

«At de opplever at de kan le og ha det gøy, selv om de har langkommet Parkinsons sykdom»

En kvalitativ studie om noen musikkterapeuters arbeid med mennesker som har Parkinsons sykdom

Andrea Brennodden Rosenlund
Masteroppgave i musikkterapi
Våren 2023
Antall ord: 21727



**Norges
musikkhøgskole**
Norwegian Academy
of Music

Forord

Mine år på Norges musikkhøgskole har gitt meg mange flotte erfaringer, opplevelser, kunnskap og nye vennskap. Jeg har fått mulighet til å lære og utvikle meg i spennende temaer. I tillegg har jeg fått mulighet til å delta i mange ulike praksisplasser, både innlands og utenlands. Jeg har også fått mulighet til å delta på spennende prosjekter og konserter. Jeg er heldig som har fått mulighet til å gå på en skole med så mange utrolig dyktige lærere og studenter. 7 års utdanning på Norges musikkhøgskole skal avsluttes med master i musikkterapi, og i den anledning ønsker jeg å takke alle som har støttet, hjulpet og veiledet meg gjennom dette masterprosjektet.

Takk til informantene som har deltatt i dette prosjektet, og for at dere ville dele deres erfaringer og kunnskap.

Takk til masterveileder Ruth Eckhoff for mange gode tilbakemeldinger, støtte, oppmuntrende ord og ikke minst god veiledning gjennom dette spennende og krevende prosjektet.

Takk til tidligere masterveileder Ingelill Berger Eide, for hjelp og gode tilbakemeldinger i startfasen av masterarbeidet.

Takk til musikk og helse-, og musikkterapiklassen. Vi har vært gjennom fine år, med samspill, konserter, undervisning og ikke minst som hverandres støttespillere gjennom masterarbeidet. Spesielt i den siste tiden har jeg satt stor pris på kafémøter, skrivestunder på skolen og kvelder på chateau neuf.

Takk til Amalie for gjennomgang og tilbakemeldinger på det engelske sammendraget.

Takk til venner og familie, spesielt min nærmeste familie: mamma, pappa, Martin og Elisabeth, som har vært mine største støttespillere, og som har vært stor hjelp under masterskrivingen, både med emosjonell støtte og til hjelp med korrekturlesing.

Jeg ønsker å dedikere denne masteroppgaven til min bestefar, Kåre.

Sammendrag

Tema for denne oppgaven er musikkterapi og Parkinsons sykdom. Formålet med oppgaven er å undersøke hvordan et utvalg musikkterapeuter i Norge jobber med mennesker som har Parkinsons sykdom. På bakgrunn av tema og prosjektets formål er følgende problemstilling formulert: *Hva kjennetegner noen musikkterapeuters arbeid med mennesker som lider av Parkinsons sykdom i Norge?*

Problemstillingen har blitt undersøkt gjennom kvalitativ forskningstilnærming, med semistrukturert intervju som forskningsmetode. Musikkterapeuter som jobber med mennesker som har Parkinsons sykdom har i denne studien blitt intervjuet. Refleksiv tematisk analyse har blitt brukt for å analysere datamaterialet. På bakgrunn av datainnsamling og analyse av datamaterialet ble det formulert tre tema: 1. Valg i musikkterapi, 2. Innvirkninger på musikkterapeutiske valg og 3. Musikkens funksjoner og kvaliteter. Data har blitt drøftet med utgangspunkt i ulike perspektiver og tilnærminger på musikkterapi. Det er stor variasjon i sykdomsbildet og utvikling hos mennesker som har Parkinsons sykdom. Resultatene i oppgaven indikerer at elementer fra både den relasjonelle tilnærmingen og den rehabiliterende tilnærmingen i musikkterapi kan benyttes i det musikkterapeutiske arbeidet med mennesker som har Parkinsons sykdom.

Emneord: musikkterapi, Parkinsons sykdom, relasjonell tilnærming, rehabiliterende tilnærming, humanistisk musikkterapi, nevrologisk musikkterapi, nevrorehabilitering, relasjon.

Abstract

The topic of this thesis is music therapy and Parkinson's disease. The aim of this thesis is to examine how a few music therapists in Norway are working with people who have Parkinson's disease. Based on the project's theme and aim, the following research question has been phrased: *What characterizes some music therapists work with people suffering from Parkinson's disease in Norway?*

A qualitative research approach has been used to examine the research questions, with the research method semi-structured interview. Music therapists working with people suffering from Parkinson's disease have been interviewed. Reflexive thematic analysis has been used to analyze the data. The analysis led to three themes: 1. Choices in music therapy; 2. Influence on music therapeutic choices; 3. The functions and qualities of music. The data has been discussed based on different perspectives and approaches in music therapy. The clinical symptoms and progression vary a lot amongst people with Parkinson's disease. The results indicates that aspects from both a relational approach and a rehabilitative approach in music therapy can be used in the music therapy work with people who suffers from Parkinson's disease.

Keywords: music therapy, Parkinson's disease, relational approach, rehabilitative approach, humanistic music therapy, neurologic music therapy, neurorehabilitation, relationship.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Formål og problemstilling.....	2
1.3 Begrepsavklaring.....	3
1.3.1 Parkinsons sykdom	4
1.3.2 Musikterapi og musikkterapeutisk arbeid	4
1.3.3 Musikterapi i Norge.....	5
1.3.4 Mål og metode.....	5
1.3.5 Nevrologisk musikkterapi.....	6
1.3.6 Musikkens funksjoner	6
1.4 Litteratursøk	6
1.5 Disposisjon	6
2. Teori.....	7
2.1 Parkinsons sykdom	7
2.1.1 Årsak og forekomst.....	7
2.1.2 Symptomer	8
2.1.3 Behandling	9
2.2 Musikterapi og rehabiliterende tilnærming.....	9
2.2.1 Musik, hjernen, kropp og emosjoner	10
2.2.2 Musikterapi og nevrorehabilitering.....	11
2.2.3 Nevrologisk musikkterapi.....	12
2.3 Musikterapi og relasjonell tilnærming.....	13
2.3.1 Humanistisk perspektiv på musikkterapi	14
2.3.2 Musikterapeutiske mål i relasjonell tilnærming	15
2.3.3 Relasjon i musikkterapi.....	15
2.3.4 Musikterapeutiske metoder i relasjonell tilnærming	16
3. Metode	17
3.1 Kvalitativ forskningstilnærming	17
3.1.1 Hermeneutisk tilnærming.....	17
3.2 Intervju som metode	18
3.2.1 Semistrukturert intervju.....	18
3.3 Tematisering og planlegging.....	19
3.3.1 Informanter.....	20
3.3.2 Intervjuguide.....	20
3.4 Intervjuing.....	21

3.5 Analyse	22
3.5.1 Refleksiv tematisk analyse.....	22
3.5.2 Transkripsjon.....	23
3.5.3 Koder og temaer	24
3.6 Validitet, reliabilitet og refleksivitet	26
3.7 Etske betraktninger.....	27
3.7.1 Informert samtykke.....	27
3.7.2 Konfidensialitet.....	28
3.7.3 Etske betraktninger ved transkripsjon.....	28
3.7.4 Forskerrollen	29
3.8 Metodekritikk	29
4. Resultat.....	31
4.1 Valg i musikkterapi.....	31
4.1.1 Format og varighet	32
4.1.2 Metoder i musikkterapi.....	34
4.1.3 Musikkpreferanser og techno.....	37
4.1.4 Mål og fokus i musikkterapi.....	38
4.2 Innvirkninger på musikkterapeutiske valg	41
4.2.1 Sykdommen.....	41
4.2.2 Pasienten	45
4.2.3 Musikkterapeuten.....	47
4.2.4 Relasjon	48
4.3 Musikkens funksjoner og kvaliteter	50
4.3.1 Musikk og bevegelse.....	50
4.3.2 Musikk og det psykososiale	50
4.3.3 Musikkens egenskaper	51
5. Drøfting.....	53
5.1 Valg og innvirkning på valg i musikkterapi	54
5.1.1 Gruppe eller individuell musikkterapi?	54
5.1.2 Metoder i musikkterapi.....	57
5.1.3 Musikkpreferanser eller techno?.....	59
5.1.4 Mål i musikkterapi	60
5.1.5 Langkommet Parkinsons sykdom	63
5.2 Musikkens funksjoner og kvaliteter	64
5.2.1 Musikkens ulike funksjoner i musikkterapi	64
5.2.2 Musikk eller metronom?	65

5.2.3 Ulike typer musikk, og dens innvirkning	66
5.3 Oppsummerende diskusjon	67
6. Oppsummering og konklusjon	68
6.1 Avsluttende refleksjoner	69
6.2 Forslag til videre forskning	70
7. Litteraturliste	71
8. Vedlegg	77
Vedlegg 1: NSD-godkjenning	77
Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring	79
Vedlegg 3: Intervjuguide	82

1. Innledning

Tema for denne masteroppgaven er musikkterapi og Parkinsons sykdom.

Musikkterapeuter som jobber med denne brukergruppen har i denne studien blitt spurt om å dele deres erfaringer og kunnskap på det musikkterapeutiske arbeidet de utfører.

I dette kapittelet vil det bli redegjort for valg av tema, og personlig, faglig, og samfunnsmessig bakgrunn vil bli beskrevet. Etter dette forklares formål med oppgaven, og problemstilling og forskningsspørsmål. Deretter vil det bli redegjort for sentrale begreper knyttet til problemstilling og forskningsspørsmål i en begrepsavklaring. Kapittelet avsluttes med en beskrivelse av litteratursøket som er utført for denne oppgaven, samt oppgavens disposisjon.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I dette avsnittet vil det blir redegjort for bakgrunn for valg av tema for dette prosjektet. Dette innebærer personlig, faglig og samfunnsmessig bakgrunn.

Jeg ble først kjent med sykdommen Parkinsons da en i min nærmeste familie ble diagnostisert med sykdommen. Jeg hadde på dette tidspunktet ikke hørt om sykdommen før, og jeg undersøkte derfor Parkinsons sykdom på nettet. Jeg fant da en artikkel som omhandlet Parkinsons sykdom og musikkterapi. Jeg hadde ikke hørt om musikkterapi før, og med min musikkbakgrunn ble jeg selvsagt fasinert og interessert i hva dette handlet om. Mitt første møte med Parkinsons sykdom ble på den måten også mitt første møte med musikkterapi. Derfor falt det naturlig for meg å velge hva jeg skulle skrive om i min masteroppgave. Jeg er både engasjert og interessert i temaet, og jeg ser frem mot å kunne avslutte mange års skolegang på Norges musikkhøgskole med å fordype meg i dette temaet.

Parkinsons sykdom rammer i størst grad mennesker over 50 år (Dietrichs, 2014, s. 476), og musikkterapeuter vil derfor oftest møte brukergruppen innenfor eldreomsorgen. I tillegg er Parkinsons sykdom en nevrologisk sykdom, og nevrorehabilitering med musikkterapi kan benyttes. Raglio (2015) har undersøkt studier der hvor det har blitt gjennomført musikkterapeutiske intervensjoner med mennesker som har Parkinsons sykdom. Raglio (2015) skriver at det er flere studier som er utført med fokus på

motoriske symptomer ved mennesker med Parkinsons sykdom, og færre med fokus på ikke-motoriske symptomer. De studiene som har blitt gjennomført med fokus på motoriske symptomer har i stor fokusert på rytme og bevegelse, og metoder fra nevrologisk musikkterapi har blitt brukt. I studier der hvor det har blitt undersøkt musikkterapi med fokus på ikke-motoriske symptomer har metodene oftest vært med en relasjonell tilnærming. På bakgrunn av dette mener Raglio (2015) at det er viktig å skille mellom de to tilnærmingene, og har valgt å kalle de relasjonell tilnærming og rehabiliterende tilnærming. Min antagelse er at det i Norge jobbes mer med en relasjonell tilnærming i musikkterapi. Dette er noe jeg håper å undersøke i mitt masterprosjekt. Jeg håper at utforskning på dette temaet kan bidra med å øke kunnskap på det musikkterapeutiske arbeidet med mennesker som har Parkinsons sykdom.

Mennesker i dag lever lengre, og med dette følger en økende prosentandel av mennesker over 60 år (WHO, 2022). Risikoen for sykdommer, og svekkelser av fysiske og mentale evner øker med alderen. Sannsynligheten for å få Parkinsons sykdom blir større med alderen (Dietrichs, 2014, s.475), og det er derfor naturlig å anslå at i takt med en økende befolkning over 60 år, også øker antall mennesker med Parkinsons sykdom. Dette vil igjen føre til økt forespørsel av behandling og behandlingsformer innenfor eldreomsorgen (Davis & Gfeller, 1992). Musikkterapi er et felt som kan bidra i denne behandlingen, både i eldreomsorg og i nevrorehabilitering. Dette krever økt kunnskap hos samfunnet om hva musikkterapi er, og hvordan musikkterapi kan bidra i behandling av mennesker med Parkinsons sykdom, på flere og ulike behandlingstiltak.

Jeg ønsker å finne ut av hvordan musikkterapeuter jobber med mennesker som lider av Parkinsons sykdom, og hvilke valg de tar basert på deres erfaringskunnskap med arbeid med brukergruppen og deres faglige kunnskap som utdannede musikkterapeuter.

1.2 Formål og problemstilling

Formålet med denne masteroppgaven er å få innsikt i hvordan musikkterapeuter jobber med mennesker som har Parkinsons sykdom i Norge, med fokus på metoder, innhold, mål og musikkens funksjoner i det musikkterapeutiske arbeidet.

På bakgrunn av tema og formål med denne studien ble følgende problemstilling formulert:

Hva kjennetegner noen musikkterapeuters arbeid med mennesker som lider av Parkinsons sykdom i Norge?

Problemstillingen utdypes av følgende forskningsspørsmål:

- 1. Hva kommer frem av metoder og mål i det musikkterapeutiske arbeidet med mennesker som lider av Parkinsons sykdom, og brukes metoder fra nevrologisk musikkterapi?*
- 2. Hvilke betraktninger må musikkterapeuten gjøre med tanke på musikkterapeutiske valg med brukergruppen?*
- 3. Hvilke funksjoner har musikk i arbeidet med mennesker som lider av Parkinsons sykdom?*

Jeg ønsker å finne ut av hvilke metoder musikkterapeutene bruker med mennesker som har Parkinsons sykdom. Det nevnes i flere studier at det benyttes metoder fra nevrologisk musikkterapi med mennesker som har Parkinsons sykdom (Buard et al., 2019; Bukowska et al., 2016, Wang et al., 2022). Derfor ønsker jeg å undersøke om norske musikkterapeuter bruker metoder fra nevrologisk musikkterapi. I tillegg ønsker jeg å undersøke hvilke mål som det jobbes mot, hvordan disse målene utformes, og hva som har innvirkning på valg av mål. Hvilke funksjoner musikk har i det musikkterapeutiske arbeidet er noe jeg også ønsker å undersøke. Min antagelse er at musikk kan ha ulike funksjoner i den relasjonelle tilnærmingen og i den rehabiliterende tilnærmingen. Målet er at musikkterapeutenes kunnskap og erfaringer kan gi innsikt i hvordan musikkterapeuter jobber med mennesker som har Parkinsons sykdom, og hvilke muligheter musikkterapi har for denne brukergruppen.

1.3 Begrepsavklaring

I dette avsnittet vil det bli redegjort for sentrale begreper som benyttes i oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål. Avsnittet starter med en kort redegjørelse av Parkinsons sykdom. Deretter redegjøres det for musikkterapi, og musikkterapeutiske arbeid, samt musikkterapi i Norge. Videre beskrives min forståelse av begrepene metode og mål, og nevrologisk musikkterapi blir kort forklart. Til slutt beskrives musikkens

funksjoner.

1.3.1 Parkinsons sykdom

Parkinsons sykdom er en neurodegenerativ lidelse og skyldes tap av nevroner i visse deler av hjernen (Dietrichs, 2014, s. 471). Neurodegenerative lidelser kan føre til en rekke forstyrrelser, som motoriske bevegelser. Tremor, akinesi og rigiditet er vanlige symptomer ved Parkinsons sykdom. Disse symptomene blir forklart i *teorikapittelet*. I tillegg til motoriske symptomer, kan ikke-motoriske symptomer ramme mennesker med Parkinsons sykdom. Parkinsons sykdom rammer ofte mennesker over 50 år (Dietrichs, 2014, s. 476). Det er stor variasjon i sykdomsbildet og sykdomsutvikling hos mennesker med Parkinsons sykdom. Nærmere beskrivelse av Parkinsons sykdom utdypes i *teorikapittelet*.

1.3.2 Musikkterapi og musikkterapeutisk arbeid

I dette avsnittet vil musikkterapi kort bli beskrevet. Deretter vil det bli redegjort for hva jeg legger i setningen: *det musikkterapeutiske arbeidet*.

Ruud (2008, s. 5) beskriver musikkterapi som både et naturvitenskapelig og humanistisk preget fag. En definisjon på musikkterapi er utformet av Bruscia (2014):

«Music therapy is a reflexive process wherein the therapist helps the client to optimize the client's health, using various facets of music experience and the relationships formed through them as the impetus for change. As defined here, music therapy is the professional practice component of the discipline, which informs and is informed by theory and research.» (kap. 4, avsn. 2).

Bruscia (2014) legger i denne definisjonen vekt på musikkopplevelser og relasjoner. *Det musikkterapeutiske arbeidet* handler om hvordan utdannede musikkterapeuter jobber. Dette innebærer metoder og innhold som blir brukt, hvilke mål som settes, og hva som vektlegges av musikkterapeuter i deres arbeid.

1.3.3 Musikkterapi i Norge

I problemstillingen har jeg valgt å spesifisere hva som kjennetegner det musikkterapeutiske arbeidet *i Norge*. Jeg har valgt å inkludere dette i problemstillingen fordi min oppfatning er at kjennetegn ved musikkterapeutisk arbeid kan være forskjellig fra land til land, og fordi informantene i mitt prosjekt jobber i Norge. I tillegg har jeg valgt denne formuleringen fordi søk på «musikkterapi» og «Parkinsons sykdom» har resultert i flere artikler og studier hvor teknikker fra nevrologisk musikkterapi er brukt (Buard et al., 2019; Bukowska et al., 2016, Wang et al., 2022). Nevrologisk musikkterapi er ikke et stort utbredt musikkterapeutisk felt i Norge, slik som humanistisk eller ressursorientert perspektiv (Ruud, 2008; Trondalen, 2008). Jeg så det derfor som viktig å inkludere denne presiseringen for å bli oppmerksom på ulike musikkterapeutiske perspektiver, og hvordan disse belyses og blir brukt med ulike brukergrupper. Musikkterapi i Norge kjennetegnes ved en grunnleggende humanistisk filosofi, improvisasjon og musikalsk håndverk (Ruud, 1993; Ruud, 2008; Trondalen, 2008). Humanismen og humanistisk perspektiv på musikkterapi beskrives nærmere i *teorikapittelet*.

1.3.4 Mål og metode

I dette avsnittet vil det bli redegjort for hva jeg legger i begrepene *mål* og *metode*. *Metode* i musikkterapi handler om fremgangsmåten musikkterapeuten velger for å oppnå de målene som settes og ivareta klientens behov (Gardstrom & Sorel, 2015, s. 116). Eksempler på metoder i musikkterapi er musikklytting, komponering eller sangskrivning, improvisasjon eller ulike typer fremføring av musikk (Bruscia, 2014; Jacobsen & Bonde, 2019).

Mål handler om hva det jobbes mot i musikkterapi. Berger (2009) skiller mellom ordet *goal* og *objectives*. *Goal* handler om langsiktige mål, mens *objectives* handler om kortsiktige mål. I denne oppgaven har jeg valgt å ikke skille mellom disse, og bruker ordet mål og målsetting om hverandre, om både langsiktige og kortsiktige mål. Eksempler på mål kan være økt livskvalitet, forbedring av motorikk og mestring (Bruscia, 2014; Raglio, 2015; Ruud, 2008).

1.3.5 Nevrologisk musikkterapi

Nevrologisk musikkterapi baserer seg på hjerneforskning og musikkens innvirkning på hjernen (Thaut et al., 2014). Et sett med teknikker har blitt utformet med mål om å forbedre motoriske, kognitive og sensoriske utfordringer. Nevrologisk musikkterapi og de utformede teknikkene blir belyst mer utdypende i *teorikapittelet*.

1.3.6 Musikkens funksjoner

Musikkens funksjoner handler om musikkens innvirkning på fysiologiske reaksjoner og sammenhengen mellom musikk, kommunikasjon, språk og identitet. Musikk og musikkens funksjoner beskrives nærmere i *teorikapittelet*.

1.4 Litteratursøk

Teori brukt i denne oppgaven har blitt funnet gjennom litteratursøk. Søkene har blitt gjennomført på BMS-online (Bibliography of Music Literature-Online), Google Scholar og Oria. Søkeord som ble benyttet i denne oppgaven var: Parkinsons sykdom, musikkterapi, musikk, nevrologisk musikkterapi, nevrorehabilitering, humanistisk musikkterapi, musikk og hjernen, og musikkterapeutiske mål og metoder. Det ble også benyttet engelske søkeord i litteratursøket. Dette ga flere treff enn norske søkeord. Litteraturen brukt i denne oppgaven har også blitt funnet gjennom sosialt nettverk og *snøballmetoden*. Snøballmetoden innebærer at litteraturen er funnet gjennom litteraturlister fra andre aktuelle artikler og bøker (Greenhalgh & Peacock, 2005).

1.5 Disposisjon

I dette avsnittet beskrives oppgavens disposisjon.

Jeg har til nå i *innledning* beskrevet tema, og bakgrunn for valg av tema. Oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål har blitt beskrevet, og det har blitt redegjort for sentrale begreper.

I det neste kapittelet, *teori*, skal jeg gjennomgå teori knyttet til tema og problemstilling, som har vært grunnlag for innhenting av datamateriell.

I kapittelet om *metode* beskriver jeg hvilken forskningstilnærming og metode jeg har brukt for å samle inn data, i tillegg til vitenskapelig tilnærming og valg av analysemetode. Det vil i dette kapittelet bli redegjort for validitet, reliabilitet,

refleksivitet, og til slutt etiske refleksjoner og metodekritikk.

I det neste kapittelet, *resultater*, redegjøres det for data innhentet gjennom valgt forskningsmetode, hvor det trekkes frem sitater fra informantene. Sitatene blir kategorisert etter temaer, som belyser viktige aspekter ved det musikkterapeutiske arbeidet med mennesker som har Parkinsons sykdom.

Deretter går jeg videre til *drøfting*, hvor det drøftes og reflekteres over temaer belyst i *resultatkapittelet*. Dette vil bli knyttet til relevant teori og litteratur.

Det sjette og siste kapittelet er en *oppsummering*, der viktige momenter i resultat og drøfting trekkes frem, som knyttes til oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål.

2. Teori

Dette kapittelet tar for seg den innsamlede litteraturen og teorier som er funnet gjennom litteratursøk. Kapittelet vil starte med en beskrivelse av Parkinsons sykdom, årsak, forekomst, symptomer og behandling ved sykdommen. Videre redegjøres det for musikkterapi og rehabiliterende tilnærming, musikkterapi og nevrorehabilitering og nevrologisk musikkterapi. Deretter vil det bli redegjort for musikkterapi og relasjonell tilnærming, humanistisk perspektiv på musikkterapi, og mål og metoder i relasjonell tilnærming.

