forsøkte jeg alltid å få til at en økt av musikkterapitimen skulle gjennomføres på rommet hennes, hvor vi kunne være uforstyrret. På rommet var det også en cd-spiller og en ballong som jeg ønsket vi skulle bruke. Det var noen sanger og aktiviteter som gikk igjen i de fleste timene, blant annet dans. Vi hadde mange samtaler, og jeg brukte noe av innholdet i disse til å improvisere ulike sanger.

### **Struktur for timene med Klient 2**

Timene med Klient 2 hadde ikke en like klar struktur som timene med Klient 1. Da vi hadde musikktimer tok jeg med meg en kurv med xylofon, rytmeegg og små håndtrommer til avdelingen hennes. Av og til var klienten på en av avdelingens to stuer, og av og til slappet hun av på rommet. Da klienten satt i stuen startet vi ofte timene med å snakke sammen, før

jeg sang en navnesang til henne. Det virket som hun likte å høre navnet sitt, og noen ganger satt navnesangen i gang en vokal improvisasjon over navnet hennes. Etter en stund pleide jeg å foreslå at vi kunne gå til rommet hennes og danse, og vi gikk dit sammen når hun var klar for dette. På rommet viste klienten meg ofte dansetrinnene til en vals før hun satt på «Sleeping beauty waltz» av Tchaikovsky. Dette var en aktivitet hun hadde et godt forhold til, og jeg valgte å gjøre dette på musikkterapitimene for at hun skulle ha en kjent aktivitet. Det var også for meg som terapeut enklere å komme i kontakt med klienten når vi gjorde en aktivitet hun pleide å gjøre. Vi danset til sangen en eller to ganger, etter hva klienten ønsket. Etter å ha danset pleide jeg å ta fram en ballong som vi spratt mellom oss. Grunnen til at jeg valgte å bruke denne aktiviteten var for å få oppmerksomhet og kontakt med klienten. Jeg merket dette fungerte fordi hun alltid spratt ballongen tilbake. Hvis hun ikke hadde vært oppmerksom ville ballongen havnet på gulvet. En annen grunn til å bruke ballong er for å ivareta motorikken, da ballongspretting krever bruk og koordinasjon av armer. Timen ble avsluttet når klienten ønsket å hvile. Da hun hadde lagt seg pleide vi å snakke litt sammen ved sengekanten. Jeg pleide også å synges en hvilesang eller navnesang som avslutning på timen. Hvilesangen har et rolig tonespråk, og fungerer nesten som en vuggesang. Av og til spilte jeg også litt på xylofon for henne mens hun lå i senga.

### **3.2.6 Samlet datamateriale**

Da datainnsamlingen var ferdig satt jeg igjen med 14 sider med loggnotater (syv for hver klient) og litt over seks timer med lydopptak (ca. tre og en halv time med Klient 1 og ca. to og en halv time med Klient 2). Lydopptakene ble transkribert til 28 sider med tekst (14 for hver klient). Dette er datamaterialet som analysen vil ta utgangspunkt i. I tillegg kommer det som anses som supplerende data, som er samtalene med de pårørende til begge klientene og en ansatt på dagsenteret til Klient 1. I det følgende avsnittet vil jeg redegjøre for denne veien fram til resultatene.

## **3.3 Analyseprosessen**

Wheeler & Kenny beskriver i *Music therapy research* (2005) at prosessen med å analysere data for kvalitativ forskning krever at forskeren fordyper seg i datamaterialet og ser etter mønstre og temaer. Det er få regler for denne prosessen (Wheeler & Kenny, 2005, s. 66). Min analyseprosess ble inspirert av prosessen Bruscia beskriver i *Music therapy research* (2005). Det første som må gjøres er en forberedende prosessering av hver case. Bruscia beskriver denne forberedende prosesseringen i disse stegene: «Get a sense of the whole», «make case notes», «cull the raw data», «segment», «format» og «collaborate» (Bruscia, 2005, s. 182-

183) Jeg har valgt å utforme to tidligere steg siden den forberedende prosesseringen i denne studien startet der jeg begynte å reflektere over hva som skjedde i timen (det første steget) og da jeg transkriberte lydopptakene til tekst (det andre steget).

#### *Første steg – refleksjon og deltakelse.*

Arbeidet med fortolkning av datamaterialet startet med musikkterapitimene og refleksjon over disse. Disse refleksjonene og hva som skjedde i timene ble nedskrevet umiddelbart etter timene og renskrevet til logger mellom hver musikkterapitime. Disse loggene er en del av datamaterialet i studien.

#### *Andre steg – lydopptak og transkribering.*

Det andre steget i arbeidet med datamaterialet var å ta opp lyd fra de fire siste musikkterapitimene med hver klient. I løpet av uka mellom musikkterapitimene transkriberte jeg lydopptakene til ren tekst. Ting som ikke kunne vises på lydopptak, som kroppsspråk og ansiktsuttrykk, ble beskrevet i loggnotatene og i etterkant satt sammen med transkripsjonene. Det ble valgt å ta med alt som ble sagt og gjort i timen samt klientens stemmeleie, for eksempel hvis han eller hun var ekstra engasjert eller hevet stemmen. Dette ble notert på bakgrunn av hva jeg husket fra mine observasjoner av klientene i musikkterapitimene. Etter prosjektet var gjennomført og alle lydopptakene var transkribert valgte jeg å legge bort datamaterialet i ca. to måneder før jeg tok fram de transkriberte notatene igjen. Dette ble gjort for å kunne skape en distanse til datamaterialet.

#### *Tredje steg – Få en helhetsfølelse.*

I dette steget gikk jeg igjennom alt datamaterialet, både loggene og transkripsjonene av lydopptakene fra musikkterapitimene. Det ble valgt å lese gjennom alt i kronologisk rekkefølge, og fra én klient av gangen. Dette ble gjort for å få en følelse av helhet og et overblikk over all innsamlet data (Bruscia, 2005, s. 182). Her var altså målet å skape en oversikt og se tilbake på det som skjedde, uten å utheve noe som viktigere enn noe annet.

#### *Fjerde steg – Skrive casenotater.*

Bruscia (2005) skriver at når man utvikler en oversikt over datamaterialet vil forskeren finne deler av dataen som blir sett på som spesielt interessant (Bruscia, 2005, s. 182). Da jeg leste gjennom transkripsjonene og tok notater fant jeg flere hendelser som virket interessante for den videre analysen. Et eksempel på en interessant hendelse fra en time med Klient 1 var da

vi så sammen i *Toner deg i møte* og jeg bladde forbi «Tango for to». Da stoppet klienten meg og sa “Den kjenner jeg!”. Dette gjorde meg bevisst på å ivareta den norske delen av identiteten hos klienten. I dette steget kan forskeren begynne å utvikle foreløpige ideer om hvilke temaer som kan være essensielle i datamaterialet (Bruscia, 2005, s. 182). I eksempelet som ble nevnt over var temaet identitet. Dette eksempelet vil jeg komme tilbake til i drøftingskapittelet (se side 45).

#### *Femte steg – Velge ut rådata.*

For å velge ut rådata gikk jeg gjennom de åtte loggene og de åtte lydtranskripsjonene fra musikkterapitimene med de to klientene. Målet med dette steget var å skaffe visuell oversikt over datamaterialet ved å utheve det jeg anså som viktige hendelser. Dette steget skiller seg noe fra Bruscia sitt steg: «cull the raw data» (Bruscia, 2005, s. 182), som handler om å kutte bort det som ikke er relevant for forskningens formål. I stedet for å kutte, valgte jeg altså å utheve det jeg anså som viktige hendelser. Noe av det som tredde fram var øyeblikk jeg opplevde som god kommunikasjon, for eksempel rundt en sang eller en samtale om noe av betydning for klienten. Annet som ble uthevet var øyeblikk jeg opplevde hadde en verdi i forhold til relasjonen mellom meg som terapeut og klienten. I dette steget valgte jeg å lese gjennom alle transkripsjonene en gang til, for å se om det var noe som ble oversett i første gjennomlesing. I løpet av denne prosessen la jeg til flere nye uthevninger, mens noen ble fjernet siden jeg denne gangen vurderte dem som urelevante. Uthevingene som ble valgt ble kopiert og lagret i et nytt dokument. Jeg analyserte transkripsjonen av datamaterialet fra en klient av gangen, og uthevningene fra de åtte dokumentene ble sortert etter dato. Loggene og transkripsjonene ble arbeidet med kronologisk etter dato. Disse dokumentene blir det som Bruscia (2005) kaller raw data eller rådata (min oversettelse). Dette skapte en oversikt over alle hendelsene jeg anså som viktig. Ut fra disse ble det funnet temaer som ble ansett som betydningsfulle for studien. Noen av disse temaene var språk, relasjon og identitet.

#### *Sjette steg – Segmentere.*

Å segmentere handler om å dele hvert datasett inn i passende og meningsfulle enheter (Bruscia, 2005, s. 182). Dette steget handler i hovedsak om å organisere datamaterialet. Kategoriene som ble funnet i forrige steg ble i dette steget satt sammen til større enheter. Et eksempel på dette var at hendelsene som omhandlet språk, sang og samtale og å gjøre felles satt sammen til enheten kommunikasjon.

### *Syvende steg – Formaterer.*

I dette steget er målet å sette sammen rådata og den segmenterte dataen til en synopsis, eller en sammenfatning, av caset. Sammenfatningen skal være så nær originalmaterialet som mulig, og inkludere sitater fra originalmaterialet. Poenget med å lage en sammenfatning er å oppsummere og dermed redusere originalmaterialet til de mest essensielle bestanddelene (Bruscia, 2005, s. 182). Dette ble i denne studien gjort ved å lese gjennom rådataen (de uthevede setningene) og plassere dette under enhetene som ble funnet i forrige steg.

### *Åttende steg – Samarbeide.*

Dette steget handler om at man sjekker nøyaktigheten til casesynopsisene med hver deltaker. Dette gjøres ved å vise deltakerne deres synopsis og spørre om korreksjoner (Bruscia, 2005, s. 183). I denne studien er ikke dette realistisk, da klientene på grunn av sykdommen ville hatt vanskeligheter med å forstå synopsisen. Det lar seg heller ikke gjøre å sjekke synopsisen med de pårørende da de ikke var til stede i musikkterapitimene. Av denne grunn er ikke det åttende steget med i min analyseprosess.

#### **3.3.1 Koding av datamaterialet**

Å kode datamaterialet handler om å finne en tittel på hver enhet som beskriver og representerer enheten (Bruscia, 2005, s. 183). Dette handler om hvordan man differensierer og kombinerer dataen og refleksjonene man gjør rundt denne informasjonen (Miles & Huberman, 2004, s. 56). Det finnes ulike typer koder. En deskriptiv kode er en kode som er nær rådataen der ikke forskeren forsøker å gjøre tolkninger av datamaterialet. Et eksempel på en slik deskriptiv kode jeg har brukt er språk. I denne kategorien blir ikke datamaterialet tolket, og materialet ligger nært rådataen ved at det er tatt i bruk mange sitater, for eksempel for å illustrere at klientene har en tendens til å blande språk. Dette har jeg skrevet mer om i drøftingsdelen (s. 37). En fortolkende kode krever at forskeren tolker dataen, dette kan gjøres induktivt (basert på forskerens forståelse av hva datamaterialet betyr) eller basert på teori. Et eksempel på dette er enheten identitet, der funnene i hovedsak er tolket ved hjelp av teori. Jeg har valgt å bruke flest fortolkende koder, på grunn av mitt hermeneutiske utgangspunkt for analysen.

