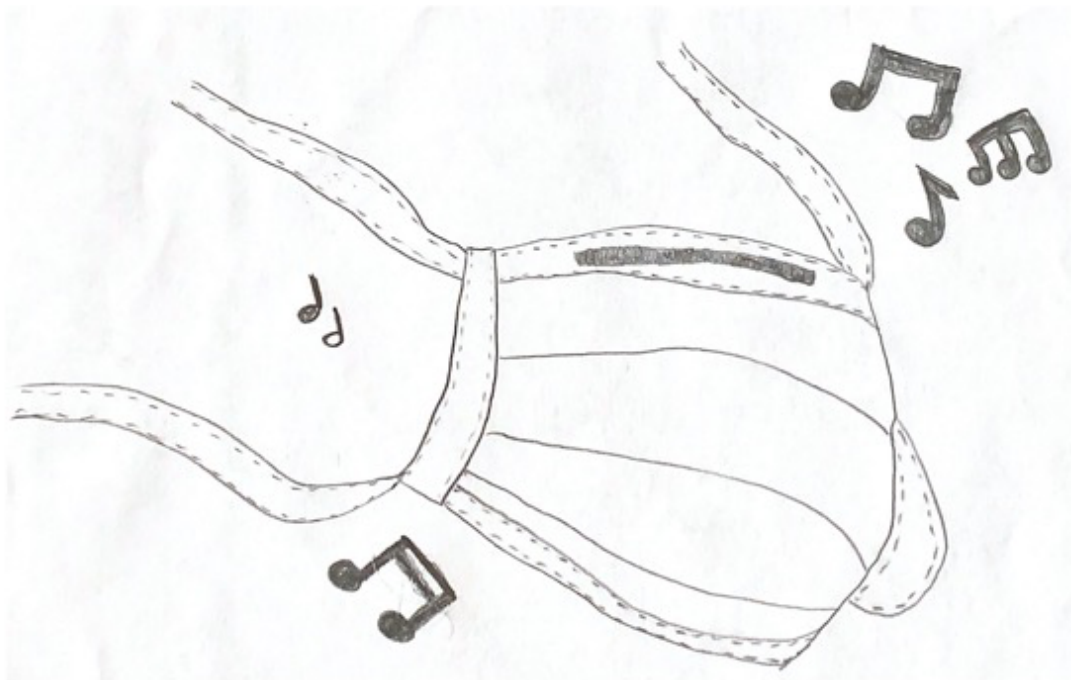


# Pandemi og Musikkterapi

En kvalitativ intervjustudie om musikkterapi og demensomsorgen i lys  
av COVID-19 pandemien

Sunniva Wilson



Masteroppgave i  
musikkterapi  
Vår 2023  
Antall ord: 21675



**Norges  
musikkhøgskole**  
Norwegian Academy  
of Music



## Sammendrag

Denne masteroppgaven tar for seg temaet musikkterapi og demensomsorgen i lys av COVID-19 pandemien. Temaet spesifiserer seg innenfor sykehjem under perioden året 2020 til dags dato, og tar utgangspunktet i musikkterapeutenes erfaringer og opplevelser under dette tidsløpet. Denne oppgaven søker å svare på følgende problemstilling: *Hvordan har musikkterapeuter på sykehjem arbeidet med beboere med demens under COVID-19 pandemien?* I tillegg med følgende forskningsspørsmål: *Hvordan opplevde musikkterapeuter at deres arbeid ble påvirket av COVID-19 restriksjonene, og hvilke eventuelle konsekvenser fikk dette for deres opplevelse av relasjon til beboerne?* For å utforske tematikken har jeg gjennomført et semistrukturert kvalitativt intervju med tre ulike musikkterapeuter, som alle har jobbet på forskjellige sykehjem under koronapandemien. Jeg ønsket å undersøke musikkterapeutenes subjektive erfaringer. Den tematiske analysen av datamateriale resulterte i fire funn: *smittevernstiltak og metodiske valg, strukturelle forhold, musikkterapeutens rolleforståelse og viktigheten av relasjon*. Funnene blir drøftet i lys av relevant litteratur, teori og aktuell forskning hentet fra både musikkterapeutiske og psykologiske perspektiver.

Emneord: musikkterapi, eldreomsorg, demens, sykehjem, COVID-19 pandemi

## Abstract

**English title: Pandemic and Music Therapy. A qualitative interview-based study about Music Therapy and dementia care in view of the COVID-19 pandemic.**

This master thesis explores the theme of Music Therapy and dementia care in view of the COVID-19 pandemic. The theme is centered around elderly care homes during the period between the year 2020 up to recent times. This study uses a qualitative, hermeneutic approach and semi-structured interviews with three music therapists, asking the research question: *How has music therapists in elderly care homes with people with dementia worked during the COVID-19 pandemic?* In addition, with the underlying questions: *How has the music therapists experienced their work being influenced by the COVID-19 restrictions, and what consequences, if any, has there been for their experience of relationship to their residents?* To further explore this topic I've used thematic analysis, which revealed four main categories: *infection prevention control and methodological choices, structural conditions, the music therapists understanding of role and the importance of relationship.* These findings will be discussed using relevant literature, theory, and current research from both the perspectives of music therapy and psychology.

Keywords: music therapy, elderly care, dementia, care homes, COVID-19 pandemic

## Forord

Hurra! Jeg nesten sprekker av takknemlighet!

Først vil jeg takke informantene mine for alle deres tanker og refleksjoner som har formet denne oppgaven. Takk for deres verdifulle ord, og jeg tar med meg videre inspirasjonen jeg fikk fra hver av dere. Spesielt hvordan dere holdt motet oppe i arbeid under en så krevende situasjon.

Tusen takk til min veileder Marie Skånland. Jeg synes jeg har vært skikkelig heldig som har fått lære av deg hvordan man blir dyktigere akademisk. Din trygghet og stødighet under hele prosessen har hjulpet meg med å tenke at jeg kan klare dette. Med deg har jeg også erfart at Zoom-veiledning fungerer godt, det var aldri grunn for bekymring, takket være deg.

Jeg er så utrolig heldig, fordi jeg har så mange gode mennesker i livet mitt som har støttet meg og heiet. Til min fine familie og mine vidunderlige venner; tusen hjertelig!

Den «jille» klassen min! Denne jærbuen er så takknemlig for å ha havnet i klasse med akkurat dere og jeg kommer til å savne alle og enhver. Takk til dere som har hjulpet meg med skrivingen, tips og støttende ord. En ekstra liten takk til Guro for alle stundene vi har sittet sammen og skrevet, «drøst» og laget oversikt over de beste studentkaféene i Oslo i pausene, som de «rateguruene» vi er.

Hurra!

Sunniva Wilson

Oslo, mai 2023

## Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG.....	iii
ABSTRACT.....	iv
FORORD.....	v
<b>1. INNLEDNING.....</b>	<b>1</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....	1
1.1.1 Personlig formål .....	1
1.1.2 Faglig formål .....	1
1.1.3 Samfunnsmessig formål .....	2
1.2 PROBLEMSTILLING .....	2
1.3 BEGREPSAVKLARING .....	2
1.3.1 COVID-19 pandemien .....	2
1.3.2 Sykehjem .....	3
1.3.3 Beboere .....	3
1.3.4 Musikkterapi .....	4
1.4 AVGRENSNING.....	5
1.5 DISPOSISJON .....	5
<b>2. BAKGRUNN .....</b>	<b>7</b>
2.1 LITTERATURSØK.....	7
2.2 DEMENSRAMMEDE UNDER COVID-19 PANDEMIEN.....	7
2.3 MUSIKKTERAPI UNDER COVID-19 PANDEMIEN .....	8
2.3.1 Musikkterapi og demens under COVID-19 pandemien .....	9
2.4 DIGITAL MUSIKKTERAPI .....	10
<b>3. TEORETISK RAMMEVERK .....</b>	<b>11</b>
3.1 DEMENS .....	11
3.1.1 Personsentrert omsorg.....	13
3.1.2 Musikk og demens .....	14
3.2 MUSIKKTERAPI I ELDREOMSORGEN .....	15
3.2.1 Musikk og følelser.....	15
3.2.2 Musikk, relasjon og kommunikasjon.....	16
3.2.3 De tre R-ene .....	18
3.2.4 Musikkterapeutens rolle.....	19
3.3 PANDEMI OG KRISESITUASJONER .....	20

3.3.1	<i>Krisepsykologi</i> .....	20
3.3.2	<i>Stress og støttetiltak</i> .....	21
<b>4.</b>	<b>METODE</b> .....	<b>24</b>
4.1	VITENSKAPSTEORETISK PERSPEKTIV .....	24
4.1.1	<i>Hermeneutisk tilnærming</i> .....	24
4.2	KVALITATIV METODE .....	25
4.2.1	<i>Semistrukturert intervju</i> .....	26
4.2.2	<i>Intervjuundersøkelsens syv faser</i> .....	26
4.2.3	<i>Utvalg av informanter</i> .....	28
4.3	ANALYSEPROSESSEN .....	28
4.3.1	<i>Transkripsjon</i> .....	28
4.3.2	<i>Tematisk analyse</i> .....	29
4.4	ETIKK .....	31
4.5	VALIDITET OG RELIABILITET .....	32
<b>5.</b>	<b>FUNN</b> .....	<b>35</b>
5.1	SMITTEVERNSTILTAK OG METODISKE VALG .....	35
5.1.1	<i>Smittevern i musikkterapien</i> .....	35
5.1.2	<i>Musikkterapi-metodikk</i> .....	38
5.1.3	<i>Digitalisering</i> .....	40
5.2	STRUKTURELLE FORHOLD .....	42
5.2.1	<i>Retningslinjer</i> .....	42
5.2.2	<i>Verdien av en musikkterapeut</i> .....	44
5.3	MUSIKKTERAPEUTENS ROLLEFORSTÅELSE .....	45
5.3.1	<i>Rollefordeling</i> .....	45
5.3.2	<i>Frykt</i> .....	46
5.3.3	<i>Håndtering</i> .....	47
5.4	VIKTIGHETEN AV RELASJON .....	48
5.4.1	<i>Kommunikasjon og nærhet</i> .....	48
5.4.2	<i>Muligheter i musikken</i> .....	49
<b>6.</b>	<b>DRØFTING</b> .....	<b>52</b>
6.1	SMITTEVERNSTILTAK OG METODISKE VALG .....	52
6.2	STRUKTURELLE FORHOLD .....	55
6.3	MUSIKKTERAPEUTENS ROLLEFORSTÅELSE .....	57
6.4	VIKTIGHETEN AV RELASJON .....	59
<b>7.</b>	<b>OPPSUMMERING</b> .....	<b>63</b>

7.1 KRITISKE REFLEKSJONER.....	64
7.2 VEIEN VIDERE.....	64
<b>LITTERATURLISTE.....</b>	<b>65</b>
VEDLEGG NR. 1: VURDERING FRA NSD.....	69
VEDLEGG NR. 2: INFORMASJONSSKRIV.....	71
VEDLEGG NR. 3: INTERVJUGUIDE .....	74



# 1. Innledning

Året er 2020. Samfunnet stenger ned, smittefaren øker og en allerede utsatt gruppe blir enda mer utsatt. For musikkterapeuter som jobber for å begrense isolasjon og avstand får nå en større oppgave enn noensinne. Sykehjemmene setter strenge besøksregler for pårørende og aktivitetstilbud avlyses. Ansatte må holde beboere adskilt ved å isolere de smittede i en stue og de friske i en annen. Hvordan skal musikkterapeutene opprettholde musikkterapitilbudet? Hva skjer når man skal prøve å ta vare på hverandre og man ikke kan være *med* hverandre?

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet for denne studien er musikkterapi og demensomsorg i lys av koronapandemien. Under vil jeg gå gjennom min personlige, faglige og samfunnsfaglige bakgrunn for valg av tema.

### 1.1.1 Personlig formål

Jeg har alltid vært opptatt av musikk og mennesker. Min interesse for eldreområdet har røtter i et tap av en bestefar til en demenssykdom, og da jeg begynte min musikkterapiutdanning ved musikkhøgskolen under koronapandemien hadde jeg en klar og forhåndsbestemt tanke om at jeg skulle inn i eldreomsorgen for å tilegne meg kunnskapen jeg ikke hadde tilgang til da. Det var samtidig som min aller første praksis, på sykehjem på musikk- og helse-studiet, at jeg ikke bare fikk innblikk i hvordan det var å jobbe som musikkterapeut på sykehjem, men jeg fikk også en unik mulighet til å oppleve det under koronapandemien. Dette fanget interessen min for å undersøke mer om hva som kan skje når en arbeidshverdag blir snudd på hodet. Jeg ønsket da å spisse oppgaven mot musikkterapeuters erfaringer fra denne perioden.

### 1.1.2 Faglig formål

Med denne studien anser jeg det som viktig å kunne sette lys på hvordan musikkterapeuter jobbet under koronapandemien, da det er lite litteratur å finne innenfor denne tematikken. Eldreomsorgen er et av mange felt innenfor musikkterapi praksis som har vært rammet av pandemien, og den har preget mennesker i alle livsfaser i ulik grad. Målet er å kunne bringe inn litt mer tanker og erfaringer fra noen ekstraordinære år for å tilføye faget noe nytt og nyttig. Jeg håper også at det vil være relevant for andre musikkterapeuter å lese, også for dem som ikke jobber innenfor samme praksisfelt.

### 1.1.3 Samfunnsmessig formål

Koronapandemien har vært høyst aktuell nærmest overalt de siste tre årene, i ulike bølger. Alle sykehjemmene i Norge ble rammet på forskjellige nivåer, som fikk konsekvenser for både den fysiske og psykiske helsen til beboerne. Helsepersonell har også vært sterkt preget av koronapandemien på ulike måter, som jeg har villet belyse gjennom musikkterapeuters opplevelser og erfaringer. Jeg ønsker å løfte fram viktigheten av temaet, som også kan gi tanke for refleksjoner rundt en tid som kanskje kan føles lenge siden, men som vi enda kjenner ringvirkninger av.

### 1.2 Problemstilling

Hensikten med denne studien er å få et innblikk i koronapandemiens påvirkning hos musikkterapeuter i eldreomsorgsarbeid. Med det utgangspunktet formulerte jeg følgende problemstilling:

*Hvordan har musikkterapeuter på sykehjem arbeidet med beboere med demens under COVID-19 pandemien?*

For å svare på problemstillingen lyder forskningsspørsmålene mine slik:

*Hvordan opplevde musikkterapeuter at deres arbeid ble påvirket av COVID-19 restriksjonene, og hvilke eventuelle konsekvenser fikk dette for deres opplevelse av relasjon til beboerne?*

### 1.3 Begrepsavklaring

Før jeg går videre i oppgaven, vil jeg gjøre kort rede for noen sentrale begreper som blir brukt i studien. «Demens» vil jeg se nærmere på i delkapittelet 3.2.

#### 1.3.1 COVID-19 pandemien

Denne studiens omfang er tidsbetinget og har fokus rettet mot COVID-19 pandemiens påvirkning. 12. mars 2020 erklærte WHO smitteutbruddet som pandemi (Hauken & Heltne, 2021). Det skiller mellom epidemi og pandemi ut fra den geografiske spredningen. Med andre

ord er en pandemi en epidemi som sprer seg globalt. Noen utfordringer ved en pandemi er usikkerhet og stadige endringer. Konsekvensene kan ha «stor innvirkning for enkeltmenneskers liv og helse, men også for hele samfunnets strukturer, økonomi og funksjoner» (Hauken & Heltne, 2021, s. 35).

Viruset kan gi luftveisinfeksjonen COVID-19, der man kan få alt fra milde symptomer helt til de mest alvorlige som kan føre til død. De vanligste smitteveiene ved en pandemi er dråpesmitte, kontaktsmitte og luftsmitte (Hauken & Heltne, 2021). På individnivå og samfunnsnivå har det vært den mest alvorlige pandemien i Norge noensinne, grunnet de langvarige og omfattende smitteverntiltakene.

Hauken og Heltne (2021, s. 34) beskriver bla. koronapandemien som at man «kjemper mot en usynlig fiende», der vi ikke kan se mikroorganismene med vårt blotte øye, slik man kan se ved for eksempel en naturkatastrofe som en flom. Tradisjonelt har fokuset vært på det medisinske problemet rundt pandemier og at det har vært lite «søkelys på de psykologiske faktorene som påvirker både emosjonelle reaksjoner og adferd under og etter en pandemi» (Hauken & Heltne, 2021, s. 31). Med utgangspunktet i det sistnevnte mener jeg at denne oppgaven vil være relevant, da den setter lys på disse psykologiske faktorene.

### 1.3.2 Sykehjem

*Sykehjem* forstås som Geir Sverre Braut (2018) nevner «en helseinstitusjon som gir pasienter heldøgns opphold, behandling og pleie». De fleste sykehjem er drevet kommunalt. Ansatte på sykehjem består av diverse helsepersonell som for eksempel sykepleier, lege, fysioterapeut og musikkterapeut. Ruud (2022) nevner at innenfor norske sykehjem har de fleste en eller flere avdelinger som er tilrettelagt, også kalt skjermete enheter, for blant annet beboere med demens.

### 1.3.3 Beboere

Mennesker boende på sykehjem blir ofte omtalt som *pasient* eller *beboer*. I denne oppgaven brukes begrepet beboer. Jeg vil presisere at denne studien har hatt overordnet fokus på personer med en eller flere former for demenssykdom. Likevel kan informantene ha tatt utgangspunkt i beboerne generelt når det har vært snakk om ulike temaer, så det har jeg hatt en bevissthet rundt.

### 1.3.4 Musikkterapi

Denne studien er knyttet til et musikkterapeutisk perspektiv, både fra informantenes side og fra min side. I følgende avsnitt vil jeg kort presentere noen musikkterapidefinisjoner jeg mener er relevante.

Ruud (1990, s. 24) definerer musikkterapi som «bruk av musikk til å gi mennesker nye handlemuligheter». Denne definisjonen gir stort rom og bredde, hvor også de psykologiske, sosiale, kulturelle og materielle prosessene kan få plass (Ruud, 2008). Disse tankene inngår i et humanistisk perspektiv på musikkterapi. *Nye handlemuligheter* i forhold til eldreomsorgen har blitt diskutert av Kvamme (2017) i relasjon til personer med demens. Hun oppsummerer likevel at musikkterapi kan tilby rammer for aktivitet, mestring, emosjonell regulering og meningsfull relasjon.

Kielland et al. (2020) belyser en form for utvidelse av Ruuds definisjon med vekt på relasjon som jeg ser på som ekstra relevant for denne oppgaven. Den lyder slik: «Musikkterapi handler om å skape utvikling, endring og å gi omsorg gjennom et musikalsk og mellommenneskelig samarbeid» (Kielland et al., 2020, s. 7). Selv om flere av denne definisjonens elementer kan inngå i Ruuds *nye handlemuligheter*, mener jeg at det belyser relasjonsaspektet av musikkterapeutisk arbeid på en tydelig måte.

En tredje definisjon som blir brukt verden rundt av musikkterapeuter er Bruscia (2014, s. 36) sin definisjon på musikkterapi:

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.

I denne definisjonen blir blant annet musikk tatt i bruk av terapeuten for å hjelpe klienten med å optimalisere klientens helse, hvor relasjonene som dannes gjennom den kan gi næring til en endringsprosess. Det som jeg velger å trekke frem som det viktigste med Bruscia sin definisjon er at han legger vekt på at det er en refleksiv prosess.

## 1.4 Avgrensning

Jeg har valgt å konsentrere meg om demensomsorgen innenfor eldrehelsefeltet, både for en mer spisset vinkling, men også av egen interesse for området som nevnt ovenfor i delkapittel 1.1.1. På grunn av oppgavens omfang har jeg sett meg nødt til å avgrense noe litteratur, men også deler av innhentet datamateriale. Med hensyn til oppgavens temafelt tas utgangspunkt i fagrelevant kontekst som omtaler terapimottakerne som «beboere», også nevnt ovenfor.

Med tanke på at intervjuet var semistrukturert og åpnet opp for mer enn hovedspørsmålene mine, så har innholdet fra intervjuene blitt avgjørende for retningen av oppgaven. Dermed har for eksempel noen musikkterapeutiske perspektiver som jeg på forhånd hadde tanker om å belyse, blant annet relasjonell musikkterapi, blitt erstattet av et psykologi-rettet perspektiv, som krisepsykologi, for å understøtte utsagn fra informantene.

Det har vært både spennende og utfordrende å undersøke hvordan musikkterapeuter har arbeidet i demensomsorgen under koronapandemien. Jeg har i hovedsak fokusert på opplevelsene til musikkterapeutene, samt tankene og bevisstheten rundt temaet som de alle har direkte erfaring med.

## 1.5 Disposisjon

Denne oppgaven er delt inn i syv kapitler; innledning, bakgrunn, teoretisk rammeverk, metode, funn, drøfting, og oppsummering.

I kapittel 1 *Innledning* har jeg presentert tema og bakgrunn for valg av tema fra et personlig, faglig og samfunnsfaglig standpunkt. Deretter har jeg lagt frem problemstillingen min, samt begrepsavklaringer rundt sentrale begreper i oppgaven.

Videre i både kapittel 2 *Bakgrunn* og kapittel 3 *Teoretisk rammeverk* legger jeg frem litteraturen for masteroppgaven. Jeg har valgt å separere kapitlene for å gi tydeligere oversikt over aktuell og tidligere forskning, samt relevant teori. I bakgrunnskapitlet presenterer jeg først litteratursøket mitt. Deretter er innholdet omhandlende COVID-19 pandemien dominerende, i forhold til både demens og musikkterapi, men kapitlet belyser også digital

musikkterapi. Teorikapittelet inneholder litteratur om demens, musikkterapi i eldreomsorgen og psykologilitteratur knyttet opp mot pandemi og krisesituasjoner.