2.1 Parkinsons sykdom

Dette avsnittet forklarer hva Parkinsons sykdom er, årsak til sykdommen, og forekomst. Deretter beskrives vanlige symptomer ved sykdommen, og hvilke behandlingsformer som kan brukes for å bremse sykdomsutviklingen.

2.1.1 Årsak og forekomst

Parkinsons sykdom er en nevrogenerativ lidelse. Nevrogenerative lidelser er sykdommer som forårsakes av nedgang i antall nevroner i visse deler av hjernen (Dietrichs, 2014, s. 471). Parkinsons sykdom er en av de mest vanlige nevrodegenerative lidelsene (Brean & Skeie, 2019, s. 206). Parkinsons sykdom fører til tap av nerveceller i substantia nigra, som er en del av basalgangliene (Dietrichs, 2014). Basalgangliene har en viktig funksjon i forhold til kontroll av motorikk og viljestyrte bevegelser. Nevrogenerative sykdommer er den største årsaken til funksjonssvikt i basalgangliene.

Sykdom og skade i disse områdene kan forårsake bevegelsesproblemer. Parkinsons sykdom medfører en nedgang av stoffet dopamin. Årsaken til tap av nerveceller og Parkinsons sykdom er ikke stadfestet, men det antas at det skyldes en genetisk disposisjon. Parkinsons sykdom rammer oftere mennesker over 50 år, men kan i sjeldne tilfeller forekomme i yngre alder. Sannsynligheten for å få Parkinsons sykdom øker med alderen. For mennesker over 65 år er forekomsten for Parkinsons sykdom ca. én prosent (Engedal & Haugen, 2018, s. 102), og man regner med at rundt 7-8000 mennesker har parkinsonisme. Parkinsonisme er en bevegelsesforstyrrelse, hvor 80 prosent av disse har Parkinsons sykdom (Dietrichs, 2014).

2.1.2 Symptomer

Parkinsons sykdom kan fremtre og utvikle seg svært forskjellig fra person til person. De områdene i hjernen som blir påvirket ved Parkinsons sykdom er sentrale i forhold til motorikk og bevegelse, og derfor er det en rekke *motoriske symptomer* som kan oppstå ved sykdommen. Noen av disse symptomene er tremor, akinesi og rigiditet (Dietrichs, 2014). *Tremor* er en form for skjelving, og spesielt er *hviletremor* vanlig ved parkinsonisme (Dietrichs, 2014). Tremor vil som regel bli mer fremtredende i takt med sykdommens progresjon. *Akinesi* er en nedsatt evne til bevegelse, noe som kan føre til vanskeligheter med å gå og reise seg. Ved akinesi kan det være vanskelig å endre fra en bevegelse til en annen. I tillegg til akinesi kan det forekomme bradykinesi. Bradykinesi innebærer at start og opprettholdelse av bevegelse kan være utfordrende. *Rigiditet* er stivhet i muskulatur eller økt muskelspenning. Mindre ansiktsmimikk og endret kroppsholdning er andre motoriske symptomer ved Parkinsons sykdom. I tillegg kan stemmen bli rammet, og man kan oppleve at stemmen blir svakere. Det anslås å være 90 prosent av mennesker med Parkinsons sykdom som opplever problemer ved å bruke stemmen, som igjen kan føre til sosial tilbaketrekning (Fox et al., 2012). Andre motoriske symptomer ved Parkinsons sykdom kan være dårligere balanse og tilfrysning, hvor man ikke klarer å bevege seg i en kortere periode (Dietrichs, 2014).

Symptomer i form av *ikke-motorisk* art kan forekomme hos mennesker med Parkinsons sykdom (Dietrichs, 2014). Slike symptomer kan være kognitiv svikt, depresjon, utmattelse og dårligere søvn. Walsh og Bennett (2001) skriver at opptil 40 prosent av mennesker som har Parkinsons sykdom opplever angst. Det anslås at 35 prosent av de

som har sykdommen får depresjon (Aarsland et al., 2011). Årsaken til depresjon antas å kunne skyldes en reaksjon på endret bevegelse (Dietrichs, 2014). Tap av nerveceller kan også være årsaken til depresjon. Demens kan forekomme hos mennesker med Parkinsons sykdom, og det anslås at 80 prosent av de med Parkinsons sykdom etter hvert utvikler demens (Engedal & Haugen, 2018, s. 102).

2.1.3 Behandling

Det finnes ulike behandlingsformer for å lindre symptomer og forsinke sykdomsutviklingen hos mennesker med Parkinsons sykdom (Dietrichs, 2014). Siden en av årsakene til symptomene ved Parkinsons sykdom er nedgang i stoffet dopamin, kan tilføring av medikamenter som kan bidra med å gjenopprette normal mengde dopamin i hjernen være en måte å behandle sykdommen på. Blant disse medikamentene er det vanligst å tilføre *levodopa*. Behandling med levodopa vil derimot være mindre effektivt over tid. I tillegg kan medikamenter som fører til økt dopaminnivå ha diverse psykiske bivirkninger, blant annet hallusinasjoner, og i verste tilfeller psykose. Et annet alternativ til behandling ved Parkinsons sykdom er kirurgi. Kirurgi kan bli brukt i form av hjernestimulering for å forbedre motoriske symptomer, eller sonde for kontinuerlig tilførsel av levodopa. Kirurgiske behandlingsformer er heller ikke uten komplikasjoner, og risikoen for komplikasjoner er høyere hos eldre mennesker med Parkinsons sykdom. Musikkterapi er en terapiform som kan benyttes med mennesker som har Parkinsons sykdom, med fokus på å forbedre funksjoner (Kondo, 2011, s. 269), eller etablering av empatiske relasjoner (Raglio, 2015).

2.2 Musikkterapi og rehabiliterende tilnærming

Jeg har valgt å støtte meg til Raglio (2015) sin beskrivelse av to musikkterapeutiske tilnærminger i arbeid med mennesker som har Parkinsons sykdom. Disse er rehabiliterende tilnærming og relasjonell tilnærming. I dette avsnittet vil det bli redegjort for rehabiliterende tilnærming i musikkterapi.

Rehabiliterende tilnærming har siktemål om å forbedre motoriske, kognitive og sensoriske funksjoner ved hjelp av musikkbaserte metoder (Raglio, 2015). Hovedsakelig er det musikalske elementet rytme brukt for å forbedre bevegelse i rehabiliterende

tilnærming. I rehabiliterende tilnærming trengs det en forståelse av musikkens innvirkning på hjernen, og hva dette medfører i form av fysiologiske og emosjonelle reaksjoner.

I neste avsnitt vil det først bli redegjort for musikk, deretter dens innvirkning på hjernen, kropp og emosjoner. Etter dette beskrives musikkterapi i nevrorehabilitering. Deretter beskrives nevrologisk musikkterapi, og musikkterapeutiske teknikker i nevrologisk musikkterapi som er brukt med mennesker som har Parkinsons sykdom.

2.2.1 Musikk, hjernen, kropp og emosjoner

Siden Parkinsons sykdom kan medføre en rekke motoriske og ikke-motoriske symptomer, vil kunnskap om musikkens innvirkning på disse symptomene være vesentlig i det musikkterapeutiske arbeidet med denne brukergruppen. Borchgrevink (2008) har formulert følgende definisjon på musikk: «Musikk er ikke-sproglig kommunikasjon med lyd» (s. 189). Musikkens struktur er bygd opp av seks elementer (Schnek & Berger, 2006). Disse er rytme, melodi, harmoni, klang, dynamikk og form. Bonde (2019) velger å skille mellom fire nivåer av musikk. Den første er *fysiologisk nivå*, som belyser musikkens påvirkning på menneskers fysiologi, vår kropp og hjerne. Det andre nivået er *syntaktisk nivå*, som handler om sammenhengen mellom musikk og kommunikasjon, og hvordan musikk kan ses på som et språk. Det tredje nivået er *semantisk nivå*, som handler om at meningen med musikk kan være ikke-musikalsk. Det siste nivået er *pragmatisk* eller *interpersonlig nivå*, som handler om at musikk må ses som et menneskelig og sosialt fenomen. De fire nivåene av musikk kan beskrives som ulike funksjoner av musikk. I det følgende avsnittet vil det bli redegjort for hvilken innvirkning musikken har på hjernen, kropp og emosjoner, altså musikkens fysiologiske nivå.

Musikk påvirker store deler av hjernen, og musikkens påvirkning på hjernen vil ha videre innvirkning på kroppen og nervesystemet (Christensen, 2014; Christensen, 2019). Dette vil igjen føre til kroppslige reaksjoner som emosjoner, endring av hjerterytme, blodtrykk og pust (Christensen, 2014; Wigram & Bonde, 2014). Forskning på hjernen har resultert i funn om hvilke områder som aktiveres av musikk (Christensen, 2014). Musikk bearbeides av nervesystemets tre nivåer. Disse nivåene er

hjernestammen, thalamus og hjernebarken (cortex). Hjernebarkens funksjoner støttes av tre andre områder i hjernen. Disse er basalgangliene, lillehjernen og hippocampus. Basalgangliene har, som nevnt, en sentral rolle i vår evne til å utføre viljestyrte bevegelser og motorikk. Basalgangliene har også en viktig funksjon i oppfattelsen av rytme, og når hjernen oppfatter musikk svarer basalgangliene med å skape sin egen rytme i takt med musikken som oppfattes. Kroppens evne til å følge ytre stimuli, som musikk, kalles *entrainment* (Christensen, 2014; Phillips-Silver et al., 2010). Det er denne funksjonen som gjør det mulig for oss mennesker å bevege oss i takt med musikk. Musikk aktiverer motoriske områder i hjernebarken selv om vi ikke beveger oss (Christensen, 2014). Musikk har en innvirkning på områder som styrer og forbereder bevegelse.

Opplevelsen og erfaringen av å få en hjerneskode kan i stor grad være en emosjonell utfordring (Ridder, 2014, s. 300). Christensen (2019, s. 59-60) velger å skille mellom emosjoner og følelser. Emosjoner fører til kroppslige reaksjoner i form av endret ansiktsmimikk og kroppsholdning. Følelser derimot, er vår oppfattelse og bevisstgjøring av emosjoner. Musikk har en innvirkning på våre emosjoner (Christensen, 2014, s. 79). Vår opplevelse og emosjonelle reaksjon er subjektiv, og avhenger av konteksten omkring lyttesituasjonen. Emosjoner oppstår når områder som sender nevrokjemikalier blir aktivert (Christensen, 2019, s. 59), og musikk kan føre til denne aktiveringen (Skeie & Brean, 2016, s. 33).

2.2.2 Musikkterapi og nevrorehabilitering

Musikkterapi innenfor nevrorehabilitering er et relativt nytt felt, sett i forhold til psykiatri og spesialpedagogikk (Tamplin & Baker, 2006). Musikkterapeuter som jobber med nevrorehabilitering jobber med mennesker som har en ervervet sykdom. Rehabilitering krever at klientene aktivt deltar, og for å få motivasjon til dette kreves det en forståelse av terapiens muligheter. Utfordringer og sykdommer hos klienter i nevrorehabilitering varierer, og det kan være sykdommer knyttet til skade eller sykdom på hjernen grunnet blant annet hjerneslag, hjerneblødning, hjerteinfarkt eller ulykker som fører til skade på hjernen. Det som muliggjør opptrening av en skadet hjerne er *nevroplastisitet*, nemlig hjernens evne til å endre seg (Brean & Skeie, 2019; Tamplin &

Baker, 2006). Musikalsk opplevelse krever aktivering av flere av våre sanser, og det involverer prosesser som lytting, bevegelse, koordinering og hukommelse (Altenmüller & Schlaug, 2013, s. 5). Mål for musikkterapi i nevrorehabilitering kan være rehabilitering av fysiske, kognitive og kommunikative funksjoner (Tamplin & Baker, 2006). Tamplin og Baker (2006) nevner ulike metoder som kan brukes i musikkterapi og nevrorehabilitering. Noen av metodene som nevnes er spilling av trommer for å forbedre grovmotorikk, bevegelse og dans støttet av musikk for å forbedre generell motorikk og gange, og sang for å forbedre stemmefunksjon og støtte til kommunikasjon. En form for nevrorehabilitering med musikk er *nevrologisk musikkterapi*.

2.2.3 Nevrologisk musikkterapi

Nevrologisk musikkterapi er en terapiform som bruker musikalske teknikker, med grunnlag i nyere forskning på musikk og hjernen. Thaut et al. (2014) beskriver seks prinsipper som er gjeldende for nevrologisk musikkterapi. Det første prinsippet er at nevrologisk musikkterapi er definert som: «the therapeutic application of music to cognitive, affective, sensory, language, and motor dysfunction due to disease or injury to the human nervous system». (Thaut et al., 2014, s. 2). Det andre prinsippet er at nevrologisk musikkterapi baserer seg på nevrovitenskapelige modeller, og hvordan musikk påvirker ikke-musikalske områder i hjernen. Det tredje prinsippet er at teknikkene som brukes er standardiserte, og de musikkbaserte teknikkene kan tilrettelegges ut ifra klientens behov. Det fjerde prinsippet er at teknikkene er basert på vitenskapelig translasjonsforskning¹, og at målsettinger for terapien ikke nødvendigvis er musikalske. Det femte prinsippet er at terapeuter som benytter teknikkene trenger kunnskap om nevrologi, og hvordan man kan rehabilitere kognitive, motoriske og språklige funksjoner, i tillegg til utdanning i musikk og nevrologisk musikkterapi. Det sjette prinsippet er at nevrologisk musikkterapi er et tverrfaglig felt. Det påpekes at musikkterapeuter kan bidra med sin kunnskap og erfaring til feltet, men at annet helsepersonell kan benytte seg av teknikkene etter opplæring i feltet.

Som nevnt er det utformet flere teknikker i nevrologisk musikkterapi. Noen av disse teknikkene har blitt benyttet i studier om musikkterapi og Parkinsons sykdom (Buard et

¹ Translasjonsforskning handler om overføringen av kunnskap fra et forskningsfelt til et annet (Reed & Bjugn, 2010).

al., 2019; Bukowska et al., 2016, Wang et al., 2022). Teknikkene som blir nevnt i studiene er brukt for sensomotorisk rehabilitering. Teknikkene som benyttes er *rhythmic auditory stimulation* (RAS), *patterned sensory enhancement* (PSE) og *therapeutic instrumental music performance* (TIMP). RAS er en teknikk hvor det musikalske elementet rytme benyttes som ekstern stimulus for å støtte oppunder motorikk, spesielt gangen (Thaut, 2005, s. 139). Akinesi og bradykinesi er vanlige symptomer hos mennesker som har Parkinsons sykdom, som gjør det vanskelig å starte og opprettholde bevegelse. RAS kan bli benyttes ved å bruke rytme som støtte til både oppstart og fortsettelse av bevegelser. Mens metoden RAS blir brukt for å støtte bevegelser som er rytmiske, er metoden PSE brukt til å støtte romlige, temporale og dynamiske parametere av bevegelse. Metoden PSE benytter flere musikalske elementer, som melodi, harmoni og dynamikk (Thaut, 2005, s. 49). Hovedforskjellen på RAS og PSE er at i metoden RAS benyttes rytme som støtte til bevegelser, mens ved metoden PSE benyttes flere musikalske elementer (Thaut, 2005, s. 149). På den måten kan PSE benyttes for å støtte oppunder bevegelser som ikke i seg selv er rytmiske. TIMP er en metode hvor klientene selv spiller instrumenter og metoden blir brukt for å trene muskulatur. Metoden kan benyttes for å trene opp fin- og grovmotorikk (Thaut, 2005, s. 54). Thaut (2005) skriver at metoden TIMP fungerer godt i gruppemusikkterapi fordi det kan tilpasses til den enkelte persons utfordringer, og samtidig legge til rette for musikalsk samspill sammen i gruppen (s. 155-156).

2.3 Musikkterapi og relasjonell tilnærming

Det finnes andre sider ved musikk enn dens evne til å aktivere hjernen, og skape fysiologiske og emosjonelle reaksjoner. Musikk er også knyttet til menneskers kultur, identitet og sosiale fellesskap (Ruud, 2008). Relasjonell tilnærming i musikkterapi brukes for å modulere emosjoner og legge til rette for kommunikasjon og empatiske relasjoner (Raglio, 2015). Det benyttes ulike musikkbaserte metoder for å etablere relasjon mellom terapeut og klient. Relasjonell tilnærming blir her et paraplybegrep som omfatter de musikkterapeutiske tilnærmingene som sikter på å legge til rette for etablering av relasjon, og som en motsetning til rehabiliterende tilnærming, og må

derfor ikke forveksles med relasjonell musikkterapi² (Trondalen, 2008; Trondalen, 2016). Relasjon vektlegges i en rekke perspektiver på musikkterapi, som humanistisk perspektiv (Ruud, 2008; Ruud, 2010), ressursorientert musikkterapi (Rolvjord, 2008; Rolvsjord, 2010), dialogisk perspektiv (Garred, 2008), og relasjonell musikkterapi (Trondalen, 2008; Trondalen, 2016). Humanistisk perspektiv på musikkterapi vil i neste avsnitt forklares. Humanistisk perspektiv beskriver relasjon i musikkterapi på en tilstrekkelig måte for denne oppgavens formål. De andre perspektivene vil derfor ikke bli videre belyst.

2.3.1 Humanistisk perspektiv på musikkterapi

Humanismen er grunnlaget for humanistisk perspektiv på musikkterapi, og et viktig fokus i humanismen er mennesket i sentrum (Ruud, 2008, s. 8). Abrams (2018, s. 139) nevner fire kjerneprinsipper ved humanismen. Det første prinsippet er det unike ved mennesket. Det andre prinsippet er betydningen av individuell identitet. Det tredje prinsippet er logikk, mening og vitenskapens realisme, og det fjerde prinsippet er jakten på og utviklingen av menneskelig dyd og velvilje. Det humanistiske menneskesynet er en motpol til det naturvitenskapelige synet på mennesker, hvor opplevelser og atferd begrunnes med kjemiske, fysiologiske og biologiske responser (Ruud, 2008). I det humanistiske synet er det viktig å fokusere på *hele mennesket*. Dette innebærer å inkludere menneskets historiske, kulturelle og sosiale kontekst i behandling, i tillegg til biologiske aspekter. Musikkterapi med rot i humanistisk perspektiv vil altså bære preg av fokus på mennesket som subjekt, i motsetning til et objekt som skal «behandles». Som et eksempel skal man ikke bare behandle et menneske basert bare på kunnskap om en sykdom, men man skal inkludere andre sider ved mennesket i det musikkterapeutiske arbeidet. Dette inkluderer aspekter som identitet, relasjoner, kultur, erfaringer og kunnskap.

Ruud (2008) trekker frem et flerdimensjonalt menneskesyn i humanistisk perspektiv på musikkterapi. Det flerdimensjonale menneskesynet innebærer å se mennesket som *organisme*, som *person* og som *samfunnsvesen*. Ruud (2008) beskriver i tillegg ulike

² Relasjonell musikkterapi støtter seg til perspektiv på intersubjektivitet, fenomenologisk filosofi, terapeutisk allianse og den relasjonelle vendingen innen psykodynamisk teori (Trondalen, 2008; Trondalen, 2016).

funksjoner av musikk i sin beskrivelse av det flerdimensjonale menneskesynet som er viktig i humanistisk perspektiv på musikkterapi. Mennesket som *organisme* innebærer at vi mennesker har en kropp, med biologiske responser. Musikk vekker en rekke fysiologiske reaksjoner og det er viktig å se koblingen mellom nevrofysiologi, og musikalsk opplevelse og handling. Mennesket som *person* handler om menneskets evne til å kommunisere med språk og symboler. Musikk kan skape en rekke assosiasjoner som åpner opp muligheten for å undersøke livserfaringer. Mennesket som *samfunnsvesen* handler om at vi mennesker er en del av en større helhet, og mennesker og musikk må ses i sammenheng med kultur, samfunn og identitet.

2.3.2 Musikkterapeutiske mål i relasjonell tilnærming

Musikkterapi er et sammensatt fag, og musikkterapeuter kan jobbe med veldig forskjellige brukergrupper, i alle aldre og med forskjellige utfordringer. Musikkterapeuter jobber blant annet innenfor spesialpedagogikk i barnehage, skoler, på sykehus og i eldreomsorg. Dette gjør at de musikkterapeutiske målene kan være svært forskjellige. I Bruscia (2014) sin definisjon (se *innledningskapittelet*) på musikkterapi defineres mål som å optimalisere klientens helse. Dette er en vid beskrivelse av mål og kan inkludere mange underordnede mål i musikkterapi. Bruscia (2014) sin definisjon på musikkterapi legger vekt på relasjonene som blir skapt i musikkterapi. Å skape emosjonelle relasjoner er et overordnet mål i relasjonell tilnærming i musikkterapi (Raglio, 2015). I neste avsnitt beskrives relasjon i musikkterapi.

2.3.3 Relasjon i musikkterapi

Hovedfokuset i relasjonell tilnærming i musikkterapi er å etablere en relasjon mellom klient og terapeut (Raglio, 2015). Mennesker er kontaktsøkende, og vår relasjon til andre har innvirkning på vår selvopplevelse (Ruud, 2010, s. 22). Relasjon har en viktig plass i et humanistisk perspektiv på musikkterapi, og musikkopplevelsen er sentral for etablering av relasjoner (Ruud, 2008). Musikalske elementer kan bidra i etablering og utfoldelse av relasjon (Johns, 2012, s. 31). Relasjonen mellom klient og terapeut vektlegges. I tillegg er det viktig å se på relasjonen mellom mennesket og samfunn (Ruud, 2008, s. 14). Det å kunne oppleve å bidra i samfunnet og å være en del av samfunnet, vil føre til en følelse av mening og tilhørighet i livet (Ruud, 2010). Relasjon

finnes også mellom menneske og musikk, og det er knyttet til vår identitet, og tidligere opplevelser med musikk (Ruud, 2010). Identitet handler om hvem vi er og ikke er, som mennesker (Ruud, 2013, s. 51). Vi har en sosial og en personlig identitet. Identitet har en viktig plass i musikkterapi, fordi den kan gi et innblikk i sammenhengen mellom musikkterapi og den hverdagslige bruken av musikk (Ruud, 2010, s. 38).

Relasjonsarbeidet krever at man som terapeut må ha kunnskap om hvordan man etablerer en relasjon, og at man evner å vedlikeholde og avslutte en relasjon på en hensiktsmessig måte (Røkenes & Hanssen, 2012). Å behandle mennesket som subjekt i behandling legger grunnlaget for å etablere en god relasjon. Å behandle et menneske som et subjekt innebærer å se på den andre som et selvstendig og handlende individ, hvor samhandlingen er preget av respekt, og det tilrettelegges for medbestemmelse.

2.3.4 Musikkterapeutiske metoder i relasjonell tilnærming

Musikkterapeutiske metoder er hvilke musikkbaserte arbeidsmåter som musikkterapeuten velger å bruke, og bakgrunnen for dette valget er klientens behov (Gardstrom & Sorel, 2015, s. 116). Bruscia (2014) beskriver fire forskjellige musikkterapeutiske metoder. Disse er musikklytting, komponering, improvisasjon og framføring eller gjenskaping. Det finnes ulike variasjoner av de fire metodene, og de ulike musikkterapeutiske metodene har forskjellige siktemål. Den musikkterapeutiske metoden som i størst grad blir brukt i studiene gjennomført med Parkinsons sykdom og relasjonell tilnærming i musikkterapi er improvisasjon (Raglio, 2015). Improvisasjon legger til rette for en musikalsk dialog og en symmetrisk relasjon mellom klient og terapeut (Ruud, 2010).