#### **3.3.2 Presentasjon av resultater**

Enhetene jeg satt igjen med da all data var bearbeidet var kommunikasjon, identitet og relasjon. I tillegg har noen av disse enhetene underkategorier. De to vanligste formatene for fremvisning av resultater er matriser (med definerte rader og kolonner) og nettverk



(forskjellige ledd med streker mellom seg) (Miles & Huberman, 1994, s. 93) Jeg kom fram til at en type matrise egnet seg best for denne typen data. Her er det valgt å sette kategoriene som det ble kommet fram til i en felles tabell.

<b>Kommunikasjon</b>	<b>Identitet</b>	<b>Relasjon</b>
Språk	Knyttet til navn	Relasjon
Sang og samtale	Knyttet til kultur	
Gjøre felles	Musikk som egenomsorg	

Tabell 1: Funn fra analyseprosessen.

### **3.4 Refleksjoner over studien**

Formålet med dette kapittelet er å reflektere med et kritisk blikk på min egen studie. Først ønsker jeg å se på studiens reliabilitet og validitet. Deretter kommer metodekritikk. Avslutningsvis vil jeg reflektere over etiske aspekter ved denne studien, både med tanke på rollen som kliniker og rollen som forsker.

#### **3.4.1 Reliabilitet og validitet**

Et viktig begrep for vurdering av den kvalitative forskningens kvalitet er reliabilitet (Thagaard, 2009, s. 189). “Reliabilitet handler om forskningens pålitelighet (...) dette innebærer blant annet at forskeren skiller mellom den typen informasjon hun eller han har fått under feltarbeidet, og egne vurderinger av denne informasjonen” (Thagaard, 2009, s. 190). En måte dette har blitt løst på i transkriberingsprosessen er ved å sette klientens utsagn i kursiv. På denne måten blir det enklere å skille ut hva klienten sa, også når utsagn blir kopiert fra transkriberingen av lydopptaket til et synopsis.

Yin skriver i boka *Case study research* (1994) at målet med reliabilitet er å minske feilene i en casestudie. En annen forsker skal derfor kunne utføre samme studie på nytt og kunne oppnå de samme resultatene. Derfor er det viktig at man som forsker må dokumentere alle prosedyrene man har gått gjennom. Det legges vekt på at det gjelder å utføre samme case, og ikke å reprodusere resultatene ved å utføre en annen case (Yin, 1994, s. 36). I denne casestudien vil det derfor bli lagt vekt på å forklare prosessen nøye. Det kan være lett å se seg blind på sitt eget materiale når man jobber mye med det, og derfor ser jeg det nyttig å

få personer utenfra<sup>9</sup> til å lese gjennom studien og stille kritiske spørsmål hvis det er noe som ikke forklares nøye nok.

Validitet har til hensikt å undersøke om en metode måler det den har til hensikt å måle (Reinecker & Jørgensen, 2006, s. 267). Et spørsmål relevant for denne studien vil her være å spørre om deltagende observasjon er en relevant metode for finne ut hvilken verdi musikkterapi kan ha i kommunikasjonen. Hvis ikke klientene hadde hatt en demensdiagnose ville det kanskje vært mer hensiktsmessig å intervju klientene om musikkterapiens betydning for dem personlig. I dette tilfellet blir det mer aktuelt å basere funnene på deltagende observasjon, men her må jeg også bevisst på at enkelte av funnene mine kan være preget av min egen fortolkning.

Et annet aspekt er studiens overførbarhet, eller eksterne validitet. Dette handler om i hvilken grad funnene kan gjelde utenfor den konteksten der de har blitt kartlagt (Malterud, 2003, s. 25). I forhold til denne studien kunne dette handlet om å gjennomføre studien på samme måte, men med en annen etnisk gruppe. Det er ikke sikkert jeg ville oppnådd samme resultater hvis klientene kom fra en kultur der musikk ikke utgjør en stor rolle i hverdagslivet.

### **3.4.2 Metodekritikk**

I denne studien er det benyttet en eksplorativ casestudie som metode. Denne metoden har vært vellykket for å innhente kunnskap på et lite utforsket område. For å samle data har jeg valgt å bruke en kombinasjon av deltagende observasjon med lydopptak og loggnotater, samt samtaler med pårørende som supplerende data. En fordel med lydopptak er at man kan høre gjennom flere ganger. Lydopptak gjengir også eksakt hva som ble sagt i situasjonen. Å lytte gjennom opptakene og transkribere disse selv kan gjøre at man får et levende bilde av de ulike situasjonene. Man husker hva som har blitt sagt og konteksten rundt på en annen måte enn ved kun å lese feltnotater (Melby i Tjora, 2017, s. 102). En ulempe med å bruke lydopptak er at opptaket ikke får med seg elementer som kroppsspråk, mimikk og annen nonverbal kommunikasjon. Av denne grunn valgte jeg å ta loggnotater i tillegg, som jeg kort tid etter timen satt sammen med transkripsjonene av lydopptakene. Bruk av lydopptaker kan også være sårbart for menneskelige feil. I etterkant av den femte timen med Klient 1 oppdaget jeg at minnet på lydopptakeren jeg hadde lånt var fullt, så de siste 20 minuttene var ikke blitt tatt opptak av. Her mistet jeg blant annet en sekvens der Klient 1 fortalte meg om noen japanske sanger han ønsket å synge. Lydopptakeren ga her en falsk trygghet. Hvis jeg på forhånd hadde

---

<sup>9</sup> Personer fra utsiden som ikke kjenner til studien i samme grad som meg selv og veilederen.

visst at minnet nesten var fullt, kunne jeg ha sikret meg med å ta opp lyden med mobiltelefonen i tillegg. Dette kunne muligens også vært unngått hvis jeg hadde satt meg inn i lydopptakeren sine funksjoner i tilstrekkelig grad på forhånd.

Det å bruke supplerende data kan styrke en oppgave når målet er å få en god og nyansert kjennskap til noe (Reinecker & Jørgensen, 2006, s. 266). I denne studien var samtaler med de pårørende supplerende data. I disse samtalene var målet å få kjennskap til klientenes musikkbakgrunn. En feilkilde her var at jeg var svært opptatt av musikken fra klientens kultur, og dermed ofte styrte samtalen inn på dette. Hvis jeg hadde hatt en mer åpen holdning kunne jeg muligens fått mer ut av samtalene.

### ***3.4.3 Etikk i rollen som kliniker***

Når man skal gjennomføre forskning er det etiske aspekter man må ta hensyn til. “Det å skulle forske på demensrammede er i seg selv en etisk utfordring, siden det er en svært sårbar gruppe som har opplevd mange nederlag på grunn av sykdommen” (Kvamme, 2013, s. 79). Kvamme beskriver videre at mange personer med demens kan være utrygge på personer de ikke kjenner. Det er derfor viktig å bruke tid på å etablere en trygg relasjon (Kvamme, 2013, s. 79). Dette var noe jeg la vekt på i starten av prosjektet, særlig med Klient 2 da jeg opplevde hennes som noe utrygg på meg. Av denne grunn valgte jeg å bruke en del av timene på å sitte og prate med henne for å gjøre henne tryggere. Jeg var også nøye med å stille klienten spørsmål som “Er det greit om jeg blir med deg på rommet?” i stedet for bare å bli med. På denne måten kunne klienten gi meg sin aksept hvis hun ønsket at jeg ble med. Når det gjelder å jobbe med flerkulturelle personer skriver J. Brown “It is clear that music therapists have an ethical responsibility to be aware of their own beliefs and values, as well as a responsibility to not engage in culturally insensitive behaviour” (Brown, 2002, s. 84). Som musikkterapeut måtte jeg her bli bevisst på mine egne holdninger og om eventuelt noen av disse kunne være til hinder for musikkterapi med en klient fra en kultur forskjellig fra min egen.

### ***3.4.4 Etikk i rollen som forsker***

Det ble tidlig bestemt at jeg skulle søke NSD – personvernombudet for forskning i denne studien. Grunnen til dette var at det skulle behandles sensitive personopplysninger, som etnisk bakgrunn og helseforhold, og at det var ønskelig å ta lydopptak av de fire siste timene. Når det i tillegg ble valgt en målgruppe der noen av klientene har redusert eller manglende samtykkekompetanse er det flere hensyn å ta. Hovedregelen for disse personene er at nærmeste pårørende må gi sitt samtykke, men også klienten skal gis tilpasset informasjon om

studien og bli spurt om han eller hun ønsker å delta (NSD – Personvernombudet for forskning, 2016). Klient 1 ga meg både sitt skriftlige og sitt muntlige samtykke, mens Klient 2 ble gitt tilpasset informasjon om studien og ga meg sitt muntlige samtykke. Pårørende til begge klienter ga meg sitt skriftlige samtykke. NSD beskriver fire punkter som det har vært nødvendig å reflektere over for å gjennomføre denne studien.

1. Det må være nødvendig for formålet å inkludere personer med redusert samtykkekompetanse.
2. Eventuell risiko eller ulempe for personen må være ubetydelig.
3. Det må være grunn til å anta at resultatene av forskningen kan være til nytte for den aktuelle personen eller for gruppen.
4. Det må ikke være grunn til å tro at personen ville motsatt seg deltakelse i forskningsprosjektet hvis vedkommende hadde hatt samtykkekompetanse. (NSD-personvernombudet for forskning, 2016)

Det første punktet var noe som ble reflektert over tidlig i studien. Det kunne blitt valgt å kun ta med personer med samtykkekompetanse, for eksempel dagsenterbrukere som var i startfasen av sykdommen. Grunnen til at jeg ikke valgte dette var fordi det var flerkulturelle sykehjemsbeboere som vekket min interesse for temaet i utgangspunktet. Jeg anser risikoen for å delta i studien som ubetydelig. Dette fordi jeg ville finne fram til musikk som klienten hadde et godt forhold til, og være villig til å avslutte terapiforløpet hvis klienten virket å motsette seg dette. Det har på forhånd vært grunn til å tro at resultatene av forskningen kan være til nytte for personene som deltar i studien, ved at de har fått et skreddersydd musikkterapitilbud. Det siste punktet var noe av det som var vanskeligst for meg som musikkterapistudent å ta stilling til. Av denne grunn ønsket jeg å koble inn pårørende for å høre litt om personens interesse for musikk tidligere i livet, og hva slags musikk han eller hun hadde hatt et godt forhold til.

I dette kapitlet har jeg gjort rede for og begrunnet mine metodiske valg. Deretter beskrev jeg prosessen med innsamling av data og timene med klientene, før jeg gikk videre til analyseprosessen. Etter presentasjonen av analyseprosessen la jeg fram en matrise over funnene. Helt til slutt har jeg gjort rede for studiens reliabilitet, validitet, sett med et kritisk blick på mine metodiske valg og noen etiske refleksjoner. I det følgende kapitlet vil jeg presentere og drøfte funnene jeg kom fram til i analyseprosessen.

# **4 PRESENTASJON AV RESULTAT OG DRØFTING**

I dette kapittelet vil jeg presentere resultatene for studien og drøfte disse i lys av teori som er presentert i teorikapittelet. Enhetene jeg kom fram til under analysen var: kommunikasjon, identitet og relasjon med underkategorier. Også temaet kulturell sensitivitet vil bli drøftet, da jeg mener dette er et aktuelt tema når man jobber med flerkulturelle personer. Avslutningsvis vil jeg se på sammenhengen mellom disse funnene og problemstillingen: *Hvilken verdi kan musikkterapi ha i kommunikasjonen med flerkulturelle personer med demens?*

## **4.1 Kommunikasjon**

Noe av det som tredde fram i analyseprosessen var øyeblikkene der jeg opplevde at klienten og jeg oppnådde god kommunikasjon. Dette kunne for eksempel være en samtale rundt en sang. Grunnen til at jeg ser på dette funnet som viktig er at verbal kommunikasjon kan være vanskelig med personer med demens, da demenssykdom medfører språkproblemer (Engedal & Haugen, 2005, s. 40). I tillegg vil ofte flerkulturelle personer med demens glemme sitt nye språk og gå tilbake til morsmålet (Khan, 2011, s. 97). I arbeidet med personer med demens må man derfor være oppmerksom på hvordan nedsatt sansevne og nedsatt kognitiv funksjon hindrer kommunikasjon (Brooker, 2013, s. 55). I musikkterapitimene opplevde jeg at musikken og musikkterapeutiske aktiviteter kunne tilby en ny form for kommunikasjon med flerkulturelle personer med demens. I det følgende vil jeg redegjøre for kommunikasjon og underkategoriene *språk, sang og samtale* og *å gjøre felles*.

