

Institutt for helse- og omsorgsfag

Det helsevitenskapelige fakultet

**Helsepersonell sine erfaringer i bruk av musikkbasert miljøbehandling, i individuell og personsentrert tilnærming til pasienter med demens på en demensavdeling.**

*En kvalitativ studie*

**Sølva Skov Magnussen**

*Masteroppgave i helsefag, studieretning aldring og geriatrisk helsearbeid. Mai, 2022.*

Antall ord: 22.728



“There is something about the music and the songs themselves that embody a part of their personality and a part of their history that come to life when they hear “their” music. Despite severe cortical damage, they still respond on the personal level; and this is what really fascinates me.” Concetta Tomaino.

Utdrag fra boken Musikk og helse (1, s. 167).

## Forord

Det har vært en utrolig spennende og lærerik prosess å arbeide med denne masteroppgaven. Det har på mange måter vært en utfordrende reise, så det føles godt å endelig komme i havn.

Jeg ønsker først og fremst å takke deltakerne for alle erfaringene som ble delt med meg fra deres arbeide som helsepersonell på en demensavdeling. Dere har bidratt til mange tanker og refleksjoner som har vært viktige i arbeidet med å skrive denne oppgaven. Jeg setter stor pris på den åpenheten og engasjementet som dere har bidratt med.

En særskilt takk går til min veileder Elin Kristin Evensen for gott samarbeide, flott engasjement, tydelighet og uvurderlig støtte underveis i prosessen.

En takk går også til lærere og forelesere ved studieretningen aldring og geriatrisk helsearbeid ved UiT som ved å formidle sine kunnskaper har inspirert meg til å gjennomføre denne mastergrads oppgaven.

Avdelingslederen der deltakerne er ansatt skal også ha takk fordi hun stilte seg positiv til studiet og var behjelpelig i forbindelse med rekrutteringen av deltagerne fra avdelingen.

Jeg vil også takke min arbeidsgiver, Alta Kommune, som har gitt meg viktig støtte, fleksibilitet og rom for å kunne arbeide med oppgaven. Takk til min leder Rebecca samt kollegaer for forståelse og oppmuntring i arbeidet.

Videre vil jeg takke min kjære Brian som har vært oppmuntrende, positiv og tålmodig i en lang og tidskrevende prosess, og takk til min barn William og Marita som har støttet og heiet på meg!

Helt til slutt ønsker jeg å rette en uvurderlig takk til min svigersønn Tobias for din hjelp med norsk rettskriving, takk til øvrig familie, gode venner, samt alle andre som har vært med å bidra på deres måte.

Sølva Skov Magnussen

Alta, mai 2022

## Sammendrag

**Bakgrunn og hensikt:** Det er utfordrende å jobbe innenfor demensomsorgen, og helsepersonell etterspør ofte verktøy for å bedre kunne ivareta urolige pasienter som motsier seg hjelp, eller pasienter med en utfordrende adferd. Personalet på mange sykehjem etterspør hjelp og veiledning om hvordan de skal mestre situasjoner som kan være vanskelige å forholde seg til. Miljømessige og psykososiale tiltak anbefales som førstevalg ved behandling av adferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens. Men dette kan være utfordrende å få til i en hektisk hverdag. Hensikten med studien er å få mer kunnskap om helsepersonell sine erfaringer i praksis med bruk av musikkbasert miljøbehandling i tilnærming til disse pasienter.

**Problemstilling:** Hvordan bruker helsepersonell musikkbasert miljøbehandling (MMB) i individuell tilnærming til pasienter med demens på demensavdelinger, og hvilke faktorer fremmer/hemmer bruk av MMB i praksis?

**Forskningsspørsmål:** Hvordan erfarer helsepersonell at bruken av MMB, i individuell tilnærming til pasienter med demens, fungerer i praksis på demensavdelinger?

**Metode:** I denne kvalitative studie ble det brukt fem semi-strukturerte forskningsintervju til innsamling av data. Samtlige deltagere arbeider på en demensavdeling i Norge. Dataene er analysert med utgangspunkt i Malteruds systematiske tekstkondensering.

**Resultat:** Når helsepersonellet bruker MMB med personsentrert tilnærming oppnår de god kontakt med pasienten, noe som åpner opp for godt samspill og alternativ kommunikasjon. MMB blir vektet som et nyttig og spennende verktøy for å oppnå kontakt med pasienten og brukes for å berolige den urolige pasienten. Resultatene viser at helsepersonell vektlegger nødvendigheten av god kartlegging av individuelle musikkpreferanser for pasienten. Det er gjennomgående enighet om at MMB fungerer bra for den urolige pasienten og at det derfor bør brukes som første valg før det gis medikamentell behandling. På tross av glede over ledelsens installasjon av teknisk utstyr til utførelse av MMB, er det flere av deltakerne som mener at de tekniske løsningene kan oppleves som problematiske. Samtlige deltakere opplever at de ofte har for lite tid til bruk av MMB da det kan være travelt på avdelingen, samt sykdom blant personalet. Samarbeide på spesielt travle dager ble vektet som en viktig faktor for helhetlig utførelse av MMB.

**Konklusjon:** Helsepersonellet klarer å bruke MMB i personsentrert tilnærming til pasienten, selv om de ofte har det travelt på avdelingen. Grundig kartlegging av pasientens musikkpreferanser, kjennskap til pasienten og samarbeide med personalet vektet som viktige faktorer for vellykket utførelse av MMB.

**Nøkkelord:** Musikkbasert miljøbehandling, musikkterapi, demens, sykehjem og helsepersonells erfaringer.

## Abstract

**Background and purpose:** Working within dementia care can be challenging as healthcare personnel may lack knowledge regarding how to take care of troubled patients who oppose help and exhibit challenging behaviors. Staff at many nursing homes are asking for help and guidance on how to cope in demanding situations. Environmental and psychosocial measures are recommended as a first choice when treating behavioral and psychological symptoms of dementia. This can prove to be challenging in a hectic work environment. The purpose of the study is to gain knowledge regarding healthcare personnel's practical experiences from using music-based environmental therapy (MBET) in individual approaches to dementia patients.

**Problem:** How do healthcare personnel use MBET when approaching dementia patients in dementia wards, and what factors promote/inhibit the use of the method in practice?

**Research question:** What practical experiences do healthcare personals have from using MBET when approaching dementia patients in dementia wards?

**Method:** In the qualitative study, five semi-structured research interviews were used to collect data. All informants work in a dementia ward in Norway. The data have been analyzed based on Malterud's systematic text condensation.

**Result:** When the healthcare personnel use MBET with a person-centered approach, they achieve contact with the patient and thus open up for alternative communication and positive interaction. MBET is weighted as a useful and exciting tool for connecting with the patient and is used to reassure the troubled patient. The healthcare personnel emphasize the necessity of thorough mapping of individual music preferences for the patient. There is a consensus that MBET works well for troubled patients and thus this assumption therefore should be used as the first choice before medication is given. Despite the positiveness regarding the management's installation of technical equipment for the use of MBET, several participants perceived the technical solutions as being problematic. All participants feel that they often have too little time for the use of MBET as the ward can be busy. Collaboration, especially on busy days, is weighted as a crucial factor for the overall execution of MBET.

**Conclusion:** Healthcare personnel is managing to use MBET in person-centered approach to the patient, although they are often busy on the ward. Thorough mapping of the patient's music

preferences, knowledge of the patient and cooperation among the staff are weighted as crucial factors for successful execution of MMB?

**Keywords:** Music based environmental treatment, music therapy, dementia, nursing home, healthcare personal's experience.

# Innhold

Forord .....	3
Sammendrag.....	4
Abstract.....	6
1 Innledning .....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema og studiens hensikt .....	2
1.2 Kontekst og avklaring.....	3
2 Tidligere forskning .....	5
2.1 Litteratursøk .....	5
2.2 Artikler som er relevant for problemstillingen .....	5
3 Teoretisk utgangspunkt.....	11
3.1 Demens .....	11
3.2 Personsentrert tilnærming.....	12
3.3 Kitwoods utvidede demensmodell .....	13
3.4 Miljøbehandling .....	16
3.5 Musikkbasert miljøbehandling.....	16
4 Metodekapittel.....	20
4.1 Forskningsmetode .....	20
4.1.1 Semistrukturert intervju.....	20
4.2 Forskerens rolle.....	21
4.3 Utvalg og rekruttering av informanter.....	21
4.4 Intervjuguide .....	23
4.5 Gjennomføring av intervjuene .....	23



4.6	Transkripsjon .....	24
4.7	Forskningsetikk .....	27
5	Resultatkapittel .....	29
5.1	Alternativ kommunikasjonskanal.....	29
5.1.1	MMB – en kommunikasjonsform for bedre samarbeide med pasienten.....	29
5.1.2	MMB kan roe ned den urolige pasienten.....	33
5.2	Systematisk og helhetlig implementering.....	36
5.2.1	Innovative løsninger for gjennomføring av MMB.....	36
5.2.2	Den tekniske løsningen kontra å bruke seg selv .....	37
5.3	Forutsetninger, hindringer og rammebetingelser .....	38
5.3.1	Fellesforståelse er en viktig forutsetning for bruk av MMB .....	39
5.3.2	For lite tid og bemanning.....	41
6	Diskusjon.....	45
6.1	MMB - et verktøy for godt samspill med pasienten .....	45
6.1.1	Individuell tilnærming forbedrer kommunikasjonen og pasientens mestringsevne .....	45
6.1.2	MMB kan erstatte behovet for medikamentell behandling til den urolige pasienten.....	49
6.2	Systematisk og helhetlig implementering.....	51
6.2.1	Innovative løsninger for gjennomføring av MMB.....	51
6.2.2	Den tekniske løsningen kontra det å bruke seg selv som verktøy .....	53
6.3	Forutsetninger, hindringer og rammebetingelser .....	53
6.3.1	Fellesforståelse er en viktig forutsetning for bruk av MMB .....	53
6.3.2	For lite tid og bemanning.....	54
6.3.3	Validering og reliabilitet .....	56
6.3.3	Metodiske betraktninger .....	57
7	Oppsummering og konklusjon .....	59
7.1	Oppsummering.....	59

7.2	Konklusjon.....	60
7.3	Implikasjoner for praksis .....	60
8	Referanseliste .....	62
	Vedlegg 1 Informasjonsskriv til leder .....	69
	Vedlegg 2 Informasjonsskriv til deltakere.....	73
	Vedlegg 3 Godkjenning fra NSD .....	77

# 1 Innledning

Hva gjør helsepersonellet når Marie, som er dårlig til beins, vandrer uten sin rullator og uavbrutt ber om hjelp til å komme seg hjem, og blir irritert eller sint når hun blir fortalt at hun er hjemme? Eller når Henrik fraber seg hjelp til stell ved å bite personalet, spytte, rope og bruke stygt språk? Personalet på mange sykehjem etterspør hjelp og veiledning om hvordan de skal mestre situasjoner, som kan være vanskelige å forholde seg til (2, s. 73). Sykehjem er en arbeidsplass hvor helsepersonell, i sitt daglige arbeide, ofte har problemer med å opprettholde en forsvarlig hygiene hos pasienten med demens. Problemet forekommer typisk hos pasienter som har moderat til alvorlig demenssykdom, hvor de kognitive funksjoner for alvor begynner å svikte. Musikkterapeutisk teori og arbeidsmetoder har mye å bidra med til helsepersonalet sine daglige innsatser for å forebygge konflikter i stellesituasjoner (3, s. 212).