I dette kapitlet har det blitt beskrevet hva Parkinsons sykdom er, mulige årsaker til sykdommen, forekomst og symptomer ved sykdommen. I tillegg har det blitt beskrevet ulike former for behandling av sykdommen. Jeg har i *teorikapitlet* støttet meg til Raglio (2015) sin distinksjon mellom relasjonell tilnærming og rehabiliterende tilnærming på musikkterapi. Det har blitt redegjort for musikkterapi i nevrorehabilitering, nevrologisk musikkterapi og humanistisk perspektiv på musikkterapi. I tillegg har det blitt nevnt metoder og mål benyttet ved både den relasjonelle tilnærmingen og den rehabiliterende tilnærmingen i musikkterapi.

3. Metode

I dette kapitlet vil det bli redegjort for forskningsmetode brukt for innsamling av datamaterialet og vitenskapelig tilnærming. I tillegg presenteres hvilken metode som er blitt brukt for å samle og analysere datamaterialet. Prosjektets validitet, reliabilitet og refleksivitet vil i dette kapitlet bli beskrevet. Til slutt i metodekapitlet beskrives etiske betraktninger knyttet til dette prosjektet, samt metodekritikk.

3.1 Kvalitativ forskningstilnærming

Denne oppgaven fokuserer på hvordan noen musikkterapeuter i Norge jobber med mennesker som lider av Parkinsons sykdom. På bakgrunn av den formulerte problemstillingen og oppgavens tema ble det valgt å bruke kvalitativ forskningstilnærming med en hermeneutisk tilnærming.

Kvalitative forskningsmetoder åpner opp for muligheten til å undersøke musikkterapeuters innsikt, kunnskap, perspektiv og erfaringer i det musikkterapeutiske arbeidet med mennesker som har Parkinsons sykdom. Malterud (2011) skriver at: «Kvalitative metoder er forskningsstrategier for beskrivelse og analyse av karaktertrekk og egenskaper ved de fenomenene som skal studeres» (s. 26). Kvalitative forskningsmetoder legger til rette for å gå nærmere inn på et tema som skal undersøkes (Brottveit, 2018, s. 65). Musikkterapeuter som jobber med mennesker som har Parkinsons sykdom i Norge har i denne oppgaven blitt intervjuet, gjennom semistrukturert informantintervju. «Det kvalitative intervjuet er spesielt godt egnet for å få innsikt i informantenes egne erfaringer, tanker og følelser.» (Dalen, 2004, s. 15). Målet med oppgaven er å finne ut kjennetegn ved noen musikkterapeuters arbeid med mennesker som har Parkinsons sykdom. Dette innebærer hvilke metoder de bruker, hvilke målsettinger som settes, og hva slags musikk som blir tatt i bruk.

3.1.1 Hermeneutisk tilnærming

Behandlingen av datamaterialet har inneholdt flere faser. Den har inkludert datainnsamling gjennom intervju, etterarbeid med analyse av datamateriell, framlegg av data, drøfting og konklusjon. Dette prosjektet tar utgangspunkt i hermeneutisk tilnærming.

Hermeneutikk betyr forståelselære eller fortolkningslære (Krogh, 2014, s. 10). Forståelse og fortolkning er derfor et viktig fokus i hermeneutikken (Dalen, 2004, s. 20). Hermeneutikken handler om hvordan vi tolker. Et sentralt element i tolkningsprosessen er konteksten (Brottveit, 2018, s. 34), som i mitt tilfelle er min personlige, faglige og samfunnsmessige bakgrunn, beskrevet i innledningen. Hermeneutisk tilnærming innebærer en forståelse om at ulike deler og helheten må sees i sammenheng med hverandre (Alvesson & Sköldbberg, 2008, s. 193). Dette beskrives med den hermeneutiske sirkel eller spiral, som viser at delene og helheten forholder seg til hverandre i en stadig prosess (Brottveit, 2018, s. 36). Tolkningen skjer ikke uten føringer, og den som tolker er påvirket av egen forståelseshorisont (Brottveit, 2018, s. 35). Dette innebærer tolkerens tidligere kunnskap eller forventninger til fenomenet som skal tolkes. «Erfaringsbasert kunnskap, som praksiserfaringer, personlige opplevelser, normer og verdisyn knyttet til det aktuelle undersøkelsesfeltet, utgjør også en viktig del av forskerens forforståelse.» (Brottveit, 2018, s. 132). Det må derfor legges frem et innblikk av forskerens forforståelse, og en bevisstgjøring av dette. Min forforståelse er beskrevet i *innledningskapittelet*. Den hermeneutiske tilnærmingen, og dens tolknings- og forståelsesprinsipp, har vært gjeldende i flere deler av prosessen med arbeidet av datamaterialet. Det innebærer prosessen av selve intervjuene, i analyseprosessen og dokumenteringen av datamaterialet. Linjene mellom mitt arbeid med datamaterialet og hermeneutisk tilnærming trekkes frem underveis i metodekapittelet.

3.2 Intervju som metode

Kvale og Brinkmann (2015) skriver at «Et intervju er en samtale som har en viss struktur og hensikt.» (s. 22). Tema og problemstilling er det som er utgangspunkt for valg av intervjumetode som blir brukt (Dalen, 2004, s. 16), og dette var grunnlaget for semistrukturert intervju.

3.2.1 Semistrukturert intervju

Et semistrukturert intervju er en form for intervju brukt i kvalitativ forskning. Et semistrukturert intervju innebærer at man forholder seg til ett eller flere temaer (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 46). I tillegg har man noen spørsmål som man kan forholde seg til, men er ikke fastlåst disse spørsmålene. Semistrukturert intervju åpner opp muligheten

for forskeren å stille oppfølgingsspørsmål, ha en åpen samtale, og stille spørsmål i den rekkefølgen det føles naturlig (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 47). Det semistrukturerte intervjuet er på den måten fleksibelt, og åpner opp muligheten for at intervjupersonene kan fortelle mer utdypende fra sitt perspektiv rundt de forhåndsbestemte temaene og spørsmålene som stilles (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 46). Intervjuene ble tilrettelagt slik at informantene kunne beskrive utdypende om sitt musikkterapeutisk arbeid med mennesker som lider av Parkinsons sykdom. Dette var sentralt i arbeidet med å innhente resultater som godt beskriver kjennetegn ved noen musikkterapeuters arbeid. Derfor ble semistrukturert intervju valgt for dette masterprosjektet. Det semistrukturerte intervjuets form gir mulighet til intervjuer å kunne undersøke temaer som blir nevnt av informantene nærmere, og på den måten gi mer utfyllende svar hvis det skulle være nødvendig for studien. Det ble på forhånd laget en intervjuguide med forslag til spørsmål. En intervjuguide inneholder de temaene som ønskes undersøkt, i tillegg til alternativ til spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 162). Temaene og spørsmålene i intervjuguiden skal være knyttet til problemstillingen (Dalen, 2004). Intervjuguiden som ble benyttet under intervjuene til denne oppgaven er lagt ved som *vedlegg*.

Kvale og Brinkmann (2015) beskriver syv stadier av intervjuundersøkelse: tematisering, planlegging, intervjuing, transkribering, analysering, verifisering og rapportering. Videre i dette *metodekapittelet* beskrives de første seks stadiene, og hvordan stadiene har preget dette prosjektet. Det syvende stadiet i intervjuundersøkelsen er rapportering. Rapportering innebærer å beskrive forskningsmetoden som er benyttet, i tillegg til funn. Dette blir gjennomført i *metodekapittelet* og *resultatkapittelet*.

3.3 Tematisering og planlegging

Det første av Kvale og Brinkmanns (2015) syv stadier er *tematisering*. Tematisering innebærer både formulering av tema og teori, og utforming og valg av forskningsspørsmål og problemstilling. Tematisering innebærer også prosjektets formål. Tematiserings-stadiet ble utformet og videreutviklet før selve intervjuundersøkelsen startet. Dette la grunnlaget for resten av arbeidet med datainnsamlingen, analysen og dokumenteringen. Bakgrunn for valg av tema og problemstilling har blitt begrunnet i *innledningskapittelet*.

Planlegging er det andre stadiet (Kvale & Brinkmann, 2015), og handler om planlegging av selve studien og intervjuene som skal gjennomføres. Planleggingsfasen innebærer hva som må være på plass før intervjuene kan begynne. Dette innebærer en oversikt over kunnskap og teori for å gjøre det mulig å stille spørsmål som vil gi oversiktlig innsikt i temaet som skal undersøkes, og en rekke etiske betraktninger som må vurderes. *Etiske betraktninger* er beskrevet mer utdypende i 3.7 *Etiske betraktninger*. Planleggingen har inkludert å finne aktuelle informanter for intervju, og søking om tillatelse fra *Norsk senter for forskningsdata (NSD)*. Meldeskjema ble godkjent av NSD 11. november 2022. Godkjenning av meldeskjema er lagt ved som *vedlegg*.

3.3.1 Informanter

Tidligere og nåværende veileder ga meg tips om hvem jeg kunne spørre som visste om noen musikkterapeuter som jobber med mennesker med Parkinsons sykdom. Etter dette ble det sendt e-post til musikkterapeuter som jobber med mennesker som har Parkinsons sykdom, eller mennesker med kjennskap til musikkterapeuter som jobber med denne brukergruppen. Dette resulterte i tre aktuelle informanter som ble forespurt om de kunne tenke seg å delta i prosjektet, via e-post og telefon. Alle tre godtok å delta i dette forskningsprosjektet. Jeg hadde ingen kjennskap til informantene på forhånd, og intervjusituasjonen ble vårt første møte. Kriteriene for valg av deltakere for mitt prosjekt var:

1. Utdannelse i musikkterapi
2. Arbeider med mennesker som har Parkinsons sykdom

3.3.2 Intervjuguide

Før gjennomførelsen av intervjuene utarbeidet jeg en intervjuguide. En intervjuguide fungerer som et grunnlag for intervjuet, og intervjuguiden skal inneholde temaer som ønskes undersøkt, og kan også inneholde forslag til spørsmål (Dalen, 2004; Kvale & Brinkmann, 2015). Temaene og spørsmålene skal være i tilknytning til problemstillingen. Under utarbeidingsprosessen med intervjuguide sto problemstilling og de valgte forskningsspørsmålene sentralt:

Hva kjennetegner noen musikkterapeuters arbeid med mennesker som lider av Parkinsons sykdom i Norge?

1. Hva kommer frem av metoder og mål i det musikkterapeutiske arbeidet med mennesker som lider av Parkinsons sykdom, og brukes metoder fra nevrologisk musikkterapi?

2. Hvilke betraktninger må musikkterapeuten gjøre med tanke på musikkterapeutiske valg med brukergruppen?

3. Hvilke funksjoner har musikk i arbeidet med mennesker som lider av Parkinsons sykdom?

Det ble viktig å formulere gode spørsmål som kunne belyse temaer knyttet til problemstillingen. Jeg ønsket å starte med et relativt åpent spørsmål som ga mulighet for informantene å kunne fortelle om det musikkterapeutiske arbeidet med mennesker som lider av Parkinsons sykdom, fra deres ståsted, der hvor jeg som intervjuet ga minst mulig føringer. Det første spørsmålet jeg stilte alle informantene ble derfor: *Kan du beskrive én eller flere musikkterapeutiske situasjoner du har hatt med mennesker som lider av Parkinsons sykdom?*

Etter dette hadde jeg en oversikt over tre temaer jeg ønsket å undersøke nærmere: *mål, metode og musikk*. Under disse temaene hadde jeg formulert spørsmål som kunne være aktuelle å spørre. Intervjuguide er lagt ved som *vedlegg*.

3.4 Intervjuing

Kvale og Brinkmanns (2015) tredje stadiet er *intervjuing*. Jeg skal i dette avsnittet gjøre rede for selve intervjusituasjonene som ble utført for dette prosjektet.

Selve intervjuene ble gjennomført på Zoom. Jeg vurderte å finne muligheter til å gjennomføre intervjuene fysisk, men av ulike grunner valgte jeg til slutt å gjennomføre alle tre intervjuene på Zoom. Jeg brukte en båndopptaker til å ta opp lyd av intervjuene. Jeg testet ut både Zoom og båndopptakeren på forhånd, slik at jeg kunne være best mulig forberedt og prøve å unngå tekniske komplikasjoner ved bruken av Zoom og båndopptakeren. Det var viktig for meg at jeg på forhånd forberedte meg godt på de tekniske elementene ved Zoom, og på den måten være godt forberedt om det skulle skje noen tekniske problemer underveis i intervjuene. Intervjuene varte mellom 25 og 45

minutter. Intervjuene ble gjennomført desember 2022.

3.5 Analyse

Transkribering og analysering er Kvale og Brinkmanns (2015) fjerde og femte stadiet av intervjuundersøkelsen. I dette avsnittet vil det bli redegjort for prosessen med transkripsjon, og valg som ble tatt på forhånd. I tillegg beskrives hvilken form for analyse som ble benyttet for å analysere datamaterialet.

3.5.1 Refleksiv tematisk analyse

Jeg valgte å benytte meg av refleksiv tematisk analyse til å analysere datamaterialet som ble innsamlet ved bruk av kvalitativt intervju. Tematisk analyse kan benyttes når det er ett tema eller problemstilling som analysen tar utgangspunkt i (Brottveit, 2018, s. 146). Braun & Clarke (2022) velger å spesifisere den analytiske metoden som *refleksiv tematisk analyse*, fordi det finnes mange variasjoner av tematisk analyse. Refleksiv tematisk analyse legger vekt på forskerens kritiske refleksjoner rundt egen rolle i forskningen, samt kritisk refleksjon rundt utførelsen av forskningen. Refleksivitet blir beskrevet mer utdypende senere i metodekapittelet. Refleksiv tematisk analyse egner seg til å analysere og se sammenhenger ved datamateriell samlet inn med kvalitativ metode (Braun & Clarke, 2022).

Braun og Clarke (2022) velger å skille mellom tilnærming til behandling av data, hva som er meningsinnholdet, og kvalitative og teoretiske rammer. Disse tilnærminger er ikke motpolarer til hverandre, og analysen kan ha elementer fra begge tilnærminger. Til behandling av data skiller Braun og Clarke (2022) mellom *induktiv* og *deduktiv* tilnærming. Jeg har benyttet meg av en mer induktiv tilnærming til datamaterialet, som innebærer at kunnskapen og resultatene er drevet av datamaterialet (Braun & Clarke, 2022, s. 10). Dette er i motsetning til deduktiv tilnærming hvor datamaterialet kommer frem gjennom eksisterende teorier, som vil være grunnlaget for analysering av datamaterialet.

Hvor meningsinnholdet i datamaterialet ligger velger Braun og Clarke (2022) å skille mellom *semantisk* og *latent*. Semantisk innebærer at meningen ligger på overflaten,

mens latent innebærer at den egentlige meningen ligger dypere i dataene. Analysen til datamaterialet har i dette prosjektet basert seg på en mer semantisk tilnærming til meningsinnholdet.

En annen del av analyseprosessen som man som forsker må ta stilling til er det kvalitative rammeverket, og om målet med analysen er å få frem informantenes egne refleksjoner og erfaringer, altså *erfaringsbasert*, eller om fokuset ligger på å forstå et tema og undersøke dette nærmere, *kritisk*. Målet for analysen av datamaterialet i dette prosjektet har i større grad vært å fokusere på informantenes egne erfaringer, men har også vært fokusert på å undersøke temaer nærmere. Derfor havner denne analysen et sted mellom de to tilnærmingene.

Det siste Braun og Clarke (2022) velger å skille mellom er realist og relativist, som omhandler de teoretiske rammene. Ved realist er sannhet i fokus, og et forsøk på å finne dette i datamaterialet. Relativist derimot fokuserer ikke på fullstendige sannheter, men heller på å undersøke realiteter som blir trukket frem i datamaterialet. På denne skalaen har analysen vært mer relativistorientert, fordi målet har ikke vært å få frem absolutte sannheter eller hvordan musikkterapi blir utført med mennesker med Parkinsons sykdom, men har heller vært å undersøke hvordan det *kan* gjøres.

Jeg har fulgt Braun og Clarke (2022, s. 35) sin beskrivelse av refleksiv tematisk analyse, hvor de beskriver seks faser av prosessen med analysen. Prosessen er åpen, og man har mulighet til å gå tilbake i prosessen. På den måten fungerer fasene som en veiledning til forskeren i den analytiske gjennomgangen. I det neste avsnittet vil de seks fasene og hvordan jeg valgte å gjennomføre de bli beskrevet.

3.5.2 Transkripsjon

Fase 1 av Braun og Clarke (2022) sine seks faser er å *bli kjent med datamaterialet*. Dette inkluderer å gjøre seg kjent med datamaterialet ved å lytte til opptakene av intervjuene, og transkribere de. Da jeg hadde intervjuet alle informantene, begynte jeg å transkribere det innsamlede datamaterialet. «Å transkribere betyr å transformere, skifte fra en form til en annen.» (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 205). I dette tilfelle betyr dette å transformere et muntlig språk fra opptaket til en skriftlig tekst.

Transkripsjonen krever en del valg hvor den som transkriberer må ta stilling til hvordan prosessen utføres, og hva som eventuelt skal inkluderes og ekskluderes (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 204). Jeg tok noen valg før jeg startet å transkribere. Jeg valgte blant annet å skrive teksten i bokmål, som var et bevisst valg med tanke på anonymisering av informantene. I tillegg valgte jeg i begynnelsen å transkribere så ordrett som mulig. Tilleggslyder som «eeh» og «mm» valgte jeg å ikke ta med i transkripsjonen siden dette ikke var relevant for selve informasjonen som ble formidlet. Jeg valgte å markere informantenes latter i parentes fordi jeg følte dette var med på å prege konteksten og kunne være viktig for betydningen av det som ble fortalt. Dette er knyttet til en hermeneutisk tilnærming, hvor konteksten er viktig i tolkningsprosessen. I ettertid valgte jeg å fjerne noen tilleggsord som gjorde teksten mer rotete, for eksempel hvis informantene startet på en setning, men skiftet retning og startet på en ny setning. Plassering av punktum, komma og spørsmålsteget har jeg plassert der hvor det følte mest naturlig og riktig i forhold til setningen og det informantene formidlet.

Jeg lyttet til opptakene flere ganger, også etter jeg var ferdig med transkripsjonen. Dette gjorde jeg for å være sikker på at jeg hadde fått med meg alt, og om de valgene jeg hadde tatt på forhånd og underveis fikk frem meningen i det informantene formidlet. For hver gang med ny gjennomgang av lytting ble jeg bedre kjent med datamaterialet. I tillegg noterte jeg noen tidspunkter underveis for å ha bedre oversikt over opptakene og transkripsjonene.

3.5.3 Koder og temaer

Etter å gjøre seg kjent med datamaterialet er neste fase i prosessen, fase 2, å *kode* (Braun & Clarke, 2022). Koding innebærer å jobbe seg gjennom datamaterialet og tillegge koder til de enkelte delene av intervjuet. Koder blir på den måten en slags oppsummering av deler av datamaterialet, i form av stikkord.

Kodingsprosessen begynte med en gjennomgang av transkripsjonene. Deretter ble det formulert koder til de enkelte delene av transkripsjonen. Etter dette gikk jeg gjennom alle kodene jeg hadde laget. Kodene ble sett i forhold til transkripsjonene, som førte til endring av koder. Dette ble utført i flere omganger. Jeg bestemte meg etter en del gjennomganger av koder og transkripsjon, å gå videre til *fase 3*, men la muligheten for å

gå tilbake til *fase 2* være åpen. Å velge refleksiv tematisk analyse gjør dette mulig, og man har mulighet til å gå tilbake til tidligere faser.

I refleksiv tematisk analyse består fase 3 i analyseprosessen av å *lage de første temaene*. Dette innebærer å plassere ulike koder innenfor en større samlebetegnelse, kalt tema. For å få en oversikt over kodene og se sammenhenger mellom disse bestemte jeg meg for å skrive ut alle kodene jeg hadde så langt, og klippet de ut slik at hver kode var på et lite stykke ark. Så prøvde jeg å kategorisere de i grupper. Jeg plasserte de kodene som jeg syntes hadde noe til felles sammen. Dette ga meg en idé for hva de eventuelle temaene kunne hete. Utformingen av temaer er ikke ferdig i fase 3, og jeg valgte derfor på dette tidspunktet å gå videre til fase 4.

Å *utvikle og gjennomgå temaer* er prosessens fjerde fase. Dette innebærer å se de temaene som ble laget og navngitt i *fase 3* i forhold til kodene og hele datamaterialet. Også i *fase 4* gikk jeg tilbake for å endre, fjerne og lage nye koder som jeg følte ga mer mening etter å ha laget de første temaene. I tillegg så jeg på sammenhengen mellom transkripsjonen, kodene og temaene, og det gjorde det lettere for meg å redigere de temaene jeg hadde kommet frem til i *fase 3*. Denne fasen mener jeg kan beskrive en hermeneutisk tilnærming, hvor datamaterialet, kodene og temaene kan sees på som deler og helheter som må bli sett i sammenheng med hverandre.

Den femte fasen i Braun og Clarkes (2022) tematiske analyseprosess er å *definere og navngi temaer*. Fase fem handler om å bestemme temaene som skal brukes i resultatet, og navngi dem. Den fjerde fasen ga meg et godt utgangspunkt til å definere og navngi de bestemte temaene. Etter denne fasen ble det formulert tre temaer:

1. *Valg i musikkterapi*
2. *Innvirkning på musikkterapeutiske valg*
3. *Musikkens funksjoner og kvaliteter*

Disse temaene belyses nærmere i *resultatkapittelet*.

Den sjette og siste fasen er å *ferdigstille rapporten* (Braun & Clarke, 2022). Den siste fasen er ansett som den viktigste delen av analyseprosessen. I denne delen er det viktig

å beskrive hva som har blitt gjort, og begrunne og reflektere over ulike valg som ble tatt underveis i prosessen. Denne fasen har blitt beskrevet i dette *metodekapittelet*.

3.6 Validitet, reliabilitet og refleksivitet

Det sjette stadiet i Kvale og Brinkmanns (2015) beskrivelse av intervjuundersøkelsen er *verifisering*. Dette innebærer begreper som validitet og reliabilitet, og refleksjon og beskrivelse rundt disse, og deres betydning for prosjektet.

Validitet innebærer om en metode er hensiktsmessig å bruke med tanke på hva som skal undersøkes (Kvale & Brinkmann, 2015). Spørsmålet om validitet er gjeldende i hele prosjektets prosess. Både under intervjuene, transkripsjonen, analysering og rapportering. Under transkripsjonen handler validitet om hvorvidt utførelsen mellom å transkribere en muntlig tekst til skriftlig tekst er gjort på en gyldig måte. Validitet under analyse innebærer om tolkningene som er gjort er logiske. I rapporteringen innebærer validitet om resultatene og funnene blir representert på en god måte, og om rapporten belyser de sentrale funnene av analysen.