I kapittel 4 *Metode* presenteres det valgte vitenskapsteoretiske perspektivet, deretter valg av forskningsmetode. Videre går jeg gjennom analyseprosessen, etterfulgt av mine refleksjoner rundt etikk, samt validitet og reliabilitet.

I kapittel 5 *Funn* vil resultatene fra datainnsamlingen presenteres innunder fire kategorier. Deretter vil jeg diskutere og reflektere rundt funnene mine fra dataanalysen i tråd med den utvalgte litteraturen i kapittel 6 *Drøfting*.

I kapittel 7 *Oppsummering* vil jeg se tilbake og forsøke å samle mine refleksjoner i lys av problemstillingen. Avslutningsvis vil jeg rette blikket framover og dele mine tanker om veien videre.

## 2. Bakgrunn

I følgende kapittel ønsker jeg å legge frem litteratur som er relevant for temaet og feltet jeg undersøker. Dette vil kunne gi leseren kjennskap og et innblikk inn i noe av tidligere og aktuell forskning innenfor dette området. Først presenteres mine litteratursøk.

### 2.1 Litteratursøk

Gjennom arbeidsprosessen med masteroppgaven har jeg anskaffet meg relevant litteratur og teori på ulike måter. Litteratursøk, undersøkning på fysiske bibliotek, diverse litteraturlister til artikler, andre masteroppgaver, samt tips fra medstudenter, veileder og forelesere. Jeg har fått størst oversikt gjennom digitale litteratursøk som har foregått over flere omganger.

Databasene jeg har brukt er: Oria, NMH-Brage, Google Scholar, GAMUT (Polyfon kunnskapsklynge), Helsedirektoratet og Deichman. Følgende søkeord ble benyttet i ulike kombinasjoner: musikkterapi, demens, COVID-19, pandemi, digital musikkterapi, eldrehelse, eldreomsorg, demensomsorg. For å utvide trefflisten brukte jeg også engelske ord: music therapy, dementia, pandemic, telehealth.

Som forsker på dette temaet hadde jeg forhåndstanker om at det ikke eksisterte et stort omfang av norsk litteratur, som jeg fikk bekreftet etter hvert som jeg utførte søkene. På bakgrunn av dette gjorde jeg er bredere søk på også engelskspråklige artikler og bøker. Likevel var det utfordrende å finne nok relevant litteratur som spisset seg inn på koronapandemien, musikkterapi og eldreomsorgen. Dette krevde flere søkerunder. Jeg bruker bevisst i stor grad Hauken og Heltne (2021), Kvamme (2020) og Stige og Ridder (2016), fordi disse referansene er såpass sentrale for min studie og dekker mye kunnskap innenfor feltet.

Under vil jeg presentere noe av bakgrunnskunnskapen jeg opplever som den mest relevante for denne studien om demensrammede under koronapandemien, musikkterapi under koronapandemien og digital musikkterapi.

### 2.2 Demensrammede under COVID-19 pandemien

Helsedirektoratet (2022) publiserte en rapport omhandlende *Omsorgstjenesten – aktivitetsutvikling og erfaringer fra pandemien*. Ifølge rapporten punkt 3.2 har pandemien ført til sykdomsforverring hos flere personer med demens, spesielt for hjemmeboende som bor

alene. Ulike konsekvenser som blir nevnt er utsatt utredning og behandling, redusert kontakt med pårørende, og en rekke stengte lavterskeltilbud som medførte isolasjon, ensomhet og en økning av problemer innenfor psykisk helse (Helsedirektoratet, 2022). Det nevnes også at Nasjonalforeningen for folkehelsen kritiserte Helsedirektoratets veileder for ikke å ha tatt nok hensyn til sykehjemsbeboere med demens og at det er behov for større persontilpasning når det kommer til smittevernregler og omsorg.

Lignende konsekvenser på grunn av koronapandemien hos personer med demens ble også rapportert utenfor Norges grenser. En studie fra Irland (Lee et al., 2022) rapporterte store utfordringer med angst, sosial isolasjon og ensomhet, kjedsomhet og mangel på rutiner, i tillegg til mangel på støtte. Resultater fra forskning i Singapore (Koh et al., 2020) der de i perioden 7. april til 1. juni 2020 stengte ned samfunnet, viser til adferdsmessige forstyrrelser hos personer med demens på dagtilbud. Dette kom frem som blant annet agitasjon, søvnvansker og irritabilitet.

### 2.3 Musikkterapi under COVID-19 pandemien

Innenfor internasjonal litteratur er det blitt publisert en rekke artikler angående musikkterapi i ulike felt under COVID-19 pandemien. Med henhold til oppgavens tema har jeg valgt å ikke gå inn i annen litteratur omhandlende andre felt innenfor musikkterapien. Likevel var det viktig for meg å belyse selve musikkterapeuten i arbeid.

Koronapandemien hadde ikke bare påvirkning på klienter og beboere, men også musikkterapeutene. En amerikansk studie (Gaddy et al., 2020) viser til hvilken påvirkning pandemien hadde hatt på arbeid, nivå av tjenester, stress og håp for musikkterapeuter som arbeidet i USA. Spørreundersøkelsen hadde rundt 1000 respondenter bestående av musikkterapeuter rundt om i landet. Her kom det frem at pandemien på det tidspunktet hadde hatt påvirkning på ulike punkter hos musikkterapeutene. Dette inneholdt blant annet en oppfatning på et moderat stressnivå med tendenser til høyere stressnivå hos noen, der likevel mange musikkterapeuter viste til høyere nivå av håp enn den generelle amerikanske befolkningen. Mange musikkterapeuter opplevde nedsatt arbeidstimer med klienter, samt en økning av alternative arbeidsmetoder som digitalisering. Resultatene viser til at musikkterapeutene tilpasset seg mye, til tross for de pågående utfordringene under koronapandemien. En beslektet studie i Nederland (Rasing et al., 2023) viser til at de



deltakende musikkterapeutene opplevde lavt stressnivå og moderat til høyt håp når det kom til koronapandemiens påvirkning på yrket.

### 2.3.1 Musikkterapi og demens under COVID-19 pandemien

Gruppesangstund kommer frem som fremtredende i flere av artiklene som undersøkte musikkterapi og demens under koronapandemien. Lee, O'Neill og Moss (2022) skriver om nettbaserte sanggrupper for personer med demens under pandemien. Studien undersøkte fordelene og ulempene ved nettbaserte musikkaktiviteter. Resultatene viser til positive fordeler som fellesskap og inkludering, sangglede og meningsfull relasjonsbygging. Noen av ulempene var teknologien som ble en barriere, og at forskjellen mellom fysisk og digital tilstedeværelse var såpass stor at man gikk glipp av en hel «kroppssopplevelse» (Lee et al., 2022).

Forskningsprosjektet «Together in sound» (Molyneux et al., 2020) var et samarbeid mellom Cambridge-instituttet og Saffron Hall Trust som hadde oppstart i 2017, noen år før pandemien. I 2020 markerte overgangen til nettbaserte musikkterapi grupper for eldre personer med demens og deres nære pårørende. I likhet med artikkelen nevnt ovenfor ville også dette samarbeidet undersøke fordeler og ulemper med musikkterapi for demensrammede, med ulike mål om å støtte sunne relasjoner, livskvalitet og gi muligheter for sosiale gevinster. Terapeutene i prosjektet nevner at en av deltakerne beskrev tilbudet som en «livsline» under en så utfordrende tid (Molyneux et al., 2020). Dette viser hvor viktig det var å ha et slik musikkterapi tilbud tilgjengelig under en tungt preget tid.

Norge har vært en av fem land som har deltatt i det EU-finansierte forskningsprosjektet HOMESIDE som tar for seg hjemmebaserte musikk- og leseaktiviteter for personer med demens og deres nære pårørende. Her forskes det på effekten av diverse musikk- og leseaktiviteter på atferdsmessige og psykologiske symptomer på demens. En sub-studie til HOMESIDE (Stedje et al., 2023) nevner hvordan deres forskningsprosjekt også ble påvirket av koronapandemien og at endringer og tilpasninger av opplegget i studien måtte skje underveis. Selv om HOMESIDE ikke er direkte knyttet til pandemiforskning har jeg valgt å nevne dette forskningsprosjektet for sin relevans for musikkterapi og demens, samt belyse hvor mye påvirkningskraft koronapandemien faktisk hadde.

## 2.4 Digital musikkterapi

Ser man litt videre på selve begrepet *digital musikkterapi* så kommer det frem som et ytterst nytt begrep. Under litteratursøkene mine var det noe utfordrende å finne norsk litteratur som kunne beskrive dette området innenfor musikkterapi. Polyfon, kunnskapsklynge for musikkterapi ved Universitetet i Bergen, har publisert en kunnskapsbeskrivelse om digital musikkterapi på sine nettsider som tar for seg utviklingen frem til august 2021 (Glinskyt  et al., 2022).

Glinskyt  (et al., 2022) beskriver digital musikkterapi som en mulighet for å utvide musikkterapitilbudet for mennesker som har utfordringer med reiseavstander og psykososiale eller fysiske utfordringer. I tillegg kan det være en løsning når det kommer til utilgjengelighet for musikkterapeuter i området. Videobasert terapi på videokonferanseplattformer som Zoom, asynkrone tilbud, eller virtuell virkelighet er noen eksempler på forskjellige måter man kan gjennomføre digital musikkterapi. Det ligger også etiske aspekter rundt bruken av digital musikkterapi. Her står cybersikkerhet og videoinnspillingssikkerhet som sentrale temaer. Det er også svært viktig for musikkterapeuten å vurdere hvorvidt det er tilpasset klienten eller klientene underveis. Tilgjengelighet står frem som en av de største fordelene ved digital musikkterapi. Latenstid er en av de største utfordringene ved digital musikkterapi, hvor forsinkelser mellom datainformasjonen som overføres via internettet forstyrrer i såpass stor grad og kan ha stor påvirkning på musikalsk interaksjon. Glinskyt  (et al., 2022) hevder også at det kreves mer forskning på feltet, da det enda er nystartet, selv om noen ikke-eksperimentelle studier antyder digital musikkterapi som lovende.

*Telehealth* er et tilsvarende begrep for digital musikkterapi. Clements-Cortés et al. (2021) definerer begrepet som en helsefremmende metode ved bruk av telekommunikasjonsteknologi. Artikkelen presenterer ulike metodikker musikkterapeuter kan bruke i arbeid med personer med demens digitalt. Sanglytting, låtskriving, pulsmarkeringer, allsang og diverse musikalske spill, som musikkbingo eller gjettelek, nevnes som eksempler. For musikkterapeutene, pårørende, helsepersonell og klienter er det viktig med planlegging og trening rundt telehealth for å kunne skape struktur og trygghet, både for at man blir vant med   bruke metoden, samt at man kan få det inn i en hverdagslig rutine. Artikkelen peker også på at det fortsatt er mange ubesvarte spørsmål rundt telehealth, men det gir mulighet for utvikling og vekst.

### 3. Teoretisk rammeverk

I følgende kapittel presenteres det teoretiske rammeverket for oppgaven. De ulike overskriftene er utformet rundt flere av temaene som forekommer i dataanalysen presentert i kapittel 4. Først vil jeg gjøre rede for «demens» og beskrive det teoretiske perspektivet *personsentrert omsorg*, i tillegg rette fokuset *mot musikk og demens*. Deretter beskriver jeg «musikkterapi i eldreomsorgen», hvor jeg dykker litt dypere ned i *musikk og følelser*, samt *musikk, relasjon og kommunikasjon* og *musikkterapeutens rolle*. Til slutt handler siste overskrift «pandemi og krisesituasjoner» om begrepene *krisepsykologi* og *stress og støttetiltak*. Sistnevnte tar utgangspunkt i psykologisk litteratur, mens de andre temaene vinkles mer inn mot musikkterapeutisk litteratur.

#### 3.1 Demens

Professor Knut Engedal (2016) hevder at demenssykdommene kan bli fremtidens største folkehelseutfordring. Folkehelseinstituttet (Strand et al., 2021) viser til en forekomstundersøkelse som sier at Norge i året 2020 beregnet omtrent 101 000 demensrammede mennesker. Demens er et paraplybegrep for en gruppe sykdommer, der de fleste kalles nevrogenerative hjernesykdommer (Engedal, 2016). Det betyr at hjernecellene angripes, de degenerer, og dør litt etter litt. Felles for demenssykdommene er at hukommelsen blir vesentlig redusert. Utviklingen av demenssykdommen er svært individuelt, da noen mennesker kan ha en gradvis forverring over mange år, mens med andre kan sykdomsforløpet skje raskt over noen få år. Demens deles inn i tre ulike grader: lett, middels og alvorlig grad. I tillegg er det ifølge Engedal (2016) viktig å poengtere at personer med demens ser ulike ut, har forskjellige symptomer og reagerer ulikt.

For å anse det som en demenssykdom må hukommelsen være på et punkt at den forstyrrer utførelser av de dagligdagse oppgavene (Engedal, 2016), at man rett og slett ikke henger med slik man gjorde tidligere. Dette gjelder også andre intellektuelle funksjoner, som blant annet logisk resonneringsevne, planleggingsevne, orienteringsevne og språklig kommunikasjonsevne. Endret atferd er også nevnt som en av punktene. Ifølge Røsvik og Mjørud (2019) er agitasjon et kjent begrep innenfor atferdssymptomer hos demensrammede, som rommer både uro og aggresjon. Dette kan være i form av verbal og fysisk, samt aggressiv og ikke-aggressiv. Redusert fysisk helse og endringer i atferd i personlighet, personens livshistorie, eller innenfor sosialt miljø er andre vanlige atferdssymptomer.

Det kan være vanskelig å skille demens fra andre symptomer og sykdommer. Hos eldre kan det forekomme vekslende mellom for eksempel demens og depresjon, hvor noen av symptomene ligner på hverandre (Engedal, 2016). Akutt alvorlig sykdom og legemiddeloverdoseringer kan også gi forbigående hukommelsessvikt hos eldre, men kan heller ikke kalles demens. Symptomene må ha vært til stede i minst seks måneder for å kunne kalle det en demenssykdom.

Den demenssykdommen som rammer mest mennesker er Alzheimers sykdom. Denne sykdommen er konsentrert rundt spesielt beta-amyloid proteiner, *de senile flekkene*, som ligger utenfor hjernecellene og floker seg slik at hjernecellen skades og dør. «Prosessen brer seg videre til andre deler av hjernen, både fremover mot pannelappene, oppover mot isselappene, og noe senere bakover mot baklappene av hjernen» beskriver Engedal (2016, s. 76). Det antas at denne første fasen kan forekomme mer enn ti år før personen merker noe merkbar endring. For mange er den reduserte hukommelsen det mest dominerende symptomet (Engedal, 2016).

Ved Lewylegemesykdom, eller demens med lewylegemer, skjer det også en avleiringsprosess som ved Alzheimers sykdom, men her blir såkalte lewylegemer i hjernestammen og storhjernen angrepet. Kjennetegn er ofte en kombinasjon av «reduert hukommelse, dårlig romlig orienteringsevne, generell funksjonssvikt, langsomme og stive bevegelser som ved Parkinson, og episoder med forvirring hvor synshallusinasjoner og/eller vrangforestillinger er fremtredende og iøynefallende» (Engedal, 2016, s. 96). Det er vanlig at denne sykdommen utvikler seg raskere enn ved Alzheimers sykdom. Parkinsons sykdom og Lewylegemesykdom er svært like i form av samme motoriske symptomer og endringer av proteiner, mens forskjellen ligger i hallusinasjoner og symptomer på demens (Engedal, 2016).

Pannelappdemens, eller frontotemporal demens er ikke like vanlig som de tidligere nevnte, og er en av demenssykdommene som kan ramme i større grad yngre mennesker. Hjernecellene angripes i panne- og tinninglappene (Engedal, 2016). Denne sykdommen fører til mindre innsikt og sviktende empatiske evner, og man får problemer med å uttrykke seg verbalt, både i innhold og motorisk. Dette kan for pårørende oppleves som om personen blir en helt annen og kan føre til konflikter i hverdagen.

Demenstypen knyttet til hjerneslag kalles vaskulær demens, som kan være lokalisert til både overflaten av hjernen og de dypere strukturer i hjernen (Engedal, 2016) og blir skadet av tette blodårer. Vaskulær demens oppleves ganske lik som Alzheimers sykdom, men Engedal (2016) nevner at det er mindre stigma rundt denne demenstypen fordi den er forårsaket av hjerneslag.

Etter hvert som demenssykdommen progredierer, kan det være tid for personen med demens å flytte over til en omsorgsinstitusjon. Dette kan variere fra person til person. Engedal (2016) understreker at han ikke husker at det har vært noen som har kommet for tidlig på sykehjem noen gang. Å flytte til sykehjem kan oppleves som veldig tungt, både for beboere og pårørende. Videre forklarer Engedal (2016) viktigheten med tilrettelegging for hjemlighet hos personer med demens og mulighet for å leve et godt liv. Det tar meg videre til delkapittelet om personsentrert omsorg.

### 3.1.1 Personsentrert omsorg

Ridder (2016a) hevder at Kitwood sin omsorgsteori har vært et vendepunkt i demensomsorgen. Tom Kitwood er en britisk teolog og psykolog som står for begrepet *personsentrert omsorg*. Denne omsorgskulturen fokuserer på det hele mennesket, forbi sykdommen, hvor verdinormer og respekt står sentralt. «Mennesket skal være i fokus, ikke sykdom, symptomer, pleie og rutiner» ifølge Engedal (2016, s. 188). Dette betyr også for helsepersonell at man forstår «agitasjon» og «utfordrende atferd» hos personer med demens som følelsesmessige reaksjoner på noe (Røsvik & Mjørud, 2019). Ridder (2016) mener at det personsentrerte perspektivet ikke står alene, men integreres i en større kulturell kontekst sammen med både en nevrologisk og medisinsk forståelse. For å få til en god personsentrert omsorg er det nødvendig med et trygt og godt samarbeid mellom sykehjem og familie.

Mennesker har behov for kjærlighet og dette presenterer Røsvik og Mjørud (2019) med Kitwoods fem grunnleggende psykologiske behov: trøst, identitet, inkludering, tilknytning og meningsfull aktivitet. Innenfor trøst ligger ord som støtte og lindring, samt hjelp til mestring og bygge motstandsdyktighet. Identitet handler om hvem man er og at helsepersonell kan for eksempel bruke personens navn i samtale for å opprettholde identitetsfølelsen til beboeren. Ved tilknytning menes trygge relasjoner med andre mennesker og det å kjenne seg ivaretatt. Inkludering tar for seg det sosiale fellesskapet, at beboeren føler seg inkludert og sett. Det er

viktig å ha meningsfulle aktiviteter i hverdagen, som dagligdagse oppgaver eller fritidsaktiviteter, da det kan dekke flere grunnleggende behov. Når det kognitive svikter vil beboeren ha behov for mer støtte enn tidligere for å dekke behovene.

Kitwood bygget på en biopsykososial forståelse, som innebærer å integrere en medisinsk og nevrologisk forståelse med en anerkjennelse for psykologiske og sosiale behov hvor man ser hele mennesket (Ridder, 2016). Begrepet *personhood* blir ofte brukt i denne sammenheng, som setter fokus på at personen skal få plass til å uttrykke seg og sine behov. Dette begrepet har utspring fra utvikling av et vurderingssystem kalt *Dementia Care Mapping*, DCM, som var et skritt i retningen å gjøre omsorg og pleie evidensbasert (Ridder, 2016). Her skulle omsorgskulturen komme i sentrum. Det var viktig for Kitwood at omsorgspersoner tok ansvar for å understøtte positive interaksjoner i samhandling med andre (Ridder, 2016). Validering, holding og fasilitering er tre begrep innenfor psykodynamiske interaksjoner. Ved bevisst bruk av disse holdningene vil personen med demens kunne føle seg møtt og forstått. Personsentret omsorg skjer i den nære kommunikasjonen, i samspillet, og musikk kan være en av de inngangene. Videre vil jeg gå inn på musikk og demens.

### 3.1.2 Musikk og demens

Brean og Skeie (2021, s. 216) hevder at «musikkens kraft varer hele livet. Livets første kommunikasjonsform er også livets siste». Med tanke på at hjernecellene langsomt svekkes med en demenssykdom mener Brean og Skeie (2021) at en hjerne med flere komplekse nettverk vil tåle mer enn det en hjerne med mindre forbindelser vil, fordi den trolig også vil være mer robust. Musikk kan da i teorien være en av veiene inn for å lage mer avanserte nettverk i hjernen, derigjennom kunne bidra til å utsette symptomer ved demens. De nevner også at hukommelsen for musikk og musikalitet fortsatt kan ligge godt bevart i alle demensfasene.

Kvamme (2020) nevner tre hovedformer for musikkbruk innenfor musikk og demens. Den første er musikk som underholdning eller kulturtilbud utført av profesjonelle musikkutøvere eller amatørmusikere. Musikk i miljøbehandling er den andre, som utføres av helsepersonell eller andre ansatte. Den siste formen er musikkterapi utført av utdannede musikkterapeuter.

En av utfordringene ved demens er ifølge Kvamme (2020) oppmerksomhet, da hukommelse og oppmerksomhet er tett bundet med hverandre. Musikk kan ikke bare åpne opp for gjenkjennelse, men den kan vekke oppmerksomheten, også til personer med kognitiv svikt. Begrepet *arousal* er også forbundet med oppmerksomhet, hvor det må være et balansert våkenhets- og aktivitetsnivå for at personer med demens kan være til stede i øyeblikket. En annen fordel med bruk av musikk er at den kan dra oss ned til et her-og-nå perspektiv, som igjen vil kunne føre til et mer balansert arousal-nivå. Det finnes mye litteratur om her-og-nå perspektivet, men på grunn av oppgavens omfang har jeg valgt å ikke gå mer inn på dette.