Demens anses som en av de største globale utfordringene verden står overfor (4). Ifølge World Alzheimer Report 2021, ble forekomst av demens på verdensbasis anslått til over 55 millioner (5). I en ny forekomstundersøkelse ble antall personer med demens i Norge i 2021 beregnet til 101 000 personer, som utgjør 8 % av befolkningen. Andelen av eldrebefolkningen, som har en demensdiagnose, økes markant med alderen, fra ca. 0,7 % i aldersgruppen 65-69 år til 11 % i aldersgruppen 85+ år. (6). Demens anses som en stor påkjenning og utfordring både for dem som rammes, de pårørende, helse- og omsorgstjenestene og samfunnet. Tapet av kognitive og motoriske funksjoner, samt psykiske tilleggssymptomer som vrangforestillinger, depresjon og angst fører ofte til mye lidelse for dem, som rammes av demens. I Norge estimeres det at overkant av 80% av dem, som har langtidsplass i sykehjem, har demenssykdom, og over 40 % av dem, som er over 70 år. Sammenlagt gir dette et tal på 71.000 personer med demens blant tjenestemottakere, hjemmeboende og sykehjemsbeboere. Den norske regjering kom desember 2020 med et nytt utkast til en demensplan, døpt «demensplanen 2025», som er den tredje i rekken. Demensplanen har fire innsatsområder: 1. medbestemmelse og deltakelse, 2. forebygging og folkehelse, 3. gode og sammenhengende tjenester og planlegging, 4. kompetanse og kunnskapsutvikling (7). Inntil videre finnes det ingen medisinsk behandling, som kan stoppe utviklingen av demens. Men riktig medisin kan hos noen pasienter redusere enkelte symptomer av psykiske plager og hjelpe mot for eksempel depresjon (3). Ifølge nasjonal faglig retningslinje for behandling og oppfølging hos personer med demens i kommuner og virksomheter pålegges virksomheter å tilby miljømessige og psykososiale tiltak, som er basert

på personsentrert omsorg og behandling. Ved forekomst av atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD) skal miljømessige og psykososiale tiltak velges som førstevalg. Anbefalingen i forhold til legemiddelbehandling er at det først bør forsøkes ved alvorlig symptombelastning der psykososiale tiltak ikke er tilstrekkelig, eller dersom det foreligger en akutt risiko for skade (8). Spørsmålet er om vi klarer det i praksis.

## **1.1 Bakgrunn for valg av tema og studiens hensikt**

Som sykepleier og musikkterapeut interesserer jeg meg for bruk av musikk og sang i omsorgssektoren som et verktøy til å forbedre livskvalitet, skape glede og gi en meningsfull hverdag for pasienter med ulike former for demens. Jeg har selv brukt individuell sang og musikk i tilnærming til pasienter med alvorlig demens. Spesielt i de to årene jeg jobbet på en skjermet demens enhet, tilknyttet et sykehjem. Her hadde jeg positive erfaringer med å bruke omsorgssang (sang og musikk som verktøy i daglig stell og pleie) i stellesituasjoner med personer, som hadde vanskelig for å samarbeide og som kunne være utagerende. Jeg brukte det å nynne eller synge melodier, som jeg viste at pasienten likte. Min erfaring er at de blev roligere, og enkelte begynte å smile, eller synge med. Igjennom mitt arbeid på sykehjemmet har jeg hatt muligheten til å prøve flere ulike musikkterapeutiske tilnærminger til pasienter med alvorlig demens. Spesifikt vil jeg trekke frem en episode med to kvinnelige demenspasienter, som ikke kunne omgås og som kranglet regelmessig. Dette skapte ofte turbulens og krevde store ressurser på avdelingen. Her fant jeg et verktøy i form av salmer. Hvis jeg satte på en CD med salmer begynte den ene straks å synge med, mens tårene rant ned kinnene. Den andre kvinnen reagerte på dette med å vise omsorg og ville trøste. Denne metoden prøvde jeg flere ganger med samme effekt. Det resulterte typisk i at de kunne sitte rolig sammen i 30-45 minutter av gangen. I dette tilfellet var det nødvendig med en spesifikk sjanger for å oppnå en ønsket effekt av musikkterapien.

De tre årene jeg var ansatt på arbeidsplassen, undret det meg at det ikke var mere fokus på sang og musikk som en form for miljøbehandling. Jeg opplevde at jeg var den eneste, som bevisst og målrettet brukte metoder som for meg var opplagt. Min undren ledet meg til å undersøke dette og jeg fant ut at det finns flere sykehjem i Norge, som har iverksatt en metode, som kalles musikkbasert miljøbehandling (MMB). Dette åpnet min nysgjerrighet for hvordan bruk av MMB fungerer, der hvor det er iverksatt og om det er noen faktorer, som fremmer eller hemmer utførelsen i praksis.

Jeg satte meg inn i beskrivelsen av metoden og leste opp om hva MMB kan tilby eldre pasienter som bor på institusjoner. Ut ifra beskrivelsen av metoden fikk jeg den oppfattelse at det umiddelbart ser ut som bruk av MMB kan romme mange fordeler for alle involverte parter. At metoden kan bidra med mulige løsninger på store og mindre utfordringer for helsepersonale på omsorgsfeltet. Spesielt med tanke på tilnærmingen til pasienter med demens. Men det jeg etterlyser er en større viden om, og forståelse for, *hvordan* metoden egentlig brukes. Formålet med prosjektet er derfor å få innsikt i hvordan helsepersonell bruker MMB i tilnærming til pasienter med demens. Om det er noe, som oppleves som lett og/eller vanskelig, i forbindelse med utførelse av metoden. Jeg ønsker å få innblikk i de refleksjoner, som helsepersonellet gjør seg om de erfaringer de har fra bruk av MMB i praksis. Studiet kan på samfunnsmessig plan være med til å gi en indikator på hvorfor implementering av MMB skulle kunne medtenkes og få mer fokus i omsorgssektoren.

Problemstillingen er som følger:

Hvordan bruker helsepersonell MMB i individuell tilnærming til pasienter med demens på demensavdelinger, og hvilke faktorer fremmer/hemmer bruk av MMB i praksis?

Forskningsspørsmål lyder som følger:

Hvordan erfarer helsepersonell at bruken av MMB, i individuell tilnærming til pasienter med demens, fungerer i praksis på demensavdelinger?

## **1.2 Kontekst og avklaring**

Intervjuene er gjort med personell fra en demensavdeling som har ti beboere. Det er to helsepersonell på hver vakt. De dager hvor det er legevisitt er det en ekstra på vaktplanen.

### **Pasienter/demenspasient/personer med demens**

Personer med demens benevnes på ulike måter avhengig av hvor de mottar helse- og omsorgstjenester. Jeg har erfart, at en og samme person kan bli beskrevet som både bruker, pasient og beboer. Pasient og brukerrettighetsloven definerer begrepene bruker og pasient forskjellig. En pasient er en, som ber om eller mottar helsehjelp fra helse- og omsorgstjenesten, mens en bruker ber om eller mottar tjenester fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten,

som ikke er helsehjelp. Det er fire ulike rettigheter til det å være pasient og det å være bruker (9). I dette studiet brukes både begrepet pasient, demenspasient og person med demens.

### **Pleiere/helsepersonell/pleiepersonell**

I dette studiet brukes kun helsepersonell for å beskrive alt av helse- og omsorgspersonell, som møter personer med demens i sin arbeidshverdag. Det omfatter både ufaglærte, helsefagarbeidere, hjelpepleiere, vernepleiere og sykepleiere (10).

Ved å gjøre en kvalitativ studie med single-intervjuer får jeg tilgang til meninger og erfaringer fra helsepersonell, som har kunnskap på fokusområdet fra egen praksis. Helsepersonell kan svare på, hva som fungerer bra, hva som fungerer dårlig og om det er noen spesielle faktorer som gjør det lett eller vanskelig å gjennomføre MMB i praksis. Jeg vil også se etter om det finnes nyere forskning, som kan belyse tematikken.

### **Presisering**

I min innsamling av empiriske data er jeg interessert i de ansattes opplevde erfaringer med bruk av MMB i pleien. Jeg er interessert i helsepersonellet sine erfaringer fra individuell tilnærming til pasienter med ulike former for demens på den avdeling de arbeider. Deltakerne må ha enten vært på kurs i MMB eller fått opplæring fra kursdeltakere, samt besitte grunnleggende kunnskap om ulike former for demens, ha forståelse for personsentrert tilnærming og for hensikten med bruk av MMB.

## 2 Tidligere forskning

I dette kapitlet beskrives litteratursøk og funn fra tidligere forskning, som er relevant for problemstillingen i denne undersøkelse. Artikkene, som er valgt, etterspør helsepersonell sine erfaringer med, samt virkning av å bruke MMB, i tilnærming til personer med demens.

### 2.1 Litteratursøk

Litteratursøk ble gjort i databasene SveMed+, Google scholar og NTNU open. Følgende søkeord ble brukt på Norsk: Musikkbasert miljøbehandling, musikkterapi, demens, sykehjem og erfaring. Engelske søkeord er Music based environmental treatment, music therapy, dementia, nursing home, experience. Jeg fant over 30 forskjellig litteratur, som handlet om musikkterapi og sang, brukt i tilnærming til pasienter med demens. Det var ikke mye litteratur å finne om MMB brukt i individuell tilnærming til pasienter med demens, hvor helsepersonell sine erfaringer kom fram. De artikkene, som jeg vil presentere, er de som jeg fant mest relevante for min problemstilling. Noen av artikkene, som omhandler MMB og personer med demens vil jeg trekke inn i diskusjonskapitlet.