Reliabilitet innebærer troverdigheten i resultatene som kommer frem av forskningen, og om resultatene er pålitelige (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). Hvilken relasjon forskeren har til informantene er viktig å gjøre rede for med tanke på reliabiliteten (Thagaard, 2009, s. 198), som ble nevnt i 3.3.1 *Informanter*. Reliabilitet er på samme måte som validitet, med i alle faser i forskningsprosessen (Brottveit, 2018, s. 143). Et sentralt aspekt av prosjektets reliabilitet er om undersøkelsen er mulig å gjennomføre av en annen forsker, og om dette resulterer i samme funn. Om resultatene blir de samme hvis en annen forsker gjennomfører forskningen vil i kvalitativ forskning i mindre grad være mulig, fordi konteksten og forskeren har stor innvirkning i forskningsprosessen (Hagen, 2007; Thagaard, 2009). I kvalitativ forskning vil derfor reliabilitet kun være gjeldende i forskerens redegjørelse av hvordan prosjektet har blitt utført, og ikke om forskningens repliserbarhet (Thagaard, 2009, s. 200). Hvordan prosjektet har blitt utført har blitt beskrevet i dette *metodekapittelet*. Siden konteksten og forskeren har stor innvirkning i kvalitativ forskning, blir *refleksivitet* viktig.

Refleksivitet handler om forskerens evne til å reflektere over valg av

forskningstilnærming, metoder, analyse og dataframlegg (Brottveit, 2018, s. 124). I tillegg handler det om forskerens evne til å reflektere rundt sin egen rolle i prosjektet, samt være bevisst innvirkningen tidligere erfaring og kunnskap kan ha på forskningsprosjektet. Dette innebærer å reflektere over spørsmål som stilles og hvordan analysen blir utført (Berger, 2015, s. 2). Jeg har erfaring og tidligere kjennskap med Parkinsons sykdom fordi en i min familie ble diagnostisert med sykdommen. Denne erfaringen har vært en del av bakgrunnen for hvorfor jeg valgte å skrive om oppgavens tema. Dette har vært med på å forme min forforståelse som forsker. Jeg hadde på forhånd noen antagelser om hvilke symptomer og utfordringer som kan være til stede ved sykdommen. Informantene nevnte andre symptomer og utfordringer som jeg på forhånd ikke var kjent med. Datainnsamling og analyse kan gi nye forståelser av fenomener, som igjen kan ha innvirkning på tidligere antagelser og forståelse hos forskeren (Haynes, 2012, s. 73). Bevisstgjøring rundt denne prosessen er en del av forskerens refleksivitet. Alvesson og Sköldberg (2018) nevner to kjennetegn ved refleksivitet: tolkning og refleksjon (s. 11). Forskeren tolker datamaterialet, samtidig som forskeren reflekterer over hva som ligger til grunn for tolkningen. Min utdanningsbakgrunn innenfor musikkterapi, og musikk og helse har gitt meg innsikt i hvordan musikkterapeuter kan jobbe med ulike brukergrupper. Denne kunnskapen er med på å forme min tolkning og forståelse av datamaterialet. Braun og Clarke (2022, s. 5) legger vekt på refleksivitet i refleksiv tematisk analyse, og trekker frem viktigheten av forskerens kritiske refleksjon gjennom hele forskningsprosessen.

3.7 Etiske betraktninger

I dette avsnittet beskrives sentrale elementer av etiske betraktninger ved dette prosjektet, som informert samtykke, konfidensialitet, etiske betraktninger ved transkripsjon og forskerrollen.

3.7.1 Informert samtykke

Jeg som innehaver av forskerrollen er nødt til å ta stilling til etiske betraktninger i gjennomføring av prosjektet. «Som hovedregel skal forskningsprosjekter som forutsetter aktiv deltakelse, settes i gang bare etter deltakernes informerte og frie samtykke.» (Dalen, 2004, s. 111). Alle informantene ble på forhånd av intervjuet tilsendt

et informasjonsskriv om prosjektet, og en samtykkeerklæring til å delta i forskningsprosjektet. Informasjonsskrivet og samtykkeerklæring kan finnes som *vedlegg* i denne oppgaven. Informasjonsskrivet beskriver hva som er tema og formålet for prosjektet. I tillegg gir det en oversikt over hvem som er ansvarlig for prosjektet, og hvordan informantenes opplysninger blir behandlet under prosjektets forløp. Det presiseres i informasjonsskrivet at deltakelse i prosjektet er frivillig, og det vil til enhver tid være mulig å trekke tilbake sitt samtykke uten noen form for negative konsekvenser. Informasjonsskrivet gir grunnlag for deltakernes informerte samtykke.

3.7.2 Konfidensialitet

Under transkribering var det viktig å anonymisere informantene slik at de ikke kan identifiseres ved publisering av masteroppgaven, altså konfidensialitet (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 90). Dette innebar å anonymisere stedsnavn som byer eller kommuner, og eventuelle personlige opplysninger som ble nevnt under intervjuene. Konfidensialitet er viktig siden masteroppgaven offentliggjøres. Opptak og transkripsjoner av intervjuene oppbevares på en kryptert lokal harddisk. Denne harddisken oppbevares i en låsbar safe, i en låsbar skuff. Når datamaterialet har blitt behandlet på datamaskinen har internett vært avslått, og uten personopplysninger. Utskrift av transkripsjoner har blitt oppbevart i en låsbar safe. Personopplysninger, opptak og transkripsjoner slettes etter prosjektets slutt.

3.7.3 Etiske betraktninger ved transkripsjon

En annen etisk betraktning som jeg som forsker måtte ta stilling til under transkripsjonen var hvor ordrett transkripsjonene skulle skrives. Noen ganger kan muntlige setninger oppfattes som mindre forståelige eller usikre når de skrives ned som skriftlig tekst (Kvale & Brinkmann, 2015). Derfor ble valget noen ganger å fjerne tilleggsord og setninger for å få frem budskapet på en hensiktsmessig måte, men også være tro mot det deltakerne formidlet. Å få frem budskapet på en god måte var også en etisk betraktning under analyseprosessen av datamaterialet. Jeg forsøkte å få frem «hva som egentlig blir sagt», og ikke tillegge min egen mening, eller en ulogisk fortolkning.

3.7.4 Forskerrollen

Forskerens rolle i forskningsprosjektet er en etisk betraktning ved kvalitative studier, og reflekteres over og redegjøres i denne oppgave. Det er forskeren som er ansvarlig for prosjektet, og det er forskeren som blant annet fortolker datamaterialet (Dalen, 2004, s. 19). Forskeren er ansvarlig for prosjektets kvalitet og etiske vurderinger (Kvale & Brinkmann, 2015). I en intervjusituasjon er forskeren med å skape den kunnskapen som kommer frem, sammen med informantene.

3.8 Metodekritikk

Refleksiv tematisk analyse ble brukt som metode for å analysere datamaterialet. Metodens fleksible form setter høyere krav til forskerens refleksjoner over de valgene som gjøres underveis i prosessen. Dette gjør at metoden kan bli utført på flere forskjellige måter. Noe av kritikken mot tematisk analyse er at valgte temaer kan ha likhet med spørsmål i intervjuguiden (Javadi & Zarea, 2016, s. 38). Dette kan indikere at temaer som er valgt baseres mer på forskerens forhåndsantagelser, enn faktisk analyse av datamaterialet. Noen av de valgte temaene og undertemaene for denne oppgaven har noen likheter med intervjuguiden (se *vedlegg* og *resultatkapittelet*). Dette ble jeg bevisst først etter at analysen var gjennomført, og kan vise til svakheter ved min utførelse av analysen. Jeg vil derimot argumentere for at dette også kan skyldes føringer som intervjuguiden, problemstilling og forskningsspørsmål legger for hva som blir formidlet under intervjuene, og ikke kun som et resultat av forhåndsantagelser hos meg som forsker. Eksempelvis ønsket jeg å undersøke hvilke metoder musikkterapeutene benytter seg av i arbeid med mennesker som har Parkinsons sykdom, som er likt undertemaet *metoder og fokus i musikkterapi*, beskrevet i *resultatkapittelet*.

For dette prosjektet valgte jeg å bruke semistrukturert intervju som forskningsmetode. Jeg valgte å gjennomføre intervjuene på Zoom. Dette gjorde at det var mindre naturlig å starte med småprat før og etter intervjuene, noe som hadde innvirkning på intervjusituasjonene. I tillegg har Zoom en tidsbegrensning på 40 minutter som gjorde at jeg var nødt til å avbryte det ene intervjuet, for å kunne opprette et nytt Zoom-møte. Dette kan ha hatt en innvirkning på intervjusituasjonen og på hva informanten svarte.

En annen ting jeg ble oppmerksom på under intervjuene var at jeg ikke kunne legge til

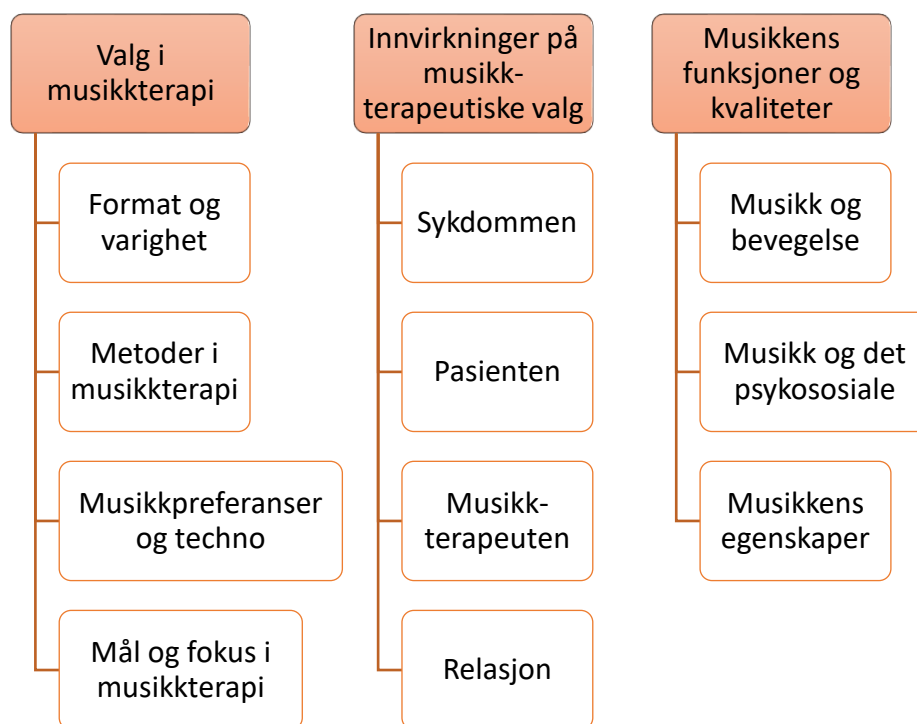
rette for miljøet informantene var i. Omgivelsene til informantene ga litt forstyrrelser, i form av avbrytelser fra kollegaer eller bråk fra omgivelsene. Dette kan ha hatt en innvirkning på intervjusituasjonen og hva informantene formidlet. Hadde intervjuene blitt gjennomført fysisk hadde jeg hatt større kontroll på omgivelsene rundt intervjusituasjonen, og på den måten kunnet skape en atmosfære som virket trygg og komfortabel for informantene, med minst mulig forstyrrelser.

I dette metodekapittelet har det blitt redegjort for metoden som er brukt for å samle inn datamaterialet. Det har blitt beskrevet vitenskapelig tilnærming og analysemetode for behandling av datamaterialet, og prosessen med dette gjennom prosjektet. Jeg har i tillegg gjort rede for studiens validitet, reliabilitet og refleksivitet, og beskrevet etiske betraktninger ved prosjektet. Til slutt har metodekritikk blitt belyst.

4. Resultat

I dette avsnittet blir resultatene samlet inn gjennom intervjuene lagt frem.

Figur 1 viser de tre temaene som ble definert under analysen, i tillegg til undertemaer. I dette kapitlet skal jeg beskrive de tre temaene og undertemaene, og legge ved sitater fra informantene som belyser disse. Noen sitater kan knyttes til flere temaer og undertemaer fordi de har en innvirkning på hverandre i det musikkterapeutiske arbeidet. Sitatene jeg benytter meg av under de forskjellige temaene er derfor de jeg mener er med på å belyse de enkelte temaene på en hensiktsmessig måte.



Figur 1

4.1 Valg i musikkterapi

Musikkterapeuten er nødt til å gjøre en rekke valg med tanke på gjennomføring av musikkterapi sammen med pasienten(e), og det er nettopp dette temaet *valg i musikkterapi* handler om. Jeg har valgt å trekke frem noen av aspektene som belyser musikkterapeutens valg, herunder format, varighet, metode, innhold og mål.

4.1.1 Format og varighet

Format og varighet i musikkterapi innebærer om musikkterapeutene velger å jobbe i grupper med pasientene, eller individuelt. I tillegg handler det om varighet på musikkterapitimene.

«Ja, jeg jobber individuelt, men jeg jobber ofte med å få de med i gruppen.»

Her beskriver musikkterapeut 1 at det jobbes både individuelt og i gruppe.

«Meg: Kan du beskrive én eller flere musikkterapeutiske situasjoner som du har hatt med mennesker med Parkinsons sykdom?

MT3: Ja, jeg kan kanskje beskrive to ulike. Gjerne en individuell og en i gruppesetting.»

På det første spørsmålet ønsker musikkterapeut 3 å beskrive en situasjon ved både en individuell time og en gruppetime. Dette viser at musikkterapeuten jobber både individuelt og i gruppe.

Varighet på musikkterapitimene er noe som blir beskrevet i intervjuene.

Musikkterapeut 1 forteller om varigheten på opplegget i en gruppetime.

«Jeg har egentlig opplegg til 25 min, men vi holder gjerne på i 45 min.»

Musikkterapeut 2 forteller hvordan varigheten på musikkterapitimene varierer om det er gruppe- eller individualtime.

«Individualtimer er ofte ca. 30 min, og grupper varierer i forhold til behovene for de ulike som er i gruppen. Det kan være alt ifra 20 til 45.»

Musikkterapeut 3 beskriver også hvordan varigheten på musikkterapitimene kan være forskjellig fra gruppetime til individuelltime. Musikkterapeuten beskriver i tillegg at dagsform har en innvirkning på varighet. Dette er noe som blir belyst mer utdypende i avsnittet om temaet *innvirkning på musikkterapeutiske valg*.

«Gruppetimen den har vi forsøkt å gjøre på forskjellige måter [...]. Det vi ser det er det at det aller beste utbyttet er én time, [...]. Individuelt så er det alt ifra 10 minutter til en time. Det varierer veldig fra dagsform, for den kan være ekstremt varierende.»

Den samme musikkterapeuten forteller at dette er en gruppe med bare mennesker som har Parkinsons sykdom:

«Også jobber jeg og i en rehabiliteringsgruppe i kommunen, med to fysioterapeuter, en logoped og meg. Og da jobber vi med hjemmeboende med Parkinsons, og gjerne de som har fått nylig oppstått symptomer, eller har og fått nylig oppstått diagnose.»

At gruppene i musikkterapi er med mennesker som har Parkinsons sykdom beskrives også av musikkterapeut 1:

«Her på sykehjemmet så har jeg en Parkinsonsgruppe, hvor jeg da samlet alle pasientene som har lyst til å være med, og som har Parkinsons sykdom.»

Musikkterapeut 2 forteller også at musikkterapi foregår i grupper, men ikke bare med mennesker som har Parkinsons sykdom:

«Men jeg har aldri rene grupper med folk med Parkinsons, men i og med at vi er et lite [arbeidsplass] som kjenner pasientene, man kan legge inn øvelser eller ting som er til enkelte sin fordel inn i et gruppeprogram.»

Musikkterapeutene forteller at de både jobber individuelt og i gruppe. Varigheten varierer ut ifra om det er individualtime eller gruppetime, og på dagsformen til pasientene.

4.1.2 Metoder i musikkterapi

Hvilke arbeidsmåter musikkterapeutene bruker i musikkterapi er noe som blir beskrevet i datamaterialet. Denne delen har jeg valgt å kalle *metode*. Det innebærer hva slags arbeidsmåter de har brukt for å oppnå målene i musikkterapi, som sang, improvisasjon, bevegelse og stemmeteknikk.

«Men det er annerledes med denne gruppen som jeg har for parkinsonpasienter mot en reminisensgruppe på demensposten for eksempel, jeg har dette faste treningsopplegget, som begynner med en sånn mindfulness, pust, logge inn, også, vi har grovmotoriske bevegelser, også finmotoriske bevegelser, også beveger vi oss til stemmeteknikk, sang, også samtale til slutt.»

Her beskriver musikkterapeut 1 metoder som blir brukt i behandlingsopplegget, som blant annet er mindfulness, pust, bevegelser, stemmetrening, sang og samtale. Her forklares både musikalske og ikke-musikalske metoder brukt i det musikkterapeutiske arbeidet.

Musikkterapeut 2 beskriver også et opplegg i musikkterapi sammen med mennesker som har Parkinsons sykdom:

«Vi jobber med artikulasjon, altså kjente sangstrofer, som vi begynte forsiktig å uttale med diksjon, også sette opp tempo gradvis, for å gi en følelse av mestring. Så det er sånt halvtimers program som jeg har, som jeg bruker, men jeg justerer ut ifra musikkpreferanser og interesse til den enkelte da.»

I dette opplegget beskriver musikkterapeuten metoder som artikulasjonsøvelser, diksjon og sang. Det beskrives også at opplegget kan justeres i forhold til den enkelte pasient. Mestring blir også nevnt som viktig i opplegget.

Musikkterapeut 3 beskriver et behandlingsopplegg, som heter LSVT. Denne metoden er beskrevet mer utdypende i *drøftingskapittelet*.

«Kort fortalt da så er det en todelt utdanning. Det er LSVT LOUD, den er det jeg og logopeden som har tatt, og det er fokus på stemmetrening. Også er det LSVT BIG, det er da fysioterapeutene som har tatt. [...] Det er en treningsmetode som er fire ganger i uken, i fire uker. Så det er veldig intensivt, og målet er å gi personen

ressurser nok til å bruke dette hjemme, for det de sier er det at hvis du ikke gjør noe hjemme så har ikke treningen hos terapeuten noe effekt i det hele tatt.»

Her beskrives en metode hvor det jobbes tverrfaglig med musikkterapeut, logoped og fysioterapeuter. Stemmetrening er en av metodene som blir brukt i behandlingsopplegget musikkterapeuten beskriver. I tillegg nevnes et fokus på å gi personer ressurser slik at de kan utføre øvelsene hjemme.

Sang som metode har blitt beskrevet av flere musikkterapeuter. Musikkterapeut 2 beskriver hvordan sang benyttes som metode i musikkterapi:

«[...] Og vi jobber med artikulasjonen, det å synge kjente sanger [...]

I tillegg til sang som metode forteller informantene om andre metoder som blir brukt til å støtte og arbeide med stemmen. Det nevnes stemmetrening, artikulasjonsøvelser, pusteøvelser og fokus på å bruke muskulaturen godt.

«Vi jobber med pusteteknikker, angstmestring, det å finne roen når anfallene kommer, litt med oceandrum og litt mindfulnesssteknikker.»

Musikkterapeut 1 beskriver her at det brukes pusteteknikker, angstmestring og mindfulness i musikkterapi. Musikkterapeut 2 beskriver også at fokus på pust er en del av det musikkterapeutiske arbeidet:

«Da handler det mye om å finne tak i pusten, for jo mer stresset du blir, jo mer går pusten oppi brystkassen sånn at du blir anstrengt, og da gjør jo ikke det talen noe bedre, men dette her med å lære seg å bruke den gode muskulaturen, altså i mageområdet til å bruke pusten til å støtte talen.»

Å bruke muskulaturen på en hensiktsmessig måte, og trene på dette beskrives som en del av det musikkterapeutiske arbeidet. Musikkterapeut 3 beskriver også at det er fokus på magemuskulatur, i forhold til stemme:

«[...] styrke magemuskulatur for å faktisk få bruke stemmen på en god måte [...]

Musikkterapeutene forteller også hvordan bevegelse blir brukt som metode i musikkterapitimene:

«Ellers så har vi også strekk av føtter og marsjering, sittende da, fordi disse her har såpass mye Parkinson i kroppen eller lavt dopaminnivå. Strekker armer.»

Her beskriver musikkterapeut 1 hvordan bevegelse som metode kan bli brukt i musikkterapi, og at det tilpasses slik at det skal være mulig å utføre for mennesker som har Parkinsons sykdom. Musikkterapeut 2 beskriver også at bevegelse brukes, i forhold til pusteøvelsene:

«Ja, bevegelse bruker vi, fordi det ligger jo naturlig inn i en del av pusteøvelsene.»

Jeg ønsket å finne ut hvilke metoder musikkterapeutene bruker i arbeid med mennesker som har Parkinsons sykdom, i tillegg finne ut om de bruker metoder eller teknikker fra nevrologisk musikkterapi. Flere studier utført med mennesker som har Parkinsons sykdom og musikkterapi beskriver nevrologisk musikkterapi, og teknikker fra denne musikkterapeutiske retningen (Buard et al., 2019; Bukowska et al., 2016, Wang et al., 2022). På bakgrunn av dette ønsket jeg å finne ut om musikkterapeuter i Norge også benytter seg av metoder fra nevrologisk musikkterapi, og det ble et av spørsmålene under intervjuene. Musikkterapeut 1 beskriver at rytmisk auditiv stimulering blir brukt, men kanskje ikke på samme måte som beskrevet i litteratur.

«Ja, altså rytmisk auditiv stimulering, men jeg bruker det ikke på den måten som er beskrevet hos han Michael Thaut, men jeg har alle disse teknikkene i bakhodet når jeg jobber.»

Musikkterapeut 3 beskriver at h*n har kjennskap til metodene, men at det ikke er blitt bevisst brukt metoder fra nevrologisk musikkterapi:

«Meg: Bruker du noen metoder fra nevrologisk musikkterapi?

MT3: Det er jo definitivt noe jeg har lest en del om for både å bli kjent med Parkinson som sykdom, og hvordan musikkterapeuter jobber med Parkinsons sykdom, men jeg må faktisk innrømme at jeg kommer faktisk ikke på [...] det er jo

ikke sånn at jeg har valgt en musikkterapeutisk metode innenfor nevrologisk musikkterapi og tenkt at dette skal jeg utføre med en beboer eller pasient med Parkinson.»

Musikkterapeut 2 beskriver hvordan metodene som brukes kan beskrives som rytmisk auditiv stimulering.

«Du kan vel sikkert plassere veldig mye av det jeg gjør innenfor, for jeg har ikke tenkt innen koblingen innenfor der, men altså selvfølgelig rytmisk auditiv stimulering driver vi jo med, altså når du jobber med bevegelse, da hører du også blir du stimulert rytmisk og sånt, og da ser jeg på hvor pasienten beveger seg.»

4.1.3 Musikkpreferanser og techno

Sang er en metode som blir brukt i musikkterapi. Hvilken type musikk som blir brukt er innholdet i musikkterapitimene. Undertemaet *musikkpreferanser og techno* handler om innholdet i musikkterapi, og musikkterapeutene nevner at det i stor grad blir valgt innhold ut ifra pasientenes musikkpreferanser. I tillegg beskrives det at techno brukes.

«Jeg bruker jo sanger, liksom årstidsbasert sanger, sanger som pasientene kjenner til [...]»