### **4.1.1 Språk**

En ting som raskt ble oppdaget på timene med begge klientene var at de hadde en tendens til å blande språk. Ekman skriver følgende i sin doktorgradsavhandling “(...) problems common among patients with Alzheimer's disease, for example difficulties to find words, and to name objects - the special problems seen in bilingual patients with Alzheimer's disease, for example problems with language choice and language separation” (Ekman, 1993, s. 14).

En måte jeg møtte denne vekslingen mellom språk på kan illustreres med følgende eksempel fra den sjette musikkterapitimen, der klienten fortalte meg om sønnen:

Klient 2: Han var bare 26 når han fikk sitt første barn ... tytär!<sup>10</sup>  
MT: tytär!

---

<sup>10</sup> Tytär er det finske ordet for datter. Sønnens alder er endret i dette sitatet av hensyn til anonymitet.

Klient 2: tytär!  
MT: tytär!

Dette eksempelet kan vise noe av det Bonde beskriver som forholdet mellom språk og musikk (se side 16). Her ble dette vist både gjennom formidling av ordet tytär og musikk som kommunikasjon ved hjelp av tur-taking (Bonde, 2009, s. 101). Etter at vi hadde imitert hverandre som vist i eksempelet fortsatte klienten å snakke videre til meg på finsk og som er i tråd med det Ekman (1993) beskriver som trøbbel med å skille språk fra hverandre. Det er mulig at klienten ikke kommer på hva ordet heter på norsk, og derfor velger å bruke det finske ordet i stedet. Det kan også være at hun ikke registrerer at hun på slutten av setningen slår om til finsk. Jeg valgte i dette tilfellet å bruke en sentral musikkterapeutisk teknikk for å møte klienten, nemlig imitasjon. Dette ble gjort for å anerkjenne det klienten sa (Bruscia, 1987, s. 538). Jeg valgte å gjenta det hun sa umiddelbart, og hun gjentok det igjen. Når jeg så gjentok det igjen begynte hun å fortelle meg noe på finsk med engasjement i stemmen.

Bruscia skriver at imitasjon kan brukes for å bekrefte klientens budskap og å etablere en form for turtaking der klienten kan få lede terapeuten (Bruscia, 1987, s. 538). I dette eksempelet ble dette gjort ved at jeg gjentok henne så lenge hun sa ordet, og lot klienten få bestemme når hun ville avslutte. Det skal legges til at jeg ikke visste ordets betydning (datter) da jeg gjentok det, men jeg valgte å imitere henne i stedet for å la samtalen stoppe opp når jeg ikke lenger forsto hva hun mente. I senere timer da jeg hadde lært betydningen kunne jeg bruke ordet tytär når hun snakket om barnebarna. Jeg opplevde det som at klienten satt pris på at jeg også forsøkte å snakke noe finsk, selv om jeg ikke kunne holde en hel samtale på finsk. Etter hvert kunne jeg forstå og imitere temaer som ofte gikk igjen, blant annet «yks, kaks, kolme»<sup>11</sup> da vi danset og finske ord som omhandlet familie (for eksempel tytär). Gjennom å lære meg noen finske ord fikk vi noen felles koder som omhandlet språk. “Å handle i samsvar med mottakerens musikalske koderepertoar betyr ikke bare bedre grunnlag for de musikalske dialoger, det betyr også en grunnleggende respekt for – og anerkjennelse av – mottakerens (musikalske) identitet og menneskeverd” (Ruud, 2008, s. 10). Et eksempel på dette er et utdrag fra en samtale den sjuende musikkterapitimen:

Klient 2: (om sønnen) Hans barn er veldig små.  
MT: tytär ja poika.<sup>12</sup>  
Klient 2: tytär kaks.  
MT: Ja, datteren er to år.

---

<sup>11</sup> Yks kaks kolme er finsk for en to tre

<sup>12</sup> Betyr datter og sønn. Jeg valgte å bruke denne setningen fordi dette var noe hun ofte sa når hun snakket om barnebarna. Alder og kjønn på barnebarna er anonymisert i dette sitatet.

Klient 2: Poika on seitseman.<sup>13</sup>  
MT: seitseman.  
Klient 2: seitseman, ja (humrer).

Utdraget fra timen kan vise at imitasjonen gjorde at klienten følte det hun sa ble akseptert (Bruscia, 1987, s. 538). Jeg tolker det slik siden klienten igjen gjentok det jeg sa, og humret og smilte til meg. Jeg opplevde også at jeg fikk bedre kontakt med klienten når jeg kunne forstå noe av det hun sa på morsmålet sitt. Det å skulle lære seg et helt nytt språk når man skal møte flerkulturelle personer med demens, er ikke realistisk for de fleste. Ved å kunne lære meg noen av ordene som hun gjentok ofte ble det lettere for meg å forstå hva hun faktisk snakket om når hun slo over til morsmålet.

Med Klient 1 opplevde jeg også blanding av språkene han kunne. Han har vokst opp med to språk, og lært norsk i voksen alder. Han kan derfor regnes som flerspråklig (se definisjon på side 15). Da han fikk en demenssykdom viste det seg at han begynte å blande engelsk inn i språket, både skriftlig og muntlig. Dette kan illustreres med følgende eksempel som hendte den sjette musikkterapitimen rett etter vi hadde sunget sangen «Yuki». Klienten ser på sangteksten mens han forteller.

MT: Hva betyr yuki?

Klient 1: Snø. Yuki ya konko, snø is falling. Arare, det er ice. It's frozen rain, ice. Så hvis ice kommer kan du se small icebit in the road. It's dangerous if you put on sko and then icebit (han gjør sklibevegelse med beina) (vi ler sammen).

Det som gjorde det noe enklere for meg som musikkterapeut i møte med Klient 1, var at han hadde en tendens til å blande norsk og engelsk på grunn av sine tidlige barndomsår i England. På grunn av dette kunne jeg henge med i historien hele veien, siden jeg også behersker engelsk. Av og til slo klienten helt om til engelsk, og da følte jeg det var naturlig at jeg også svarte han på engelsk. Når han byttet til norsk igjen, byttet jeg også til norsk. På denne måten kunne jeg anerkjenne klienten for det språket han snakket, og få til en dialog uansett hvilket språk han valgte. Av og til spurte klienten meg om betydningen av japanske ord, men siden japansk uttale ligger nær hvordan ordet skrives kunne jeg ta i bruk et oversettingsprogram. Jeg ventet derimot ofte en stund før jeg gjorde dette for å se om klienten, hvis han fikk litt tid på seg, klarte å komme på ordet selv, noe som leder videre til neste kategori, sang og samtale.

#### **4.1.2 Sang og samtale**

Under denne studien la jeg merke til at å synge en sang ofte kunne være en igangsetter for en samtale mellom meg og klientene. Mange av samtalene under timene handlet om minner fra

---

<sup>13</sup> Betyr sønnen er sju år (alder/kjønn er anonymisert).

fortiden, som kan kobles opp mot teori om musikkreminisens. Musikk fungerer som en sterk katalysator for reminisens, men for å få positiv effekt av dette må musikken som blir tilbudt ha en bestemt mening i klientens liv (Bruggen-Rufi & Vink, 2011, s. 571). I det følgende vil jeg redegjøre for sang og samtale, først med Klient 1 og deretter Klient 2.

### **Klient 1**

På timene med Klient 1 fikk jeg oppleve hvordan musikken kunne vekke minner om fortiden i Japan og også om typiske japanske situasjoner eller gjenstander. Et eksempel som kan illustrere en slik situasjon er hentet fra slutten av den sjuende musikkterapitimen. Når det følgende eksempelet foregikk satt klienten med sangpermen og hadde bladd opp på siden der sangen «Sukiyaki» står.

MT: Sukiyaki ja, vil du synge den?

Klient 1: Ue o muite?<sup>14</sup>

MT: Ue o muite ja, for sangen handler vel ikke om sukiyaki?

Klient 1: Jeg husker ikke.

MT: Sangen heter sukiyaki, men sukiyaki er vel en matrett?

Klient 1: Sukiyaki er en gruppe mat.

MT: En gruppe mat ja?

Klient 1: Hvis det er en, så lager man ikke sukiyaki, men hvis det er en stor familie på 5-6 stykker. Man tar en stor panne, først kommer løk og til sist kommer meat på toppen. Meat skal ikke steke lenge. Meat kommer til slutt, bare syv minutter eller noe sånt. Så spiser vi. Det er søndagsmat. Det spiser ikke vi i week day. Det er lørdag eller søndag.

MT: Det er litt ekstra godt?

Klient 1: Ekstra godt ja. Og det koster mye kanskje (virker som han tenker på det).

MT: Har du laget det i Norge noen gang?

Klient 1: (tenker) Kanskje det. Kanskje min kone lever. Kanskje hun lager til meg. Men jeg lager ikke selv. (Vi setter i gang å synge Sukiyaki).

Utdraget viser hvordan en typisk dialog rundt en sang kunne foregå. Det virket som klienten likte å fortelle om fortiden i Japan og jeg syntes det var spennende å høre. Sanger som rommer bestemte følelser eller henger sammen med et bestemt livsavsnitt eller intense minner egner seg godt som utgangspunkt for dialog (Ridder, 2005, s. 103). Denne sangen ble utgitt i 1961, en tid der klienten bodde i Japan og var i ferd med å stifte familie. Det kan derfor tenkes at sangen fikk han til å tenke på familiemiddagene i Japan. Ofte kunne klienten ha litt vanskeligheter med å komme i gang, så da var det en fordel at jeg hadde lest litt om sangen før vi begynte å synge den. På denne måten kunne jeg si “(...) sukiyaki er vel en matrett?” som kunne hjelpe han på veien til å huske matretten sukiyaki.

---

<sup>14</sup> Den japanske originaltittelen er Ue o muite. På grunn av vanskeligheter med uttalen ble navnet byttet til Sukiyaki når sangen ble populær i USA fordi dette var et ord amerikanerne kjente til da dette er en populær matrett. (Abe, 2014)



Av og til brukte jeg også bilder og gjenstander for å vekke minner. Dette kan knyttes til teori om musikkreminisens der musikken brukes i kombinasjon med gjenstander brukes til erindringsprosesser (Ridder, 2005, s. 69). Da jeg skulle finne bilder brukte jeg Google bildesøk og lot klienten få se på mobilen min til han fant et bilde han mente stemte med hvordan det så ut da han var i Japan. På denne måten var det enklere for meg å finne et bilde i øyeblikket da han var interessert i en spesiell gjenstand. Hvis jeg skulle ventet til uken etter og hatt med et utskrevet bilde ville klienten antageligvis ha glemt samtalen vi hadde om gjenstanden. Ulempen med å bruke bilder på mobiltelefonen var at bildene ble ganske små, og kunne være vanskelige for klienten å se. Å bruke et nettbrett ville ha vært bedre, da overflaten er større.