### 2.2 Artikler som er relevant for problemstillingen

Artiklen til Egset et al. *Kultur for song og musikk i demensomsorga?* er en kvalitativ studie, som beskriver hvordan helsepersonell i tre kommuner i Norge tilrettelegger musikk til personer med demens. Artikkelen er viktig for min studie, da den etterspør helsepersonellet sine erfaringer med bruk av tilrettelagt musikk for personer med demens. Videre kommer de inn på viktigheten av å ha god tid til tilretteleggelse av individuelle musikkpreferanser. Dette er i tråd med et tema som flere av deltakerne i mitt studie tok opp. Det var ni deltakere i studiet, som tilrettela musikk til grupper bestående av fem-seks pasienter. Musikkksamlingene ble utført en gang i uken og prosjektet varte i åtte uker. Etterfølgende ble prosjektet evaluert. «Tilrettelagt musikk» tok utgangspunkt i kulturen og musikkinteressene til pasientene, som var med i de etablerte gruppene. Prosjektet startet ut med at deltakerne gjennomførte kartlegging av musikkinteressene til hver enkel pasient, som tok mot tilbud om å være med i en gruppe. Det ble trukket fram at de tok seg god tid til å tilrettelegge individuelle musikkpreferanser, hvor de også fikk god hjelp fra pårørende, når de trengte det. Deltakerne hadde forslag om pasienter, som de mente var musikkinteresserte. I to kommuner kom pasientene både fra omsorgsbosted og skjermet avdeling på sykehjem. I den tredje kommunen kom alle pasientene fra

sykehjemsavdelinger. Den ene kommunen var innstilt på, at flest mulig skulle ta del i prosjektet og valgte å ha med pasienter fra tre ulike avdelinger. Deltakerne i studien brukte god tid til sammensetting av pasientgruppene, vel vitende om hvor viktig det er, at pasientene føler seg trygge i gruppene. Program for musikkamlingene var gjort med bakgrunn i de kartlegginger, som var blitt gjort. Musikkterapeuten hadde en sentral rolle i planlegging, veiledning og evaluering av samlingene. Det ble heretter utført tre fokusgruppeintervju med de involverte deltakerne (tre helsepersonell fra hver kommune). Hensikten med studien var å utvikle en modell for å kvalifisere personalet i demensomsorgen til å bruke tilrettelagt musikk i hverdagen. Tre fokusgruppeintervju ble utført fire til seks uker etter siste musikkamling. Hovedfunn fra fokusgruppeintervjuene viser at: 1. pasientene var våkne og deltakende og viste fram nye sider av seg selv under musikkamlingene, 2. det var utfordrende å få innpasset musikkamlingene i hverdagen, og 3. støtte og oppfølging var avgjørende for videreføring. Et funn viste, at musikkamlingene var et positivt innslag i hverdagen for både pasientene og helsepersonellet. Deltakerne hadde en viktig rolle, for at gruppene fungerte godt, samt at hver enkelt pasient følte seg velkommen og verdsatt. Studien viser, at kjennskap til pasienten var viktig for gjennomføring av prosjektet. Deltakerne i studien er gjennomgående enige og gir uttrykk for, at de hadde stor glede av å være med i prosjektet. Flere deltakere nevner, at det hadde positiv påvirkning på humøret. Samtlige deltakere erfarte, at pasientene blomstret opp under musikkamlingene og deltakerne opplevde i tillegg, at prosjektet førte til samhørighet. Deltakerne rapporterte, at pasientene gav tydelig uttrykk for glede og takknemlighet for å få være med. Selv om deltakerne sine erfaringer var positive, så la de ikke skjul på, at det hadde vært krevende å gjennomføre prosjektet (11).

Artikkelen til Myskja, *Musikk som terapi i demensomsorg og psykisk helsearbeid med eldre*, belyser demens og psykiske lidelser hos eldre, som en av helsevesenets store terapeutiske utfordringer. Denne artikkelen er relevant for min studie, da den blant annet handler om hvordan musikk kan brukes i møte med demenspasienter, som er urolige i stillesituasjoner, og hvordan systematiske metoder har gitt lovende resultater innenfor demensomsorgen. Forfatteren har til hensikt å opplyse om musikkbasert tiltak som en metode, som kan brukes for å hjelpe og imøtekomme pasienter med ulike former for demens best mulig. Et tema, som blir trukket fram, er at musikk kan opprettholde språk- og talefunksjon og at de mentale evnene kan påvirkes av trening. I artikkelen blir det konstatert, at sang og andre former for aktiv musikkterapi kan hjelpe på talevansker hos pasienter med demens. Særlig blir rytmisk musikk



framhevet som gunstig for forbedring av artikulasjon. Musikken blir betraktet som en konkret metode for å styrke kommunikasjon med pasienten med demens, og ses samtidig som en forståelsesmodell for å forstå kommunikasjonselementer. Artikkelen gir opplysning om, at de musikalske elementene ser ut til å være tilgjengelige uavhengig av musikalske ferdigheter hos pasienten. Et annet tema, som blir trukket fram, er at musikk reduserer uro. Det vises til undersøkelser, som bekrefter at både bakgrunnsmusikk og «pleiersang» kan minske uro i stellesituasjoner. Det vises også til norske prosjekter, som har vist lovende resultater av musikk brukt systematisk ved demens, hvor det er utviklet konkrete metoder, som kan brukes av helsepersonell innen en klar klinisk ramme. Et tredje tema, som blir trukket fram, er at musikk kan bedre psykososiale funksjoner hos pasienter med demens. Forfatteren forklarer, at fellesnevner for ikke-medikamentelle behandlingstiltak er, at de bygger på stimulering og kommunikasjon. Det blir konstatert, at kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter på den ene siden er knyttet til behandling og omsorg, men at det på den andre siden bør legges vekt på hva som skjer i oss som helsepersonale. Hvordan det påvirker pasienten, hvem vi er, og hva vi formidler med vårt nærvær. Forfatteren påpeker at pasienter med demens har lettere for å forstå nonverbal kommunikasjon fra andre mennesker enn kommunikasjon via ord. For å styrke psykososial funksjon blir det anbefalt sang i grupper, gjerne med dans, samt lytting til ferdig innspilt musikk, som kan gi tilsvarende virkning. Oppsummert mener forfatteren at sang og musikk har språklige egenskaper, som gjør, at terapeutisk bruk av musikk kan ha særlige muligheter i demensomsorgen. Det ses som gunstig å bruke musikkterapeuter med spesialtilpassede teknikker. Artikkelen opplyser dog samtidig, at individuelt tilpasset musikk i samvirke mellom pasienter og ansatte uten musikkfaglig utdanning har vist lovende resultater. Forfatteren etterlyser til slutt gode studier for å finne svar på om musikkterapi er effektiv i behandling av symptomer på kognitiv svikt (12).

Masteroppgaven til Matre, *En evaluering av implementeringsprosessen til opplæringsprogrammet «Musikkbasert miljøbehandling»*, er en kvalitativ studie, som studerer og evaluerer implementeringsprosessen til opplæringsprogrammet «Musikkbasert miljøbehandling». Masteroppgaven er valgt da den omhandler helsepersonell sine erfaringer med bruk av MMB. Den gir svar på mulige implementeringsbarrierer av MMB og beskriver, hva som kan være utfordrende med utførelsen av behandlingsmetoden i praksis. Hensikten med studiet er å undersøke: 1. å finne ut hvorvidt deltakere, på det samlingsbaserte kurset av opplæringsprogrammet, viderefører kunnskapen og verktøyene de lærer tilbake til

arbeidsplassen i etterkant av deltakelse, 2. om deltakerne tar i bruk behandlingsmetoden i praksis på arbeidsplassen i etterkant av kurset og 3. om musikkbasert miljøbehandling læres videre til ansatte, som ikke har deltatt på opplæringsprogrammet, slik at metoden implementeres helhetlig. Det var syv deltakere i studien, som var helsepersonell ved fire forskjellige sykehus. Et år etter endt kurs ble det utført dybdeintervju av dem, som hadde deltatt, samt deres ledere. Intervjuene ble gjennomført på fire ulike sykehjem med geografisk spredning i Norge. I tillegg ble ansatte i Helsedirektoratet og Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg intervjuet. Samtlige kursdeltakere rapporterer, at de var svært fornøyde med opplæringsprogrammet og ønsket å bruke behandlingsmetoden etter deltakelse. Studien viser, at ledelsen på sykehjemmene var positive i prosessen, men forholdsvis lite involvert i implementeringsarbeidet. Resultat fra studien viser, at omtrent tre måneder etter deltakelse brukte alle kursdeltakerne i studien musikkbasert miljøbehandling på egen arbeidsplass. Samtlige deltakere rapporterer positiv virkning av behandlingsmetoden på pasientene. Et sentralt tema, som blir trukket fram er utfordringer i forbindelse med tid og utstyr. En annen utfordring, som blir framhevet er ansvarliggjøring og mangel på oppfølging, som påvirker i negativ retning. Et annet funn påviser strukturelle faktorer på institusjonen, som en barriere i forhold til implementering av behandlingsmetoden. Kursdeltakerne har mye ansvar i implementeringsarbeidet, da ledere og avdelingsledere, etter et år, fortsatt virker til å være forholdsvis lite involvert, ut over å ha positive holdninger til bruk. Et funn i studiet er, at deltakerne, som har gjennomført kurs, er positive og ønsker å bruke behandlingsmetoden over ett år etter, men overnevnte faktorer gjør det utfordrende. I studien kom det fram, at alle de involverte sykehjemmene har hatt opplæring i ulikt omfang om musikkbasert miljøbehandling for ansatte, som ikke deltok på kurset. Likevel informerer kun én kursdeltaker fra ett sykehjem i studien, at andre ansatte utreder brukere på egenhånd over ett år etter (13).

