

Musikk og musikkterapi i rehabilitering etter hjerneslag i Norge

En kartleggingsstudie

Karoline Kaarbø Asskildt



Til min farmor Gunvor Kaarbø, som bisto med nye ullsokker, en god kopp te og gode råd i denne oppgavens kritiske fase.

Antall ord: 21941

Forsideillustrasjon: Fanny Vaager

Sammendrag

Et stort antall internasjonale studier utforsker hvordan musikk og musikkterapi kan være en ressurs i rehabilitering etter hjerneslag, men lite er skrevet om hvordan dette brukes i Norge. Derfor er hensikten med denne oppgaven å kartlegge hvordan og i hvilket omfang musikk og musikkterapi brukes i rehabilitering etter hjerneslag i Norge. Et deskriptivt forskningsdesign er benyttet, og kvantitative data har blitt samlet inn via to spørreskjemaundersøkelser, én blant musikkterapeuter som jobber i Norge og én blant øvrig helsepersonell som jobber på rehabiliteringsinstitusjoner i Norge. Deskriptiv analyse og univariat statistikk er benyttet for å behandle datamaterialet. Resultatene viste at 14 % av musikkterapeutene som svarte på undersøkelsen, jobber med rehabilitering etter hjerneslag. Kun 8 % av rehabiliteringsinstitusjonene hadde ansatt eller samarbeidet med en musikkterapeut, men hele 76 % brukte musikk i større eller mindre grad. Utvalget av musikkterapeuter var lite, og svakheter ved studien førte til lav svarprosent. Likevel kan funnene fra denne undersøkelsen gi indikasjoner på at musikkterapi brukes i liten grad i rehabilitering etter hjerneslag, og at det til tross for at musikk brukes betydelig mer, trengs det mer kunnskap i Norge om hva musikk og musikkterapi kan tilby i rehabilitering etter hjerneslag.

Emneord: musikk, musikkterapi, rehabilitering, hjerneslag

Summary

Music and music therapy in post-stroke rehabilitation in Norway. A descriptive survey.

A large amount of international research points to what music and music therapy can offer in post-stroke rehabilitation. Meanwhile, less is written about the use of music and music therapy in this setting in Norway. The aim of this master thesis is to describe if, and to what degree, music and music therapy is used in post-stroke rehabilitation in Norway. A descriptive research design and a questionnaire-based survey was used to gather data from two samples: music therapists working in Norway, and other health professionals working in rehabilitation centres in Norway. The data was analysed and presented using descriptive statistics. Findings show that 14 % of music therapists work in post-stroke rehabilitation, and only 8 % of rehabilitation centres employ or collaborate with a music therapist. 76 % of the rehabilitation centres used music in post-stroke rehabilitation. The sample size for music therapists was small, in addition to a low response rate. This study indicates that the use of music therapy in post-stroke rehabilitation is rare, and although music is frequently used, there is an explicit need for more knowledge about using music and music therapy in post-stroke rehabilitation.

Keywords: music, music therapy, stroke, rehabilitation

Forord

Musikkens påvirkning på hjernen har fasinert meg lenge, og det har vært et privilegium å få lov til å fordype seg i dette ved å utforske hvordan musikk og musikkterapi kan være en ressurs i rehabilitering etter hjerneslag. Tilfeldighetene ville ha det slik at en av de personene som inspirerte denne fasinasjonen, også ble min veileder til masteroppgaven. Jeg vil rette en stor takk til min veileder Are Brean, som på sin kloke og entusiastiske måte har styrt meg i mål. Jeg vil også takke Jelena Golubovic og Tone Kvamme for alle gode råd og tips, og takk til alle testrespondenter for deres konstruktive tilbakemeldinger.

Takk til den fine gjengen som omgir meg i dette livet. Klassen, som har vært uvurderlige venner masteroppgavens opp- og nedturer. Mine kjære venner Ingrid og Maria. Og en stor takk til min kjære venn Fanny som har tegnet den fantastiske forsiden.

Takk til pappa og Miriam for korrekturlesing og takk til mamma for sin herlige entusiasme. Takk til Jakob, for at du gjør meg lykkelig og glad i dette livet.

Denne oppgaven handler om de menneskene som bruker musikk og musikkterapi i rehabilitering etter hjerneslag, og jeg vil avslutningsvis rette en stor takk til alle musikkterapeuter og helsepersonell som tok seg tid til å svare på undersøkelsen.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	ii
Summary	iii
Forord.....	iv
Liste over tabeller	viii
Liste over figurer	viii
Liste over vedlegg	viii
1 Innledning.....	1
1.1 <i>Problemstilling</i>	2
1.2 <i>Avgrensning av oppgaven</i>	3
1.2.1 Hjerneslag	3
1.2.2 Bruk av musikk.....	3
1.3 <i>Begrepsavklaring</i>	4
1.3.1 Musikk.....	4
1.3.2 Musikkterapi	4
1.3.3 Rehabiliteringsinstitusjoner og øvrig helsepersonell.....	5
1.4 <i>Litteraturgjennomgang</i>	5
1.5 <i>Disposisjon av oppgaven</i>	8
2 Teori	9
2.1 <i>Hjerneslag</i>	9
2.1.1 Behandling etter hjerneslag.....	10
2.1.2 Rehabilitering etter hjerneslag	10
2.1.3 Hjerneslag i Norge	11
2.1.4 Områder man rehabiliterer	12
2.2 <i>Musikk og musikkterapi i rehabilitering etter hjerneslag</i>	14
2.2.1 Musikk og hjernen	14
2.2.2 Musikkterapi i rehabilitering etter hjerneslag	15
2.2.3 Nevrologisk musikkterapi	15
2.2.4 Holistiske tilnærminger.....	16
2.2.5 Bruk av musikk og andre musikalske intervensjoner.....	18
2.3 <i>Metoder og teknikker</i>	18
2.3.1 Teknikker innen nevrologisk musikkterapi	19
2.3.2 Musikkintervensjoner og musikkterapeutiske metoder og teknikker	20
3 Metode og vitenskapsteori	23
3.1 <i>Vitenskapsteoretisk perspektiv</i>	23
3.1.1 Pragmatisme	23
3.2 <i>Design og metode</i>	25
3.2.1 Kvantitativ forskning.....	25
3.2.2 Deskriptivt forskningsdesign – tverrsnittsundersøkelse	25
3.2.3 Lukket tilnærming.....	26
3.2.4 Datainnsamlingsmetode	27
3.2.5 Type data	27

3.3	<i>Spørreskjemakonstruksjon</i>	28
3.3.1	Konstruksjon av skjema	28
3.3.2	Måling, variabler, og måleskala	29
3.3.3	Testing av spørreskjema og revidering av kategorier	29
3.4	<i>Utvalg</i>	32
3.4.1	Bekvemmelighetsutvalg.....	32
3.4.2	Avgrensning av populasjon	32
3.4.3	Distribusjon av spørreskjema	33
3.5	<i>Analyse</i>	35
3.5.1	Analyseverktøy	35
3.5.2	Analyse av kvantitative data	35
3.5.3	Analyse av kvalitative data	36
3.6	<i>Etiske refleksjoner</i>	37
3.6.1	Meldeplikt og taushetsplikt	37
3.6.2	Anonymitet	38
3.6.3	Informert samtykke	38
3.6.4	Kontekst og påvirkning	39
4	Resultater	40
4.1.1	Svarprosent.....	40
4.1.2	Frafall	40
4.1.3	Representativitet og generalisering.....	42
4.2	<i>Spørreundersøkelse 1 musikkterapeuter</i>	42
4.2.1	Samlet svarprosent	42
4.2.2	Filterspørsmål	42
4.2.3	Ansiennitet.....	43
4.2.4	Arbeidssted	43
4.2.5	Faser i rehabilitering	44
4.2.6	Arbeidsområder	45
4.2.7	Videreutdanning.....	46
4.2.8	Måling av effekt	46
4.2.9	Musikkterapeutiske metoder og teknikker.....	46
4.2.10	Individuell musikkterapi og gruppemusikkterapi.....	47
4.2.11	Metoder og teknikker som egner seg godt i rehabilitering etter hjerneslag	48
4.2.12	Tilnærming, retning eller orientering.....	49
4.2.13	Utfordringer i arbeidet med musikkterapi i rehabilitering etter hjerneslag	49
4.2.14	Musikkterapiens plass i rehabilitering etter hjerneslag	50
4.2.15	Hvordan musikkterapi kan bidra til god rehabilitering etter hjerneslag.....	50
4.2.16	Andre kommentarer	51
4.3	<i>Spørreundersøkelse 2 – rehabiliteringsinstitusjoner</i>	51
4.3.1	Samlet svarprosent og filterspørsmål	51
4.3.2	Type rehabiliteringsinstitusjon	51
4.3.3	Bruk av musikk eller musikalske virkemidler	52
4.3.4	Fordeler og ulemper ved å bruke musikk	53
4.3.5	Samarbeid og ansettelse av musikkterapeuter	54
4.3.6	Fordeler eller ulemper ved å samarbeide med en musikkterapeut	55
4.3.7	Andre kommentarer til denne undersøkelsen?.....	55
5	Diskusjon	57
5.1	<i>Oppsummering av hovedfunn</i>	57
5.1.1	Musikkterapi brukes lite i rehabilitering etter hjerneslag	58
5.1.2	Fasene.....	59
5.1.3	Tilnærming.....	59

5.1.4	Områder musikkterapeutene jobber med.....	60
5.1.5	Metoder og teknikker	60
5.1.6	Musikkterapeutenes behov for mer kunnskap.....	61
5.1.7	Rammeforutsetninger	61
5.1.8	Tverrfaglig samarbeid	62
5.1.9	Behov for mer kunnskap i rehabiliteringsinstitusjonene.....	63
5.1.10	Bruk av musikk i rehabiliteringsinstitusjonene	64
5.2	<i>Styrker og svakheter</i>	65
5.2.1	Metodologiske begrensninger.....	65
5.2.2	Utvalg og svarprosent.....	65
5.2.3	Frafall.....	66
5.2.4	Kontekst.....	67
5.2.5	Reliabilitet.....	67
5.2.6	Validitet	69
5.2.7	Ytre validitet	70
5.2.8	Gyldighet og pålitelighet i de åpne tekstfeltene.....	70
6	Konklusjon	72
7	Referanseliste	73
8	Vedlegg	87

Liste over tabeller

Tabell 1: Litteratursøk.....	6
Tabell 2 Distribusjon av spørreundersøkelse 1 musikkterapeuter	34
Tabell 3: Spørsmål 4 musikkterapeuter.....	43
Tabell 4: Spørsmål 2 rehabiliteringsinstitusjoner (annet)	52

Liste over figurer

Figur 1 Frafall musikkterapeuter	41
Figur 2 Frafall rehabiliteringsinstitusjoner.....	41
Figur 3: Spørsmål 3 musikkterapeuter	42
Figur 4: Spørsmål 5 musikkterapeuter	43
Figur 5: Spørsmål 6 musikkterapeuter	44
Figur 6: Spørsmål 7 musikkterapeuter	44
Figur 7: Spørsmål 8 musikkterapeuter	45
Figur 8: Spørsmål 9 musikkterapeuter	46
Figur 9: Spørsmål 10 musikkterapeuter	46
Figur 10: Spørsmål 12 musikkterapeuter	47
Figur 11: Spørsmål 13 musikkterapeuter	48
Figur 12: Spørsmål 14 musikkterapeuter	48
Figur 13: Spørsmål 18 musikkterapeuter	50
Figur 14: Spørsmål 2 rehabiliteringsinstitusjoner.....	52
Figur 15: Spørsmål 3 rehabiliteringsinstitusjoner.....	52
Figur 16: Spørsmål 5 rehabiliteringsinstitusjoner.....	54
Figur 17: Spørsmål 6 rehabiliteringsinstitusjoner.....	54

Liste over vedlegg

Vedlegg 1: Spørreskjema og informasjonsskriv rehabiliteringsinstitusjoner	
Vedlegg 2: Spørreskjema og informasjonsskriv musikkterapeuter	
Vedlegg 3: Nyhetsbrev – Norsk Forening for Musikkterapi	
Vedlegg 4: Variabeloversikt spørreskjema 1 musikkterapeuter	
Vedlegg 5: Variabeloversikt spørreskjema 2 rehabiliteringsinstitusjoner	
Vedlegg 6: Meldeskjema NSD	
Vedlegg 7: Nyhetsartikkel musikkterapi.no	

1 Innledning

Det overordnede temaet for denne oppgaven er bruk av musikk og musikkterapi i en kontekst av rehabilitering etter hjerneslag.

Hjerneslag er en akutt nevrologisk sykdom som fører til tap av funksjon i det sentrale nervesystemet på grunn av infarkt eller blødning i hjernen (Ginsberg, 2010, s. 81). Det ansees som en folkesykdom, og rammer rundt 10 000 mennesker i Norge hvert år (Fjærtøft et al., 2021; Thomassen, 2021). På grunn av store framskritt i behandlingen av hjerneslag, samt reduserte risikofaktorer er dødstallene synkende, men en stadig eldre befolkning vil likevel føre til økt forekomst i årene framover (Ariansen et al., 2014; Fjærtøft et al., 2021; Thomassen, 2021). I denne oppgaven ser jeg på *rehabilitering* etter hjerneslag, som er en tverrfaglig, individuelt tilpasset prosess hvor målet er å hjelpe en klient å oppnå best mulig livskvalitet – ut ifra den individuelle ønsker, muligheter og kontekst (Coccia & Provinciali, 2017).

Det er et økende antall internasjonale studier som utforsker og dokumenterer hvordan musikk og musikkterapi kan være en ressurs i rehabilitering etter hjerneslag. Utviklingen innen hjerneforskningen siste 30 årene har revolusjonert vår forståelse av både hvordan hjernen fungerer, og hva som skjer når den er skadet (Sihvonen et al., 2017; Thaut et al., 2015). Forskningen viser at den påvirkningen musikk har på hjernens nevroplasticitet – dens endringsevne, kan ha en unik funksjon i rehabilitering etter hjerneslag (Särkämö et al., 2014). Koblingen mellom rytmeoppfattelse og motoriske områder i hjernen kan bedre flyt og timing av bevegelse (Thaut & McIntosh, 2014). Bruk av sang og rytme kan bidra til hemisfærisk overføring av talefunksjon (Zipse et al., 2012), og musikkens påvirkning på emosjoner og motivasjon kan gjøre rehabilitering mer lystbetont (Clements-Cortés & Haire, 2019). Musikklytting og låtskriving kan bidra til hevet stemningsleie, kognitiv funksjon og bedret selvoppfattelse etter hjerneslag (Baker et al., 2015; Särkämö et al., 2008). Til tross for denne kunnskapen er det få norske studier om bruk av musikk og musikkterapi i rehabilitering etter hjerneslag i Norge.

Min motivasjon for å skrive denne oppgaven er basert på min interesse for musikk og hjernen. Som tidligere nevnt, er det gode indikatorer på at musikk og musikkterapi kan være en ressurs i rehabilitering etter hjerneslag, men dette er ubeskrevet i Norge. Derfor har jeg valgt å gjennomføre en spørreundersøkelse som kartlegger bruk av musikk og musikkterapi i rehabilitering etter hjerneslag. Hensikten med oppgaven er å beskrive dette, og trekke fram relevant teori og forskning som kan argumentere for hvordan musikk og musikkterapi kan være en ressurs i rehabilitering etter hjerneslag. Mitt perspektiv og min for forståelse i denne oppgaven stemmer overens med den biopsykososiale modellen, som ble utviklet av Engel i 1977. Tilnærmingen handler om å ha et bredt syn på sykdom, og med utgangspunkt i systemteori, blir sammenheng, hierarki og prosess løftet opp som viktige faktorer innenfor medisin (Engel, 1977, s. 392). Dette handler ikke om å avfeie biologiske forklaringer, men at rehabilitering, sykdom og helse, slik jeg forstår det i denne oppgaven, sees i et helhetlig perspektiv.

Hjerneslag påvirker ikke bare individer, men det er også et samfunnsøkonomisk problem når et økende antall mennesker vil bli rammet av hjerneslag (Sihvonen et al., 2017).

Rehabiliteringsmetoder som musikk og musikkterapi vil kunne bli viktige. Derfor må vi kjenne til om de brukes, i hvilket omfang og på hvilken måte de kan være en ressurs i rehabilitering etter hjerneslag.

1.1 Problemstilling

For å strukturere oppgaven har jeg utarbeidet følgende problemstilling: ***Brukes musikk og musikkterapi i rehabilitering etter hjerneslag i Norge, og i hvilket omfang?***

Følgende underproblemstillinger ble utformet:

- *Hvordan og i hvilket omfang arbeider musikkterapeuter med rehabilitering etter hjerneslag i Norge?*
- *Hvordan og i hvilket omfang brukes musikk av øvrig helsepersonell på rehabiliteringsinstitusjoner i Norge?*

Jeg har besvart problemstillingen ved å gjennomføre to kvantitative spørreskjemaundersøkelser, én blant musikkterapeuter som jobber i Norge, og én blant øvrig helsepersonell som jobber på rehabiliteringsinstitusjoner i Norge. Jeg ser på relevant forskning og teori innen bruk av musikk og musikkterapi i rehabilitering etter hjerneslag, både som et grunnlag for å diskutere funn, men også for å utforske hvordan musikk og musikkterapi kan være en ressurs på området.

1.2 Avgrensning av oppgaven

1.2.1 Hjerneslag

Fokus for denne oppgaven er bruk av musikk og musikkterapi i rehabilitering etter hjerneslag i Norge. Hjerneslag faller innenfor begrepet *erhvervede hjerneskader*, en sekkebetegnelse for skader som oppstår etter at hjernen er ferdig utviklet (Helsenorge, 2020). Selv om oppgaven kun handler om hjerneslag, vil en del relevant teori og forskning innen bruk av musikk og musikkterapi inkludere rehabilitering ved ervervede hjerneskader, og i noen få tilfeller degenerative sykdommer som Parkinsons, MS og demenssykdommer (Gilbertson, 2013). Et eksempel på dette er Cochrane-gjennomgangen om musikkintervensjoner og ervervede hjerneskader, som omhandler hjerneslag, traumatiske hjerneskader, infeksjon på hjernen og anoksiskader (Magee et al., 2017). Jeg har inkludert teori og forskning som er relevant for rehabilitering etter hjerneslag, og vil klargjøre fortløpende om tilnærmingene gjelder kun hjerneslag, ervervede hjerneskader eller nevrologiske lidelser i sin helhet.

1.2.2 Bruk av musikk

Jeg undersøker ikke bare bruk av musikkterapi, men også musikk, inkludert musikalske virkemidler og intervensjoner. Bruk av musikk kan i konteksten av oppgaven forstås i aller bredeste forstand; all mulig bruk av musikk i forskjellige former, både med og uten definerte mål og prosedyrer.

1.3 Begrepsavklaring

1.3.1 Musikk

I denne oppgaven forstår jeg musikk som et mangfoldig fenomen. I likhet med Bondes teoretiske konstruksjon (2009, s. 30), mener jeg musikk virker på flere nivåer: fysiologisk – som stimuli og lyd, syntaktisk – som språk med betydning, semantisk – som språk med mening og pragmatisk – som interaksjon. Det er ulike egenskaper som er virksomme på de ulike nivåene, men uansett vil musikkens mening i alle hovedsak oppstå «i relasjonen mellom nivåene og den opplevende person [...] som alltid befinner seg i en bestemt historisk og kulturell kontekst.» (Bonde, 2009, s. 31). Forskningen og teorien jeg har brukt, handler om musikk i spennet fra det fysiologiske til det pragmatiske nivået. Simon Gilbertson omtaler dette spennet slik i sin fagartikkel om musikkterapi og hjerneslag:

As the focus upon the use of controlled stimuli in research increases, the musical dynamic elements of music are removed to make way for experimental stimuli that fulfil the needs of specific research paradigms. In short, the music in music therapy is diverse, ranging from metronomes to advanced improvisation. (Gilbertson, 2013, s. 120)

1.3.2 Musikkterapi

Musikkterapi forstås i denne oppgaven som en disiplin og en profesjonell praksis som utøves av kvalifiserte musikkterapeuter (Bruscia, 2014, s. 36). Musikkterapipraksis, slik det er definert av Kenneth Bruscia (2014), kan sees på som en prosess, der relasjonen mellom musikkterapeut, klient og musikk kan bidra til å skape bedring og endring i klientens liv. I en norsk kontekst er musikkterapi forankret i en humanistisk tradisjon, og det er fokus på å jobbe ressursorientert for å «gi mennesker nye handlemuligheter gjennom musikk», slik Even Ruud beskriver det (2008, s. 6). Musikkterapi i rehabilitering etter hjerneslag er preget av både holistiske og funksjonelle tilnærminger som arbeider med et bredt spenn av medisinske og psykososiale områder (Gilbertson, 2013). Dette vil jeg utdype i teorikapittelet.

1.3.3 Rehabiliteringsinstitusjoner og øvrig helsepersonell

I problemstillingen har jeg beskrevet at jeg ønsker å kartlegge hvordan og i hvilket omfang musikk brukes av *øvrig helsepersonell* på *rehabiliteringsinstitusjoner* i Norge. Begrepet *øvrig helsepersonell* brukes i denne oppgaven for å beskrive bredden av fagpersoner som jobber på rehabiliteringsinstitusjoner, uansett stilling eller tittel. *Rehabiliteringsinstitusjoner* brukes som betegnelse for alle sykehus, private og offentlig, og alle institusjoner, private og offentlige, som arbeider med rehabilitering etter hjerneslag. Voksenopplæring, sykehjem og helsehus er ikke inkludert i denne betegnelsen.

1.4 Litteraturgjennomgang

På bakgrunn av den avgrensningen jeg har gjort rede for gjennomførte jeg søk i Fagbibliotekene (ORIA), PubMed og RILM. Jeg brukte søkeordene «music» AND «stroke», inkludert en rekke synonymer (Britannica, T. Editors of Encyclopaedia, 2022; *Types of Stroke*, u.å.). I Fagbibliotekene søkte jeg ikke på kombinasjonen «music» AND «stroke», fordi dette søket favner for bredt, og fører til tusenvis av irrelevante treff. «Music» ble her byttet ut med «music therapy». Jeg gjennomførte også søk i Fagbibliotekene med de norske begrepene, «musikk» i kombinasjon med «hjerneslag» og synonymer. (Faiz & Rønning, 2018). En fullstendig oversikt over søket er beskrevet i tabell 1: Litteratursøk.

En hovedvekt av den forskningen som er gjort på musikk og hjerneslag stammer fra USA, Storbritannia, Tyskland, Sør-Korea og Australia (Haraldsen, 1999; Johannessen et al., 2010; Aarø, 2007). Dette gjenspeiles også i litteraturgjennomgangen. Det er gjort alt fra casestudier til RCTer og systematiske oversiktsartikler om bruk av musikk og musikkterapi i rehabilitering etter hjerneslag. Mange av enkeltstudiene er fanget opp i de systematiske oversiktsartiklene, og fokuset er her vil ligge på oversiktsartikler, meta-analyser og noen utvalgte enkeltstudier. I Norge er det forsket noe på bruk av musikk i rehabilitering etter traumatiske hjerneskader, men dette faller utenfor oppgavens ramme (Vik, 2019; Vik et al., 2019). Torun Einbu har skrevet om bruk av sang ved ervervet språkskade etter hjerteinfarkt og hjerneslag, basert på en undersøkelse gjort i forbindelse med sin masteroppgave (Einbu, 2008).

Litteratursøk

Database	Søkeord	Filter	Treff
Fagbibliotekene (ORIA)	music therapy* AND stroke <hr/> music* AND «intracranial haemorrhage», «subarachnoid haemorrhage», «spontaneous intracerebral haemorrhage», «transient ischaemic attack», «hemorrhagic stroke», «ischemic stroke», «intracerebral hemorrhage», «subarachnoid hemorrhage», «apoplexy», «cerebral hemorrhage», «cerebral vascular accident», «cerebrovascular accident», «occlusive stroke», «cryptogenic stroke» «brain stem stroke» <hr/> «musikk*» AND «hjerneslag», «slag», «hjerneinfarkt», «intracerebral blødning», «subaraknoidalblødning», «cerebrovaskulær sykdom», «cerebralt insult», «apopleksi»	Språk: skandinaviske språk og engelsk Dokumenter: Bøker, artikler, studier og avhandlinger	780
PubMed	«music*» AND «stroke» <hr/> «music*» AND synonymer (se over)	samme som over	632
RILM	«music*» AND «stroke», synonymer (se over)	samme som over	450

Tabell 1: Litteratursøk

En betydningsfull oversikt er Cochrane-gjennomgangen *Music interventions for acquired brain injury* som ble oppdatert i 2017 (Magee et al., 2017). Den tar for seg effekten av musikkintervensjoner ved ervervede hjerneskader, ekskludert degenerative sykdommer (W. L. Magee et al., 2017). Gjennomgangen inkluderte 29 studier, hvorav 24 kun dreide seg om hjerneslag. De så på funksjonelle utfall innenfor gange, armfunksjon, kommunikasjon, stemningsleie og emosjoner, kognitiv funksjon, sosiale evner, smerte, atferdsvansker, dagligaktiviteter og på bivirkninger av behandling (Magee, 2005, s. 1). Forfatterne så også på effekten av musikkintervensjoner sammenlignet med standard behandling, og ulike typer musikkintervensjoner. Både musikkterapi og musikkintervensjoner gjennomført av helsepersonell ble inkludert. Forfatterne konkluderte med at teknikken *Rhythmic Auditory Stimulation* (RAS) kan forbedre gange etter slag, og at musikkintervensjoner kan bedre armfunksjon og afasi etter slag. De fant også indikasjoner på at RAS kan bedre livskvalitet etter slag, men den generelle evidenskvaliteten ble ansett som lav (Magee et al., 2017).

I en integrativ oversiktsartikkel undersøkte Ard og Wheeler (2016) bruk av musikkterapi etter hjerneslag. De 39 studiene som ble inkludert fokuserte på kognisjon, tale, fysiske evner, atferd, stemningsleie og unilateral neglekt. De fleste studiene brukte gjenskaping, lytting eller en kombinasjon av de to metodene. Kun et fåtall brukte improvisasjon eller låtskriving/komposisjon (Ard & Wheeler, 2016). Le Perf et al. (2019) viste i sin systematiske oversiktsartikkel at musikkintervensjoner kan ha positiv effekt på motorisk funksjon, kognitiv funksjon og stemningsleie etter slag. Andre oversiktsartikler har vist at musikkterapi og musikkintervensjoner har en positiv påvirkning på stemningsleie hos personer med nevrologiske skader (Raglio, 2015) og at musikklytting kan bedre stemningsleie og kognitive funksjoner etter hjerneslag (Baylan et al., 2020). Lee (2016) konkluderte i sin meta-analyse at musikkterapi og andre musikkintervensjoner hadde signifikant effekt på reduksjon av smerte.

Betydningen av musikk i behandling av språk- og taleproblemer etter ervervede hjerneskader ble trukket fram i en systematisk oversiktsartikkel (Hurkmans et al., 2012). Draper (2016) fant i sin narrative syntese av musikkintervensjoner brukt i tale- og språkforstyrrelser etter slag at MIT, *Modified Melodic Intonation Therapy* (MMIT) og SIPARI var de de hyppigste brukte metodene.

Andre områder det er forsket på, er ulike bevissthetstilstander etter ervervede hjerneskader. Wendy Magee (2005) har vist at musikk kan være nyttig for å stimulere respons hos klienter med ulike bevissthetstilstander. Särkämö et al. gjennomførte i (2008) en RCT hvor de sammenlignet musikklytting, lytting til lydbok og ingen intervensjon etter hjerneslag. De fant stor forbedring av verbalt minne og fokusert oppmerksomhet, i tillegg til at musikklytting bidro til mindre depresjon og forvirring. I tillegg har nye, mer stimulibaserte metoder, som *Music Supported Therapy* (MST), vist reduksjon i smerte og bedret motoriskfunksjon (Daniel et al., 2021; Grau-Sánchez et al., 2013; Schneider et al., 2010). Musikkens potensiale for stimulering ble også undersøkt i en studie av Anti et al. (2008), hvor 80 prosent av de inkluderte slagpasientene viste betydelig respons til musikk. Avslutningsvis er det viktig å nevne at hver eneste studie og hver eneste gjennomgang påpeker mangler innenfor forskningen på feltet. Det er gjennomgående få deltakere, manglende blinding, lav evidens kvalitet og svært lite systematiserte metoder og framgangsmåter.

1.5 Disposisjon av oppgaven

Oppgaven starter med en innledning som beskriver bakgrunn for valg av tema, problemstilling, avgrensning og begrepsavklaring. Deretter vil jeg presentere det teoretiske grunnlaget som er delt i to deler, hjerneslag og musikk og musikkterapi. Etter dette vil jeg gjøre rede for metodiske valg og overveielser, inkludert etiske aspekter. I resultatdelen vil jeg presentere alle funn fra de to undersøkelsene jeg har sendt til musikkterapeuter og øvrig helsepersonell ved rehabiliteringsinstitusjoner. Avslutningsvis vil jeg diskutere disse funnene i lys av oppgavens teoretiske fundament, og jeg vil vurdere sterke og svake sider ved metode og gjennomføring av undersøkelsen.

2 Teori

I det følgende vil jeg gjøre rede for kunnskap og teorier som kaster lys over bruk av musikk og musikkterapi i rehabilitering av hjerneslag. Jeg vil først beskrive hjerneslag som sykdom og deretter vil jeg gjøre rede for hvordan man tilnærmer seg rehabilitering av hjerneslag og hvordan tilbudet er organisert i Norge. I del to av teorikapittelet vil jeg beskrive hvordan musikk påvirker hjernen. Deretter vil jeg trekke fram sentrale tilnærminger innen bruk av musikk og musikkterapi i rehabilitering av hjerneslag. Til slutt vil jeg se på hvilke metoder, teknikker og intervensjoner som brukes i dette arbeidet.