Ruud (2013) hevder hvordan en demenssykdom kan viske bort minnet og gjøre en identitetsløs, og at musikk kan være med på å styrke identiteten og gjenkalle gjenglemte minner. I siste livsfase kan musikken være med på å opprettholde meningsfulle forbindelser. Gjennom musikalske ferdigheter og sanger kan minner om situasjoner og konkrete hendelser komme til live igjen. Disse assosiasjonene kan framkalle viktig biografisk hukommelse «og være med på å skape kontinuitet i livserfaringene og større deltakelse i situasjonen her og nå» (Ruud, 2013, s. 272). Ruud nevner også hvordan musikken kan være vitaminet som opprettholder følelser av å være ung, ikke bare et ønske om det. Med andre ord mener Ruud at musikken er aldersløst.

Gjennom Ruud (2013) sine fem rom for identitet presenterer han hvordan musikk kan ha så stor betydning i livet og for livet. Dette i like stor grad for en ung voksen som en eldre person med demens. Det personlige rom tar for seg personlig identitet, det sosiale rom handler om tilhørighet og fellesskap, tidens og stedets rom tar utgangspunkt i musikkminner rundt tids- og stedsbestemte situasjoner, det transpersonlige rom dreier seg om høydepunkts-opplevelsene, og det indre rom tar for seg musikken som representerer hele seg. For demensrammede kan dette være en viktig og god måte å få tilgang til deres musikk som bringer frem de merkbare minnene og de gode følelsene (Kvamme, 2020). Det tar meg videre til delkapittelet om musikk og følelser.

## 3.2 Musikkterapi i eldreomsorgen

### 3.2.1 Musikk og følelser

Kvamme (2020, s. 13) hevder at «mange kaller musikk for følelsenes språk». For personer med demens kan musikk være et hjelpelig verktøy for å aktivere ulike følelser og

stemninger (Kvamme, 2020). På grunn av at vi er forskjellige mennesker, kan vi også reagere forskjellig på ulik musikk. Derfor er det viktig å være bevisst over hvilken musikk man presenterer, og at man er forberedt på at folk tolker og føler musikk forskjellig. For noen kan assosiasjoner til en annens favorittlåt bringe frem vonde minner eller følelser (Ruud, 2013).

Fra et nevrologisk perspektiv beskriver Brean og Skeie (2021) hvordan hjernen er programmert til å tolke emosjoner og intensjoner i alle menneskelige uttrykk. Dette gjelder også for musikken. Hører man musikk i høyfrekvent raskt tempo vil kroppen tolke det emosjonelle innholdet som glad musikk, slik langsomt tempo med fallende melodibevegelser vil kunne tolkes av hjernen som trist musikk. Ruud (2013) presenterer også dette fenomenet og hvordan musikk i vår kultur lages på en måte som skal virke inn på følelsene våre.

Musikk gir oss følelser av fellesskap og inkludering, og ifølge Brean og Skeie (2021) handler en av musikkens store underer om dens evne til å kjapt sette oss i samme følelsesmessige tilstand som andre, i en felles opplevelse. Dette merkes under for eksempel korpsmarsjering under 17.mai hvor alle tramper i takt til musikken, eller under begravelser hvor folk ankommer alene, begravelssalmer blir spilt, og de samme menneskene forlater lokalet med en delt følelsesmessig tilstand.

Kvamme (2020, s. 31) påpeker et svært viktig element i at «følelsene kan vare, selv om akkurat den konkrete hendelsen er glemt». For personer med demens er det ikke alltid man kan se tydelig fysisk at musikken har gjort inntrykk. Det betyr fortsatt ikke at inntrykkene ikke er der. Følelsene kan fortsatt sitte i og øyeblikkene kan fortsatt være meningsfulle.

### 3.2.2 Musikk, relasjon og kommunikasjon

Musikkterapilitteratur viser til at musikk, relasjon og kommunikasjon har en tett forbindelse. Intersubjektivitet er et begrep som kan være med på å forklare hva som skjer i musikalske relasjoner (Kvamme, 2020). Det kan ifølge Kvamme beskrives som det mellommenneskelige som skjer i en relasjon. Felles oppmerksomhet, deling av intensjoner og deling av affektiv tilstand er tre sentrale aspekt innenfor intersubjektivitet. Stern (2007) omtaler intersubjektivitet som en felles virkelighet hvor man har evnen til å oppfatte andres følelser og intensjoner og føle dem selv, som en intuitiv prosess. Trondalen (2008) skriver om intersubjektivitet gjennom et relasjonelt musikkterapiperspektiv. Hun beskriver begrepet som



den følelsen av «du vet at jeg vet at du vet at vi har delt noe viktig» (Trondalen, 2008, s. 40), som innenfor dette begrepet også kalles toveis deling.

Å oppleve fellesskap og tilhørighet i en ellers urolig hverdag er viktig for personer med demens. Her kan musikken være hjelpelig. Musikk sosiolog Christopher Small (1998) sitt begrep *musicking* handler om musikkutfoldelse på alle plan. Den inkluderer alle relasjonene som dukker opp, som ifølge Small er med på å gjøre musikken meningsfull. Man er sammen i musikken, der *musicking* blir brukt som et verb, noe man gjør. I tillegg finnes fellesskap i samspillgrupper og kor (Kvamme, 2020). Kvamme hevder at musikk i demensomsorgen ofte blir brukt for å bygge og styrke fellesskap.

Musikk kommuniserer, hvor i en samtale «kroppsspråk, ansiktsuttrykk (mimikk), tonefall, tempo og pauser virker inn på hvordan budskapet oppfattes» Kvamme (2020, s. 19). Det er en kompleks form for kommunikasjon, som kan spores helt til førspråklig kommunikasjon med spedbarn som kommuniserer gjennom lyd og bevegelse. Dette snakker Stern (2010) og Trevarthen (1979) om, hvordan musikalske begreper som klang, tempo og tone er medfødt og universelle. Trevarthen omtaler det som kommunikativ musikalitet.

Kvamme (2020) presenterer Kitwood sin personsentrerte omsorg hvor han foreslår forskjellige positive måter å kommunisere med personer med demens på. Timalering, eller sansestimulering, er en av dem. Denne måten er non-verbal, hvor kommunikasjonen skjer gjennom berøring, dans og bevegelse eller lyder. Validering er en annen måte som handler om å møte personen med respekt og anerkjenne personens egenverdi.

I tillegg er begrepet *reminisens* ifølge Kvamme (2020) også nyttig i kommunikasjon, hvor man lærer deler av livshistorien til en person for å opprette meningsfull kontakt. Dette kan være vedkommende sin favorittmusikk som ungdom, bryllupslåten, eller lignende som gir assosiasjoner inn til minner og danner grunnlag for samtale. Det viktigste ifølge Kvamme (2020) for å oppnå god kommunikasjon ved hjelp av disse samhandlingsredskapene er grunnleggende respekt, innlevelse og varme.

Ridder (2016b) nevner begrepet *relasjonell brist* som oppstår når en person opplever mangel på sosial kontakt og mister følelsen av kontroll. For å unngå en relasjonell brist vil man møte vedkommende på deres premisser, slik det kan gi personen følelsen av kontroll og

opplevelsen av sosial kontakt. Det er de små tingene som teller. En interpersonlig kompetanse må ligge til grunn for at interaksjonen kan lykkes når det kommer til personer med demens. Ved bruk av musikk kan man skape en god omsorgskultur for å være med å dekke felles sosiale behov.

Musikk kan ifølge Ridder (2016b) være med på å skape nærvær og samvær, samt stimulere, berolige og øke velvære. Hun nevner også hvordan ulike musikkaktiviteter kan tas i bruk for å dekke forskjellige behov. Interpersonelle behov (Ridder, 2016b) er et av disse behovene, som betyr de psykososiale behovene som skaper relasjoner gjennom samvær og kommunikasjon. Musikkaktiviteter som kan brukes for å dekke dette behovet kan ifølge Ridder (2016b) være musikalsk nærvær i en-til-en situasjoner, musikklyttegrupper i liten gruppe, kor i større grupper og allsang i felles-situasjoner. Rammene er flytende, og mulighetene er mange.

### 3.2.3 De tre R-ene

Mange personer med demens bevarer deres musikalitet langt inn i sykdomsforløpet sitt, hevder Ridder (2016c). Videre nevner Ridder tre hovedproblemer ved demens; gjenkjenne og fokusere, holde fokus og selvregulering, samt kommunikasjon og relasjoner. Som musikkterapeut kan man arbeide ved bruk av Ridder (2016c) sine tre R-er: ramme, regulering og relasjon. Med ramme menes det å skape en gjenkjennelig og trygg situasjon som er strukturert og meningsfull. Begrep som *cueing* blir brukt her, hvor disse lydsignalene kan brukes i musikken for å fange beboerens oppmerksomhet. Med regulering snakker Ridder om å balansere arousalnivå, som tidligere nevnt, for å skape et felles oppmerksomhetsfelt. Et høyt arousalnivå kan bety at vedkommende er stresset, mens et lavt arousalnivå kan bety at beboeren er deprimert. Igjen handler dette om at musikken skal kunne skape gjenkjenning og trygghet hos personen med demens.

Den siste r-en, relasjon, setter mellommenneskeligheten i fokus ut fra et psykososialt perspektiv (Ridder, 2016c). Musikkterapeuten bruker musikken kommunikativt og på et relasjonelt plan for å skape gode interaksjoner og opplevelser med beboeren (Ridder, 2016c). Innenfor relasjon inngår også identitetsskapelse via validering og holding gjennom musikken. Disse begrepene inngår som tidligere nevnt innenfor psykodynamiske interaksjoner. Ridder (2016c) nevner også hvordan musikkterapeuten i det direkte arbeidet har personen med

demens og musikkterapeutens relasjon i fokus, mens i det indirekte arbeidet ligger fokuset på relasjonen mellom personen og deres nettverk.

### 3.2.4 Musikkterapeutens rolle

Å være musikkterapeut er komplekst. Ruud (2022, s. 151) beskriver musikkterapeutens rolle som «forbinder musikalsk håndverk og metodiske ferdigheter, evne til kommunikasjon og relasjonsdannelse, helsefaglig kunnskap, samt teoretisk kunnskap og refleksjon gjennom å forholde seg til forskning». I tillegg har musikkterapeuter mange ulike roller, arbeidsoppgaver og samarbeidsformer. Innenfor det somatiske helsefeltet vil det musikalske omsorgsarbeidet være ekstra viktig (Ruud, 2022).

Bruscia (2014) legger vekt på at musikkterapeuten jobber for å fremme helse gjennom å være en kompetent og ressurssterk person, rådgiver og støttespiller. I tillegg er man som musikkterapeut avhengig av godt samarbeid med hele sykehjemmet (Stige & Kristiansen, 2016). Det er ikke bare ledelsen man må komme overens med, men også fysioterapeuten, helsepleierne, renholderne, leger, pårørende og andre. Musikkterapeuten skal kunne bidra med arbeidsflyten på avdelingene, samt være støttende for medansatte så vel som beboere.

Stige og Kristiansen (2016) beskriver tre mulige implementeringsstrategier for musikkterapeuten i eldreomsorgen. Den førstnevnte kalles *autonomistrategi*, som vil si at musikkterapeuten arbeider en til en, eventuelt små grupper, hvor musikkterapeuten har mer kontroll og ansvar. Dette kan være en fordel for de sårbare som faller gjennom i større grupper. En ulempe med denne strategien på sykehjem er at man ikke tar del i fellesskapet med de andre ansatte, men holder seg mer for seg selv (Stige & Kristiansen, 2016). Som musikkterapeut jobber man oftest alene i utgangspunktet, så en slik strategi kunne eventuelt skapt enda mindre inkluderingsfølelse.

En *assimileringsstrategi* handler om at musikkterapeuten tilpasser seg mest mulig (Stige & Kristiansen, 2016). Det kan bety at man tar på seg andre arbeidsoppgaver for å oppfylle forventningene til for eksempel ledelsen. Da kan man unngå konflikter og bli en større del av fellesskapet, av helheten. Ulemper med denne strategien kan være at «musikkterapiens egenart viskes ut, at det blir vanskelig å dokumentere effekt, og at man ikke arbeider med de klientene som ville profitere mest på musikkterapi» (Stige & Kristiansen, 2016, s. 196).

En *hybridstrategi* tar for seg en blanding av de andre nevnte strategiene og forsøker å balansere dem. I tillegg vil man prøve å tilby noe mer. Her vil man «bruke musikkterapien til å forsøke å forandre og modifisere den i samsvar med klientens interesser» (Stige & Kristiansen, 2016, s. 196). Dette vil være en mer samfunnsmusikkterapeutisk retning. Kvamme (2020) argumenterer for at de fleste norske musikkterapeuter vil ta i bruk elementer fra alle tre strategiene, avhengig av hvor de arbeider og hvilke av dem som får mest fokus på av arbeidsplassen. Videre nevner hun at innenfor hybridstrategien kan det tilbys vektlegging av brukermedvirkning, samt opplæring og veiledning for andre yrkesgrupper. Dette kaller Kvamme også for *indirekte musikkterapi*.

Kvamme (2020) hevder at musikkterapeuter i Norge ikke har autorisasjon som helsepersonell, men ofte regnes de som det, avhengig av hvor de er ansatt og hvilke arbeidsoppgaver de har. Innenfor demensomsorgen blir musikkterapeuter regnet som helsepersonell ved flere anledninger, da de «utfører handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål» (Kvamme, 2020, s. 95). Har man kun ansvar for underholdnings- og konsertvirksomhet, som i for eksempel en kulturlederstilling, kan det være unntak.

### 3.3 Pandemi og krisesituasjoner

#### 3.3.1 Krisepsykologi

Innenfor psykologien blir krisebegrepet beskrevet i tråd med «situasjoner som truer viktige verdier, der individets mestringsevne og tidligere erfaringer ikke er tilstrekkelig for å forstå og beherske situasjonen» (Hauken & Heltne, 2021, s. 32). Det finnes ulike typer kriser, der man ofte skiller mellom *utviklings- eller livskriser* og *traumatiske kriser*. Den førstnevnte går ut på menneskelige kriser som alle går gjennom i løpet av livet. Dette kan være en del av den psykososiale utviklingen, eller at det er små og store vanskeligheter som livet underveis byr på. Den sistnevnte tar utgangspunkt i de ytre årsakene hvor menneskets viktige funksjoner blir truet. Ofte knyttes det til dramatiske og mulig traumatiserende situasjoner. Kriser i dagligtalen blir ofte omtalt som et negativt ladd ord, men kan også gi muligheter for endringer og lærdom.

En pandemi er annerledes fra andre kritiske og truende situasjoner «blant annet fordi den er en usynlig og snikende fiende som kan være overalt, og som kan påføres oss av våre nærmeste» (Hauken & Heltne, 2021, s. 43). Det er vanskelig å vite endepunktet, så man har lite sjans for å bli beroliget nok av informasjon. Hauken og Heltne nevner hvordan mennesker under koronapandemien ikke kunne slappe mer av, for da slakket man på smittevern og smitten ville dermed øke. For å kunne beskytte seg selv og andre, måtte man leve i ensomhet og isolasjon, som ifølge Hauken og Heltne (2021) kan føre til varige psykososiale konsekvenser.

Forskning viser til fem hovedutfordringer blant eldre under en pandemi (Hauken & Heltne, 2021): smittefrykt, sosial isolasjon og ensomhet, redusert tjenestetilgang, redusert helse- og livskvalitet, samt pårørende som opplever stort press og utfordringer. Frykten blant eldre kan bli så stor at man pålegger seg isolasjon selv, mer enn både anbefalt og nødvendig. Når man i tillegg bor på sykehjem vil disse beboerne, spesielt personer med demens, ha et begrenset nettverk og under slike forhold ha utfordringer med å opprettholde kontakt med omverdenen (Hauken & Heltne, 2021).

Hauken og Heltne (2021) understreker at den viktigste faktoren for å opprettholde både fysisk og psykososial helse i krisetider er sosial støtte. De tar utgangspunkt i *hovedeffektmodellen*, som er en forklaringsmodell på hvordan sosial støtte virker. Innenfor denne modellen sies sosial støtte å ha en direkte helsebringende effekt. Å ha fokus på sosial støtte under en pandemi vil være særs viktig, da det kan forebygge sosial isolasjon og ensomhet (Hauken & Heltne, 2021), og dette understøttes av forskning. Eldre er oppført som spesielt sårbare grupper under en pandemi, dermed er det ekstra betydelig å opprettholde god sosial støtte.

«En pandemi medfører et stort press på helsetjenesten globalt og nasjonalt» ifølge Hauken og Heltne (2021, s. 179). Det er vanskelig å planlegge for det uforutsette, men i utgangspunktet skal helsetjenesten mobiliseres når det skjer store hendelser som for eksempel ulykker, katastrofer eller terror. Dette er annerledes under en pandemi, der helsepersonell får masse ekstra oppgaver i tillegg til det de vanligvis gjør (Hauken & Heltne, 2021).

### 3.3.2 Stress og støttetiltak

Ifølge Hauken og Heltne (2021) viser forskning og erfaring at helsepersonell under alvorlige pandemier er utsatt for høyt psykisk stress. Dette utløses spesielt av «en ny og endret

arbeidssituasjon, mangel på smittevernutstyr, redsel for smitte og sosial isolasjon, informasjonsflyt, usikkerhet og endringer, etiske dilemmaer og moralsk skade» (Hauken & Heltne, 2021, s. 180). I tillegg er det lange arbeidsdager som kan føre til fysiske plager på sikt, som igjen kan gi langvarige utfordringer som for eksempel utbrenthet.

*Moralsk skade* er et begrep som defineres som «psykisk stress fra handlinger, eller mangel på slike, som skader individets moral eller etiske prinsipper» (Hauken & Heltne, 2021, s. 184). Det omtaler en situasjon hvor man må handle på tvers av egne verdier, hvor man føler man ikke er tilstrekkelig og svikter personer som trenger en. Symptomer som følger med kan være skam, skyldfølelse eller negative tanker om en selv eller andre. På sikt kan det føre til psykiske problemer som depresjon eller total utmattelse. I tillegg kan helsepersonell på et tidspunkt oppleve *rollekonflikt* mellom sin private og sin profesjonelle rolle, fordi man må forholde seg så strengt innenfor arbeid, taushetsplikt og ansvar, samtidig som man vil skåne og beskytte familien sin (Hauken & Heltne, 2021). Dette kan øke risikoen for psykiske lidelser.

Gode strategier for håndtering er nødvendig for helsepersonell. Helsearbeidere med lang erfaring kan ha opparbeidet bærekraftige strategier, mens nye helsearbeidere med mindre erfaring kan være mer utsatt for sekundær traumatisering og utbrenthet som en pandemi kan medføre (Hauken & Heltne, 2021).

Hauken og Heltne (2021) beskriver fem forebyggende støttetiltak rettet mot utfordringer helsepersonell opplever. *Forbered meg* går ut på at helsepersonell skal få trening i situasjoner som pandemier for å kunne være forberedt. Dette inneholder beredskapsøvelser, opplæring og kunnskap om hva en pandemi medfører av fysiske og psykiske utfordringer, tydelig kommunikasjon, samt rolleforståelse og tydelig definerte arbeidsoppgaver. *Beskytt meg* handler om sikkerhet, som viktigheten rundt tilgang til smittevernstutstyr og nok desinfeksjonsmidler, samt klare rutiner for karantene. *Hør meg* handler om nødvendighet rundt å bli hørt av ledere og myndigheter. Dette betyr å ha mulighet til å komme med innspill, få jevnlig oppdateringer, og tid til refleksjon. *Støtt meg* betyr støtte fra arbeidsgiver når man står ovenfor en krevende arbeidssituasjon. Dette gjelder både fysiske og praktiske behov, som det å få nok pauser, emosjonell og mental støtte via opplæring på ulike plan, for eksempel egenomsorg. I tillegg er det viktig å få fremme et godt psykososialt arbeidsmiljø, åpenhet om utfordringer, kollegastøtte, støttelefon og bedriftshelsetjeneste. *Ha omsorg for meg* handler

om viktigheten rundt arbeidsgiver og kollegaer som har omsorg for hverandre. Dette innebærer godt lederskap, fordeling av belastning, kunnskap om helserisiko, gode overgangsritualer, gjenkjennelse av stressreaksjoner og gode pauser (Hauken & Heltne, 2021).

## 4. Metode

I følgende kapittel vil jeg redegjøre for studiens ulike metodiske valg. I tillegg vil jeg presentere analyseprosessen og mine refleksjoner rundt etikk knyttet til studiens problemstilling:

*Hvordan har musikkterapeuter på sykehjem arbeidet med beboere med demens under COVID-19 pandemien?*

### 4.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv

Denne studien har en hermeneutisk tilnærming. Videre vil jeg gå gjennom hva hermeneutikk innebærer og gå mer inn på hvorfor jeg har valgt denne tilnærmingen.

#### 4.1.1 Hermeneutisk tilnærming

Hermeneutikk handler om forståelse og fortolkning (Thornquist, 2018). Ofte deles hermeneutikken inn i to: den tradisjonelle hermeneutikken og den filosofiske hermeneutikken. I denne oppgaven vil jeg forholde meg til den tradisjonelle hermeneutikken, da den er metodeorientert, som jeg ønsker å se det hermeneutiske perspektivet i sammenheng med (Thornquist, 2018). Et av begrepene innenfor denne tilnærmingen er *forståelseshorisont*. «Horisontene» tar for seg de ubevisste og bevisste oppfatningene og holdningene som oppmerksomheten vår ikke er rettet mot, men som likevel er der (Thornquist, 2018).