Det kunne også være gunstig å bruke gjenstander i kombinasjon med musikken. I sangen «Shabondama» valgte jeg derfor å ta med meg såpebobler som vi blåste etter vi hadde sunget sangen. Klienten virket veldig begeistret for såpeboblene og ga uttrykk for dette gjennom utsagn som “Å, shabondama” (med fryd i stemmen) og “Fin, fin!”. Etter dette pleide samtalen å gå over på barndommen hans i Japan. Noen ganger kunne musikken også vekke bestemte minner. Et eksempel på dette er da vi sang «Greensleves» og klienten kunne minnes at han hadde sunget sangen på skolen i England, før han flyttet til Japan. Et annet eksempel var knyttet til sangen «Yuki» når vi kom til verset som handlet om en hund. Her fortalte klienten meg på en time at han hadde hatt hund. Da jeg på timen etter tok opp denne tråden igjen kom han på flere detaljer, som hvilken rase og farge en av hundene hadde hatt. Dette ble bekreftet av datteren på samtalen i etterkant av prosjektet. Ved å lytte til musikk fra tidligere i livet kunne klienten da bli minnet på sin personlige historie (Skånland, 2009, s. 116).

Bruggen-Rufi og Vink skriver at det å synge sanger fra klientens hjemland kan gi en kontekst av trygghet og gjenkjennbarhet gjennom det musikalske språket fra klientens barndoms kultur (Bruggen-Rufi & Vink, 2010, s. 569). Etter hvert kunne jeg nesten fornemme hva klienten kom til å si etter vi hadde sunget en bestemt sang. Et eksempel på dette kan knyttes til sangen «Kagome, kagome». Her hadde klienten konkrete minner knyttet til en lek. På siste verselinje «Ushiro no shomen dare? » pleide han alltid å peke bak seg, gjenta setningen og si at det betydde hvem som er bak deg og deretter fortelle mer om leken. Bruk av sang og samtale i form av reminisens kan også vekke minner om en subjektiv identitet (Rolvstjord, 1998, s. 8). Dette vil jeg komme tilbake til i kapittel 4.3 der jeg redegjør for kategorien identitet.

## **Klient 2**

Med Klient 2 opplevde jeg ikke at sanger kunne vekke minner om fortiden i hjemlandet på samme måte. Jeg merket allikevel at sang ofte kunne være en igangsetter for en samtale. Det gjaldt særlig to sanger, en hvilesang og en navnesang der jeg byttet ut teksten med noe som passet i øyeblikket. Dette kan illustreres med et eksempel fra den femte musikkterapitimen. Her har klienten akkurat lagt seg ned for å hvile og jeg er forberedt på at hun ønsker å avslutte timen og synger hvilesangen.

Hun legger seg, og jeg synger hvilesangen for henne. Hun humrer mens jeg synger. Etterpå sier hun: “Har jeg snakket om eplet? Jeg har det her nå. Jeg har det alltid her” (på nattbordet). (Hun spretter opp og viser meg). “Dette (eplet) bruker jeg i morgen”. Jeg synger “Et eple om dagen”,<sup>15</sup> sangen som jeg improviserte fram tidligere. Hun nikker og smiler mens jeg synger. Etterpå fortsetter hun å fortelle meg om eplet og sine daglige rutiner på sykehjemmet, før hun viser meg bildene hun har på rommet sitt.

I eksempelet gikk klienten fra å ønske å sove til at hun spratt opp og vi kunne ha en samtale. Jeg kan ikke med sikkerhet si at det var sangen som fikk henne til å ønske å fortsette timen, men det var først etter jeg hadde sunget for henne at dette skjedde. Det kan synes som om at sangen vekket hennes oppmerksomhet. Dette kan også ha sammenheng med at vi fikk øyekontakt under sangen. Dette er i tråd med det Kvamme beskriver som musikkens mulighet til å fange oppmerksomheten og holde på den (Kvamme, 2006, s. 157). Muligens har musikken fått henne til å føle seg sett og anerkjent, og det kan virke som det inspirerte til videre dialog.

Ridder skriver at lytting til musikk kan føre til en aktiv dialog hvis terapeuten er oppmerksom på små signaler fra klienten, som mimikk eller øyekontakt (Ridder, 2005, s. 83). Dette med å synge for klienten var noe jeg ofte gjorde. I eksempelet over observerte jeg små signaler fra henne, som at jeg fikk øyekontakt, hun nikket, smilte eller at hun sa “mmm”. Dette tolket jeg som tegn på at hun likte å bli sunget for. Når hun sa “mmm” byttet jeg ofte ut sangteksten til å nynne på bokstaven M, for å anerkjenne hennes initiativ og som en invitasjon hvis hun skulle ønske å være med å synge. Etter hvert viste det seg at kontakten vi fikk mens jeg sang til henne ofte kunne være en døråpner til en videre dialog.

### **4.1.3. Å gjøre felles**

Jeg har redegjort for at mellommenneskelig kommunikasjon er noe som skjer når atferd blir gitt mening (Røkenes og Hanssen, 2013, s. 215). I musikkterapitimene oppdaget jeg at det å

---

<sup>15</sup> Teksten på denne sangen varierte fra gang til gang, da jeg flettet inn setninger hun pleide å bruke i sangen.

gjøre noe felles kunne skape en form for kontakt og kommunikasjon med klienten. Et eksempel på noe som ble gjort felles var dansingen med Klient 2. Her tok klienten initiativ til noe hun hadde ønske om at vi skulle gjøre felles. Et eksempel på hvordan hun inviterte meg til å bli med å danse kan illustreres med denne hendelsen. Dette er hentet fra den femte musikkterapitimen, og foregår når vi står utenfor døren til rommet hennes etter å ha sittet og snakket sammen i stua en stund.

MT: Kan jeg få bli med inn? (på rommet)

Klient 2: Jeg skal gjøre en ting her, så hvis du også liker å gjøre det så kan jeg vise deg hvordan (hun åpner døren).

Jeg svarer at jeg gjerne vil det, og hun viser meg valsetrinnene samtidig som hun sier følgende setning: En, to og den man har tatt en med setter man der. Yks, kaks, kolme! (hun høres engasjert ut). Vi teller engasjert sammen både på norsk og finsk mens vi danser valsetrinnene før hun setter på cd-en. Hun humrer når musikken er i gang.

Her ser vi hvordan klienten tar initiativet til en ny aktivitet, og inviterer meg til å ta del i den som likeverdig deltaker. Likeverdigheten blir vist ved at vi gjør akkurat det samme i dansen og vi gjør det sammen.

I aktiviteten er det klienten som får styre, blant annet ved å sette på musikken og å velge om vi skal danse en gang til eller om hun ønsker å gjøre noe annet. Som nevnt på side 17 handler recovery-orientert musikkterapi om en likeverdig relasjon og å la klienten være med på å utforme innholdet i musikkterapien. skriver i artikkelen (Solli, 2012, s. 37). Klient 2 får være med å utforme innholdet i terapien, ved at jeg venter hennes initiativ. Jeg opplever at det å gjøre noe felles som likeverdige deltakere kan være positivt for klientens selvoppfatning. Som beboer ved et sykehjem er det mange valg som blir tatt for klienten, for eksempel med hensyn til når klienten skal dusje eller spise. I en aktivitet som dans kan klienten selv få bestemme om og når hun vil danse, og kan dermed få en følelse av selvbestemmelse. Denne aktiviteten gjorde at vi fikk kontakt. Vi smilte til hverandre og gjorde akkurat det samme.

Et annet eksempel av å gjøre felles er fra en av timene da vi danset til cd-en. Klienten sa «yks, kaks, kolme» sju ganger etter hverandre. Jeg forsøkte da å si det samtidig som henne med samme intensitet for å gi henne en annen opplevelse av det å gjøre felles. Teknikken jeg brukte her kalles å synkronisere. Dette er en teknikk som blir brukt for å vise empati, og går ut på å gjøre det samme som klienten samtidig (Bruscia, 1987, s. 538). Stern knytter synkronisering til begrepet affektinntoning (se side 17). Dette mener jeg samsvarer med det jeg gjør her ved å speile klientens intensitet i stemmen mens jeg sier det samme som henne. Gjennom å danse sammen kunne klienten få oppleve menneskelig intersubjektivitet og få

bekreftet sin identitet (Stern, 2004, s. 110). Dette leder oss fram til den neste enheten av funn: identitet.

## 4.2 Identitet

Identitet var en av enhetene jeg kom fram til under analyseprosessen da jeg opplevde at musikken kunne minne klientene om aspekter i sin livshistorie. Som nevnt i teorikapittelet (se side 18) beskriver Ruud kategorier for å plassere musikkopplevelser til identitet. Innenfor det personlige rom, som kan knyttes til tidlige musikkopplevelser, opplevde jeg at sangen «Yuki» fikk Klient 1 til å huske barndommen i Japan der han og søsknene sov sammen i en kotatsu.<sup>16</sup> En annen kategori som er relevant her er tidens og stedets rom. Dette kan knyttes til et eksempel fra musikkterapi timer når vi sang «Fuji-san». Her fortalte klienten stolt om fjellet Fuji, og husket også at det var 3776 meter høyt. Dette kan også knyttes til identitet i sammenheng med kultur, som vil bli drøftet på side 45. For å bli kjent med klientenes identitet gjennomførte jeg samtaler med pårørende, som ble beskrevet i metodekapittelet. Funnene knyttet til identitet i denne studien kan deles inn i tre underkategorier: identitet knyttet til navn, identitet knyttet til kultur og bruk av musikk som egenomsorg.

### 4.2.1 Identitet knyttet til navn

I musikkterapi timenes opplevde jeg ofte at klientene reagerte positivt når navnet deres ble brukt. Særlig med Klient 2 var bruk av navn og navnesanger viktig. Navnet ble ofte tatt i bruk i vokale improvisasjoner, som tok utgangspunkt i hennes ord. Et eksempel på en slik improvisasjon er hentet fra den femte musikkterapi timen.

Klient 2: Jeg går til mitt rom nå.

MT: er det greit at jeg blir med deg?

Klient 2: Mmm.. Der er mitt navn også (skiltet på døren) xxx xxx!<sup>17</sup>

Jeg gjentar navnet, og hun gjentar det igjen og forteller at det står på døren hennes. Jeg veksler mellom å snakke og å synge navnet og “det står på din dør”. Når vi kommer til døren peker hun på skiltet og sier navnet sitt med engasjement i stemmen. Jeg gjentar med samme engasjement før jeg spør om jeg kan bli med inn på rommet.

Her valgte jeg å imitere klienten da hun sa navnet sitt, og å speile hennes engasjement gjennom affektinntoning, som handler om å speile klientens følelsesuttrykk (se side 17). Klienten virket veldig engasjert under denne improvisasjonen og smilte og lo mens vi gjentok navnet og ordene “det står på døren” på vei mot rommet hennes. Næss beskriver at det vil være behov for en variasjon i improvisasjonen etter man har imitert klienten noen ganger

---

<sup>16</sup> En kotatsu består av et lavt bord dekket av en dyne. Under bordet er det festet en elektrisk varmeovn (før i tiden ble det brukt en kullovn).

<sup>17</sup> Klientens fornavn og etternavn.

(Næss, 1989, s. 33). For å få en variasjon valgte jeg å veksle mellom å si navnet hennes og å synge det. Jeg opplevde at å synge navnet hennes, men også å si det, stimulerte oppmerksomheten til Klient 2. Dette gjaldt spesielt den gangen jeg spurte henne: “Er du litt sliten, xxx, vil du hvile?” Da virket det som hun kviknet til, og hun sa “Jeg er xxx!”. Dette satt i gang en improvisasjon rundt navnet.