2.1 Hjerneslag

Hjerneslag defineres som et «syndrom bestående av raskt utviklede symptomer eller tegn på tap av sentral eller global funksjon i sentralnervesystemet» (min oversettelse) (Ginsberg, 2010, s. 81). Symptomene varer i mer enn 24 timer, og kan føre til en rekke kort- og langvarige funksjonsnedsettelse, i verste fall død (Ginsberg, 2010). Man kan skille mellom to typer hjerneslag: infarkt eller blødning. Et hjerneinfarkt skjer når manglende blodforsyning fører til ødelagte celler og vev i hjernen (Thomassen, 2021). Infarkt skyldes at en blodpropp (embolus) løsner og vandrer opp i hjernen der den skaper en tilstopping, eller ved en blokkering (trombose) av blodårer lokalt i hjernen som skyldes blant annet abnormiteter i blodårer eller blodgjennomstrømning (Ginsberg, 2010; Thomassen, 2021). En hjerneblødning oppstår når en blodåre sprekker og det blør inn i hjernevevet. Transitorisk iskemisk attack (TIA), på norsk kalt drypp, er betegnelsen på symptomer etter en forbigående iskemisk hendelse hvor symptomene varer i mindre enn 24 timer (Løge, 2021)

Hjerneslag er den nest mest vanlige dødsårsaken i verden, med over 12 millioner tilfeller og nesten syv millioner dødsfall i 2019 (Feigin et al., 2021). I tillegg er det den største årsaken til langvarig funksjonsnedsettelse (Caplan, 2013; Coccia & Provinciali, 2017). 90 prosent av alle hjerneslag skyldes infarkt, mens hjerneblødning kun står for 10 prosent (Thomassen, 2021). Hjerneblødning har en betydelig høyere dødelighet enn hjerneinfarkt - mellom 30-40 prosent. Risikofaktorene som er forbundet med hjerneslag er først og fremst livstilfaktorer som røyking og høyt blodtrykk, i kombinasjon med genetiske risikofaktorer (Ginsberg, 2010).

2.1.1 Behandling etter hjerneslag

Symptomene og funksjonsutfallene som følger etter et hjerneslag avhenger av hvor i hjernen blodtilførselen blir stoppet eller blødningen har skjedd, og hvor raskt man får stoppet utviklingen (Ginsberg, 2010). Hjerneslag behandles hovedsakelig gjennom medikamenter for å løse opp blodproppen (trombolyse) – det må vanligvis skje innen sekstimer etter symptomene har startet. Annen medikamentell behandling gjøres for å for eksempel senke blodtrykk, og i sjeldne tilfeller brukes kirurgiske inngrep for å stoppe blødninger eller minske hevelsen i hjernen som følge av slaget (Ginsberg, 2010). Mekanisk trombektomi, der man "fisker" ut blodproppen i hjernen ved hjelp av et kateter som føres inn fra lysken, er også blitt standardbehandling i utvalgte tilfeller (Enriquez et al., 2022). Funksjonsutfallene kan inkludere problemer med språk, tale og kommunikasjon, svelgefunksjoner, syn og romfølelse, motorikk, fatigue, psykiske plager, kognitive evner, fordøyelse, søvn og smerte (Harvey et al., 2015).

2.1.2 Rehabilitering etter hjerneslag

Rehabilitering betyr å gjenreise noe til sin opprinnelige stilling. Det kommer fra det latinske *re-habilitas*, som betyr *tilbake-evne* (Sunnerhagen, 2014, s. 234). Hvordan man jobber med rehabilitering av hjerneslag har i likhet med hjerneforskning gjennomgått en stor utvikling (Coccia & Provinciali, 2017; Kalra & Harris, 2010). Rehabiliteringen inkluderer både medisinske, fysiske, sosiale, økonomiske og yrkesrettede intervensjoner (Sunnerhagen, 2014, s. 234). Rehabiliteringen skal ha et holistisk perspektiv, og målsettingene må være basert på hva som er mulig, og skal settes i tett samarbeid med individets ønsker, håp og forutsetninger (Sunnerhagen, 2014).

På grunn av de kompliserte funksjonsutfallene som kan følge et hjerneslag, trenger man flere forskjellige fagfelt med i rehabiliteringen (Kalra & Harris, 2010; Sunnerhagen, 2014). Disse tverrfaglige teamene skal i teorien bestå av blant annet sykepleier, fysioterapeut, logoped, ergoterapeut, sosionom, lege, psykolog og sosialarbeider (Sunnerhagen, 2014, s. 235). Det er mange forskjellige tilnærminger som kan brukes i rehabilitering av hjerneslag. Det er ikke avgjørende hvilken type tilnærming som brukes, men at man får trening og terapi. Det man vet er at en tidlig start, høy intensitet, mange repetisjoner og multisensorisk stimulering er effektivt (Kalra & Harris, 2010; Sunnerhagen, 2014).

2.1.3 Hjerneslag i Norge

I Norge blir alle pasienter med akutt hjerneslag registrert via sykehus og gjennom Norsk hjerneslagregister (NHR), det nasjonale kvalitetsregisteret for hjerneslag. Dette er lovpålagt, og på grunn av den automatiske registreringen som skjer, kan vi anta at vi har representative tall når det gjelder slagpopulasjon- og behandling (Fjærtøft et al., 2021). Tall fra 2020-rapporten til hjerneslagregisteret forteller oss at 8917 pasienter med akutt hjerneslag ble registrert i 2020. Gjennomsnittsalderen var 72 år, med tilnærmet lik fordeling blant kvinner og menn (44 prosent kvinner, 56 prosent menn). Dødeligheten etter tre måneder var 17 prosent. 36 prosent av alle som ble rammet av hjerneslag i 2020, mottok rehabilitering. 38 prosent mottok spesialisert rehabilitering, og 62 prosent mottok kommunal rehabilitering (Fjærtøft et al., 2021, s. 88). 61 prosent var selvhjulpne i daglige gjøremål etter de første tre månedene etter slaget. Det betyr at over en tredel hadde utfordringer i hverdagen (Fjærtøft et al., 2021).

Alle som rammes av akutt hjerneslag i Norge, inkluderes i pakkeforløpet for hjerneslag, som er basert på *Nasjonal faglige retningslinje for behandling og rehabilitering etter hjerneslag*. Retningslinjene oppdateres jevnlig og skal sikre et standardisert, men individuelt tilpasset forløp (Helsedirektoratet, 2019). Behandlingskjeden starter med innleggelse på slagenhet eller annen avdeling om det ikke finnes. Der mottar pasienten tilpasset akuttbehandling. Etter dette blir pasienten registrert i pakkeforløpet og får en individuell plan som ser på pasientens forventede «nytte av rehabilitering».

De forskjellige fasene i rehabilitering av hjerneslag beskrives på litt forskjellige måter (McElveen & Macko, 2014). Jeg har valgt å lene meg på den som gjøres av Wergeland et al. (2016, s. 312). Den peker på tre overordnede faser, og der det er meningsfullt, deler den den første inn i to forskjellige faser:

1. Akutt/subakutt fase 1-2 (0-2/3 uker)

Denne fasen innebærer akutt behandling og tidlig rehabilitering, som regel på slagenheten. Om man skiller akuttfasen ut, så gjelder denne 0-24 timer etter debut av symptomer.

2. Overgangsfase (2/3 uker – 3 måneder)

I denne fasen blir pasienter enten sendt hjem ved tidlig utskriving, henvist til sykehjem eller henvist til rehabilitering.

3. Tilpasningsfase (fra 3 måneder etter hjerneslag)

Denne fasen beskriver tiden etter første rehabiliteringsløp og perioden framover.

Akutt behandling og tidlig rehabilitering skjer i slagenhet, en spesialisert, avgrenset enhet som tar imot pasienter med etter hjerneslag (Helsedirektoratet, 2017, s. 9). I overgangsfasen organiseres rehabilitering i regi av kommunen eller spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017). Spesialisthelsetjenesten har ansvaret for tidlig rehabilitering i subakutt fase, og har spesialisert kompetanse og tilstrekkelige resurser. Den spesialiserte rehabiliteringen kan foregå på offentlige eller private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med regionale helseinstitusjoner (Helsedirektoratet, 2015).

2.1.4 Områder man rehabiliterer

Internasjonalt og nasjonalt brukes ICF – *International Classification of Functioning, Disability and Health* – som et felles rammeverk for å forstå funksjonsutfordringer (Helsedirektoratet, 2015, s. 47; Sunnerhagen, 2014, s. 234). I de nasjonale retningslinjene i Norge (Helsedirektoratet, 2017, s. 221–251) er det anbefalt at man tilbyr rehabilitering innenfor følgende områder:

1. *Sensorimotoriske forstyrrelser* (nedsatt motorisk funksjon): Dette innebærer gangtrening, forebygging av fall, armtrening, balansetrening, tiltak ved spastisitet og smerte.
2. *Kognitive vansker*: Problemer med oppfatnings- og tenkeevnen som kan påvirke konsentrasjon, oppmerksomhet, rom/retningsoppfatning og neglekt, og føre til plager som apraksi, agnosi, neglekt, fatigue eller lignende, lokalt eller globalt.
3. *Syn hørsel og kommunikasjon*: Synsplager, afasi, taleapraksi, og dysartri kan skape store kommunikasjonsvansker.

4. *Svelgevansker, ernæring og eliminasjon:* I tillegg til svelgevansker, som er en svært vanlig og alvorlig skade etter hjerneslag, kan det oppstå problemer med fordøyelse, inkontinens og ernæring.
5. *Depresjon og emosjonell labilitet:* Depresjon etter hjerneslag forekommer hos 20-40 prosent av brukere, i tillegg er ukontrollerte emosjonelle reaksjoner (emosjonell labilitet) vanlig i den første tiden.
6. *Aktivitet og deltakelse:* Dette handler om gjennomføring av «personnære aktiviteter i dagliglivet» (PADL), sosial deltakelse tilpasning og oppfølging for å legge til rette for fritid, arbeid og lignende etter hjerneslag.
7. *Miljøfaktorer:* Miljøfaktorer peker på opplæring og oppfølging av både bruker og pårørende, i tillegg til informasjon, ivaretagelse og støtte.

Hjerneslag er en sykdom med komplekst utfall. Det standardiserte forløpet som eksisterer i Norge er preget av tverrfaglig samarbeid og fokus individuelle mål og ønsker (Helsedirektoratet, 2019). Jeg vil nå gå over til del to av teorikapittelet, hvor jeg redegjør for hvordan musikk og musikkterapi bruke i rehabilitering etter hjerneslag.

2.2 Musikk og musikkterapi i rehabilitering etter hjerneslag

2.2.1 Musikk og hjernen

Som nevnt i innledningen har hjerneforskningen gjennomgått en revolusjonerende utvikling. Bruk av bildediagnostikk gjennom EEG, EMG, og MRI har åpnet vår forståelse av hjernen, og disse verktøyene blir nå også brukt i forskning på musikkens påvirkning på hjernen (Altenmuller & Schlaug, 2013; L'Etoile & Lagasse, 2013). Det er flere grunner til at musikk påvirker oss sterkt. Musikk er en kraftig stimulus, og en av de mest komplekse aktivitetene som foregår i hjernen (Brean & Skeie, 2019). Dette skyldes at musikken er multimodal, og setter i gang en rekke komplekse prosesser som involverer forskjellige områder i hjernen (Altenmuller & Schlaug, 2013). Studier av musikere har vist at aktiveringen er så kraftig at den kan føre til endringer i hjernen, også kalt nevroplastisitet (Altenmuller & Schlaug, 2013; Brean & Skeie, 2019; Koelsch, 2011; L'Etoile & Lagasse, 2013).

For det andre har forskning vist at de nettverkene som aktiveres av musikk, også er viktige for aktiviteter som ikke har noe med musikk å gjøre. Dette inkluderer områder som er avgjørende for emosjonell og sosial funksjon, det vil si aktivitet i limbiske og paralimbiske hjerneområder (L'Etoile & Lagasse, 2013). Når vi som mennesker opplever en emosjonell forstyrrelse, kan musikkens påvirkning på de samme systemene ha en terapeutisk verdi (Koelsch, 2011). Blood og Zatorres (2001) forskning har vist at musikk påvirker områder i hjernen som er relatert til belønning, motivasjon og arousal (arousal brukes i denne oppgaven for å beskrive *døsighet, våkenhet og agitasjon* (Neerland et al., 2018).

En hypotese er at selv om musikk ikke er en biologisk nødvendighet i våre liv, kan musikalsk aktivitet sammenlignes med «overlevelsesrelatert stimuli» (Blood & Zatorre, 2001, s. 11823). Det at musikken har alltid vært en del av menneskers liv, kan være et argument for at den også har en grunnleggende biologisk og nevrologisk funksjon (Thaut, 2005, s. 115). Musikken er før-språklig og et middel for kommunikasjon (Borchgrevink, 2008). Kombinert med dens påvirkning på våre emosjoner har musikken en så viktig betydning for oss mennesker at den blir både viktig og verdifull, om ikke til og med nødvendig (Arjmand et al., 2017; Blood & Zatorre, 2001; Cheng, 2018).

Når deler av hjernen er skadet eller ødelagt etter hjerneslag, er mulighet til å endre og gjenoppbygge nettverk og funksjoner helt essensielt (Coccia & Provinciali, 2017), og nevroplastisitet er den mest sentrale begrunnelsen for bruk av musikk i rehabilitering etter slag (Gilbertson, 2013).

2.2.2 Musikkterapi i rehabilitering etter hjerneslag

Musikkterapi i rehabilitering etter hjerneslag har gjennomgått en betydelig utvikling, som på mange måter kan sees som en parallell til utviklingen innen hjerneforskningen (L'Etoile & Lagasse, 2013). Til tross for denne utviklingen er det relativt få musikkterapeuter som jobber innenfor feltet (Durham, 2002; Gilbertson, 2013). Dette kan henge sammen med hvor komplekst sykdomsbildet er, og at det er mangel på spesialiseringsmuligheter i musikkterapiutdannelsen (Magee, 2008). I likhet med måten rehabilitering er beskrevet på i pakkeforløpet og litteratur om hjerneslag er tverrfaglig samarbeid, hensyn til pårørende og et komplekst sykdomsbilde trukket fram i musikkterapilitteraturen (Gilbertson, 2013).

2.2.3 Nevrologisk musikkterapi

Nyvinninger innen hjerneforskningen som skjedde på 1990-tallet har bidratt til det Michael Thaut kaller et «historisk paradigmeskifte» i musikkterapien (Thaut, 2005, s. 62). Det handler om hvordan hjernen oppfatter og produserer musikk, og hvordan musikk i seg selv kan påvirke kognitive, sensorimotoriske og affektive hjerneprosesser. I kjølvannet av dette utviklet Michael Thaut (2005) og en rekke andre forskere og musikkterapeuter *Nevrologisk musikkterapi* (NMT). NMT er en betegnelse på en rekke standardiserte, terapeutiske teknikker basert på forskning på musikkintervensjoner innenfor terapi, medisin og rehabilitering av nevrologiske sykdommer. Det er definert som «den terapeutiske bruken av musikk i kognitive, sensoriske og motoriske dysfunksjoner grunnet nevrologiske sykdommer i nervesystemet» (min oversettelse) (Thaut, 2005, s. 126). Det er tre hovedområder som er fokus for teknikkene i NMT. Disse er sensorimotorisk rehabilitering, tale- og språkrehabilitering og kognitiv rehabilitering. NMT tilbys i dag som videreutdanning i forskjellige grader gjennom The Academy of Neurologic Music Therapy (*The Academy of Neurologic Music Therapy*, u.å.).

2.2.4 Holistiske tilnærminger

Musikkterapi i rehabilitering er også preget av en holistisk tilnærming. Betydningen av identitet og emosjoner står sterkt, både gjennom David Aldridges tekster om nevrologiske skader og musikkterapi, og i arbeidet til Heather Purdie, Jeanette Tamplin, Wendy Magee, Felicity Baker, for å nevne noen (Baker et al., 2015; Magee, 2017; Purdie, 1997; Tamplin et al., 2016).

Aldridge (2005) har i sitt arbeid med nevrologiske lidelser fremmet en tanke om at mennesker er performative, eller framførende i vår eksistens, og at dette skjer i samspill med andre. Samspill med andre er basert på vår medfødte musikalitet, dette basert på utviklingspsykologiske studier som har vist at vår innebygde musikalitet er grunnleggende for hvordan mennesker kommuniserer og knytter oss til andre mennesker (Bonde, 2014, s. 61). Musikkaktivitet kan slik forstått være med på å bygge «relasjonelle mønstre» i og mellom oss (Bonde, 2014, s. 125).

I sitt arbeid med barn med ervervede hjerneskader viser Bower og Shoemark (2009) til hvordan musikk kan være med å skape relasjoner, til og med når språk er intakt og kommunikasjon likevel er vanskelig. Dette er også trukket fram av Gilbertson og Aldridge (2008), som mener opprettelse av meningsfulle relasjoner er essensielt i rehabilitering. Hans syn på nevrorehabilitering handler om mer enn det funksjonelle aspektet, nemlig det at mennesker skal passe inn, i seg selv, i sin kropp og i sin økologi.

Poenget med å se på rehabilitering, helse og identitet som noe som framføres, er at vi kan fjerne oss fra tanken om at kroppen er en konstant som kan repareres (Aldridge, 2005, s. 262). Tamplin et al. (2016) er også opptatt av identitet. De har utviklet en protokoll for terapeutisk låtskriving for mennesker med ervervede hjerneskader. Hensikten med var å bidra til bedre selvoppfattelse og «rekonstruksjon av identitet» i rehabiliteringsprosessen. Låtskrivingsprosessen fokuserer på selvoppfattelse innenfor seks områder: det fysiske, personlige, sosiale, familie, jobb/akademiske og moralske (Tamplin et al., 2016, s. 112). De fokuserer på de psykologiske og emosjonelle konsekvensene av ervervede hjerneskader, og det teoretiske fundamentet er menneskers evne til endring, og hvordan man gjennom en betraktning av sin identitet i lys av fortid, nåtid og framtid kan rekonstruere seg selv og sitt

syn på livet etter skade (Tamplin et al., 2016). Musikkens tilknytning til emosjoner og langtidsminne kan være med på å skape et kraftfullt narrativ som fører til positiv selvoppfattelse og livskvalitet (Tamplin et al., 2016, s. 125). Dette kan henge sammen med det Joy Allen kaller en «multidimensjonal» måte å komme i kontakt med oss selv på. «By using music to address health, we essentially recognize the multidimensional aspects of self as well as the need for multidimensional techniques to access, explore, re-create, and/or create a new way of being.» (Allen, 2013, s. 8).

Også Magee (2017) trekker fram selvets fortid, nåtid og framtid, og hvordan musikk kan bidra til økt agens, mestring og framtidshåp etter nevrologisk skade. Perspektivet handler om at man etter en alvorlig skade ikke kun skal rehabiliteres og bli frisk, men i mange tilfeller må leve med alvorlige ettervirkninger. Det avgjørende er å finne evnen til å tilpasse seg, og leve *med* denne nye virkeligheten. Musikkterapien, med sin emosjonelle, narrative og identitetsbærende kraft, blir en viktig bidragsyter inn i prosessen (Baker, 2012; Magee, 2017; Tamplin et al., 2016).

Selv om de tilnærmingene jeg har gjort rede for her legger mer vekt på psykologiske, sosiale og emosjonelle faktorer enn for eksempel NMT, forneker de ikke det funksjonelle aspektet ved rehabilitering, eller det vitenskapelige grunnlaget hjerneforskningen har bidratt med. Felicity Baker kaller dette “en holistisk tilnærming innenfor en funksjonell ramme” (min oversettelse) (2012, s. 27). Flere foreslår en slik mangefasettert tilnærming til rehabilitering av hjerneslag og ervervede hjerneskader (Clements-Cortés & Haire, 2019; Gilbertson & Aldridge, 2008; Jochims, 2004). Selv Michael Thaut (2008, s. 182) peker på NMT som holistisk orientert, selv om teknikkene er karakterisert som biomedisinske og funksjonsorienterte (Allen, 2013; Daveson, 2008). Hjerneslag og andre ervervede hjerneskader fører til komplekse utfall, og man trenger derfor en mangfoldig tilnærming til nevrologisk rehabilitering (Schmid, 2014).

2.2.5 Bruk av musikk og andre musikalske intervensjoner

Som nevnt innledningsvis, undersøker jeg musikkbruk i sin bredeste forstand. Før jeg ser nærmere på metoder og teknikker som brukes innen rehabilitering etter hjerneslag, vil jeg kort redegjøre for forskjellen mellom musikkterapeutiske metoder og musikalske intervensjoner og bruk av musikk. Musikkterapi og musikkterapeutiske metoder er «en spesiell type musikkopplevelse» som brukes i behandling, evaluering og vurdering, og som tilpasses og presenteres av musikkterapeuten (Bruscia, 2014, s. 128; Gardstrom & Sorel, 2015, s. 116; Särkämö et al., 2013, s. 5). Kenneth Bruscia har definert fire typer musikkopplevelser, og følgelig fire typer musikkterapeutiske metoder. Disse er improvisasjon, gjenskaping, komponering og lytting (Bruscia, 2014, s. 127). Det finnes en stor variasjon av metoder som faller innenfor disse fire kategoriene, og de brukes på forskjellige måter og forskjellige områder (Gardstrom & Sorel, 2015, s. 116). En teknikk i musikkterapeutisk sammenheng er derimot en enkel handling, en prosedyre er et sett med teknikker, og en modell er en omfattende tilnærming til behandling som henger tett sammen med teori, mål og retningslinjer (Bruscia, 2014, s. 129).

Andre musikalske intervensjoner og annen bruk av musikk kan i likhet med musikkterapi kan de ha et terapeutisk mål, men hovedforskjellen mellom de to er at musikkterapi gjennomføres av en utdannet musikkterapeut, og legger til rette for en terapeutiske relasjon mellom klient og terapeut (Särkämö et al., 2013, s. 5). Jeg vil spesifisere underveis om de metodene, teknikkene og studiene som omtales er definert som musikkterapi eller musikalske intervensjoner.

2.3 Metoder og teknikker

En myriade av metoder og teknikker trekkes fram i litteraturen om musikk og musikkterapi i rehabilitering etter hjerneslag (Gilbertson, 2013; Magee et al., 2017). Forskjellige forskere og musikkterapeuter lister opp forskjellige metoder, og det er utenfor denne oppgavens ramme å prøve å beskrive alle sammen. Jeg har valgt å fokusere på noen av de større oversiktene som eksisterer og samtidig trekke fram relevante enkeltmetoder og teknikker.

2.3.1 Teknikker innen nevrologisk musikkterapi

NMT består av en rekke standardiserte teknikker fordelt på sensorimotorisk-, kognitiv- og språk rehabilitering. Teknikkene skal være oppgaveorientert, fokusert, motiverende og individuelt tilpasset (Thaut, 2005, s. 126). Det ligger utenfor denne oppgavens ramme å redegjøre i detalj for alle teknikkene, men jeg vil trekke fram enkelte teknikker som gjør seg gjeldene både innenfor NMT og øvrig bruk av musikk og musikkterapi i rehabilitering av hjerneslag. En fullstendig oversikt over teknikkene som brukes kan finnes i *Handbook of Neurologic Music Therapy* (Thaut & Hoemberg, 2014).

Innen *sensorimotorisk rehabilitering* er den mest brukte og omtalte teknikken *rytmisk auditorisk stimuli* (RAS). RAS er en teknikk hvor rytmisk cueing brukes for å trene opp gange, basert på kunnskap om sammenhengen mellom rytme, motorisk funksjon og auditiv persepsjon (Thaut, 2005, s. 139). RAS er sentral i forskningen innenfor rehabilitering av hjerneslag og ervervede hjerneskader (Baker & Tamplin, 2006; Gonzalez-Hoelling et al., 2021; Mainka et al., 2018; Shin et al., 2015; Thaut & Abiru, 2010; Yu & Kim, 2016)., og har vist seg å være svært effektiv i rehabilitering etter hjerneslag (Lindaman & Abiru, 2013). I tillegg til RAS brukes teknikkene *Patterned Sensory Enhancement* (PSE) og *Therapeutic Instrumental Music Performance* (TIMP) innenfor sensorimotorisk rehabilitering (Thaut, 2005, s. 139).

Innen *språk rehabilitering* brukes en rekke spesifikke teknikker, men jeg vil trekke fram *Melodic Intonation Therapy* (MIT) og *Vocal Intonation Therapy* (VIT). VIT er en teknikk som bruker sang og stemmeøvelser for å fokusere på blant annet volum, pust og intonasjon (de l'Etoile, 2010, s. 80). MIT er en hyppig brukt teknikk i arbeid med afasi, både innen logopedi og musikkterapi. Teknikken ble originalt utviklet av logopeder (Jungblut, 2005) og man bruker rytmiske og melodiske elementer til å oversette fraser til sang, hjulpet av å slå rytmen med en finger. Dette fører til en hemisfærisk overføring av talefunksjon fra venstre til høyre hjernehalvdel (Thaut, 2005, s. 136).

På det tredje området, *kognitiv rehabilitering*, arbeides det med teknikker tilpasset problemer med oppmerksomhet, romslig oppfattelse, språk, eksekutivfunksjon og psykososial tilpasning (M. Thaut, 2005). En av disse er *Musical Neglect Training* (MNT), en

teknikk tilpasset for å jobbe med neglekt, hvor man spiller instrumenter som er plassert slik at klientene kan trene på oppfatte rom via lyd (de l'Etoile, 2010, s. 83). Når det gjelder psykososial tilpasning, er det sparsommelig beskrevet, selv om Thaut påpeker at det er viktig å forstå emosjonelle utfordringer, familiens rolle i sykdommen og andre psykososiale faktorer i rehabilitering (Thaut, 2005, s. 183). Det teoretiske grunnlaget for hvordan man møter psykososiale utfordringer baserer seg blant annet på atferdsteori. Det kalles *Music Psychotherapy and Counseling* (MPC) hvor det gjennom musikalsk improvisasjon jobbes med blant annet sosial og psykisk funksjon (Thaut, 2005, s. 197).

2.3.2 Musikkintervensjoner og musikkterapeutiske metoder og teknikker

Det er som nevnt innledningsvis et mylder av teknikker og metoder som brukes. I sin artikkel om musikkterapi og hjerneslag trekker Gilbertson (2013) fram ulike metoder som brukes innen musikkterapi. Disse er musikklytting til selvvalgt musikk, vokal improvisasjon, og gjenskaping. Han klassifiserer disse ut ifra Bruscias (2014, s. 128) inndeling av metoder, og innen den siste kategorien, gjenskaping, nevner han en rekke spesifikke metoder, blant annet terapeutisk sang og forskjellige stemme- pust- og rytmebaserte metoder (Gilbertson, 2013, s. 121). Baker et al. (2006) har i sin fagbok *Music Therapy Methods in Neurorehabilitation* redegjort for en omfattende liste med teknikker og metoder ut ifra funksjonsområder. Inspirert av Bruscias inndeling av metoder vil jeg nedenfor peke på noen sentrale teknikker og metoder som brukes i rehabilitering etter hjerneslag.

Improvisasjon

Både vokal og instrumental improvisasjon brukes i forskjellige settinger innen rehabilitering etter hjerneslag. Den vokale improvisasjonen kan med fordel brukes med klienter som ikke har overskudd til å høre instrumental musikk, men likevel være en aktivitet som kan fremme kommunikasjon og relasjon mellom klient og terapeut (Gilbertson, 2013, s. 122).

Improvisasjon i gruppe eller individuelt er også beskrevet av Baker et al. (2006, s. 104), spesielt for å jobbe med oppmerksomhet.

Låtskriving (komposisjon)

Gilbertson (2013) påpeker at han ikke har identifisert låtskriving/komposisjon som en metode i forskning og litteratur om hjerneslag. Jeg har tidligere nevnt at Tamplin et al.

(2016) utviklet en protokoll for terapeutisk låtskriving for personer med ervervede hjerneskader, og gruppen inkluderte personer med hjerneslag. Baker et al. (2006) trekker også fram ulike typer låtskriving som nyttig metode i en rekke kognitive og emosjonelle områder i nevrorehabilitering.

Terapeutisk stemmebruk

Arbeid med stemmen er viktig i slagrehabilitering, fordi stemmen ofte er påvirket, både gjennom språk- og taleproblemer, men også fordi respirasjon og svelging kan være rammet (Gilbertson, 2013, s. 123). Stemmebruk har en terapeutisk verdi fordi det er en universal musikkaktivitet, tett knyttet til vår medfødte musikalitet og kommunikasjonsform (Wan et al., 2010). Terapeutisk sang blir trukket fram av flere som et nyttig verktøy i rehabilitering etter ervervede hjerneskader, og også i NMT finnes teknikken *Therapeutic Singing* (TS) (Thaut, 2005, s. 136). Stemmebruk og sang av kjente sanger løftes fram i møte med personer med bevissthetsforstyrrelser (Baker & Tamplin, 2006). Tamplin og Grocke (2008) utviklet en musikkterapiprotokoll som presenterer en holistisk tilnærming til rehabilitering av dysartri, en betegnelse for motoriske taleforstyrrelser som fører til manglende kontroll (Tamplin & Grocke, 2008, s. 23). Protokollen består av en rekke rytmiske og melodiske vokaløvelser for å styrke motorikk, artikulasjon og respirasjon, blant annet VIT, RCS og OMREX, som er NMT-teknikker. Terapeutisk sang inneholder alle disse øvelsene, og er basert på den motiverende og positive effekten av sang, effekten på muskeltrening og prinsipper om nevroplasticitet (Tamplin & Grocke, 2008, s. 26). Også Gilbertson (2013, s. 121–122) trekker fram flere av de samme teknikkene, som slik sett både faller inn under begrepet terapeutisk sang og overlapper med eksisterende teknikker innenfor NMT. I tillegg til å være en støtte til de områdene som er nevnt ovenfor, er ulike metoder innenfor stemme, pust, og talefunksjoner en viktig del av musikkbruk og musikkterapi med kommunikasjonsforstyrrelser. Det er også utviklet en protokoll for afasi kalt *Speech–Music Therapy for Aphasia* (SMTA) basert på koblingen mellom musikk og språk i hjernen (Hurkmans et al., 2015). MIT er allerede trukket fra i forbindelse med nevrologisk musikkterapi, og både denne og en modifisert versjon, MMIT er mye omtalt, og har vist seg effektivt i forbindelse med språkforstyrrelsen afasi (Baker, 2012; Baker & Tamplin, 2006; Hough, 2010; Morrow-Odom & Swann, 2013). Jeg vil til slutt nevne SIPARI, en musikkintervensjon utviklet av Monika Jungblut (2005, s. 195). Her

brukes melodiske, improvisatoriske og rytmiske elementer for å aktivere høyre hjernehalvdel, spesielt med mennesker som opplever kronisk afasi.

Lytting til innspilt eller live musikk

Lytting til musikk er trukket fram i behandling av smerte og anspenhet (Baker & Tamplin, 2006). Spesielt lytting til selvvalgt musikk pekes på som verdifullt (Gilbertson, 2013). I tillegg er *the Bonny Method of Guided Imagery and Music* en metode som trekkes fram i relasjon til avspenning, smerte, og emosjonelle tilstander. Metoden krever videreutdanning, og handler om å veilede en klient gjennom bilder som oppstår i en alterert bevissthetstilstand (Baker & Tamplin, 2006, s. 98).