Når forforståelsen og erfaringene interagerer med hverandre, mellom teori og praksis, blir dette kalt for *den hermeneutiske sirkelen* (Thurén, 2022). Delene og helheten sees alltid i sammenheng, hvor begge må forstås i forhold til hverandre. Thornquist (2018) nevner hvordan den hermeneutiske sirkelen vil forstå begge deler best mulig, samtidig. Bruk av sirkelbegrepet er blitt kritisert og foretrukket begrep er nå *spiral*, da det ifølge Alvesson og Sköldbberg (2017) kan gi et bilde av en dypere meningsforståelse. Inn i analyseprosessen har dette vært viktig for meg som forsker med en hermeneutisk tilnærming å være bevisst over at jeg ikke er objektiv, men at jeg har alltid en forforståelse. Med tanke på at jeg undersøker informantenes subjektive erfaringer, faller det naturlig for denne oppgaven å bruke en hermeneutisk tilnærming. Ved å bruke denne hermeneutiske tilnærmingen, som inneholder at



jeg tar utgangspunkt i min forståelse av en del for å forstå helheten (Thurén, 2022), vil det kunne gi meg en dypere forståelse av studiens tematikk.

Thurén (2022) skriver om hermeneutikken med vekt på innlevelse og empati. Det beskrives videre hvordan vi ikke kan forstå dyr på samme måte som mennesker. Med mennesker kan vi forstå hvordan vi reagerer eller opplever situasjoner. Dette fordi mennesker har evnen til introspeksjon, altså evnen til å se inn i oss selv. Derigjennom kan vi forstå andre menneskers følelser og opplevelser gjennom vår empati. I det kan det også ligge utfordringer ved at «vi mennesker opplever omverdenen på ulike måter» (Thurén, 2022, s. 127), som gjør at vi antar ting mer enn å kunne forstå det helt. Som hermeneutiker går jeg inn i oppgaven med en bevissthet om at mitt utgangspunkt bygger på forforståelsen min og mine egne tolkninger. Jeg velger her å henvise til delkapittel 1.1 Bakgrunn for tema. I mitt tilfelle vil mine erfaringer med koronapandemien, musikkterapi, demens og sykehjem, både personlig og i musikkterapi praksis, ha noe å si for min tolkning av informantene. Som musikkterapistudent i et nedstengt Oslo fikk jeg oppleve konsekvenser av pandemien i helse- og omsorgssektoren på nært hold. I praksis på sykehjem ble jeg oppmerksom på hvordan musikkterapeuten jobbet med nærhet under krevende forhold. Disse opplevelsene påvirker min forståelse og tolkning av resultatene. Forforståelsen vil jeg aldri være foruten, og mine ulike erfaringer vil prege min måte å se datamaterialet på. Min tolkning vil være min subjektive sannhet, og min forståelse kan være annerledes enn informantene sine. Dette kaller Thurén (2022) for sin egen *livsverden*. I denne oppgaven vektlegger jeg at de ulike tolkningene utfyller hverandre mer enn de utelukker, som vil kunne berike analyseprosessen og ved bruk av en hermeneutisk tilnærming gi en dypere forståelse av tema (Thurén, 2022).

## 4.2 Kvalitativ metode

Denne studien tar for seg en kvalitativ metode sett i sammenheng med den hermeneutiske tilnærmingen. Kvale og Brinkmann (2015) hevder at gjennom et kvalitativt forskningsintervju er fokuset på intervjupersonens og deres forståelse av verden. Studiens problemstilling retter seg mot subjektive erfaringer, noe som gjør det hensiktsmessig med en kvalitativ fremgangsmåte. Der kvantitative forskningsmetoder i stor grad tallfester informasjonen, vil kvalitativt arbeid gi meg mulighet til å gå i dybden på enkeltpersoners erfaringer.

### 4.2.1 Semistrukturert intervju

For å innhente data har semistrukturerte intervjuer blitt benyttet. Et semistrukturert intervju gir meg muligheten til å stille de planlagte intervju spørsmålene og i tillegg følge opp informantenes svar med oppfølgings spørsmål dersom det er hensiktsmessig. Det vil gi meg mer rom til å sette informantene og deres tanker mer i fokus.

Kvale og Brinkmann (2015, s. 46) snakker om et «semistrukturert livsverdenintervju», der ordet *livsverden* beskrives som «de intervjuedes levde hverdagsverden». Ved bruk av denne intervjuformen søker man å hente inn intervju personens perspektiv og fortolkningen av meningen med fenomenene som blir beskrevet (Kvale & Brinkmann, 2015). Dette samsvarer også godt med en hermeneutisk tilnærming. I tillegg har semistrukturert intervju en åpnere struktur, men ikke så udekket som en åpen samtale. Det hjalp meg som intervju forsker på rett spor igjen dersom informanten min og jeg havnet på et mer irrelevant samtalemne, samt at det gav fleksibilitet.

### 4.2.2 Intervjuundersøkelsens syv faser

Kvale og Brinkmann (2015) deler intervjuundersøkelsen inn i syv faser. Dette vil kunne gjøre intervju forskeren mer forberedt på eventuelle utfordringer og implikasjoner, samt gi mer kunnskap rundt forskningsprosessen. «[...] jo bedre man har forberedt intervjuet, desto høyere kvalitet får den kunnskapen som produseres i intervjusamspillet, og desto lettere vil etterbehandlingen av intervjuene være» (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 134). For meg som nybegynner i forskerintervjurollen var det betryggende å forholde seg til en struktur som man kunne gå tilbake til når man falt litt utfor. Under går jeg kort gjennom de syv fasene og hvordan jeg brukte dem i forskningsprosessen min. Jeg vil utdype enkelte deler i kapitlets påfølgende deler.

#### *Tematisering.*

Det var viktig å begynne med en klar tanke om hva jeg ville skrive om i masterprosjektet mitt, hvorfor og hvordan. Jeg rettet deretter fokuset mitt over til eventuelle problemstillinger og forskningsspørsmål, også med en bevissthet at det kan endres på formuleringer i senere tid.

#### *Planlegging.*

Planleggingsfasen var sentralt for det videre arbeidet. Ved å planlegge godt og reflektere over hva som var viktig å gjøre inn i intervjuarbeidet skapte det både mer trygghet og oversikt. Som en nybegynner var dette et essensielt trinn. Intervjuguiden ble utarbeidet og endret på flere ganger for at det skulle ha mest relevans for problemstillingen og gi informantene rom for refleksjon. I forkant av de aktuelle intervjuene hadde jeg et prøveintervju med en medstudent. Dette var lurt, da jeg kunne kjenne på hvordan man opptrer som selve intervjueren, samt få tilbakemeldinger på eventuelle spørsmål som det var behov å omformulere.

#### *Intervjuing.*

Jeg intervjuet tre ulike musikkterapeuter med arbeidssted på diverse sykehjem. Tidsrammen for intervjuene var mellom 45 til 60 minutter. Alle intervjuene hadde omtrent samme varighet, hvor det lengste intervjuet varte i 51 minutter, mens de resterende var på 46 og 49 minutter. Jeg brukte samme rekkefølge på intervjuguiden i alle intervjuene (vedlegg nr. 3), men det varierte naturligvis hvor det ble relevant for oppfølgingsspørsmål eller ikke.

#### *Transkribering.*

For å klargjøre analysen måtte jeg først omarbeide den muntlige intervjusamtalen over til skriftlig informasjon. Dette gjorde jeg ved å lytte til opptakene som ble tatt og skrive de ned i separate dokumenter for å få det så oversiktlig som mulig. Jeg brukte omtrent en dag per transkripsjon.

#### *Analysering.*

Jeg tok i bruk *tematisk analyse* utarbeidet av Braun og Clarke (2006). Transkripsjonene ble først lagt inn i et dataprogram, analyseverktøyet NVivo for koding, deretter jobbet jeg med datamaterialet manuelt via Microsoft Word. Analyseprosessen blir forklart nærmere i et delkapittel under.

#### *Verifisering.*

Her var det viktig for meg å undersøke om intervjufunnene mine er pålitelige og overførbare. I tillegg handler det om validitet og reliabilitet, om intervjustudien min virkelig undersøker det den er ment å skulle undersøke (Kvale & Brinkmann, 2015).

#### *Rapportering.*

Rapportering inngår som siste del i Kvale og Brinkmann (2015) sine syv faser. Her vil undersøkelsesfunnene og metodebruken for oppgaven min formes og formidles slik at de både forholder seg klar til vitenskapelige kriterier, samt tar hensyn til de etiske sidene. Etikkk går jeg også nærmere inn på i et delkapittel under.

### 4.2.3 Utvalg av informanter

Utvalget av informanter til denne studien var strategisk lagt da det skulle understøtte problemstillingen min så godt som mulig. Valget falt naturlig på musikkterapeuter som hadde jobbet under pandemien på ulike sykehjem, og at dette skulle være en av kriteriene. I utgangspunktet var planen å intervju musikkterapeuter på sykehjem fra ulike steder i landet, fordi pandemien hadde forskjellig grad av påvirkning avhengig av hvor man bodde i landet. Dette ble mer utfordrende enn først tenkt, og jeg konkluderte med at området Østlandet var dekkende nok for innhenting av datamateriale. En fordel med dette var også at jeg kunne ha fysiske møter med informantene. Dette resulterte i at det ble gjennomført tre fysiske intervju i begynnelsen av desember 2022. Alle tre hadde jobbet på sykehjem før pandemien. Datamaterialet som er innhentet for oppgaven vil jeg anse som rikt. Kjønnfordeling, yrkestittel og ulik arbeidsfordeling vil ikke bli henvist til i intervjusitatene for å ivareta informantenes konfidensialitet.

## 4.3 Analyseprosessen

### 4.3.1 Transkripsjon

Jeg gjennomførte tre intervjuer fortløpende og transkripsjonene ble derfor gjennomført etter at alle intervjuene var ferdigstilt. Sett tilbake kunne jeg ha transkribert etter hvert enkelt intervju for å gi meg en eventuell pekepinn på hva jeg kunne forberede til neste intervju. Kvale og Brinkmann (2015) beskriver transkripsjon som en transformering fra muntlig intervjusamtale til skriftlig informasjon. Forskjellene mellom talespråk og tekst har vært utfordrende. Jeg valgte først å ikke ta med alle lyder og småkommentarer da jeg anså det som ikke relevant nok. I ettertid ser jeg at det kan ha påvirket tolkningen min av datamaterialet, da det kan være mulighet for at jeg har misforstått en mening eller kommentar. Det kan ha medført ekstra tid brukt, da jeg har gått tilbake til originalopptaket og lyttet for å dobbeltsjekke at jeg forstod noe riktig. Det tar jeg med meg som videre lærdom. Likevel transkriberte jeg med skrifttegn og markeringer, som for eksempel utropstegn, for å signalisere ekspressive uttrykk og

gjentakende ord ble bevart. Navn på informanter og andre personer, samt steder som ble nevnt ble anonymisert fortløpende i transkripsjonsprosessen.

#### 4.3.2 Tematisk analyse

For å analysere datamaterialet har jeg valgt å benytte tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006). Tematisk analyse er en tilnærming som gir fleksibilitet og tilbyr tilgjengelige og systematiske prosedyrer for generering av koder og temaer fra kvalitative data (Braun & Clarke, 2017). I kombinasjon med en hermeneutisk tilnærming og kvalitativ metode er denne analysestrategien hensiktsmessig.

En tematisk analyse vil kunne tilby studien et rikt og detaljert datamateriale (Braun & Clarke, 2006). I studiens analyseprosess har jeg valgt en induktiv tilnærming. Denne tilnærmingen tilsier at den forholder seg tett til datamaterialet fremfor en allerede eksisterende koderamme eller forforståelse til forskeren (Braun & Clarke, 2006). Da vil analysen være drevet av dataen som kommer inn, framfor forhåndsbestemte kategorier. Dette har gitt meg mulighet til å være mer åpen for hva som dukker opp underveis av kategorier og temaer.

##### Seks faser

Braun og Clarke (2006) presenterer en oppskrift for tematisk analyse delt inn i seks faser. Videre vil jeg beskrive og forklare analyseprosessen min ved bruk av deres retningslinjer.

##### *Fase 1 - Gjør seg kjent med data*

Den første fasen begynte for meg under selve intervjuene. Med den relativt korte tiden det gikk fra et intervju til et annet holdt jeg på å bearbeide tanker rundt samtalen jeg hadde hatt med den ene informanten, og det samme skjedde med de andre informantene. Det gikk også ganske fort før hodet mitt begynte å sammenligne kommentarer som jeg husket, til at jeg formet noen tanker om aktuelle kategorier. Dette gjorde også transkripsjonsprosessen ekstra spennende, for det var som om jeg ble påmint de tankene jeg hadde gjort meg da jeg satt meg ned for å ferdigstille intervjuene. Etter å ha transkribert alle intervjuene var neste punkt å lese gjennom transkripsjonene. Dette ble en stor del av den første fasen. Her noterte jeg ned de første innledende ideene og det markerte startskuddet for den videre analysen.

##### *Fase 2 - Skape innledende koder*

Neste fase var å skape innledende koder. Etter å ha lest gjennom transkripsjonene om igjen plasserte jeg alle tre intervjuene inn i dataprogrammet NVivo. Dette analyseverktøyet hjalp meg med kode-prosessen, hvor jeg kunne markere ord eller gitte setninger og opprette relevante koder på en systematisk måte. De forskjellige kodene ble lagt automatisk til i en egen ramme-del til venstre for transkripsjonene der det var lett oversiktlig. Her var det ekstra viktig for meg å holde meg bevisst over at jeg måtte være åpen for hva som kunne dukke opp i datamaterialet, med tanke på at jeg hadde valgt en induktiv tilnærming.

### *Fase 3 - Lete etter tema*

Da jeg oppdaget at jeg kom til et punkt der det var mer utfordrende enn hjelpsomt å bruke analyseverktøyet, så endret jeg arbeidsprogram til Microsoft Word for å utvikle kodene mine til potensielle temaer. Her brukte jeg fargekoder for å kunne skille dem. Det var kun kodene som jeg overførte til et annet dokument, mens de tilhørende sitatene var fortsatt lagret til kodene på NVivo, da jeg visste jeg kunne komme tilbake til dem på et senere tidspunkt.

### *Fase 4 - Gjennomgang av temaer*

Den fjerde fasen var kanskje en av de mest utfordrende fasene, fordi det var her jeg erfarte at analysen ikke var en lineær prosess. Jeg måtte gå tilbake til både fase 2 og 3 og til de originale transkripsjonene for så å gå gjennom dem en gang til, mens jeg gikk gjennom kodene mine gjentatte ganger, samt sitatene som hørte med. Her fikk jeg kjenne på fram-og-tilbake-driften mellom datamaterialet og analyseprosessen som Braun og Clarke (2006) nevnte. Dette dannet utgangspunktet for neste fase.

### *Fase 5 – Definere og navngi temaer*

I denne fasen brukte jeg mer tid enn jeg hadde forutsett. Å generere tydelige definisjoner og klare navn for hvert tema var mer krevende enn først tenkt, og for min del måtte jeg gå flere runder med formuleringene for å klare å stadfeste det viktigste ved hvert tema. Her måtte jeg som forsker på et tidspunkt legge tvilen til side og ta valg. Jeg endte opp med temaene *smittevern og metodiske valg, strukturelle forhold, musikkterapeutens rolleforståelse og viktigheten av relasjon*. Da jeg kjente meg tilfreds med temaene var det klart for siste fase.

### *Fase 6 – Ferdigstille rapporten*

I den siste fasen skulle resultatene og temaene kokes ned i en rapport. Underveis valgte jeg å kutte flere sitater, da jeg anså dem som overflødige. I tillegg brukte jeg også tid til å sjekke at

temaene og sitatene hadde relevans til problemstillingen min og forskningsspørsmålene, slik at rapporten hadde sammenheng med resten av oppgaven.

#### 4.4 Etikk

Med utgangspunkt i intervju ligger det allerede en del etiske utfordringer jeg som intervjuforsker må ta stilling til. Hvordan kan jeg ivareta informantene på best mulig måte? Er det mer etisk riktig å inkludere en beboer sine erfaringer også? Etter flere runder med forslag til formulering av oppgavens problemstilling valgte jeg å gå for vinklingen som omhandler musikkterapeutens egne opplevelser. Det vil fortsatt bli ansett som førstehåndserfaring og dermed landet jeg på at jeg ville få rikt nok datamateriale med å kun intervju musikkterapeuter. Kvale og Brinkmann (2015) trekker frem fire aspekter ved forskningsetikk: *informert samtykke, konfidensialitet, konsekvenser og forskerens rolle*. Under reflekterer jeg videre med utgangspunkt i disse fire områdene.

Det har vært svært viktig å kunne ivareta personvern hensyn ovenfor informantene. Her ligger informert samtykke sentralt. I forkant ble det sendt e-post med informasjon og forespørsel om å delta i prosjektet. Jeg informerte først om hvor jeg fikk kontaktinformasjonen deres fra, samt hva intervjuet ville innebære. Deretter sendte jeg over skriftlig samtykkeskjema (vedlegg nr. 2) gjennom samme kontaktråd med detaljert informasjon om rettighetene til informanten og tilstrekkelig innhold om selve prosjektet. Her var det også viktig for meg at informantene fikk vite tydelig at det var frivillig å delta (Kvale & Brinkmann, 2015). Vi avtalte deretter tid og sted for intervjuet, som endte opp på hver av informantenes egne fysiske arbeidssteder. Prosjektet er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) (vedlegg nr. 1). Det var etter det at jeg satt i gang med å kontakte relevante informanter og utføre intervju.

Intervjuene ble tatt opp på telefonen via et nettbasert utviklingsverktøy utviklet av Universitetet i Oslo ved navn Nettskjema. Denne tjenesten tilbyr et høyt sikkerhetsnivå gjennom blant annet tofaktorautentisering og andre sikkerhetstiltak. Opptakene blir tatt via den tilhørende Nettskjema-diktafon mobilappen med flymodus på, der de umiddelbart blir kryptert og sendt trygt over til Nettskjema. Som en uerfaren forsker var det et enkelt verktøy å bruke, som både betrygget meg i at det var kraftig sikret, og det gikk knirkefritt å bruke.

Konfidensialitet er en av de andre nevnte etiske retningslinjene til Kvale og Brinkmann (2015), som handler om enigheten mellom informant og intervjuforsker rundt hvilken informasjon som blir tilgjengelig og hva som holdes privat. Dette informerte jeg om i det skriftlige samtykkeskjemaet som ble sendt til informantene før intervjuene. For å videre beskytte identiteten til de ulike informantene valgte jeg bevisst å transkribere alle intervjuene på bokmål i stedet for dialektene deres. Navn og arbeidsplass ble også utelatt både i transkripsjonsprosessen og den ferdige teksten, for å ta mest hensyn til informantene, deres arbeidsplass, kollegaer og beboere. Transkripsjonene er oppbevart på en passord-beskyttet privat enhet og vil bli slettet innen prosjektets slutt senest juni 2024.

Det ligger et asymmetrisk maktforhold i selve intervjuformen. Som intervjuforsker har man automatisk mer makt når det kommer til å styre samtalen, enn ved andre dagligdagse samtaler. Dette var viktig for meg å være bevisst over sånn jeg kunne ha en så åpen tilnærming som mulig. Hvor mange oppfølgingsspørsmål som kom naturlig å stille varierte fra informant til informant, da noen av dem hadde mange tanker rundt et spørsmål og kunne utdype lengre på egenhånd.

Kvale og Brinkmann (2015, s. 108) hevder at «kvalitativ intervjuforskning er interaktiv forskning», hvor jeg som intervjuer har en personlig integritet som alltid vil ha stor betydning for selve intervjuet. Dette tenker jeg også kobles til den forforståelsen vi alltid har med oss. Min forforståelse inn i dette prosjektet har for eksempel med seg bakgrunn fra mine erfaringer fra musikk- og helse-praksis på sykehjem under koronapandemien og at mine opplevelser innefatter at arbeidsdagene for musikkterapeuter har vært utfordrende. Det har vært viktig for meg å være bevisst over at denne forforståelsen ligger der, at den heller ikke skal fargelegge all egentolkning, men at jeg ikke kan være helt nøytral inn i hverken intervjusituasjonen eller skriveprosessen.

#### 4.5 Validitet og reliabilitet

For å forsikre at forskningsprosjektet er av kvalitet er det viktig å se på oppgavens validitet og reliabilitet. En av sidene som kan styrke validiteten ved en tekst er gjennom klar fremstilling av datamateriale og analyse, samt refleksivitet (Malterud, 2018). Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) skjer validitetssikringen gjennom hele forskningsprosessen. Innenfor kvalitativ forskning kan man stille spørsmål om det materialet og de observasjonene man har faktisk gir



svar på det man undersøker. Denne studien er på søken etter musikkterapeutens egne subjektive erfaringer rundt eget arbeid med påvirkning av koronapandemien. Så lenge datamaterialet gjennom analysen kan gi et svar på det problemstillingen stiller, og jeg er tydelig i hvordan jeg har kommet fram til resultatene, vil studien kunne ha validitet.

Reliabilitet tar for seg troverdigheten av forskningsresultatene og i hvilken grad de kan reproduseres (Kvale & Brinkmann, 2015). Resultatene fra denne studien kan verken reproduseres eller generaliseres, da tre individuelle personer sine subjektive erfaringer har formet utfallet av oppgaven. Likevel kan studien være overførbar til andre eventuelle sykehjem eller arbeidsplasser, men funnene ville naturligvis variert da kunnskapen er skapt mellom mennesker i dialog. Spørsmål rundt reliabilitet ligger også på om intervjupersonene hadde endret svar i et intervju med en annen forsker (Kvale & Brinkmann, 2015). Det er naturlig å anta at samtalene ville tatt en annen form i møte med en annen intervjuer. Jeg har forsøkt å være bevisst min egen påvirkning som intervjuforsker, måten jeg har stilt spørsmål på og mine ekspressive reaksjoner på kommentarer og utsagn.