Musikkterapeut 1 beskriver her at årstidsbaserte sanger blir brukt, og sanger som pasientene kjenner.

«Individuelt er det veldig basert på beboerens preferanser, også varierer jo det litt. [...] preferansemusikk, ønsker som kommer, alt i fra bergensviser til vamp, og det er jo alt slags mulig sjanger. Nå møter man pasienter ned i 50 årene sant, og jeg kan jobbe med bedehusdamer i 90 årene, så det er jo alt fra salmer til Jim Reeves og Elvis Presley og ABBA, og til og med instrumental. Kygo har man av og til fått. Altså det er alt mulig, ja.»

At innholdet blir valgt ut ifra pasientens ønsker og preferanser gjør at musikken som blir brukt i musikkterapitimene er veldig variert. Dette beskriver musikkterapeut 3, og

forteller at alle sjangre blir brukt i det musikkterapeutiske arbeidet.

Musikkterapeutene beskriver at det i stor grad blir brukt musikk basert på pasientenes preferanser og musikk som de kjenner. Musikkterapeut 1 beskriver også at det blir brukt techno-musikk, og begrunner dette valget slik:

«Da bruker jeg faktisk techno-musikk. Det er noe som jeg fikk ideen til etter han Kjetil Vikene sitt forskningsprosjekt, hvor han da forsket på forskjellige rytmer og hvordan det påvirker Parkinsonshjernen. Og scannet disse hjernene, med scannemaskin, og det er såpass mye uro i den hjernen, at selv om mange kan ha likt ganske komplisert musikk, så vil det være for mye å prosessere. Så da fikk jeg ideen til å bruke techno, for å kunne frigjøre energi til å være her og nå sammen [...]»

Her beskrives hvordan ikke-preferansebasert musikk kan brukes i musikkterapiene. Begrunnelse, fordeler og ulemper ved å bruke preferansebasert musikk eller ikke, diskuteres i *drøftingskapittelet*.

4.1.4 Mål og fokus i musikkterapi

Informantene beskriver ulike mål som settes i musikkterapi. Undertemaet *mål og fokus i musikkterapi* handler om hva som det settes fokus på i musikkterapien, hvilke mål som settes, og hva som ligger til grunn for disse målene. Målene som blir nevnt er blant annet økt livskvalitet, vedlikeholde funksjon og ressurser, mestring og trygghet.

Musikkterapeut 1 beskriver hvordan målet kan være økt livskvalitet og vedlikeholde pasientenes funksjon:

«Målsettingen er egentlig bare det å ha økt livskvalitet, og kanskje bidra da til å vedlikeholde funksjon [...]»

Musikkterapeut 3 beskriver hvordan målet kan være å forbedre bevegelse, og generell bedring, som kan knyttes til økt livskvalitet:

«Du går gjerne inn med et litt sånn åpnere sinn, og ser hva kan jeg bidra med her for at gangen din skal bli bedre, men gjerne og for at du skal ha det bedre.»

Musikkterapeut 2 beskriver også at å vedlikeholde funksjon er et mål i musikkterapi:

«Men på Parkinson så går jeg ofte rett på det tekniske, altså dette her med å fremme og få bruke den fungeringen som pasienten har [...]»

Hva som er målet i musikkterapi avgjøres også sammen med pasientene.

Musikkterapeut 3 beskriver hvordan pasientene kan ha egne mål for musikkterapien, i tillegg til å beskrive å ivareta stemmefunksjon som et mål:

«[...] ivareta de funksjonene som beboeren har behov for å ivareta, og som jeg har nevnt dette med stemme, ivareta stemmen og opprettholde funksjonen i stemmen.»

Et her-og-nå fokus er det flere av informantene som vektlegger i musikkterapi.

«[...] da var det mere det å være tilstede og være sammen i kaoset som hun opplevde i hjernen sin og kroppen sin, og det tror jeg er det aller viktigste med tanke på etikken, at man må møte pasienten hver dag, her og nå, og har et her-og nå-fokus [...]»

Her beskriver musikkterapeut 1 at fokus på her-og-nå kan knyttes til både dagsform og etikk.

«[...] men det er litt og her-og-nå opplevelsen, og ofte kanskje er den viktigere enn mål i seg selv [...]»

Her-og-nå-fokus blir også trukket frem av musikkterapeut 3, og at dette kanskje kan være viktigere enn andre mål i musikkterapi.

I tillegg til å ivareta og vedlikeholde funksjoner som pasientene har, nevnes det å vedlikeholde ressurser som et mål i musikkterapi, av musikkterapeut 3:

«[...] så da var målet mitt å jobbe ressursorientert, jobbe med hennes ressurser, ivareta de [...]»

Mestring og motivasjon er også noe som blir nevnt av informantene når det gjelder mål og fokus i musikkterapi.

«Det er viktig å holde tak i den indre motivasjonen å delta.»

Musikkterapeut 1 belyser viktigheten med motivasjon i musikkterapi, og spesielt indre motivasjon i forhold til deltakelse:

«[...] jeg er veldig opptatt at dette skal virke motiverende [...].»

Metode og innhold blir ofte valgt ut ifra mål som settes i musikkterapi. Musikkterapeut 3 beskriver viktigheten av motivasjon. Musikkterapeut 2 velger å trekke frem mestring og mening som et mål i musikkterapi:

«Så det å gi noen mestringsopplevelser, om at det faktisk, dette her fikk jeg til, dette her klarer en, dette her skaper mening for meg [...].»

I musikkterapi er det viktig at musikkterapeuten legger opp til trygghet. Dette begrunner musikkterapeut 2 slik:

«Det er jo viktig at det er en trygg ramme å jobbe i, for at det når du jobber med funksjoner du mister i forhold til Parkinson så pirker du inn på det som er aller aller mest sårbart, og som kanskje instinktivt hjernen vil holde for seg selv. Så det at det er en ramme som en jobber innenfor som er trygg og at det er greit å være synlig med sin sårbarhet, det er en essensiell jobb for musikkterapeuten å gjøre.»

Her beskrives viktigheten av å skape trygghet og trygge rammer i forhold til sykdommens karakter. Musikkterapeut 3 belyser også viktigheten av å skape trygghet med tanke på sykdommen:

«[...] men det er jo og noe med å på en måte trygge de og sånn at de faktisk tørr å bruke seg selv, for det er jo sykdommen man skal jobbe med.»

Musikkterapeut 1 beskriver også trygghet som viktig. Det beskrives i forhold til relasjon. Relasjon blir belyst mer utdypende i temaet *innvirkninger på musikkterapeutiske valg*.

«[...] da har du en god relasjon med pasienten så føler du deg tryggere, og du vet at de er tryggere, og man er friere, og det ligger et mye større utviklingspotensial.»

Her beskrives hvordan relasjon og trygghet kan legge til rette for et større utviklingspotensial hos pasientene i musikkterapi.

4.2 Innvirkninger på musikkterapeutiske valg

Temaet *valg i musikkterapi* belyser hvilke valg musikkterapeutene tar i møtet med mennesker som har Parkinsons sykdom, og et viktig aspekt ved disse valgene er hva som påvirker de. Temaet *innvirkninger på musikkterapeutiske valg* belyser hva som har innvirkning på de musikkterapeutiske valgene, med tanke på sykdommen, pasienten, relasjon og musikkterapeutene selv.

4.2.1 Sykdommen

Når det kommer til hva som har innvirkning på musikkterapeutiske valg blir Parkinsons sykdom og hva denne sykdommen medfører trukket frem flere ganger av informantene. Dette innebærer hvor langt pasientene har kommet i sykdomsbildet, og hvilke utfordringer og symptomer som ofte medfølger sykdommen. Det innebærer hvor varierende sykdommen rammer pasient til pasient, og varierer fra dag til dag.

Sykdommen har innvirkning på musikkterapeutiske valg, og en av utfordringene er at sykdommen kan fremtre svært forskjellig fra person til person. Musikkterapeut 2 forteller dette slik:

«[...] vi møter jo veldig ofte folk som har Parkinson, og den er jo lik, men veldig ulik fra menneske til menneske, og det er jo forskjellig hva slags utfordringer som blir mest fremtredende da.»

Sykdomsbildet til den enkelte pasient er noe man må ta høyde for ved musikkterapeutiske valg, og selv om sykdommen kan ha noen likhetstrekk, kan sykdomsbildet og sykdomsforløpet være svært varierende. Musikkterapeut 1 nevner

også hvor varierende sykdommen er fra person til person, og hvordan dette kan være en utfordring i en gruppesetting:

«Men selvfølgelig det som er utfordringen, i en sånn gruppe, er at det er veldig forskjell på hvordan sykdommen påvirker kognisjonen. Noen er veldig klare, mens andre har den dopaminmangelen som går utover grad av kognitiv funksjon.»

I tillegg til at sykdommen kan ramme mennesker ulikt, kan også sykdommen fremtre svært varierende hos samme person, fra dag til dag. Musikkterapeut 1 beskriver dette slik:

«[...] hun hadde så langkommet Parkinsons sykdom, så vi kunne jobbe veldig godt noen ganger, også kom jeg to dager etterpå og skulle ha samme individuelle oppfølgingen, og da hadde hun store baller med mat i munnen og satt og sparket på stolene sine, og var irritert og et annet sted. Sykdommen er jo så utrolig opp og ned, så det kan være utfordrende med den sånn veldig systematiske treningen med pasienter som er så langkommende [...]»

Denne musikkterapeuten beskriver hvordan en varierende dagsform ved sykdommen kan gjøre at noe av det systematiske musikkterapeutiske arbeidet kan være vanskelig å gjennomføre. Musikkterapeut 3 beskriver også hvordan dagsformen kan være varierende som følge av sykdommen:

«Det varierer veldig fra dagsform, for den kan jo være ekstremt varierende.»

En annen innvirkning som kommer frem av informantene er hvor langt i sykdomsutviklingen en pasient har kommet. Flere av informantene beskriver pasienter som har langkommet sykdom.

«[...] selv om de har langkommet Parkinsons sykdom [...] og fordi at [kommune] kommune nå har satt inn alle kluter så folk kan bo lengst mulig hjemme, så får man mye hjemmesykepleier og mye støtte i hjemmet, som gjør at når de kommer her på sykehjemmet så er de veldig veldig syke.»

Her forteller musikkterapeut 1 at pasientene h*n møter kan ha kommet langt i sykdomsforløpet, og begrunner dette med at mennesker bor lengst mulig hjemme før de havner på sykehjem. Her beskrives hvordan samfunnet har innvirkning på det musikkterapeutiske arbeidet, her kommunen. Dette kan ha innvirkning på hvilke metoder som blir i størst grad fokusert på av musikkterapeuter som jobber med mennesker som har Parkinsons sykdom, og i eldreomsorgen i Norge.

«Jeg jobber jo på et bo og servicesenter for eldre [...] det er deres siste stoppested, det er her de får sin siste plass. Og da får vi jo og parkinsonpasienter, og de er langkommet i sykdommen, og rehabiliterende behandling er gjerne avsluttet [...]»

Her beskriver musikkterapeut 3 at det på arbeidsplassen ofte er mennesker som har langkommet Parkinsons sykdom, og hvordan dette har en innvirkning på det musikkterapeutiske arbeidet.

Sykdommen kan være svært varierende fra person til person, og varierende dagsform har innvirkning på musikkterapeutiske valg. En annen del ved sykdommen som kan ha innvirkning på musikkterapeutiske valg er symptomer.

«[...] jeg har vel gjerne valgt litt min vei inn mot stemmebruk, og hvert fall i og med at på institusjonen så er de såpass redusert kroppslig, at det å jobbe med kroppslige funksjoner det har ikke vært noe hensikt.»

Det at musikkterapeutene jobber med mennesker som har langkommet Parkinsons sykdom, har en innvirkning på mål og metode i det musikkterapeutiske arbeidet. Musikkterapeut 3 nevner at på grunn av reduserte kroppslige funksjoner har fokuset i musikkterapi vært på stemmebruk.

«Men veldig mange med langkommet Parkinson har mye angst og depresjon, og ja, mye tilleggs ting. Hallusinasjoner på grunn av medisiner, sover dårlig om natten, så det er ikke alle som fungerer like godt i en gruppe.»

Musikkterapeut 1 nevner flere symptomer som kan oppstå ved Parkinsons sykdom, og bivirkninger grunnet medisiner. I dette eksempelet beskrives dette som en utfordring

med tanke på gruppetime i musikkterapi. Dette beskrives også i neste sitat av musikkterapeut 1:

«Og det jeg har opplevd det er at veldig mange kan være demotiverte for å delta i gruppe, for det at de er engstelige, de er deprimerte, de vil helst bare sitte å sture for seg selv.»

Symptomer som isolasjon, angst og depresjon er med på å styre hva som er formatet og målet i musikkterapien, og har en innvirkning på musikkterapeutiske valg. Dette beskriver også musikkterapeut 3:

«[...] og spesielt altså jo lengre man kommer i sykdomsbildet, så forhindre en isolasjonsfølelse, dempe angst og depresjonssymptomer [...]»

Et annet symptom som preger musikkterapi er svekket stemme, som musikkterapeut 2 her beskriver:

«[...] for det at det stemmebåndene blir jo rammet, man får veldig svak tale, kanskje hakkete tale, og det kan føre til at folk trekker seg tilbake sosialt [...]»

At stemmen svekkes hos mennesker med Parkinsons sykdom kan ha en innvirkning på hva målet og innholdet i musikkterapi er, og hva slags metoder musikkterapeutene velger å bruke. I tillegg kan redusert stemme gjøre det vanskeligere for pasienten å gjøre seg forstått og kan på den måten svekke pasientens evne til å formidle ønsker og behov. Dette beskriver musikkterapeut 3:

«[...] og det er jo sånn når man har Parkinsons da så blir jo stemmen og veldig svekket etter hvert, det er jo utfordrende i hele sykdomsbildet, men jeg tenker spesielt når man kommer så langt i sykdomsbildet, så blir det tyngre og tyngre å gjøre seg forstått, og det blir tyngre og tyngre å bruke stemmen til å fortelle hva er mitt behov nå [...] også mister man gjerne stemmestyrken, toneleiene forsvinner mer og mer, så man blir mer monoton [...]»

4.2.2 Pasienten

I tillegg til sykdommen har pasienten med seg mye annet som blir inkludert i musikkterapi, og som har innvirkning på musikkterapeutiske valg. Hva slags tidligere musikalske og ikke-musikalske ferdigheter, interesse og musikkpreferanser de har, og deres personlighet er noe informantene beskriver. Jeg har valgt å begynne dette avsnittet med et sitat av musikkterapeut 2 som jeg mener godt beskriver innvirkningen til pasientene:

«Pasienten har siste ord.»

Pasienter kan ha sine mål for musikkterapien.

«Også kommer de der inn i gruppen med fokus om å bli bedre av sine symptomer, eller på en måte vedlikeholde de på det nivået som de er.»

Musikkterapeut 1 viser et eksempel på at pasientene kan ha sine mål i musikkterapien, og kan være med på å styre musikkterapeutiske valg.

«[...] akkurat sånn med denne pasienten jeg nevnte i stad, som hadde veldig fokus på at hun ikke ble forstått i telefonen, og ville trene opp stemmen og artikulasjonen sånn at hun kunne bli bedre forstått [...]»

Musikkterapeut 1 forteller om pasienten sitt mål og ønske var å bli bedre forstått, og at pasienten ønsket å jobbe med stemme og artikulasjon.

Som nevnt er det ikke alltid pasientene har mulighet til å formidle hva de ønsker, grunnet redusert stemme. Musikkterapeut 2 beskriver derfor om pasientens antatte behov:

«[...] at du regulerer ut ifra personens sine antatte behov, og ut ifra deres responser og mestring.»

Pasientens behov nevner også musikkterapeut 3:

«Jeg tenker det er jo kjempeviktig og i et etisk aspekt, det viktigste er jo å ivareta beboerens sine behov, og ikke tenke at det er jeg som kjører et løp som beboeren skal henge med på.»

Her beskrives pasientens behov som et overordnet mål i musikkterapi og musikkterapeut 3 knytter dette til etikk. Pasientenes behov er noe som er med på å påvirke det musikkterapeutiske arbeidet.

I tillegg til pasientens behov, ønsker og mål i musikkterapi, så har pasienten musikkpreferanser som blir tatt i betraktning i musikkterapi. Dette blir beskrevet i tema *valg i musikkterapi*, men nevnes også her fordi det har en vesentlig innvirkning på det musikkterapeutiske arbeidet. Pasientens musikkpreferanser blir her beskrevet av musikkterapeut 1:

«For eksempel var det en dame som har danset mye tango, og hun var veldig glad i, tror den heter «blue tango» eller noe sånt, men den blir litt for komplisert for meg å sitte alene og spille på gitaren, så da hører vi på Spotify.»

Musikkterapeut 2 forteller hvordan både tidligere musikalske og ikke-musikalske ferdigheter hos pasientene blir brukt i musikkterapi:

«Meg: Hvordan forholder du deg til pasientenes tidligere musikalske ferdigheter når du skal velge metode?

MT2: Selvfølgelig er det veldig brukt. Sitter det en gammel korsanger så bruker vi den kunnskapen, er det en instrumentalist så bruker man det i forklaring. Du må skape gjenkjennelige møtepunkter ut ifra det pasienten har med seg. Jeg hadde med en som var bilmekaniker, og da måtte vi bruke motor- og bilmetaforer. Så du må bruke det som skaper mening for pasienten [...]»

Musikkterapeut 3 forteller om pasientens ressurser:

«Så derfor har jeg kanskje fokusert litt mer på dette her med det psykiske, psykososiale, og stemme, for det er de ressursene jeg opplever at de har igjen.»

Musikkterapeuten beskriver at pasientens ressurser er med på å styre hva som gjøres i musikkterapitimene. I tillegg til pasientens ressurser, vil pasientens responser på det som gjøres i musikkterapitimene ha en innvirkning på det musikkterapeutiske arbeidet.

«Jeg prøver egentlig litt forskjellige ting, og det blir unikt etter hvem som er i gruppen, hvem som da etter hvert går bort, og nye kommer til. Så sånn sett så er

jo pasientene med på å forme hva jeg gjør, etter hvilken respons jeg får.»

Musikkterapeut 1 beskriver hvordan pasientens respons er med på å påvirke det musikkterapeutiske arbeidet. Musikkterapeut 1 beskriver videre hvordan respons og samtale er med på å påvirke valg som musikkterapeuten tar.

«Meg: Har pasientene innflytelse på valg av musikk, og eventuelt da på hvilke måter?

MT1: Ja, det vil jo være på hvordan de responderer på musikken, men også selvfølgelig i samtale om hva de ønsker seg.»

4.2.3 Musikkterapeuten

Pasienten med sine ferdigheter, preferanser og personlighet er med på å påvirke det musikkterapeutiske arbeidet. På samme måte har musikkterapeuten innvirkning på hvordan det musikkterapeutiske arbeidet utføres med den enkelte eller i gruppe. Musikkterapeut 3 forteller hvordan musikkterapeutens rolle er ulik annet helsepersonell:

«Det er et eller annet med, når man kommer inn med gitaren på magen så har man en helt annen rolle enn hvis man kommer inn som en pleier, pleiepersonell, eller en ansatt. Man kommer inn med et annet utgangspunkt [...]»

Det at musikkterapeuten har en annen rolle enn annet personell legger opp til et annet utgangspunkt til arbeidet med pasienten, og vil ha en innvirkning på det musikkterapeutiske arbeidet.

Musikkterapeutens kunnskap er grunnlaget for det musikkterapeutiske arbeidet, og har på den måten en stor innvirkning.

«Meg: Har pasientene innflytelse på valg av musikkterapeutiske metoder, og eventuelt på hvilke måter?

MT1: Ja, altså jeg tar litt styring der, jeg tenker på en måte litt sånn som fysioterapeutene gjør. For pasientene har jo ikke den kunnskapen som jeg har.»

Her beskriver musikkterapeut 1 at h*n som musikkterapeut har kunnskap som ikke pasientene har, og hvordan dette har en innvirkning på valg av metoder i musikkterapi.

«Det er jo en sånn tilpasning egentlig av korarbeid, som jeg har brukt mye oppvarmingsprinsipp fra. Jeg er gammel korist, sånn at det du bruker prinsippet fra oppvarming, men tilpasser det behov.»

Musikkterapeut 2 beskriver hvordan tidligere kunnskap som korist har en innvirkning på metoder og innhold i musikkterapi.

Som beskrevet har pasientene en innvirkning på det musikkterapeutiske arbeidet, og deler av dette er pasientens respons på det musikkterapeuten gjør. Musikkterapeut 1 nevner også musikkterapeutens respons i musikkterapi:

«Det er veldig mye som spiller inn da med valg av musikk, men jeg bruker jo selvfølgelig meg selv aktivt som person. Andre vil jo kanskje valgt annen musikk enn det jeg gjør, så det blir jo hvem jeg er da i møte med disse pasientene [...]. Hvordan de responderer på det jeg gjør, og hvordan jeg responderer på dem, og hva blir vi til sammen, og at det er unikt, for oss.»

Her beskriver musikkterapeuten hvordan responsen er med på å påvirke musikkterapeutiske valg, både fra pasientene og musikkterapeutens side.

4.2.4 Relasjon

Relasjon er noe som blir trukket frem i flere perspektiver og definisjoner på musikkterapi, og anses som en viktig del av det musikkterapeutiske arbeidet. Relasjon og dens innvirkning er noe som informantene også trekker frem, og hvilken innvirkning denne har på musikkterapeutisk arbeid.

Musikkterapeut 3 beskriver at det å etablere en relasjon til pasientene blir i stor grad fokusert på i begynnelsen av musikkterapiforløpet.

«[...] bruker mye tid de første gangene vi møtes til å faktisk prate med hver enkelt, at hver enkelt får et bilde av meg, og jeg får et bilde av dem, hvem de er og hvordan de er [...]»

Musikkterapeut 3 beskriver også at relasjonen blir et grunnlag for det musikkterapeutiske arbeidet:

«[...] men så er jo det min relasjon med «Olga» som danner resten av grunnlaget. Hva kan vi gjøre i lag for at du skal få det bedre.»

Trygghet er noe som trekkes frem av informantene som viktig i musikkterapi, og hvordan relasjon kan være med på å skape denne tryggheten:

«[...] har du en god relasjon med pasienten så føler du deg tryggere, og du vet at de er tryggere, og man er friere, og det ligger et mye større utviklingspotensial.»

Her beskriver musikkterapeut 1 at relasjonen kan skape trygghet, og i større grad bidra til utvikling.

Musikkterapeut 3 beskriver hvordan det å skape en relasjon kan være et mål i musikkterapi:

«Så jeg går jo inn med et mål om at vi skal etablere og danne en relasjon, også må vi se hvilke behov kommer ut ifra det.»

Å skape en relasjon kan være et mål i musikkterapi og kan være grunnlaget for det videre musikkterapeutiske arbeidet. På den måten har relasjon en innvirkning på det musikkterapeutiske arbeidet.

«Det jeg tenker er at det er individuelt, hvordan vi forholder oss. Noen vil jo automatisk forholde seg til meg, og musikken blir noe som vi gjør sammen, mens andre vil forholde seg kanskje først til musikken, eller instrumentene man bruker, også vil man bygge en relasjon ut ifra det [...]»