Å synge klientens navn kan være viktig når man skal etablere en personlig og musikalsk relasjon (Nordoff, Marcus & Robbins, 2007, s. 248). Klient 2 var veldig opptatt av navnet sitt, og jeg tolker dette i sammenheng med demenssykdommen. Et kjennetegn på demenssykdom er at personen mister sine minner. Personer som har mistet minner har samtidig mistet sin opplevelse av seg selv (Ruud, 2013, s. 63). I denne forbindelse kan det være naturlig å tenke at klienten ønsker å ta vare på det hun har av minner om seg selv, og at navnet derfor er svært viktig for henne. Navnet er en del av hennes identitet, og noe av det som gjør henne til den hun er. Jeg valgte å gjenta navnet hennes når hun sa det, og hun gjentok det ofte tilbake. Dette mener jeg er viktig for å anerkjenne henne for den hun er og ivareta hennes selvbylde. I tillegg ble det gjort for å verifisere det klienten har sagt (Bruscia, 1987, s. 538). Navnet ble ikke nødvendigvis brukt slik som det tradisjonelt blir gjort i musikkterapi, som ofte er i velkommensanger, men navnesangen ble flettet inn der jeg følte det var naturlig.

#### **4.2.2 Identitet knyttet til kultur**

Da masterprosjektet ble igangsatt var min hovedinteresse å arbeide med musikk fra klientens egen kultur. Det kom også fram i studien at klientene hadde et godt forhold til musikk fra sin egen kultur, men at de også hadde andre musikkpreferanser. Klienter som har bakgrunn fra et annet land har flere ulike kulturelle identiteter å forholde seg til. Det kan sies at de har en diasporisk identitet. Ruud beskriver at å ha en diasporisk identitet innebærer å håndtere to identiteter, både den opprinnelige og den nye (Ruud, 2013, s. 319). Han beskriver også multikulturell identitet (se side 18). Dette kan også gjelde musikken ved at klienten både liker musikk fra sin opprinnelige kultur, den nye lokale kulturen og den globale kulturen. Et eksempel som kan knyttes til dette temaet er hentet fra min andre time med Klient 1:

Vi bladde sammen i sangboka *Toner deg i møte*. Da vi kom til kategorien “Viser” begynte jeg å bla fort forbi fordi jeg ikke tenkte det var relevant. Da jeg kom til «Tango for to» sa han plutselig: “den kjenner jeg!”. Jeg satt så i gang å synge og spille piano, og han plystret med. Jeg fortsatte så med å spille og synge «Du skal få en dag i måra», og han plystret også med på denne. Etterpå spurte jeg om han kjente til Prøysen, og han svarte “Ja, han er famous!”.

Dette gjorde meg som musikkterapeut bevisst på å ivareta også den norske delen av identiteten til den flerkulturelle personen med demens. I starten av prosjektet var jeg svært opptatt av musikk fra klientenes kulturelle bakgrunn, og dette ble også et stort fokus i samtalene med de pårørende. Det jeg imidlertid merket var at når de pårørende skulle fortelle om deres foreldres musikkpreferanser, fortalte de også mye om internasjonale musikktrender som deres foreldre var opptatt av. Eksempler på dette er Klient 1 sin interesse for *Sound of music* og Klient 2 som hadde vært fan av Elvis. Etter hvert oppdaget jeg også at særlig Klient 1 hadde en interesse for norsk musikk. Det fikk meg til å innse viktigheten av å se på alle sidene av klientens kultur, og også å ivareta den norske delen av identiteten til den flerkulturelle. Dette kan knyttes til det Ruud skriver om multikulturell identitet (se side 18). Klientene har både en interesse for sin opprinnelige kultur, den nye kulturen og den globale kulturen. Klientene hadde naturlig nok også et forhold til norsk musikk, ettersom de begge hadde bodd i Norge i ca. 40 år. Det er også viktig å huske på at et menneske alltid er mer enn sin kulturelle eller etniske identitet (Hanssen, 2005, s. 104). Dette vil jeg se nærmere på i avsnittet om kulturell sensitivitet (se side 50).

Det at Klient 1 fikk synge både japansk, norsk og internasjonal musikk kan være med på å ivareta flere aspekter av klientens identitet. Å anerkjenne klientens musikalske identitet blir sett på som et unikt og essensielt prinsipp innen den ressursorienterte musikkterapien (Rolvjord, Gold & Stige, 2005, s. 24). Hvis jeg hadde valgt ikke å ta med alle aspekter ved klientens musikalske identitet kunne jeg derfor ikke hevde at jeg jobber ressursorientert. I løpet av musikkterapitimene med Klient 1 opplevde jeg ofte at han virket overrasket og fornøyd når jeg kunne være med å synge sangene fra hans hjemland. Dette kan muligens være fordi klienten i hverdagen sjelden møter andre han kan synge japanske sanger sammen med. Da prosjektet ble avsluttet ble det lagt igjen en sangperm der tekstene sto med både japanske tegn og på Rōmaji. Den ansatte ved dagsenteret som jeg gjennomførte en samtale med kunne rapportere at hun hadde sunget japanske sanger sammen med klienten. På denne måten kan han fortsette å bli anerkjent for sin kulturelle bakgrunn og identitet (Bruggen-Rufi & Vink, 2011, s. 570).

Et aspekt jeg la merke til under prosessen med å finne aktuell musikk var at det kunne ta mye tid å finne musikk fra klientens egen kultur som klienten satt pris på. I dette tilfellet var det kun åtte musikkterapitimer til rådighet til å finne passende materiale. Med Klient 2 var det utfordrende å finne egnede sanger fra hennes kultur da hun ikke ga verbale tilbakemeldinger på sangene, og jeg ble nødt til å se på kroppsspråk eller ansiktsmimikk for å se om hun likte

sangen. Det som det virket som fungerte var å ta utgangspunkt i hennes interesse for tall og finne noen finske sanger som omhandlet dette temaet.<sup>18</sup>

#### **4.2.3 Barnesanger fra klientens kultur**

Brooker skriver at identiteten hos den demensrammede kan undergraves gjennom barnliggjøring og nedvurdering (Brooker, 2013, s. 72). Dette var et aspekt jeg måtte tenke igjennom da det var noe bruk av barnesanger med Klient 1. For hjelp til å forsvare min bruk av barnesanger fra klientens kultur tok jeg kontakt med Tone Kvamme, førsteamanuensis i musikkterapi ved Norges musikkhøgskole. Hun skriver i en e-post 2.5.2017:<sup>19</sup>

Noen hevder at man ikke bør synge barnesanger for eller med eldre mennesker. Det kan være en barnliggjøring (infantilisering) av dem. I utgangspunktet er jeg enig i at man skal være forsiktig med typiske småbarns-sanger. Dersom forslaget kommer fra en person med demens stiller det seg annerledes.

I dette tilfellet kom ønsket om barnesanger fra klienten selv. Allerede på kartleggingssamtalen med Klient 1 og hans pårørende tok klienten initiativ til å synge barnesangene «Row, row, row your boat» og «ABC-song». Han hadde også med seg to CD-er med japanske barnesanger som han ofte ønsket å synge til. Da jeg hadde med meg såpebobler til bruk i sangen «Shabondama» sa jeg “Jeg synes det er fint å kunne leke litt selv om man er voksen”, for å forsvare bruken av en barnlig gjenstand. På denne måten kunne klienten og jeg le sammen og blåse såpebobler, uten at han nødvendigvis fikk en følelse av å bli barnliggjort. Dette med å vinkle det som kan virke barnslig over på eget ønske, blir beskrevet av Kvamme som at terapeuten kan si “I dag har jeg lyst til å være litt barnslig og det fins så mange fine barnesanger”.

Jeg vil ikke undervurdere det å skulle synge sanger fra klientens egen kultur, selv om det er barnesanger. Som Kvamme skriver avslutningsvis i e-posten fra 2.5.17: “For noen kan disse sangene være den beste innfallsporten til kontakt. Det er imidlertid alltid viktig å være var for brukernes/beboernes reaksjoner og å møte dem med forståelse og respekt”. Ved å møte klienten på denne måten vil jeg påstå at bruk av barnesanger ikke er undergravende for klientens identitet, men at barnesangene heller kan virke som en ressurs som kan vekke minner om barndommen i hjemlandet.

---

<sup>18</sup> De to sangene som ble brukt var en finsk folkevis som heter yksi, kaksi, kolme, neljä (en, to, tre, fire) og en barnesang som heter kolme varista (tre kråker).

<sup>19</sup> Kvamme har godkjent at jeg siterer fra e-posten.

#### **4.2.4 Musikalsk egenomsorg**

Under studien kom det fram at begge klientene brukte musikk som egenomsorg. For Klient 2 var dans til «Sleeping beauty waltz» en slik form for egenomsorg gjennom musikk. I samtalen med hennes sønn i etterkant av prosjektet ble dette et viktig tema. Som nevnt innledningsvis hadde Klient 2 gått på dansekurs og lært blant annet klassisk vals da hun var i slutten av tenårene. Klienten fortalte meg at hun pleide å danse til valsen flere ganger om dagen. Sønnen bekreftet dette, og etter dette satt han i gang en ny tankeprosess hos meg ved svar på ett av mine spørsmål:

MT: Danser hun alene inne på rommet da, vet du det?

Sønn: Ja, hun gjør det. Det er interessant da, det virker nesten som hun aktivt bruker den (valsen) som selvmedisinering, bevisst. (...) Det er akkurat som hun har skjønt hvor bra det har vært for henne mens hun er litt på vei ut, mens hun har blitt mer og mer syk. Det er en vane, også har hun holdt fast ved det.

Sønnens svar er interessant. Dette viser noe om hvordan klienten, på tross av sykdommen, klarer å ivareta en del av sin egen identitet gjennom det å danse. Klienten har gjort det til en vane å danse til «Sleeping beauty waltz» flere ganger om dagen. Da jeg har danset sammen med klienten har jeg observert kroppslige endringer hos henne når musikken settes i gang. Hun gikk fra å virke anspent i kroppen til at skuldrene senket seg og hun smilte. Dette er i tråd med det Vestad skriver om å bruke musikk for å speile eget humør, men også for bevisst å endre denne tilstanden (Vestad, 2009, s. 160). Jeg vil tro at det ga henne en følelse av mestring å kunne danse valsetrinnene, huske at det var 1-2-3 og å betjene cd-spillere på egen hånd. Ruud skriver følgende om å bruke musikk som egenomsorg:

Når det gjelder de psykologiske tilstandene handler dette om bruken av musikk til selvobjektsfunksjoner – det vil si som kilde til trygghet og kontinuitet, til å framkalle minner, gi oss selv trøst, gode opplevelser, finne tilbake til positive opplevelser og følelser. Det kan være å avlede fra vonde tanker, dempe angst gjennom kognitivt å rette tankene mot noe annet. (Ruud, 2008, s. 25)

Jeg tenker at dansen kan være en kilde til trygghet og kontinuitet for klienten. På grunn av sykdommen har hun mistet mye av sin egen identitet, men dansen kan bringe inn kontinuitet i hverdagen ved at hun gjør det samme hver dag. Det kan også vekke minner og positive følelser fra tiden hun gikk på dansekurs. DeNora skriver at musikk kan brukes for å forsterke ønskede følelser eller som et transportmiddel vekk fra uønskede følelser (DeNora, 2000, s. 53). For klienten kan det virke som dansingen til «Sleeping Beauty Waltz» fikk henne til å føle seg mindre stresset, da jeg observerte mindre anspenhet i kroppen hennes da hun danset.



Også Klient 1 kan det sies at bruker musikk om egenomsorg. Datteren fortalte at han under hennes oppvekst ofte kunne gå rundt og synge for seg selv. I løpet av tiden mellom musikkterapitimene tok han ofte fram sangpermen på dagsenteret og sang for seg selv, og eventuelt de som ville høre på. En ansatt på dagsenteret fortalte at han etter å ha sunget ofte kunne fortelle noe om livet da han bodde i Japan. Det kan derfor tyde på at musikken kunne brukes for å fremkalle minner hos klienten. Musikkterapien har også hatt en overføringsverdi, da klienten fortsatte å bruke sangpermen både mellom musikkterapitimene og forhåpentligvis også etter musikkterapien har blitt avsluttet.

### 4.3 Relasjon

I løpet av denne studien oppdaget jeg hvordan musikken kunne bidra til å etablere en relasjon mellom meg og klientene. Allerede under kartleggingssamtalen med Klient 1 og hans pårørende tok klienten selv initiativ til å synge en sang.