Artikkelen til Rawden et al., *Evaluering av opplæringsprogrammet musikkbasert miljøbehandling med integrert bruk av musikk og sang til helse- og omsorgstjenestene*, er en kvalitativ evalueringstudie, som gjør en ekstern evaluering av opplæringsprogrammet. Artikkelen er relevant for min studie, da den evaluerer MMB ved å intervjuer de involverte partene etter å ha brukt metoden i et år. Fire forskere fra NTNU gjennomførte studien i høsten 2019 med ansatte fra ni ulike sykehjem. Det var 26 deltakere i studiet, som representerer hjelpepleiere, helsefagarbeidere, aktivitører, sykepleiere og avdelingsledere. Deltakerne kom fra Østlandet, Sørlandet og Midt-Norge. Data ble innhentet ved utførelse av individuelle

intervjuer, gruppeintervjuer, dokumentgjennomgang og noe observasjon. Evalueringen kan vise til både barrierer og suksesskriterier i forhold til de to hovedproblemstillingene, som ble brukt i studiet. Første hovedproblemstilling stilte spørsmål til hvilke effekter, som kan tilskrives de aktiviteter, som de statlige midlene gir opphav til. I forhold til positive resultater vises det til mange gode effekter av opplæringsprogrammene. Samtlige informanter rapporterer om økt kompetanse, kunnskap og bevisstgjøring gjennom den opplæringen de hadde fått. Ingen av deltakerne hadde negative uttalelser eller kritikk av hvordan musikk, sang og bevegelse kunne brukes i miljøbehandling. To av tre subtemaer, som ble kartlagt fra dette hovedtemaet, var økt fokus og kompetanse på musikk og lydmiljø og økt bevisstgjøring og forståelse for at pårørende var en viktig ressurs når det gjaldt kartlegging av musikkpreferanser. Det andre hovedtema, som ble kartlagt, omhandlet helsepersonell sine positive erfaringer og opplevelser når de brukte behandlingsmetoden. Her nevnte deltagerne økt trivsel, humor og glede med å være på jobb. Et funn, som blir trukket fram er, at bruk av behandlingsmetoden førte til reduksjon eller opphold i medisiner hos pasienter i kortere eller lengre tid. Et annet funn var, at behandlingsmetoden bidro til at pasientene kunne sove bedre, og fremsto mindre rastløse. Oppsummert i forhold til positive resultater viser funn, at musikkbasert miljøbehandling gir glede, trivsel, humor, samhold og fellesskap for alle de involverte. De rapporterte gode effektene av aktivitetene synes å gi økt kvalitet på pleie og omsorgstjenestene i form av musikalsk omsorg og bedre kommunikasjon mellom ansatte og beboere. Evalueringens andre hovedproblemstilling stilte spørsmål til i hvilken grad disse effektene kan sies å oppfylle målene for ordningene. Det tredje hovedtemaet, som ble kartlagt, omhandler utfordringer og barrierer med opplæringsprogrammene og implementeringen i praksis. Dette gjaldt både de, som hadde deltatt på ABC kurset (hvor et av ti temaer lærer om MMB) og det samlingsbaserte kurset i miljøbehandling. Et av de subtemaer, som framkom var, at helsepersonale hadde vansker med å finne tid til å kartlegge beboernes musikkpreferanser, samt å lage de individuelle spillelistene. Et annet subtema omhandlet det, at ansvarliggjøring og integrering av musikkaktivitetene i arbeids- og pleieplanene kunne by på utfordringer. Dette gjaldt også i forhold til formidling av kunnskaper og erfaringer til kollegaer fra kursene. Studiens resultater påpeker, at en god og stabil forankring i ledelsen er viktig for å oppnå en vellykket gjennomføring av musikkbasert miljøbehandling. Det, som ikke kommer fram eller blir belyst i evalueringstudiet er hvordan opplæringsprogrammet er blitt markedsført, hvem de har nådd og hvordan. Til sist ønsket samtlige av deltakerne i studien å anbefale andre institusjoner til å delta på kurs i musikkbasert

miljøbehandling. Flere så gjerne, at kurset var en obligatorisk aktivitet for helse- og omsorgstjenestene. Overføringsverdien, av resultatene fra denne evalueringen, ses som høy. Funn fra denne evalueringen vurderes å kunne bidra til videre utvikling av opplæringsprogrammene. Gevinsten og merverdien menes å ville være en videreføring av de seks opplæringsprogrammene, samt en styrking av kvalitetsarbeidet i helse- og omsorgstjenestene for framtiden (14).

### 3 Teoretisk utgangspunkt

I dette kapitlet kommer jeg inn på de mest dominerende demenstilstander og beskriver hvordan det stilles en demensdiagnose. Heretter vil jeg snakke litt om personsentrert omsorg i forhold til demenspasienter for sluttelig å forklare hva MMB går ut på.

#### 3.1 Demens

Demens er en betegnelse på en kronisk funksjonstilstand, som er kjennetegnet ved svikt i en rekke kognitive funksjoner, tap av evne til å utføre dagliglivets oppgaver og endring av adferd, og som er forårsaket av en hjernesykdom. Demens er altså ikke en sykdom – det er en tilstand eller et syndrom som kan forårsakes av en rekke hjernesykdommer (15, s. 10). Verdens helseorganisasjon, WHO, har laget diagnostiske kriterier for demens ICD-10 (International Classification of Diseases), hvor minimum seks kriterier må være oppfylt før der kan stilles en demensdiagnose (16). Ved demens er sterkt redusert hukommelse et kjerneproblem. Om man ikke kan påvise sterkt redusert hukommelse kan man ikke bruke begrepet demens. Sykdomsutviklingen kjennetegnes typisk ved redusert episodisk hukommelse, konsentrasjon og ordletingsvansker (15, s 8, 9). Demens deles inn i tre grupper med følgende underkategorier: 1. degenerative sykdommer (blant annet Alzheimer), 2. vaskulær demens (blant annet enkeltinfarkt og multiinfarkt), og 3. sekundær demens (kan for eksempel være alkoholisk betinget). Den hyppigste årsak til demens er Alzheimers sykdom, som over tid alltid fører til demens. Alzheimers demens forekommer både hos yngre og eldre. Det er vanlig å skille mellom en form, som opptrer før og en form, som opptrer etter 65-års alderen. Disse formene blir kalt for Alzheimer demens med tidlig debut og sen debut. De fleste får sykdommer etter de er fylt 65 år (17, s. 8).

Diagnosesystemet ICD – 10 deler demens inn i tre ulike grader:

- Mild grad av demens: Svekkelsen virker inn på evnen til å klare seg i dagliglivet.
- Moderat grad av demens: Personene kan ikke klare seg uten hjelp fra andre.
- Alvorlig grad av demens: Personen trenger kontinuerlig tilsyn og pleie (15, s. 11).

Språk og spontan tale hos personer med demenssykdommer forverres gradvis. Tendensen til, at pasienter med demens snakker og konverserer mindre, på grunn av sykdommen sin, er ofte

gjennomgående. Pasienten med demens har ikke mulighet for å vedlikeholde språket sitt via daglig stimuli. Derimot kan ofte evnen til å synge gamle kjente låter forbli intakt (18, s. 131-153).

### **3.2 Personsentrert tilnærming**

I 1920-tallet beskrev den tyske filosofen Martin Buber om behovet for personsentrert tilnærming til mennesker generelt. Han vektla, at leger skulle møte pasientene som mennesker først og fremst. Ikke som en diagnose eller sykdomstilstand, som ellers var vanlig praksis på den tiden (19, s. 20-22).

Personsentrert omsorg har sine røtter i Carl Rogers' (1961), som var humanistisk psykoterapeut og psykolog med klientsentrert terapi (20, s. 10). Personsentrert omsorg ble introdusert på 1980 – 90 tallet. Det er den nå avdøde engelske psykolog og professor, Tom Kitwood, som utviklet en omsorgsfilosofi og et verdigrunnlag, som satte fokus på begrepet «personsentrert omsorg». Det særlige ved Kitwood er, at han setter personen med demens i sentrum (19, s. 7). Han introduserte behovet for en endring av pleiekulturen i demensomsorgen, hvor han mente at det ble lagt alt for mye vekt på svikt og funksjonstap ved demens. Derimot mente han, at ressurser, mestring og egenopplevelse fikk for lite oppmerksomhet (21, s. 10).

Kitwood bruker et filosofisk utgangspunkt for bedre å kunne forstå begrepet personsentrert omsorg, hvor han stiller spørsmålet: «Hva betyr det å være en person?» Kitwood skaper et begrep, «personhood», som handler om hva det betyr å være en person i form av status eller verdi, som andre mellommenneskelig forhold og sosiale relasjoner gir. Norge brukes begrepet «personverd» (19, s.17, 18). Personsentrert omsorg handler først og fremst om å møte hver enkelt person, som et unikt individ gjennom hele demensforløpet. Det er særlig viktig, at helsepersonellet understreker og gjør det tydelig, at personen med demens har verdi som det unike menneske han eller hun er (22, s. 11).

Omsorg, som mellommenneskelig interaksjon, kjennetegnes ved sensitivitet overfor andre. Dette innebærer bruk av aktiv lytting, øyekontakt, berøring, bekreftelse og villighet til å gå utenom oppsatte rutiner. Det beskrives, som det å være medmenneskelig, ikke bare det å være i verden, men å være i verden med andre. Omsorg er moralsk forpliktende, og innebærer at helse- og omsorgspersonell må ha vilje, intensjon og forpliktelse til å gi omsorg i praktisk

handling. Dette innebærer en innsats for å bevare verdigheten og den fundamentale respekten for pasienten som menneske (22).

Det er viktig at helsepersonell besitter kunnskap, som omhandler demens og utfordrende adferd, slik at de kan sette seg inn i pasientens ståsted og møte pasienten hvor han eller hun er (21, s. 6). Brooker påpeker at begrepet «personsentrert omsorg» kan variere fra person til person samt fra sammenheng til sammenheng (20, s. 8). Derfor utviklet hun, inspirert av Kitwood, fire hovedelementer, som definerer personsentrert omsorg. Disse hovedelementer gjør det lettere å danne en forståelse av begrepet (ibid s. 9).

Disse fire elementene er oppsummert i akronymet «VIPS»:

**V** = Et verdigrunnlag, som anerkjenner menneskets absolutte verdi, uavhengig av alder og kognitiv funksjon

**I** = En individuell behandling, som vektlegger det unike hos hvert enkelt menneske

**P** = En evne til å forstå verden, sett fra personens perspektiv

**S** = Etablering av et støttende sosialt miljø, som dekker personens psykologiske behov (20, s. 9, 10).

Utover de fire hovedelementer utviklet Brooker en ligning. Her følger hun likeledes i Kitwood sine fotspor, da han ofte fremstilte komplekse ideer som ligninger. Her uttrykker Brooker personsentrert omsorg på følgende måte: PO (personsentrert omsorg) = V+I+P+S. Ifølge Brooker består akronymet samtidig av «Very Important Persons» (20, s.10).

### **3.3 Kitwoods utvidede demensmodell**

Kitwood utviklet en utvidet demensmodell for bedre å kunne forstå demens. Han poengterer gjennom denne modellen at demenssykdommen skal sees som en kombinasjon av hjerneorganisk svikt (HS), helse (H), livshistorie (L), personlighet (P) og endringer i sosiale relasjoner (S). Modellen forklares som et regnestykke: Demens = HS + H + L + P + S. Disse fem faktorene har stor betydning for hvordan hver enkelt pasient opplever og mestrer den situasjon, han opplever (20, s. 37).

De fem faktorene er beskrevet som et regnestykke, hvor **demens** =

**Hjerneorganiske forandringer** virker inn på hukommelse, språk, evnen til å planlegge og utføre praktiske hverdagsoppgaver, og evnen til å oppfatte og tolke omgivelsene.