Her beskriver musikkterapeut 1 ulike relasjoner i musikkterapi. Det beskrives relasjon mellom pasient og musikk, pasient og instrument, og relasjon mellom pasient og musikkterapeut.

«Mens andre er automatisk mere åpne, både åpne for å prøve nye ting, men også mer åpne til nye mennesker, og deler av seg selv aktivt, og vil være med egentlig uansett om du hadde sunget eller ikke. De er bedre på å bygge relasjoner.»

Som beskrevet her av musikkterapeut 1 er ulike relasjoner i musikkterapi viktig, og

legger igjen grunnlaget for det musikkterapeutiske arbeidet. Arbeidet med å etablere relasjon til pasienter kan variere, fordi mennesker er ulike, slik som musikkterapeut 1 beskriver.

4.3 Musikkens funksjoner og kvaliteter

Temaet *musikkens funksjoner og kvaliteter* omhandler musikkens kvaliteter, og musikkens funksjon i det musikkterapeutiske arbeidet med mennesker som har Parkinsons sykdom.

4.3.1 Musikk og bevegelse

Denne underkategorien handler om musikk og musikalske elementer, og hvordan de har innvirkning på bevegelse.

«Det at rytme som stimuli utenfor kan hjelpe viljen, det er jeg ganske sikker på, for det parkinsonpasienter sliter med viljestyrte bevegelser, og rytmen er veldig god hjelp til det. Det har jeg opplevd.»

Her beskriver musikkterapeut 1 at det musikalske elementet rytme kan brukes til støtte for viljestyrte bevegelser. Som nevnt her, og også i *teorikapittelet*, er evnen til å bruke viljestyrte bevegelser svekket hos mennesker med Parkinsons sykdom.

«Og da samarbeider jeg tett med fysioterapeut, og bruker musikken som både en motivasjonsfaktor, men og for å bygge opp under bevegelser, at musikken kan fremme gode bevegelser.»

Musikkterapeut 3 beskriver her hvordan musikken kan bli brukt for å støtte bevegelse, og også musikk som en motivasjonsfaktor.

4.3.2 Musikk og det psykososiale

I tillegg til at musikkterapeutene nevner hvordan musikken blir brukt til å støtte bevegelse, beskrives også musikkens funksjon på det psykososiale.

«Man kan bruke musikk for å ivareta følelser, ivareta tanker og bekymringer, man kan gjerne og knytte musikk opp mot hendelser de har [...]»

Musikkterapeut 3 beskriver hvordan musikken kan ha innvirkning på følelser og tanker, og trekker frem sammenhengen mellom musikk og hendelser.

I neste sitat av musikkterapeut 1 beskrives ikke direkte musikk, men musikkterapi i gruppe. Det beskrives hvordan musikkterapi i gruppe kan være med på å skape trivsel.

«Også opplever de å trives i gruppen, og like å være sammen med de andre. Så det bidrar på en måte til psykologisk reformulering av statusen, at de opplever at de kan le og ha det gøy, selv om de har langkommet Parkinsons sykdom [...]»

Musikkterapeut 3 beskriver også positive sider ved å ha gruppemusikkterapi, med tanke på at de møter andre med samme sykdom. I tillegg nevner musikkterapeuten at sang kan bli brukt for å skape et sosialt miljø, som vil være en viktig forutsetning for det musikkterapeutiske arbeidet i gruppeformat.

«[...] men og sang for å skape et sosialt miljø. Bare det å samle mange parkinsonpasienter i et rom er jo veldig positivt i seg selv for dem [...] at man kan samle og dele erfaringer, men det er jo og noe med å på en måte trygge de og sånn at de faktisk tørr å bruke seg selv, for det er jo sykdommen man skal jobbe med.»

4.3.3 Musikkens egenskaper

Musikkens funksjoner i forhold til bevegelse og det psykososiale har blitt beskrevet ovenfor. I tillegg til dette nevner informantene hva slags egenskaper som musikken har. Jeg har tidligere i dette kapitlet belyst hvordan relasjon har en innvirkning på det musikkterapeutiske arbeidet. I neste sitat beskriver musikkterapeut 1 hvordan musikk kan bidra til å etablere relasjoner.

«[...] at det kan være et mellomliggende objekt, som bidrar til å trygge kommunikasjonen, og også da bidrar til relasjonsbygging. Pasienten imellom, men også, det blir noe som vi gjør sammen som er veldig trygt og systematisk, og derfor slapper de av. Men det er jo selvfølgelig vitalitetsoverføring, og alt det musikken kan bidra med, det å være her og nå, og de kan oppleve spontanitet og

glede sammen, selv med mye smerter og langkommet sykdom, gjennom musikken.»

Musikkterapeuten beskriver hvordan musikk kan brukes til å etablere relasjoner, og at musikk kan bli brukt som et mellomliggende objekt. I tillegg knyttes musikk til vitalitetsoverføring.

Musikkens kvaliteter er noe som informantene nevner.

«[...] jeg tror musikken har den kvaliteten at du kan tilpasse dynamikken og du kan stoppe opp, det er mere dynamisk. Vi mennesker er mere dynamiske.»

Her beskriver musikkterapeut 1 kvaliteten musikk har til å kunne tilpasses og varieres. Dette beskriver også musikkterapeut 2:

«[...] da de øvelsene var innarbeidet så skiftet vi sang også justerte de inn i en annen melodirytme, en annen rytme, og det ble jo en spennende utfordring for pasienten.»

Denne musikkterapeuten beskriver også hvordan musikalske elementer kan anvendes og varieres i musikkterapi.

Et annet aspekt som informantene beskriver er hvordan musikk og musikkterapi har hatt effekt på pasientene de har jobbet med.

«[...] at når sangen kommer inn i bildet så er det noen barrierer som slipper taket, også klarer man å delta, latenstiden blir på en måte, den blir ikke visket helt ut, men den blir kanskje visket litt mer ut enn om jeg bare skulle spurt hvordan går det i dag, eller har du lyst på saft eller melk [...]»

Musikkterapeut 3 beskriver her hvordan sangen kan gjøre at latenstiden hos pasientene kan bli kortere.

«Også jobbet vi daglig med stemme og artikulasjonsøvelser, og etter en uke fikk jeg en telefon ifra dattera som sa, veldig glad for å ha gjennomført en god telefonsamtale med far, og at han var forståelig og at han hadde god stemmekraft og var i gang med det.»

Musikkterapeut 2 beskriver hvordan det musikkterapeutiske arbeidet har hjulpet pasienten med å få bedre stemmekraft, noe som førte til en vellykket telefonsamtale med pårørende.

Denne typen effekt av trening og musikkterapi beskriver også musikkterapeut 3:

«[...] de kan etter fire uker snakke i hele setninger, de snakker høyt og tydelig, kanskje hvis det er en foreleser for eksempel kan droppe mikrofonen, så det er veldig god effekt av en sånn type trening.»

I dette kapittelet har jeg gjort rede for resultater fra det innsamlede datamaterialet. Avsnittene i dette kapittelet har blitt strukturert av temaer og undertemaer, og sitater har blitt brukt til å belyse disse. I neste kapittel drøftes resultater med utgangspunkt i ulike perspektiver og tilnærminger i musikkterapi.

5. Drøfting

I denne delen av oppgaven drøftes teori som er beskrevet i *teorikapittelet*, samt temaer og sitater som er nevnt i resultater. Relevant teori som jeg knytter til resultatene blir i dette kapittelet trukket frem. Kapittelet starter med en diskusjon om begrunnelse, fordeler og ulemper ved gruppe- eller individuelle musikkterapitimer. Etter dette nevnes metoder som blir brukt av musikkterapeutene, samt teknikker fra nevrologisk musikkterapi og metoden LSVT. Etter dette diskuteres innhold i musikkterapitimene, som techno og musikk basert på pasientenes preferanser. Etter dette diskuteres mål som blir beskrevet i resultatene, og disse blir diskutert opp mot mål i den relasjonelle tilnærmingen og den rehabiliterende tilnærmingen. Deretter drøftes hvordan sykdommen og samfunnet har innvirkning på det musikkterapeutiske arbeidet. Musikkens ulike funksjoner i det musikkterapeutiske arbeidet vil i dette kapittelet beskrives, og det vil bli diskutert rundt forskjellen mellom musikk og metronom. Til slutt drøftes det rundt musikkterapeutenes arbeid, og om dette er knyttet til den relasjonelle tilnærmingen eller den rehabiliterende tilnærmingen i musikkterapi.

5.1 Valg og innvirkning på valg i musikkterapi

I denne delen av oppgaven trekkes frem data som er nevnt under tema *valg i musikkterapi og innvirkning på musikkterapeutiske valg*. Jeg har valgt å plassere de to temaene sammen, fordi de er i tett tilknytning til hverandre og må ses i sammenheng med hverandre.

Informantene nevner format på musikkterapitimene, om det er individuelle timer eller gruppetimer. De nevner varighet på timene, og hva som har innvirkning på varighet. De nevner metoder som de bruker i det musikkterapeutiske arbeidet, som mindfulness, pusteøvelser, stemmetrening, sang og tale. Informantene beskriver innhold i musikkterapitimene, som er basert på musikkpreferanser, og musikk til å frigjøre energi til å være her-og-nå. Informantene nevner mål som blir satt, som blant annet er vedlikeholdelse av funksjoner, både knyttet til motorikk og stemme. Andre mål som nevnes er økt livskvalitet, ivareta ressurser, motivasjon, mestring, mening, trygghet, relasjon og mål. Metoder musikkterapeutene benytter og mål som settes i det musikkterapeutiske arbeidet er knyttet til mitt første forskningsspørsmål. Informantene beskriver hva som har innvirkning på musikkterapeutiske valg, som sykdommen, ulikt sykdomsbilde, langkommet sykdom, varierende dagsform og ulike symptomer. Det beskrives at pasientene har innvirkning på det musikkterapeutiske arbeidet, som pasientenes behov, ressurser, responser, kunnskap og tidligere erfaring. Det blir også nevnt musikkterapeuten selv som innvirkning i det musikkterapeutiske arbeidet, som musikkterapeutens kunnskap, tidligere erfaring, rolle og responser. Relasjoner i musikkterapi er noe som musikkterapeutene beskriver, både relasjon som mål og relasjonens innvirkning på det musikkterapeutiske arbeidet. Dette er med på å svare på oppgavens andre forskningsspørsmål.

5.1.1 Gruppe eller individuell musikkterapi?

Informantene forteller at de både jobber med musikkterapi i grupper og individuelle timer. Varighet på musikkterapitimene er noe som musikkterapeutene beskriver, og at varigheten varierer ut ifra om det er gruppe eller individuell musikkterapi.

Informantene forteller at pasientene kan ha svært varierende dagsform, som igjen vil ha innvirkning på varighet. Hva er fordeler og ulemper ved gruppe og individuelle timer, og hva ligger til grunn for valget om hvem som skal inkluderes i gruppe og hvem som skal få individuell musikkterapi?

Musikkterapeut 1 beskriver at det jobbes individuelt, men ofte med å få pasientene med i gruppen. I individuelle timer med musikkterapi kan man i større grad legge til rette for den enkelte persons utbytte av musikkterapien, og i større grad gå i dybden til utfordringer hos hver enkelt pasient (Kjølstad, 2004, s. 24). Hald og Ridder (2014, s. 308) beskriver også fordeler ved individuelle timer, og forklarer at musikkterapeuten i større grad kan tilpasse sin kommunikasjon til pasienten. Det kan derfor være enklere for musikkterapeuten å legge til rette for etablering av empatiske relasjoner i individuell musikkterapi, som er et mål i relasjonell tilnærming. Musikkterapi i gruppe utelukker derimot ikke muligheten for å etablere empatiske relasjoner, og man har mulighet for å etablere flere relasjoner, pasientene imellom.

Hald og Ridder (2014) beskriver gruppemusikkterapi som en «planlagt sammensetning av personer, som vurderes at kunne profitere av hverandre i forhold til deres rehabiliteringsbehov.» (s. 306). Informantene beskriver at det både jobbes i rene musikkterapi grupper med parkinsonpasienter, og blandede grupper. Musikkterapeut 1 beskriver hvordan musikkterapi gruppen med mennesker som har Parkinsons sykdom er annerledes enn en reminisensgruppe for mennesker med demenssykdommer. Dette belyser hvordan ulike grupper kan ha ulike behandlingsopplegg, metoder og mål.

Vi mennesker er sosiale vesener og vårt sosiale nettverk har en innvirkning på vår helse (Ruud, 2010, s. 115). Musikkterapeut 2 beskriver hvordan man med musikkterapi i gruppe kan tilrettelegge opplegget til hver enkelt person i gruppen. Musikkterapi i gruppe kan i større grad enn individuell musikkterapi time legge til rette for et sosialt miljø, mellom flere parter enn bare terapeut og pasient. Dette vil igjen kunne legge til rette for å etablere og utvikle relasjoner (Kvamme, 2006, s. 165). *Universalitet* er et begrep som blir trukket frem i gruppeterapi (Kjølstad, 2004; Yalom & Lesczc, 2005). Universalitet handler om en opplevelse om å ha noe felles med andre (Kjølstad, 2004, s. 42). To av informantene nevner at de har musikkterapi i grupper med kun mennesker som har Parkinsons sykdom. Dette kan være med på å legge til rette for opplevelsen av universalitet, og de i gruppen kan føle at de ikke er alene med sin sykdom, og symptomer. Én informant forteller om hvordan musikkterapi i gruppe kan være positivt for pasientene, fordi man har mulighet til å dele erfaringer i gruppen. Dette kan knyttes

til begrepet universalitet. Selv om det finnes flere fordeler med å jobbe i gruppe i musikkterapi, er det ikke alltid til den enkeltes beste å ha musikkterapi i gruppe. Det kan være utfordringer som angst, depresjon og sosial tilbaketrekning hos pasientene som gjør at musikkterapi i gruppe ikke vil være hensiktsmessig og aktuelt for alle. Dette belyser også musikkterapeutene intervjuet i denne oppgaven. Musikkterapeut 1 beskriver hvordan sykdommen påvirker kognisjonen veldig ulikt hos mennesker med Parkinsons sykdom, som kan være en utfordring med å jobbe i gruppe. I tillegg nevnes det at ikke alle fungerer like godt i gruppe, på grunn av symptomer som angst, depresjon, og hallusinasjoner grunnet medisiner. I tillegg kan pasientene være demotivert for å delta i gruppen. Hald og Ridder (2014, s. 305) skriver at deltagelse i sosiale sammenhenger kan være utfordrende for mennesker som har hjerneskade. Dette kan være et argument for å tilby mennesker med denne utfordringen individuelle timer. Hald og Ridder (2014) argumenterer også for at det i gruppemusikkterapi kan tilrettelegges for mennesker med hjerneskade for å få dekket psykososiale behov, i en trygg ramme med musikk som utgangspunkt.

Som beskrevet, kan både musikkterapi i gruppe og individuelle timer legge til rette for etablering av empatiske relasjoner, som er nevnt som et mål i relasjonell tilnærming (Raglio, 2015). Om metodene i rehabiliterende tilnærming egner seg godt i gruppe og individuelle timer avhenger av hvilken metode som blir brukt, og hva som er målet for terapien. Metoden RAS er beskrevet i *teorikapittelet*. Thaut (2005) beskriver at den første delen av teknikken RAS handler om å undersøke pasientens gangfrekvens, og la dette være utgangspunktet for den videre behandlingen (s. 144). Siden gangen til mennesker kan være svært forskjellig fra person til person, kan det tenkes at denne teknikken ikke egner seg like godt i musikkterapi i gruppe. Teknikken TIMP derimot, beskrives at godt kan fungere i gruppe, fordi teknikken kan tilpasses på enkeltnivå og samtidig legge til rette for samspill i gruppen (Thaut, 2005, s. 155-156).

Fordeler og ulemper ved gruppe- og individuell musikkterapi er i dette avsnittet beskrevet. Hvilket format som musikkterapeutene velger å bruke må baseres på hvilken tilnærming det jobbes med, hvilke mål som er satt for musikkterapiforløpet, og hvilke metoder som brukes. I tillegg har sykdommen en innvirkning på om det er mest hensiktsmessig å tilby grupper eller individuelle timer til enkeltpersoner. Den

varierende dagsformen hos pasientene har innvirkning på varighet i musikkterapitimene, i tillegg til om det er individuell- eller gruppetime.

5.1.2 Metoder i musikkterapi

Metodene som musikkterapeutene beskriver at benyttes i det musikkterapeutiske arbeidet er sang, musikklytting, stemmetrening, pusteøvelser, styrking av muskulatur, mindfulness, bevegelse og samtale knyttet til musikk. Metodene kan både knyttes til den relasjonelle tilnærmingen og den rehabiliterende tilnærmingen. Musikkterapeutene beskriver ulike behandlingsopplegg som brukes i arbeidet med mennesker som har Parkinsons sykdom. Behandlingsoppleggene har en viss grad av struktur, men det tilrettelegges for den enkeltes behov og preferanser.

Informantene ble spurt om de brukte metoder fra nevrologisk musikkterapi.

Musikkterapeut 1 svarte at det brukes teknikken *rytmisk auditiv stimulering* (RAS), men ikke helt på samme måte som det blir beskrevet i litteratur.

Musikkterapeut 3 nevner en annen metode eller behandlingsform som blir brukt med mennesker som har Parkinsons sykdom. Denne metoden heter LSVT. LSVT (*Lee Silverman Voice Treatment*) er et todelt program som kan bidra med å forsinke progresjonen av motoriske symptomer, samt fokus på nedsatt stemmefunksjon hos mennesker med Parkinsons sykdom (Fox et al., 2012). De to delene av programmet er *LSVT LOUD* og *LSVT BIG*. Delen som heter *LSVT LOUD* fokuserer på stemmetrening og forbedring av stemmestyrke, mens *LSVT BIG* er trening med bevegelse, spesielt store bevegelser. Programmet forsøker å legge til rette slik at mennesker med Parkinsons sykdom kan få kunnskap om verktøy de selv kan ta i bruk, slik at effekten av programmet skal kunne ha en langtidseffekt. LSVT kombinerer både trening for sterkere stemmekraft og for større bevegelser, samt bevisstgjøring rundt dette. Dette gjøres for å få mennesker med Parkinsons sykdom bevisst om at det som føles høyt og stort ut egentlig er helt normalt, og trene på dette slik at det etter hvert føles naturlig.

Både teknikker ved nevrologisk musikkterapi og LSVT er metoder hvor musikk benyttes i arbeid med mennesker som Parkinsons sykdom. Det rettes kritikk mot nevrologisk musikkterapi for at det kun fokuseres på musikkens muligheter til å aktivere hjernen (Aigen, 2014). Sammenhengen mellom musikk, samfunn, identitet og sosiale forhold

inkluderes ikke. På den måten fokuserer ikke nevrologisk musikkterapi på *hele mennesket*, men kun på menneskers fysiologiske respons på musikk. Selv om det i metodene ikke legges vekt på alle nivåer av musikk, betyr det ikke at musikkterapeuter kan bruke og tilpasse metodene inn i sitt arbeid. Dette beskrives av informantene. Dette avsnittet handler om metoder brukt i musikkterapi. Det vil derfor ikke utdypes nærmere om kritikk på nevrologisk musikkterapi. Det er derimot viktig å skille mellom kritikk av den musikkterapeutiske retning, og teknikkene eller metodene. Teknikkene fra nevrologisk musikkterapi og LSVT er kanskje ikke i seg selv musikkterapeutiske, men blir benyttet av musikkterapeuter, og er med på å bidra inn i det musikkterapeutiske arbeidet.

Musikkterapeut 1 nevner at det brukes mindfulness i det musikkterapeutiske arbeidet. Et av hovedaspektene i mindfulness er oppmerksomhet rundt her-og-nå, med et mål om å akseptere det som er og skjer på en ikke-dømmende måte (Rappaport & Kalmanowitz, 2014). Informantene beskriver viktigheten av å ha et her-og-nå-fokus med tanke på sykdommens karakter. Mindfulness er en metode som kan bli brukt for å redusere smerte, eller i arbeid med bedring av angst og depresjon (Rappaport & Kalmanowitz, 2014). Ikke-motoriske symptomer ved Parkinsons sykdom er angst og depresjon (Aarsland et al., 2011; Dietrichs, 2014; Walsh & Bennett, 2001). Mindfulness kan bidra inn i det musikkterapeutiske arbeidet med mennesker som har Parkinsons sykdom, slik musikkterapeut 1 beskriver.

Andre metoder som musikkterapeutene nevner er sang, musikklytting, stemmetrening, pusteøvelser, styrking av muskulatur, bevegelse og samtale knyttet til musikk. Samtale knyttet til musikk kan kobles til humanistisk perspektiv på musikkterapi. Ruud (2008) i sin forklaring av det flerdimensjonale menneskesynet beskriver mennesket *som person*, som innebærer å se musikk som et medium til å undersøke livserfaringer.

Noen av disse metodene kan både knyttes til den relasjonelle tilnærmingen og den rehabiliterende tilnærmingen, som for eksempel sang som metode. Sang kan bli brukt for å skape et sosialt miljø, og vil på den måten knytte seg til relasjonell tilnærming. Sang kan i tillegg benyttes for å forbedre stemmefunksjon, og på den måten knyttes til rehabiliterende tilnærming. Metoder som styrking av muskulatur, pusteøvelser og

bevegelse er også nærmere tilknyttet rehabiliterende tilnærming.

5.1.3 Musikkpreferanser eller techno?

Alle musikkterapeutene intervjuet i denne oppgaven nevner at de i stor grad bruker musikk basert på pasientenes musikkpreferanser, spesielt i individuelle timer. En musikkterapeut beskriver også at det brukes techno, og begrunner dette med at det frigjør energi til å være her-og-nå. Hvilke fordeler har bruken av preferansebasert musikk, og har det også ulemper? Hva er eventuelle begrunnelser for å ikke bruke preferansebasert musikk? I dette avsnittet vil aspekter ved å bruke musikk basert på pasientenes preferanser eller ikke bli drøftet. Dette er også knyttet til funksjoner musikk har i det musikkterapeutiske arbeidet. I avsnittet *Musikkens funksjoner og kvaliteter* vil musikkens ulike funksjoner bli drøftet mer utdypende.

Neurologic Music Therapy Training for Mobility and Stability Rehabilitation with Parkinson's Disease – A Pilot Study (Bukowska et al., 2016) er en studie gjennomført med teknikker fra nevrologisk musikkterapi med mennesker som har Parkinsons sykdom. Forskerne av studien antar at disse teknikkene kan brukes til å forbedre gangen og kroppskontroll hos mennesker med Parkinsons sykdom. Teknikkene som ble brukt var *rytmisk auditiv stimulering* (RAS), *patterned sensory enhancement* (PSE) og *therapeutic instrumental musical performance* (TIMP). Perkusjonsinstrumenter, metronom og rytmisk musikk (afrikansk og indisk musikk) ble brukt i gjennomføring av teknikkene. I studien nevnes det at deltakerne ikke ble spurt om deres musikkpreferanser. Begrunnelsen for dette var at musikken som ble brukt ga sensomotorisk stimulering uavhengig av musikkpreferanser. Målet ved bruk av metodene var at musikken skulle gi sensomotorisk stimulering. Valget om å bruke musikk basert på musikkpreferanser eller ikke avhenger av målene som settes i musikkterapi.