Klient 1: Jeg kan synge en sang! (Synger ABC)

(Datteren og jeg synger med, men stopper opp samtidig, da vi ikke kan siste verselinje.).

Klient 1: Happy happy we should be that we learn our ABC.

Datter: Du husket hele du (smiler og ser på faren)

MT: Jeg husket ikke hele. (Vi ler sammen)

Sangen som Klient 1 her sang for oss, mener jeg var med på å etablere en relasjon mellom meg og han. Han hadde deltatt i samtalen om musikk og ønsket nå å dele en sang. Da jeg og datteren sang med fikk alle tre en form for kontakt. I etterkant fikk han anerkjennelse fra datteren og meg fordi han husket hele sangen.

I timene med klientene ble det lagt vekt på å få til en likeverdig relasjon mellom meg som terapeut og klienten. Rolvsjord definerer likeverdighet slik: “Mutuality refers to a way of being in the relationship: empathically attuned, emotionally responsive, authentically present, and open to change” (Rolvsjord, 2004, s. 105). I timene med Klient 1 falt denne likeverdigheten seg ganske naturlig, da han lærte meg mye om både japansk kultur og uttale av japanske ord. Han var også flink til å lese noter, og en gang påpekte han at jeg sang feil rytme i en sang da jeg hadde oversett en punktering. Jeg var også tydelig på mine egne begrensninger, som at jeg ikke kunne lese de japanske tegnene som sto på en av cd-ene hans. Her tok jeg i bruk hans ressurser og lot han få lese det som sto på cd-en for meg, og så fikk han synge sammen med cd-en. Noen av disse sangene kunne jeg finne tekst på etter å ha hørt igjennom lydopptaket der klienten synger sangen. Jeg vil si at dette førte til at vi fikk til et

vellykket samarbeid gjennom anerkjennelse av hverandres ressurser og begrensninger og å ha respekt for hverandre (Rolvstjord, 2008, s. 130).

Røkenes og Hanssen beskriver tre forhold som har betydning for å utvikle en god relasjon: væremåte, empati og anerkjennelse (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 180). En av faktorene som ble særlig viktig i møtet med en av klientene var den empatiske siden. "Empati betyr å leve seg inn i en annens indre, subjektive opplevelser både innholdsmessig og affektivt" (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 181). Å ha en empatisk holdning i en samtale krever tre forhold: å lytte, å forstå og å være anerkjennende (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 187ff). På den nest siste timen med en av klientene fikk jeg høre en personlig historie og klienten som fortalte virket litt fortvilet. Mens vedkommende fortalte historien lyttet jeg og forsøkte å sette meg inn i det klienten sa. Å forstå handler om hvordan fagpersonen speiler sin forståelse av den andres opplevelser (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 188). Dette gjorde jeg ved av og til å bekrefte utsagn ved å gjenta det klienten hadde sagt i samme stemmeleie. Å anerkjenne handler om man må møte klienten med ubetinget aksept og fagpersonen må gi rom for klientens «avstengte rom» (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 191) Gjennom å ha en empatisk holdning i samtalen opplevde jeg at klienten og jeg fikk til en god kommunikasjon som igjen hadde en verdi med tanke på vår relasjon. Resten av timen virket vedkommende lettere til sinns.

Koelsch skriver at når man musiserer kommer man i kontakt med hverandre, og at sosial kontakt er et basisbehov for mennesker. Sosial isolasjon øker risikoen for sykdom og død (Koelsch, 2014, s. 175). Å etablere en relasjon og få kontakt gjennom musikken kan derfor virke helsefremmende. Dette kan synes særlig viktig hos flerkulturelle personer da eldre innvandrere kan ha en tendens til å være mer sosialt isolert. Dette kan være på grunn av vanskeligheter med å tilpasse seg samfunnet eller språkbarrierer (Lauw, 2016, s. 58). Med Klient 2 opplevde jeg at både musikk og interaksjon kunne føre til en styrket relasjon mellom oss. Etter vi hadde danset i den tredje timen sa hun at hvis jeg gikk forbi rommet hennes og hørte hun hadde på musikk kunne jeg få komme inn. Dette tolker jeg som at klienten er trygg i relasjonen med meg som musikkterapeut.

#### **4.4 Kulturell sensitivitet**

Et spørsmål jeg har reflektert over i dette arbeidet, både med musikkterapiprojektet og senere i arbeidet med studien er hvor mye man skal vektlegge klientens kultur. I forkant av projektet mente jeg at jeg hadde satt meg inn i klientenes kultur i tilstrekkelig grad, men i løpet av mine

teoristudier har jeg kommet over informasjon om de ulike kulturene som jeg ikke tenkte over da jeg gjennomførte prosjektet. Her er det naturlig å trekke inn eksempelet fra teorikapittelet (s. 14) om bruk av øyekontakt. I følge Ip-Winfield (2010, s. 42) og J. Brown (2002, s. 86) kan øyekontakt i det japanske samfunn være konfronterende og uttrykke mangel på respekt. Dette visste jeg ikke om da jeg gjennomførte musikkterapiprosjektet, så jeg holdt øyekontakt i samme grad som jeg ville gjort med en norsk klient. Dette er muligens et aspekt jeg kunne ha undersøkt på forhånd, og dermed bli opplevd som mer hensynsfull i forhold til klientens kultur. På en annen side opplevde jeg at jeg hele tiden var oppmerksom på klienten, så hvis han hadde utvist tegn til negative reaksjoner på at jeg av og til hadde øyekontakt tror jeg at jeg ville ha merket det. Det må også tas hensyn til at klienten har bodd i Norge og vært vant med norske normer i ca. 40 år. Kanskje ville det virket unaturlig for han hvis jeg, som norsk musikkterapeut, konsekvent hadde unngått blikket hans. I verste fall kunne det virket undergravende med tanke på hans integreringsprosess til det norske samfunnet.

Røkenes og Hanssen skriver at man i møtet med personer fra andre kulturer ofte legger for stor vekt på kulturen og kulturforskjellene mellom de som samhandler (Røkenes & Hanssen, 2013, s. 200). Dette tok jeg meg selv i å gjøre på samtalene med de pårørende, da jeg var veldig opptatt av musikken fra klientens kultur. Jeg ser i etterkant at jeg tilla kulturen for stor vekt. Hvis jeg hadde hatt timer med en norsk klient ville jeg jo ikke bare ha fokusert på norsk folkemusikk, men vært opptatt av å ivareta alle sider av klientens musikalske preferanser. J. Brown skriver at det kan diskuteres om en kultursentrert musikkterapi er nødvendig hvis musikkterapeuten hele tiden handler empatisk og kultursensitivt (J. Brown, 2002, s. 83). I humanistisk musikkterapi møtes terapeuten mennesket med empati og forventninger om gjensidighet (Ruud, 2008, s. 9). Det kan derfor synes som en humanistisk musikkterapeut vil være godt rustet for å arbeide med flerkulturelle personer med demens. Frøyland skriver at det er viktig å være bevisst på egen kultur som musikkterapeut, fordi dette kan gjøre en mer bevisst på den andres kultur (Frøyland, 2015, s. 63). Jeg tror ikke det finnes noe fasitsvar på hvor mye man bør tilpasse seg klientens kultur, annet enn at man som musikkterapeut alltid må være observant på klientens reaksjoner på terapeutens væremåte og å ha en empatisk holdning i møte med klienten.

#### **4.5 Oppsummerende refleksjoner**

I dette kapittelet har jeg drøftet funnene fra enhetene kommunikasjon, identitet og relasjon med underkategorier. Som en avslutning på drøftingskapittelet vil jeg reflektere over funnene

i henhold til studiens problemstilling: *Hvilken verdi kan musikkterapi ha i kommunikasjonen med flerkulturelle personer med demens?*

I løpet av studien opplevde jeg at der kommunikasjonen opplevdes som vanskelig, kunne musikken tilby en egen form for kommunikasjon. Dette opplevde jeg blant annet gjennom at en sang ofte kunne være en igangsetter for en samtale. Dette kunne være både fordi sangen vekket minner om fortiden eller fordi sangen vekket klientens oppmerksomhet. Av og til oppsto det utfordringer med det språklige, spesielt hvis klienten slo over til sitt morsmål. Her opplevde jeg at det kunne være gunstig å lære seg noen ord på klientens språk, for å kunne følge med i samtalen og få kontakt med klienten. Gjennom å lære finske ord fikk Klient 2 og jeg felles koder, og et felleskoderepertoar kan gi bedre grunnlag for dialoger og anerkjennelse av klientens musikalske identitet og egenverdi (Ruud, 2008, s.10). Det samme gjelder for Klient 1 da han lærte meg om japanske gjenstander. Jeg opplevde også at kommunikasjonen handlet om mye mer enn det verbale, som kun utgjør en tredjedel av det mennesket kommuniserer (Hanssen, 2005, s. 45). Å plukke opp små signaler som blick eller smil fra klienten kan være en døråpner for en dialog med klienten, samtidig som det kan signalisere om en klient liker musikken han eller hun blir presentert for. Jeg vil derfor tro at musikk som kommunikasjonsform vil fungere for klienter som er kommet lenger i sykdomsforløpet enn klientene i denne studien.

Jeg opplevde at jeg kunne være med på å ivareta klientens identitet i kommunikasjonen. Dette kunne for eksempel være ved å bruke klientens navn, da navnet vekket oppmerksomhet hos begge klientene. I løpet av studien ble jeg bevisst på å ivareta alle sidene ved klientens musikalske identitet, både fra den opprinnelige kulturen, den norske kulturen og den globale kulturen. Når personen ikke lenger kan huske sin identitet er det viktig at den kan opprettholdes av omsorgsgiveren. Det er derfor viktig å ha kunnskap om klientens livshistorie (Kvamme, 2013, s.15). Det ble i tillegg observert at klientene brukte musikk som egenomsorg. Dette gjaldt blant annet sangpermen til Klient 1, som også kunne brukes som et ledd i kommunikasjon mellom klienten og de ansatte på dagsenteret. Slik sett har musikkterapien hatt en overføringsverdi mellom hver musikkterapitime, men også i tiden etter prosjektet var avsluttet.

For å få til god kommunikasjon med klientene opplevde jeg at vi var avhengige av å ha en trygg relasjon. I møte med Klient 2 virket klienten utrygg før vi hadde etablert en relasjon. Her tok jeg meg god tid til å snakke med klienten, uten nødvendigvis å rette for mye fokus på

musikken i starten. Etter hvert viste det seg at måten vi samhandlet på i denne perioden inneholdt musikkterapeutiske elementer, som imitasjon og synkronisering.

Man kan spørre seg om musikkterapi vil ha noen verdi for klienter som sannsynligvis vil glemme hva de har vært med på i løpet av kort tid. Her sier Kvamme at den demensrammedes generelle opplevelse av å ha hatt det godt eller dårlig vil avhenge av om han eller hun har hatt mange nok gode opplevelser i løpet av dagen. Selv om den demensrammede kanskje ikke husker at han eller hun har vært på musikkterapi kan vedkommende sitte igjen med en følelse av å ha vært med på noe godt (Kvamme, 2006, s. 168).

Jeg vil oppsummere med at musikkterapien i en flerkulturell eldreomsorg kan ha en verdi gjennom ulike former for kommunikasjon. Slik denne studien viser kan det være gjennom sanger som brukes for å oppmuntre en dialog eller til komme i kontakt med minner, og man kan bruke klientens ord i improvisasjoner. Jeg har erfart at musikkterapi kan ivareta den demensrammedes identitet og oppmuntre til bruk av musikk som egenomsorg. Det er allikevel viktig å huske på at et menneske alltid er mer enn sin kulturelle eller etniske identitet (Hanssen, 2005, s. 104). For å skape en trygg og god relasjon i en flerkulturell eldreomsorg har jeg sett en verdi i å ta utgangspunkt i klientens kulturelle repertoar, som i denne studien har vært dans, musikk og sangskatter.