+

**Psykisk og fysisk helsetilstand** påvirker evnene til å kommunisere og mestre daglige utfordringer.

+

**Livshistorie** og tidligere opplevelser påvirker tolkninger av nåtiden. Kjennskap til dette er viktig for å kunne forstå og møte en person på en god måte.

+

**Personligheten** innebærer helheten av de styrkene og sårbarhetene, som mennesker bærer med seg gjennom livet og den har innvirkning på hvordan en person tilpasser seg de endringene, som demens medfører.

+

Sosiale relasjoner virker inn på opplevelsen av demens, og kvaliteten i de sosiale relasjonene påvirker selvfølelsen.

(22, s. 11)

Kitwood interesserer seg for de eksistensielle behov, som personer med demens har for å eksistere som person. Alle mennesker har de samme grunnleggende psykologiske behov. Kitwood vektlegger disse fem: Trøst, tilknytning, identitet, inklusjon og beskjeftigelse. Ved hjelp av en blomst med kronblader, illustrerte han de fem grunnleggende psykologiske behov. I sentrum av blomsten er kjærlighet, som er det sentrale behovet (19, s. 89-92).

Følgende presenteres en kort oppsummering av Kitwood sine grunnleggende psykologiske behov:



**Trøst:** Alle mennesker har behov for trøst, ømhet, nærhet og lindring av smerter og ubehag. For personer med demens er dette behovet av ekstra betydning, fordi demenssymptomene ofte kan medføre økt usikkerhet, utrygghet og angst. Å trøste et annet menneske er å sørge for den varme og styrke, som kan sette vedkommende i stand til å holde sammen på helheten, når denne er i fare for å bryte sammen. Trøst kan innebære å få hjelp til å slappe av, kroppskontakt, trøstende ord og smertelindring.

**Tilknytning:** Tilknytning innebærer en opplevelse av samhørighet. Behovet for tilknytning dekkes ved å få anerkjennelse og støtte. Å være ekte og åpen på en måte, som er sensitiv for personens behov og følelser er vesentlig for å bygge et tillitsforhold. Steder og mennesker kan gi en opplevelse av trygghet. Validering, det å bli sett og hørt, er en god måte å møte personen med demens på. Når helsepersonellet gir rom for at pasientens følelsesmessige uttrykk blir møtt med anerkjennelse og omsorg, kan det bidra til at pasienten føler seg validert og tilknyttet.

**Identitet:** I løpet av demenssykdommen mister pasienten ofte hukommelsen angående viktige personer og steder. Da kan pasienten ha den opplevelse, at det er vanskelig å holde på følelsen om hvem de er. Identitet handler om å vite hva man tenker, føler og mest av alt hvem man er. Her er det viktig at helsepersonellet bruker pasientens navn regelmessig. Hvis pasienten har vært vant å bruke etternavn eller kallenavn, må det foretrekkes å bli brukt. Helsepersonellet kan også bekrefte pasientens identitet ved å snakke med pasienten om livshistorien sin og/eller markere bursdager eller andre merkedager.

**Inkludering:** Det å være inkludert og bli invitert i felleskap med andre er essensielt for alle mennesker. Pasienter med demens risikerer å bli stigmatisert, ignorert og sosialt isolert, og mister ofte evnen til å ta initiativ. Dette kan gjøre det vanskelig for pasienten å ta kontakt med andre. Inklusjon kan handle om at helsepersonellet inviterer pasientene å bli med i aktiviteter eller samtaler. At ingen føler seg glemt, og alle får samme oppmerksomhet. Når helsepersonellet bestreber etter at pasienten føler seg anerkjent og verdifull, ivaretar de samtidig pasientens opplevelse av inklusjon.

**Beskjeftigelse:** Beskjeftigelse betyr å være involvert i livsprosessen på en måte, som er personlig signifikant, og som trekker på personens ibeboende ressurser og evner. I tråd med personsentrert omsorg og kvalitetsforskrift for pleie -og omsorgstjenestene, skal det legges til

rette at personen med demens kan bruke sine ibeboende ressurser så langt som det er mulig. (21, s. 14-17), (19, s. 90-92).

### **3.4 Miljøbehandling**

Det finnes ingen allmenn definisjon på begrepet miljøbehandling. Begrepet er ofte brukt som en samlebetegnelse for ulike tiltak, aktiviteter, behandlinger og prosesser, som mobiliserer personen med demens til aktivitet i sitt eget miljø. Miljøbehandling er bare én av flere typer behandling i demensomsorgen. Miljøbehandling kan brukes til personer med alle grader av demens. Det, som er avgjørende og varierer, er hvilken type aktivitet det er tale om, og hvilken grad av hjelp personen trenger for å gjennomføre aktiviteten (23, s.7).

For å komme til kjernen av hva personsentrert miljøbehandling er for den enkelte pasient, kan en stille følgende to spørsmål: 1. Hva liker du å gjøre? Og 2. Hva er viktig for deg nå? Deretter kan helsepersonale stille seg selv følgende spørsmål: 1. Hvilke ressurser har personen? Og 2. Hva kan vi gjøre for å hjelpe hun eller han få bruke dem? Når miljøbehandling brukes på riktig måte, det vil si med personsentrert tilnærming, har det ikke negative bivirkninger (ibid s. 8, 9).

Miljøbehandling vektlegger de terapeutiske prosesser, som mobiliseres og iverksettes i det miljø pasienten befinner seg i. Det er en aktivitetsrettet form, for behandling som tar sikte på å bedre pasientens kognitive, sosiale og praktiske ferdigheter. Miljøbehandlingsformen vektlegger opprettholdelse av selvstendighet så lenge som det er mulig. For å utvikle miljøbehandling i demensomsorgen har Helsedirektoratet i over tre år gitt fem millioner. som en del av den forrige demensplan (demensplan 2015). Dette er et samarbeide mellom Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus og Alderspsykiatriske forskningssenter, Sykehuset innlandet. I Norge bygger miljøbehandling på personsentrert omsorg (24, s. 205, 206).

### **3.5 Musikkbasert miljøbehandling**

Dr. Audun Myskja er fagveileder ved Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg og i opplæringsprogrammet MMB. Myskja, som er spesialist i allmenntilleggsmedisin, har tatt doktorgrad i musikkterapi, som støttebehandling i eldreomsorgen. Myskjas syn på personsentrert omsorg er i tråd med Kitwood og Brooker sine teorier om det personsentrerte menneskesyn. Myskja ser empati, som grunnverdien i personsentrert omsorg. Det å oppleve hvordan det er å være i den andres situasjon (24, s. 206). Han definerer musikk som en konkret

metode for å styrke kommunikasjonen, men også som en forståelses modell for å forstå ulike kommunikasjonselementer (25, s. 213).

MMB handler om hvordan musikk kan brukes som en ressurs, til minnearbeid og som behandlingsform i hverdagen. MMB er å bruke sang, musikk, rytmisk trening, dans og annen bevegelse som en del av en helhetlig omsorg. Det er ikke viktig om den, som gir omsorg har en «god» sangstemme, musikalsk bakgrunn eller interesse for musikk. Erfaring viser, at alle kan lære og bruke MMB (26, s. 25).

MMB bygger på systematisk kartlegging (preferanseprinsippet), har tiltak tilpasset den enkeltes behov og blir fulgt opp, evaluert og justert etter erfaring over tid. MMB er et opplæringsprogram i Norge, som er delt inn i tre ulike deler: *ABC Musikkbasert miljøbehandling, samlingsbasert kurs og høyere utdanning*. Opplæringsprogrammet så dagens lys høsten 2016. Programmet er rettet mot ansatte i helse- og omsorgssektoren, som arbeider med pasienter og brukere i alle aldre og med ulike lidelser og sykdommer. Programmet er basert på sang, musikk, og bevegelse brukt innenfor kliniske rammer. Arbeidet tar utgangspunkt i personsentrert omsorg og resultater viser mer fornøyde beboere, pårørende og ansatte. Opplæringsprogrammet har gitt gode bidrag til praksisutvikling innenfor omsorgsarbeid (ibid s. 25). I 2017 hadde rundt 1000 ansatte og ledere i helse- og omsorgssektoren deltatt i opplæringsprogrammet *Musikkbasert miljøbehandling* (27). D.14.02-2022 tok jeg kontakt til Marthe Hagerup Indal, som er prosjektkoordinator ved opplæringskurset MMB, da jeg ønsket et overblikk over hvor mange, som hadde tatt kurset, samt hvor mange sykehjem og demensavdelinger, som hadde implementert metoden. Her fikk jeg opplyst, at det var over 6000, som hadde fullendt kurset siden oppstart i 2016. Dette betyr, at det gjennomsnittlig er 1000 kursdeltakere pr. år, som gjennomgår og består kurset. Det viste seg, at det ikke fantes overblikk over implementeringsstørrelse eller om hvor mange kursdeltakere, som faktisk brukte metoden på egen arbeidsplass.

### **Preferanseprinsippet og systematisk kartlegging**

Det vektlegges å avklare hvilken musikk personen liker og handler mer direkte om hvilken musikk, som «treffer» personen. Utforskning av individuelle musikkpreferanser utføres sammen med personen, det dreier seg om. De pårørende kan ofte være en god hjelp med kunnskap om hva personen har pleid å lytte til. De ansatte kan også bidra hvis de har erfart at,

personen har vist spesiell respons på en bestemt type musikk. Det kan vurderes preferanser ved å bruke CD, eller musikk, som finns online på tjenester, som for eksempel Spotify eller YouTube. Kartlegging av individuelle musikkpreferanser kan være utfordrende, når personen ikke har språk. Da er det spesielt viktig å observere ansiktsuttrykk og andre tegn. Den kartlagte preferanselisten er ikke gjort «en gang for» alle, men må justeres etter behov. Det sangvalget, som virker den en dag virker ikke nødvendigvis den neste (26, s. 26).

### **Musikkbasert miljøbehandling for den enkelte**

MMB deles inn i aktive og passive teknikker. Når MMB brukes i form av aktive teknikker legges det vekt på å stimulere uttrykk og kommunikasjon. Når MMB derimot brukes i form av passive teknikker, legges det vekt på lytting, stressreduksjon, og sansestimulering. MMB kan utføres som individuelle tiltak i alle faser av demenssykdommen. Ved alvorlig grad av demens kan det hende, at personen ikke har verbal språkfunksjon lenger. Da må det brukes den kunnskapen, de ansatte har fra tidligere om personen, demenssykdommen og personsentrert miljøbehandling, for å finne riktige tiltak i de ulike situasjonene (ibid s. 26).