Musikk basert på musikkpreferanser kan i større grad legge til rette for kommunikasjon (Kvamme, 2020, s. 59), og på den måten bidra i etablering av relasjoner. Slik er innhold valgt basert på musikkpreferanser knyttet til relasjonell tilnærming i musikkterapi. Ridder (2014) skriver at eldre mennesker foretrekker i større grad musikk som de lyttet til i deres tidligere voksenliv (s. 297). Musikk vi tidligere har lyttet til kan ha påvirkning på våre følelser (Kvamme, 2006, s. 162). Om vi liker en type musikk eller ikke avhenger

av konteksten, vår personlighet og minner (Myskja, 2006, s. 27). Slik er innhold basert på preferanser knyttet til identitet, samfunn og kultur.

Er målet i musikkterapi å forbedre motorikk hos mennesker med Parkinsons sykdom, vil det være en større fordel å bruke musikk med en tydelig rytme. Det kan være vanskelig å finne musikk som både møter musikkpreferanser og passer til målet i musikkterapi innenfor nevrorehabilitering. Er målet derimot å bedre psykiske symptomer, kan musikkpreferanser være mer hensiktsmessig å bruke. Dette beskriver også Moltubak (2016):

«Hvis pasientenes største ønske og behov er å bli bedre til å gå, så er rytmisk auditiv stimulering sannsynligvis en effektiv måte å oppnå det målet på, med de tilpasninger og justeringer som den enkelte trenger. Hvis behovet for hjelp til følelsesmessig håndtering av situasjonen er mer pressende, er det sannsynligvis bedre bruk av musikkterapeutens ressurser å bruke tid på dette, med de metodene som er tilgjengelige, og som erfaring og evidens tilsier vil kunne hjelpe pasienten gjennom en vanskelig periode.» (s. 165).

Dette er med på å beskrive hvordan metoder og innhold må velges ut ifra hva som er målet i musikkterapi. Mål som musikkterapeutene nevner, vist i *resultatkapittelet*, blir i neste avsnitt drøftet.

5.1.4 Mål i musikkterapi

I dette avsnittet skal jeg beskrive hvilke mål som musikkterapeutene nevner, og knytte dette til mål i den relasjonelle tilnærmingen og den rehabiliterende tilnærmingen i musikkterapi. Relasjon er både knyttet til innvirkning på musikkterapeutiske valg, og mål i musikkterapi.

Et mål som musikkterapeutene nevner er å vedlikeholde funksjon, både knyttet til motoriske funksjoner og stemmefunksjon. Det nevnes metoder som fokuserer på å lære å bruke pusten på en hensiktsmessig måte, og trene opp muskulatur knyttet til stemmefunksjon. Musikkterapeutene nevner metoder som er brukt for å støtte opp under bevegelse, og jobbe med fin- og grovmotorikk. Dette er nært tilknyttet mål i

rehabiliterende tilnærming. Mål som nevnes i denne tilnærmingen er å forbedre motoriske, kognitive og sensoriske funksjoner (Raglio, 2015). I musikkterapi og nevrorehabilitering nevnes at et mål kan være å rehabilitere kommunikative funksjoner (Tamplin & Baker, 2006), slik som stemmefunksjoner, som beskrives av musikkterapeutene.

Mål knyttet til relasjonell tilnærming av musikkterapi nevnes av informantene. Det beskrives at å etablere en relasjon kan være et mål, og at relasjonen blir grunnlaget for resten av det musikkterapeutiske arbeidet. Røkenes og Hanssen (2012, s. 19) skriver at relasjonen er avgjørende for terapiens utfall, mer enn hvilke metoder som brukes. Relasjonen er grunnlaget for endring og forandring (Håkonsen, 2014; Trondalen, 2007), som er vesentlig i behandling. Moltubak (2016, s. 163) kobler den terapeutiske relasjonen til rehabilitering, og skriver at relasjonen har en sentral rolle i alle former av rehabilitering. Bruscia (2014) sin definisjon på musikkterapi (se *innledningskapittelet*) vektlegger relasjon i musikkterapi. Hvis man støtter seg til denne definisjonen på musikkterapi er det vesentlig å vektlegge relasjon i det musikkterapeutiske arbeidet. Når relasjonen blir avgjørende for terapiens utfall, er relasjonen nødt til å inkluderes i det musikkterapeutiske arbeidet, uavhengig om det jobbes med en relasjonell tilnærming eller en rehabiliterende tilnærming. Musikkterapeut 1 beskriver hvordan relasjonen kan være mellom terapeut og pasient, men også pasient til musikk og pasient til instrument. Garred (2008, s. 100) belyser ulike relasjoner i musikkterapi. Disse er mellommenneskelige relasjoner, relasjon mellom menneske og natur, og mellom menneske og kulturelle uttrykksformer, som musikk. I dette avsnittet har relasjon blitt beskrevet som mål i musikkterapi, og som grunnlaget for det musikkterapeutiske arbeidet. Relasjonen i musikkterapi kan være mellom pasient og terapeut, mellom pasient og instrument, og pasient og musikk. Relasjon blir videre diskutert i *5.2.1 Musikkens ulike funksjoner i musikkterapi*.

Andre mål som beskrives av informantene er å ivareta ressurser, som kan knyttes til humanistisk perspektiv på musikkterapi (Ruud, 2008). Trygghet blir også nevnt som et mål av informantene, og knyttes til både sykdommens karakter og etablering av relasjon. Å legge til rette for trygghet er knyttet til terapeutiske resultater (Myskja, 2006, s. 27). Informantene nevner at det er viktig å ha en trygg ramme og struktur i det

musikkterapeutiske arbeidet. Ridder (2016) trekker frem gjentakelse, rammer og struktur som viktig i det å skape en trygg atmosfære (s. 140). Musikkterapeutene nevner ulike behandlingsopplegg som de benytter i det musikkterapeutiske arbeidet med mennesker som har Parkinsons sykdom. Disse behandlingsformene har en viss grad av struktur, og på den måten kan tilrettelegge for trygge rammer. At rammer kan legge til rette for trygghet er noe også Johansson (2017, s. 25) nevner i sin forklaring av *trygghetsskapende gjentakelse*³, i form av eksempelvis faste rammer. Musikkterapeut 2 nevner at det er viktig for musikkterapeuten å legge til rette for trygge rammer, og gjenkjennelige møtepunkt. Det nevnes at man må bruke det som skaper mening for pasientene, og nevner at pasientenes tidligere erfaringer og kunnskap får en plass i det musikkterapeutiske arbeidet.

Motivasjon og økt livskvalitet blir nevnt som mål av musikkterapeutene. Livskvalitet er en subjektiv opplevelse (Ruud, 2001, s. 39). Derfor er livskvalitet knyttet til pasientenes opplevelse av god livskvalitet. Imsen (2014) beskriver hvordan motivasjon må ses i sammenheng med kultur, kognisjon og følelser, og skriver at «Grunnlaget for all motivasjon er følelser.» (s. 297). På den måten kan vi knytte motivasjon til Ruud (2008) sin beskrivelse av et flerdimensjonalt menneskesyn i forklaring av humanistisk perspektiv på musikkterapi. Både motivasjon og økt livskvalitet som mål mener jeg kan knyttes både til en rehabiliterende tilnærming og en relasjonell tilnærming. Tamplin og Baker (2006) fremhever at motivasjonen hos pasientene må være til stede for at de aktivt deltar i rehabiliteringen (s. 14). Motivasjonen har derfor en sentral innvirkning på om det er en positiv rehabiliteringsprosess (Moltubak, 2016, s. 163). På den måten blir det en viktig jobb for musikkterapeuten å legge til rette for motivasjon, slik at pasientene kan ha utbytte av behandlingen, uavhengig om det jobbes med en relasjonell tilnærming eller en rehabiliterende tilnærming. Å ha et her-og-nå-fokus er noe som informantene nevner. De beskriver at det er viktig å være til stede i situasjonen, og knytter dette til pasientenes varierende dagsform. Et her-og-nå-fokus handler om å være til stede, *her og nå* (Yalom, 2003, s. 56). Et her-og-nå-fokus kan bidra til en opplevelse av endring, som er en forutsetning for utfallet av terapien (Trondalen, 2007; Yalom, 2003).

³ Trygghetsskapende gjentakelse handler om gjentakelse i musikkterapi for å legge til rette for forutsigbarhet og trygghet (Johansson, 2017, s. 45). Gjentakelsen kan være i form av musikalske elementer, faste rammer eller sanger.

Pasienten har i tillegg til sykdommen en stor innvirkning på det musikkterapeutiske arbeidet. Dette nevnes av informantene. Pasientene kan ha sine egne mål for musikkterapien, som for eksempel å bli forstått i telefonen. Pasientenes egne mål får plass i det musikkterapeutiske arbeidet, og kan være koblet til både en relasjonell tilnærming og en rehabiliterende tilnærming.

Målene som informantene beskriver faller både under en relasjonell tilnærming og en rehabiliterende tilnærming. Dette avsnittet viser hvordan de ulike målene har en innvirkning på hverandre. Eksempelvis er trygghet en forutsetning for etablering av relasjoner.

5.1.5 Langkommet Parkinsons sykdom

Informantene som er intervjuet beskriver at noen av pasientene har langkommet Parkinsons sykdom. Det at pasientene har langkommet Parkinsons sykdom preger hva som er målet i musikkterapi, som igjen har innvirkning på metoder som blir brukt. Flere funksjoner svikter i takt med sykdommen, og pasienter med langkommet sykdom kan derfor ha veldig liten grad av motorisk funksjon. Derfor vil det å jobbe med vedlikeholdelse av motoriske funksjoner ikke alltid være hensiktsmessig, som musikkterapeut 3 nevner. Dette kan være gjeldende for flere musikkterapeuter i Norge som jobber med mennesker som har Parkinsons sykdom. Musikkterapeut 1 nevner at kommunen jobber for at mennesker skal bo lengst mulig hjemme, før de blir plassert på sykehjem. Konsekvensen av dette er at mennesker med Parkinsons sykdom har kommet langt i sykdomsutviklingen når de får sykehjemsplass. Musikkterapeut 3 beskriver at det på arbeidsplassen ofte er mennesker som har langkommet Parkinsons sykdom, og at rehabiliterende behandling derfor er avsluttet. Min antagelse var at musikkterapeuter jobber mest med en relasjonell tilnærming i musikkterapi, og at dette er preget av den norske musikkterapi tradisjonen, som er forankret i humanistisk tradisjon. Det musikkterapeut 1 nevner belyser at det ikke bare er den norske musikkterapi tradisjonen som har innvirkning på hvordan musikkterapeuter i Norge jobber med mennesker som har Parkinsons sykdom, men også samfunnet. Etablering av flere tilbud hvor mennesker med Parkinsons sykdom kan få musikkterapi før de kommer på sykehjemmet, kan være med på å legge til rette for arbeidet med å vedlikeholde motoriske symptomer hos mennesker med Parkinsons sykdom i

musikkterapi. Dette vil igjen prege det musikkterapeutiske arbeidet i Norge, og øke etterspørselen etter rehabiliterende tilnærming i musikkterapi.

5.2 Musikkens funksjoner og kvaliteter

Musikkens funksjoner er noe informantene beskriver, og dette innebærer musikk som mellomliggende objekt som kan støtte kommunikasjonen, rytme som stimulus og musikk som støtte til bevegelser. I tillegg belyses sammenhengen mellom musikk og følelser, tanker og hendelser. Dette er med på å svare på mitt tredje forskningsspørsmål.

5.2.1 Musikkens ulike funksjoner i musikkterapi

Et flerdimensjonalt menneskesyn trekkes frem i humanistisk perspektiv på musikkterapi (Ruud, 2008). I beskrivelse av det flerdimensjonale menneskesynet ligger også et flerdimensjonalt fokus på musikkens funksjoner. Disse innebærer at musikk har innvirkning på kropp og hjerne. I tillegg handler det om musikkens sammenheng med språk, kultur, samfunn og identitet.

Musikkens funksjon i nevrorehabilitering handler i stor grad om musikkens innvirkning på affektive, kognitive, språklige og motoriske funksjoner. Musikken blir i denne tilnærmingen brukt som ekstern stimulus, og spesielt er rytme brukt i nevrologisk musikkterapi, i metoden RAS (Raglio, 2015; Thaut, 2005). Musikkens funksjon i nevrorehabilitering og nevrologisk musikkterapi knytter seg mer til fysiologisk nivå, av Bondes (2019) fire nivåer av musikk.

Musikkens ulike funksjoner er noe som blir belyst i resultatene. Det nevnes av informantene hvordan musikk og rytme, kan brukes som ekstern stimulus og fremme hensiktsmessige bevegelser hos mennesker med Parkinsons sykdom. Det blir nevnt at musikk kan fungere som en motivasjonsfaktor, og kan være et middel til å ivareta følelser og tanker, som også beskrives i litteratur (Moltubak, 2016, s. 163).

Det beskrives i intervjuene at musikk er koblet til tidligere hendelser i pasientenes liv. Musikk kan være et mellomliggende objekt som bidrar med å trygge kommunikasjonen og å etablere relasjon. I musikkterapi etableres og utvikles relasjonen gjennom

musikalsk samhandling (Moltubak, 2016, s. 156). Informantene beskriver at musikk kan bidra til vitalitetsoverføring, og kan tilrettelegge for sosialt miljø og trivsel i gruppemusikkterapi. Vitalitet handler om en følelse av å være i live, og for å oppleve vitalitet kreves fem ulike elementer: bevegelse, tid, kraft, rom, intensjon og retning (Stern, 2010). Disse elementene er også til stede i musikk (Hannibal, 2019, s. 102). Musikkens funksjoner som blir nevnt av informantene knytter seg både til en relasjonell tilnærming og en rehabiliterende tilnærming.

5.2.2 Musikk eller metronom?

«[...] jeg tror musikken har den kvaliteten at du kan tilpasse dynamikken og du kan stoppe opp, det er mere dynamisk. Vi mennesker er mere dynamiske.»

Dette sitatet fra musikkterapeut 1 belyser kvaliteten som musikken har, og hvordan dette kan sammenlignes med mennesker. Denne koblingen mellom musikk og mennesker belyser også Pavlicevic (1997): «Music moves us because we move in musical ways – rhythmically, harmoniously, with gestures modulated in intensity, weight and resonance.» (s. ix).

Den nevrologisk musikkterapeutiske teknikken RAS kan bli brukt for å støtte opp under bevegelse, ved hjelp av rytme som ekstern stimulus (Thaut, 2005). Både innspilt rytmisk musikk og metronom kan bli brukt. Metronomens funksjon er å gi en stabil rytme, og de andre musikalske elementene blir her utelatt, i tillegg til variasjoner i dynamikk. Hvilken innvirkning har dette på effekten av metoden? Har metronom en like positiv innvirkning på støtte av bevegelser, slik som musikk?

Dotov et al. (2017) har gjennomført en studie der hvor forskerne undersøker *rhythmic auditory cues*, som er en av funksjonene i RAS (Thaut, 2005, s. 140), med mennesker som har Parkinsons sykdom. Dotov et al. (2017) skriver at selv om rhythmic auditory cues har vist seg å ha positiv effekt på gangen til mennesker med Parkinsons sykdom, ser de at rytme med en teknisk puls (som ved en metronom) kan gi negativ innvirkning på noen parametere ved gangen. Dotov et al. (2017) har undersøkt dette, og viser at rytme

med biologiske variable gir best effekt på gangen hos mennesker med Parkinsons sykdom. Dette kan forklares med begrepet mentalisering (Brean & Skeie, 2019). Mentalisering er «evnen til å se den andre innenfra og seg selv utenfra» (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 53), og aktiviseres kun hvis vi lytter til musikk som vi oppfatter at mennesker har laget (Brean & Skeie, 2019).

Dette er med på å begrunne for valget av musikk, fremfor metronom, ved å bruke rytme som stimulus til å støtte bevegelser i det musikkterapeutiske arbeidet. Dette er i tillegg med på å belyse hvordan ulike elementer av musikk kan ha forskjellig innvirkning på mennesker. I neste avsnitt beskrives hvordan ulike typer musikk kan ha forskjellig innvirkning på mennesker.

5.2.3 Ulike typer musikk, og dens innvirkning

En studie som er gjennomført med fokus på Parkinsons sykdom og rytmisk musikk, der det ble forsøkt å finne ut forskjellen på hjerneaktivitet og innvirkning på motoriske symptomer ved bruk av enkel og avansert rytmisk musikk (Vikene et al., 2018). Resultater av studien viser at hjernen prosesserer enkel og avansert musikk på forskjellige måter. Dette viser at ulike typer musikk har forskjellig innvirkning på hjernen.

På samme måte som musikk kan gi positiv innvirkning, eksempelvis ved å fremme hensiktsmessige bevegelser, kan musikk også ha negativ innvirkning, som vist i studien til Dotov et al. (2017). Dette belyser også Kvamme (2020, s. 59), som beskriver hvordan musikk kan vekke dårlige opplevelser. Dette er viktig for musikkterapeuter og annet helsepersonell som benytter musikk, å være bevisst over. Det er naturlig for musikkterapeuter å nevne den positive innvirkningen musikk kan ha på mennesker i beskrivelse av musikkterapi, men kanskje like viktig (hvis ikke enda viktigere) er å belyse hvordan musikk kan ha en negativ innvirkning, for legitimering av musikkterapi som fagfelt.

5.3 Oppsummerende diskusjon

Raglio (2015) skiller mellom en relasjonell tilnærming og en rehabiliterende tilnærming i musikkterapi. Raglio (2015) nevner at disse to tilnærmingene kan supplere hverandre. Dette er noe som kommer frem i intervjuene. Det legges stor vekt på relasjon i musikkterapi, både mellom pasient og terapeut, men også mellom pasient og musikk, og pasient og instrument. Relasjonene kan bli sett på som et mål i det musikkterapeutiske arbeidet, og relasjonen fungerer som et grunnlag for arbeidet. Relasjonen blir sentral i det musikkterapeutiske arbeidet, og er viktig for muligheten til endring og forandring, og utfallet av terapien (Håkonsen, 2014; Johns, 2012; Røkenes & Hanssen, 2012; Trondalen, 2007). Musikk kan bidra til relasjonsbyggingen (Moltubak, 2016). Informantene beskriver ulike metoder og mål som kan knyttes til både en relasjonell tilnærming og en rehabiliterende tilnærming. Det nevnes at vedlikeholdelse av funksjon er et av målene, og at det blir brukt metoder som bevegelse støttet av musikk, stemmetrening, pusteøvelser, og bevisstgjøring og trening av muskulatur. I tillegg beskrives mål som økt livskvalitet, et fokus på her-og-nå, ivareta ressurser, mestring, motivasjon og mening. Som beskrevet i drøftingen har disse målene en innvirkning på hverandre. Motivasjon hos pasientene er nødvendig for å jobbe med rehabiliterende tilnærming, og relasjonen er avgjørende for utfallet av terapien. Parkinsons sykdom, og ulik dagsform og sykdomsutvikling har en innvirkning på det musikkterapeutiske arbeidet, i tillegg til pasienten, relasjonen og musikkterapeuten. Informantene nevner hvordan musikkterapeuter har innvirkning på det musikkterapeutiske arbeidet. Det beskrives hvordan musikkterapeutens rolle kan være ulik andre helseprofesjoner, og på den måten kan ha et annet fokus i behandling. Det nevnes også hvordan musikkterapeutens respons på pasientene er med å forme det musikkterapeutiske arbeidet, og musikkterapeuter har en innvirkning på valg av musikk. De ulike funksjonene av musikk har i dette kapitlet blitt drøftet, og det musikkterapeutiske arbeidet til informantene knytter seg til alle fire nivåer av musikk (Bonde, 2019). Informantene viser at fokus på rehabiliterende tilnærming ikke nødvendigvis trenger å utelukke muligheten til å bruke aspekter ved en relasjonell tilnærming, når det gjelder det musikkterapeutiske arbeidet. Tamplin og Baker (2006) understreker dette i forklaring av musikkterapi i nevrorehabilitering, og skriver i tillegg at ofte vil det være nødvendig å jobbe med pasienter på et mer emosjonelt nivå, fordi dette vil motivere de til å delta i den rehabiliterende behandlingen (s. 13).

6. Oppsummering og konklusjon

Formålet med dette prosjektet var å finne ut av kjennetegn ved noen musikkterapeuters arbeid i Norge, med mennesker som har Parkinsons sykdom. Det har blitt gjennomført kvalitativt forskningsintervju med tre musikkterapeuter som jobber med mennesker som har Parkinsons sykdom. Det har blitt gjennomført refleksiv tematisk analyse av datamaterialet, som ledet til tre temaer: 1. Valg i musikkterapi, 2. Innvirkning på musikkterapeutiske valg, og 3. Musikkens funksjoner og kvaliteter. Disse har blitt beskrevet i *resultatkapittelet*, og sitater fra intervjuene har blitt trukket frem. Temaene og sitatene har blitt grunnlag for drøftingen, som i tillegg har sentrert seg rundt teori, perspektiver og tilnærminger i musikkterapi. Disse har blant annet vært humanistisk perspektiv på musikkterapi, nevrologisk musikkterapi, nevrorehabilitering i musikkterapi, relasjonell tilnærming og rehabiliterende tilnærming.

Problemstilling og forskningsspørsmålene har vært grunnlaget for denne oppgaven:

Hva kjennetegner noen musikkterapeuters arbeid med mennesker som lider av Parkinsons sykdom i Norge?

- 1. Hva kommer frem av metoder og mål i det musikkterapeutiske arbeidet med mennesker som lider av Parkinsons sykdom, og brukes metoder fra nevrologisk musikkterapi?*
- 2. Hvilke betraktninger må musikkterapeuten gjøre med tanke på musikkterapeutiske valg med brukergruppen?*
- 3. Hvilke funksjoner har musikk i arbeidet med mennesker som lider av Parkinsons sykdom?*

Min antagelse var at norske musikkterapeuter i stor grad jobber med en relasjonell tilnærming med mennesker som har Parkinsons sykdom. Datamaterialet samlet inn i denne oppgaven viser derimot til at musikkterapeutene både jobber med en relasjonell tilnærming og en rehabiliterende tilnærming. Med pasientene som utgangspunkt for det musikkterapeutiske arbeidet jobber musikkterapeutene med ulike metoder, innhold og mål som blir tilpasset pasientens behov. Dette er med på å svare på oppgavens problemstilling. Metoder som benyttes er blant annet sang, stemmetrening, pusteteknikk, bevegelse og samtale. Hvorvidt musikkterapeutene benytter seg av metoder fra nevrologisk musikkterapi blir nevnt i *resultatkapittelet*. Én musikkterapeut

nevner at metoder fra nevrologisk musikkterapi blir brukt, men forklarer at det ikke brukes på samme måte som beskrevet i litteratur. To musikkterapeuter beskriver ikke direkte at metoder fra nevrologisk musikkterapi blir brukt, men én musikkterapeut nevner at h*n har kjennskap til metodene, og en annen forklarer hvordan man kan knytte det musikkterapeutiske arbeidet til nevrologisk musikkterapi. Innhold som musikkterapeutene benytter seg av er i stor grad preget av pasientenes musikkpreferanser, noe som fører til stor variasjon i bruk av musikk. I tillegg nevner én musikkterapeut at det blir brukt musikk som ikke er knyttet til pasientenes preferanser, som techno. Mål i musikkterapi varierer fra å være etablering av relasjon, vedlikeholde funksjoner og økt livskvalitet. Metoder, innhold og mål som nevnes av musikkterapeutene er med på å svare på det første forskningsspørsmålet for denne oppgaven. Sammen med pasienten har varierende sykdomsbilde og sykdomsutvikling en innvirkning på det musikkterapeutiske arbeidet. Betraktninger som musikkterapeuten må gjøre er om det skal tilbys gruppetimer eller individuelle timer i musikkterapi, og varighet på musikkterapitimene. Dette er med på å svare på det andre forskningsspørsmålet i denne oppgaven. Musikkens funksjoner i det musikkterapeutiske arbeidet er både å støtte kommunikasjonen, vitalitetsoverføring, etablering av relasjon, støtte bevegelser og frigjøre energi til å være her-og-nå. Dette er med på å svare på oppgavens tredje forskningsspørsmål.