## **5 AVSLUTNING**

Temaet for denne studien har vært musikkterapi med flerkulturelle personer med demens. Gjennom en kvalitativ casestudie der jeg samlet inn data gjennom deltagende observasjon og lydopptak av musikkterapitimer, i tillegg til samtaler med pårørende har jeg forsøkt å komme nærmere et svar på problemstillingen: *Hvilken verdi kan musikkterapi ha i kommunikasjonen med flerkulturelle personer med demens?* I analyseprosessen gjorde tre kategorier seg gjeldende: kommunikasjon, identitet og relasjon. Disse kategoriene ble igjen delt opp i språk, sang og samtale og å gjøre felles, identitet knyttet til navn, identitet knyttet til kultur og musikk som egenomsorg. Disse kategoriene ble drøftet i kapittel 4, og ble belyst av relevant teori.

### **5.1 Tanker om veien videre**

Denne studien, som er en kvalitativ og eksplorativ casestudie, hadde hensikten å gå inn i et lite utforsket felt med mål om å få ny innsikt ved å hente erfaringer fra noe som skjer i virkeligheten (Yin, 1994, s. 4). I løpet av denne studien har jeg fått innsikt på feltet musikkterapi med flerkulturelle personer med demens og måten musikkterapi kan fungere på i kommunikasjon med disse klientene. Studien har et begrenset omfang, da den kun tar for seg musikkterapi med to personer. Det vil ikke være mulig å generalisere disse funnene. Det kan også argumenteres for at klientene i studien tilhørte kulturer som ikke utgjør en stor del av innvandrerbefolkningen i Norge, og sannsynligvis heller ikke kommer til å gjøre det. Malterud skriver at overførbarhet er viktig for at kunnskap skal kunne deles med andre (Malterud, 2003, s. 64). Overførbarhet handler om forståelsen som er oppnådd også kan gjelde i andre sammenhenger. I denne sammenhengen kan det handle om måten jeg har arbeidet på for å gjøre meg kjent med klientenes kultur, blant annet gjennom samtaler med pårørende og å lære sanger på klientens språk.

Jeg ser at det er nødvendig mer forskning på klientgruppen flerkulturelle personer med demens, da det er antatt at gruppen vil bli større i årene framover som følge av økt innvandring. Det kunne vært spennende om det ble forsket på større innvandrergrupper, som for eksempel somaliere eller syrere, når flere fra disse kulturene når en høy alder. Et mål for studien har vært å øke bevisstheten rundt hvordan musikkterapi i geriatri kan tilrettelegges for personer med ulik kulturell bakgrunn. Siden den flerkulturelle befolkningen fortsatt er yngre enn majoritetsbefolkningen har musikkterapien en mulighet til å være i forkant av de utfordringene som kan oppstå.

# **LITTERATURLISTE**

- Abe, N. (2014). "Ue o Muite Arukou" by Kyuu Sakamoto – "Sukiyaki song". Hentet fra: <https://www.thoughtco.com/ue-o-muite-arukou-by-kyuu-sakamoto-sukiyaki-song-2028125>
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. California: Jossey-Bass Inc., Publishers.
- Bonde, L. O. (2009). *Musik og menneske*. Frederiksberg C: Samfundslitteratur.
- Brooker, D. (2013). *Personsentrert demensomsorg: veien til bedre tjenester*. Oversatt av Thomas Deschington. Tønsberg: Forlaget aldring og helse.
- Brown, J. (2002). Towards a Culturally Centered Music Therapy Practice. I Kenny, C. & Stige, B. (Red.) *Contemporary Voices in Music Therapy. Communication, Culture, and Community*, (s. 83-93). Oslo: UniPub forlag.
- Brown, K. (2011). Qualitative Research Methods (Writing Chapter III). I Cottrell, R. & McKenzie, J. (Red.) *Health Promotion & Education Research Methods: Using the Five Chapter Thesis/ Dissertation Model*, (s. 227-246). Sudbury, Mass: Jones and Bartlett Publishers.
- Bruggen-Rufi, M. & Vink, A. (2011). Home is where the heart is. I Meadows, A. (Red.) *Developments in Music Therapy Practice: Case Study Perspectives*, (s. 569-581). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. (1987). *Improvisational models of music therapy*. Springfield, Illinois: Charles C Thomas Publisher.
- Bruscia, K. (2005). Data Analysis in Qualitative Research. I: B. Wheeler (Red.) *Music Therapy Research. Second Edition*. (s. 179-186) Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. (2014). *Defining music therapy*. University Park: Barcelona publishers.
- Chantrenne, C. (2010). Shakuhachi. Hentet fra: [http://www.mim.be/shakuhachi?from\\_i\\_m=1](http://www.mim.be/shakuhachi?from_i_m=1)
- DeNora, T. (2000). *Music in everyday life*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Dion, K.L. (1983). Names, identity, and self. *Names: a journal of onomastics*, s. 245-257. <http://dx.doi.org/10.1179/nam.1983.31.4.245>

- Ekman, S-L. (1993). *Monolingual and bilingual communication between patients with dementia disease and their caregivers* (Doktorgradsavhandling) Departement of advanced nursing, Umeå University, Umeå.
- Engedal, K. & Haugen, P.K. (2005). *Demens: fakta og utfordringer* (4.utg.) Forlaget aldring og helse.
- Fangen, K. (2004). *Deltagende observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Frøyland, M. (2015). *Kultur og musikkterapi sett fra norske og japanske musikkterapeuters øyne* (Masteroppgave). Bergen: Griegakademiet - Institutt for musikk.
- GAMUT (2014). *Ressurshefte for musikkterapeuter i eldreomsorgen*. Bergen: Griegakademiets senter for musikkterapiforskning.
- Hanssen, I. (2005). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Demensplan 2015 – "Den gode dagen"*. Hentet fra: [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/omsorgsplan\\_2015/demensplan2015.pdfs](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/omsorgsplan_2015/demensplan2015.pdfs)
- Hofslundsengen, H. (2011). Minoritetsspråklige elever i skolen. Hentet fra: <https://utdanningsforskning.no/artikler/minoritetsspraklige-elever-i-skolen/>
- Ingebretsen, R. (2010). *Omsorg for eldre innvandrere – Samlede prosjekterfaringer* (NOVA, rapport 15/2010) Hentet fra: [www.hioa.no/content/download/46051/677629/file/4251\\_1.pdf](http://www.hioa.no/content/download/46051/677629/file/4251_1.pdf)
- Ip-Winfield, V. (2010). *Methods used in cross-cultural music therapy in aged care in Australia*. (Mastergradsavhandling, University of Melbourne), Department of Music Therapy, School of Music, The University of Melbourne.
- Johansson, K. (2016). Mellom hermeneutikk og fenomenologi – et essay i vitenskapsteori. *Musikkterapi*, 2016 (2), s. 8-19. Hentet fra: <http://www.musikkterapi.no/2-2016/2017/1/19/mellom-hermeneutikk-og-fenomenologi-et-essay-i-vitenskapsteori>



- Khan, F. (2011). Being monolingual, bilingual or multilingual: pros and cons in patients with dementia. *International psychiatry* 8 (4), s. 96-98. Hentet fra: <http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/ipv8n4.pdf#page=20>
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: the person comes first*. Buckingham: Open University Press.
- Koelsch, S. (2014). Brain correlates of music-evoked emotions. *Nature Reviews Neuroscience*, 2014 (15), s. 170-180. DOI: 10.1080/08098130409478107
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvamme, T. (2006). Musikk i arbeid med eldre. I Aasgaard, T. (Red.) *Musikk og helse* (s. 153-168). Oslo: Cappelen akademiske forlag
- Kvamme, T. (2008). Musikkterapi med demensrammede – en livsnødvendighet? I Trondalen, G. & Ruud, E. (Red.) *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi* (s. 487-497). Oslo: NMH-publikasjoner.
- Kvamme, T. (2013). *Glimt av glede – musikkterapi med demensrammede som har symptomer på depresjon og angst* (Doktorgradsavhandling, NMH). Norges musikkhøgskole, Oslo.
- Lauw, E. (2016). Mianzi and other social influences on music therapy for older Chinese people in Australian aged care. *Australian Journal of Music Therapy*, 2016 (27), s. 57-68, Hentet fra: <https://search.proquest.com/docview/1869885671?accountid=12821>
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Miles, M. & Huberman, A.M. (1994). *Qualitative Data Analysis*. Thousand Oaks: Sage publications.
- Nasjonalforeningen for folkehelsen. (2016). *Vaskulær demens*. Hentet fra: <http://nasjonalforeningen.no/demens/ulike-typer-demens/vaskular-demens/>
- Nasjonalt Videncenter for demens (2013). *Opfattelse av demens blandt personer med anden kulturel og sproglig baggrund*. København: Nationalt Videncenter for demens.

- Nordoff, P., Marcus, D. & Robbins, C. (2007). *Creative music therapy – a guide to fostering clinical musicianship* (2.utg). Gilsum, N.H: Barcelona publishers.
- NOU 2010:7. (2010). *Mangfold og mestring – Flerspråklige barn, unge og voksne i opplæringsystemet*. Hentet fra:  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/4009862aba8641f2ba6c410a93446d29/no/pdfs/nou201020100007000dddpdfs.pdf>
- NSD – Personvernombudet for forskning (2016). Pasienter, brukere og personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse. Hentet 12.03.17 fra  
<http://www.nsd.uib.no/personvern/forskningstemaer/pasientbruker.html>
- Næss, T. (1989). *Lyd og vekst*. Nesodden: Musikkpedagogisk forlag.
- Ommedal, M. (2014). *Med musikk i transitt: Ein studie om einslege mindreårige asylsøkjjarar si oppleving av fast deltaking i ei musikkgruppe* (Masteroppgave). Norges musikkhøgskole, Oslo.
- Reinecker, L. & Jørgensen, P. S. (2006). *Den gode oppgaven*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Remmen, H. Å. (2012). *Helseopplevelser i kor - En spørreskjemaundersøkelse i et "Alle kan synge"-kor*. (Masteroppgave). Norges musikkhøgskole, Oslo.
- Ridder, H.M.O. (2003). *Singing dialogue*. (Doktorgradsavhandling). Institute for Music and Music Therapy, Aalborg university, Aalborg.
- Ridder, H.M.O. (2005). *Musik & Demens – Musikaktiviteter og musikterapi med demenesramte*. (2.utg). Århus: Forlaget Klim
- Robson, C. (2002). *Real world research: a resource for social scientists and practitioners – researchers* (2.utg.). Oxford: Blackwell Publishers
- Rolvjord, R. (1998). Når musikken minner om livet. *Nordisk tidsskrift for musikkterapi*, 7 (1), s.4-13. DOI: 10.1080/08098139809477915
- Rolvjord, R. (2004). Therapy as Empowerment, *Nordic Journal of Music Therapy*, 13(2), s. 99-111. DOI: 10.1080/08098130409478107