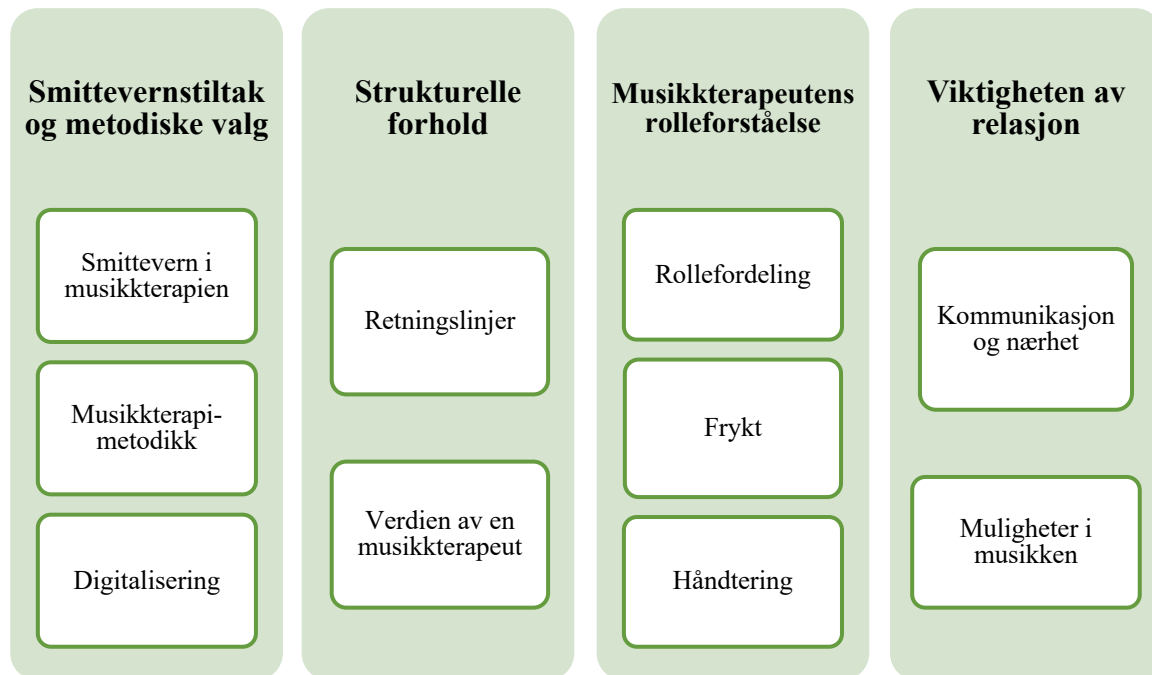
Jeg har latt meg inspirere av Malterud (2018) sitt akronym EPICURE, som er en sjekklister som går gjennom viktige temaer innenfor en god kvalitativ studie. Denne sjekklisten velger jeg å presentere kort. *Engagement* handler om hvor godt den empiriske dataen man har forholder seg til det som skal studeres. *Processing* dreier seg om bearbeidelse rundt det empiriske materialet. Hvordan er materialet framstilt, er det tydelig og klart nok? Dette gjelder blant annet problemstilling, analysen, temaer og tolkninger. *Interpretation* dreier seg om tolkningsarbeidet. Hvordan uttrykker jeg som forsker fortolkningsarbeidet av det empiriske materialet? *Critique* har en dobbel betydning, hvor forskeren tar for seg både samfunnskritikk og akademisk selvkritikk til studiens funn og tolkninger. *Usefulness* tar for seg nytten av forskningsprosessen og funnene. Hvordan kan dette bli tatt i bruk i praksis? *Relevance* retter søkelys på relevans mot videreføring av forståelse og kunnskapsbase innenfor det faglige feltet. Til slutt er det *ethics* som tar for seg det etiske ansvaret man har som forsker og forfatter i forhold til forskningsprosessen og personvernet for alle involverte i resultatfunnene.

Som forsker har jeg prøvd å være så systematisk og tydelig som mulig. Det empiriske materialet har blitt bearbeidet i flere runder, spesielt rundt formuleringen av problemstillingen. Her var det svært viktig for meg som forsker å ha en klar og tydelig

problemstilling som ga mening for helheten og for leserne. Jeg har også stilt meg kritisk til det empiriske materialet, i tillegg til min egen rolle og hvordan min forforståelse og tolkning påvirker forskningsprosessen. Et av ønskene rundt oppgaven har vært at det kan være nyttige funn som kan tilføye musikkterapi-fagfeltet noe, samt være interessant for ulike musikkterapeuter å lese. Jeg har også etter beste evne prøvd å ta det etiske ansvaret på alvor.

## 5. Funn

I dette kapittelet vil jeg presentere resultatet fra den tematiske analysen. Det belyser problemstillingen: *Hvordan har musikkterapeuter på sykehjem arbeidet med beboere med demens under COVID-19 pandemien?* Ut fra svarene til informantene pekte det seg ut fire kjerne kategorier med ti underkategorier:



Hvert sitat er vurdert ut fra relevans til studiens problemstilling. For at innholdet skal holde seg mest mulig fokusert har jeg fjernet overflødig språk med bruk av «[...]», samt «...» under eventuelle pauser. I tillegg har jeg valgt å bruke «hen» bevisst for at det skal være kjønnsnøytralt, også av hensyn til personvern. Svarene til informantene vil stå i kursiv, slik at innholdet holder seg oversiktlig og unngår uklarheter. Mine analyser vil komme som innledning til sitat.

### 5.1 Smittevernstiltak og metodiske valg

#### 5.1.1 Smittevern i musikkterapien

Beskrivelser av avstand var noe som var gjentakende for alle informantene. Håndhilsning før pandemien ble sett på som noe fint og bekreftende. Da pandemien ikke tillot det mer uttrykker en av informantene at det var vanskelig å legge fra seg noe som i utgangspunktet var så naturlig:

*En annen ting som jeg måtte fjerne meg helt fra og den har jeg ikke gått tilbake til heller da kan du si, det er sånn håndhilsning. For det var jo noe jeg har holdt med på kjempelenge egentlig, det enten å starte eller avslutte en musikkstund med at jeg kan gå og ta folk i hendene. Jeg syntes det har vært en fin ting å gjøre da.*

*Men jeg vil på en måte ikke ta det bort helt heller, for jeg tenker det er så viktig, det å få en arm på skulderen eller få et ordentlig håndtrykk og en hånd å holde i. Jeg tror jeg stadig lemper på der, men jeg har i hvert fall en veldig bevissthet rundt det, bevissthet rundt min rolle som en ekstern som kan ta med meg ting av potensiell smitte.*

Informantene beskriver hvor utfordrende arbeidshverdagen ble i forhold til å måtte følge smittevernreglene. Spriting av hender og instrumenter skjedde konstant. Det var strevsomt. For en av informantene var det i overkant mye, da spriting på et punkt skulle skje mellom hver enhet selv om det var samme avdeling:

*Så var det da spriting. I starten så spritet jeg pianoet mellom hvert sted jeg var, mellom hver enhet også tror jeg, selv om jeg var inne på samme avdeling, vi var jo helt crazy. Det var jo håndvask og sprit hele tiden!*

En av de store utfordringene for musikkterapeutene under ulike musikkterapeutiske aktiviteter var sang med bruk av munnbind eller visir, som var noe av det mest framtrædende i alle intervjuene. Informantene beskriver ulike utfordringer ved bruken:

*Jeg kjente nok at det var mest utfordrende å få rundt sangstemme og i forhold til stemme generelt. At man kjente at man sprakk en del og at man ble veldig tørr og sånn. At man ikke bare kunne ta av seg munnbindet heller og sånn.*

*Så følte jeg at jeg måtte synge veldig høyt da, mange av de hører jo dårlig ikke sant. Så det var en utfordring. [...] Så hvis jeg brukte munnbind ... mange av dem leser jo på munnen fordi de hører dårlig. Men det kunne de jo ikke, fordi munnbindet var der. Så det var jo generelt et problem med pleierne og pasienter.*

Å synge med visir var spesielt forstyrrende. Et par av informantene utdyper:

*Jeg syntes den perioden hvor jeg måtte bruke visir også var kjip, fordi det ble som et lite ekkokammer for min egen stemme, så jeg hørte meg selv veldig godt, de andre hørte ikke meg så godt. Så det var veldig utfordrende å høre liksom balanse mellom piano og stemme for eksempel, hvordan når jeg ut, og igjen ikke å slite ut stemmen ikke sant.*

*Og visir er jo sånn at du føler du bare synger rett inn i en vegg, så det funka egentlig veldig dårlig.*

I tillegg til det auditive aspektet ved bruk av visir og munnbind, så tar det også mer av kroppen rent fysisk:

*Så når jeg da hadde den maska så ble jeg veldig til å overkompensere med bruk av gester og jeg danset og jeg skulle være så munter da med hele kroppen min. så jeg kjente jo noen ganger at jeg ble jo helt svimmel, jeg måtte bare ta meg noen pust i bakken bare for å få nok oksygen.*

En informant nevner hvordan det også kunne påvirke samspeillet med beboerne:

*Man ble så svett og tung i hodet og sånn, som gjorde at man følte at dagen ble enda tyngre og på en måte vanskeligere, at man ikke fikk noe respons heller på det man pleide å gjøre. At dem ble enda mer passiv, beboerne og sånn. Så vet man at man kunne gjort så mye mer uten, men man må bare forholde seg til reglene. Det var tøffe dager.*

Musikkterapeuter har ikke hatt opplæring i hvordan man skal forholde seg til smittevernsrestriksjoner eller andre kriser:

*Vi har aldri vært trent i å jobbe under en pandemi, så det var utfordrende å finne rett munnbind og alt for å kunne synges og sånn.*

Når noe ukontrollerbart skjer så blir man nødt til å forholde seg til det på best mulig måte. Det er også viktig å ikke overkompensere:

*Og du kan si, utfordringene med å synge med maske er på en måte ... ikke så mye man får gjort med det, annet enn å vende seg til det. Men kanskje bare passe på å ta seg pauser da. At man ikke overdriver.*

### 5.1.2 Musikkterapi-metodikk

Under koronapandemien med restriksjonene ble musikkterapeuter nødt til å se etter andre løsninger å utføre musikkterapien på, samt se eksisterende musikkterapietodikk med nye øyne. En av informantene valgte for eksempel å kjøpe inn rytmeegg til hver avdeling for å fortsatt kunne bruke instrumenter under musikkaktiviteter, samt unngå eventuell smittespredning, mens andre informanter forteller at noe av materialet som vanligvis ble brukt i musikkterapitimene måtte unngås under koronapandemien:

*Men det er jo en del materiale som har blitt liggende, det har det jo, i hvert fall de som oppfordrer til mye bevegelse og sånn, for vi har jo ikke trengt at de surrer mye rundt da.*

*Så valgte jeg å ta bort rytmeinstrumenter og sånn, kunne ikke bruke det[...]Så tok jeg inn alle sanghefter og sånn, for å prøve å effektivisere det.*

Sang- og musikkstund er viktige metodikker innenfor musikkterapi i eldreomsorgen, både i gruppemusikkterapi og individuell musikkterapi. Dette gjaldt både før, under og etter pandemien:

*Ellers så er det, mesteparten av tiden går jo med til sangstund på avdelingene og besøke en til en på rommene da. Det er på en måte det vi gjør aller mest.*

*[...]det var veldig viktig for meg å få i gang musikkterapi grupper og sånn. Som jeg også har opprettholdt under koronaen.*

Før pandemien hadde musikkterapeutene mye musikk- og bevegelse-grupper, enten sammen med en fysioterapeut eller ved innspilt musikk. Det var en god måte å få beboere engasjert, samt gunstig for de motoriske evnene. Da dette ikke var en mulighet under pandemien, ble en annen metodikk brukt:

*Sånne utendørskonsserter, det har vi ikke snakket om. [...] Du har jo sett alle disse verandakonsertene, det var på en måte samme prinsippet, hvor jeg stilte meg uti hagen. [...] Da delte jeg også ut hefter til avdelingene og sånn og så satt jeg der nede og ledet sangstund utenfra da med høyttalere. [...] Så det har jeg også brukt endel faktisk, i løpet av den tida det var pandemi. Det fungerte egentlig ganske greit altså.*

Jeg stilte oppfølgingsspørsmål om hvordan beboerne reagerte på utendørskonsertene:

*Jeg tror de syntes det var fint å få det tilbudet. Har ikke snakket så mye med dem om det, men man får litt spontane reaksjoner der og da ikke sant, smil og vink og man ser at det er en hyggelig stund. Selvfølgelig litt avhengig av været da. Det var en sånn sommerhalvårsaktivitet kan du si. Det er en sårbar gjeng, det skal være fint vær ute for at dem skal orke seg ut.*

Andre metodikker som ble brukt under pandemien var det å lage spillelister som man lyttet til sammen. En av informantene trekker frem 17. mai spillelister i gruppesammenheng, mens en annen legger frem lytting mer rettet mot individuelle timer:

*Også, spesielt når jeg har individuelt så har vi laget en del spillelister ut fra sanger som de liker, så da lytter vi jo til de sangene. Så jeg pleier å blande litt på det, at vi lytter og at vi synger sanger da, at jeg har med piano eller gitar.*

I eldreomsorgen har musikkterapeuter både gruppemusikkterapi og individuell musikkterapi. Innenfor gruppemusikkterapi beskriver en av informantene hvordan å samspille i grupper kan være med på å skape en felles kulturell kode:

*[Beboerne] har sitt sykdomsbilde og har kanskje ikke så stor forståelse for andre sykdomsbilder og mye potensialer for konflikter da kan du si. [...] Så det å kanskje kunne oppleve hverandre og se hverandre i et litt annet daglys gjennom musikken, at «ok, hun som snakker «gibberish», hun kan faktisk synge alle versene av «Blåveispiken» liksom. Og dette er ikke sant, man kan oppleve faktisk en felles kulturell kode på en måte, og noe vi får til å gjøre sammen da.*

«Matching» er en empatisk teknikk innenfor musikkterapi som trekkes fram som en tilnærming en av informantene bruker mest i det musikkterapeutiske arbeidet:

*[...]det er jo på en måte det her med å matche og se litt på hva det er man får av respons.*

Informanten utdyper:

*Det er litt sånn å bruke magefølelsen og kjenne litt på hva som er rett i denne situasjonen, og så kjenner man om det er rolig i rommet og prøve å matche den stemningen som er. Så prøver man kanskje å utfordre litt hvis man da ser at den gruppen er veldig nede og kanskje starte litt oppe og sånn, og gå ned dersom de er veldig oppe. Så det er å hele tiden tilpasse seg, det er på en måte noe av det viktigste tenker jeg innenfor sykehjem.*

Som en eventuell følge av pandemien er det mer behov for individuell musikkterapi nå enn før:

*Men jeg føler jo at jeg gjør mer individuelt, at det er mer individuelle behov nå enn tidligere, spesielt på den ene avdelingen, om det er tilfeldig eller ikke det vet jeg ikke. Men jeg bruker mer tid inne på rommene enn det jeg gjorde tidligere.*

Det har også vært utfordrende med oppstart av individuell musikkterapi:

*Det har vært vanskelig å komme seg i gang igjen med individuell musikkterapi også, fordi man må se behovet på nytt igjen.*

Senere i intervjuet nevner informanten:

*Kanskje man burde hatt individuell musikkterapi på skjerm da, det hadde vært en idé.*

### 5.1.3 Digitalisering

Digital musikkterapi var ganske ukjent for flere av informantene. For noen var det ikke like nødvendig å ta i bruk, da en var fysisk til stede på arbeidsplassen, men for andre lå det mer i nysgjerrigheten rundt metodikken:



*Jeg gjorde det ikke direkte i musikken. Jeg la mer til rette for at de skulle få ha Skype eller videosamtaler på de iPadene som vi heldigvis hadde fra før av, sånn at de kunne ha samtale med sine nærmeste når ikke de kunne komme inn. [...] Og jeg tror nok at den musikken ikke hadde blitt den samme heller når det er på skjerm. Det eneste du hadde unngått er jo å ha på deg munnbind hvis du hadde satt i et rom for deg selv. Så jeg har ikke så mye erfaring med det ut mot de eldre og sånn.*

*Vi har ikke hatt noe digitalt sånn sett siden jeg har vært til stede på sykehjemmet hele tiden, men vi har selvfølgelig hatt møter på Teams da.*

Jeg stilte oppfølgingsspørsmål om digital musikkterapi var noe de vurderte å bruke:

*Så jeg var vel inne på tanken, men gjorde ikke noe mer ut av det. [...] Kanskje jeg hadde vært mer giret på det hvis jeg hadde sittet hjemme hele tiden, at jeg hadde gjort det hvis de hadde ønsket det og tatt initiativ til det.*

*Jeg stod jo og tenkte på det. Hvis jeg hadde fått andre typer retningslinjer å forholde meg til under pandemien, så var jeg liksom forberedt på at jeg kanskje måtte gjøre det. Da var det jo også med det om man liker å være på film selv og må forholde seg til det.*

På en annen side var digital musikkterapi fullt mulig. Inspirasjon og råd fra en kursleder gjennom jobben satte i gang tankene hos en av informantene:

*[...]han begynte å snakke sånn «ja vi ser at folk løser ting digitalt, kanskje kunne du ha sunget inn noen sanger, gjort en sånn løsning». Så da satte jeg rett og slett i gang med sånn digital sangstund-prosjekt. Sjekka med leder at dette kan jeg gjøre[...] Så det ble vel gjort innkjøp av flere nettbrett, den slags, litt kabler. [...]Da hadde jeg et eget kontor, hvor jeg hadde et el-piano på en tralle, så lagde jeg mitt eget lille tv-studio inni der, et lite filmstudio. Bare satte opp mobilen min på et sånn notestativ og lagde sangstunder. Hvor jeg spilte inn hver sang med en liten intro kanskje og sa litt om hvilken sang som skulle komme og sånn, og spilte inn og satte sammen til sangstunder.*

Informanten utdyper:

*Jeg brukte YouTube, men på en måte «privat» slik at jeg ikke publiserte noe, med rettigheter og sånne ting. Da kunne jeg sende lenker til bestemte personer som kunne få vise det for beboere [som] trengte å få en liten sangstund da. Jeg fikk liksom bruke kreativiteten litt. Jeg gjorde for eksempel sånn «verden rundt i bilder og musikk» med sanger som jeg visste kanskje flere beboere var glade i, eller bare prøvde meg på noen nye, hvor jeg printet ut bilder fra for eksempel Paris, Eiffeltårnet da. [...] Så på samme måte med flere lydspor, så det var på en måte en «verden-rundt»-pakke ikke sant. Så gjorde jeg kanskje det samme med litt sånn kjente fjes, kjente artister, viste bilder og sang.*

Digital musikkterapi har en fordel ved at man kan bruke materialet om igjen:

*Det som er så fint med det er selvfølgelig at det er jo gjenbruk da. Det kunne vi jo bare spille av så mye vi ville på en måte.*

I tillegg nevner informanten at den digitale løsningen er blitt videreført og kan bli brukt dersom musikkterapeuten for eksempel er borte fra jobb:

*Så har jeg absolutt tatt med meg dette her med den digitale løsningen, det er noe jeg har videreført ellers også nå. For eksempel hvis jeg tar sommerferie, eller når jeg tar sommerferie, så har det jo hendt at jeg har passet på og gjort tilgjengelig noen sangstunder slik at «jaja nå er jeg borte i tre uker, men sett gjerne på dette her liksom».*

## 5.2 Strukturelle forhold

### 5.2.1 Retningslinjer

Koronapandemien hadde flere ringvirkninger, blant annet på arbeidsplassen. Utydelige beskjeder omkring retningslinjer skapte mye frustrasjon for ansatte, deriblant musikkterapeuter. På den ene siden forteller en av informantene hvor heldig hen var da det ble gitt gode, klare beskjeder:

*Vi var jo veldig heldige hvis du kan si det sånn. [...] Vi var jo sikre med en gang om vi skulle være her eller ikke, fordi det var jo mange som ikke fikk lov å komme inn på avdelingen der lengre, alt ble jo stopp selvfølgelig over alt.*

Informanten utdyper:

*Vi var i løpende dialog med dem hele veien på hvordan vi skulle forholde oss, og hva vi skulle og får lov til å gjøre og sånn.*

Den gode kommunikasjonen under pandemien gjorde faktisk den generelle kommunikasjonen med sykehjemmet enda bedre:

*[...]Så det har blitt faktisk bedre i løpet av pandemien, at det har blitt enda bedre kommunikasjon egentlig med dem som er her.*

På den andre siden beskriver en av informantene hvor utfordrende det var å jobbe som musikkterapeut når man ikke hadde klare retningslinjer:

*Det var først og fremst veldig utfordrende, fordi vi som musikkterapeuter ikke hadde egne retningslinjer for hvordan vi skulle forholde oss til nedstengingen. Det ble veldig opp til sykehjemmene å bestemme hvordan vi skulle utføre praksisen. Heldigvis ble jeg ikke permittert da, men det skapte en sånn usikkerhet på oss som jobbet.*

Som den eneste musikkterapeuten, uten tillatelse fra sykehjemmet til å samarbeide med fysioterapeuten, må en gjøre mye alene:

*Ja, jeg måtte gjøre veldig mye alene, stod veldig alene i den. Jeg fikk ikke beskjed om at jeg måtte gjøre det og det, jeg måtte bare se «ok, der er det et behov», nå må jeg bare gjøre den oppgaven og sånn.*

Grønt lys fra ressursteamet som ble stasjonert på arbeidsplassen under pandemien gjorde det lettere for en av informantene å utføre jobben sin:

*[...] det var jo masse nye prosedyrer da, med av og på-taking av diverse utstyr og håndtering av smitteavfall, masse greier. Så det var et eget ressursteam for det. Og da snakket jeg med en av dem. Da sa hun at «du kan gå på alle avdelingene liksom, så lenge du bare følger disse prosedyrene». Og da var jeg også inne hos koronasyke beboere, spilte, og fikk lov til det. Men det var selvfølgelig ... jeg hadde munnbind, visir, plasthansker og spilte gitar.*

Selve strukturen på arbeidsdagen ble snudd på hodet og musikkterapeutene måtte forholde seg til blant annet kortere dager, samt kortere musikkterapitimer:

*Vi jobbet mye kortere egentlig. Vi hadde oftere kortere sangstunder og kortere dag, fordi det ble for intenst å holde på. Både intenst og de ønsket av vi skulle oppholde oss kortest mulig likevel, vi skulle ikke drive og henge rundt i gangene her når vi var ferdige med det vi skulle gjøre på avdelingene. Så vi gjorde det vi skulle så dro vi hjem da, og hadde gjerne litt oftere sangstunder fordi det var ikke nok å fylle, og overbelastningen med det.*

### 5.2.2 Verdien av en musikkterapeut

Ledelsen på sykehjemmene viste tydelig uttrykk for at de så viktigheten av å ha en musikkterapeut på huset under pandemien og at musikkterapeutene selv var takknemlige for det:

*Så er jeg veldig takknemlig for at det ble ansett som viktig også fra ledelsen og fra ressursteamet som jobbet med smittevern, at de så verdien av at jeg kunne slippe inn og være til stede med det da. Når det på en måte var så mye annet som var i så veldig fokus da, smittevern.*

*Men de ønsket gjerne at musikkterapeutene skulle fortsette å gå på avdelingene, for de syntes vi var så viktige at de ville at vi skulle inn. Så det var skikkelig fint.*

Det er viktig å være takknemlig og kunne se seg selv som nyttig i yrket sitt, når man ellers føler seg som om man ikke bidrar nok:

*Også er det vel den samme måten du på en måte klarer å liksom luke ut de tingene og tenke på at «det er faktisk bra at jeg er her». At de får glede av musikk, jeg vet de har glede av musikk. Hvis jeg ikke får vært der og sånn, så får de hvert fall ingenting.*

Informanten utdyper:

*[Hjelpepleierne] hadde ikke hatt muligheten til å gi noe ekstra som de kunne hatt muligheten til nå da, når det ikke er en pandemi. Da kan du liksom få til litt mer og sånn. Men det at det trekker ut mye av det, at det bare er de primære behovene som ble dekt, så skal man egentlig være takknemlig for at jeg fikk holde på med musikk, når jeg ser tilbake på det.*

Musikken blir satt i perspektiv under en pandemi og det kan skape rom til å ta et skritt tilbake og se verdien musikken kan gi. Som musikkterapeut fikk man muligheten til å være en av de få opplevelsene av noe friskt:

*Man får jo satt musikken i perspektiv da. «Hva er det vi har hatt» på en måte når man ikke har den muligheten lenger. Men jeg opplevde i hvert fall at det jeg kunne bidra med var verdifullt da. Det blir jo et sånn pust i en litt sånn kjip hverdag hvor man ikke får treffe familien sin, hvor man må være på dette rommet, og det er så uforståelig ikke sant for mange av beboerne. Så jeg opplevde i alle fall meg selv som en opplevelse av noe friskt på en måte.*

### 5.3 Musikkterapeutens rolleforståelse

#### 5.3.1 Rollefordeling

Under koronapandemien kunne man bli satt til andre oppgaver enn stillingen man hadde på arbeidsplassen, for at ting skulle gå rundt. Med enda mindre bemanning på sykehjemmene måtte man også utføre annen type jobb, som kunne føre til enda mer usikkerhet i forhold til rollefordeling:

*Jeg husker i starten at jeg ble veldig usikker på hva min rolle kom til å være.*

Informanten utdyper:

*Og jeg som er en person som går på tvers på avdelingene [...] det vil ikke være helt aktuelt å fortsette på samme måte. Og tenkte vel kanskje at jeg kom til å bli brukt til andre arbeidsoppgaver.*

Det medførte et ansvar for å ta på seg flere arbeidsoppgaver:

*Ja, jeg tok litt tak også. Det var med tanke på at man vil være en ressurs og vil benytte seg av ting. Så jeg satt jo en del i gang, med å få i gang en del videosamtaler med pårørende som ikke kunne komme inn på huset. Så det ble litt sånn tilrettelegging og sånn.*

Jeg stilte oppfølgingsspørsmål om hva informanten følte om å gjøre andre oppgaver enn man egentlig «trenger»:

*[...] man kjente jo kanskje det at man får litt tilbake også når man opplever hvor takknemlige pårørende blir og det er vel litt den tingen som musikkterapeuter kjenner på og prøver på ... man kjenner at man får smil fra en beboer, det blir litt på samme måte. Den anerkjennelsen til det man holder på med er god, at det er en god relasjon rundt det. Men det var jo absolutt en tøff tid, spesielt for beboerne tror jeg. Som ikke får besøk, det blir litt mer ensomt tror jeg.*

En informant beskriver at jobben har vært enda mer stressende i etterkant, med forlengelse av ekstra arbeidsoppgaver og at det kjennes ut som en omstilling der man nesten starter helt på nytt igjen:

*Jeg opplever veldig mye av de arbeidstingene som man gjorde under pandemien er blitt hengende etter ... sånn at når plutselig alt skal åpne igjen, så har man alle de andre arbeidsoppgavene i tillegg og sånn. Så det har opplevdes mye mer stress rett og slett, fordi det har blitt så mye ting på en gang. Og det gjelder jo alt av musikk som skal inn. Og alle er jo skikkelig ivrige på å komme i gang, og det er jo kjempepositivt, men så er det jo det at man kjenner på seg selv at man er nesten nødt til å starte helt på nytt. Det er som å starte i en ny jobb, at man må sette seg inn i alt på nytt igjen.*

### 5.3.2 Frykt

Å være fysisk til stede på arbeidsplassen under koronapandemien trigget frykt. Ytre faktorer som media spilte også inn:

*Jeg kjente kanskje det som gjorde mest inntrykk på meg var når de første dødstillene begynte å komme til Norge. At man hele tiden var i frykt. Så den frykten i meg var det at, jeg fikk jo ikke lov til å bare trekke meg tilbake på kontoret, jeg måtte være ute. [...] det blir vanskelig å vite hvordan vi skal forholde oss til beboerne og frykten der også. [...] Men man tenkte ikke*

*over det før. Man ble kanskje bevisst liksom den her sykdommen rundt hvor skjørt det livet er på slutten.*

Frykten for smitte og å smitte, samt å jobbe fysisk opplevdes litt ambivalent blant annet med tanke på skillet mellom privatliv og arbeidsliv:

*Så går man jo og er litt redd for å ta med seg smitte inn. Nå var ikke jeg avhengig av å ta kollektivt eller noe sånn [...]det var bil eller sykkel på meg, sånn sett så var det greit. Men jeg har jo barn og sånn hjemme, og de var jo redde for at ... hvert fall hun eldste var veldig sånn engstelig for at hun skulle få korona så jeg fikk korona så jeg tok med det på sykehjemmet liksom. Så det var jo belastning sånn sett, samtidig syntes jeg det var veldig fint å kunne gå på jobb de dagene der.*

### 5.3.3 Håndtering

Jeg stilte oppfølgingsspørsmål til en av informantene om hvordan hen håndterte jobben under såpass krevende arbeidsforhold:

*Ja ikke sant, hm ja hvordan håndterte jeg det? Frisk luft og familien min. [...] Så det var fint å kunne gå på jobb, så kunne man komme hjem og være med de der. Vi var mye ut på tur i skogen og fikk mye frisk luft også, så jeg tror det gjorde susen det. Det gikk jo bra da, det gjorde det.*

Det lå til grunn flere typer håndteringer enn frykten rundt smitten, men også den indre håndteringen knyttet til den dårlige samvittigheten av å ikke være god nok i jobben sin:

*Jeg tror nok at jeg bare opplevde at man aldri strakk til. Kanskje enda mer enn det man gjør. For man har jo et stort ansvar nå også, men man opplever mye. Det er jo det at man blir litt ekstra stresset rundt det, at man prøver så godt man kan, så til slutt må man bare legge det ned. Kanskje også det som jeg erfarte var at jeg nødvendigvis ikke trengte å planlegge så mye som jeg gjorde før, at nå måtte jeg bare tenke at «nå må jeg bare levere».*

Informanten utdyper:

*Sånn sett så kunne det vært en positiv side av det, at jeg klarte å være litt mer spontan. Men det var jo en voldsom utfordring å stå i, så jeg vet ikke helt hvordan jeg egentlig taklet det. Det var bare det at jeg måtte prøve så godt jeg kunne og gjøre det beste og tenke at det er det jeg klarer nå, det måtte være godt nok.*

## 5.4 Viktigheten av relasjon

### 5.4.1 Kommunikasjon og nærhet

Informantene ble spurt hva de forbinder med ordene kommunikasjon og nærhet. En av informantene beskriver det som «alfa omega»:

*Jeg tenker det er nesten «alfa omega» da. Nærhet handler jo om å bygge en form for tillit i en relasjon, og det at jeg kan komme nærme de beboerne jeg jobber med for at de skal føle seg trygge til å være i musikalsk samspill med meg for eksempel. Det tenker jeg er viktig.*

Flere av informantene nevner fysisk nærhet når de beskriver hva de forbinder med nærhet:

*Ja, nærhet tenker jeg da på å kunne sitte ved siden av en pasient og holde i hånden samtidig som man synger en sang og har en fin samtale liksom.*

Nærhet under pandemien brakte med seg utfordringer da det ikke lenger var mulighet for fysisk nærhet og måtte forholdes annerledes til:

*Nærhet og sånn handler mye om å kunne være tett på. Men ikke bare det å kunne stryke dem på ryggen og sånn, men nærhet med blikket og med smil. At man henvender seg til dem når man synger og sånn. Noe som man på en måte også prøver på når man har på munnbind, men da blir det litt mer skummelt. Så akkurat den nærheten som var under pandemien var mer at man kunne prøve å være vennlig med øynene og se rundt og sånn. Og den nærheten du kan få til nå er så mye mer, for man kan på en måte stryke dem eller gi dem en klem hvis de har behov for det.*

Kommunikasjon og kroppsspråk er ifølge informantene nært knyttet til hverandre:



*[Kommunikasjon] tenker jeg også er en form for deling da. Selvfølgelig den verbale kommunikasjonen «jeg forteller et budskap, du mottar den, du gir meg kanskje noe tilbake», men selvfølgelig også det som går på kroppsspråk. Det vi uttrykker gjennom mimikk, følelsesuttrykk, gester. Som selvfølgelig både sendes ut, men også tolkes av mottakeren og kan forstås på en helt annen måte enn det den som sendte ut kanskje mente.*

Kroppsspråk er viktig i forhold til personer med demens:

*I forhold til kommunikasjon og sånn, man bruker jo mye i forhold til kroppsspråk og sånn med de som er i demensforløpet, at de speiler jo de og vi kan speile dem.*

Det samme beskriver også en av de andre informantene:

*Ikke sant, man bruker jo masse sånt kroppsspråk, ansiktuttrykk, mimikk, særlig med tanke på personer med demens! De leser jo kroppsspråk så mye! Så kroppsspråk er så viktig, ovenfor dem.*

Den fysiske avstanden begrenset relasjonen med de andre beboerne, og en av informantene forteller hvordan avstand på et punkt kunne sette stopper for en form av identiteten sin:

*Jeg syntes både at det var slitsomt selv, og jeg skulle gjerne ønske at vi kunne være mer til stede hos hverandre. Du føler liksom at man har litt avstand, på det relasjonelle planet og da. Det kommer til et visst punkt, men det stopper litt opp av alt dette helt fysiske som på en måte stenger for meg da og hvem jeg er på en måte.*

En av informantene uttrykker at musikken er nøkkelen inn til kommunikasjon:

*[...] min form for kommunikasjon her er jo musikken selvfølgelig, og jeg setter veldig pris på at jeg kan bruke musikken å kommunisere gjennom, få kontakt og relasjon når jeg bruker musikken som det. Det er virkelig nøkkelen inn. Så kommunikasjon er jo måten jeg snakker med andre på da og er med andre.*

#### 5.4.2 Muligheter i musikken

Å jobbe som musikkterapeut i eldrehelsefeltet inviterer til meningsfulle og inspirerende menneskemøter:

*[...] det er jo mange fantastiske menneskemøter, og det at man kan fortsette å leke og finne liksom barnet i seg. Uansett om man er hundre år, på en måte. Det er veldig gøy. Også er det jo også veldig flott å se når en person som kanskje er veldig, veldig preget av sin demenssykdom for eksempel da, virkelig kan våkne til liv og strutte av livsglede gjennom musikken, er jo kjempeinspirerende.*

Musikken kunne under pandemien bli brukt til både oppmuntring og trøst:

*Så prøvde jeg liksom å finne, tenke litt på det, finne en del sanger med litt håp i, finne sanger som kunne trøste litt og også være beroligende. De fikk jo med seg veldig mye av det, de eldre da, de var også redde. [...] Selv om man følte veldig mye rundt det selv, så måtte du være blid og se håpet i det, og komme med litt humor i musikken, relatert til det man holdt på med. Kanskje også mye at man måtte få opp stemningen og sånn, det var det som ble mye av utfordringen under pandemien.*

Også med tanke på låtvalg krevde det litt omorganisering:

*[...]man lager jo variasjoner på samme måte som man gjør i dag, men kanskje den variasjonen ble mindre på de melankolske sangene, kontra de oppmuntrende sangene og sånn.*

Som musikkterapeut har man blitt trent opp til å opptre fleksibel og være tilpasningsdyktig. En av informantene beskriver at hen har tilpasset noen av låtene på grunn av restriksjonene, mens det meste av musikken blir tilpasset slik som før:

*Det som det i hvert fall har vært mindre av er mer sånn «joho, nå skal vi ha det gøy og alle sammen skal sitte her og vugge og ruge sammen», det funker jo ikke selvfølgelig, de sangene typ der da. [...] jeg tror jeg har brukt det samme mye egentlig. Jeg tenker på det, om jeg har variert noe i forhold til sinnsstemning på lystige og rolige sanger, men det pleier jeg liksom å variere etter dagsform og humør uansett hvordan stemningen er på avdelingen, og det tror*

*jeg jeg tilpasser uansett. Så jeg tror kanskje ikke jeg har gjort så mye annerledes sånn sett der.*

Musikken under pandemien hadde ikke bare en samlende og positiv påvirkning på beboerne, men den kunne også være med på å heve stemningen blant de andre ansatte:

*Så var det liksom også å få opp stemninga blant de ansatte også, for de har en hel sammenheng mellom alt som skjer. Man merker på en måte også på stemningen der at de også trenger å bli løftet litt opp, for å kunne utarbeide en god jobb og sånn mot beboerne med demens. Det hjalp vel overalt, så jeg merket også at musikken på den måten ble litt mer samlende. De satt jo fortsatt pris på musikken, [...] det var mye av det eneste som skjedde av positive ting, så var det kanskje musikken. Så jeg gjorde kanskje litt mer av det, at «nå tar vi kanskje en sang».*

Selv med munnbind og full drakt oppleves musikken og bruk av musikken som en måte å knytte sammen musikkterapeuten med positive opplevelser, at det gir en grad av gjenkjenning hos beboerne med demens:

*Det er jo selvfølgelig utfordrende bare med å være bak en sånn maske. Men jeg merker jo, helt uavhengig av pandemi at jeg opplever i veldig stor grad av gjenkjenning hos beboerne som også har kanskje langkommet kognitiv svikt. Og jeg tenker det har selvfølgelig noe med musikken å gjøre, at vi har helt klare assosiasjoner knyttet til at jeg er sammen med dem, spiller, synger, vi deler musikkopplevelser og at det setter seg. Noen kan kanskje bare smile og si «å det er deg» og så blir de kjempeglad. Kanskje ikke nødvendigvis de kobler «å det er du som spiller for oss hver tirsdag», men at de forbinder oppsynet mitt eller hvem jeg er med en positiv erfaring da. Sånn at, det at jeg har kunnet vært der og vært til stede, selv om jeg er bak en maske eller bak noe smittevernsutstyr, så har jeg jo håpt at det har på en måte kunnet skinne gjennom. Med stemmen min, med kroppsspråket mitt og gestene mine, at det ligger mye der og, i gjenkjenning av hvem jeg er på en måte og hva vi har sammen.*

Musikken vil alltid vær der og kunne tilby glede:

*For det er det jo på en måte, musikk er musikk, uansett hvordan forholdene rundt er liksom. Man kan fortsatt ha like mye glede av den da.*

## 6. Drøfting

I denne oppgaven har jeg utforsket problemstillingen *Hvordan har musikkterapeuter på sykehjem arbeidet med beboere med demens under COVID-19 pandemien?* Jeg har undersøkt musikkterapeuters perspektiver gjennom kvalitative intervjuer. Den tematiske analysen resulterte i de fire kategoriene *smittevernstiltak og metodiske valg, strukturelle forhold, musikkterapeutens rolleforståelse og viktigheten av relasjon*. Funnene viser til utfordringer i musikkterapeutenes arbeid på sykehjem rundt smittevernstiltak, smittevernsutstyr og prosedyrer, samt musikkterapiaktiviteter og utførelsen av dem. Dette hadde igjen påvirkning på informantenes relasjon med beboerne, så vel som informantene i rollen som musikkterapeut og påkjenningene koronapandemien medførte. Alt tatt i betraktning opplevde musikkterapeutene at musikkterapien var nyttig for beboerne, samt annet personale, som et lysglimt i mørket. I dette kapitlet skal jeg samle trådene og drøfte funnene i lys av relevant teori og litteratur.

### 6.1 Smittevernstiltak og metodiske valg

Ridder (2016b) hevder hvordan forskjellige musikkaktiviteter i eldreomsorgen kan brukes for å hjelpe og skape nærvær, øke velvære og berolige de eldre. Eksempler på dette er musikklyttegrupper, allsang eller en-til-en situasjoner mellom musikkterapeut og beboer. Informantene forteller om hvordan restriksjonene førte til at de ikke kunne ta i bruk flere av de musikkterapeutiske metodene på den måten de hadde gjort i arbeid før. De så seg nødt til å fjerne visse instrumenter eller kutte hele aktiviteter som i utgangspunktet var nyttige for beboerne. Basert på informantenes utsagn kan det tolkes som om de forsøkte å utføre jobben sin så godt de kunne med de midlene og reglene de hadde, men det kommer også frem at det var utfordrende. Likevel forteller en av informantene om blant annet utendørskonserten, som ble et nytt tilbud de utformet under pandemien. Utendørskonserten er et fenomen som ble stort verden rundt under de tyngste nedstengingsperiodene, der folk sang fra balkongene sine eller hadde konserten ute i hagen. Dette skriver Hole (2020) om i kulturavisen *Subjekt*. Her indikerer Hole hvordan balkongsamspill skapte rom for fellesskap, tilhørighet og nærhet i nasjonale kriser. Utendørskonserten ble ifølge informanten også et godt alternativ på sykehjemmet som overholdt smittevernsrestriksjonene, fordi det var et fint avbrekk og hen opplevde at det skapte glede hos beboerne.

Informantene trekker frem musikkstund, eller sangstund, som en av de musikkterapeutiske metodene som ble mest brukt i deres praksis og som var viktig å få i gang og opprettholde under koronapandemien. Tidligere forskning har også bekreftet dette, både hos Molyneux et al. (2020) og Lee et al. (2022). I tillegg er musikkstund nevnt som viktig i eldreomsorgen i litteraturen både hos Kvamme (2020) og Ridder og Stige (2016). Musikkstund for grupper er en nyttig måte for musikkterapeuten å jobbe med for eksempel personer med demens ved bruk av de tre R-ene, *ramme, regulering og relasjon*, som Ridder (2016c) nevner. Ikke bare kan en musikkstund være med på å danne en trygg og god ramme med meningsfull struktur, men også tilby et felles oppmerksomhetspunkt som gir rom for regulering. I tillegg rommer metoden også relasjonsaspektet, som er et tema jeg drøfter mer i delkapittel 6.4 *Viktigheten av relasjon*.

Resultatene viser at en av de mest framtrepende utfordringene i forhold til musikkstund og smittevern var spriting mellom øktene og det å synge med munnbind. Vanskeligheter med pusten, at musikkterapeutene ble veldig tørr i halsen som førte til sprekk i stemmen og press på volum var noen konkrete eksempler som ble nevnt. Det var også en fysisk påkjenning hvor man måtte overkompensere kroppslig, man ble svett og tung i hodet, i tillegg til at det for flere informanter følte som man sang inn i et eget ekkokammer eller til en vegg. Hauken og Heltne (2021) rapporterer fra helsepersonell at det under pandemien var tungt å jobbe ikledd smittevernutstyr som både forårsaket mye varme og tyngre pust, samt både en fysisk og psykologisk barriere for samhandling med pasientene. Det sistnevnte bekreftes også i funnene, der en av informantene også beskriver at forstyrrelsene med smittevernutstyr kunne påvirke samspillet med beboerne negativt, fordi det var vanskelig å få kontakt og respons fra beboerne.

Ridder (2016a) nevner viktigheten av å opprettholde en god omsorgskultur i eldreomsorgen. Ved det menes at personer med demens skal møtes med respekt og på et helmeneskelig plan, ikke med sykdommen først i rekken. En god omsorgskultur er som oftest integrert i en personsentrert omsorg. Med en koronapandemi sterkt preget av sykdomsfokus og strenge smittevernregler vises det i datainnsamlingen at utførelse av personsentrert omsorg kan ha vært mer utfordrende, mye på grunn av de fysiske begrensningene. En av informantene forteller om håndhilsning før og etter en musikkstund som en måte å se beboeren på, som virket naturlig for dem. Dette var en situasjon som for informanten var utfordrende under pandemien, spesielt på et relasjonelt plan. Denne fysiske gesten som tidligere ble gjentatt hver

musikkstund var en måte for musikkterapeuten å anerkjenne og validere hver beboer, slik beboeren kunne få dekt psykososiale behov. Dette nevner også Kvamme (2020), at blant annet validering er en positiv måte å kommunisere med personer med demens på.