### **Musikkbasert miljøbehandling i gruppe**

Fellessang kan brukes i alle faser av demenssykdommen. Denne form for MMB kan foregå i mindre eller større grupper, hvor både helsepersonell og pårørende kan delta. I større grupper må en finne sangvalg, som passer for alle. I mindre grupper er det mulig for den, som leder aktiviteten å individualisere og improvisere (ibid s. 27).

### **Dans og bevegelse**

Dans kan betraktes over et spekter, fra hygge til terapi. Selskapsdans ligger i den ene enden av spektret og rytmisk bevegelsestrening som miljøbehandling, med et klart mål, i den andre.

Overgangen mellom disse to spektrere er flytende. Denne miljøaktivitet er bra for kroppsholdningen, og utholdenhet bedres ved regelmessige dansestunder. Effekten økes når deltagerne oppmuntres til å synge med og klappe (ibid 26. s. 27, 28).

### **Å bruke musikk for å lindre og hjelpe**

Når en person med demens er rastløs, vandrer og bruker grovt språk med banning, kan det oppleves ubehagelig, både for de ansatte og de pårørende. Hvis musikkpreferansen ikke er kartlagt, kan de ansatte forsøke å spille musikk fra ulike sjangrer for å se hvordan personen reagerer. De kan også som nevnt kontakte pårørende for å spørre hva personen liker å høre. De ansatte kan dernest prøve ut et musikkprogram. Om morgenen er det lurt å spille musikk han liker. En annen ting de ansatte kan gjøre, er å prøve å ta han med til en musikk- og sangstund for å se om han setter pris på det. Det, som er viktig er å være tidlig ute, og helst før uroen eskaleres. Det er mye lettere å bruke musikken før uroen starter, og vanskelig å bruke musikk for at stanse uro, som har eskalert langt. Det er viktig å kommunisere vennlig og tydelig, uten brå bevegelser eller skarp stemme, slik at personen føler seg mest mulig trygg (ibid 26 s. 28).

### **Å evaluere virkning**

Til å evaluere virkning fra utførelse av MMB finnes det ulike kartleggingsverktøy før og etter oppstart. Det er miljøbehandlingens hensikt, som bestemmer hvilket skjema, som velges ut.

Helsepersonell kan således kartlegge for følgende:

- Ressurser i dagliglivets aktiviteter (ADL) ved hjelp av ADL-vurdering
- Depresjonssymptomer eller stemningsleie med for eksempel Cornells depresjonsskala
- Neuropsykiatriske symptomer med for eksempel Neuropsychiatric Inventory - sykehjems versjonen
- Adferd i døgnvariasjonsskjema
- Observasjon og evaluering av aktivitetstiltak ved bruk av «Skjema for evaluering» (26 ibid s. 32).

Når virkningen av MMB er evaluert, må det gjøres eventuelle forandringer i tiltakene ved behov, som ved all miljøbehandling. I tillegg kan det også være nødvendig med justeringer etter hvert som sykdommen progredierer (ibid s. 28).

## 4 Metodekapittel

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for valg av forskningsmetodisk utgangspunkt, samt den praktiske gjennomføringen. Jeg vil i tillegg belyse etiske vurderinger og kvalitetsvurdering. Problemstillingen etterspør helsepersonell sine opplevelser med bruk av MMB i individuell tilnærming til pasienter med demens, samt faktorer som er fremmede/hemmende i utførelsen av metoden. Jeg har valgt å bruke kvalitativt forskningsdesign for å oppnå forståelse av deltageres erfaringer (28, s. 28). Med bakgrunn i det tema, som jeg har valgt, vil jeg gjøre en kvalitativ studie. hvor jeg undersøker hva helsepersonell sier om bruken av MMB i personsentrert tilnærming til pasienter med ulike former for demens. Studiens undersøkelse er gjort på en demensavdeling ved et sykehjem i Norge. Det bor ti pasienter på avdelingen og bemanning består av to helsepersonaler. En gang i uken, når det er legevisitt, er det en ekstra bemanning.

### 4.1 Forskningsmetode

#### 4.1.1 Semistrukturert intervju

I min undersøkelse har jeg valgt å bruke semistrukturert intervju som verktøy til innhentning av data. Det er en kvalitativ tilnærming hvor det utarbeides en intervjuguide, som bidrar til å ivareta formålet med samtalen (28, s. 46). Jeg har valgt å utføre single intervju som metode, hvor fokuset er på et gitt tema. Intervjuet sikter mot nyanserte beskrivelser av intervju deltagerens livsverden gjennom ord i motsetning til tall (28, s. 47). Ved å bruke semistrukturert kvalitativt forskningsintervju søker jeg opplysning om deltakernes levde livsverden (28, s. 46). Det kvalitative forskningsintervjuet søker kvalitativ kunnskap, uttrykt i normalt språk (28 s. 47). Det er ønskelig å få fram helsepersonell sine erfaringer og opplevelser fra MMB, samt forståelse og kunnskap for bruken av MMB i møte med personer med demens. Intervjuguiden er designet med åpne spørsmål, der deltagerne blir bedt om å dele erfaringene sine, i form av konkrete hendelser, som leder til en personlig opplevd fortelling fra en bestemt sak (29, s. 129, 130). Det at jeg som forsker stiller åpne spørsmål, muliggjør det å gå i dybden i samtalen. Når det stilles åpne spørsmål, kan nyanser bedre kommer frem i forhold til de erfaringene, som deltakerne mener er viktige å formidle. Det kan bidra med å styrke forståelsen av hvorfor mennesker gjør som de gjør (ibid s. 130).

## 4.2 Forskerens rolle

I denne studien forsker jeg i et felt, som for meg er kjent, både da jeg selv har studert og brukt musikkterapi i tilnærming til demenspasienter, men også fordi jeg har videreutdanning i aldring og eldreomsorg. Jeg har forsøkt å være oppmerksom på egen forståelse innenfor feltet. Malterud anbefaler at forskeren bør lete etter det, (forforståelsen), han er nødt til å legge til side, slik at deltakernes fortellinger blir fremført på en lojal måte (29, s. 41). Da jeg som forsker er sterkt engasjert i tematikken, har jeg vært bevisst om min forforståelse gjennom hele prosessen. På grunn av min forforståelse hadde jeg en forventning om, at det var vanskelig for helsepersonellet å bruke sang, og spesielt musikk, i tilnærmingen. Jeg hadde en forventning om at MMB var nedprioritert og derfor ikke brukt mye, på grunn av faktorer som for eksempel travelhet eller mangel på interesse. Dessuten hadde jeg ikke forventning om, at ledelsen var involvert i implementeringen i det hele tatt. Min studie viser at deltakerne får til å bruke MMB på tross av travelhet, da det er stor vilje til stede for metoden. Min forforståelse har vært, at en står mye alene i utførelsen av MMB, med alt det innebærer. Dette har vært et av mine blindpunkter, da det er det jeg har erfart fra egen arbeidsplass. Ledelsen i min studie, derimot, bakker opp omkring MMB og tilrettelegger for utførelsen så metoden kan brukes av alle, og ikke bare dem, som bruker sangstemmen sin. Her tenker jeg spesielt på installasjonen av teknisk utstyr til musikkspilling på alle rom, som ble installert i avdelingen. Min erfaring fra bruk av musikalsk tilnærming til pasienter med demens er, at en må ha egen Spotify konto, ta med seg privat telefon og bærbar høyttaler til hver enkel utførelse eller bruke stasjonær CD-spiller.

## 4.3 Utvalg og rekruttering av informanter

Jeg har i denne undersøkelsen foretatt et strategisk utvalg med hensyn til deltakere. Det betyr at utvalget er sammensatt utfra den målsettingen, at materialet har best mulig potensial til å belyse min problemstilling. Det er derfor ønskelig, at deltagerne har erfaringsbasert kunnskap om temaet, som skal undersøkes (29, s. 56). For å finne svar på forskningsspørsmålet var det derfor ønskelig med deltakere, som kunne dele kvalifiserbare svar for det tema, som jeg har valgt. Jeg startet ut med å kontakte Nasjonalt kompetansesenter, for kultur, helse og omsorg v/Musikkbasert miljøbehandling for å høre om de kunne opplyse meg om sykehjem, som brukte MMB. Her ble jeg anbefalt å kontakte en sykepleier, som var ansatt ved et hospital med to demensavdelinger. Jeg ble opplyst, om at denne sykepleier hadde god erfaring med bruk av MMB i praksis, og at hun hadde uttalt seg om selvsamme emne i media. Jeg tok kontakt til

denne sykepleier via e-post, som mente, at det muligvis var flere helsepersonale fra den ene demensavdeling, som kunne være interessert å bli med i min studie. Heretter kontaktet jeg leder fra den avdelingen det dreide seg om. Denne leder var positiv i forhold til mitt tema, som hun mente var viktig og var hjelpelig med å opplyse helsepersonale om muligheten for å delta i prosjektet. Opplysning om studien og kriterier for deltagelse, ble siden opphentet på personalkontoret (Vedlegg 1). Det ble informert om, at det var først til mølle prinsippet, som var gjeldende. Lederen fikk dannet seg et overblikk over hvor mange, som ønsket å delta og utleverte deres e-postadresser til meg. Heretter sendte jeg formell invitasjon til de, som ønsket å bli med i prosjektet. Det ble avtalt tidspunkt for intervju med deltakerne, som passet for dem.

Inklusjonskriteriene er at deltakerne må ha enten vert på kurs i MMB eller fått opplæring i bruk av MMB fra kursdeltakere. I tillegg må de besitte kunnskap om ulike former for demens, og ha forståelse for personsentrert tilnærming.

Da MMB kan utføres av alt helsepersonell ble det etterspurt deltakere, som var assistenter, vernepleiere, helsefagarbeidere, sykepleiere samt personale med evt. høyere stillinger, som for eksempel ledere. Med et bredt utvalg gis mulighet for variasjon og mangfold, i forhold til deltakernes bakgrunn og erfaring. Det kan bidra til å gi både bredde og dybde i materialet, som muliggjør at temaet kan belyses fra flere vinkler. De erfaringer, som utvalget har fra å bruke MMB i tilnærming til pasienter med demens, danner grunnlag for tolkning av resultatene. Og kan bidra til ny kunnskap, som kan være viktig i praksis innenfor omsorgssektoren.