Instrumentopplæring, spilling og samspill

Den siste gruppen metoder og teknikker jeg vil trekke fram, kan falle inn under det Bruscia (2014) kaller gjenskaping og komposisjon. Jeg kaller dette «instrumentopplæring» og «samspill», fordi det sentrale punktet er å spille på instrumenter. Ulike musikkaktiviteter på forskjellige instrumenter blir gjerne brukt i rehabilitering av motoriske funksjoner. Baker et al. (2006) viser til øvelser på og spilling med trommer og perkusjonsinstrumenter, samt gitar, for å trene opp fin- og grovmotorikk i overkroppen. Det er stabile rytmiske og gjerne kjente sanger som brukes, og man kan trene på simultane bevegelser, styrke, utholdenhet og presisjon. Disse teknikkene kan minne om TIMP, som er beskrevet i avsnittet om teknikker innen NMT. En musikkintervensjon som ikke defineres som musikkterapi, men som har likehetstrekk med denne kategorien er *Music-Supported Therapy (MST)*. Den er utviklet av Schneider et al. (2007), og er en intervensjon hvor klienter trener på grov- og finmotorikk ved å spille på MIDI-piano eller elektronisk trommesett (Grau-Sánchez et al., 2013, s. 2).

Jeg har i det følgende redegjort for viktige prinsipper, tilnærminger og teknikker innen bruk av musikk og musikkterapi i rehabilitering etter hjerneslag. I neste kapittel vil jeg redegjøre for mitt vitenskapsteoretiske perspektiv, valg av metode og analyse, samt etiske refleksjoner.

3 Metode og vitenskapsteori

3.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv

Vitenskapsteoretisk og vitenskapsfilosofisk perspektiv handler om hvordan mennesker tenker om kunnskap og vitenskap, og er en forutsetning for vitenskapelig aktivitet (Thornquist, 2003). To viktige begreper er ontologi (hva verden og virkeligheten er) og epistemologi (hva kunnskap er, og hvordan denne frembringes (Thornquist, 2003, s. 8). Det mennesker forstår og tror om hvordan verden er, hva kunnskap og sannhet er, og ikke minst hva det er som er gyldig kunnskap, vil ha mye å si for hvordan vi forholder oss til forskning (Thornquist, 2003, s. 9).

Denne oppgaven er preget av en pragmatisk tilnærming. Vitenskapsteoretikeren Thomas Kuhn brukte begrepet *paradigme* for å beskrive et vitenskapsfelts «normer og grunnleggende antakelser», og hvordan disse vil påvirke eksisterende forskning (Grenness, 2001, s. 59). Cresswell og Plano Clark bruker i stedet begrepet *verdenssyn* som et alternativ til å forklare en forskers filosofiske og teoretiske bakgrunn (Creswell & Plano Clark, 2011, s.39). De mener begrepet kan være mer fruktbart å bruke, fordi det ikke låser oss til et fagfelt. Musikterapi i seg selv er tverrfaglig og trekker på tradisjoner fra fag som medisin, psykologi og humaniora (Ruud, 2005). Slik sett er det ikke gitt hvilket paradigme som ligger til grunn for det forskningsarbeidet man gjør. Thornquist (2003, s. 69) trekker fram et lignende perspektiv: «Helsepersonell befinner seg hele tiden i skjæringsfeltet mellom naturvitenskap, samfunnsvitenskap og humaniora. Utfordringen er å yte det sammensatte – praksis, kroppen, sykdom – respekt ved å forfølge mer enn én forskningsstrategi.»

Gjennom arbeidet med oppgaven har jeg stadig kommet tilbake til at det først og fremst er forskningsspørsmålet som har diktert valg av forskningsmetode, og dette henger tett sammen med det pragmatiske verdenssynet.

3.1.1 Pragmatisme

Pragmatismen er et sett ideer utformet av blant annet John Dewy, William James og Charles Saunders Peirce utover 1900-tallet (Creswell & Plano Clark, 2011; Drageset & Ellingsen, 2009). Med en pragmatisk tilnærming ligger søkelyset på forskningsspørsmålet, og man

velger metoder og teknikker ut fra hva som tjener forskningsspørsmålet best. Handling, praksiser og forskningens nytte står høyt (Drageset & Ellingsen, 2009, s. 112). Både objektiv og subjektiv kunnskap framheves, det skilles ikke mellom hva som er best av kvantitative eller kvalitative tilnærminger, og man kan fjerne seg fra det som anses som et ugunstige skillet mellom positivisme og konstruktivisme (Creswell & Plano Clark, 2011, s. 43–44). Også erkjennelsen av virkeligheten og kunnskap er pragmatisk fordi man åpner opp for at det finnes flere virkeligheter, og kunnskap og viten ikke er absolutt sikker (Creswell & Plano Clark, 2011; Drageset & Ellingsen, 2009; Yvonne Feilzer, 2010).

Selv om den pragmatiske tilnærmingen på en side fritar forskeren fra å «velge mellom» ulike verdenssyn, betyr ikke dette at man ikke skal begrunne sine tanker om erkjennelse (Postholm & Jacobsen, 2018, s. 42). Jeg gjør utgangspunktet mitt tydelig fordi jeg, i tråd med post-empirisk filosofi, erkjenner at «forutsetningsløse observasjoner og teoriuavhengig data er en umulighet» (Thornquist, 2003, s. 197). Graden jeg nå fullfører i musikkterapi på Norges musikkhøgskole bygger på et humanistisk perspektiv (Ruud, 2008). I dette ligger det et indeterministisk syn på mennesket, fokus på kontekst, vilje og den subjektive opplevelsen av helse (Ruud, 2008). Dette er ikke noe jeg prøver å fjerne meg fra i oppgaven, men jeg tror også at noen ting kan og bør måles. Spørsmålet jeg stiller i oppgaven, handler om en virkelighet jeg kan måle. Jeg slutter meg til den pragmatiske tilnærmingen forfektet av Dag Ingvar Jacobsen, som bygger på Karl Popper og hans dreining vekk fra positivismen. Denne representerer en tro på at forskeren er aldri helt nøytral, og at en ren objektiv sannhet ikke finnes (Jacobsen, 2005). I stedet kan man snakke om sannsynlighet for at noe er sant, og gjennom forskerens *refleksivitet* kan man tydeliggjøre hvilket utgangspunkt man har for å undersøke verden (Jacobsen, 2005, s. 32; Postholm & Jacobsen, 2018, s. 53).

I likhet med både post-positivisme og kritisk realisme tror jeg at verden eksisterer utenfor og uavhengig av oss mennesker, men at det også finnes en virkelighet som eksisterer i og med oss (Alvesson & Sköldberg, 2009, s. 39). Virkeligheten er slik sett mangefasettert, og noen deler av den er enklere å beskrive enn andre (Jacobsen, 2005, s. 34). Poenget i denne sammenhengen er å være tydelig rundt *hvilken type virkelighet* det er vi undersøker (Grenness, 2001, s. 34). Den delen av virkelighet jeg setter søkelys på, er primært den som nettopp er enklere å beskrive, den som kan måles. Derfor har jeg valg et deskriptivt

forskningsdesign i oppgaven. Jeg har laget to elektroniske spørreskjemaundersøkelser som har samlet inn primært kvantitative data fra henholdsvis musikkterapeuter i Norge, og alle rehabiliteringsinstitusjoner i Norge.

3.2 Design og metode

3.2.1 Kvantitativ forskning

Da jeg begynte å arbeide med temaet for oppgaven, så jeg to mulige veier framover: jeg kunne enten gjøre dyptgående intervjuer med noen få individer som arbeidet med musikkterapi og rehabilitering etter hjerneslag, eller så kunne jeg lage en bredere, men også mer generell undersøkelse for å få et overblikk over feltet i Norge.

Begge deler kunne ha gitt spennende informasjon, men slik jeg ser på kunnskap og kunnskapsdannelse, ble det viktig for meg å starte med den brede oversikten. Som vist tidligere finnes det allerede internasjonal forskning som gir et teoretisk grunnlag for å snakke om arbeidsmetoder, utfordringer og omfang av musikkterapi i rehabilitering etter hjerneslag. Det er ubeskrevet i Norge. Derfor synes jeg det var viktigere å få en oversikt over dette, før man eventuelt går i dybden på den enkelte musikkterapeuts tanker og syn om saken. Ikke fordi de individuelle erfaringene ikke er viktige, men fordi jeg tror det er vanskelig å vite hvordan disse erfaringene eventuelt skal vektes når man ikke vet hvor mange individuelle erfaringer som finnes. Mitt syn på kunnskap er slik sett mer rekkefølgeorientert enn hierarkisk. Derfor har jeg gjennomført en kvantitativ undersøkelse, som tar sikte på å beskrive i bredden, ikke i dybden. Enkelt oppsummert kan man si at forskjellen på kvantitativ og kvalitativ forskning er at kvantitativ forskning tar i bruk kvantifiserbare størrelser (tall) for å beskrive eller forklare et fenomen, mens kvalitativ forskning baserer seg tradisjonelt på tekstmaterialet for å forstå og fortolke fenomener (Befring, 2007). Den ene tilnærmingen kan hjelpe oss med å få dyptgående kunnskap om få enheter, mens den andre gir oss oversikt over et større felt.

3.2.2 Deskriptivt forskningsdesign – tverrsnittsundersøkelse

Ved valg av forskningsdesign er det spesielt to ting å ta hensyn til: om undersøkelsen skal gå i dybden eller bredden, og om undersøkelsen er beskrivende eller forklarende (Jacobsen,

2005, s. 87). Jeg har en problemstilling som tar sikte på å beskrive, og derfor har jeg valgt å bruke et deskriptivt forskningsdesign. Deskriptive forskningsdesign er egnet til å beskrive og kartlegge karakteristikker ved en rekke undersøkelsesenheter (respondenter), se på hvor mange som er eller gjør noe, og ikke minst kombinere informasjon om egenskaper og handlinger (Grenness, 2001; Jacobsen, 2005; Johannessen et al., 2010). Dette sammenfaller godt med formålet for denne undersøkelsen. Jeg ønsker å bidra til å finne ut mer om hva det er som finnes, i likhet med det Edvard Befring trekker fram som et viktig perspektiv i grunnforskning: «å sjå nye funn og vurderingar som mellombels stasjoner på vegen mot nye erkjenningar.» (Befring, 2007, s. 16). Det forholdet jeg ønsker å beskrive skjer på et bestemt tidspunkt. Det gir et øyeblikksbilde av det fenomenet jeg undersøker, og det type deskriptiv forskningsdesign jeg bruker defineres derfor som en tverrsnittsundersøkelse.

3.2.3 Lukket tilnærming

Jeg har et ønske om å finne ut av hvordan musikk og musikkterapi brukes i rehabilitering av hjerneslag i Norge, men jeg har lite grunnlag for å reise noen hypoteser i forkant.

Undersøkelsen er likevel ikke upåvirket av teori, og spørsmålene jeg har stilt er basert på eksisterende forskning på musikkterapi og rehabilitering etter hjerneslag. Kan man på bakgrunn av dette si noe om jeg har en *induktiv* eller *deduktiv* tilnærming? Forskjellen på disse er at den førstnevnte starter med erfaringer for å så utlede teorier, mens den sistnevnte tar utgangspunkt i teorier for å stille hypoteser, og deretter teste hvorvidt disse er sanne (Jacobsen, 2005, s. 32). I dag er skillet mellom induksjon og deduksjon kun «av teoretisk interesse» (Grenness, 2001, s. 49). Man kan med fordel heller snakke om å ha en åpen eller lukket tilnærming til datainnsamling (Jacobsen, 2005, s. 32; Postholm & Jacobsen, 2018, s. 103). En spørreskjemaundersøkelse med forhåndsdefinerte spørsmål og kategorier er lukket (Postholm & Jacobsen 2018). Jeg har laget en undersøkelse som i all hovedsak har er lukket, men likevel har åpne elementer ved at jeg har lagt inn noen åpne spørsmål. Dette vil jeg komme tilbake til i kapittel 3.3.1 Konstruksjon av spørreskjema.

3.2.4 Datainnsamlingsmetode

Jeg bruker spørreskjemaundersøkelse som metode i denne oppgaven. Andre betegnelser på dette er enquête og survey, men i denne oppgaven kaller jeg det for enkelhets skyld *spørreundersøkelse*, *spørreskjema* eller *undersøkelse*, uavhengig av om kilden jeg refererer til bruker begrepet survey, enquête eller spørreskjema. Formålet med en spørreundersøkelse er å systematisk samle inn informasjon fra et stort antall respondenter, som hjelper oss å se hva det er som karakteriserer en gruppe eller en befolkning (Curtis, 2016; Aarø, 2007). Spørreundersøkelsen blir brukt deskriptivt. Til forskjell fra for eksempel analytisk bruk, handler dette om å *beskrive* en gruppe, individers eller situasjoners karakteristikk (Curtis, 2016, s. 527; Wigram, 2005, s. 274). Metoden egner seg godt når man skal samle inn data fra en større gruppe mennesker (Curtis, 2016, s. 527). Nettopp dette har vært viktig for meg, ettersom jeg ville nå ut til så mange mennesker som mulig. I musikkterapiforskning er spørreundersøkelser ofte brukt til å beskrive både holdninger og handlinger relatert til musikkterapeutisk arbeid, og kan egne seg spesielt til å belyse musikkterapi som profesjon (Wigram, 2005, s. 272).

Jeg har laget to ferdigstrukturerte elektroniske spørreskjema i form av en lenke som blir sendt på e-post. Gjennom å klikke seg inn på en lenke velger respondentene selv om de vil delta, noe som vil si at undersøkelsen er «selvadministrert» (Haraldsen, 1999, s. 203). Fordelene med å gjennomføre undersøkelsen på denne måten er at det krever lite ressurser, man kan samle inn en bredde av data, og man utøver minimal påvirkning fra forskeren (Grenness, 2001). Ulempene er at det vanligvis er lav svarprosent, rundt 25 prosent, i tillegg til at man har lite kontroll over respondentene og svarsituasjonen (Wigram, 2005, s. 274).

3.2.5 Type data

Jeg har samlet inn kvantitative data. Undersøkelsen inkluderer likevel noe kvalitative data, ved at jeg har lagt inn noen åpne spørsmål som supplerer de lukkede spørsmålene. Årsaken til dette er todelt. For det første er bruk av åpne spørsmål nyttig når vi ikke kjenner til alle mulige svaralternativer, og for det andre tillater det respondentene å få legge til informasjon de selv mener er viktig (Jacobsen, 2005). En slik blanding av metodiske tilnærminger kan være med på å «begrense de svake sidene som finnes ved enhver metode» (Jacobsen, 2005, s. 127). Det må likevel understrekes at jeg ikke gjennomfører en kombinasjon, eller såkalt

metodetriangulering, der de to ulike tilnærmingene «fungerer som kritiske tester av hverandre» (Jacobsen, 2005, s. 136).

Datamaterialet er i all hovedsak kvantitativt, og jeg vil analysere funnene deretter. De åpne spørsmålene vil i all hovedsak bli presentert løpende, men jeg har latt meg inspirere av kvalitativ innholdsanalyse for å sikre en noe mer systematisk behandling av disse dataene. Jeg har ikke ønsket å kvantifisere disse, fordi det er en komplisert øvelse. Det er også en fare for at man kan misforstå eller mistolke, og at tall og skala da gir «et skinn av presisjon» (Thornquist, 2003, s. 73).

3.3 Spørreskjemakonstruksjon

3.3.1 Konstruksjon av skjema

Spørreundersøkelsen i denne oppgaven er laget ved hjelp av spørreskjemaverktøyet SurveyXact. Undersøkelsen som ble sendt ut til musikkterapeuter besto av 23 spørsmål, hvorav de første tre spørsmålene var filterspørsmål, en type avgrensning som tillater å luke ut respondenter som ikke faller innenfor en satt definisjon (Jacobsen, 2005). Undersøkelsen som ble sendt ut til rehabiliteringsinstitusjoner besto av ti spørsmål, inkludert et filterspørsmål. Informasjonsskrivet ble laget med utgangspunkt i NSD sin mal. Jeg vil beskrive dette mer detaljert under kapittel 3.6 Etske refleksjoner. Begge spørreskjemaene inkludert informasjonsskriv finnes i sin helhet i vedlegg 1 og 2.

De to spørreundersøkelsene jeg har sendt ut, har primært bestått av lukkede spørsmål med fastsatte svarkategorier. I de tilfellene hvor jeg ikke kunne garantere at svarkategoriene var utfyllende, brukte jeg en kombinasjon av faste kategorier og åpne svaralternativer, der respondentene kunne supplere de eksisterende kategoriene med alternativer. I tillegg inkluderte jeg noen få spørsmål med åpne tekstfelt, både for å gi respondentene sjansen til å utdype tidligere besvarte spørsmål, men også fordi noen av svaralternativene var for mange til å kategorisere. Et eksempel på dette er spørsmål om fordeler og ulemper ved å bruke musikkterapi i rehabilitering etter hjerneslag. Det var umulig for meg å lage en fullstendig kategorisk oversikt over alle fordeler og ulemper, og jeg brukte derfor et åpnet svaralternativ. Jeg har tatt i bruk frekvensskalaer og intensitetsskalaer for å måle omfang av

atferd, som for eksempel ansettelsesprosent, eller i hvilken *grad* musikk brukes i rehabilitering etter hjerneslag.

3.3.2 Måling, variabler, og måleskala

De egenskapene jeg har målt, undersøkelsens variabler, har i størst grad vært på nominalnivå. Disse sier oss noe om forskjeller, men ikke rangering eller avstand mellom verdier (Befring, 2007, s. 104). Noen av disse er dikotome variabler, som vil si at de bare har to mulige alternativer, som for eksempel ja/nei (Befring, 2007, s. 101). Jeg har også noen variabler på ordinalnivå, som rangerer verdier uten å si noe om avstand, samt noen få variabler på proposjonsnivå (også kalt ratio), som både kan si noe om rangering, avstand mellom verdier og absolutt nullpunkt (Grenness, 2001, s. 133–138). En fullstendig oversikt over variabler kan finnes i vedlegg 4 og 5.

3.3.3 Testing av spørreskjema og revidering av kategorier

Ved å sende ut en pilot til et utvalg personer som har fellestrekk med den populasjonen undersøkelsen retter seg mot, kan man identifisere problemer med spørsmålene, svaralternativene, oppsettet og eventuelt frafall (Haraldsen, 1999). Jeg har brukt eksisterende teori, tilbakemeldinger og diskusjon med veileder for å sikre «begrepsvaliditet», nemlig samsvar mellom teoretisk og operasjonell betydning (Befring, 2007, s. 115). Begrepene må være *operasjonelle* – dvs. at de ikke kun representerer en teoretisk funksjon, men en funksjon som er forstått, og som egner seg til å måle et fenomen (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010, s.70).

Spørreskjema 1 til musikkterapeuter ble sendt ut i til fire masterstudenter i musikkterapi, en musikkpedagog og fire musikkterapeuter. Denne gruppen besto også lærere med lang erfaring fra både kvalitativ og kvantitativ forskning, inkludert min egen veileder.

Tilbakemeldingene jeg fikk gikk på både form og innhold. Disse handlet om bruk av fritekstsvar, og spesifisering av informasjonsskrivet. Jeg fikk også inn flere perspektiver på hvilke elementer ved musikkterapeutisk arbeid som kunne være interessant å inkludere, hvorav flere av disse ble inkludert i undersøkelsen (blant annet bruk av individuell/gruppemusikkterapi. I tillegg fikk jeg tilbakemeldinger på ord, uttrykk og detaljer. Jeg fikk blant annet bekreftet behovet for å operasjonalisere begrepet «musikkterapeut» -

noe jeg gjorde i spørreskjemaet. Jeg vil avslutningsvis trekke fram hvordan jeg har kommet fram til kategoriene jeg har brukt.

Metoder og teknikker

Kategoriene jeg konstruerte innenfor musikkterapeutiske metoder og teknikker er basert på Bruscias (2014) definisjon av begrepene, men jeg la til framføring og samspill, samt delte metoden lytting inn i to: til live eller innspilt musikk. De to kategoriene er ikke en del av Bruscias (2014, s. 131) primære musikkterapeutiske metoder, de faller inn under *gjenskaping* av musikk, men jeg anser de som viktige variasjoner, som blir trukket fram av blant andre Tamplin et al. (2016), og har derfor inkludert de under metoder og teknikker. Jeg la også til NMT, og bevegelse til musikk, for å kunne sikre at både spesialiserte og mer overordnede former for motorisk trening var representert.

Musikkterapeutisk tilnærming

Jeg ønsket å undersøke om det er noen sammenheng mellom hvor man jobber og hvilken tilnærming man har. I utgangspunktet prøvde jeg å definere kategorier ut ifra eksisterende teorier (Bruscia, 2014; Trondalen & Bonde, 2012). Etter tilbakemeldinger fra testpiloten fikk jeg bekreftet mine mistanker om at kategorier tilknyttet dette spørsmålet kan skape uklarhet, fordi det ikke alltid tydelig hva det er som er en tilnærming, en skole, et perspektiv eller en metode (Bruscia, 2014), og fordi tilnærminger innen nevrorehabilitering ofte er mangefasettete (Gilbertson, 2013; Jochims, 2004). Jeg droppet derfor forhåndsdefinerte kategorier, og gjorde spørsmålet om til et åpent spørsmål hvor musikkterapeutene selv kunne beskrive sin tilnærming.

Rehabiliteringsområder

Jeg tok utgangspunkt i de områdene som er nevnt i kapittel 2.1.4 *Områder man rehabiliterer*, og gjennomarbeidet disse først basert på min egen kunnskap om teori og forskning, og deretter på bakgrunn av tilbakemeldinger fra piloten. Følgende endringer ble gjort:

Syn, hørsel og kommunikasjon

Jeg har delt opp kategorien i tre deler for å klargjøre om noen av disse områdene ble jobbet mer med enn andre. Språkvansker er noe musikkterapeuter ofte jobber med, så jeg endret

begrepet til «kommunikasjon/språkvansker» for å dekke hele spekteret av språklige problemer som kan oppstå etter hjerneslag. Jeg la i tillegg til kategorien afasi, ettersom det er et svært hyppig omtalt område i musikkterapien (Hartley et al., 2010; Zumbansen & Tremblay, 2019).

Svelgevansker, ernæring og eliminasjon

Jeg fjernet denne kategorien helt. Dette gjorde jeg fordi områdene ikke er framhevet som særskilte for musikkterapeuter i den teorien eller forskningen jeg har lest. Jeg har likevel ikke mulighet til å vite sikkert hvor relevant eller irrelevant denne kategorien er, men ved å legge til et «annet»-alternativ i kategoriene, har jeg lagt til rette for å fange opp eventuelle feiltolkninger. Basert på tilbakemeldinger gjennom piloten fikk jeg rettet opp i flere uklarheter rundt begrepene emosjonell labilitet, aktivitet og deltakelse og miljøfaktorer. Jeg endret disse til *psykisk helse, aktivitet (gjennomføring av dagligdagse oppgaver), sosiale behov og deltakelse og arbeid med pårørende*.

Utforming av spørreskjema 2 til rehabiliteringsinstitusjoner ble gjort i samråd med veileder. På grunn av manglende nettverk innenfor rehabiliteringsinstitusjoner testet jeg kun skjema via veileder og en lærer på Norges Musikkhøgskole. Det eneste kategorispørsmålet handlet om arbeidssted, og jeg utarbeidet disse kategoriene basert på eksisterende retningslinjer og beskrivelser av slagrehabilitering i Norge (Helsedirektoratet, 2017,). Jeg var usikker på om jeg skulle inkludere *spesialisert rehabilitering*, men jeg valgte å skrive «rehabiliteringsinstitusjon» og heller gi respondentene mulighet til å føre inn alternativer i «annet»-boksen.

De øvrige spørsmålene handlet om hvorvidt rehabiliteringsinstitusjonene brukte musikalske virkemidler eller musikkterapi, om de jobbet med musikkterapeuter og hvorvidt de så noen fordeler eller ulemper ved bruk av musikk eller musikkterapi. Jeg brukte i hovedsak intensitetsskaler for å måle dette, men la inn mulighet til å utdype i fritekstsvar angående fordeler og ulemper. For en fullstendig oversikt over spørsmål og kategorier, se vedlegg 1 og 2.

3.4 Utvalg

3.4.1 Bekvemmelighetsutvalg

For å velge ut respondenter til denne undersøkelsen har jeg gjort et ikke-sannsynlighetsutvalg kalt bekvemmelighetsutvalg. Jeg har sendt undersøkelsen til alle mulige respondenter jeg har hatt mulighet til å kontakte, og dermed gjort et utvalg ut ifra hvem jeg har hatt mulighet til å nå (Jacobsen, 2005, s. 292; Aarø, 2007, s. 25). Årsaken er at jeg ikke har hatt en fullstendig oversikt over hverken teoretisk eller faktisk populasjon, hvor den første inneholder alle relevante respondenter, og den andre inneholder alle respondenter du har mulighet til å nå, og derfor ikke kan sikre respondentene lik mulighet for å bli trukket ut (Jacobsen, 2005, s. 281). Det har ikke vært hensikten med oppgaven å generalisere funn, men å nå ut til så mange som mulig for å kunne kartlegge hvordan musikk og musikkterapi brukes i rehabilitering etter hjerneslag. Et annet viktig poeng er at den faktiske populasjonen ikke har vært så stor i utgangspunktet, og det har derfor vært lite poeng i å begrense antallet respondenter jeg har inkludert. Tony Wigram trekker fram verdien av å inkludere en hel populasjon som når man bruker spørreundersøkelser for å forske på musikkterapeuter:

In the case of studying music therapy practitioners, the small size of the profession may lead surveyors to consider it more efficacious to simply include all of the qualified practicing music therapists listed in the directory of a particular country, thus incorporating the entire population as the selected sample. (Wigram, 2005, s. 275)

3.4.2 Avgrensning av populasjon

Jeg identifiserte to teoretiske populasjoner:

1. alle musikkterapeuter i Norge
2. institusjoner som jobber med rehabilitering etter hjerneslag i Norge

For å avgrense populasjonen ytterligere, satte jeg noen kriterier som er beskrevet nedenfor. En slik avgrensning av populasjonen kalles kontrollert frafall (Jacobsen, 2005, s. 280), og sørger for at man ikke inkluderer en stor mengde respondenter som faller utenfor undersøkelsens formål.

Jeg satte følgende kriterier:

1. alle musikkterapeuter i Norge som:
 - har mastergrad eller lignende utdanning
 - jobber i Norge i dag
 - jobber som musikkterapeuter i dag
2. alle rehabiliteringsinstitusjoner som:
 - jobber med rehabilitering etter hjerneslag i dag
 - gjennomfører sitt arbeid i Norge

Det kan også være verdt å merke seg hva slag *type* respondenter det er snakk om. Den første populasjonen består musikkterapeuter. Disse kan kalles *absolutte enheter*, ettersom de er enkeltindivider (Jacobsen, 2005, s.278). Den andre populasjonen, sykehus og institusjoner som arbeider med rehabilitering etter hjerneslag, er *kollektive enheter*, ettersom de består av flere individer, men blir undersøkt som én enhet (respondent) (Jacobsen, 2005, s. 279). Hvorvidt personen som har svart på vegne av en rehabiliteringsinstitusjon faktisk er representativ, er noe jeg vil komme tilbake til i diskusjonsdelen av denne oppgaven.

For å finne fram til den faktiske populasjonen, de jeg har mulighet til å nå ut til, tok jeg utgangspunkt i eksisterende registre. For populasjon 1, musikkterapeutene, brukte jeg registeret til Norsk forening for musikkterapi (NFM), en interesseorganisasjon for musikkterapeuter i Norge. For populasjon 2 tok jeg utgangspunkt i Norsk hjerneslagregisters oversikt over sykehus som behandler hjerneslag, og supplerte denne listen med Helsensorges oversikt over rehabiliteringstilbud, både offentlig og privat (*Rehabilitering: Hjerneslag og ervervede hjernesker*, u.å.). Til slutt gjennomførte jeg en rekke internettsøk på «rehabilitering av hjerneslag», for å undersøke om det var noen tilbud som eksisterte utenfor disse registrene.

3.4.3 Distribusjon av spørreskjema

Spørreundersøkelse 1 til musikkterapeuter ble gjennom tre kanaler; på e-post, gjennom nettsted og via sosiale medier. Jeg fikk hjelp av NFM til å nå ut til musikkterapeutene i Norge. De sendte ut spørreundersøkelsen på e-post til alle sine medlemmer, lagde en artikkel på sine nettsider og delte undersøkelsen på sine Facebook-sider (Vedlegg 3 og 7,

Asskildt 2022). I tillegg til dette delte jeg undersøkelsen i mitt nettverk gjennom Facebook-grupper for musikkterapi i Norge.

Påminnelser og purring er standard metode når man gjennomfører spørreundersøkelser (Haraldsen, 1999). Jeg hadde ikke tilgang til e-postlisten til NFM, og dermed heller ikke full kontroll over utsending og påminnelser. NFM ønsket ikke å sende ut påminnelse på e-post, men sendte heller ut denne på sine Facebook-sider. På grunn av lav svarprosent og sen påminnelse utsatte jeg den opprinnelige fristen (15.september) med ti dager. En fullstendig oversikt over distribusjonen er vist i tabell 2.

Distribusjon av spørreundersøkelse 1 musikkterapeuter

Avsender	Dato	Kanal	Innhold	Medlemmer
NFM	26.aug	musikkterapi.no	Publiserte artikkel med lenke til spørreundersøkelse	
NFM	26.aug	Facebook / Norsk Forening for musikkterapi	Oppfordring til å delta i spørreundersøkelse, lenke til sak på musikkterapi.no.	1297
Karoline Asskildt	27.aug	Facebook / Musikkterapi i Norge	Delte sak fra musikkterapi.no	1294
NFM	02.sep	Nyhetsbrev per e-post	E-post med lenke til spørreundersøkelse sendt til alle medlemmer i NFM	543
Karoline Asskildt	03.sep	Facebook / Musikkterapi i eldreomsorgen	Delte lenke til spørreundersøkelse	142
NFM	13.sep	Facebook / Norsk Forening for musikkterapi	Påminnelse om å delta i spørreundersøkelse, med utsatt frist	1297
Karoline Asskildt	13.sep	Facebook / Musikkterapi i Norge	Påminnelse om å delta i spørreundersøkelse, med utsatt frist	1294
Karoline Asskildt	20.sep	Facebook / Musikkterapi i Norge	Påminnelse om siste frist for å delta i spørreundersøkelse	1294

Tabell 2 Distribusjon av spørreundersøkelse 1 musikkterapeuter

Slik jeg har redegjort for i kapittel 3.4 om utvalgstrekking, måtte jeg bruke forskjellige type registre for å finne en oversikt over hvilke institusjoner i Norge som arbeider med rehabilitering etter hjerneslag. Når jeg hadde laget denne, måtte jeg opprette kontakt med de forskjellige rehabiliteringsinstitusjonene. Alle private rehabiliteringsinstitusjoner hadde

nettside med kontaktinfo, mens de offentlige kun har én generell e-postadresse tilgjengelig på sine respektive nettsider. Jeg måtte derfor jobbe møysommelig med å kontakte hvert enkelt offentlig sykehus og tråkle meg fram til riktig avdeling og riktig person. Dette var svært tidkrevende, men det hadde også den fordelen av når jeg først fikk tak i riktig e-post, var det enkelt å få kontakt. Med en fullstendig e-postliste sendte jeg så ut en forespørsel om de ville delta i undersøkelsen, og ved positivt svar sendte jeg e-post med selvopprettelseslenke til spørreundersøkelsen.