- Rolvjord, R., Gold, C. & Stige, B. (2005). Research Rigour and Therapeutic Flexibility: Rationale for a Therapy Manual Developed for a Randomised Controlled Trial, *Nordic Journal of Music Therapy*, 14 (1), s.15-32. DOI: 10.1080/08098130509478122
- Rolvjord, R. (2008). En ressursorientert musikkterapi. I Trondalen, G. & Ruud, E. (Red.) *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi* (s. 123-137). Oslo: NMH-publikasjoner.
- Ruud, E. (2005). Philosophy and Theory of Science. I B.Wheeler (Red.) *Music Therapy Research. Second Edition.* (s. 33-44) Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Ruud, E. (2008). Et humanistisk perspektiv på norsk musikkterapi. I Trondalen, G. & Ruud, E. (Red.) *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi* (s. 5-28). Oslo: NMH-publikasjoner.
- Ruud, E. (2013). *Musikk og identitet* (2.utg.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Røkenes, O.H. & Hanssen, P-H. (2012). *Bære eller bryte* (3.utg.) Bergen: Fagbokforlaget.
- Skånland, M. S. (2009). (Mobil) musikk som mestringsstrategi. I Ruud, E. (Red.), *Musikk i psykisk helsearbeid med barn og unge* (s. 113-130). Oslo: NMH-publikasjoner.
- Smeijsters, H. & Aasgaard, T. (2005). Qualitative Case Study Research. I. B. Wheeler (Red.) *Music Therapy Research. Second edition.* (s. 440-457). Gilsum NH: Barcelona publishers).
- Solli, H.P. (2012). Med pasienten i førersetet. *Musikterapi i psykiatrien online*, 7 (2), s.23-44  
DOI: 10.5278/ojs/mipo/2edleel2
- Statistisk sentralbyrå. (2016a). Folkemengd, etter land, kjønn og alder. Nordiske land. 1. Januar 2016. Tal og prosent (SÅ 63). Hentet fra:  
<http://www.ssb.no/274586/folkemengd-etter-land-kjonn-og-alder.nordiske-land.1.januar-2016.tal-og-prosent-sa-63>
- Statistisk sentralbyrå. (2016b). Nøkkeltall for innvandring og innvandrere. Hentet fra:  
<https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/nokkeltall>
- Stern, D. (2003). *Spedbarnets interpersonlige verden*. Oversatt av Øystein Randers-Pehrson. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Stern, D. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: W.W. Norton & Company.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse*. (3.utg.) Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2014). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Trondalen, G. (2004). *Klingende relasjoner*. (Doktorgradsavhandling). Norges musikkhøgskole, Oslo.
- Trondalen, G. (2016). *Relational Music Therapy: An Intersubjective Perspective*. Dallas: Barcelona Publishers.
- Vestad, I.L. (2009). Tufsa danser – om et barns bruk av musikk fra barne-tv til å bearbeide livserfaringer. I Ruud, E. (Red.), *Musikk i psykisk helsearbeid med barn og unge* (s. 153-169) Oslo: NMH-publikasjoner.
- Wheeler, B. & Kenny, C. (2005). Principles of qualitative research. I. B. Wheeler (Red.) *Music Therapy Research. Second edition*, (s. 59-71). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- World Health Organization (1997). *WHOQOL – Measuring Quality of Life*. World Health Organization: Division of mental health and prevention of substance abuse.
- Yang, J. (2015). Japan: Dementia lessons from the world's oldest country. *The star*. Hentet fra: <https://www.thestar.com/news/world/2015/11/22/japan-dementia-lessons-from-the-worlds-oldest-country.html>
- Yehuda, N. (2013). 'I am not at home with my client's music ... I felt guilty about disliking it': On 'musical authenticity' in music therapy, *Nordic Journal of Music Therapy*, 22 (2), s. 149-170, DOI: 10.1080/08098131.2012.697483
- Yin, R. (1994). *Case study research – designs and methods* (2.utg) Thousand Oaks: Sage publications.

# Vedlegg 1



Rita Strand Frisk  
Senter for musikk og helse Norges musikkhøgskole  
Slømdalsveien 11  
0369 OSLO

Vår dato: 26.08.2016

Vår ref: 49430 / 3 / UJ

Deres dato:

Deres ref:

## TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 12.08.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

49430	<i>Musikk fra egen kultur</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Norges musikkhøgskole, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Rita Strand Frisk</i>
Student	<i>Elise Marie Landsverk Holtan</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.07.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Ida Jansen Jondahl

Kontaktperson: Ida Jansen Jondahl tlf: 55 58 30 19

Vedlegg: Prosjektvurdering

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



#### FORMÅL

Formålet med prosjektet er å finne ut om musikk fra egenkultur kan ha en terapeutisk verdi for minoritetspråklige personer med demens.

#### INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget skal informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykke til deltakelse. Informasjonsskrive er godt utformet.

Da oppgir at noen av deltakerne kan ha redusert samtykkekompetanse på grunn av demens. Personvernombudet finner at opplysninger innsendt fra personer uten full samtykkekompetanse kan behandles med hjemmel i personopplysningsloven § 8 c) og § 9 h). Det anses ikke som potensielt belastende for vedkommende å delta i prosjektet, og det vurderes at opplysningene vil kunne komme gruppen som helhet til gode.

I tillegg er det deltakerne har redusert samtykkekompetanse, er det forsker og students ansvar at deltakerne får tilpasset informasjon og vises sin aksept til deltakelse. Ethvert uttrykk for at vedkommende motsetter seg deltakelse skal respekteres. Forsker og student har ansvar for å innhente samtykke fra hjelpeverge/påørende dersom deltakeren ikke er i stand til å gi et frivillig og informert samtykke.

#### PUBLISERING

I meldeskjemaet oppgir du at indirekte personopplysninger skal publiseres. I informasjonsskrivet oppgir du derimot at opplysningene skal anonymiseres. Vi anbefaler ikke å publisere personopplysninger siden deltakere har redusert samtykkekompetanse.

#### SENSITIVE OPPLYSNINGER

Det behandles sensitive personopplysninger om etnisk bakgrunn eller politisk/filosofisk/religiøs oppfatning, helseforhold.

#### INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at forsker og student følger Norges musikkhøgskole sine rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

#### PROSJEKTLUTT OG ANONYMISERING

Forventet prosjektlutt er 01.07.2017. Ifølge prosjektmeldingen skal innsendte opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamateriale slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/ koblingsnøkkel)

- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)

## Vedlegg 2

### Info om masterprosjekt

Mitt navn er Elise Marie Landsverk Holtan. Jeg studerer på Norges musikkhøgskole ved masterstudiet i musikkterapi. Høsten 2014 gikk jeg på videreutdanningen i musikk og helse og hadde blant annet praksis på xxx med musikkterapeut xxx. Nå har jeg et ønske om å komme tilbake for å gjennomføre mitt masterprosjekt i musikkterapi.

### Bakgrunn

Jeg ønsker å skrive om musikkterapi med minoritetsspråklige personer med demens. Interessen for denne målgruppen fikk jeg under praksisen på xxx. Her observerte jeg at flere av de minoritetsspråklige sykehjemsbeboerne falt utenfor i sangstunder og under konserter. Årsaken til det kan ha være at de ikke kjente til det musikalske innholdet på samme måte som de norske sykehjemsbeboerne. Dette vekket hos meg en nysgjerrighet for brukergruppen og en interesse for hvordan musikkterapeuter best mulig kan tilrettelegge musikkterapi for disse klientene. Min midlertidige problemstilling er derfor: *Hvordan tilrettelegge musikkterapi for minoritetsspråklige personer med demens?*

Dette fokuset er det forsket lite på innen fagfeltet musikkterapi. Jeg håper derfor at musikkterapeuttilbudet jeg utvikler og de resultatene som prosjektet vil gi, kan videreføres og benyttes av andre i etterkant. Jeg tenker da spesielt for musikkterapeuter og hvordan musikkterapeuter kan gi opplæring til ansatte som har faglig ansvar for minoritetsspråklige personer ved ulike sykehjem.

### Innsamling av data

For å samle inn data, har jeg et ønske om å ha individuelle timer med 3<sup>20</sup> minoritetsspråklige personer med demens høsten 2016. Dette er tenkt at skal gå over en periode på 11 uker,<sup>21</sup> der jeg kommer en fast ukedag (tirsdag). De seks første ukene vil anvendes til kartlegging og utprøving, for å komme fram til et musikkterapeuttilbud som kan passe bra for deltagerne. De fem siste ukene vil bli benyttet til datainnsamling med tanke på masterprosjektet. Under hele prosjektperioden vil jeg bli fulgt opp og motta veiledning fra Norges musikkhøgskole.

---

<sup>20</sup> Dette utvalget ble endret til 2

<sup>21</sup> Dette ble endret til 8 uker.

## **Informanter**

Utvelgelsen av informanter vil skje i samråd med musikkterapeut xxx. Etter å ha funnet aktuelle kandidater for studiet vil vi vurdere om prosjektet vil baseres på sykehjemsbeboere eller dagsenterbrukere.

## **Et gratis tilbud**

Dette prosjektet vil være gratis for xxx. Instrumenter og lignende utover hva som finnes på xxx vil jeg selv ta ansvar for.

## **Før oppstart**

Prosjektet kan ikke starte opp før jeg har mottatt godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Søknaden vil bli sendt NSD senest 1.mars 2016.

Før oppstart på xxx, ønsker jeg et møte med nærmeste leder sammen med praksiskoordinator Rita Strand Frisk ved Norges musikkhøgskole.

I tillegg vil jeg ha møter med pårørende for å få kartlagt musikkinteressen til de aktuelle informantene.

Jeg håper dette prosjektet kan være interessant for dere. Hvis du/dere har spørsmål til prosjektet kontakt meg på tlf: 93032489/mail: [eliselholtan@gmail.com](mailto:eliselholtan@gmail.com) eller Norges musikkhøgskole ved praksiskoordinator Rita Strand Frisk tlf: 995 03 075/mail: [rita.s.frisk@nmh.no](mailto:rita.s.frisk@nmh.no)

Oslo 19.11.2015

Mvh

Elise Marie Landsverk Holtan



## Vedlegg 3

### Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

## *”Musikk fra egen kultur”*

### **Bakgrunn og formål**

Formålet med studien er å undersøke om musikk fra egen kultur kan ha en terapeutisk verdi for flerkulturelle personer tilknyttet xxx. Studien er et masterprosjekt ved Norges musikkhøgskole.

### **Deltakere**

Til studien ønsker jeg deltakere fra xxx eller dagsenteret ved xxx som har et annet morsmål enn norsk, svensk eller dansk.

### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Gjennom deltakelse i studien vil deltakerne få 8 individuelle timer med musikkterapi. Timene vil vare mellom 30 og 45 minutter og vil være lagt på dagtid på tirsdager. Timene vil bestå av lytting til musikk fra deltakernes kultur i tillegg til å synge og spille på instrumenter sammen med musikkterapeuten. De siste fire timene vil bli tatt lydopptak av. Ved å si ja til å delta i prosjektet bidrar du til å være med på å utvikle ny kunnskap om aktiviteter i eldreomsorgen.

Jeg ønsker også å gjennomføre en samtale med de pårørende før musikkterapien starter, for å kartlegge deltakerens musikkpreferanser.

### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. I prosjektperioden vil kun veilederen min og jeg ha tilgang til personopplysninger og lydopptak fra timene. Alle deltakere i studien vil bli anonymisert, både med hensyn til navn og andre personidentifiserbare opplysninger som eksakt alder eller sted og kultur.<sup>22</sup> Lydopptakene vil lagres på en minnepinne som vil bli oppbevart i et låst skap på Norges musikkhøgskole. Prosjektet skal etter planen avsluttes mai 2017. Lydopptakene vil bli slettet etter at oppgaven har blitt godkjent. Pårørende eller deltakere som ønsker og få høre lydopptakene vil få mulighet til dette etter studien er avsluttet.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Elise Landsverk Holtan, telefon: 930 32 489 eller mail: [eliselholtan@gmail.com](mailto:eliselholtan@gmail.com) eller min veileder fra Norges musikkhøgskole: Rita Strand Frisk telefon: 995 03 075 eller mail: [Rita.S.Frisk@nmh.no](mailto:Rita.S.Frisk@nmh.no)

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

---

<sup>22</sup> Pårørende ga senere godkjenning til at jeg får belyse klientens nasjonalitet i oppgaven

## **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

-----

(Signert av prosjektdeltaker, dato)