Håndhilsning var for informanten en viktig rutine, som i utgangspunktet var fin, og krevende å legge fra seg når man måtte forholde seg til smittevernstiltakene.

Digital musikkterapi og demens under koronapandemien belyses i forskjellig forskning, blant annet Molyneux et al. (2020) og Lee et al. (2022), hvor musikkstund var en framtreddende metode hos begge. Det ble gitt uttrykk for i intervjuene at digital musikkterapi var et nytt konsept for informantene med lite uttesting innenfor eldrefeltet i Norge. Av de tre informantene var det én informant som benyttet seg av denne arbeidsformen. Informanten beskriver hvordan det kunne gi plass for kreativ utfoldelse og hvordan det i ettertid var noe hen har tatt med seg videre i arbeid. Disse betraktningene kan antyde at digital musikkterapi kan være nyttig i bruk i demensomsorgen når det oppstår situasjoner hvor man ikke kan ha fysiske musikkstunder. Det kommer også frem i de nevnte forskningsresultatene at digital musikkterapi hadde positive fordeler som sangglede, fellesskap og meningsfulle interaksjoner. Man kan med dette stille seg kritisk til datamaterialet og stille spørsmål til hvorfor den digitale arbeidsformen ikke er blitt mer utbredt i norsk eldreomsorg. Er det enda for nytt og ukjent? På den andre siden kan jeg ikke med visshet konkludere med denne studien at det er for lite digitalisert musikkterapi i norsk eldreomsorg, da jeg kun har et utvalg av tre informanter innenfor Østlandet. I tillegg tar jeg kun stilling til et begrenset utvalg av litteratur.

Likevel finnes det en del utfordringer ved bruk av digital musikkterapi. Som en av informantene nevner ligger det et aspekt i å kjenne seg komfortabel foran et kamera. I tillegg må man ha kunnskap nok til å kunne klippe og lime sammen eventuelle videoer og redigere tekst. Videre må man også publisere videoen et sted hvor det er lett tilgjengelig for ansatte og beboere å finne, samtidig som man forholder seg til diverse rettigheter og personvern. Å ta i bruk denne arbeidsformen vil bety at det er mye praktisk å sette seg inn i. Andre utfordringer i forhold til personer med demens er ifølge Kvamme (2020) oppmerksomhet. Når personer med demens i utgangspunktet har problemer med å opprettholde oppmerksomhet kan det bli mer utfordrende bak en skjerm.

Teknologiske forsinkelser som følge av latenstid blir nevnt av blant annet Glinskytė et al. (2022) som den største utfordringen innenfor digital musikkterapi. For lang ventetid via

skjerm kan skape problemer for personer med demens både når det gjelder oppmerksomheten som nevnt over, samt en stor del av det musikalske samspillet. utfordringer med latenstid kommer ikke frem som et tema i datamaterialet mitt. Dette funnet, eller mangel på, kan tolkes som om den informanten som benyttet seg av den digitale arbeidsformen kun forholdt seg til forhåndsinnspilte sangstunder, ikke via Zoom eller andre videokonferanseplattformer. Med ferdiglagde videoer vil man dermed slippe å tenke på latenstid, som er en fordel. En ulempe med forhåndsspilte opptak er at musikkterapeuten mister relasjonen til beboeren som hadde vært en mulighet under direkte innspillinger. Et alternativ kunne vært å gjøre begge deler, men vurdert når det var mest hensiktsmessig å utføre den ene aktiviteten framfor den andre.

## 6.2 Strukturelle forhold

Ifølge funnene hadde musikkterapeutene få eller ingen egne retningslinjer, slik en av informantene nevner at for eksempel fysioterapeuter hadde under koronapandemien. Det at det kommer tydelig frem i intervjuene gir et innblikk i hvor viktig det er for musikkterapeuter ute i praksis å ha noe å støtte seg bak, spesielt under slike ekstraordinære tider. Riktig nok har musikkterapeuter yrkesetiske retningslinjer (Ruud, 2022) som ble vedtatt i 2008 og revidert i 2017. I *Musikernes fellesorganisasjons yrkesetiske retningslinjer for musikkterapeuter* punkt 1.2 *Formål og fundament* står det at retningslinjene skal være «en støtte for musikkterapeuter når de skal ta stilling til yrkesetiske spørsmål» (Ruud, 2022, s. 154). Under en krisesituasjon som koronapandemien forstår jeg ut ifra informantenes utsagn at de yrkesetiske retningslinjene ikke var tilstrekkelig nok. Jeg tolker det slik at det burde vært mer konkrete retningslinjer å forholde seg til.

Jeg tør å påstå at mennesker som går inn for å utdanne seg som musikkterapeuter har en felles tanke om at musikk kan gi åpning for mange muligheter. Dette bekrefter også Ridder (2016b), at det ikke er musikkens magi, men musikkens mange muligheter som gjør at den kan fungere så godt. Det er imidlertid viktig at ledelsene også anser musikkterapi som viktig. Har musikkterapeutene ikke støtten og tilliten fra høyere hold på arbeidsplassen vil det gjøre det utfordrende å nå ut til de menneskene som hadde hatt behov for musikkterapi. Stige og Ridder hevder at «musikk er ikke bare kunst og underholdning, men like mye en samværsform mennesker imellom» (2016, s. 27). Det vil si at musikken ikke bare er brukt av estetiske grunner. I intervjuene nevnes det hvordan informantene opplevde at ledelsene faktisk så verdien av å ha en musikkterapeut som arbeidet under pandemien og at de tillot

musikkterapeutene å være fysisk til stede og aktiv på jobb. Ifølge Helsedirektoratets rapport (2022) punkt 3.2 har pandemien ført til sykdomsforverring hos flere personer med demens. Med tanke på at så mange ansatte ble permittert, var informantene takknemlige for at de ble sett på som verdifulle for beboerne og på arbeidsplassen. En av informantene beskriver at det var fint at man kunne være et friskt pust i en ellers sykdomsfokusert hverdag. Dette ser jeg som en av de positivt rettet funnene i denne studien.

Det kommer frem i intervjuene hvor ulikt de forskjellige musikkterapeutene arbeidet, eller fikk lov til å arbeide, til bestemte tider i løpet av koronapandemiens restriksjoner. På en side fikk en av informantene bekreftet etter en samtale med ressursteamet som ble stasjonert på arbeidsplassen at hen hadde tillatelse til å besøke alle avdelingene. Da fikk informanten lov til å ha musikkterapi med koronasyke beboere, så lenge hen forholdt seg til prosedyrene til enhver tid. I motsetning måtte en annen informant forholde seg til andre regler. Hen fikk ikke oppholde seg andre steder mer enn nødvendig og kun ha musikkterapi på bestemte avdelinger. Sett i sammenheng med at arbeidsstedene til de ulike informantene var innenfor samme østlige geografiske område, opplever jeg dette som en mulig skjevhet. Ifølge Hauken og Heltne (2021) hadde man forskjellige smitteverntiltak delt i ulike begreper som *ring 1* og *ring 2* i forhold til hvor man bodde i Norge og hvor høyt smittetall det var innenfor de bestemte områdene. Hadde for eksempel alle av informantenes arbeidssteder vært innenfor *ring 2*, kunne man med tydeligere retningslinjer for musikkterapeuter kanskje hatt en likere arbeidsrutine under pandemien. Dette kunne vært gunstig for musikkterapeuter med tanke på klarhet og struktur, men også sørget for at beboerne på sykehjemmene hadde fått like gode tilbud, sett bort fra de individuelle smittetilfellene på hvert sykehjem. Likevel er dette umulig for meg som forsker å konstatere.

Ifølge Hauken og Heltne (2021) fører det å jobbe under en pandemi med seg mange utfordringer med blant annet et stort press på helsetjenesten. I kontrast til dette uttrykker likevel en av informantene at forholdene under pandemien brakte med seg noe positivt til arbeidsplassen, som var bedre kommunikasjon generelt på sykehjemmet. Dette opplevde jeg først som et overraskende utsagn, da min forforståelse i utgangspunktet var at sykehjemmene hadde dårligere kommunikasjon som følge av pandemien. I ettertanke ser jeg at med en hverdag bestående av stadige endringer og dårlig informasjonsflyt, var man nødt til å skjerpe kommunikasjonskanalene for å ha et fungerende arbeidsmiljø. Samsvarende med musikkterapeutens utsagn beskriver Hauken og Heltne (2021) at en pandemi kan også



medføre noe i positiv retning som økt samhold i personalgruppen og positiv vekst. Dette bekrefter informantens utsagn, at utfallet kan gå begge veier angående bedre eller verre kommunikasjon på arbeidstedet.

### 6.3 Musikkterapeutens rolleforståelse

Ifølge flere informanter ble man satt til andre oppgaver på sykehjemmet under pandemien, blant annet på grunn av begrenset bemanning. Innenfor eldreomsorgen nevner Stige og Kristiansen (2016) tre ulike implementeringsstrategier som jeg mener kan ses i tråd med musikkterapeutens rolleforståelse under en pandemi. Å ta i bruk en *autonomistrategi* vil indikere at musikkterapeuten trekker seg vekk fra fellesskapet med andre ansatte og jobber selvstendig. I en *assimileringsstrategi* tilpasser man seg i stor grad og tar på seg andre oppgaver for å blant annet støtte fellesskapet. En *hybridstrategi* blander og balanserer dem, i tillegg til å tilføye noe nytt. Sett i sammenheng med pandemiens situasjon tolker jeg det som at informantene tar mest i bruk en *assimileringsstrategi*. Jeg kan ikke tillate meg å konkludere med at det var enten frivillig eller ufrivillig fra informantenes side, for det vet jeg ikke fra utsagnene. Likevel uttrykker flere informanter at å bli satt til andre arbeidsoppgaver førte til både følelser av usikkerhet, men også følelser av å være nyttig. En av informantene nevner at det på en side var fint og man kjente seg takknemlig for at man kunne være en ressurs for andre. På den andre siden kunne andre arbeidsoppgaver føre til usikkerhet, for man ble ikke helt klar over hvilken rolle man hadde. Dette kan være en av utfordringene ved en *assimileringsstrategi* ifølge Stige og Kristiansen (2016), for yrkeslinjene viskes litt ut når man ikke har likevekt. Ut ifra informantens utsagn tolker jeg at det sistnevnte kan være et tilfelle, for linjene mellom hva en musikkterapeuts oppgave er og ikke blir utydelige.

Som tidligere nevnt forteller Kvamme (2020) at musikkterapeuter som arbeider på sykehjem kan bli sett på som helsepersonell. Sett under en pandemi kan musikkterapeuter på lik linje som annet helsepersonell bli utsatt for tunge påkjenninger som kan påvirke både den psykiske og fysiske helsen. Informantene nevner en usikkerhet og frykt rundt det å jobbe fysisk på sykehjem under pandemien. Jeg anser håndteringsmodellen til Hauken og Heltne (2021) som like relevant også for musikkterapeuter, da det kan gi gode forebyggende støttetiltak som vil være gunstig for en musikkterapeut ute i arbeid med sårbare grupper og arbeidsteder. En musikkterapeut jobber ofte alene, så støttetiltakene som *hør meg* og *støtt meg* kan være særs viktig også utenfor en pandemisituasjon. Begge punktene handler om å kunne ha ledelsen i

ryggen og en mulighet til å dele opplevelser og reflektere, samt kommunisere rundt fysiske og praktiske behov. Dessuten mener jeg at bruken av en slik håndteringsmodell vil være med å belyse viktigheten av musikkterapeutenes opprettholdelse av generell helse ute i arbeid. Utbrenthet kommer fram som et tema her, men på grunn av oppgavens omfang velger jeg å ikke gå mer inn på denne tematikken.

Hauken og Heltne (2021) hevder at helsepersonell kan på et tidspunkt oppleve *rollekonflikt* mellom sin private og sin profesjonelle rolle, fordi man må under en pandemi blant annet forholde seg så strengt til arbeidsstedet. Som følge av dette kommer et ansvar, samtidig som man også ønsker å skåne familien sin. Alle faktorene kan knyttes til stresset for eventuell smitte. En av de store utfordringene med koronapandemien var at det kunne være lite til ingen synlige symptomer hos menneskene som var smittet (Hauken & Heltne, 2021). Dette dilemmaet trekkes frem hos en av informantene, som uttrykker at det var en belastning å måtte gå rundt og være engstelig for om man tar med seg smitte inn på arbeidsplassen. Hen nevner også hvordan familiemedlemmer var redde for at de var smittebærere uten å vite det, som ville overføres gjennom informanten videre over til arbeidsplassen og de sårbare eldre. Dette kan tolkes som om informanten opplevde rollekonflikt. Dersom rollekonflikten er i høyspenn over lang tid man ifølge Hauken og Heltne (2021) få mindre energi og kjenne på ensomhet, som igjen kan øke risikoen for en psykisk lidelse. I dette tilfellet uttrykker informanten at familietid var noe av det som holdt hen ved godt mot, ikke omvendt.

En av informantene påpeker opplevelsen av å ikke kjenne at man strakk til mer enn vanlig. I utgangspunktet er det vanskelig nok å rekke over musikkterapitimer med alle beboerne på sykehjemmet som hadde hatt behov for det, fordi det går som regel ikke opp. Under en tid som en pandemi vil dette intensiveres. Hauken og Heltne (2021) trekker frem et begrep, *moralsk skade*, som blant annet omtaler en situasjon hvor man føler man ikke er tilstrekkelig. Symptomer på dette kan være at man snakker negativt om seg selv, har dårlig samvittighet eller kjenner på skam. Dette kan eventuelt føre til mer langvarige psykiske problemer på sikt. Her vil det være viktig å utføre egenomsorg som en musikkterapeut. *Støtt meg* støttetiltaket som nevnt ovenfor viser også til hvordan en arbeidsgiver kan gi opplæring som involverer egenomsorg. Hauken og Heltne (2021) nevner erfarne helsepersonell som har gode, innlærte strategier og derfor står bedre rustet. Får mindre erfarne helsepersonell opplæring, i dette tilfellet musikkterapeuter, vil det gi rom for å være enda mer rustet og motstandsdyktig når man står ovenfor intense situasjoner.

## 6.4 Viktigheten av relasjon

Et av forskningsspørsmålene til denne studien omhandler opplevelser av relasjon til beboerne hos musikkterapeutene. Det uttrykkes i intervjuene at å skape en god relasjon er et viktig fokus hos informantene, bestående av blant annet nærhet, trygghet og tillit. Opplevelsen av nærhet med beboere under pandemien var ifølge flere av informantene utfordrende, da man ikke kunne være fysisk nære for å for eksempel stryke på ryggen til en beboer eller gi en klem. Musikkterapeutene måtte finne andre måter. Her anser jeg begrepet *intersubjektivitet* som oppstår i musikalske interaksjoner som relevant. Stern (2007) omtaler intersubjektivitet som en intuitiv prosess og en delt virkelighet. Det mellommenneskelige som skjer i en musikalsk relasjon trenger ikke være fysisk nært, men oppleves fortsatt som nært. En av informantene beskriver dette mellommenneskelige som «å være tett på» gjennom blick og smil, men også det å synge sammen. Det kan tolkes som selv om koronapandemien reduserte relasjonsbyggingen som skjer i den fysiske nærheten, var musikken med på å opprettholde nærheten gjennom musikalsk relasjon. Likevel var det ikke så enkelt, og for musikkterapeutene var det flere faktorer som gjorde det utfordrende i forhold til relasjon.

En informant forteller at den fysiske avstanden ble krevende på et relasjonelt plan og slitsomt fordi det stengte for informantens identitet. Relasjoner er viktig for de eldre, men også viktig for musikkterapeutene. Binder et al. (2006) beskriver innenfor et relasjonelt psykologisk perspektiv at mennesket fundamentalt er kontaktsøkende og meningsskapende. Informantens utsagn kan sees i forbindelse med forståelsen av selvet. Trondalen (2016) hevder at selvet er avhengig av å være i dialog for å kunne utvikles. Når smittevernstiltakene hindrer relasjonene så kan man streve med hvem man selv er oppi det, at man mister seg selv litt. Ut ifra dette kan vi se at alle mennesker har behov for å være i kontakt med andre mennesker, og musikkterapeutens opplevelse er en naturlig og menneskelig reaksjon når det relasjonelle begrenses.

Det kommer frem i intervjuene at kommunikasjon og nærhet skjer mye gjennom kroppsspråk. Flere av informantene nevner at for personer med demens er det spesielt viktig, da de leser kroppsspråk i så stor grad. Kvamme (2020) nevner også viktigheten av kroppsspråk og mimikk og hvordan det er en kompleks form for kommunikasjon. Under koronapandemien forsvant mye av mimikken til musikkterapeuten bak munnbind, som gjorde det vanskeligere å

oppretholde relasjoner, spesielt med personer med langkommet kognitiv svikt. Dette kommer frem i intervjuene, at informantene ofte måtte overkompensere med gester og kroppsspråk for å få kontakt og respons. Munnbind viser i dette tilfellet at den fysiske barrieren de skaper hindrer musikkterapeuter i å skape god og tydelig kommunikasjon med beboere.

En av informantene forteller at musikk er nøkkelen inn til kommunikasjon. Dette bekrefter også litteraturen, hvor Kvamme (2020) hevder at musikalsk kommunikasjon, som å oppfatte toner, rytmer og klang, er medfødt og universelt. Dette kan spores tilbake til utviklingspsykologien og førspråklig kommunikasjon hvor spedbarn kommuniserer gjennom bevegelse og ulike lyder, samt musikalske variasjoner som for eksempel klang og puls (Trevarthen, 1979). Dette viser at musikken har påvirkning på mennesker fra første til siste stund og det åpner opp for kommunikasjon og relasjon. Ifølge Brean og Skeie (2021) er livets første kommunikasjonsform også livets siste, som bekrefter dette.

For personer med demens rammes hukommelsen, og jo lengre man er i demensforløpet, dess mindre husker man (Engedal, 2016). En av informantene uttrykker hvordan å jobbe som musikkterapeut og kunne se beboere få livsglede gjennom musikken gjør jobben givende. Musikk og musikalitet kan ifølge Brean og Skeie (2021) fortsatt ligge godt bevart i hukommelsen, selv med langkommet demens. I musikken ligger også identitetsfølelsen mener Ruud (2013), og dette er viktig for en person med demens for å kjenne på livskvalitet og mening. Under en krisesituasjon som en pandemi skifter hverdagen på et sykehjem kjapt fokus og oppmerksomheten rettes mot de medisinske problemene, mens de psykologiske faktorene blir neglisjert (Hauken & Heltne, 2021). Jeg har tidligere i oppgaven nevnt at Helsedirektoratet (2022) rapporterte økning av psykiske problemer hos personer med demens og større ensomhet og isolasjon. Derfor mener jeg at blant annet musikken har spilt så viktig faktor, for gjennom musikken kan personer med demens få tilgang til minnene som frembringer de gode følelsene (Kvamme, 2020).

Det kommer frem i intervjuene at flere av informantene varierte låtene de brukte i musikkterapien i forhold til sinnsstemning og dagsform hos beboerne. Selv om dette var noe de i utgangspunktet alltid hadde hatt et bevisst forhold til og tilpasset til vanlig, nevner av en av informantene at det ikke ble brukt like mye melankolske sanger som det gjorde av oppmuntrende og lystige sanger. Brean og Skeie (2021) hevder at hjernen er programmert til å tolke emosjoner og uttrykk i musikken. Det vil si at for eksempel raskt tempo vil indikere glad

musikk, mens langsomt tempo vil tilsi det motsatte. At en av informantene brukte mer lystige sanger, sett fra dette perspektivet vil det ha et raskere tempo, og det vil kunne fortelle hjernen at det er glad musikk. Kvamme (2020) påpeker også at følelsene sitter igjen selv om personen med demens kan ha glemt situasjonen. Dermed tolker jeg at et bevisst bruk av låter under en musikkstund kan eventuelt gjøre at beboerne vil kunne sitte igjen med gode følelser i en ellers tung koronapreget hverdag.

Hauken og Heltne (2021) nevner redusert helse- og livskvalitet som en av hovedutfordringene blant eldre under en pandemi. En av informantene uttrykker at mange av beboerne fikk med seg mye av det som skjedde av koronapandemien og mange var redde. Derfor ble det viktig for musikkterapeuten å finne låter med håp i som kunne både trøste og virke beroligende for beboerne. Ridder (2016c) snakker om å ha et balansert *arousalnivå*, der et høyt arousalnivå kan bety at beboeren er stresset, mens et lavt arousalnivå kan tyde på at beboeren er deprimert. Spesielt under en pandemi er det sannsynlig at beboerne både opplever høyt og lavt arousalnivå. Regulering er en av r-ene innenfor Ridder (2016c) sine tre r-er som tidligere nevnt. Gjennom bevisst bruk av låtvalg forsøkte informantene å regulere arousalnivået hos beboerne med hjelp av musikk.