For å følge opp spørreundersøkelse 2 sendte jeg en ny påminnelse til de som ikke hadde fått tilsendt lenke til spørreskjema etter to uker. Fristen var opprinnelig 15. september, men ettersom distribusjonen tok lengere tid enn planlagt, utsatte jeg den til 25. oktober.

3.5 Analyse

Som jeg tidligere har gjort rede for, samlet jeg primært inn kvantitative data i denne undersøkelsen. Disse vil jeg analysere ved hjelp av deskriptiv statistikk og univariat analyse. De få kvalitative dataene jeg har samlet inn vil hovedsakelig beskrives i løpende tekstform, men som jeg vil utdype senere, har jeg latt meg inspirere av innholdsanalyse i kategoriseringen av disse.

3.5.1 Analyseverktøy

Jeg gjennomførte mesteparten av analysen gjennom analyseverktøyet i SurveyXact. Ved utregning av median og kvartilavvik importerte jeg dataene til Excel og gjorde utregningene der.

3.5.2 Analyse av kvantitative data

Deskriptiv statistikk er en rekke metoder og prinsipper for å regne ut statistiske størrelser som lar oss kan se hvordan forskjellige egenskaper er fordelt i utvalget vårt (Grenness, 2001; Aarø, 2007). Målet er å bruke datamaterialet for beskrive og kartlegge, til forskjell fra for eksempel analytisk statistikk, hvor man ser etter samvariasjon (Aarø, 2007, s. 7). Jeg har brukt metoden fordi den egner seg til å beskrive få respondenter (Befring, 2007). Jeg har gjennomført univariat analyse av datamaterialet, det vil si at jeg beskriver én og én variabel i

spørreskjemaet (Jacobsen, 2005). Jeg bruker enkel univariat analyse, hvor jeg ser på mål på spredning. Dette handler om hvordan egenskaper er fordelt på de forskjellige verdiene av en variabel (Aarø, 2007). Dette framstiller jeg grafisk som frekvensfordelinger, og viser til gjennomsnitt via modus eller median der dette er hensiktsmessig.

3.5.3 Analyse av kvalitative data

Når man analyserer åpne data i en kvantitativ undersøkelse kan man ikke behandle disse statistisk med mindre de omkodes til tall. En forenklet måte å skille mellom kvantitativ og kvalitativ analyse kan være å si at den førstnevnte jobber med eksisterende kategorier, mens den sistnevnte jobber med å finne kategorier (Grenness, 2001). Når jeg skal analysere de åpne tekstfeltene i undersøkelsene, vil jeg befinne meg et sted midt mellom det skillet jeg beskriver ovenfor. Jeg har lett etter den «uttrykte» meningen i teksten, det respondentene skriver, og jeg har ikke prøvd å finne en underliggende mening (Johannessen et al., 2010, s. 166). Jeg har latt meg inspirere av kvalitativ innholdsanalyse, som handler om å redusere tekst (fra for eksempel intervju eller observasjoner) til tema eller kategorier (Jacobsen, 2005).

Første steg i en innholdsanalyse er å lage kategorier. Jakobsen (2005, s.194) forklarer at kategoriene må springe ut ifra tre kilder.

1. De må ta utgangspunkt i datamaterialet
2. De må være logiske for andre enn respondentene og forskeren.
3. De må kunne måles opp mot eksisterende teori og empiri.

Kategoriene tar utgangspunkt i datamaterialet, men når man bruker faste spørsmål har man allerede et utgangspunkt å danne kategoriene ut ifra (Jacobsen, 2005; Johannessen et al., 2010). Derfor ble de overordnede kategoriene laget med utgangspunkt i spørsmålene jeg har stilt. Deretter lagde jeg underkategorier, hvor jeg plasserte de enkelte dataene (Jacobsen, 2005). Der en kommentar har inneholdt flere tema, har jeg delt disse opp. Deretter lagde jeg underkategorier, og gjennomgikk det hele på nytt for å være sikker på at jeg hadde plassert alt riktig. Innholdet vil bli gjengitt som løpende tekst i resultatdelen.

3.6 Etiske refleksjoner

Etiske og moralske vurderinger handler om hva som er rett og galt, og hvordan de reglene eller normene som springer ut ifra disse vurderingene hjelper oss å forholde oss til vår menneskelige – og forskningsrettede aktivitet (Befring, 2007). Å være seg bevisst etiske problemstillinger og retningslinjer rundt forskningens verdi i samfunnet og dens påvirkning på menneskene som deltar i den, er svært viktig (McFerran & Silverman, 2018). Når mennesker er direkte involvert i forskning, slik de er i kraft av å være respondenter i min spørreundersøkelse, må jeg tenke over hvilke etiske problemstillinger dette kan innebære (Johannessen et al., 2010).

Jeg har forholdt meg til retningslinjene som er utformet av Nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora, slik de er sammenfattet av Johannessen, Tufte og Christoffersen (2010, s.91-92). De handler om *informantens rett til selvbestemmelse og autonomi*, om å *respektere informantens privatliv*, og om *forskerens ansvar for å unngå skade*. De punktene som er mest relevante i forhold til min forskning er informert samtykke, frivillig deltakelse, samt god og anonym datahåndtering. Dette har jeg gjort ved å gjøre de tiltakene og vurderingene jeg beskriver nedenfor.

3.6.1 Meldeplikt og taushetsplikt

Ettersom jeg samlet inn personopplysninger og lagret disse elektronisk hadde jeg meldeplikt til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) (Johannessen et al., 2010). Prosjektet ble meldt inn til NSD før sommeren 2021 og ble godkjent 15.07.2021 (Vedlegg 6, Asskildt 2022). Et utfyllende informasjonsskriv basert på NSD sin mal ble sendt ut til alle som fikk e-post, og dette skrivet lå også på første side i spørreundersøkelsen. All analyse ble gjort inne i SurveyXact, et program som er underlagt Norges Musikkhøgskoles databehandleravtale.

Programmet er lagt opp slik at man kan jobbe med datamaterialet uten at det er koblet til enkelte respondenter, og man kan også skjule variabler hvis dette er ønskelig. Ingen personopplysninger ble samlet inn, og i alle fritekstsvar la jeg inn en påminnelse om å ikke skrive noe som kunne identifisere hverken respondent eller andre. Disse ble også nøye

gjennomlest og i de tilfellene hvor stedsnavn eller lignende opplysninger var lagt inn, ble disse strøket ut før analysen.

3.6.2 Anonymitet

Spørreundersøkelse 2 til rehabiliteringsinstitusjoner var helt anonym. Ved å sende e-post med spørreundersøkelsen vet jeg hvem som har mottatt lenken til selvopprettelse, men ikke hvem som har svart. Spørreundersøkelse 1 til musikkterapeuter var tilnærmet anonym, men på grunn av de detaljerte spørsmålene, var det en teoretisk sjanse for at en kombinasjon av datamaterialet kunne være identifiserende.

Når datamaterialet kan være identifiserende, har respondenter rett til å kunne trekke seg fra et prosjekt, og be om at alle data blir slettet (Johannessen et al., 2010). Dette var umulig når de svarte anonymt via selvopprettelseslenke, fordi jeg selv ikke kunne vite hvem som hadde svart hva. I samråd med NSD kom jeg fram til følgende løsning: alle musikkterapeutene som svarte på spørreundersøkelsen fikk mulighet til å legge inn en e-post som et siste datapunkt, og kunne dermed bli slettet om de ønsket dette. Denne variabelen ble låst i datasettet, og var aldri synlig for meg verken under innsamling eller analyse av data. Kun hvis noen sendte e-post og ba om å bli slettet, ville variabelen bli låst opp og deretter brukt til å slette data fra aktuelle respondent. Ingen av respondentene har ønsket å trekke seg.

3.6.3 Informert samtykke

Når man samler inn personopplysninger, er man pålagt å hente inn informert samtykke, og sørge for at respondentene forstår hva det er de er med på, og hvorfor (Johannessen et al., 2010). Samtykke ble bekreftet ved deltakelse – det vil si at informasjonsbrevet tydelig beskrev at deltakelse i undersøkelsen var bekreftelse på informert samtykke. All bruk av data, informasjon om frivillig deltakelse og respondentens rettigheter ble tydelig beskrevet i informasjonsbrevet. Informasjonsbrevet til begge spørreundersøkelsene kan finnes i vedlegg 1 og 2.

3.6.4 Kontekst og påvirkning

En av fordelene som trekkes fram ved bruk av elektroniske spørreundersøkelser er at påvirkningen fra forsker og kontekst er liten (Grenness, 2001). Likevel vil vi alltid påvirke verden på en eller annen måte når vi gjennomfører forskning (Aarø, 2007, s. 3). Kun det faktum at noen blir kontaktet og bedt om å delta i en undersøkelse er en form for påvirkning. For å redusere påvirkninger på respondentene fra forsker og annen kontekst har jeg stilt nøytrale spørsmål, som ikke legger føringer i formuleringene (Johannessen et al., 2010). Jeg har forsøkt å holde spørsmålene enkle, og de fleste spørsmålene er rene faktaspørsmål, som i seg selv har liten påvirkning på respondentene (Grenness, 2001, s. 181). De mest ladede ordene jeg har brukt dreier seg om fordeler/ulemper og utfordringer. Jeg har passet på å formulere disse slik at respondentene selv kan avgjøre *om* de mener det for eksempel finnes utfordringer ved å jobbe med musikkterapi og hjerneslag, og eventuelt utdype dette hvis de ønsker, i stedet for å spørre rett ut *hva* som er utfordringene.

4 Resultater

4.1.1 Svarprosent

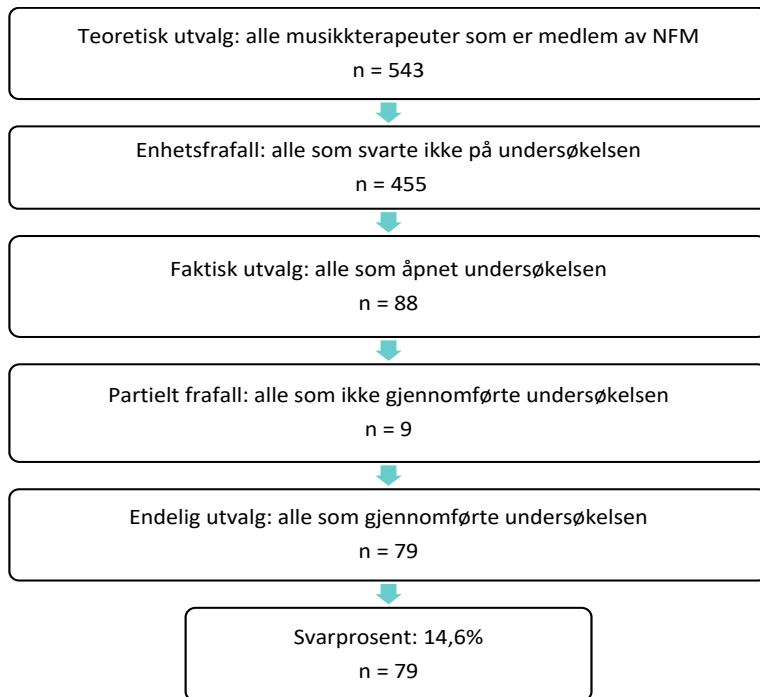
I undersøkelsen jeg har gjennomført, har jeg ikke fullstendig oversikt over den teoretiske populasjonen, og derfor kan jeg ikke med full sikkerhet si hvilken svarprosent jeg har oppnådd, men jeg regner svarprosent ut ifra det teoretiske utvalget jeg endte opp med. Fra 50 prosent og oppover ansees som en tilfredsstillende svarprosent i selvadministrerte undersøkelser (Jacobsen, 2005, s. 300). Før jeg presenterer resultatene fra undersøkelsen vil jeg kort redegjøre for frafall, sett i lys av utvalget jeg har gjort.

4.1.2 Frafall

Frafall er vanlig i spørreundersøkelser, og høyt frafall er en av ulempene ved å gjennomføre selvadministrerte spørreundersøkelser (Grenness, 2001; Haraldsen, 1999). Som det kommer fram nedenfor er det svært forskjellig svarprosent i de to utvalgene. Kun 310 (57 %) av musikkterapeutene åpnet e-posten fra NFM, og kun 79 (14,6 %) gjennomførte undersøkelsen. Av rehabiliteringsinstitusjonene var det 50 (59 %) som gjennomførte undersøkelsen. Svarene på undersøkelsen til rehabiliteringsinstitusjonene kom inn mellom 18. august og 25. oktober. Dette skyldes mest sannsynlig at det tok lang tid å få tak i alle epostene, og jeg sendte ut lenke til spørreskjema jevnt og trutt i denne perioden. For spørreskjemaet til musikkterapeutene kom svarene inn i noen store bolker, tett knyttet til når det ble delt. Da undersøkelsen først ble delt av NMF på deres Facebook-side svarte syv respondenter. Dagen etter, da jeg delte saken på Facebook-gruppen *Musikkterapi i Norge*, svarte 22 respondenter. 02. september, da nyhetsbrevet til NFM ble sendt ut svarte åtte respondenter. Den nest siste og siste purringen på Facebook via den samme gruppen og siden til NFM førte til henholdsvis 13 og seks nye svar. Resten av svarene var fordelt på perioden spørreundersøkelsen var aktiv, mellom 26. august til 25. september.

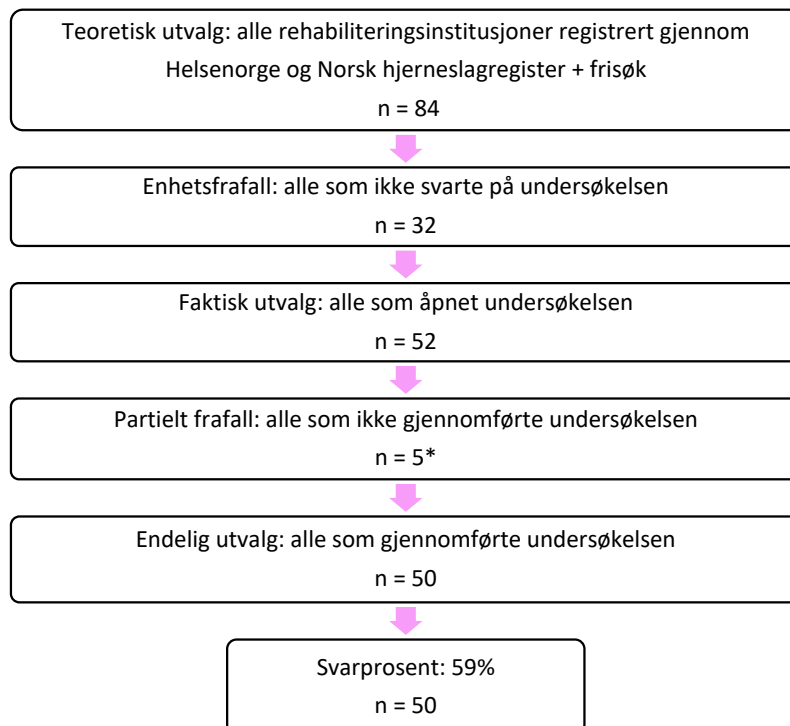
Det frafallet man ikke kan kontrollere, kaller Haraldsen (199, s. 22) enhetsfracfall (de som ikke svarer på undersøkelsen) og partielt frafall (de som kun svarer på deler av undersøkelsen). Nedenfor har jeg laget en oversikt som illustrerer utvalgsprosessen og frafallet i begge utvalgene (figur 1 og 2).

Frafall - musikkterapeuter



Figur 1 Frafall musikkterapeuter

Frafall - rehabiliteringsinstitusjoner



Figur 2 Frafall rehabiliteringsinstitusjoner

*det var ytterligere to rehabiliteringsinstitusjoner som kun svarte på noen spørsmål, men siden dette var viktige spørsmål om bruk av musikk har jeg valgt å inkludere disse svarene.

4.1.3 Representativitet og generalisering

Både Aarø, og andre forfattere trekker fram *representativitet* som et viktig element i spørreundersøkelser (Curtis, 2016; Wigram, 2005; Aarø, 2007). Siden jeg ikke har trukket et sannsynlighetsutvalg, kan jeg heller ikke sikre *statistisk representativitet*, som igjen muliggjør en generalisering av resultater fra utvalg til populasjon (Haraldsen, 1999, s. 59; Aarø, 2007, s. 28).

4.2 Spørreundersøkelse 1 musikkterapeuter

4.2.1 Samlet svarprosent

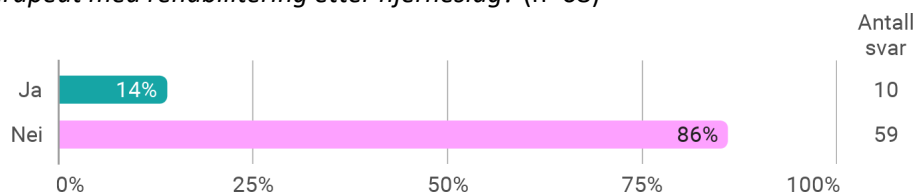
Totalt 88 respondenter svarte på spørreundersøkelsen, men kun 79 gjennomførte hele. Dette resulterer i en svarprosent på 14,6 %.

4.2.2 Filterspørsmål

Jeg la inn tre filterspørsmål i undersøkelsen. Disse fungerte som en screeningprosess. Første filter skilte ut dem som ikke er utdannet musikkterapeut gjennom det løpet som er godkjent i Norge, nemlig mastergrad eller toårig videreutdanning. Fem (6 %) av respondentene hadde ikke denne utdannelsen, og for dem ble undersøkelsen avsluttet etter dette spørsmålet.

Neste spørsmål filtrerte ut dem som ikke er aktive som musikkterapeuter i Norge, og her var det ytterligere syv (9 %) som svarte nei, og som avsluttet undersøkelsen. Siste filterspørsmål skulle, som tidligere nevnt, brukes til å finne ut av hvem som skulle svare på hoveddelen av undersøkelsen, men også kartlegge hvor mange musikkterapeuter det er som jobber med rehabilitering etter hjerneslag. Kun ti (14 %) svarte ja på dette spørsmålet.

Jobber du som musikkterapeut med rehabilitering etter hjerneslag? (n=68)



Figur 3: Spørsmål 3 musikkterapeuter

Det gjensto dermed ti respondenter som alle gjennomførte hoveddelen av undersøkelsen - den som handler om musikkterapeutisk arbeid i rehabilitering etter hjerneslag. Jeg vil nå gå gjennom resultatene fra denne delen.

4.2.3 Ansiennitet

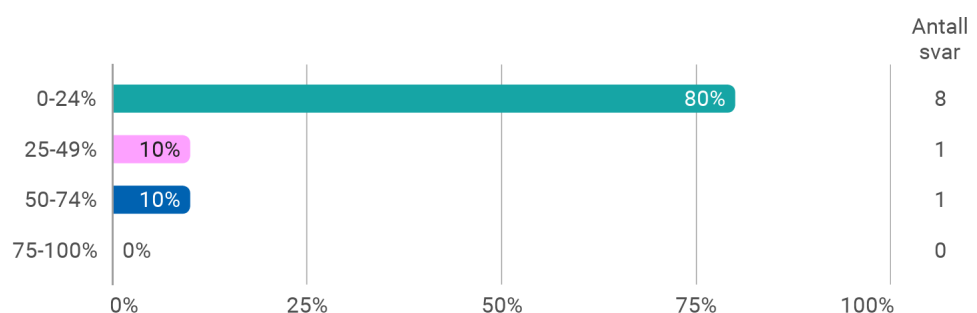
På spørsmål om hvor mange år respondentene har jobbet i feltet varierte svarene. Det var noen ekstreme observasjoner i svarene, og jeg valgte derfor å regne ut median (Md) og kvartilavvik (Q) for å se på sentrale mål og variasjon (Befring, 2007). Som det er vist i tabell 3, var medianen var 3 år pluss/minus 2,6 år.

Antall år arbeidet med musikkterapi i rehabilitering etter hjerneslag	Minimum	Maksimum	Median	Kvartilavvik	Antall respondenter
	1,00	27,00	3,00	2,5625	10

Tabell 3: Spørsmål 4 musikkterapeuter

På spørsmål om hvor stor stilling musikkterapeutene hadde, svarte åtte (80 %) av respondentene at de jobbet mellom 0-24 %. Ingen av respondentene jobbet i full stilling. En fullstendig oversikt over arbeidsstilling er vist i figur 4.

Omtrent hvor stor grad av en full stilling bruker du på arbeid med musikkterapi i rehabilitering etter hjerneslag? (n=10)



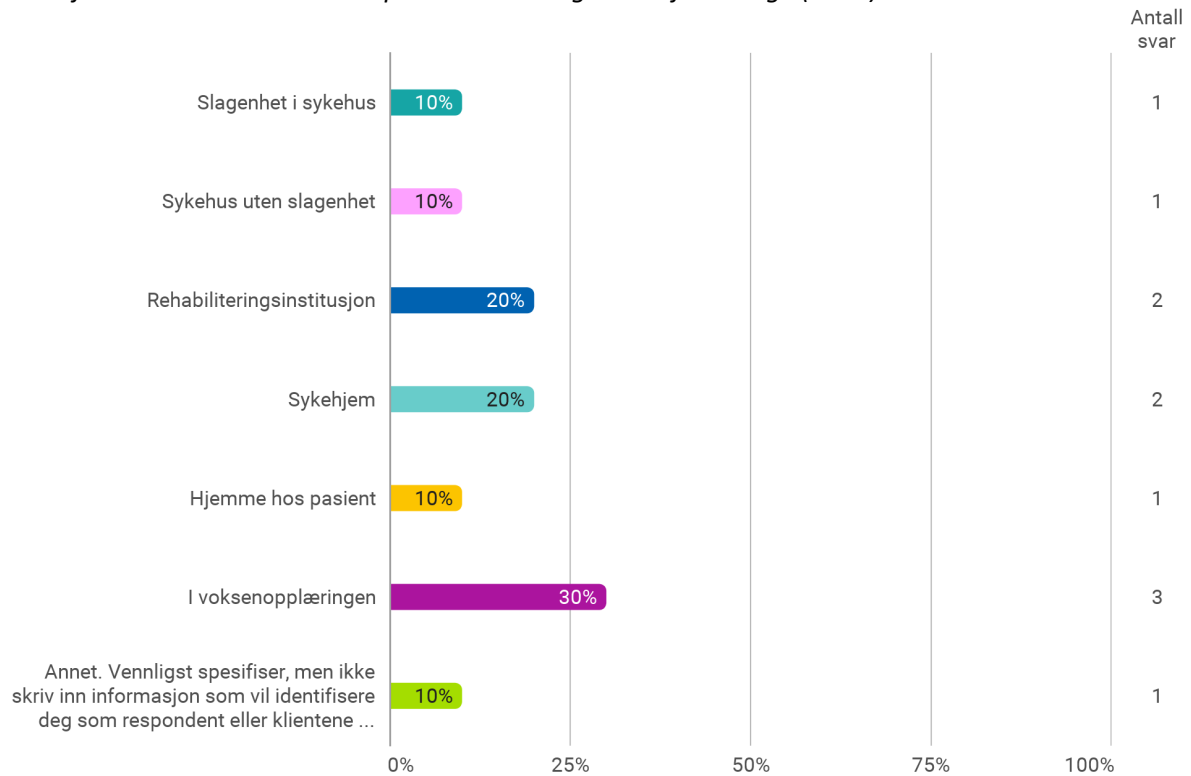
Figur 4: Spørsmål 5 musikkterapeuter

4.2.4 Arbeidssted

På spørsmål om arbeidssted fikk respondentene mulighet til å krysse av flere svaralternativer, i tilfelle musikkterapeutene jobbet flere steder. Det var stor variasjon i svarene, og kun en person (10 %) krysset av for to steder. Disse var en

rehabiliteringsinstitusjon og et sykehjem. Tre respondenter (30 %) svarte at de jobbet i voksenopplæringen. I annet-kategorien var det en person (10 %) som svarte «logopedisenter».

Hvor jobber du med musikkterapi i rehabilitering etter hjerneslag? (n=10)

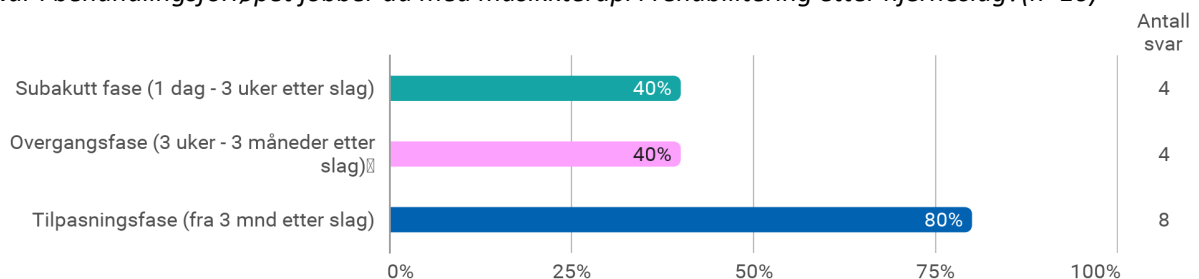


Figur 5: Spørsmål 6 musikkterapeuter

4.2.5 Faser i rehabilitering

Også her kunne respondentene krysse av flere svar. Åtte respondenter (80 %) jobbet i den seneste fasen kalt «tilpasningsfase». En (10%) jobbet kun i subakutt fase, fem (50 %) jobbet kun i tilpasningsfasen, mens fire (40 %) jobbet i flere faser.

Når i behandlingsforløpet jobber du med musikkterapi i rehabilitering etter hjerneslag?(n=10)

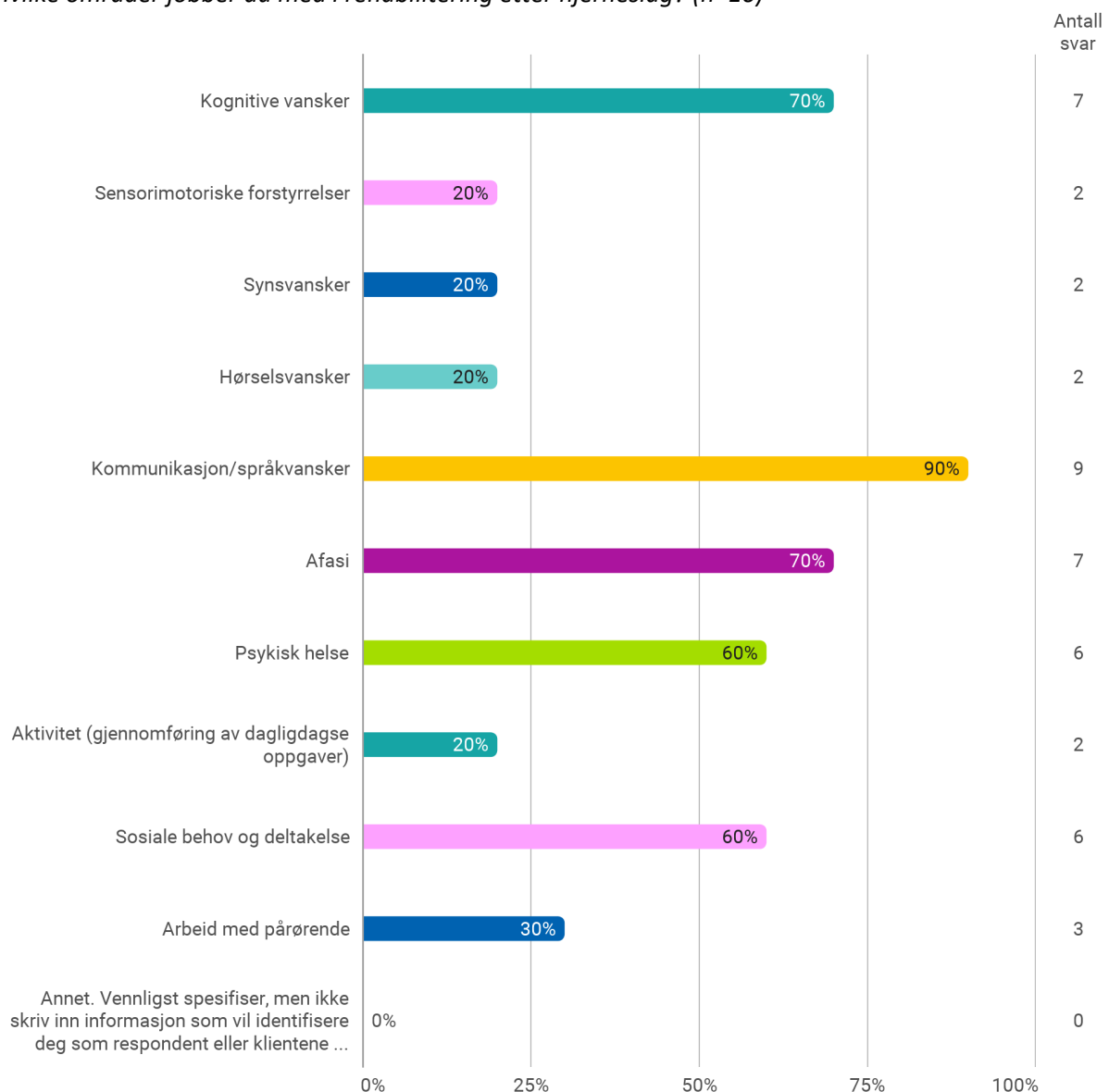


Figur 6: Spørsmål 7 musikkterapeuter

4.2.6 Arbeidsområder

Også dette spørsmålet tillot flere avkryssninger, og alle respondentene krysset av på flere kategorier. De fleste jobbet med kognitive vansker, afasi, psykisk helse og sosiale behov og deltakelse. Ni (90 %) respondenter oppga at de jobbet med kommunikasjon/språkvansker. De øvrige områdene ble kun besvart av to til tre respondenter (20-30 %), og ingen la til andre områder i det åpne tekstfeltet.

Hvilke områder jobber du med i rehabilitering etter hjerneslag? (n=10)

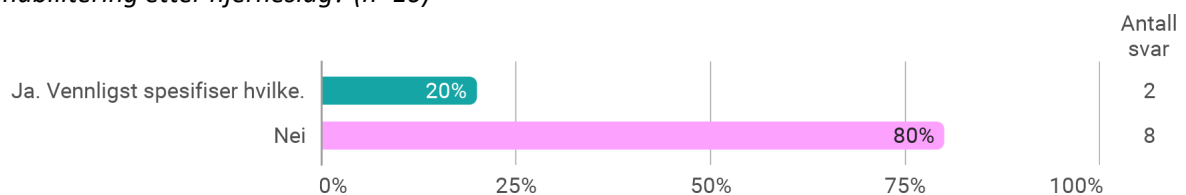


Figur 7: Spørsmål 8 musikkterapeuter

4.2.7 Videreutdannelse

Kun to (20 %) av respondentene hadde tatt etterutdanning, videreutdanning eller frittstående kurs som er rettet mot arbeid med rehabilitering etter hjerneslag. De to nevnte videreutdannelsene var NMT (nevrologisk musikkterapi) og psykotraumatologi og nevrologisk trauma.