6.1 Avsluttende refleksjoner

Det musikkterapeutiske arbeidet med mennesker som har Parkinsons sykdom kjennetegnes ved at metoder og innhold blir brukt for å møte mål som settes, både knyttet til den rehabiliterende tilnærmingen og den relasjonelle tilnærmingen. Relasjon vektlegges i musikkterapi, og fungerer som et grunnlag for det musikkterapeutiske arbeidet. Relasjon har en sentral rolle i utfallet av terapien. I studier som undersøker å finne ut av effekten av rehabiliterende tilnærming i musikkterapi med mennesker som har Parkinsons sykdom, bør forskere være bevisst relasjonens betydning og innvirkning på terapiens utfall og effekt.

Musikkterapeuter jobber med mennesker som har Parkinsons sykdom, både i forbindelse med eldreomsorg og rehabilitering. Overføringsverdien for denne oppgaven vil derfor kunne være til andre brukergrupper i eldreomsorgen og i nevrorehabilitering.

Det har i denne oppgaven blitt fokusert på noen musikkterapeuters arbeid, og derfor har bare musikkterapeuter blitt intervjuet. Andre viktige stemmer fra mennesker som har Parkinsons sykdom, pårørende og annet helsepersonell som jobber med sykdommen, har i denne oppgaven ikke blitt inkludert. I denne oppgaven har tre musikkterapeuter som jobber med mennesker som har Parkinsons sykdom i Norge blitt intervjuet. Oppgaven gir ikke et helhetlig bilde av det musikkterapeutiske arbeidet med denne brukergruppen, men det kan gi et innblikk.

Det musikkterapeutiske arbeidet baserer seg på teori og forskning på feltet. At det i forskning bør skilles mellom den relasjonelle tilnærmingen og den rehabiliterende tilnærmingen kan være hensiktsmessig, spesielt med tanke på presisering fra forskerne om hva som har blitt fokusert på. Raglio (2015) skriver at det er færre studier gjennomført med en relasjonell tilnærming. Flere studier med en relasjonell tilnærming vil kunne berike det musikkterapeutiske arbeidet med mennesker som har Parkinsons sykdom.

6.2 Forslag til videre forskning

Som nevnt har kun musikkterapeuter blitt intervjuet for denne oppgaven. Det hadde vært interessant å undersøke pasientenes egne erfaringer med musikkterapi og forventninger i behandlingen. Inkludering av stemmer fra mennesker som selv har Parkinsons sykdom er et forslag til videre forskning. Pasientenes innsikt tror jeg kan gi verdifull informasjon som kan bidra inn i det musikkterapeutiske arbeidet, og musikkterapi som felt.

I denne oppgaven har jeg vist at det norske samfunnet har en innvirkning på det musikkterapeutiske arbeidet. Musikkterapeuter som jobber i eldreomsorgen møter mennesker som har langkommet Parkinsons sykdom. Dette regner jeg med er gjeldende for flere brukergrupper i eldreomsorgen. Det hadde vært interessant å undersøke samfunnets innvirkning på musikkterapi i eldreomsorgen mer utdypende, og dette kan være et forslag til videre forskning. Kanskje kan dette brukes for å argumentere for flere musikkterapeutiske tilbud for mennesker med diverse sykdommer og utfordringer, før de får sykehjemsplass.

7. Litteraturliste

- Aarsland, D., Pålhagen, S., Ballard, C. G., Ehrt, U. & Svenningsson, P. (2011). Depression in Parkinsons disease - epidemiology, mechanisms and management. *Nature Reviews Neurology*, 8, 35-47. <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2011.189>
- Abrams, B. (2018). Understanding Humanistic Dimensions of Music Therapy: Editorial Introduction. *Music Therapy Perspectives*, 36(2), 139-143. <https://doi.org/10.1093/mtp/miy019>
- Aigen, K. (2014). *The study of music therapy: current issues and concepts*. Routledge.
- Altenmüller, E. & Schlaug, G. (2013). Neurologic music therapy: The beneficial effects of music making on neurorehabilitation. *Acoustical Science and Technology*, 34(1), 5-12. <https://doi.org/10.1250/ast.34.5>
- Alvesson, M. & Sköldberg, K. (2008). *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod* (2. utg.). Studentlitteratur AB.
- Alvesson, M. & Sköldberg, K. (2018). *Reflexive Methodology: new vistas for qualitative research* (3. utg.). SAGE.
- Berger, D. S. (2009). On Developing Music Therapy Goals and Objectives. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 9(1). <https://doi.org/10.15845/voices.v9i1.362>
- Berger, R. (2015). Now I see it, now I don't: researcher's position and reflexivity in qualitative research. *Qualitative Research*, 15(2), 219-234. <https://doi.org/10.1177/1468794112468475>
- Bonde, L. O. (2019). Definitions of Music Therapy. I S. L. Jacobsen, I. N. Pedersen og L. O. Bonde (Red.), *A comprehensive guide to music therapy* (2. utg., s. 29-39). Jessica Kingsley Publishers.
- Borchgrevink, H. (2008). Nevrobiologisk grunnlag for musikkterapi. I G. Trondalen & E. Ruud (Red.), *Perspektiver på musikk og helse: 30 år med norsk musikkterapi* (s. 189-201). NMH-publikasjoner.
- Braun, V. & Clarke, V. (2022). *Thematic Analysis: A Practical Guide*. SAGE Publications Ltd.
- Brean, A. & Skeie, G. O. (2019). *Musikk og hjernen: om musikkens magiske kraft og fantastiske virkning på hjernen*. Cappelen Damm.
- Brottveit, G. (2018). *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder: om å arbeide forskningsrelatert*. Gyldendal Akademisk.
- Bruscia, K. (2014). *Defining Music Therapy* (3. utg.). Barcelona Publishers.

<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=e000xww&AN=8271>

39&site=ehost-live

- Buard, I., Dewisoelaere, W. B., Thaut, M. & Kluger, B. M. (2019). Preliminary Neurophysiological Evidence of Altered Cortical Activity and Connectivity With Neurologic Music Therapy in Parkinson's Disease. *Frontiers in Neuroscience*, 13, 1-6. <https://doi.org/10.3389/fnins.2019.00105>
- Bukowska, A. A., Krezalek, P., Mirek, E., Bujas, P. & Marchewka, A. (2016). Neurologic Music Therapy Training for Mobility and Stability Rehabilitation with Parkinson's Disease – I Pilot Study. *Frontiers in Human Neuroscience*, 9. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2015.00710>
- Christensen, E. (2014). Hjerneforskning og dens relevans for musikterapien. I L. O. Bonde (Red.) *Musikterapi: Teori – Uddannelse – Praksis – Forskning: en håndbok om musikkterapi i Danmark* (s. 64-80). Klim
- Christensen, E. (2019). Music in Body and Brain. I S. L. Jacobsen, I. N. Pedersen og L. O. Bonde (Red.) *A Comprehensive Guide to Music Therapy* (2. utg., s. 51-64). Jessica Kingsley Publishers
- Dalen, M. (2004). *Intervju som forskningsmetode: en kvalitativ tilnærming*. Universitetsforlaget.
- Davis, W. B. & Gfeller, K. E. (1992). Clinical Practice in Music Therapy. I W. B. Davis, K. E. Gfeller & M. H. Thaut (Red.), *An Introduction to Music Therapy: Theory and Practice* (s. 3-15). McGraw-Hill.
- Dietrichs, E. (2014). Parkinsonisme og andre bevegelsesforstyrrelser. I L. Gjerstad, E. Helseth & T. Rootwelt (Red.), *Nevrologi og nevrokirurgi: fra barn til voksen* (6. utg., s. 471-491). Fagbokforlaget.
- Dotov, D. G., Bayard, S., Cochen de Cock, V., Geny, C., Driss, V., Garrigue, G., Bardy, B. & Dalla Bella, S. (2017). Biologically-variable rhythmic auditory cues are superior to isochronous cues in fostering natural gait variability in Parkinson's disease. *Gait & Posture*, 51, 64-69. <https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2016.09.020>
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2018). De mest vanligste årsakene til demens. I K. Engedal, & P. K. Haugen (Red.), *Demens: sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 90-125). Forlaget aldring og helse – akademisk.
- Fox, C., Ebersbach, G., Ramig, L. & Sapir, S. (2012). LSVT LOUD and LSVT BIG: Behavioral Treatment Programs for Speech and Body Movement in Parkinson Disease.

- Parkinson's Disease*, 2012, 1-12. <https://doi.org/10.1155/2012/391946>
- Gardstrom, S. & Sorel, S. (2015). Music Therapy Methods. I B. Wheeler (Red.), *Music Therapy Handbook* (s. 116-127). The Guilford Press.
- Garred, R. (2008). Et dialogisk perspektiv på musikk som terapi. I G. Trondalen & E. Ruud (Red.), *Perspektiver på musikk og helse: 30 år med norsk musikkterapi* (s. 99-109). NMH-publikasjoner.
- Greenhalgh, T. & Peacock, R. (2005). Effectiveness and efficiency of search methods in systematic reviews of complex evidence: audit of primary sources. *BMJ*, 331(7524), 1064-1065. <https://doi.org/10.1136/bmj.38636.593461.68>
- Hagen, Ø. (2007). *Mellom håndverk og refleksivitet: Om kvalitetssikring av kvalitative forskningsintervju*. NTNU.
- Hald, S. V. & Ridder, H. M. O. (2014). Musikterapi med voksne med erhvervet hjerneskade. I L. O. Bonde (Red.) *Musikterapi: Teori – Uddannelse – Praksis-Forskning: en håndbok om musikkterapi i Danmark* (s. 303-313). Klim.
- Hannibal, N. (2019). Daniel Stern's Theories on the Interpersonal World of the Infant, Change in Psychotherapy and the Dynamics of Vitality. I S. I. Jacobsen, I. N. Pedersen & L. O. Bonde (Red.), *A Comprehensive Guide to Music Therapy* (2. utg., s. 97-103). Jessica Kingsley Publishers.
- Haynes, K. (2012). Reflexivity in Qualitative Research (s. 72-89). I G. Symon & C. Cassell (Red.), *Qualitative Organizational Research: core methods and current challenges*. SAGE Publications.
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Gyldendal akademisk.
- Imsen, G. (2014). *Elevers verden: innføring i pedagogisk psykologi* (5. utg.) Universitetsforlaget.
- Jacobsen, S. L. & Bonde, L. O. (2019). Methods in Music Therapy. I S. L. Jacobsen, I. N. Pedersen & L. O. Bonde (Red.), *A Comprehensive Guide to Music Therapy* (2. utg., s. 193-203). Jessica Kingsley Publishers.
- Javadi, M. & Zarea, K. (2016). Understanding Thematic Analysis and its Pitfall. *Journal of Client Care* 1(1), 34-40. <https://doi.org/10.15412/J.JCC.02010107>
- Johns, U. T. (2012). Vitalitetsformer i musikk og kommunikasjon. *Skriftserie fra Senter for Musikk og Helse*. NMH-publikasjoner.
- Johansson, K. (2017). *Gjentakelse i musikkterapi: En kvalitativ instrumentell multipel casestudie* [Doktorgradsavhandling]. NMH-publikasjoner

- Kjølstad, H. (2004). *Gruppeterapi*. Gyldendal akademisk
- Kondo, S. (2011). Expanding My World: Improvised Voicework with a Woman with Parkinson's Disease. I F. Baker & S. Uhlig (Red.), *Voicework in Music Therapy: Research and Practice* (s. 269-286). Jessica Kingsley Publishers
- Krogh, T. (2014). *Hermeneutikk – om å forstå og fortolke* (2. utg.) Gyldendal Akademisk
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Kvamme, T. (2006). Musikk i arbeid med eldre. I T. Aasgard (Red.), *Musikk og helse* (s. 153-172). Cappelen Akademisk Forlag.
- Kvamme, T. (2020). *Å finne tonen: om musikk og demens*. Forlaget aldring og helse.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – En innføring* (3. utg.). Universitetsforlaget AS.
- Moltubak, A. D. (2016). Musikkterapi i nevrorehabilitering: musikk, funksjon og relasjon. I B. Stige & H. M. Ridder (Red.), *Musikkterapi og eldre helse* (s. 155-165). Universitetsforlaget.
- Myskja, A. (2006). *Den siste song: sang og musikk som støtte i rehabiliterende og lindrende behandling*. Fagbokforlaget.
- Pavlicevic, M. (1997). *Music therapy in context; music, meaning, and relationships*. Jessica Kingsley Publishers.
- Phillips-Silver, J., Aktipis, C. A. & Bryant, G. A. (2010). The Ecology of Entrainment: Foundations of Coordinated Rhythmic Movement. *Music Perception*, 28(1), 3-14. <https://doi.org/10.1525/mp.2010.28.1.3>
- Raglio, A. (2015). Music therapy interventions in Parkinson's disease: the state-of-the art. *Frontiers in Neurology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fneur.2015.00185>
- Rappaport, L. & Kalmanowitz, D. (2014). Mindfulness, Psychotherapy and the Arts Therapies. I L. Rappaport (Red.), *Mindfulness and the Arts Therapies* (s. 23-36). Jessica Kingsley Publishers.
- Ridder, H. M. O. (2014). Sund og aktiv aldring: Musik som forebyggende indsats. I L. O. Bonde (Red.) *Musikterapi: Teori – Uddannelse – Praksis – Forskning: en håndbok om musikkterapi i Danmark* (s. 295-302). Klim.
- Ridder, H. M. (2016). Musikkterapi i en psykosocial demensomsorg i plejebolig. I B. Stige

- & H. M. Ridder (Red.), *Musikkterapi og eldrehelse* (s. 133-145). Universitetsforlaget.
- Rolvjord, R. (2008). En ressursorientert musikkterapi. I G. Trondalen & E. Ruud (Red.), *Perspektiver på musikk og helse: 30 år med norsk musikkterapi* (s. 123-137). NMH-publikasjoner.
- Rolvjord, R. (2010). *Resource-Oriented Music Therapy in Mental Health Care*. Barcelona Publishers.
- Ruud, E. (1993). Music Therapy in Norway. I C. D. Maranto (Red.), *Music Therapy: International Perspectives* (s. 445-457). Jeffrey Books.
- Ruud, E. (2001). *Varme øyeblikk: om musikk, helse og livskvalitet*. Unipub.
- 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). NMH-publikasjoner.
- Ruud, E. (2010). *Music Therapy: A Perspective from the Humanities*. Barcelona Publishers.
- Ruud, E. (2013). *Musikk og identitet* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Røkenes, O. H. & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller bryte: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Schnek, D. J. & Berger, D. S. (2006). *The Music Effect: Music Physiology and Clinical Applications*. Jessica Kingsley Publishers.
- Skeie, G. O. & Brean, A. (2016). Musikk og hjerne i et nevrologisk perspektiv. I B. Stige & H. M. Ridder (Red.), *Musikkterapi og eldrehelse* (s. 28-37). Universitetsforlaget.
- Stern, D. N. (2010). *Forms of vitality: exploring dynamic experience in psychology, the arts, psychotherapy, and development*. Oxford University Press.
- Tamplin, J. & Baker, F. (2006). *Music Therapy Methods in Neurorehabilitation: A Clinician's Manual*. Jessica Kingsley Publishers.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (3. utg.). Fagbokforl.
- Thaut, M. H. (2005). *Rhythm, Music, and the Brain: Scientific Foundations and Clinical Applications*. Routledge.
- Thaut, M. H., McIntosh, G. C. & Hoemberg, V. (2014). Neurologic Music Therapy: From Social Science to Neuroscience. I M. Thaut & V. Hoemberg (Red.) *Handbook of Neurologic Music Therapy* (s. 1-6). Oxford University Press
- Trondalen, G. (2007). A Moment is a Moment is a Moment: Om gylne øyeblikk i

- musikkterapeutisk teori og praksis. *Psyke & Logos*, 28(1). 574-593.
<https://doi.org/10.7146/pl.v28i1.8386>
- Trondalen, G. (2008). Musikkterapi – et relasjonelt perspektiv. I G. Trondalen & E. Ruud (Red.), *Perspektiver på musikk og helse: 30 år med norsk musikkterapi* (s. 29-48). NMH-publikasjoner.
- Trondalen, G. (2016). *Relational Music Therapy: An Intersubjective Perspective*. Barcelona Publishers
- Vikene, K., Skeie, G. -O. & Specht, K. (2019). Abnormal phasic activity in saliency network, motor areas, and basal ganglia in Parkinson's disease during rhythm perception. *Human Brain Mapping*, 40(3), 916-927.
<https://doi.org/10.1002/hbm.24421>
- Walsh, K. & Bennett, G. (2001). Parkinson's disease and anxiety. *Postgraduate Medical Journal*, 77 (904), 89-93. <https://doi.org/10.1136/pmj.77.904.89>
- Wang, L., Peng, J. -l., Ou-Yang, J. -b., Gan, L., Zeng, S., Wang, H.-Y., Zuo, G.-C. & Qui, L. (2022). Effects of Rhythmic Auditory Stimulation on Gait and Motor Function in Parkinson's Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis of Clinical Randomized Controlled Studies. *Frontiers in Neurology*, 13.
<https://doi.org/10.3389/fneur.2022.818559>
- WHO. (2022). *Ageing and health*. World Health Organization.
<https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Wigram, T. & Bonde, L. O. (2014). Fysiologiske reaktioner på musikk. I L. O. Bonde (Red.), *Musikterapi: Teori – Uddannelse – Praksis – Forskning: en håndbok om musikkterapi i Danmark* (s. 218-221). Klim
- Yalom, I. D. & Leszcz, M. (2005). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy* (5. utg.). Basic Books.
- Yalom, I. D. (2003). *Terapiens gave: Åpent brev til en ny generasjon terapeuter og deres pasienter*. Pax Forlag.

8. Vedlegg

Vedlegg 1: NSD-godkjenning



[Meldeskjema](#) / [Musikkterapi og Parkinsons sykdom](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer

733443

Vurderingstype

Standard

Dato

11.11.2022

Prosjekttittel

Musikkterapi og Parkinsons sykdom

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig

Ruth Eckhoff

Student

Andrea Brennodden Rosenlund

Prosjektperiode

01.05.2022 - 31.08.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

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

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 31.08.2023.

[Meldeskjema PDF](#)

Kommentar

OM VURDERINGEN

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

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

VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

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

HELSEPERSONELL SIN TAUSHETSPLIKT

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

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

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

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

LOVLIG GRUNNLAG

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

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

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

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

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Musikkterapi og Parkinsons sykdom»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan musikkterapeuter jobber med mennesker med Parkinsons sykdom. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med dette prosjektet er å undersøke hvordan musikkterapeuter i Norge jobber med mennesker med Parkinsons sykdom, med fokus på blant annet valg av metoder, målsetting og musikk. Funn av intervjuene skal knyttes til resultater av litteratursøk på nevrologisk musikkterapi og Parkinsons sykdom, i den hensikt å forsøke å finne eventuelle forskjeller eller likheter mellom disse perspektivene. Prosjektet er en masteroppgave av en mastergradsstudent i musikkterapi.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Norges musikkhøgskole er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta i dette prosjektet fordi du har en utdanning i musikkterapi, og jobber med mennesker med Parkinsons sykdom.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i et intervju. Intervjuet vil vare fra ca. 30 minutter, og opp til én time. Intervjuet vil inneholde spørsmål som omhandler ditt arbeid med mennesker med Parkinsons sykdom, som metodevalg, målsetting, musikk og perspektiver sentrale i ditt arbeid. Opplysningene vil bli registrert med lydopptak.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

Andrea Brennodden Rosenlund har tilgang til dine opplysninger. Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på en egen navneliste adskilt fra øvrige data.

Du vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes august 2023. Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger bli slettet.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Dine rettigheter

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

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

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

- Norges musikkhøgskole ved veileder Ruth Eckhoff på e-post ruth.eckhoff@nmh.no
- Eksternt personvernombud for Norges musikkhøgskole: Rolf Haavik på e-post pvo@nmh.no

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

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

Med vennlig hilsen

Andrea Brennodden Rosenlund
(Mastergradsstudent)

Ruth Eckhoff
(Veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet Musikkterapi og Parkinsons sykdom og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju som tas opp ved hjelp av lydopptaker
- at opptaket transkriberes til tekst
- å delta i eventuelle oppfølgingsspørsmål dersom noe ved transkripsjonen er uklart.

Aktuelle utdrag vil i så fall bli tilsendt på e-post, uten persondata

Persondata blir ivaretatt i henhold til retningslinjer for behandling av sensitive persondata i forskningsprosjekter som gjennomføres av studenter. Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: Intervjuguide

Generelt

- Kan du beskrive en eller flere musikkterapeutiske situasjoner du har hatt med mennesker som lider av Parkinsons sykdom?
- Kan du fortelle om metodene du anvendte i disse situasjonene

Mer overordnet metodisk tekning som inkluderer flere klienter:

Målsettinger

- Hvordan kartlegges overordnede målsettinger for klienter på din avdeling?
- Må musikkterapeuten forholde seg til overordnede mål for behandling satt av andre behandlere?
- Hva slags spesifikke målsettinger kan man arbeide med innen musikkterapi? Gi gjerne noen eksempler
- I hvilken grad har pasienten medvirkning i valg av målsetting for musikkterapi?
- Hvilke etiske overveielser har du i valg av målsetting for musikkterapi?
- Hvilken innvirkning har relasjonen mellom deg og klient på valg av musikkterapeutiske mål?

Metode

- Hvilke musikkterapeutiske metoder bruker du med klientene?
- Jobber du med grupper eller en-til-en?
- Hvor lenge varer musikkterapitimen?
- Bruker dere stemme, instrumenter og/eller bevegelsesøvelser?
- Har klienten innflytelse på valg av musikkterapeutisk metode? Eventuell på hvilke måter?
- Hvordan forholder du deg til klientens tidligere musikalske ferdigheter når du skal velge et metodisk opplegg?
- Hvilken innvirkning har relasjonen mellom deg og klient på valg av musikkterapeutiske metoder?
- Bruker du metoder fra nevrologisk musikkterapi? I så fall hvilke?

Musikk

- Hva er ditt syn på musikk i arbeid med klientene?
- På hvilke måter bruker du musikken i musikkterapitimen?
- Hva slags type musikk bruker du i musikkterapi (sjanger, instrumental, sanger, osv.)?
- Hvilke betraktninger gjør du deg ved valg av musikk?
- Har klienten innflytelse på valg av musikk? Eventuelt på hvilke måter?
- Hva tenker du om klientens relasjoner i musikkterapi? Til terapeuten, til musikken, annet?