Deltagerne i min undersøkelse kommer fra Trondheim kommune, som har 210 496 innbyggere. Det ble samlet rekruttert tre kvinner og to menn. To av deltagerne var vernepleiere, en helsefagarbeider og to sykepleiere. Fire av deltakerne hadde ulike praksiserfaringer fra omsorgssektoren fra før de ble utdannet, hvor tidsrammen lå mellom fire til 17 år. Praksiserfaringene kom fra kommunehelsetjenesten, pre-hospital, sykehjem, demensavdelinger, skjermede demensenheter og skjermet bokollektiver for demens. Sykepleierne hadde hver for seg seks og 15 års erfaring, helsefagarbeideren fire og vernepleierne henholdsvis tre og åtte. Deltakernes tidsramme for av bruk av MMB lå mellom et og tre år. En av deltakerne hadde vert på kurs i MMB og resten hadde fått opplæring på avdelingen. Det er tatt hensyn til deltakernes anonymitet, og bakgrunnsopplysninger blir derfor ikke opplyst i undersøkelsen.



## 4.4 Intervjuguide

Intervjuguiden ble utarbeidet i god tid før det første intervjuet (vedlegg 4). Før de aktuelle intervju skulle utføres foretok jeg to prøveintervju med to av mine bekjente. Den ene av dem hadde tatt kurs i MMB, men møtte ikke inklusjonskriteriene for å bli med i studien. Dette gjorde jeg blant annet som en del av forberedelsen til å skulle bruke onlinekommunikasjonsmidlet Teams, som nettbasert intervju, samt for å avprøve intervjuguiden. Jeg følte meg bedre forberedt på hvordan jeg skulle håndtere det å være intervjuer med fokus rettet mot intervjupersonen. Det var en god øvelse, som styrket selvtilliten før gjennomføringen av intervjuene, som ble del av studien. Sammen med veileder ble opptaksfunksjonen testet for å skape mer fortrolighet med bruk av utstyret før intervjuene ble gjennomført. Intervjuguiden inneholder syv spørsmål, som etterspør deltagerens erfaringer med og meninger om bruk av MMB i personsentrert tilnærming til pasienter med demens. Alle spørsmålene hadde oppfølgingsspørsmål, som jeg kunne bruke underveis i samtalen hvis behovet oppstod. Etter det første prøveintervjuet erfarte jeg, at det måtte tas med ekstra spørsmål og justerte da intervjuguiden. Dette var nødvendig, da jeg fikk ny kunnskap, som relaterte til min problemstilling. Jeg arbeidet mye med, at spørsmålene skulle være åpne, da jeg ønsket at deltakerne skulle få snakke fritt. Formålet var, at deltakerne skulle kunne dele subjektive erfaringer fra personlig bruk av MMB i personsentrert tilnærming til personen med demens. For å få deltakerne til å dele erfaringer ble det stilt spørsmål som: «Kan du fortelle om en episode du husker spesielt godt, hvor du brukte MMB, men ikke kom i mål?» Problemstillingen og forskningsspørsmålene styrte retningen, som samtalene tok.

## 4.5 Gjennomføring av intervjuene

De fem intervjuene ble gjennomført fra september til desember 2021. Intervjuene ble gjennomført innenfor en to ukers periode. Under og etter at intervjuene ble gjennomført brukte jeg tid til å notere umiddelbare tanker fra samtalene. Det viste seg å være nyttig å ha notatene med, når både transkripsjonen og analysen ble gjort, da de forsterket erfaringene fra intervjuene. For å optimalisere og strukturere intervju prosessen ble det gjennomført to «prøve»-intervjuer med kjente deltakere. Dette var også med til å teste den digitale utførelsen av intervjuene, for å unngå tekniske problemer underveis. Det, at intervjuene ble utført med en digital løsning, minimaliserte terskelen til deltakerne for å delta, og økte fleksibiliteten til prosjektet, da deltakerne selv fikk velge tid og sted for intervjuene. De fleste gjorde intervjuet hjemmefra,

men en av deltagerne gjennomførte intervjuet i arbeidstiden. Til tross for øvelse oppsto det noen tekniske problemer ved de to første intervjuene. Dette ledet til en alternativ løsning, som ble godtatt av både Norsk senter for forsknings data (NSD) og Universitetet i Tromsø (UIT). Det ble vektlagt, at deltakeren skulle ha en positiv opplevelse, samt følelsen av å bidra med nyttig kunnskap. Det var dessuten viktig å skape en god relasjon, hvor det var fortrolighet og trygghet mellom deltaker og intervjuer. Omtrent en måned før intervjuene skulle utføres ble informasjon om studiets hensikt sendt ut til deltagerne (vedlegg 2). Her fikk de også informasjon om det praktiske rundt intervjuet, slik som hvorfor lydopptak ble brukt, når opptaket kom til å bli skrudd av og på, samt hva som ville skje med det ferdige materialet etter studiens avslutning. På intervjudagen ble det innhentet muntlig samtykkeerklæring før intervjuene ble startet. Jeg kjente ingen av deltakerne på forhånd og som førstegangs intervjuer var jeg både spent, nervøs og hadde litt sommerfugler i magen rett før hvert intervju. Intervjuene ble startet med en generell samtale om fartstid innenfor helsevesenet og ulike erfaringer herfra. Jeg opplevde det som en god måte å bryte isen på, og det bidro til en avslappet stemning for resten av intervjuet. Videre kom vi så inn på bruken av, og interessen for MMB. Når samtalen var godt i gang, og det følte naturlig, ble lydopptaket startet. Det første intervjuet følte litt som en øvelse for de kommende, og for hver gang følte jeg, at det gikk litt lettere. Som utgangspunkt følte jeg egentlig samtlige intervju gikk ganske bra. Intervjuene varte fra 30 til 45 min. Etter intervjuet var ferdig og opptaket avsluttet, fortsatte praten litt for å kunne oppnå en naturlig avslutning på samtalen.

## 4.6 Transkripsjon

Formålet med skriftliggjøring av tale til tekst er å fange opp samtalen, slik at den gir en gyldig gjengivelse av det deltakeren hadde som hensikt å meddele (29 s. 75). Under transkripsjonen ble også notatene, som ble skrevet under og i etterkant av intervjuene, brukt. Notatene gjorde det lettere å gjenoppleve intervjusituasjonen. Jeg startet med å gi hver deltager en fargekode, men etter hvert i transkriberingsprosessen så jeg, at det var mer systematisk å nummerere deltakerne 1 til 5, og heller fargekode teamene, som virket oversiktlig. Samtlige intervju ble transkribert på bokmål, som var med til å bevare deltakernes anonymitet. Min respons under intervjuet, ord som «mm-mm» og «ja», som ble gjentatt utallige ganger, ble ekskludert for å få mer flyt i teksten. Fem intervjuer endte til slutt med 40 sider transkribert materialet med skriftstørrelse 12 og 1.0 linjeavstand.

Ifølge Kirsti Malterud er målet med den kvalitative metoden å utvikle ny kunnskap, ikke reprodusere en forståelse vi allerede har (29, s. 92). Som førstegangs forsker var det behov for en form for guide til å organisere og systematisere materialet under analyseprosessen. Transkribering av intervjuene resulterte i stor mengde tekst. Det er i denne studien brukt systematisk tekstkondensering for å kunne ha en god oversikt, slik at viktige elementer ikke blir oversett. Det er en fenomenologisk analyse, inspirert av Giorgi, modifisert som systematisk tekstkondensering av Malterud (29, s. 96). Fenomenologi er et omfattende felt innen for filosofisk teori og representerer en forståelsesform, der menneskers erfaringer regnes som gyldig kunnskap (29, s. 45). Ifølge Giorgi er formålet med den fenomenologiske analysen å utvikle kunnskap om deltakernes erfaringer og livsverden innen for et bestemt felt (29, s. 97). Livsverden beskrives som verden slik vi møter den i dagligdagen, og slik den fremtrer i den umiddelbare og middelbare opplevelse, uavhengig av og forut for alle forklaringer (28, s. 46).

### Første trinn

Systematisk tekstkondensering deles inn i fire trinn (29, s. 98). Det første trinnet handler om å danne seg et helhetsinntrykk. Det transkriberte materialet ble gjennomlest flere ganger, både ved gjennomlesninger, under transkripsjonen, og samtidig som jeg lyttet til lydopptakene. I denne delen jobbet jeg med forforståelsen, ved å fokusere på å legge til side min erfaring og kunnskap fra egen praksis. Det er viktig å være våken for nye mønstre og forsøke å gjøre en kreativ analyse, slik at de foreløpige temaene ikke sammenfaller for mye med hovedtema i intervjuguiden (29, s. 100). Etter jeg hadde gjennomlest den transkriberte teksten, oppsummert jeg helhetsinntrykket og kom da frem til fem foreløpige temaer. De første temaer, som fremstod etter gjennomlesning av det transkriberte materialet, var følgende fem: *Ledelsen tilrettelegger for bruk av MMB, MMB fungerer når det blir brukt på riktig måte, Skånsom tilnærming til den urolige pasient, utfordringer på avdelingen knyttet til MMB og Tidsmangel*. Her ble jeg klar over at temaet: *Skånsom tilnærming til den urolige pasient* kunne sorteres inn under temaet: *MMB fungerer når det blir brukt på riktig måte* og temaet: *Tidsmangel* kunne sorteres inn under: *Utfordringer på avdelingen knyttet til MMB*. I alt endte jeg opp med tre temaer (tabell nr. 1).

### Andre trinn

Malterud skriver at i trinn to skal meningsbærende enheter sorteres i teksten ved hjelp av koding. Her arbeidet jeg med å skille relevant tekst fra irrelevant, hvor den teksten, som jeg tenkte kunne belyse problemstillingen, ble sortert ut (29, s. 100).

Den transkriberte teksten ble igjen gjennomgått systematisk, og temaene fra første analyse-trinn ble en slags guide, da letingen etter meningsbærende enheter ble startet. Ord, setninger og avsnitt ble først markert med uthevet skrift, siden kopiert og limt inn i et Word-dokument, som inneholdt de foreløpige temaene fra første analyse-trinn. Jeg satte inn nr. på deltaker og sidetall for lett å finne tilbake til opprinnelig tekst. Det ble på denne måten foretatt en dekontekstualisering av materialet.