Har du tatt etterutdanning, videreutdanning eller frittstående kurs som er rettet mot arbeid med rehabilitering etter hjerneslag? (n=10)

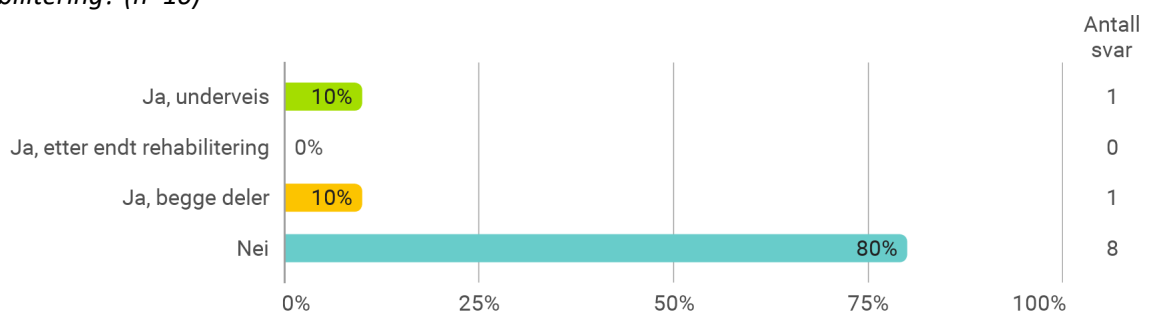


Figur 8: Spørsmål 9 musikkterapeuter

4.2.8 Måling av effekt

Åtte (80 %) av respondentene oppga at verken de eller annet helsepersonell målte noen form for effekt av musikkterapien. To (20 %) svarte at de målte henholdsvis underveis og underveis og etter endt rehabilitering. På oppfølgingsspørsmål om hvilke type måleinstrumenter som ble brukt var det ingen som utdypet dette.

Måler du, eller annet helsepersonell noen form av effekt av musikkterapien underveis eller etter endt rehabilitering? (n=10)



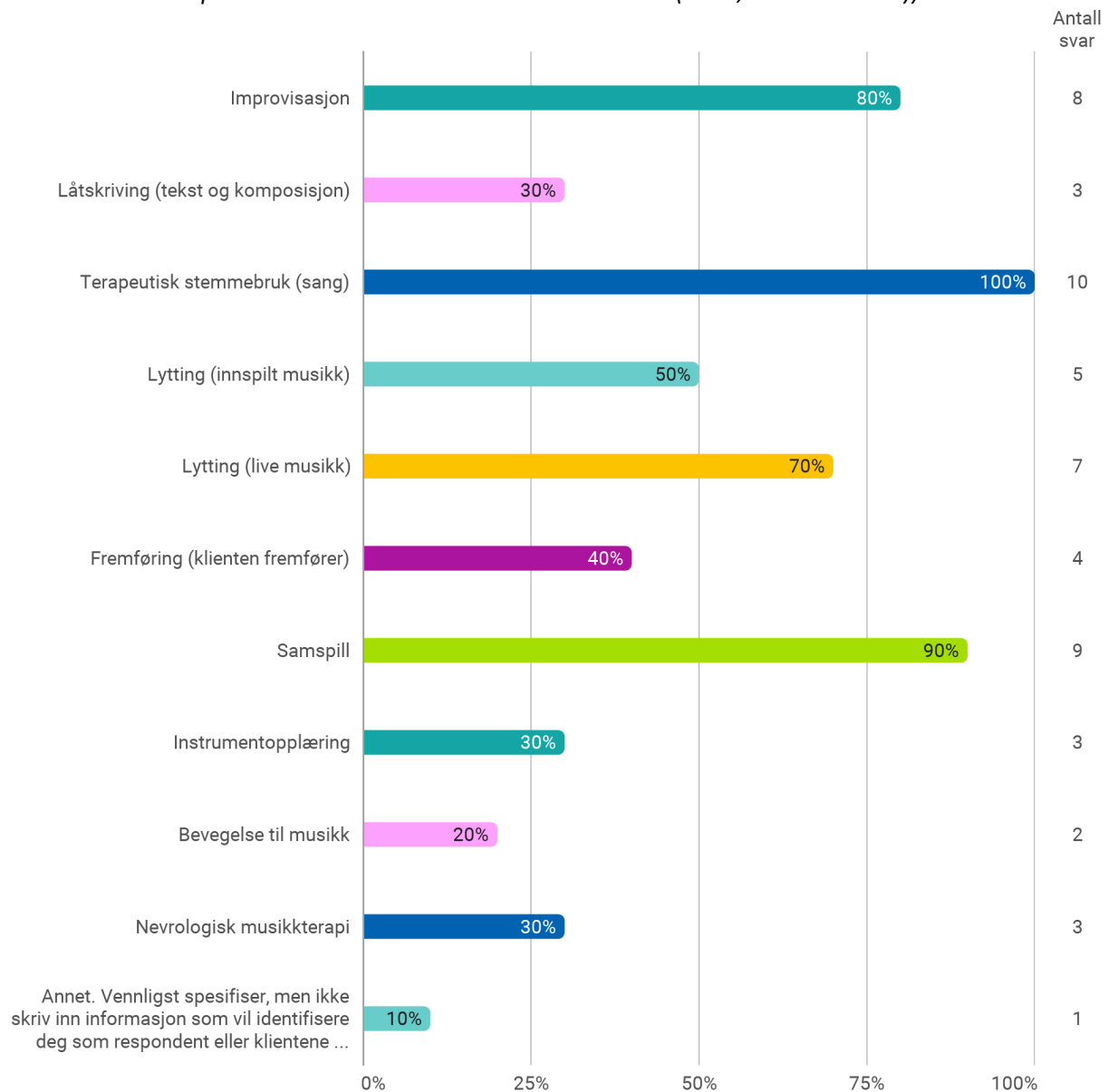
Figur 9: Spørsmål 10 musikkterapeuter

4.2.9 Musikkterapeutiske metoder og teknikker

På dette spørsmålet kunne respondentene krysse av på flere svaralternativer. Alle respondentene (100 %) svarte av de brukte flere metoder og teknikker, fra fire til syv metoder hver. Alle svarte at de brukte terapeutisk stemmebruk (sang), ni (90 %) krysset av for samspill, åtte (80 %) krysset av improvisasjon og syv (70 %) lytting til live musikk. En

respondent (10 %) la til en kategori i det åpne tekstfeltet: «melodic intonation therapy». De kategoriene som færrest krysset av var låtskriving, neurologisk musikkterapi, instrumentopplæring og bevegelse til musikk.

Hvilke musikkterapeutiske metoder eller teknikker bruker du? (n=10, antall svar=55)



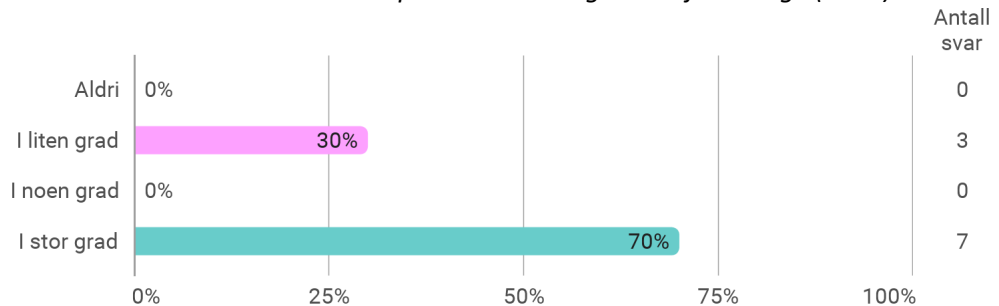
Figur 10: Spørsmål 12 musikkterapeuter

4.2.10 Individuell musikkterapi og gruppemusikkterapi

På spørsmål om musikkterapeutene jobbet individuelt eller i gruppe, svarte tre (30 %) at de i liten grad jobbet med individuell musikkterapi, mens syv (70 %) svarte at de jobbet med dette i stor grad. Fire (40 %) svarte at de aldri jobbet med gruppemusikkterapi, to (20 %)

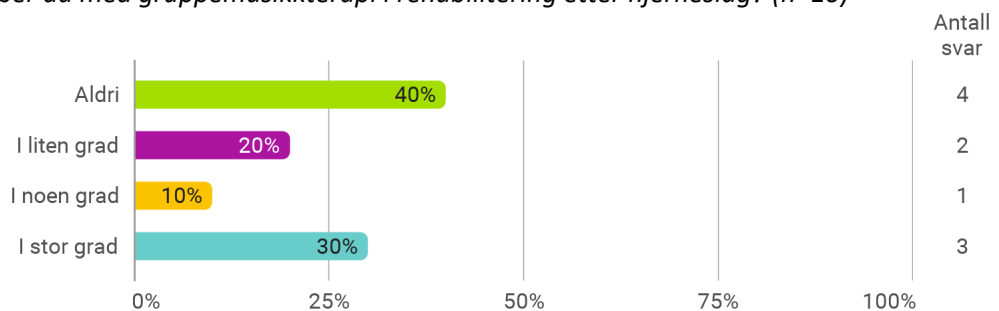
svarte at de jobbet med det i liten grad, mens en (10 %) gjorde det i noen grad og tre (30 %) gjorde det i stor grad.

I hvilken grad jobber du med individuell musikkterapi i rehabilitering etter hjerneslag? (n=10)



Figur 11: Spørsmål 13 musikkterapeuter

I hvilken grad jobber du med gruppemusikkterapi i rehabilitering etter hjerneslag? (n=10)



Figur 12: Spørsmål 14 musikkterapeuter

4.2.11 Metoder og teknikker som egner seg godt i rehabilitering etter hjerneslag

På spørsmål om det er noen musikkterapeutiske metoder eller teknikker respondentene mener egner seg spesielt godt i arbeid med rehabilitering etter hjerneslag, svarte syv (70 %) ja. Alle valgte å utdype svarene sine i det påfølgende åpne tekstfeltet. Fire (40 %) trakk fram bruk av sang i forskjellige former, og en (10 %) person pekte på at det var vanskelig å besvare dette fordi metodene tilpasses pasientens dagsform. De ulike metodene og teknikkene som ble nevnt er listet opp nedenfor:

- Melodic Intonation Therapy (MIT)
- Samarbeid med logoped; Innøving av meningsbærende setninger gjennom sang. Bruk av bilder og musikk/sang
- Terapeutisk stemmebruk, bruk av musikkpreferanser, minnerelaterte sanger for hele familien, rytmisk tilpasset samspill for mikroregulering, musikklytting for hele familien

- Sang med ord, nynning og deltagelse ved å spille rytmeinstrumenter.
- Rytmiske øvelser der både kropp/bevegelse og tale/språk aktiveres samtidig.
- Improvisasjon, sangskrivning terapeutisk sang

4.2.12 Tilnærming, retning eller orientering

Halvparten av respondentene (50 %) svarte at de var påvirket av en tilnærming, retning eller orientering innen musikkterapien. Fire (40 %) utdypet dette. Det var ingen teorier eller perspektiver som pekte seg ut, men flere forskjellige ble nevnt, blant annet nevrologisk musikkterapi, medisinsk musikkterapi, samfunnsmusikkterapi, humanistisk og psykodynamisk tankegang, musikk som terapi og SIPARI-metoden, i tillegg til familie- og musikkøkologisk orientering.

4.2.13 Utfordringer i arbeidet med musikkterapi i rehabilitering etter hjerneslag

Åtte (80 %) av respondentene svarte at de opplevde særskilte utfordringer ved å arbeide på dette feltet. Alle utdypet dette i det åpne tekstfeltet. Etter å ha jobbet med svarene kom jeg fram til fire hovedkategorier av utfordringer som ble trukket fram.

- Intern kunnskap - Profesjonskunnskap

To (20 %) respondenter trakk fram utfordringer ved at det verken er tilgjengelig kunnskap eller fagmiljø for musikkterapeuter som jobber med rehabilitering etter hjerneslag.

- Ekstern kunnskap - Kunnskap om musikkterapi

To (20 %) respondenter snakket om utfordringer ved at øvrig helsepersonell ikke vet nok om musikkterapi.

- Samarbeid

To (20 %) respondenter snakket om utfordringer ved samarbeid med andre ansatte som jobber med rehabilitering.

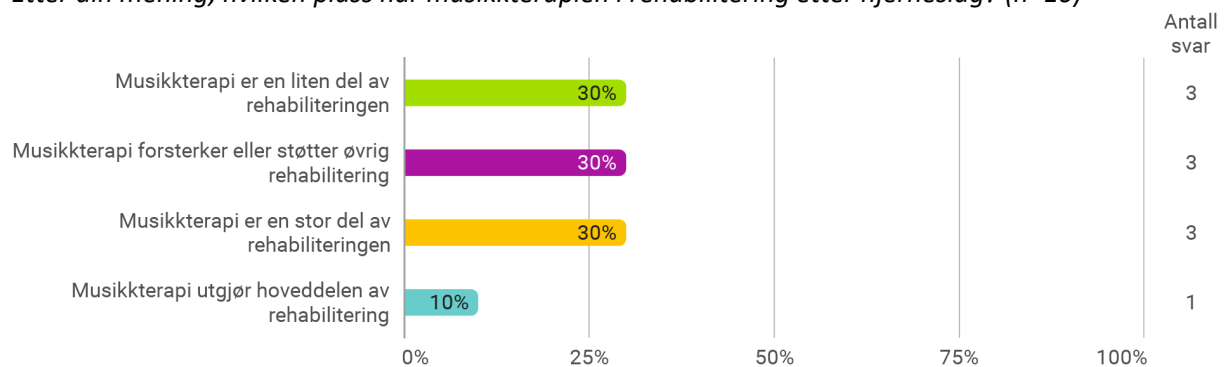
- Rammeforutsetninger

Fem (50 %) respondenter trakk fram utfordringer som handler om tid, kontinuitet i tilbud, henvisningsmuligheter og anledning til individuell oppfølging

4.2.14 Musikkterapiens plass i rehabilitering etter hjerneslag

Musikkterapeutene svarte jevnt fordelt at musikkterapien er en liten del/en støttende del og en stor del av rehabilitering, med tre (30 %) respondenter på hver. Kun en (10 %) mente at musikkterapi utgjør en stor del av rehabiliteringen.

Etter din mening, hvilken plass har musikkterapien i rehabilitering etter hjerneslag? (n=10)



Figur 13: Spørsmål 18 musikkterapeuter

4.2.15 Hvordan musikkterapi kan bidra til god rehabilitering etter hjerneslag

Det nest siste spørsmålet i undersøkelsen var et åpent spørsmål som dreide seg om hvorvidt respondentene hadde noen tanker om hvordan musikkterapi kan bidra til god rehabilitering etter hjerneslag. Åtte (80 %) av respondentene svarte. De fleste trakk fram områder hvor musikkterapi egner seg som behandlingsmetode. Disse var:

- Språk og talefunksjon (tre respondenter, 30 %)
- Kognitive evner (to respondenter, 20 %)
- Psykososiale forhold
- Fysiske ferdigheter
- Følelsesuttrykk og bearbeiding
- Sosialisering
- Samspill med pårørende
- Trening forsterket av opplevelse og gjenkjennelse
- Gi nye ressurser
- Musikk aktiverer hjernen (to respondenter, 20 %)

Andre tema som ble trukket fram var at musikkterapi egner seg fordi det er helhetlig (to respondenter, 20 %), fordi det bidrar til mestring (fire respondenter, 40 %) og fordi det kan forsterke den øvrige rehabiliteringen (to respondenter, 20 %).

4.2.16 Andre kommentarer

To (20 %) respondenter hadde avsluttende kommentarer, og begge trakk fram et ønske om å gi musikkterapi i rehabilitering en tydeligere plass. De trakk også fram behovet for mer kunnskap, både for musikkterapeutene og innen aktuell forskning.

4.3 Spørreundersøkelse 2 – rehabiliteringsinstitusjoner

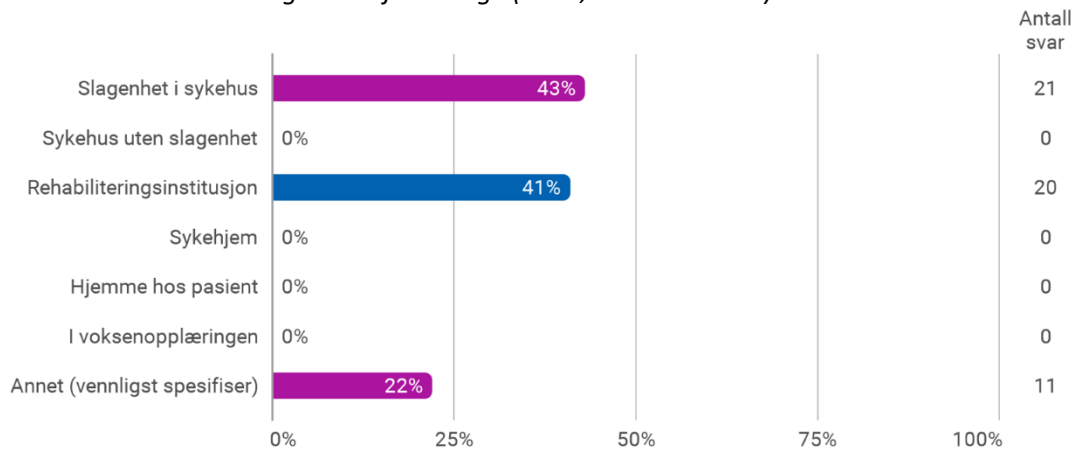
4.3.1 Samlet svarprosent og filterspørsmål

52 respondenter klikket seg inn på undersøkelsen. To respondenter svarte ikke på noen spørsmål, og en respondent svarte «nei» på filterspørsmålet som dreide seg om institusjonen arbeidet med rehabilitering etter hjerneslag. 49 respondenter begynte å besvare undersøkelsen, hvorav to respondenter (4 %) kun svarte på spørsmål 1, 2 og 3. Jeg har valgt å inkludere disse resultatene, ettersom de svarer på bruk av musikk i rehabilitering etter hjerneslag. Jeg vil beskrive prosentandeler ut ifra hvor mange det er som besvarte spørsmålene.

4.3.2 Type rehabiliteringsinstitusjon

På spørsmål om hvor de arbeidet med rehabilitering etter hjerneslag kunne respondentene krysse av flere kategorier. Det var tre respondenter (6 %) som krysset av to kategorier: rehabiliteringsinstitusjon og annet-kategorien og slagenhet i sykehus og annet-kategorien. 21 (43 %) svarte at de jobbet på slagenhet i sykehus, 20 (41 %) svarte at de jobbet på en rehabiliteringsinstitusjon og 11 (22 %) krysset av på «annet». Av de andre kategoriene var det en respondent (2 %) som skrev «slagenhet uten sykehus» - en kategori som allerede eksisterte i skjemaet. Den største gruppen, syv respondenter (14 %), skrev at de jobbet i spesialisert rehabilitering i sykehus. En (2 %) skrev interkommunal rehabiliteringsinstitusjon og to (4 %) skrev rehabiliteringsavdeling i sykehus.

Hvor jobber dere med rehabilitering etter hjerneslag? (n=49, antall svar=52)



Figur 14: Spørsmål 2 rehabiliteringsinstitusjoner

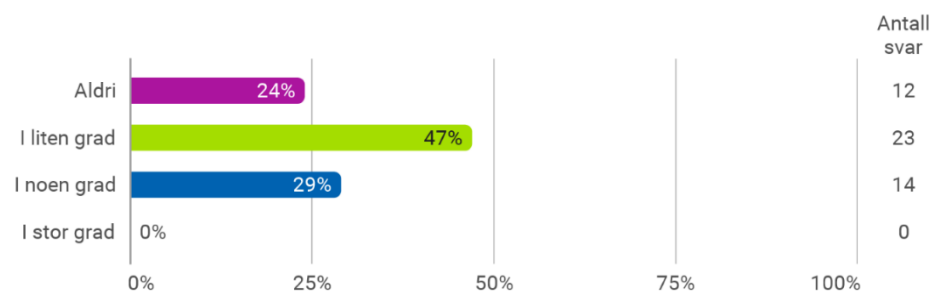
Annet:	Antall
Spesialisert rehabilitering i sykehus / spesialisthelsetjenesten	7 (14 %)
Rehabiliteringsavdeling i sykehus	2 (4 %)
Interkommunal rehabiliteringsinstitusjon	1 (2 %)
Sykehus uten slagenhet	1 (2 %)

Tabell 4: Spørsmål 2 rehabiliteringsinstitusjoner (annet)

4.3.3 Bruk av musikk eller musikalske virkemidler

Alle respondentene svarte på dette spørsmålet. 37 av disse (76 %) brukte musikk eller musikalske virkemidler i ulik grad.

I hvor stor grad bruker dere musikk eller musikalske virkemidler i deres arbeid med rehabilitering etter hjerneslag? (n=49)



Figur 15: Spørsmål 3 rehabiliteringsinstitusjoner

4.3.4 Fordeler og ulemper ved å bruke musikk

45 (91 %) av respondentene svarte på om de oppfattet fordeler eller ulemper ved bruk av musikk eller musikalske virkemidler i rehabilitering etter hjerneslag. 37 (82 %) av respondentene mente at bruk av musikk og musikalske virkemidler kan ha fordeler eller ulemper. 35 (78 %) valgte å utdype svarene. Ikke alle nevnte konkrete fordeler eller ulemper, men skrev heller om hvilken erfaring de har med bruk av musikk, og hvordan musikk brukes der de jobber.

Åtte (18 %) respondenter trakk fram både fordeler OG ulemper. 26 (58 %) pekte bare på fordeler, og det var kun én (2 %) som bare nevnte ulemper. En (2 %) svarte at dette ikke var relevant. Én (2 %) kritiserte den doble ordlyden og en (2 %) etterspurte kategorien “vet ikke”. Åtte (18 %) respondenter beskrev bruk av musikk med fysioterapeuter, ergoterapeuter, musikere, dansere, pleiere og logoped, dette i forbindelse med både rehabiliteringsgrupper, avspilling, konserter og prosjekter. Tre (7 %) skrev at de generelt så nytten av bruk av musikk, en (2 %) påpekte at dette ikke var spesifisert.

Fordelene som ble trukket fram har jeg plassert i seks kategorier:

- *Avspenning:* Ti (22 %) respondenter trakk fram at musikk kan være nyttig for avspenning, avslapning og for å redusere stress og uro.
- *Motivasjon:* Åtte (18 %) trakk fram at musikk kan være en motiverende og lystbetont faktor i rehabiliteringen.
- *Fysisk opptrening:* Åtte (18 %) trakk fram at musikk hjelper i opptrening av forskjellig type bevegelse, som gange og finmotorikk. Spesielt rytme og tempo blir trukket fram.
- *Glede og trivsel:* Syv (16 %) pekte på at musikk gir blant annet glede, trivsel, livslyst, fellesskap og kontakt med/utløp for følelser.
- *Språk:* 14 (31 %) trakk fram fordelene ved å bruke musikk i opptrening av språk, både gjennom kjente sanger og stemmebruk.
- *Øvrige kommentarer:* Øvrige kommentarer var at musikk aktiviserer og stimulerer hjernen (to, 4 %), påvirker hukommelsen (to, 4 %), stimulerer sanser og kan brukes for “å observere respons hos minimalt bevisste pasienter” (en, 2 %).

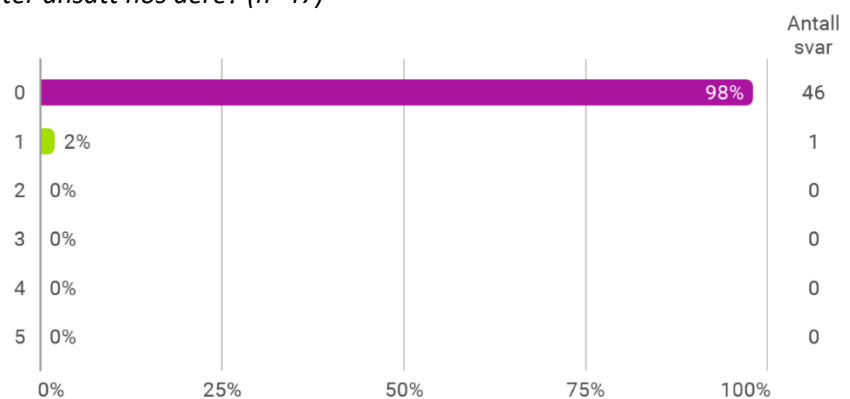
Ulempene ved bruk av musikk satte jeg inn i to kategorier:

- *Overdreven stimuli:* De aller fleste, 11 (24 %) respondenter, pekte på at musikk kan være forstyrrende i trening, og at personer etter hjerneslag ikke tåler mye lyd eller stimuli. Bruk av musikk med pasienter som har kognitive utfordringer ble trukket fram av flere, der spesielt utholdenhet eller konsentrasjon er svekket.
- *Musikk kan være triggende:* en respondent (2 %) trakk fram negativ erfaring med musikk som kan virke triggende, og skape savn og nedstemthet.

4.3.5 Samarbeid og ansettelse av musikkterapeuter

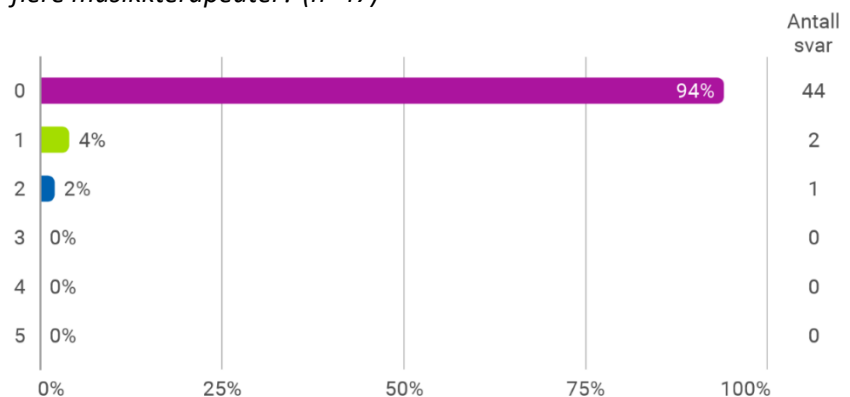
47 respondenter (96 %) svarte på disse to spørsmålene. En respondent (2 %) hadde ansatt en musikkterapeut. To respondenter (4 %) svarte at de samarbeidet med to musikkterapeuter, og en (2 %) svarte at de samarbeidet med en musikkterapeut.

Er en eller flere musikkterapeuter ansatt hos dere? (n=47)



Figur 16: Spørsmål 5 rehabiliteringsinstitusjoner

Samarbeider dere med en eller flere musikkterapeuter? (n=47)



Figur 17: Spørsmål 6 rehabiliteringsinstitusjoner

4.3.6 Fordeler eller ulemper ved å samarbeide med en musikkterapeut

41 respondenter (84 %) svarte på om de oppfattet noen fordeler eller ulemper ved å samarbeide med en musikkterapeut i arbeidet med rehabilitering etter hjerneslag. Kun 16 (34 %) svarte ja på om det finnes fordeler eller ulemper ved å samarbeide med en musikkterapeut. 14 (34 %) valgte å utdype svarene sine. I likhet med spørsmålet om fordeler og ulemper ved bruk av musikk og musikalske virkemidler, handlet svarene ikke kun om fordeler og ulemper, men mye om erfaring med bruk av musikk og musikkterapi.

Av de 14 respondentene som svarte nevnte tre (21 %) at de ikke kunne svare på dette uten å ha erfaring med å jobbe med en musikkterapeut, men to av disse, i tillegg til enda en respondent (21 %) trodde likevel det kan være nyttig å samarbeide med en musikkterapeut. To (14 %) kritiserte ordlyden og etterspurte en "ikke aktuelt"-kategori til tross for at formuleringen inkluderte «hvis aktuelt». Kun en person (7 %) trakk fram ulemper, nemlig at det kan være en utfordring å ha tilstrekkelig rom og utstyr.

Det var to konkrete fordeler som ble trukket fram.

- *Tverrfaglig samarbeid* (to, 14 %): Respondentene skrev at musikkterapi kunne passe inn i den tverrfaglige tilnærmingen som eksisterer i rehabilitering.
- *Økt kunnskap om bruk av musikk* (fire, 28 %): Respondentene skrev at samarbeid med en musikkterapeut kan være med å øke kunnskapsnivået rundt hvordan man kan bruke musikk i rehabilitering etter hjerneslag.

4.3.7 Andre kommentarer til denne undersøkelsen?

25 respondenter (51 %) hadde avsluttende kommentarer til undersøkelsen. Svarene har jeg fordelt inn i seksforskjellige kategorier:

- *Andre kommentarer*: Fem respondenter (20 %) svarte at de syntes det var vanskelig å uttale seg om temaet når de ikke har musikkterapi som en del av tilbudet sitt.
- *Positiv til at dette blir tematisert*: Fem respondenter (20 %) uttrykte at de var positive til at det blir rettet oppmerksomhet mot temaet. De ønsket mer kunnskap om det.

- *Forslag til andre tema man kan ha oppmerksomhet om:* To respondenter (8 %) foreslo andre tema som kunne vært med i spørreskjemaet: lengde på opphold i slagenhet, og forskjellen mellom spesialisthelsetjenesten og øvrige rehabiliteringsinstitusjoner.
- *Positiv (erfaring) med - og ønske om mer bruk av musikk/musikkterapi:* Fem respondenter (20 %) trakk fram nytteverdien av musikk og musikkterapi både i slagrehabilitering og ved andre sykdommer. To (8 %) uttrykte et ønske om samarbeid med musikkterapeut.
- *Annen bruk av musikk:* Fire respondenter (16 %) trakk fram at de brukte musikk, uten å ha musikkterapeut.
- *Kritikk:* Fire respondenter (16 %) kritiserte den doble ordlyden i noen av spørsmålene, og etterspurte et «vet ikke»-alternativ.

5 Diskusjon

Jeg har gjennomført to spørreundersøkelser for å kartlegge hvordan og i hvilket omfang musikk og musikkterapi brukes i rehabilitering etter hjerneslag i Norge. Jeg vil nå kort gjøre rede for hovedfunnene, og deretter diskutere disse i lys av relevant teori og forskning. Til slutt vil jeg diskutere styrker og svakheter ved valg av metode og gjennomføring av undersøkelsen.