Hauken og Heltne (2021) hevder at sosial støtte er noe av det viktigste i en krisesituasjon som koronapandemien. Ridder (2016b) snakker om *relasjonell brist*, som kan oppstå dersom man ikke får opprettholdt den sosiale kontakten. Vi kan si at koronapandemien var med på å skape relasjonell brist, ikke bare på et individuelt plan, men også på et samfunnsmessig plan, fordi den hadde så stor påvirkningskraft. Ridder (2016b) hevder at musikk kan hjelpe å dekke blant annet sosiale behov. Innenfor Ruud sine ulike rom for identitet, i dette tilfellet det sosiale rommet, hevder han at musikken danner «en ramme rundt fellesskap med jevnaldrende» (Ruud, 2013, s. 186). Datamaterialet mitt viser til at alle informantene hadde gruppemusikkterapi under koronapandemien. I eldreomsorgen kan for eksempel musikkstundene på sykehjemmene være med på å få flere av beboerne inn i dagligstuen, som skaper rom for fellesskap med andre beboere. Hauken og Heltne (2021, s. 52) hevder at «god sosial støtte har betydning for et godt selvbilde og fremtidsoptimisme, hurtigere tilfriskning ved sykdom, økt livslengde, bedre mestring av kronisk sykdom, beskyttelse i kriser og posttraumatisk vekst etter kriser». Spesielt under koronapandemien mener jeg at musikken kunne være et verktøy for å opprettholde det sosiale fellesskapet beboerne mellom, og for å minske den eventuelle relasjonelle bristen.

Ridder (2016c) nevner blant annet *gjenkjennelse* som et av hovedproblemene ved demenssykdom. En av informantene forteller at hen kunne oppleve stor grad av gjenkjenning hos beboere med demens, til tross for munnbind, og mener at musikken har noe med det å gjøre. Sett fra Ridder (2016c) sine tidligere nevnte tre R-er, faller informantens utsagn innenfor den siste r-en *relasjon*, hvor man har det mellommenneskelige i fokus. Dette kan tolkes som denne musikkterapeuten bruker musikken kommunikativt, som Trevarthen (1979) beskriver, i relasjon med beboerne.

Small (1998) står for begrepet *musicking*, som blant annet betyr musikkutfoldelse som inkluderer alle relasjonelle interaksjoner. Small mener at musicking er med på å gi musikken verdi og mening. Det kommer frem i intervjuene også hvor viktig gode relasjoner mellom ansatte er, og hvor stor påvirkning det kan ha på både arbeidsmiljøet, men også med beboerne. Her anser jeg musicking som relevant begrep. Spesielt under koronapandemien forteller en av informantene at det var viktig å kunne støtte medansatte gjennom musikken og løfte opp den ellers tunge stemningen. Videre forteller hen at det hadde en positiv virkning overalt på arbeidsplassen og at det opplevdes som musikken var en samlende faktor.

## 7. Oppsummering

I denne studien har jeg gjennom kvalitative semistrukturerte intervjuer med tre musikkterapeuter utforsket temaet musikkterapi i demensomsorgen under COVID-19 pandemien. Ved bruk av en hermeneutisk tilnærming og tematisk analyse av datamaterialet har jeg belyst problemstillingen: *Hvordan har musikkterapeuter på sykehjem arbeidet med beboere med demens under COVID-19 pandemien?* Analysen førte fram til fire kategorier og ti underkategorier: Smittevernstiltak og metodiske valg (*smittevern i musikkterapien, musikkterapi-metodikk, digitalisering*), strukturelle forhold (*retningslinjer, verdien av en musikkterapeut*), musikkterapeutens rolleforståelse (*rollefordeling, frykt, håndtering*), viktigheten av relasjon (*kommunikasjon og nærhet, muligheter i musikken*). Disse funnene har jeg tolket og drøftet i lys av relevant teori og forskning innenfor både musikkterapeutisk og psykologisk litteratur.

Oppgavens funn viser at å arbeide som musikkterapeut under koronapandemien har vært utfordrende av ulike grunner. Smittevernstiltakene som ble iverksatt krevde blant annet fysisk avstand, noe som skapte utfordringer med å opprettholde relasjon til beboerne med demens. En av informantene nevnte hvordan nærhet og kommunikasjon var «alfa omega» for å opprettholde god kontakt og relasjon og i utgangspunktet drive med musikkterapi. Også de fysiske forstyrrelsene ved å bruke smittevernsutstyr og kontinuerlig spriting var faktorer som kunne hindre musikkterapeutene i arbeidet sitt. Likevel uttrykker informantene at musikken har vært svært nyttig under pandemien både for beboerne, men også som et lyspunkt for medansatte på sykehjemmene. Til tross for tilpasninger for musikkterapeuten i forhold til metodikk og ulike musikkaktiviteter har blant annet musikkstund vært viktig under pandemien, da det har gitt rom for fellesskapsfølelse og gode følelser i motsetning til en ellers isolert og ensom hverdag hos beboerne. For musikkterapeuten som yrkesutøver har usikkerhet omkring egen rolle, retningslinjer og struktur vært et gjennomgående tema. Tunge påkjenninger som følge av å jobbe under en pandemi belyser viktigheten av å ha gode, forebyggende støttetiltak for musikkterapeuter så vel som helsepersonell.

Et annet interessant funn var at bruken av digital musikkterapi på norske sykehjem ikke var særlig utbredt ifølge utvalget av informanter til denne studien. Det kan det være flere grunner til, men det pekte seg ut at informantene fikk lov til å arbeide fysisk på arbeidsplassen. Hadde

ikke ledelsene på sykehjemmene sett verdien av en musikkterapeuts arbeid kunne musikkterapeutene måtte ha tilpasset seg i større grad i form av digital musikkterapi.

## 7.1 Kritiske refleksjoner

Denne oppgaven kunne gått flere veier framfor mine valg rundt avgrensninger og metode. På grunn av de valgene jeg har tatt har jeg for eksempel ikke intervjuet beboere på sykehjem og deres opplevelser med COVID-19. Hadde jeg belyst deres erfaringer ville funnene mine blitt annerledes, samtidig som jeg ikke ser bort ifra at begge perspektivene likevel hadde hatt noen likesinnet tanker og opplevelser. Dette gjelder også for annet helsepersonell som jobbet under koronapandemien. Hadde jeg gjort gjennomført en oppfølgingsstudie ville jeg inkludert blant annet helsepersonellens refleksjoner og opplevelser.

Jeg anser det som viktig å poengtere at jeg har intervjuet et utvalg av tre ulike musikkterapeuter og deres erfaringer av å jobbe på sykehjem under koronapandemien. Informantene sin arbeidsplass har vært bevisst innenfor samme geografisk område som jeg har valgt å kalle Østlandet for denne studien. Hadde jeg intervjuet for eksempel et større antall musikkterapeuter og fra flere steder rundt om i landet, kunne datamaterialet mitt ha sett annerledes ut med andre erfaringer og opplevelser. Dette hadde også vært tilfellet dersom jeg hadde tatt i bruk andre metodiske tilnæringer, som blant annet et fokusgruppeintervju, istedenfor et kvalitativt semistrukturert intervju. Da hadde datamaterialet mitt sannsynligvis hatt andre perspektiver og utsagn, som også eventuelt kunne stått i motsetning til noe av den valgte litteraturen. I tillegg er det viktig å poengtere at noe av teori og litteratur ble samlet før analyseprosessen, mens annet av relevant litteratur og teori har kommet underveis. Hensikten har vært å alltid følge det som har hatt mest relevans for studiens problemstilling.

## 7.2 Veien videre

I forlengelsen av mitt masterarbeid ville det være spennende og utforsket flere musikkterapifelt på tvers for å se hva som eventuelt hadde vært likheter og ulikheter av opplevelser og erfaringer knyttet til å arbeide under COVID-19. Hvordan har for eksempel musikkterapeuter på sykehus, i fengsel eller barnehage arbeidet under koronapandemien? Hvilke eventuelle likhetstrekk finnes generelt for musikkterapeuter under pandemien og hvilke ettervirkninger har dette hatt? Dette er noen av spørsmålene det hadde vært interessant å se videre forskning på.



## Litteraturliste

- Alvesson, M. & Sköldbberg, K. (2017). *Reflexive Methodology: New Vistas for Qualitative Research*. SAGE.
- Binder, P.-E., Nielsen, G. H., Vøllestad, J., Holgersen, H. & Schanche, E. (2006). Hva er relasjonell psykoanalyse? Nye psykoanalytiske perspektiver på samhandling, det ubevisste og selvet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 43(9), 899-908.  
<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2006/09/hva-er-relasjonell-psykoanalyse-nye-psykoanalytiske-perspektiver-pa-samhandling?redirected=1>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V. & Clarke, V. (2017). Thematic analysis. *The Journal of Positive Psychology*, 12(3), 297-298. <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1262613>
- Braut, G. S. (2018, 4. desember). Sykehjem. I *Store medisinske leksikon*.  
<https://sml.snl.no/sykehjem>
- Brean, A. & Skeie, G. O. (2021). *Musikk og hjernen - om musikkens magiske kraft og fantastiske virkning på hjernen*. Cappelen Damm.
- Bruscia, K. E. (2014). *Defining Music Therapy* (3. utg.). Barcelona Publishers.
- Clements-Cortés, A., Mercadal-Brotons, M., Silva, T. R. A. & Moreira, S. V. (2021). Telehealth music therapy for persons with dementia and/or caregivers. *Music and Medicine: An Interdisciplinary Journal*, 13(3), 206-210.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.47513/mmd.v13i3.821>
- Engedal, K. (2016). *En bok om demens – husk meg når jeg glemmer*. Pax Forlag.
- Gaddy, S., Gallardo, R., McCluskey, S., Moore, L., Peuser, A., Rotert, R., Stypulkoski, C. & LaGasse, A. B. (2020). COVID-19 and Music Therapists' Employment, Service Delivery, Perceived Stress, and Hope - A Descriptive Study. *Music Therapy Perspectives*, 38(2), 157-166. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/mtp/miaa018>
- Glinskytè, V., Gilbertson, S. & Stige, B. (2022, 20. april). *Digital musikkterapi*. Universitetet i Bergen. <https://www.uib.no/polyfon/153539/digital-musikkterapi>
- Hauken, M. A. & Heltne, U. M. (Red.). (2021). *Pandemi og krisepsykologi - Psykososiale utfordringer og støttetiltak*. Fagbokforlaget.
- Helsedirektoratet. (2022). *Konsekvenser for personer med demens* (Omsorgstjenesten – aktivitetsutvikling og erfaringer fra pandemien).  
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/omsorgstjenesten--aktivitetsutvikling-og->

[erfaringer-fra-pandemien/konsekvenser-av-pandemien-for-brukere/konsekvenser-for-personer-med-demens](#)

- Hole, K. M. (2020, 26. mars). Musikken skaper nærhet når vi må holde avstand. *Subjekt*.  
<https://subjekt.no/2020/03/26/musikken-skaper-naerhet-nar-vi-ma-holde-avstand/>
- Kielland, T., Solli, H. P. & Trondalen, G. (Red.). (2020). *Etableringshåndbok - for musikkterapi i rus og psykisk helsetjeneste*. NMH-publikasjoner.  
<https://hdl.handle.net/11250/2657988>.
- Koh, Z. Y., Law, F., Chew, J., Ali, N. & Lim, W. S. (2020). Impact of Coronavirus Disease on Persons with Dementia and Their Caregivers - An Audit Study. *Annals of Geriatric Medicine and Research*, 24(4), 316-320.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.4235/agmr.20.0059>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Kvamme, T. S. (2017). Nye handlemuligheter med musikkterapi for personer med demens. I K. Stensæth, G. Trondalen & Ø. Varkøy (Red.), *Musikk, handlinger, muligheter - festskrift til Even Ruud* (s. 137-148). NMH-publikasjoner.
- Kvamme, T. S. (2020). *Å finne tonen - om musikk og demens*. Forlaget Aldring og Helse.
- Lee, S., O'Neill, D. & Moss, H. (2022). Dementia-inclusive group-singing online during COVID-19: A qualitative exploration. *Nordic Journal of Music Therapy*, 31(4), 308-326. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/08098131.2021.1963315>
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Molyneux, C., Hardy, T., Lin, Y.-T., McKinnon, K. & Odell-Miller, H. (2020). Together in Sound: Music therapy groups for people with dementia and their companions – moving online in response to a pandemic. *Approaches: An Interdisciplinary Journal of Music Therapy*, 14(1), 01-17. <https://approaches.gr/molyneux-r20201219/>
- Rasing, N. L., Janus, S., Vink, A. & Zuidema, S. (2023). The impact of COVID-19 on music therapy provision in Dutch care homes. *Nordic Journal of Music Therapy*, 32(2), 140-156. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/08098131.2022.2084637>
- Ridder, H. M. (2016a). Musik i et personcentrert perspektiv. I H. M. Ridder & B. Stige (Red.), *Musikkterapi og eldre helse* (s. 38-44). Universitetsforlaget.
- Ridder, H. M. (2016b). Musikaktiviteter ledet af omsorgsgivere. I H. M. Ridder & B. Stige (Red.), *Musikkterapi og eldre helse* (s. 97-108). Universitetsforlaget.

- Ridder, H. M. (2016c). Musikterapi i en psykososial demensomsorg i plejebolig. I H. M. Ridder & B. Stige (Red.), *Musikkterapi og eldrehelse* (s. 133-144). Universitetsforlaget.
- Ruud, E. (1990). *Musikk som kommunikasjon og samhandling - teoretiske perspektiv på musikkterapien*. Solum forlag.
- Ruud, E. (2008). Et humanistisk perspektiv på norsk musikkterapi. I E. Ruud & G. Trondalen (Red.), *Perspektiver på musikk og helse - 30 år med norsk musikkterapi* (s. 5-28). NMH-publikasjoner.
- Ruud, E. (2013). *Musikk og identitet* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Ruud, E. (2022). *En profesjon blir til - norsk forening for musikkterapi gjennom 50 år*. Norsk forening for musikkterapi.
- Røsvik, J. & Mjørud, M. (2019). *Håndbok for AG-modellen: Personsentrert omsorg og miljøbehandling på sykehus*. Forlaget aldring og helse.
- Small, C. (1998). *Musicking - the meanings of performing and listening* Wesleyan University Press.
- Stedje, K., Kvamme, T. S., Johansson, K., Sousa, T. V., Odell-Miller, H., Stensæth, K., Bukowska, A. A., Tamplin, J., Wosch, T. & Baker, F. A. (2023). The Influence of Home-Based Music Therapy Interventions on Relationship Quality in Couples Living with Dementia—An Adapted Convergent Mixed Methods Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4).  
<https://doi.org/https://doi.org/10.3390/ijerph20042863>
- Stern, D. (2007). *Her og nå. Øyeblikkets betydning i psykoterapi og hverdagsliv*. Abstrakt forlag.
- Stern, D. (2010). *Forms of vitality - exploring dynamic experience in psychology, the arts, psychotherapy, and development*. Oxford University Press.
- Stige, B. & Kristiansen, F. A. (2016). Etablering og forankring av musikkterapitilbud. I H. M. Ridder & B. Stige (Red.), *Musikkterapi og eldrehelse* (s. 189-197). Universitetsforlaget.
- Stige, B. & Ridder, H. M. (Red.). (2016). *Musikkterapi og eldrehelse*. Universitetsforlaget.
- Strand, B. H., Vollrath, M. E. M. T. & Skirbekk, V. F. (2021, 23. februar). *Demens*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Thurén, T. (2022). *Vitenskapsteori for nybegynnere* (3. utg.). Gyldendal Oslo.

- Trevarthen, C. (1979). Communication and cooperation in early infancy - a description of primary intersubjectivity. I M. Bullowa (Red.), *Before speech - the beginning of interpersonal communication* (s. 321-348). Cambridge University Press.
- Trondalen, G. (2008). Musikkterapi - et relasjonelt perspektiv. I E. Ruud & G. Trondalen (Red.), *Perspektiver på musikk og helse - 30 år med norsk musikkterapi* (s. 29-48). NMH-publikasjoner.
- Trondalen, G. (2016). *Relational Music Therapy*. Barcelona Publishers



[Meldeskjema](#) / [Nærhet i musikken – Om nye muligheter og utfordringer i musikkterapi...](#) / Vurdering

## Vurdering av behandling av personopplysninger

**Referansenummer**

590050

**Vurderingstype**

Standard

**Dato**

12.04.2022

**Prosjekttittel**

Nærhet i musikken – Om nye muligheter og utfordringer i musikkterapi under COVID-19 pandemien.

**Behandlingsansvarlig institusjon**

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

**Prosjektansvarlig**

Marie Skånland

**Student**

Sunniva Wilson

**Prosjektperiode**

01.06.2022 - 01.06.2023

**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 01.06.2023.

[Meldeskjema](#)

**Kommentar****OM VURDERINGEN**

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

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

**VIKTIG INFORMASJON TIL DEG**

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

**DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG**

For studenter er det obligatorisk å dele prosjektet med prosjektansvarlig (veileder). Del ved å trykke på knappen «Del prosjekt» i menylinjen øverst i meldeskjemaet. Prosjektansvarlig bes akseptere invitasjonen innen en uke. Om invitasjonen utløper, må han/hun inviteres på nytt.

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

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

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til 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

### Nærhet i musikken – Om nye muligheter og utfordringer i musikkterapi under COVID-19 pandemien.

#### Musikkterapi med beboere med demens på sykehjem ?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke diverse musikkterapeuter i Norge sin praksiserfaring under COVID-19 pandemien. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### Formål

Dette prosjektet hører til masteroppgaven min i musikkterapi på Norges Musikkhøgskole. Formålet med prosjektet er å undersøke hvordan COVID-19 pandemien har påvirket musikkterapi praksis på sykehjem for eldre med demens. Hva har endret seg, hvordan og hvorfor. Den foreløpige problemstillingen ser slik ut: *Hvordan har musikkterapeuter på sykehjem brukt metodikk og/eller digitale løsninger i arbeid med beboere med demens for å opprettholde nærhet og kommunikasjon under COVID-19 pandemien?*

#### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Norges Musikkhøgskole er ansvarlig for prosjektet. Førsteamanuensis Marie Skånland er veileder.

#### Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Utvalget er trukket ut fra hvor man jobber som musikkterapeut på sykehjem i Norge der i utgangspunktet fire musikkterapeuter får henvendelsen. Et annet utvalgskriterium har vært at musikkterapeuten har jobbet på sykehjemmet før COVID-19 pandemien brøt ut i Norge.

#### Hva innebærer det for deg å delta?

Jeg skal utføre et semi-strukturert kvalitativt intervju, der jeg vil stille hovedspørsmålene til alle involverte, men også ha rom til å stille oppfølgingsspørsmål dersom det trengs. Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at jeg vil kontakte deg for et intervju. Dette kan skje enten på Zoom eller et fysisk møte. Det vil ta deg ca. 45 min. – 1 time. Opplysningene vil registreres som notater og lydopptak, som også vil oppholdes sikret under hele prosessen. Hovedspørsmålene inneholder spørsmål som: Hvordan strukturerte du din praksis før COVID-19 pandemien? Har du gjort noen endringer eller funnet noen nye løsninger for å opprettholde musikkterapeuttilbudet under COVID-19 pandemien? Hvor stor er viktigheten av nærhet i ditt musikkterapeutiske arbeid på sykehjem?

#### 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. I tillegg vil det ikke påvirke din behandling ved sykehjemmet.

#### 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. Student Sunniva Wilson og veileder Marie Skånland vil ha tilgang. Slik at ingen uvedkommende får tilgang til personopplysningene dine vil navnet, kontaktopplysningene dine og resten av datamaterialet bli

oppbevart på en passord-beskyttet ekstern harddisk. Deltakerne vil være anonymisert i oppgaven, der kun hvilken del av landet man jobber innenfor vil bli publisert.

#### **Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?**

Prosjektet vil etter planen avsluttes når masteroppgaven skal leveres 15.mai 2023. Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger anonymiseres. Etter intervjuet vil lydopptaket transkriberes og anonymiseres. Etter forskningsprosjektet er avsluttet vil resten av innhentet datamateriale 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*  
Student:  
Sunniva Wilson  
+4795405242  
[sunnivawk@student.nmh.no](mailto:sunnivawk@student.nmh.no)

Veileder:  
Marie Skånland  
+4792621384  
[skanland@ansgarskolen.no](mailto:skanland@ansgarskolen.no)

- Vårt personvernombud:  
Norges Musikkhøgskole  
Rolf Haavik  
+4790733760  
[pvo@nmh.no](mailto: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](mailto:personverntjenester@sikt.no)) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen



*Marie Skånland*  
(Veileder)

*Sunniva Wilson*  
(Student)

---

## **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Nærhet i musikken – Om nye muligheter og utfordringer i musikkterapi under COVID-19 pandemien*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i semi-strukturert intervju

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

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Intervjuguide

### *Semi-strukturert individuelt intervju*

#### Innledning:

1. Kan du fortelle litt om bakgrunnen din som musikkterapeut?

#### Hovedspørsmål:

2. Hvilken metodikk bruker du i ditt musikkterapeutiske arbeid?
3. Hvordan så en typisk arbeidsdag ut for deg før pandemien?
4. Hvordan var det å jobbe under pandemien?
5. Hvordan var det å drive musikkterapien med smittevernsutstyr og strengere tiltak?
6. Da du jobbet som musikkterapeut under pandemien, kan du tenke på noe som gjorde inntrykk på deg?
7. Kan du fortelle mer om de utfordringene du møtte?
8. Hvordan håndterte du de utfordringene?
9. Hvilke endringer gjorde du for å opprettholde musikkterapitilbudet?
10. Tok du i bruk noen digitale verktøy som Zoom/iPad apper osv.?  
- Hvordan reagerte beboerne?
11. Har bruken av selve musikken i musikkterapipraksisen din fått en annen/ny mening, i så fall hva?
12. Er det noe du vil ta med deg videre i din praksis, basert på dine erfaringer fra pandemien?
13. Hva forbinder du med nærhet? Hva forbinder du med kommunikasjon?

#### Avsluttende spørsmål:

14. Hva har skjedd i etterkant?  
- Er det likt slik det var før pandemien?  
- Har det skjedd noen endringer i relasjon med beboerne?
15. Er det noe du ønsker å tilføye?