5.1 Oppsummering av hovedfunn

I oppgaven har jeg gjennomført to spørreundersøkelser. Spørreundersøkelse 1 ble sendt ut til musikkterapeuter. Denne ble besvart av 79 respondenter, som utgjør en svarprosent på 14,6 %. Av de 68 respondentene som var utdannet musikkterapeuter og som jobbet i Norge, var det kun ti (14 %) som jobbet med rehabilitering etter hjerneslag. Det lave antallet respondenter gjør det vanskelig å si noe generelt om denne gruppen. Jeg vil diskutere dette og øvrige utfordringer ved begge undersøkelsene i kapittel 5.2 *Styrker og svakheter*. Spørreundersøkelse 2 ble sendt ut til rehabiliteringsinstitusjoner i Norge. Denne ble besvart av 50 respondenter som tilsvarer en svarprosent på (59 %) på undersøkelsen. Jeg vil oppsummere hovedfunnene fra begge undersøkelsene før jeg diskuterer disse i lys av teori og forskning.

Det var stor spredning i svarene til musikkterapeutene Dette gjaldt spesielt hvor de jobbet, hvilke områder de jobbet med, og hvilke metoder og teknikker de brukte. Likevel er det noen funn jeg ønsker å trekke spesielt fram. Åtte musikkterapeuter (80 %) jobbet i en 25 %-stilling eller mindre. De aller fleste, åtte musikkterapeuter (80 %), jobbet i tilpasningsfasen. Alle (100 %) brukte terapeutisk stemmebruk, og forskjellige typer sang ble også trukket fram som en metode som egner seg spesielt godt i rehabilitering etter hjerneslag. Individuell musikkterapi ble brukt av alle, mens fire (40 %) musikkterapeuter oppga at de aldri brukte gruppemusikkterapi. De fleste musikkterapeutene opplevde utfordringer ved å jobbe med rehabilitering. Spesielt rammeforutsetninger ved arbeidsplassen, samarbeid og kunnskap om rehabilitering ble trukket fram.

Musikkterapeutene mente at musikkterapien hadde forskjellig plass i rehabiliteringen, men kun en (10 %) mente at den utgjorde hoveddelen av rehabiliteringen. Nesten alle pekte på grunner til at musikkterapi kan være nyttig, men to (20 %) skrev avslutningsvis at det trengs mer kunnskap om hvordan man jobber med rehabilitering. De mest framtrædende funnene fra spørreundersøkelse 2 var at kun en rehabiliteringsinstitusjon (2 %) hadde ansatt en musikkterapeut, mens tre rehabiliteringsinstitusjoner (6 %) samarbeidet med henholdsvis en og to musikkterapeuter. Samtidig som denne andelen var lav, svarte 37 rehabiliteringsinstitusjoner (76 %) at de brukte musikk eller musikalske virkemidler i ulik grad. De fleste beskrev både fordeler og ulemper ved bruk av musikk, men kun 16 (34 %) trakk fram fordeler eller ulemper ved bruk av musikkterapi.

5.1.1 Musikkterapi brukes lite i rehabilitering etter hjerneslag

Som det har kommet fram i resultatdelen av denne undersøkelsen er det få musikkterapeuter som jobber med rehabilitering etter hjerneslag i Norge. Kun ti (14 %) av 79 jobber med dette, og der har de jobbet i gjennomsnitt i tre år. Når den generelle svarprosenten har vært såpass lav, kan man spørre: er dette et reelt tall? Som jeg har redegjort for tidligere, kan jeg ikke diskutere representativitet ut ifra et ikke-sannsynlighetsutvalg. Jeg vil likevel argumentere for at dette tallet ikke nødvendigvis er mye høyere, til tross for lav svarprosent. Det er to grunner til dette. For det første kan tallet sammenlignes med resultatene fra undersøkelsen jeg sendte ut til rehabiliteringsinstitusjoner. Funnene viste at tilsammen fire musikkterapeuter jobber på - eller samarbeider med - en rehabiliteringsinstitusjon. Med en svarprosent på 59 % er dette et mer troverdig tall, og det er mindre sannsynlig at det er stort mørketall av musikkterapeuter som jobber på de rehabiliteringsinstitusjonene som *ikke* svarte på undersøkelsen. For det andre vil jeg peke på en relevant masteroppgave, hvor Halås (2019) kartla musikkterapeuter som profesjonsgruppe i Norge. Av de 177 utdannede musikkterapeutene som svarte på hennes spørreundersøkelse var det kun tre som svarte at de jobbet på *somatisk sykehus voksne*, den kategorien jeg tror korresponderer best med rehabiliteringsinstitusjonene. Rehabilitering eller rehabiliteringsinstitusjon som arbeidsfelt ble ikke nevnt i det hele tatt (Halås, 2019, s. 40). Denne undersøkelsen ble gjennomført i 2018, og hun fikk ikke svar fra alle musikkterapeutene i Norge. Likevel kan den gi en indikasjon på hvordan området ser ut, også i dag, og dermed bidra til å støtte opp under

påstanden om at det er få musikkterapeuter som jobber med rehabilitering etter hjerneslag i Norge. Det som kan være viktig å merke seg, er at halvparten av musikkterapeutene i min undersøkelse svarte at de jobbet i voksenopplæringen eller på sykehjem, to arbeidssteder som ikke var inkludert i utvalget av rehabiliteringsinstitusjoner. Det kan hende tallene hadde sett noe annerledes ut hvis jeg hadde inkludert kommunal voksenopplæring og sykehjem i listen over rehabiliteringsinstitusjoner.

Et annet interessant funn er at åtte musikkterapeuter (80 %), jobbet i en 25 % stilling eller mindre, og kun en musikkterapeut nevnte at musikkterapi var en stor del av rehabiliteringen. Dette kan tolkes som ytterligere indikator på at musikkterapi brukes lite i rehabilitering etter hjerneslag. Det er vanskelig å si om disse tallene kan sammenlignes med hvor mye musikk brukes i rehabilitering etter hjerneslag i andre land, selv om det er uttalt at det også internasjonalt er et relativt lite felt (Durham, 2002; Gilbertson, 2013). En sammenligning som kan gjøres er via Jochims (2004, s. 162) som avdekket at musikkterapi var et integrert tilbud på 29 % av alle nevrorehabiliteringssentre i Tyskland i 2001.

5.1.2 Fasene

Halvpartene av musikkterapeutene jobbet kun i tilpasningsfasen, det vil si mer enn tre måneder etter at hjerneslaget har intruffet. Det er vanskelig å si hva dette kan bety, men det kan indikere at musikkterapeutene jobber utenfor den spesialiserte rehabiliteringen, som jeg i teorikapittelet redegjorde for at hovedsakelig skjer i overgangsfasen mellom tre uker og tre måneder (Fjærtøft et al., 2021).

5.1.3 Tilnærming

Ingen særskilt tilnærming sto fram i resultatene. De fire musikkterapeutene som utdypet dette spørsmålet trakk fram varierende tilnærminger. Dette henger godt sammen med forskning og teori, som beskriver betydningen av mangefasetterte tilnærminger, hvor både psykososiale og funksjonelle faktorer er viktige (Schmid, 2014). Selv Michael Thaut (2008, s. 182) peker på NMT som holistisk orientert, selv om teknikkene av andre er karakterisert som biomedisinske og funksjonsorienterte (Allen, 2013; Daveson, 2008).

5.1.4 Områder musikkterapeutene jobber med

Musikkterapeutene jobbet med alle de forskjellige områdene som var presentert i resultatdelen. I likhet med forskningen jeg har trukket fram i oppgaven, var det stor oppmerksomhet på kommunikasjon og språkvansker, afasi og kognitive vansker. Psykisk helse og kommunikasjon var også områder mange jobbet med. Dette kan henge sammen med den humanistiske orienterte musikkterapien som er toneangivende i Norge (Ruud, 2008). Kun to musikkterapeuter jobbet med sensorimotoriske forstyrrelser.

Sensorimotoriske forstyrrelser utgjør en stor del av funksjonsutfallene etter hjerneslag, og trekkes fram i svært mye av både forskning og teori innenfor musikkterapi, neurologisk musikkterapi og øvrige musikalske intervensjoner (Thaut & McIntosh, 2014). Aktivitet og gjennomføring av dagligdagse oppgaver var også et område hvor kun to musikkterapeuter (20 %) jobbet, til tross for at dette området er høyt prioritert i Pakkeforløpet for hjerneslag (Helsedirektoratet, 2019). Sensorimotoriske områder og aktivitet i hverdagen er funksjonelle mål (Thaut, 2005). Det at så få jobber med disse områdene kan tyde på at musikkterapeutene er mer psykososialt, enn funksjonelt orientert, selv om dette ikke kommer tydelig fram i deres beskrivelse av musikkterapeutisk tilnærming og orientering.

5.1.5 Metoder og teknikker

I likhet med forskning og teori innen bruk av musikk og musikkterapi i rehabilitering etter hjerneslag, viser resultatene fra denne undersøkelsen at musikkterapeutene bruker et mylder av metoder (Gilbertson, 2013). Improvisasjon, terapeutisk stemmebruk og samspill var de mest brukte, tett fulgt av musikklytting og framføring. Bruken av terapeutisk sang går igjen i den forskningen jeg har lest, spesielt i forbindelse med rehabilitering av språk (Draper, 2016; Hurkmans et al., 2012). Alle musikkterapeutene brukte terapeutisk stemmebruk. Når de ble bedt om å beskrive metoder som egnet seg spesielt godt, trakk de fleste fram forskjellige former for sang. Færre nevnte bruk av spesialiserte teknikker, tre (30 %) brukte NMT og kun en (10 %) la til en ekstra kategori: MIT. MIT og SIPARI ble også nevnt i de åpne tekstfeltene. Dette skiller seg noe fra den forskningen jeg har lagt fram, hvor de spesialiserte teknikkene har en stor plass (Magee et al., 2017). RAS ble ikke nevnt av noen, men kan ha falt inn under *bevegelse til musikk*, som kun to (20 %) skrev at de brukte.

5.1.6 Musikkterapeutenes behov for mer kunnskap

De fleste musikkterapeutene som svarte på undersøkelsen, hadde ikke relevant videreutdanning. Samtidig skrev flere av musikkterapeutene i de åpne tekstfeltene at mer kunnskap om musikkterapi i rehabilitering av hjerneslag var et savn. Det kommer tydelig fram i pakkeforløpet for hjerneslag, at spesialkompetanse er en forutsetning for å jobbe med rehabilitering etter hjerneslag (Helsedirektoratet, 2019). Hva har det å si for musikkterapeutene hvis de ikke opplever å ha tilstrekkelig kunnskap til å jobbe i et spesialisert felt? Et funn fra spørreundersøkelsen som ble sendt til rehabiliteringsinstitusjoner kan også være relevant i tilknytning til dette. 11 (14 %) spesifiserte at de jobbet i *spesialisert rehabilitering*, som et alternativ til *rehabiliteringsinstitusjon*. Denne distinksjonen ble også trukket fram i noen av de åpne tekstfeltene. Hvis spesialisering er viktig for helsepersonell på rehabiliteringsinstitusjonene og en forutsetning for å jobbe med rehabilitering, slik det beskrives i nasjonale retningslinjer, hva har det å si at kun to av de ti musikkterapeutene jeg spurte hadde relevant videreutdanning? Kan det lave antallet musikkterapeuter som jobber i rehabilitering etter hjerneslag være konsekvens av dette? Jeg har ingen funn som kan understøtte det, men nytten av spesialisering innenfor musikkterapi i rehabilitering etter hjerneslag er trukket fram av blant annet Forsblom og Ala-Rouna (2012). Magee (2008), Clements-Cortés og Haire (2019) trekker også fram at mangel på stillinger kan handle om de få spesialiseringsmulighetene det er som eksistere for musikkterapeuter som med nevrorehabilitering.

5.1.7 Rammeforutsetninger

En særskilt utfordring som ble trukket fram av musikkterapeutene var mangel på gode rammeforutsetninger, det vil si, tid, kontinuitet i tilbud, individuell oppfølging og henvisningsmuligheter. Det er vanskelig å vite om slike utfordringer er særskilt for musikkterapeutene. På den ene siden virker det som enda en indikator på at musikkterapeutene ikke har særlig stor plass, hverken i form av stillinger, stillingsstørrelse eller rammeforutsetninger. På den andre siden kan dette være en utfordring som gjelder alle som jobber med rehabilitering etter hjerneslag, og som ikke kun gjelder musikkterapeutene.

Uavhengig av om dette er en utfordring som er unik for musikkterapeutene eller ikke, er det fortsatt en utfordring. Gilbertson (2013) peker på at dårlig tid, men også dårlig forståelse for andre fagfelt kan komplisere arbeidet og ikke minst *samarbeidet* i slagrehabilitering. Dette kan være viktig, fordi tverrfaglig samarbeid er, som jeg vil fortsette å diskutere nedenfor, en grunnleggende del av rehabilitering etter hjerneslag.

5.1.8 Tverrfaglig samarbeid

Utfordringer ved det tverrfaglige samarbeidet og det øvrige helsepersonellets manglende kunnskap om musikkterapi, ble trukket fram av flere av musikkterapeutene. Samtidig beskrives tverrfaglig samarbeid fram som en essensiell del av rehabilitering etter hjerneslag i nasjonale retningslinjer, internasjonal slaglitteratur og i en stor del av musikkterapilitteraturen (Gilbertson, 2013; Helsedirektoratet, 2017, 2019; Magee, 2008).

Bradt og Dileo (2009) peker også på at musikkterapeuter står i en unik posisjon til å bidra inn i tverrfaglig samarbeid. Dette handler om at musikk som gledesfylt aktivitet kan motivere klienter til deltakelse, men også det faktum at musikken kan peke på ressurser som ellers ikke er synlige hos klientene. Men dette avhenger av at musikkterapeutene er i stand til å kommunisere hva det er musikkterapi kan tilby (Clements-Cortés & Haire, 2019; Magee, 2017). Hvis det tverrfaglige teamet ikke har kunnskap om dette, er det ingen overraskelse at musikkterapeutene opplever både utfordringer med samarbeid, men også generelt har lite plass i rehabiliteringen. En videre konsekvens av dette kan være at musikkterapeutene ikke får mulighet til å utvikle *sin* kunnskap. Denne kunnskapen mener Magee (2008) musikkterapeuter får *gjennom* et integrert tverrfaglig samarbeid.

Vi risikerer å ender opp i en ondartet sirkel, der et kunnskapsbehov som ikke er oppfylt, kan føre til dårlig tverrfaglig samarbeid, som igjen kan føre til at man ikke får kunnskap og så videre. Dette bringer oss tilbake til musikkterapeutenes ønske om mer kunnskap, som jeg diskuterte tidligere. Det vil kanskje falle på musikkterapeutenes skuldre å forklare hvordan musikkterapi kan bidra inn i rehabilitering etter hjerneslag.

5.1.9 Behov for mer kunnskap i rehabiliteringsinstitusjonene

Er det noe i funnene som kan understøtte en mangel på kunnskap om musikk og musikkterapi i institusjonene? Ut fra de åpne spørsmålene som ble stilt til rehabiliteringsinstitusjonene svarte 34 at de så fordeler ved bruk av musikk, men kun seks pekte på fordeler ved samarbeid med en musikkterapeut. Mens fordelene som ble trukket fram ved bruk av musikk handlet om konkrete fysiske, psykiske og sosiale områder, var fordelene ved musikkterapi som ble nevnt tverrfaglig samarbeid og økt kunnskap om musikk. Svarene viste også en sammenblanding av musikk og musikkterapi, ettersom begrepene er brukt om hverandre. Flere rehabiliteringsinstitusjoner, både underveis og avslutningsvis skrev at de syntes det var vanskelig å uttale seg om musikkterapi, fordi de ikke hadde kunnskap om det. Slik jeg ser det er det ingen motvilje mot å bruke hverken musikk eller musikkterapi, men det er et kunnskapshull som må fylles. Eller rettere sagt, kunnskapen som eksisterer må knyttes til konkrete metoder og bruksområder.

De fordelene som ble trukket fram i forbindelse med musikkbruk, var avspenning, motivasjon, fysisk opptrening, glede og trivsel og språk. På alle disse områdene har musikk og musikkterapi en funksjon. Arbeidet til Michael Thaut og mange fler har vist betydningen av musikk i fysisk opptrening (Grau-Sánchez et al., 2013; Thaut & McIntosh, 2014). Glede og trivsel i form av musikkterapi som en ressurs i møte med depresjon, stemningsleie og selvpoppfattelse er gjort rede for gjennom vitenskapelige studier og systematiske oversiktsartikler (Baker et al., 2015; Baylan et al., 2016; Raglio, 2015), det samme gjelder musikk og musikkterapi i språk rehabilitering (Hurkmans et al., 2012; Husak et al., 2021). Overdreven stimuli ble trukket fram som en potensiell ulempe ved bruk av musikk, men også dette er et område hvor musikkterapi har blitt brukt i mange år, og hvor bevisstheten rundt riktig nivå av stimuli er diskutert og poengtert (Baker & Tamplin, 2006; Magee, 2018).

Til slutt vil jeg rekke fram betydningen av motivasjon. Dette ble trukket fram som fordeler ved musikk av rehabiliteringsinstitusjonene, men også som fordeler ved musikkterapi av musikkterapeutene. Som jeg gjorde rede for i teoridelen, har musikk vist seg å påvirke områder for både motivasjon og belønning (Blood & Zatorre, 2001; Brean & Skeie, 2019). Motivasjon er også en helt sentral del av et fungerende rehabiliteringsløp (Gilbertson, 2013; Le Perf et al., 2019). I Pakkeforløpet for hjerneslag er det faktisk et såkalt «MÅ-kriterie» for

rehabilitering, som vil si at en klients motivasjon er en nødvendig forutsetning for å legge opp rehabiliteringen. «Ettersom rehabilitering forutsetter en betydelig egeninnsats, er også motivasjon en faktor som må være tilstede, eller som må være mulig å bygge opp hos pasienten.» (Helsedirektoratet, 2019, s. 26). Musikk og musikkterapi kan være med på å bygge opp nødvendig motivasjon, ikke minst fordi det å ta del i en musikkopplevelse kan være motiverende i seg selv, og kombinert med funksjonelle øvelser kan det også være med på å gjøre selve rehabiliteringen enklere (Schneider et al., 2010).

5.1.10 Bruk av musikk i rehabiliteringsinstitusjonene

Som jeg allerede har pekt på, er det få musikkterapeuter som jobber med rehabilitering etter hjerneslag i Norge. Samtidig brukte 37 rehabiliteringsinstitusjoner (76 %) musikk i større eller mindre grad. Hvilke implikasjoner kan det ha, at mange bruker musikk, men likevel sjelden jobber med musikkterapeuter? Gilbertson (2013) poengterer er det viktig å vite *hvem* det er som skal jobbe med musikk og hva slags kompetanse og utdanning som trengs, uansett om det er snakk om bruk av musikk eller musikkterapi.

Rehabiliteringsinstitusjonene beskrev at musikk ble brukt av fysioterapeuter, ergoterapeuter, dansere, pleiere og logopedier. Man kan spørre seg om disse fagpersonene har kompetanse til å bruke musikk i rehabilitering etter hjerneslag. I musikkterapiteorien er det lagt vekt på at det er *musikkterapeuten* som skal sørge for en trygg terapeutisk relasjon og prosess (Magee, 2017; Tamplin et al., 2016). Even Ruud (Ruud, 2016, s. 91) forklarer musikkterapeutenes «*Musikkterapeutene* er til stede for mennesker som ikke klarer å utnytte musikkens helseressurser på egen hånd.».

Det ligger utenfor rammene til denne oppgaven å diskutere hvem det er som har kompetanse til å bruke musikk eller ikke, men hvis både musikk og musikkterapi blir en integrert del av rehabilitering etter hjerneslag, kan dette være et viktig spørsmål å diskutere videre.

5.2 Styrker og svakheter

Å ha et kritisk blikk på egen forskning og redegjøre for feil, mangler og eventuelle misforståelser, er viktig for å sikre en gjennomslutlig og redelig forskningsprosess (Jacobsen, 2005). Undersøkelsen jeg har gjennomført, ble konstruert og distribuert etter beste evne, men det er flere svake punkter som vil ha en påvirkning på hvordan man kan tolke resultatene. For å redegjøre for kvaliteten i spørreundersøkelser må man undersøke dens validitet og reliabilitet, se på utvalgsfeil, kontekstuelle påvirkninger og ikke minst hvorvidt den svarer på problemstillingen (Aarø, 2007). I tillegg er det viktig å ha et overordnet blikk på metoden som er brukt, og om den faktisk var best egnet til å svare på spørsmålene som ble stilt. Jeg vil i det følgende gjøre rede for disse punktene.

5.2.1 Metodologiske begrensninger

En klar ulempe ved bruk av en lukket spørreundersøkelse er at den er lite fleksibel. Det er såpass stor avstand mellom meg som forsker og de som har deltatt i undersøkelsen, at jeg risikerer å ha oversett temaer som er viktig for dem (Jacobsen, 2005, s. 133). Jeg har kun fokusert på musikkterapeuter og helsepersonell, og kan derfor gjennom undersøkelsen ikke si noe om hvordan klientene – menneskene som er rammet av hjerneslag – oppfatter bruk av musikk og musikkterapi i rehabilitering etter hjerneslag. Ved å rette oppmerksomheten på noen variabler, noen indikatorer på hvordan musikk og musikkterapi brukes, har jeg også valgt *bort* andre. Det betyr ikke at jeg ikke mener disse perspektivene er viktige, men det har falt utenfor rammene til undersøkelsen. Det har vært å undersøke hvordan musikk og musikkterapi blir brukt – av dem som jobber med rehabilitering etter hjerneslag.

5.2.2 Utvalg og svarprosent

Jeg valgte å trekke to bekvemmelighetsutvalg i oppgaven, basert på eksisterende registre. Målet mitt var å inkludere hele populasjonen, slik sett kan man argumentere for at jeg ikke har gjort et utvalg i det hele tatt. Men jeg har mest sannsynlig ikke nådd ut til alle, verken alle musikkterapeuter (det finnes ikke noe konkret informasjon om registeret til NFM er fullstendig), og jeg har heller ikke klart å nå ut til alle rehabiliteringsinstitusjoner. Slik sett kan man si at et utvalg er gjennomført, begrenset av metoden jeg har brukt for å nå populasjonen. Når man i tillegg ser på svarene som kom inn til undersøkelsen for

musikkterapeuter, var det en overvekt som korresponderte med deling av undersøkelsen på de forskjellige Facebook-gruppene jeg har beskrevet. Hvorvidt dette er musikkterapeuter som også er medlem av NFM er vanskelig å si, men det bidra til å understreke usikkerheten ved utvalget ytterligere.

Jeg har ønsket å undersøke hvordan rehabiliteringsinstitusjoner jobbet med bruk av musikk og musikkterapi rehabilitering etter hjerneslag. Dette ble tydelig nevnt i informasjonsskrivet, men likevel er det vanskelig å si om de individene som har svart på vegne av rehabiliteringsinstitusjonen faktisk har hatt utfyllende kunnskap om hvordan deres avdeling eller institusjon jobbet med dette. Det gjelder kanskje ikke lukkede spørsmål, for eksempel om de har ansatt en musikkterapeut, men det er usikkert om svarene er representative for en hel avdeling eller institusjon ved spørsmål om fordeler og ulemper ved musikkbruk. Det var flere personlige erfaringer som ble beskrevet i de åpne tekstsvarene, og jeg antar derfor at disse ikke representerer hele institusjonen, men heller gir eksempler på hvordan ansatte de opplever og beskriver fenomenet.

5.2.3 Frafall

Det var ulike grader av frafall i de to undersøkelsene. Spørreskjemaet til rehabiliteringsinstitusjonene hadde en svarprosent på 59 %, som kan ansees som et tilfredsstillende tall i spørreundersøkelser (Jacobsen, 2005, s. 300). Spørreskjemaet til musikkterapeutene hadde derimot en svarprosent på 14,6 %. Det er to problemer knyttet til dette. For det første er det en svært lav svarprosent, og det er vanskelig å si noe generelt om gruppen. Dette er en av ulempene når man prøver å nå en hel populasjon, man risikerer å få en lav svarprosent slik jeg har gjort (Wigram, 2005, s. 275).

Det andre problemet handler om systematisk frafall. Det er en vanlig ulempe ved bekvemmelighetsutvalg at man ikke vet *hvem* man får tak i og ikke (Jacobsen, 2005, s. 292). Dette er spesielt viktig når det er et element av selvutvelgelse, det krever enda mer interesse fra respondentene (Jacobsen, 2005, s. 293). Undersøkelsen til musikkterapeuter ble distribuert gjennom et nyhetsbrev som lenket til en sak på musikkterapi.no. Jeg hadde ikke vært tydelig nok på at undersøkelsen rettet seg mot *alle* musikkterapeuter i Norge, og en essensiell del av beskrivelsen kom ikke med i nyhetsbrevet som ble sendt ut (Vedlegg 3,

Asskildt 2022). I nyhetsbrevet sto det at masteroppgaven handlet om musikkterapi i rehabilitering etter hjerneslag, og at jeg søkte musikkterapeuter som jobbet med dette. Den delen jeg skulle ha sørget for at ble inkludert, var dette avsnittet: «For musikkterapeuter som IKKE jobber med målgruppen består undersøkelsen av kun tre spørsmål. Disse bidrar til å kartlegge feltet, og derfor er det viktig at dere svarer her.» (Vedlegg 7, Asskildt 2022).

God og tydelig informasjon er viktig for å øke svardeltakelse. Det handler blant annet om at målgruppen opplever at en undersøkelse er relevant for dem (Jacobsen, 2005, s. 297). Jeg tror informasjonen som manglet kan ha ført til at mange musikkterapeuter ikke trodde undersøkelsen gjaldt dem, og det er derfor en stor sannsynlighet for at de som *ikke* har svart, ikke har jobbet med rehabilitering etter hjerneslag. En konsekvens av dette kan være at de som har svart at de jobber med musikkterapi i rehabilitering etter hjerneslag, er betydelig overrepresentert. 14 % av respondentene svarte at de jobbet i rehabilitering etter hjerneslag. Hvis vi sammenligner dette med tallene fra rehabiliteringsinstitusjonene, som sier at maksimalt fire musikkterapeuter enten er ansatt i eller samarbeider med en rehabiliteringsinstitusjon, kan det være en indikasjon på at svarprosenten er i nærheten av det virkelige tallet musikkterapeuter som jobber med rehabilitering etter hjerneslag i Norge.

5.2.4 Kontekst

En ulempe ved spørreundersøkelser er at man har lite kontroll over kontekst, og hvordan denne påvirker respondentene og deres svar. Dette kalles svareffekter, og jo større svareffekter, jo dårligere validitet har undersøkelsen (Haraldsen, 1999; Jacobsen, 2005). Samtidig er det slik at spørreundersøkelser har minimal inngripen på respondenter (Grenness, 2001), og jeg har ikke grunn til å tro at verken min rolle som masterstudent, eller spørsmålene i seg selv har påvirket respondentene i stor grad.

5.2.5 Reliabilitet

Reliabilitet handler om hvor presise målinger er, og hvorvidt man kan stole på at de er korrekte (Befring, 2007, s. 116). For å evaluere målingenes reliabilitet har jeg gjennomført pilottesting av spørreskjemaet, og gjennomgått datamaterialet for å sikre at det ikke har blitt registrert ulovlige dataverdier eller andre registreringsfeil (Haraldsen, 1999; Aarø, 2007). En

annen viktig del av reliabilitet er hvorvidt undersøkelsens måleinstrument, nemlig spørsmålene, har klart å måle det som skal måles (Haraldsen, 1999). Dette handler i bunn og grunn om god spørsmålsformulering. Jeg har tidligere nevnt at jeg ikke gjennomførte en skikkelig pilottest på spørreskjema 2 til rehabiliteringsinstitusjoner, og dette resulterte i at dårlige spørsmålsformuleringer ikke ble oppdaget. I spørsmål fire og syv ble respondentene spurt om de oppfatter at det er «fordeler eller ulemper» ved å bruke musikk, eller ved å samarbeide med en musikkterapeut. Doble spørsmål er frarådet i spørreundersøkelser, fordi det kan føre til forvirring, feil svar eller ikke noe svar i det hele tatt (Grenness, 2001; Haraldsen, 1999; Aarø, 2007). Dette ble også påpekt av et par respondenter, som mente spørsmålene var forvirrende, og ikke ville gi gode resultater.

Årsaken til at spørsmålene ble formulert slik, er en kombinasjon av to ting. For det første var jeg bekymret for at spørreskjemaet til rehabiliteringsinstitusjonene skulle bli for langt, og jeg var usikker på respondentenes interesse, som er svært viktig for å sikre oppslutning rundt en undersøkelse (Jacobsen, 2005). For det andre førte tidspresset på å få sendt ut spørreskjemaet til at jeg ikke var oppmerksom på denne elementære feilen, og heller ikke fikk testet skjemaet slik at noen andre kunne legge merke til den. Det kan se ut som om misforståelsen til slutt ikke var alt for alvorlig, fordi de aller fleste respondentene utdypet spørsmålet ved å selv markere om de snakket om fordeler eller ulemper. Likevel er dette en unødvendig feil som kunne ha vært unngått om jeg hadde jobbet grundigere med konstruksjonen av skjemaet.

En annen misforståelse som kan ha oppstått i forbindelse med de to ovennevnte spørsmålene var at noen respondenter ikke svarte på om det var fordeler eller ulemper, men kun beskrev generell bruk av musikk. Musikkbruk ble også beskrevet som tilsvarende til spørsmål 7 til rehabiliteringsinstitusjoner om fordeler og ulemper ved samarbeid med en musikkterapeut. Det kan dermed virke som om respondentene ikke har forstått hensikten med spørsmålet, som var å identifisere oppfattede fordeler og ulemper. Dette henger kanskje sammen med at spørsmålet var dårlig formulert i utgangspunktet (dobbelte spørsmål), men det kan også handle om at respondentene ikke er helt bevisst hva som er forskjellen på bruk av musikk og musikkterapi.

Noen manglende data forekom i begge spørreundersøkelsene, primært i form av ufullstendige svar. Disse ble luket ut i undersøkelsen til musikkterapeutene, men som jeg allerede har pekt på i kapittel 4.1.2 *Frafall*, inkluderte jeg noen ufullstendige svar i undersøkelsen til rehabiliteringsinstitusjonene. På det spørsmålene jeg mente var viktigst å få besvart, la jeg inn en betingelse for utfylling. De fleste utdypningssvarene var valgfrie. Det eneste spørsmålet ingen ville utdype, var bruk av måleinstrumenter, i spørreundersøkelse 1. Dette kan bety at respondentene ikke helt forsto hva jeg mente med å måle effekt, eller at de ikke ønsket å svare.

5.2.6 Validitet

Reliabilitet er, som jeg har vist, viktig for å vise nøyaktigheten i den målingen som er gjort i en undersøkelse. Det er «en nødvendig, men ikke tilstrekkelig betingelse for validitet», noe som betyr at alle valide undersøkelser må være reliable, men reliabilitet i seg selv ikke er nok (Grenness, 2001, s. 145).

Hvis undersøkelsen er valid, så har vi målt det vi har sagt at vi skal måle. Det finnes flere måter å se på ulike typer av validitet (Befring, 2007; Grenness, 2001; Aarø, 2007), men i denne oppgaven har jeg valgt å se på indre og ytre validitet. Først og fremst gjør dette seg gjeldende med tanke på de enkelte kategorier og begreper som er brukt. Dette er en form for indre validitet, som handler om samsvar mellom fenomenet og de svarene vi får (Grenness, 2001, s. 143). Er de spørsmålene jeg har stilt, beskrivende for hvordan en musikkterapeut jobber eller musikk blir brukt? Og har kategoriene vært utfyllende. Det er med andre ord vanskelig å si noe om den indre validiteten til undersøkelsen på dette punktet. Når det gjelder svarkategorier til de forskjellige spørsmålene, ser det ut som om de fleste har vært utfyllende. I noen tilfeller har respondentene fylt inn et eller to «andre» alternativer, en mulighet jeg la inn nettopp for å sikre at jeg fikk med alternativer jeg selv ikke hadde kjennskap til, eller hvis det fantes for mange mulige alternativer. Det var et tydelig unntak til dette. På spørsmål om *hvor* det øvrige helsepersonellet som svarte på vegne av rehabiliteringsinstitusjonen jobbet, ble det listet opp 11 alternative kategorier. Syv av de var «spesialisert rehabilitering». Jeg hadde selv ikke forstått betydningen av skillet mellom spesialisert og standard rehabilitering, men bruken av «annet»-kategorien plukket opp denne potensielle feilen.

5.2.7 Ytre validitet

Ytre validitet handler om hvorvidt svarene jeg har samlet inn stemmer overens med et «objektivt mål på samme fenomen» (Grenness, 2001, s. 143). Dette handler blant annet om representativitet og generalisering. Hvorvidt utvalget er representativt kan jeg ikke vite fordi jeg ikke har gjennomført et sannsynlighetsutvalg, og utvalget er strengt tatt bare representativt for seg selv (Grenness, 2001; Aarø, 2007). Den lave svarprosenten i undersøkelsen til musikkterapeutene gjør det også vanskelig å si noe generelt om denne gruppen. Samtidig har det ikke vært hensikten med oppgaven å generalisere funn, og mangel på generalisering betyr ikke at resultatene ikke er viktige (Grenness, 2001, s. 165).

Overordnet kan jeg ikke si noe om hele populasjonen av musikkterapeuter i Norge, og jeg kan heller ikke vite om de spørsmålene jeg har stilt, fullt ut kan beskrive området. De svarene jeg har fått, kan heller sees på som *indikatorer* på hvordan musikkterapi og musikk brukes (Aarø, 2007, s. 13).

5.2.8 Gyldighet og pålitelighet i de åpne tekstfeltene

Som jeg har redegjort for allerede, er validitet og reliabilitet viktige mål i en kvantitativ undersøkelse. Også kvalitative data må undersøkes for å sikre kvalitet, men her snakker man gjerne heller om henholdsvis gyldighet og pålitelighet (Jacobsen, 2005, s. 214).

Første element er intern gyldighet, dette går ut på hvorvidt undersøkelsens resultater er *riktige* (Jacobsen, 2005, s. 214). Alle respondentene til spørreskjema 1, musikkterapeutene, er førstehåndskilder, de beskriver sin erfaring med musikkterapi i rehabilitering etter hjerneslag. Som utdannede musikkterapeuter skal de ha et kunnskapsgrunnlag til å svare på spørsmål om for eksempel metode og tilnærming. Når flere også har trukket fram sitt eget behov for *mer* kunnskap, anser jeg dette som tillitsvekkende; da hevder de ikke at de har mer kunnskap enn de egentlig har. Når det gjelder kilders vilje til å gi informasjon, om de lyver eller ikke, handler dette om å finne ut av om de kan ha en motivasjon for å ikke si sannheten (Jacobsen, 2005, s. 217). Musikkterapeutene som svarte på den største delen av undersøkelsen jobber selv med rehabilitering etter hjerneslag. Derfor vil jeg tro at de ønsker å gi så presis informasjon som mulig, ettersom flere også trekker fram behovet for mer kunnskap om hvordan musikkterapeuter jobber med dette området. Det er heller ingen

sensitive tema som blir tatt opp, og som potensielt kunne gjort det vanskelig å svare. Konteksten er relativt privat, de har svart anonymt via en lenke, og har kun møtt forskeren gjennom informasjonsbrevet i undersøkelsen.

De faktorene jeg har listet opp ovenfor gjelder i stor grad også spørreskjema 2, som er sendt ut til sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner i Norge. Den store forskjellen er at denne gruppen har svart *på vegne av* sitt arbeidssted, og ikke som privatperson. Likevel ser det ut som om det også er personlige erfaringer som blir beskrevet i de åpne tekstsvarene, og jeg antar derfor at disse ikke representerer hele rehabiliteringsinstitusjonen, men heller gir eksempler på hvordan ansatte de opplever og beskriver fenomenet.

Jeg har tidligere beskrevet at jeg har latt meg *inspirere* av metoden for innholdsanalyse. Jeg har ikke fulgt denne til punkt og prikke, fordi denne undersøkelsen primært er kvantitativ. Selv om de åpne tekstfeltene genererer kvalitative data, er strukturen på undersøkelsen fortsatt så stram at mange problemstillinger som oppstår ved kvalitativ datainnsamling ikke er relevant i dette tilfellet. Når man for eksempel snakker om kritisk gjennomgang av kategorier man bruker for å se på innhold (Jacobsen, 2005, s. 220), er noe av poenget å endre kategorityper for å sjekke om resultatene blir annerledes. De åpne tekstfeltene jeg analyserer er i stor grad bundet av spørsmålets innhold, og hvis jeg ser etter fordeler og ulemper ved bruk av musikk i rehabilitering etter hjerneslag, kan jeg ikke endre kategoriene «fordeler» og «ulemper». Svarene er også såpass korte og konsise at det ikke er mye rom for fortolkning, jeg rapporterer kun det de sier, og systematiserer dette ved hjelp av innholdsanalysens struktur. Jeg har gjennomgått kategorier og analyse med min veileder, og har på den måten testet kategoriernes gyldighet.

Jeg har i det følgende kapitlet oppsummert diskutert funnene fra undersøkelsen, diskutert disse og pekt på sentrale svakheter og styrker ved gjennomføringen. Avslutningsvis vil jeg kort oppsummere hva jeg har gjort, funnet og beskrevet i denne oppgaven, og hvilke implikasjoner dette kan ha for videre arbeid med musikk og musikkterapi i rehabilitering etter hjerneslag.

6 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg sett på hvorvidt musikk og musikkterapi brukes i rehabilitering etter hjerneslag i Norge, og i hvilket omfang. Mer spesifikt har jeg undersøkt hvordan og i hvilket omfang musikkterapeuter jobber med rehabilitering etter hjerneslag, og hvordan og i hvilket omfang musikk brukes av øvrig helsepersonell på rehabiliteringsinstitusjoner i Norge.

Jeg gjennomførte to kvantitative spørreundersøkelser for å besvare disse spørsmålene. Funnene fra undersøkelsene viste at få musikkterapeuter (14 %) arbeider med rehabilitering etter hjerneslag. Til tross for lav svarprosent i dette utvalget (14,6 %), kan dette understøttes av funn fra spørreundersøkelsen som ble sendt til rehabiliteringsinstitusjoner. Med en svarprosent på 59 %, viste denne at kun tre av rehabiliteringsinstitusjonene (6 %) hadde ansatt eller samarbeidet med en musikkterapeut. 76 % av rehabiliteringsinstitusjonene brukte musikk i varierende grad. Funnene har gitt en beskrivelse av hvordan musikkterapeutene jobber, og gjennom åpne spørsmål har fordeler og ulemper ved bruk av musikk og musikkterapi blitt beskrevet av både musikkterapeuter og rehabiliteringsinstitusjoner. Musikkens potensiale som ressurs i rehabilitering etter hjerneslag er vist gjennom hjerneforskning, musikkterapistudier og teori som beveger seg i spennet mellom funksjonelle og holistiske tilnærminger til rehabilitering etter hjerneslag.

Denne undersøkelsen viser at musikkterapi brukes i liten grad i rehabilitering etter hjerneslag, og at det til tross for at musikk brukes betydelig mer, trengs det mer kunnskap i Norge om hva musikk og musikkterapi kan tilby i rehabilitering etter hjerneslag. Framtidige studier som ser på *hvordan* denne kunnskapen kan formidles og forankres i rehabilitering etter hjerneslag vil være et steg framover. Dette steget er viktig for å sikre at både musikkterapeuter og øvrig helsepersonell som arbeider med rehabilitering etter hjerneslag kan utnytte det potensialet som ligger i menneskets møte med musikk.

7 Referanseliste

- Aldridge, D. (Red.). (2005). *Music therapy and neurological rehabilitation: Performing health*. J. Kingsley Publishers.
- Allen, J. (2013). Introduction. I J. Allen (Red.), *Guidelines for Music Therapy Practice in Adult Medical Care* (s. 3–16). Barcelona Publishers.
- Altenmuller, E., & Schlaug, G. (2013). Neurobiological Aspects of Neurologic Music Therapy. *Music and Medicine*, 5(4), 210–216.
<https://doi.org/10.1177/1943862113505328>
- Alvesson, M., & Sköldbberg, K. (2009). *Reflexive methodology: New vistas for qualitative research* (2. utgave). SAGE.
- Anti, S., Galinovi, I., Lovreni, A., Vukovi, V., Jura, M.-J., & Demarin, V. (2008). Music as an Auditory Stimulus in Stroke Patients. *Coll. Antropol.*, 32, 19–23.
- Ard, J., & Wheeler, B. L. (2016). Music therapy and stroke: An integrative review. *Music and medicine: An interdisciplinary journal*, 8(4), 146–161.
<https://doi.org/10.47513/mmd.v8i4.496>
- Ariansen, I. K. H., Sulo, G., Kvåle, R., Olsen, K., & Selmer, R. M. (2014). *Folkehelse rapporten: Hjerte- og karsykdommer i Norge (sist oppdatert (16.11.2021))*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/Hjerte-kar/>
- Arjmand, H.-A., Hohagen, J., Paton, B., & Rickard, N. S. (2017). Emotional Responses to Music: Shifts in Frontal Brain Asymmetry Mark Periods of Musical Change. *Frontiers in Psychology*, 8, 1–13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02044>
- Baker, F. A. (2012). Facilitating Neurological Reorganization through Music Therapy: A Case Example of Modified Melodic Intonation Therapy in the Treatment of a Person with Aphasia. I K. E. Bruscia (Red.), *Case Examples of Music Therapy for Medical Conditions* (s. 26–37). Barcelona Publishers.

- Baker, F. A., Rickard, N., Tamplin, J., & Roddy, C. (2015). Flow and Meaningfulness as Mechanisms of Change in Self-Concept and Well-Being Following a Songwriting Intervention for People in the Early Phase of Neurorehabilitation. *Frontiers in Human Neuroscience, 9*, 1–10. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2015.00299>
- Baker, F. A., & Tamplin, J. (2006). *Music Therapy Methods in Neurorehabilitation: A clinician's manual*. J. Kingsley Publishers.
- Baylan, S., Haig, C., MacDonald, M., Stiles, C., Easto, J., Thomson, M., Cullen, B., Quinn, T. J., Stott, D., Mercer, S. W., Broomfield, N. M., Murray, H., & Evans, J. J. (2020). Measuring the effects of listening for leisure on outcome after stroke (MELLO): A pilot randomized controlled trial of mindful music listening. *International Journal of Stroke, 15*(2), 149–158. <https://doi.org/10.1177/1747493019841250>
- Baylan, S., Swann-Price, R., Peryer, G., & Quinn, T. (2016). The effects of music listening interventions on cognition and mood post-stroke: A systematic review. *Expert Review of Neurotherapeutics, 16*(11), 1241–1249. <https://doi.org/10.1080/14737175.2016.1227241>
- Befring, E. (2007). *Forskningsmetode med etikk og statistikk*. Samlaget.
- Blood, A. J., & Zatorre, R. J. (2001). Intensely pleasurable responses to music correlate with activity in brain regions implicated in reward and emotion. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 98*(20), 11818–11823. <https://doi.org/10.1073/pnas.191355898>
- Bonde, L. O. (2009). *Musik og menneske: Introduktion til musikkpsykologi*. Samfundslitteratur.
- Borchgrevink, H. (2008). Nevrobiologisk grunnlag for musikkterapi. I G. Trondalen & E. Ruud (Red.), *Perspektiver å musikk og helse: 30 år med norsk musikkterapi* (s. 189–201). Skriftserie fra Senter for musikk og helse. NMH-publikasjoner 2008:3.

- Bower, J., & Shoemark, H. (2009). Music therapy to promote interpersonal interactions in early paediatric neurorehabilitation. *The Australian Journal of Music Therapy*, 20, 59–75.
- Brean, A., & Skeie, G. O. (2019). *Musikk og hjernen: Om musikkens magiske kraft og fantastiske virkning på hjernen*. Cappelen Damm.
- Britannica, T. Editors of Encyclopaedia. (2022). Stroke. I *Encyclopedia Britannica*.
<https://www.britannica.com/science/stroke-disease>
- Bruscia, K. E. (2014). *Defining music therapy* (3. utgave). Barcelona Publishers.
- Caplan, L. R. (2013). *Navigating the Complexities of Stroke*. Oxford University Press.
https://web.s.ebscohost.com/ehost/ebookviewer/ebook/ZTAwMHh3d19fNjEyNDYwX19BTg2?sid=c1b72187-e797-458f-9099-ac20cbefde34@redis&vid=0&format=EB&lpid=lp_1&rid=0
- Cheng, A. (2018). Music treatment for anhedonia in major depressive disorder: Implications for therapeutic interventions. *Music and Medicine*, 10(4), 186–197.
- Clements-Cortés, A., & Haire, C. (2019). Individuals with acquired brain injury (ABI): Implications for music therapy in the treatment of depression. *Music and medicine: An interdisciplinary journal*, 11(2), 108–114.
- Coccia, M., & Provinciali, L. (2017). Post-Stroke Rehabilitation. I A. Radaelli, G. Mancina, C. Ferraese, & S. Beretta (Red.), *New Concepts in Stroke Diagnosis and Therapy: Current Developments in Stroke, Volume 1* (s. 300–330). Bentham Science Publishers.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research* (2. utgave). SAGE.
- Curtis, S. L. (2016). Survey Research. I B. L. Wheeler & K. M. Murphy (Red.), *Music Therapy Research* (3. utgave, s. 190–202). Barcelona Publishers.

- Daniel, A., Koumans, H., & Ganti, L. (2021). Impact of Music Therapy on Gait After Stroke. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.18441>
- Daveson, B. A. (2008). A description of a music therapy meta-model in neuro-disability and neuro-rehabilitation for use with children, adolescents and adults. *Australian Journal of Music Therapy*, 19, 70–85.
- de l’Etoile, S. K. (2010). Neurologic Music Therapy: A Scientific Paradigm for Clinical Practice. *Music and Medicine*, 2(2), 78–84.
<https://doi.org/10.1177/1943862110364232>
- Dileo, C., & Bradt, J. (2009). Medical Music Therapy: Evidence-Based Principles and Practices. I I. Söderback (Red.), *International Handbook of Occupational Therapy Interventions* (s. 445–451). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-0-387-75424-6_47
- Drageset, S., & Ellingsen, S. (2009). Forståelse av kvantitativ helseforskning—En introduksjon og oversikt. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 5(2), 100–114.
<https://doi.org/10.7557/14.244>
- Draper, K. (2016). Music and stroke rehabilitation: A narrative synthesis of the music-based treatments used to rehabilitate disorders of speech and language following left-hemispheric stroke. *Voices: A world forum for music therapy*, 16(1).
<https://doi.org/10.15845/voices.v16i1.789>
- Durham, C. (2002). Music therapy and neurology. I S. Hoskyns & L. Bunt (Red.), *The Handbook of Music Therapy* (s. 115–131). Brunner-Routledge.
- Einbu, T. (2008). Syng ordene – der talen ikke strekker til. I G. Trondalen & E. Ruud (Red.), *Perspektiver på musikk og helse: 30 år med norsk musikkterapi* (s. 449–461). Skriftserie fra Senter for musikk og helse. NMH-publikasjoner 2008:3.

- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Enriquez, B. A., Tennøe, B., Nome, T., Gjertsen, Ø., Nedregaard, B., Sletteberg, R., Skattør, T., Sökjer, M., Johansen, H., Skagen, K. R., Skjelland, M., Aamodt, A. H., & Lund, C. G. (2022). Mekanisk trombektomi ved akutt hjerneinfarkt. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.21.0577>
- Faiz, K. W., & Rønning, O. M. (2018). Hjerneslag. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0677>
- Feigin, V. L., Stark, B. A., Johnson, C. O., Roth, G. A., Bisignano, C., Abady, G. G., Abbasifard, M., Abbasi-Kangevari, M., Abd-Allah, F., Abedi, V., Abualhasan, A., Abu-Rmeileh, N. M., Abushouk, A. I., Adebayo, O. M., Agarwal, G., Agasthi, P., Ahinkorah, B. O., Ahmad, S., Ahmadi, S., ... Murray, C. J. L. (2021). Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Neurology*, 20(10), 795–820. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(21\)00252-0](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(21)00252-0)
- Fjærtøft, H., Skogseth-Stephani, R., Indredavik, B., Bjerkvik, T. F., & Varmdal, T. (2021). *Norsk hjerneslagregister. Årsrapport for 2020. Med plan for forbedringstiltak*. St. Olavs hospital. <https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2021-06/Hjerneslagregisteret%20%C3%85rsrapport%202020.pdf>
- Forsblom, A., & Ala-Ruona, E. (2012). Professional competences of music therapists working in post-stroke rehabilitation. *Voices: A world forum for music therapy*, 12(3). <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rft&AN=A814737&site=ehost-live>
- Gardstrom, S., & Sorel, S. (2015). Music Therapy Methods. I B. L. Wheeler (Red.), *Music therapy handbook* (s. 116–132). The Guilford Press.

- Gilbertson, S. (2013). Adults with stroke. I J. Allen (Red.), *Guidelines for Music Therapy Practice in Adult Medical Care* (s. 114–144). Barcelona Publishers.
- Gilbertson, S., & Aldridge, D. (2008). *Music Therapy and Traumatic Brain Injury: A Light on a Dark Night*. Jessica Kingsley Publishers.
- Ginsberg, L. (2010). *Lecture Notes: Neurology* (9. utgave). Wiley-Blackwell.
- Gonzalez-Hoelling, S., Bertran-Noguer, C., Reig-Garcia, G., & Suñer-Soler, R. (2021). Effects of a Music-Based Rhythmic Auditory Stimulation on Gait and Balance in Subacute Stroke. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1–14. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042032>
- Grau-Sánchez, J., Amengual, J. L., Rojo, N., Veciana de las Heras, M., Montero, J., Rubio, F., Altenmüller, E., Münte, T. F., & Rodríguez-Fornells, A. (2013). Plasticity in the sensorimotor cortex induced by Music-supported therapy in stroke patients: A TMS study. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 1–11. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00494>
- Grenness, T. (2001). *Innføring i vitenskapsteori og metode*. Universitetsforlaget.
- Halås, M. S. (2019). *Musikkterapeuter som profesjonsgruppe i Norge: En kartleggingsundersøkelse av musikkterapeuter som er medlem i Norsk forening for musikkterapi sin utdanning, arbeidsfelt og tilsettingsforhold*. [Mastergrad]. Universitetet i Bergen.
- Haraldsen, G. (1999). *Spørreskjemametodikk: Etter kokebokmetoden*. Ad Notam Gyldendal.
- Hartley, M. L., Turry, A., & Raghavan, P. (2010). The role of music and music therapy in aphasia rehabilitation. *Music and medicine: An interdisciplinary journal*, 2(4), 235–242.
- Harvey, R. L., Winstein, C. J., Zorowitz, R. D., & Wittenberg, G. (2015). *Stroke recovery and rehabilitation* (J. Stein, Red.; 2. utgave). Demos Medical.

- Helsedirektoratet. (2015). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator [nettdokument]*. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>
- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonalt faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag>
- Helsedirektoratet. (2019). *Pakkeforløp for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/hjerneslag>
- Helsenorge. (2020, oktober 13). *Hjerneskode hos voksne*. Helsenorge.
<https://www.helsenorge.no/sykdom/hjerne-og-nerver/hjerneskode-hos-voksne/#oppsummering>
- Hough, M. S. (2010). Melodic Intonation Therapy and aphasia: Another variation on a theme. *Aphasiology*, 24(6–8), 775–786. <https://doi.org/10.1080/02687030903501941>
- Hurkmans, J., Bruijn, M. de, Boonstra, A. M., Jonkers, R., Bastiaanse, R., Arendzen, H., & Reinders-Messelink, H. A. (2012). Music in the treatment of neurological language and speech disorders: A systematic review. *Aphasiology*, 26(1), 1–19.
- Hurkmans, J., Jonkers, R., de Bruijn, M., Boonstra, A. M., Hartman, P. P., Arendzen, H., & Reinders-Messelink, H. A. (2015). The effectiveness of Speech–Music Therapy for Aphasia (SMTA) in five speakers with Apraxia of Speech and aphasia. *Aphasiology*, 29(8), 939–964. <https://doi.org/10.1080/02687038.2015.1006565>
- Husak, R. S., Wallace, S. E., Marshall, R. C., & Visch-Brink, E. G. (2021). A systematic review of aphasia therapy provided in the early period of post-stroke recovery. *Aphasiology*, 1–34. <https://doi.org/10.1080/02687038.2021.1987381>

- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Høyskoleforlaget.
- Jochims, S. (2004). Music Therapy in the Area of Conflict between Functional and Psychotherapeutic Approach within the Field of Neurology/Neurorehabilitation. *Nordic Journal of Music Therapy*, 13(2), 161–171.
<https://doi.org/10.1080/08098130409478113>
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Abstrakt.
- Jungblut, M. (2005). Music Therapy for People with Chronic Aphasia: A controlled study. I D. Aldridge (Red.), *Music therapy and neurological rehabilitation: Performing health* (s. 189–209). J. Kingsley Publishers.
- Kalra, L., & Harris, R. (2010). Stroke Rehabilitation. I A. Rudd, C. Wolfe, & L. Kalra (Red.), *Practical Guide To Comprehensive Stroke Care, A: Meeting Population Needs* (s. 253–282). World Scientific Publishing Company.
- Koelsch, S. (2011). Toward a Neural Basis of Music Perception – A Review and Updated Model. *Frontier in Psychology*, 2, 1–20. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2011.00110>
- Le Perf, G., Donguy, A.-L., & Thebault, G. (2019). Nuanced effects of music interventions on rehabilitation outcomes after stroke: A systematic review. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 26(6), 473–484. <https://doi.org/10.1080/10749357.2019.1623518>
- Lee, J. H. (2016). The Effects of Music on Pain: A Meta-Analysis. *Journal of Music Therapy*, 53(4), 430–477. <https://doi.org/10.1093/jmt/thw012>
- L'Etoile, S. K. D., & Lagasse, A. B. (2013). Music Therapy and Neuroscience From Parallel Histories to Converging Pathways. *Music Therapy Perspectives*, 31, 6–14.

- Lindaman, K., & Abiru, M. (2013). The Use of Rhythmic Auditory Stimulation for Gait Disturbance in Patients with Neurologic Disorders. *Music Therapy Perspectives*, 31(1), 35–39. <https://doi.org/10.1093/mtp/31.1.35>
- Løge, I. (2021). *Hjerneslag og TIA*. Norsk Elektronisk Legehåndbok. <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/hjertekar/tilstander-og-sykdommer/hjerneslag-og-tia/hjerneslag-og-tia>
- Magee, W. L. (2005). Music therapy with patients in low awareness states: Approaches to assessment and treatment in multidisciplinary care. *Neuropsychological Rehabilitation*, 15(3–4), 522–536. <https://doi.org/10.1080/09602010443000461>
- Magee, W. L. (2008). Team Working to Meet Complex Needs in Adults with Acquired Neurological Conditions. I K. Twyford & T. Watson (Red.), *Integrated team working: Music therapy as part of transdisciplinary and collaborative approaches* (s. 154–176). Jessica Kingsley Publishers.
- Magee, W. L. (2017). Music-Making in Therapeutic Contexts. I R. MacDonald, D. J. Hargreaves, & D. Miell (Red.), *Handbook of Musical Identities* (s. 624–641). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199679485.003.0034>
- Magee, W. L. (2018). Music in the diagnosis, treatment and prognosis of people with prolonged disorders of consciousness. *Neuropsychological Rehabilitation*, 28(8), 1331–1339. <https://doi.org/10.1080/09602011.2018.1494003>
- Magee, W. L., Clark, I., Tamplin, J., & Bradt, J. (2017). Music interventions for acquired brain injury. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006787.pub3>
- Mainka, S., Wissel, J., Völler, H., & Evers, S. (2018). The Use of Rhythmic Auditory Stimulation to Optimize Treadmill Training for Stroke Patients: A Randomized

- Controlled Trial. *Frontiers in Neurology*, 9, 1–8.
<https://doi.org/10.3389/fneur.2018.00755>
- McElveen, W. A., & Macko, R. F. (2014). Pathophysiology and Management of Acute Stroke. I J. Stein, R. L. Harvey, C. J. Winstein, R. D. Zorowitz, & G. Wittenberg (Red.), *Stroke recovery and rehabilitation* (2. utg., s. 45–58). Demos Medical.
- Morrow-Odom, K. L., & Swann, A. B. (2013). Effectiveness of melodic intonation therapy in a case of aphasia following right hemisphere stroke. *Aphasiology*, 27(11), 1322–1338.
<https://doi.org/10.1080/02687038.2013.817522>
- Neerland, B. E., Krogseth, M., & Wyller, T. B. (2018). Hvordan beskrive delirium? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0087>
- Postholm, M. B., & Jacobsen, D. I. (2018). *Forskningsmetode for masterstudenter i lærerutdanningen*. Cappelen Damm akademisk.
- Purdie, H. (1997). Music therapy with adults who have traumatic brain injury and stroke. *British journal of music therapy*, 11(2), 45–50.
- Raglio, A. (2015). Effects of music and music therapy on mood in neurological patients. *World Journal of Psychiatry*, 5(1), 68–78. <https://doi.org/10.5498/wjp.v5.i1.68>
- Rehabilitering: Hjerneslag og ervervede hjerneskader*. (u.å.). Helsenorge. Hentet 13. mai 2021, fra <https://tjenester.helsenorge.no/velg-behandlingssted/behandlinger/ventetider-for?bid=333>
- Ruud, E. (2005). Philosophy and Theory of Science. I B. L. Wheeler (Red.), *Music Therapy Research* (2. utgave, s. 33–44). Barcelona Publishers.
- Ruud, E. (2008). Et humanistisk perspektiv på norsk musikkterapi. I G. Trondalen & E. Ruud (Red.), *Perspektiver på musikk og helse: 30 år med norsk musikkterapi* (s. 5–28). Skriftserie fra Senter for musikk og helse. NMH-publikasjoner 2008:3.
- Ruud, E. (2016). *Musikkvitenskap*. Universitetsforl.

- Schmid, W. (2014). A penguin on the moon: Self-organizational processes in improvisational music therapy in neurological rehabilitation. *Nordic Journal of Music Therapy*, 23(2), 152–172. <https://doi.org/10.1080/08098131.2013.783096>
- Schneider, S., Müunte, T., Rodriguez-Fornells, A., Sailer, M., & Altenmüller, E. (2010). Music-Supported Training is More Efficient than Functional Motor Training for Recovery of Fine Motor Skills in Stroke Patients. *Music Perception*, 27(4), 271–280. <https://doi.org/10.1525/mp.2010.27.4.271>
- Shin, Y.-K., Chong, H. J., Kim, S. J., & Cho, S.-R. (2015). Effect of Rhythmic Auditory Stimulation on Hemiplegic Gait Patterns. *Yonsei Medical Journal*, 56(6), 1703–1713. <https://doi.org/10.3349/ymj.2015.56.6.1703>
- Sihvonen, A. J., Särkämö, T., Leo, V., Tervaniemi, M., Altenmüller, E., & Soinila, S. (2017). Music-based interventions in neurological rehabilitation. *The Lancet Neurology*, 16(8), 648–660. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(17\)30168-0](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(17)30168-0)
- Sunnerhagen, K. S. (2014). Rehabilitation after stroke. I B. Norrving (Red.), *Oxford Textbook of Stroke and Cerebrovascular Disease* (s. 234–242). Oxford University Press.
- Särkämö, T., Ripollés, P., Ve, H., Autti, T., Silvennoinen, H. M., Salli, E., Laitinen, S., Forsblom, A., Soinila, S., & Rodriguez-Fornells, A. (2014). Structural Changes Induced by Daily Music Listening in the Recovering Brain after Middle Cerebral Artery Stroke: A Voxel-Based Morphometry Study. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 1–16. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00245>
- Särkämö, T., Tervaniemi, M., & Huotilainen, M. (2013). Music perception and cognition: Development, neural basis, and rehabilitative use of music. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, 4(4), 441–451. <https://doi.org/10.1002/wcs.1237>
- Särkämö, T., Tervaniemi, M., Laitinen, S., Forsblom, A., Soinila, S., Mikkonen, M., Autti, T., Silvennoinen, H. M., Erkkilä, J., Laine, M., Peretz, I., & Hietanen, M. (2008). Music

- listening enhances cognitive recovery and mood after middle cerebral artery stroke. *Brain: A journal of neurology*, 131(3), 866–876.
- Tamplin, J., Baker, F. A., Macdonald, R. A. R., Roddy, C., & Rickard, N. S. (2016). A theoretical framework and therapeutic songwriting protocol to promote integration of self-concept in people with acquired neurological injuries. *Nordic Journal of Music Therapy*, 25(2), 111–133. <https://doi.org/10.1080/08098131.2015.1011208>
- Tamplin, J., & Grocke, D. (2008). A Music Therapy Treatment Protocol for Acquired Dysarthria Rehabilitation. *Music Therapy Perspectives*, 26(1), 23–29. <https://doi.org/10.1093/mtp/26.1.23>
- Thaut, M. H. (2005). *Rhythm, music, and the brain: Scientific foundations and clinical applications*. Routledge.
- Thaut, M. H., & Abiru, M. (2010). Rhythmic auditory stimulation in rehabilitation of movement disorders: A review of current research. *Music perception: An interdisciplinary journal*, 27(4), 263–269.
- Thaut, M. H., & Hoemberg, V. (Eds.). (2014). *Handbook of neurologic music therapy*. Oxford University Press.
- Thaut, M. H., & McIntosh, G. C. (2014). Neurologic Music Therapy in Stroke Rehabilitation. *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports*, 2(2), 106–113. <https://doi.org/10.1007/s40141-014-0049-y>
- Thaut, M. H., McIntosh, G. C., & Hoemberg, V. (2015). Neurobiological foundations of neurologic music therapy: Rhythmic entrainment and the motor system. *Frontiers in Psychology*, 5, 1–6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01185>
- The Academy of Neurologic Music Therapy*. (u.å.). The Academy of Neurologic Music Therapy. Hentet 14. mai 2022, fra <https://nmtacademy.co/>
- Thomassen, L. (2021). Hjerneslag. I *Store medisinske leksikon*. <http://sml.snl.no/hjerneslag>

- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: For helsefag*. Fagbokforlaget.
- Trondalen, G., & Bonde, L. O. (2012). *Music Therapy: Models and Interventions*. I R. MacDonald, G. Kreutz, & L. Mitchell (Red.), *Music, Health, and Wellbeing* (s. 40–62). Oxford University Press.
- Types of Stroke*. (u.å.). Www.Stroke.Org. Hentet 27. april 2022, fra <https://www.stroke.org/en/about-stroke/types-of-stroke>
- Vik, B. M. D. (2019). Music-supported Systematic Treatment Strategies for People with Executive Dysfunction Following Traumatic Brain Injury: Similarities and Divergencies in 7 Case Reports. *Music and Medicine*, *11*(3), 166–175.
- Vik, B. M. D., Skeie, G. O., & Specht, K. (2019). Neuroplastic Effects in Patients With Traumatic Brain Injury After Music-Supported Therapy. *Frontiers in Human Neuroscience*, *13*, 1–11. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2019.00177>
- Wan, C. Y., Rüüber, T., Hohmann, A., & Schlaug, G. (2010). The Therapeutic Effects of Singing in Neurological Disorders. *Music Perception*, *27*(4), 287–295. <https://doi.org/10.1525/mp.2010.27.4.287>
- Wergeland, A., Ryen, S., & Ødegaards-Olsen, T. G. (2016). Sykepleie ved hjerneslag. I R. Grønseth, D.-G. Stubberud, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2*. (5. utg., s. 303–328). Gyldendal akademisk.
- Wigram, T. (2005). Survey Research. I B. L. Wheeler (Red.), *Music Therapy Research* (2. utgave, s. 272–281). Barcelona Publishers.
- Yu, G. (Yoo G. E., & Kim, S. J. (2016). Rhythmic auditory cueing in motor rehabilitation for stroke patients: Systematic review and meta-analysis. *Journal of music therapy*, *53*(2), 149–177.

Yvonne Feilzer, M. (2010). Doing Mixed Methods Research Pragmatically: Implications for the Rediscovery of Pragmatism as a Research Paradigm. *Journal of Mixed Methods Research*, 4(1), 6–16. <https://doi.org/10.1177/1558689809349691>

Zipse, L., Norton, A., Marchina, S., & Schlaug, G. (2012). When right is all that is left: Plasticity of right-hemisphere tracts in a young aphasic patient: Zipse et al. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1252(1), 237–245. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2012.06454.x>

Zumbansen, A., & Tremblay, P. (2019). Music-based interventions for aphasia could act through a motor-speech mechanism: A systematic review and case–control analysis of published individual participant data. *Aphasiology*, 33(4), 466–497. <https://doi.org/10.1080/02687038.2018.1506089>

Aarø, L. E. (2007). *Fra spørreskjemakonstruksjon til multivariat analyse av data: En innføring i survey-metoden* (2. utgave). HEMIL-senteret, Universitetet i Bergen.

8 Vedlegg

Spørreskjema og informasjonsskriv 1: Musikktérapeuter (Vedlegg 1, Asskildt 2022)

Informasjonsskriv

Kjære musikktérapeut,
vil du delta i en spørreundersøkelse om musikktérapi i rehabilitering etter hjerneslag?

I forbindelse med min masteroppgave i musikktérapi ved Norges Musikkhøgskole, sender jeg ut en undersøkelse til musikktérapeuter og helsepersonell som arbeider med rehabilitering etter hjerneslag. I dette skrevet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

For musikktérapeuter som IKKE jobber med målgruppen består undersøkelsen av kun 3 spørsmål. Disse bidrar til å kartlegge feltet, og derfor er det også viktig å få svar fra dere!

Formål

Hensikten med oppgaven er å finne ut av i hvilken grad musikktérapeuter og helsepersonell jobber med musikktérapi og musikk i rehabilitering etter hjerneslag slik at vi kan forstå mer om - og få mulighet til å jobbe i - et felt hvor musikktérapi kan være en ressurs.

Opplysningene jeg samler inn, skal brukes i min masteroppgave i musikktérapi på Norges Musikkhøgskole, samt en påfølgende artikkel om funnene.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Norges Musikkhøgskole er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Alle musikktérapeuter i Norge får spørsmål om å delta i spørreundersøkelsen. Den sendes ut via Norsk Musikktérapiforening, samt deles i relevante kanaler i sosiale medier og lignende.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du fyller ut et spørreskjema. Det vil ta deg ca. 15 minutter. Spørreskjemaet inneholder spørsmål om utdanning, arbeidssted, metoder, teknikker og utfordringer ved arbeid med musikktérapi etter hjerneslag. Dine svar fra spørreskjemaet blir registrert elektronisk.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hensikten med undersøkelsen er ikke å samle inn eller bruke opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner. Hvis en kombinasjon av svar kan identifisere deg som respondent kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Opplysningene anonymiseres og vil kun brukes til det formålet som er beskrevet over. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene slettes når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er sommeren 2022.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Dine rettigheter

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

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

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

- Norges Musikkhøgskole ved Are Brean Are.brean@tidsskriftet.no ,
- Karoline Kaarbø Asskildt karoline.k.asskildt@student.nmh.no

Vårt personvernombud:

- Rolf Haavik, pvo@nmh.no

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

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Om du ønsker å delta må du sende inn ditt svar før undersøkelsen avsluttes 20. september.

Med vennlig hilsen

Veileder

Are Brean

Førsteamanuensis

Norges Musikkhøgskole

Are.brean@tidsskriftet.no

Student

Karoline Kaarbø Asskildt

Masterstudent, musikkterapi

Norges Musikkhøgskole

karoline.k.asskildt@student.nmh.no

(neste side)

Tusen takk for at du ønsker å svare på denne undersøkelsen!

I min masteroppgave i musikkterapi ved Norges Musikkhøgskole ønsker jeg å kartlegge i hvilken grad musikkterapi brukes i rehabilitering etter hjerneslag. Derfor sender jeg ut denne undersøkelsen til alle musikkterapeuter i Norge.

Undersøkelsen består av 21 spørsmål, og det vil ta deg ca.10-15 minutter å gjennomføre. Opplysningene anonymiseres og vil kun brukes til arbeidet med masteroppgaven og en påfølgende artikkel. Dataene lagres elektronisk, og slettes når prosjektet avsluttes sommeren 2022. Om du ønsker å vite mer om lagring av data, vennligst se informasjonsskrivet på forrige side.

Om du IKKE jobber med målgruppen vil undersøkelsen automatisk avsluttes etter kun tre spørsmål. Dine svar er likevel av stor betydning for undersøkelsen, fordi det bidrar til en nøyaktig kartlegging av hvor mange som jobber i feltet.

Undersøkelsen avsluttes 20. september. Hvis du har noen spørsmål, vennligst ta kontakt på mail: karoline.k.asskildt@student.nmh.no

Med vennlig hilsen

Karoline Kaarbø Asskildt

(neste side)

1. Er du utdannet musikkterapeut*? (Obligatorisk)

(*mastergrad eller toårig videreutdanning i musikkterapi).

- Ja
- Nei

*hvis nei

Tusen takk for at du tok deg tid til å svare på spørsmålet! Resten av undersøkelsen vil rettes mot musikkterapeuter.

Om du har noen spørsmål, vennligst ta kontakt på mail: karoline.k.asskildt@student.nmh.no

Med vennlig hilsen

Karoline Kaarbø Asskildt

(neste side)

2. Jobber du som musikkterapeut i Norge? (Obligatorisk)

- Ja
- Nei

*hvis nei:

Tusen takk for at du tok deg tid til å svare på spørsmålene!

Resten av undersøkelsen vil rettes mot musikkterapeuter som jobber i Norge. Om du har noen spørsmål, vennligst ta kontakt på mail: karoline.k.asskildt@student.nmh.no

Med vennlig hilsen

Karoline Kaarbø Asskildt

(neste side)

3. Jobber du som musikkterapeut med rehabilitering etter hjerneslag? (Obligatorisk)

- Ja
- Nei

*hvis nei:

Tusen takk for at du tok deg tid til å svare på spørsmålene!

Resten av undersøkelsen vil rettes mot musikkterapeuter som jobber med rehabilitering etter hjerneslag. Om du har noen spørsmål, vennligst ta kontakt på mail: karoline.k.asskildt@student.nmh.no

Med vennlig hilsen

Karoline Kaarbø Asskildt

(neste side)

4. I hvor mange år har du jobbet med musikkterapi i rehabilitering etter hjerneslag? (Obligatorisk)

Skriv ned antall år, i tall: _____

5. Omtrent hvor stor grad av en full stilling bruker du på arbeid med musikkterapi i rehabilitering etter hjerneslag?

Kryss av et alternativ

- 0-24%
- 25-49%
- 50-74%
- 75-100%

6. Hvor jobber du med musikkterapi i rehabilitering etter hjerneslag? (Obligatorisk)

Kryss av et eller flere alternativer

- Slagenhet i sykehus
- Sykehus uten slagenhet
- Rehabiliteringsinstitusjon
- Sykehjem
- Hjemme hos pasient
- I voksenopplæringen
- Annet. Vennligst spesifiser, men ikke skriv inn informasjon som vil identifisere deg som respondent eller klientene du jobber med, hverken direkte eller indirekte. _____

7. Når i behandlingsforløpet jobber du med musikkterapi i rehabilitering etter hjerneslag? (Obligatorisk)

Kryss av et eller flere alternativer

- Subakutt fase (1 dag - 3 uker etter slag)
- Overgangsfase (3 uker - 3 måneder etter slag)
- Tilpasningsfase (fra 3 mnd etter slag)

8. Hvilke områder jobber du med i rehabilitering etter hjerneslag? (Obligatorisk)

Kryss av et eller flere alternativer

- Kognitive vansker
- Sensorimotoriske forstyrrelser
- Synsvansker
- Hørselsvansker
- Kommunikasjon/språkvansker
- Afasi
- Psykisk helse
- Aktivitet (gjennomføring av dagligdagse oppgaver)
- Sosiale behov og deltakelse
- Arbeid med pårørende
- Annet. Vennligst spesifiser, men ikke skriv inn informasjon som vil identifisere deg som respondent eller klientene du jobber med, hverken direkte eller indirekte. _____

9. Har du tatt etterutdanning, videreutdanning eller frittstående kurs som er rettet mot arbeid med rehabilitering etter hjerneslag? (Obligatorisk)

- Ja. Vennligst spesifiser hvilke. _____
- Nei

10. Måler du, eller annet helsepersonell noen form av effekt av musikkterapien underveis eller etter endt rehabilitering? (Obligatorisk)

Kryss av et alternativ

- Ja, underveis
- Ja, etter endt rehabilitering
- Ja, begge deler
- Nei

11. Hvis ja, hvilket måleinstrument brukes?

Kryss av et eller flere alternativer

- National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)
- Barthel ADL Index
- Modified Rankin Scale
- EQ5D
- Annet. Vennligst spesifiser, men ikke skriv inn informasjon som vil identifisere deg som respondent eller klientene du jobber med, hverken direkte eller indirekte. _____

(neste side)

12. Hvilke musikkterapeutiske metoder eller teknikker bruker du? (Obligatorisk)

Kryss av et eller flere alternativer

- Improvisasjon
- Låtskriving (tekst og komposisjon)
- Terapeutisk stemmebruk (sang)
- Lytting (innspilt musikk)
- Lytting (live musikk)
- Fremføring (klienten fremfører)
- Samspill
- Instrumentopplæring
- Bevegelse til musikk
- Nevrologisk musikkterapi
- Annet. Vennligst spesifiser, men ikke skriv inn informasjon som vil identifisere deg som respondent eller klientene du jobber med, hverken direkte eller indirekte. _____

(neste side)

13. I hvilken grad jobber du med individuell musikkterapi i rehabilitering etter hjerneslag? (Obligatorisk)

Kryss av et alternativ

- Aldri
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad

14. I hvilken grad jobber du med gruppemusikkterapi i rehabilitering etter hjerneslag? (Obligatorisk)

Kryss av et alternativ

- Aldri
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad

(neste side)

15. Er det noen metoder eller teknikker du mener egner seg spesielt godt i rehabilitering etter hjerneslag? (Obligatorisk)

- Ja. Vennligst spesifiser hvilke. _____
- Nei

Hvis ja, kan du utdype hvorfor?

Vennligst spesifiser, men ikke skriv inn informasjon som vil identifisere deg som respondent eller klientene du jobber med, hverken direkte eller indirekte. _____

(neste side)

16. I ditt arbeid med rehabilitering etter hjerneslag er du spesielt påvirket av en tilnærming, retning eller orientering innen musikkterapien? (Obligatorisk)

- Ja
- Nei

Hvis ja, kan du utdype hvilke?

Vennligst spesifiser, men ikke skriv inn informasjon som vil identifisere deg som respondent eller klientene du jobber med, hverken direkte eller indirekte. _____

_____ (neste side)

17. Opplever du at det er noen spesifikke utfordringer som er knyttet til å jobbe med musikkterapi i rehabilitering etter hjerneslag? (Obligatorisk)

- Ja
- Nei

Hvis ja, kan du utdype hvilke?

Vennligst spesifiser, men ikke skriv inn informasjon som vil identifisere deg som respondent eller klientene du jobber med, hverken direkte eller indirekte. _____

_____ (neste side)

18. Etter din mening, hvilken plass har musikkterapien i rehabilitering etter hjerneslag? (Obligatorisk)

Kryss av et alternativ

- Musikkterapi er en liten del av rehabiliteringen
- Musikkterapi forsterker eller støtter øvrig rehabilitering
- Musikkterapi er en stor del av rehabiliteringen
- Musikkterapi utgjør hoveddelen av rehabilitering

_____ (neste side)

19. Har du en oppfatning om hvordan musikkterapi kan bidra til god rehabilitering etter hjerneslag?

Vennligst spesifiser, men ikke skriv inn informasjon som vil identifisere deg som respondent eller klientene du jobber med, hverken direkte eller indirekte. _____

_____ (neste side)

20. Har du andre kommentarer til denne undersøkelsen? _____

_____ (neste side)

21. Fyll inn epostadresse

Du kan når som helst trekke din deltakelse fra denne undersøkelsen. Det gjør du ved å sende en epost til karoline.k.asskildt@student.nmh.no fra den mailadressen du oppgir her. _____

_____ (neste side)

Tusen takk for at du tok deg tid til å svare på undersøkelsen!

Om du har noen spørsmål, vennligst ta kontakt på mail karoline.k.asskildt@student.nmh.no

Med vennlig hilsen
Karoline Kaarbø Asskildt

Takk for at du deltok!

Spørreskjema og informasjonsskriv 2: Institusjoner (Vedlegg 2, Asskildt 2022)

Informasjonsskriv "Musikk og musikkterapi i rehabilitering etter hjerneslag"

Vil dere delta i en spørreundersøkelse om musikk og musikkterapi i rehabilitering etter hjerneslag?

I forbindelse med min masteroppgave i musikkterapi ved Norges Musikkhøgskole, sender jeg ut en undersøkelse til musikkterapeuter og institusjoner som arbeider med rehabilitering etter hjerneslag. Hensikten med oppgaven er å finne ut av i hvilken grad musikkterapeuter og helsepersonell jobber med musikkterapi og musikk i rehabilitering etter hjerneslag, for å forstå mer om hvorvidt musikk og musikkterapi kan være en ressurs.

Om dere IKKE jobber med målgruppens vil undersøkelsen automatisk avsluttes etter første spørsmål. Dette bidrar til å kartlegge feltet, og derfor er det også viktig å få svar fra dere!

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Norges Musikkhøgskole er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får dere spørsmål om å delta?

Undersøkelsen sendes til alle slagenheter og rehabiliteringsinstitusjoner i Norge, for å kartlegge i hvilken grad musikk og musikkterapi brukes i rehabilitering etter hjerneslag. Undersøkelsen retter seg mot dere som avdeling/institusjon/enhet, og det er ønskelig at avdelingsleder eller tilsvarende svarer på vegne sitt arbeidssted.

Hva innebærer det for dere å delta?

Hvis dere velger å delta i prosjektet, innebærer det å fylle ut et spørreskjema. Undersøkelsen består av 7 spørsmål, og det vil ta dere ca. 5 minutter å gjennomføre den. Opplysningene jeg samler inn, skal brukes i min masteroppgave i musikkterapi på Norges Musikkhøgskole, samt en påfølgende artikkel om funnene. Dataene lagres elektronisk, og slettes når prosjektet avsluttes sommeren 2022.

Det er frivillig å delta i prosjektet. Ingen personopplysninger samles inn.

Om du ønsker å delta må du sende inn ditt svar før undersøkelsen avsluttes 20. september.

Hvis dere har spørsmål om undersøkelsen, vennligst ta kontakt på mail.

Med vennlig hilsen

Veileder
Are Brean
Førsteamanuensis
Norges Musikkhøgskole
Are.brean@tidsskriftet.no

Student
Karoline Kaarbø Asskildt
Masterstudent, musikkterapi
Norges Musikkhøgskole
karoline.k.asskildt@student.nmh.no

(neste side)

1. Arbeider dere med rehabilitering etter hjerneslag? (Obligatorisk)

- Ja
- Nei

*hvis nei:

Tusen takk for at dere tok dere tid til å svare på spørsmålet!

Resten av undersøkelsen vil rettes mot institusjoner som jobber med rehabilitering etter hjerneslag. Om dere har noen spørsmål, vennligst ta kontakt på mail: karoline.k.asskildt@student.nmh.no

Med vennlig hilsen

Karoline Kaarbø Asskildt

(neste side)

2. Hvor jobber dere med rehabilitering etter hjerneslag? (Obligatorisk)

Kryss av et eller flere alternativer

- Slagenhet i sykehus
- Sykehus uten slagenhet
- Rehabiliteringsinstitusjon
- Sykehjem
- Hjemme hos pasient
- I voksenopplæringen
- Annet (vennligst spesifiser) _____

(neste side)

3. I hvor stor grad bruker dere musikk eller musikalske virkemidler i deres arbeid med rehabilitering etter hjerneslag? (Obligatorisk)

Kryss av et alternativ

- Aldri
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad

(neste side)

4. Oppfatter dere at det er noen fordeler eller ulemper ved å bruke musikk eller musikalske virkemidler i rehabilitering etter hjerneslag?

- Ja
- Nei

Hvis ja, vennligst utdyp.

Vennligst spesifiser, men ikke skriv inn informasjon som vil identifisere deg som respondent eller klientene du jobber med, hverken direkte eller indirekte. _____

(neste side)

5. Er en eller flere musikkterapeuter ansatt hos dere? (Obligatorisk)

Kryss av antall musikkterapeuter som er ansatt hos dere

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

(neste side)

6. Samarbeider dere med en eller flere musikkterapeuter? (Obligatorisk)

Kryss av antall musikkterapeuter dere samarbeider med

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

(neste side)

7. Oppfatter dere at det noen fordeler eller ulemper ved å samarbeide med en musikkterapeut i arbeidet med rehabilitering etter hjerneslag?

- Ja
- Nei

Hvis aktuelt vennligst utdyp.

Vennligst spesifiser, men ikke skriv inn informasjon som vil identifisere deg som respondent eller klientene du jobber med, hverken direkte eller indirekte. _____

Har dere andre kommentarer til denne undersøkelsen? _____

(neste side)

Tusen takk for at dere tok dere tid til å svare på undersøkelsen!

Om dere har noen spørsmål, vennligst ta kontakt på mail karoline.k.asskildt@student.nmh.no

Med vennlig hilsen
Karoline Kaarbø Asskildt

Takk for at dere deltok!

Masteroppgave



Masteroppgave: Delta i spørreundersøkelse om musikkterapi i rehabilitering etter hjerneslag

I forbindelse med masteroppgaven *Musikkterapi i rehabilitering etter hjerneslag* søker Karoline Kaarbø Asskildt musikkterapeuter som arbeider med rehabilitering etter hjerneslag.

Hensikten med oppgaven er å finne ut av i hvilken grad musikkterapeuter og helsepersonell jobber med musikkterapi og musikk i rehabilitering etter hjerneslag slik at vi kan forstå mer om - og få mulighet til å jobbe i - et felt hvor musikkterapi kan være en ressurs.

Fristen for å fylle ut undersøkelsen er 15. september.

[Les mer her](#)

Oversikt over variabler spørreskjema 1: musikkterapeuter (Vedlegg 4, Asskildt 2022)

Spørreskjema 1 musikkterapeuter			
Hva måles?	Verdier	Variabel	Analyse
Om respondenten er musikkterapeut	Ja Nei à (Undersøkelsen avsluttes)	Dikotom	Frekvenstabell
Om respondenten jobber som musikkterapeut i Norge	Ja Nei à (Undersøkelsen avsluttes)	Dikotom	Frekvenstabell
Om respondenten jobber som musikkterapeut med rehabilitering etter hjerneslag	Ja Nei à (Undersøkelsen avsluttes)	Dikotom	Frekvenstabell
Hvor stor grad av en full stilling brukes på dette feltet	0-24% 25-49% 50-74% 75-100%	Ratio	Frekvenstabell
Hvor mange år respondenten har jobbet på dette feltet	År	Ratio	Median
Hvilken del av behandlingsforløpet respondenten jobber med *flervalg	Subakutt fase (1 dag - 3 uker etter slag) Overgangsfase (3 uker - 3 måneder etter slag) Tilpasningsfase (fra 3 mnd etter slag)	Nominal	Frekvenstabell
Hvor respondenten jobber i feltet *flervalg	Slagenhet i sykehus Sykehus uten slagenhet Rehabiliteringsinstitusjon Sykehjem Hjemme hos pasient I voksenopplæringen Annet*	Nominal	Frekvenstabell
Hvilke områder respondenten jobber med *flervalg	Sensorimotoriske forstyrrelser Kognitive vansker Synsvansker Hørselsvansker Kommunikasjon/språkvansker Afasi Psykisk helse Aktivitet (gjennomføring av dagligdagse oppgaver) Sosiale behov og deltakelse Arbeid med pårørende Annet*	Fritekst	Kategorisering

Hvilke musikkterapeutiske metoder eller teknikker respondenten bruker		Nominal	Frekvenstabell
flervalg	Låtskriving (tekst og komposisjon) Improvisasjon Terapeutisk stemmebruk (sang) Lytting (innspilt musikk) Lytting (live musikk) Fremføring (klienten fremfører) Samspill Instrumentopplæring Bevegelse til musikk Nevrologisk musikkterapi_ Annet	Fritekst	Kategorisering
I hvilken grad respondenten jobber med individuell musikkterapi på feltet		Ordinal	Frekvenstabell
	Aldri I liten grad I noen grad I stor grad		
I hvilken grad respondenten jobber med gruppemusikkterapi på feltet		Ordinal	Frekvenstabell
*kryss av et alternativ	Aldri I liten grad I noen grad I stor grad		
Hvilken plass respondenten mener musikkterapien har på feltet		Ordinal	Frekvenstabell
*kryss av et alternativ	Musikkterapi er en liten del av rehabiliteringen Musikkterapi forsterker eller støtter øvrig rehabilitering Musikkterapi er en stor del av rehabiliteringen Musikkterapi utgjør hoveddelen av rehabilitering		
Om respondenten eller annet helsepersonell måler noen form av effekt av musikkterapien underveis eller etter endt rehabilitering		Ordinal	Frekvenstabell
*kryss av et alternativ	Ja, underveis Ja, etter endt rehabilitering Ja, begge deler Nei		
Hvilket måleinstrument som brukes		Nominal	Frekvenstabell
kryss av et eller flere alternativer	National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) Barthel ADL Index Modified Rankin Scale EQ5D Annet	Fritekst	Kategorisering
Metoder eller teknikker respondenten mener egner seg spesielt godt på feltet		Dikotom	Frekvenstabell
	Ja. Hvilken/hvilke?*		
	Nei		
Utdypning		Åpen	Kategorisering
	Fritekst		

Om respondenten er påvirket av en tilnærming, retning eller orientering innen musikkterapien?	Dikotom	Frekvenstabell
Ja* spesifiser		
Nei		
Utdypning	Åpen	Kategorisering
Fritekst		
Om respondenten har etterutdanning, videreutdanning eller frittstående kurs som er rettet mot feltet *kryss av et alternativ	Dikotom	Frekvenstabell
Ja. Hvilke*		
Nei		
Utfordringer ved å jobbe med musikkterapi på feltet	Dikotom	Frekvenstabell
Nei		
Ja* spesifiser		
Utdypning	Åpen	Kategorisering
Fritekst		
Hvordan musikkterapi kan bidra til god rehabilitering etter hjerneslag	Åpen	Kategorisering
Fritekst		
Andre kommentarer	Åpen	Kategorisering
Fritekst		

Oversikt over variabler spørreskjema 2: institusjoner (Vedlegg 5, Asskildt 2022)

Spørreskjema 2 institusjoner			
Hva måles?	Verdier	Variabel	Fremstilling
Om institusjonen jobber med feltet		Dikotom	Frekvenstabell
*kryss av et alternativ	Ja Nei à (Undersøkelsen avsluttes)		
Hvilken type institusjon/avdeling som svarer		Nominal	Frekvenstabell
*kryss av et eller flere alternativer	Slagenhet i sykehus Sykehus uten slagenhet Rehabiliteringsinstitusjon Sykehjem Hjemme hos pasient I voksenopplæringen Annet (vennligst spesifiser)		Kategorisering
Bruk av musikk eller musikalske virkemidler på feltet		Ordinal	Frekvenstabell
*kryss av et alternativ	Aldri I liten grad I noen grad I stor grad		
Fordeler eller ulemper ved å bruke musikk eller musikalske virkemidler på feltet		Dikotom	Frekvenstabell
	Ja Nei		
Utdypning		Åpen	Kategorisering
* om aktuelt, vennligst utdyp	Fritekst		
Ansettelse av musikkterapeuter		Ratio	Frekvenstabell
*kryss av antall musikkterapeuter som er ansatt hos dere	0 1 2 3 4 5		
Samarbeid med musikkterapeuter		Ratio	Frekvenstabell
*kryss av antall musikkterapeuter som er ansatt hos dere	0 1 2 3 4 5		
Fordeler eller ulemper ved å samarbeide med en musikkterapeut på feltet		Dikotom	Frekvenstabell
	Ja Nei		
Utdypning		Åpen	Kategorisering
* om aktuelt, vennligst utdyp	Fritekst		
Andre kommentarer		Åpen	Kategorisering
	Fritekst		

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

Vurdering

Referansenummer

464966

Prosjekttittel

Musikkterapi i rehabilitering etter hjerneslag

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Are Brean , Are.Brean@tidsskriftet.no, tlf: 46453623

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Karoline Kaarbø Asskildt, karoline.asskildt@gmail.com, tlf: 92264942

Prosjektperiode

21.01.2021 - 15.07.2022

Vurdering (1)**15.07.2021 - Vurdert**

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 15.07.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.07.2022.

LOVLIG GRUNNLAG

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

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

TAUSHETSPLIKT

Informantene i prosjektet er musikkterapeuter, og har taushetsplikt. Det er viktig at prosjektet gjennomføres

slik at det ikke registreres taushetsbelagte opplysninger.

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

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

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>. Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!



Aug 26

Masteroppgave: Delta i spørreundersøkelse om musikkterapi i rehabilitering etter hjerneslag

I forbindelse med masteroppgaven *Musikkterapi i rehabilitering etter hjerneslag* søker Karoline Kaarbø Asskildt musikkterapeuter som arbeider med rehabilitering etter hjerneslag.

For musikkterapeuter som IKKE jobber med målgruppen består undersøkelsen av kun 3 spørsmål. Disse bidrar til å kartlegge feltet, og derfor er det viktig at dere svarer her.

Hensikten med oppgaven er å finne ut av i hvilken grad musikkterapeuter og helsepersonell jobber med musikkterapi og musikk i rehabilitering etter hjerneslag slik at vi kan forstå mer om - og få mulighet til å jobbe i - et felt hvor musikkterapi kan være en ressurs.

Opplysningene som samles inn, skal brukes i en masteroppgave i musikkterapi på Norges Musikkhøgskole, samt en påfølgende artikkel om funnene.

Fristen for å fylle ut undersøkelsen er 15. september.

LES HELE INFORMASJONSBRIVET (/5/INFORMASJONSSKRIV-MUSIKKTERAPI-I-REHABILITERING-ETTER-HJERNESLAG.PDF)

Lenken til spørreundersøkelsen finner du her:

<https://www.survey-xact.no/LinkCollector?key=N7Y13S3ELP1K> (<https://www.survey-xact.no/LinkCollector?key=N7Y13S3ELP1K>)

For spørsmål kontakt:

Karoline Kaarbø Asskildt

karoline.k.asskildt@student.nmh.no

Om Master i musikkterapi

Musikkterapistudiet fokuserer på ferdigheter i kommunikasjon og sosialt samspill. Sentralt i studiet står musikkens evne til å fremme uttrykksevne og opplevelse av mening, mestring og livssammenheng.

Studiet har en kombinasjon av det praktiske og det teoretiske, med emner som improvisasjon, relasjonskunnskap, vitenskapsteori og forskningsmetode. Musikalsk improvisasjon står sentralt, siden dette er et viktig redskap for å komme i kontakt med - og utvikle relasjonelle og kommunikative ferdigheter.

På Musikkhøgskolen er musikkterapi et sterkt fagmiljø som omfatter Senter for forskning i musikk og helse (CREMAH).

Om Norges musikkhøgskole

Norges musikkhøgskole er en kunstfaglig og vitenskapelig høgskole med landets største fagmiljø i musikk.

Vi utdanner musikere, komponister, dirigenter, pianostemmere, musikkteknologer, musikkvitere, musikkpedagoger og musikkterapeuter på bachelor-, master- og doktorgradsnivå.

834 studenter og om lag 350 ansatte arbeider innenfor en stor vifte av sjangere, med tyngdepunkt i klassisk, samtidsmusikk, jazz og folkemusikk.

På NMH kan studentene ta bachelor, master og doktorgrad i musikk – både utøvende og teoretiske emner. I tillegg tilbyr vi ettårsemner og videreutdanning fra 15 til 60 studiepoeng for dem som trenger faglig påfyll.