Foreløpige temaer	Subgruppe 1	Subgruppe 2	Hovedkategori
MMB fungerer når det blir brukt på riktig måte. Fargekode blå	MMB kan roe ned den urolige pasienten.	Bedre samarbeide med pasienten.	Alternativ kommunikasjonskanal.
Ledelsen tilrettelegger for bruk av MMB. Fargekode grønn	Innovative løsninger for gjennomføring av MMB.	Den tekniske løsningen kontra det å bruke seg selv som verktøy.	Systematisk og helhetlig implementering.
Utfordringer på avdelingen knyttet til MMB. Fargekode rød	Fellesforståelse er en viktig forutsetning for bruk av MMB	For lite tid og bemanning.	Forutsetninger, hindringer og rammebetingelser
<i>Tabell 1.</i>			

### Tredje trinn

I det tredje trinn av systematisk tekstkondensering abstraherer jeg fra kunnskap som jeg har etablert i andre analysetrinn (ibid, s. 104). Her arbeidet jeg med å hente ut mening, det vil si å

finne ut hva det egentlig handlet om. Jeg arbeidet her med å lage et kondensat, som er et kunstig sitat, til hver av sub-gruppene. Disse kondensatene skulle ha med seg det konkrete innholdet fra de meningsbærende enhetene. Det ble gjort ved å omsette de meningsbærende enheter så de fikk en mer generell form (ibid s. 106). I denne delen av arbeidet gjennomgikk jeg systematisk alle sub-kategoriene, en etter en, som følte som en oversiktlig måte å gjennomføre det på. Jeg ønsket at alle deltakernes stemmer skulle bli presentert i kondensatene. Det ble brukt jeg-form, som hjalp til å huske hvordan deltakerne omtrent hadde uttrykt seg i intervjuene (ibid s. 106).

Eksempel fra kondensat fra subgruppe 2 i kategorien «Forutsetninger, hindringer og rammebetingelser»:

*Det er jo tid det handler om, rett og slett, og det er utfordrende. Det er særlig forstyrrende for det å gå ifra når vi er to på jobb. For å sitte og kartlegge eller å sitte og høre musikk sammen med noen. Det er ikke noe hvis jeg skal kartlegge noen og jeg ikke får tid til å gjøre det ordentlig. Jeg kan ikke holde på å kartlegge noen på ti minutter. Da må jeg faktisk bruke tid til å bli kjent med pasienten. Hvis ikke jeg blir det, hvis ikke jeg kan gjøre det ordentlig, så blir det aldri noe av det. Da blir det aldri noen effekt. Så det avhenger av bemanning og litt situasjon også, men det er en vilje til musikk og til å bruke det som verktøy, men ofte så blir det mindre tid enn jeg burde hatt.*

#### Fjerde trinn

I det fjerde og siste trinnet i systematisk tekstkondensering arbeidet jeg med å rekontekstualisere, hvor jeg satte tekstbitene sammen igjen i form av gjenfortellinger (29 s. 107). Det følte lett å finne tilbake til de forskjellige deltagere, da de var blitt gitt forskjellige nummer, samt at jeg hadde markert det sidetall hvor fra teksten var hentet i det transkriberte materialet. Under arbeidet med rekontekstualiseringen valgte jeg å gi hver deltaker et pseudo navn, som gjorde at gjenfortellingen virket mere naturlig. Den analytiske teksten blir presentert i resultatdelen.

## **4.7 Forskningsetikk**

Når forskningsstudier blir utført, hvor enkeltpersoner kan identifiseres, må det etableres om prosjektet utløser meldeplikt. Meldeplikt blir utløst i et prosjekt, når det omfatter behandling av personopplysninger og disse opplysninger helt eller delvis lagres elektronisk (30).

Det ble brukt lydopptak ved intervjuene, som utløser meldeplikt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). NSD har krav om, at forskning eller studentprosjekter, som behandler personopplysninger, søker om godkjenning. Prosjektet ble godkjent av NSD 15.07.2021, (se vedlegg 3). Jeg brukte «Nettskema diktafonappen» (31) til å gjennomføre intervjuene, og det transkriberte materialet ble lagret på et sikret Word program på Universitetet i Tromsø (UiT), hvor det ble brukt to trins pålogging (32). Forskningsinformasjonen i dette prosjekt ble dermed beskyttet mot uautorisert endring eller sletting. Personopplysninger var skjult, da det ble brukt kode for informantene. Transkripsjoner og lydopptak vil bli slettet etter at prosjektet er avsluttet.

Et gyldig samtykke skal være spesifikt og informert. Det skal være utvetydig, gitt gjennom en frivillig, aktiv handling, som er dokumenterbar, frivillig og uttrykkelig erklært fra den opplysningen gjelder, at vedkommende godtar behandling av opplysninger om seg selv. Informanten kan samtykke muntlig eller skriftlig (33). Det ble sendt informasjonsskriv direkte til de informantene som ønsket å bli intervjuet. Skrivet opplyste informantene om studiets formål og metode og de ble informert om muligheten til å trekke seg fra studien om de ønsket det. En muntlig samtykkeerklæring ble innhentet av informantene på lydopptak før starten av intervjuene.

## 5 Resultatkapittel

I dette kapittelet blir resultatene fra undersøkelsen presentert i tre hovedkategorier. Ut fra analysen av intervjuene kom jeg frem til følgende tre kategorier:

- Alternativ kommunikasjonskanal
- Systematisk og helhetlig implementering
- Forutsetninger, hindringer og rammebetingelser

Det er to subgrupper under hver hovedkategori. Direkte sitat fra den transkriberte teksten er uthevet i kursiv og brukes for å illustrere og utdype innholdet i teksten. Da det har vært behov for å klargjøre meninger i sitatene, er mine presiseringer satt inn i parentes. For at det skal være sammenheng i utdragene fra intervjuene, har jeg valgt å gi deltakerne ulike pseudonym. Jeg har valgt å kalle dem «Rune», «Marie», «Liv», «Tore» og «Anne».

### 5.1 Alternativ kommunikasjonskanal

Denne kategorien handler om informantene sine meninger om og erfaringer fra å bruke MMB i personsentrert tilnærming til pasienter, i situasjoner, som opplevdes utfordrende, men hvor samarbeidet ble forbedret gjennom bruk av metoden. MMB kunne brukes som en alternativ kommunikasjonsform til å roe ned den urolige pasienten.

I analysen ble denne kategorien delt inn i to sub-kategorier 1) MMB – en kommunikasjonsform for bedre samarbeide med pasienten, 2) MMB kan roe ned den urolige pasienten.

#### 5.1.1 MMB – en kommunikasjonsform for bedre samarbeide med pasienten

Langt den største delen av informantenes uttalelser omhandler positive aspekter som gjelder bruk av MMB, som blant annet blir beskrevet som et nyttig og spennende verktøy for å oppnå kontakt, forbedre samhandling og kommunikasjon. Liv forteller om en pasient fra avdelingen, som var blitt kjempesint og forsvant på rommet sitt. Hun er bevist om, at hvis hun følger etter, inn på pasienten sitt rom kan situasjonen eskalere, slik at han blir enda sintere. Hun kjenner til pasientens individuelle musikkpreferanser og velger å tilnærme seg med en sang på pasientens dialekt, en sang hun vet at pasienten synes er morsomt. Hun observerer, at pasienten begynner å flire og klarer med metoden å skape en god kontakt. Jeg forstår det sånn, at Liv, ved bruk av en nøye utvalgt metode, i dette tilfellet kjent sang, samt humor, klarer å hjelpe pasienten på en skånsom måte å overgi seg, fra å være kjempesint til å snu og bli i godt humør. *Liv: «Enkelte*

*pasienter kan være kjempesinte. Så kan man bruke det (MMB), hvis man vet de rette sangene. Så kan man hente dem ut (forandre sinnsstemningen) og det er så gull å se at man når inn (får kontakt). Det betyr alt i min hverdag».*

Sitatet beskriver viktigheten av å kjenne pasienten godt og å sette seg inn i dennes individuelle musikk preferanse/smak, slik at det er lett å ta frem, og bruke noe spesifikt og situasjonstilpasset. Det ser ut til at Liv er bevisst om hvilken spesifikk innsats, som fungerer i tilnærmingen til akkurat denne pasienten. Hun bruker MMB som et verktøy for å forandre pasientens sinnsstemning, slik at det oppnås kontakt. Hun har mye erfaring fra å jobbe med personer med demens og forteller, at hun også har «bommet» mange ganger i tilnærmingen til pasientene. Det er når hun har forsøkt seg med ulike sanger og sjangrer, som ikke passet til pasienten, der og da, og derfor ikke var situasjonstilpasset. Liv har opplevd, at enkelte pasienter har blitt sinte i tilnærmingen, når sangvalget ikke passet seg i den situasjonen det gjaldt. Hun har alltid brukt sang i jobben sin, også før hun fikk opplæring i bruk av MMB. Det, at Liv klarer å få pasienten i godt humør på kort tid, er en motivasjonsfaktor. Dersom hun har mange års erfaring med å eksperimentere med utvalg av sanger i tilnærmingen, har hun hatt varierende resultater. Liv innrømmer, at hun langt fra alltid når i mål etter hensikten og forklarer, at noen ganger kan problemet løses ved å rett og slett å bytte personale, sånn at det blir en slags «scenebytte». Da kan det være at kollegaen får til det, hun ikke klarte. Her er det tydelig å se, at et godt samarbeide mellom helsepersonale, spiller en viktig rolle. Det kommer også tydelig frem, at robust erfaring innenfor demensomsorgen, er en fordel da suksesskriteriene for å få til et samspill med pasienten, ikke er fastsatt. Tre av informantene nevner, at det er viktig med godt samarbeide mellom kollegaer når de prøver å samhandle med pasienter ved bruk av MMB.

Marie forteller om en mannlig pasient, som hadde veldig vanskelig for å samarbeide med personale under morgenstell. Der ble satt i verk tiltak om kartlegging av pasientens individuelle musikkpreferanser og det ble laget en spilleliste med nøye utvalgte sanger. Personalet begynte etterfølgende å sette på musikk på en liten bærbar høyttaler, som ble plassert innenfor døren hos pasienten, før lyset ble tent. Pasienten fikk da ligge og høre på musikken sin i 10-15 minutter, før personalet kom listende inn og forsiktig hilste på han. Etter at denne metoden ble iverksatt var det ikke lenger problemer under morgenstell, da pasientens fokus og evne å samarbeide ble forbedret. *Marie: «Jeg synes jo, at det er en fantastisk metode og et fantastisk verktøy, så fremt vi har tid og ressurser til faktisk å gjøre det».*



Sitatet belyser metoden som virksom og god og framhever at det må være bemanning nok, slik at tidsfaktoren ikke blir en hindring for utførelsen av MMB. Fortellingen om den mannlige pasienten handler i bunn og grunn, om at når han blir møtt på sin premiss, som er skånsomt og personsentrert, så klarer han bedre å håndtere utfordringen, som morgenstellet representerer. MMB fungerer da som et verktøy som muliggjør den gode samhandlingen mellom helsepersonalet og pasienten. Det, at pasienten er systematisk kartlagt gjør det lett for personale å gå frem da alle på avdelingen dermed vet hvordan tilnærmingen bør foregå. Dette vil bidra til opplevelse av kontinuitet, sett fra pasientens perspektiv, som kommer han til gode.

Rune deler også om positive erfaringer ved bruk av MMB på avdelingen, hvor han forteller om noen beboere, som ikke er samarbeidsvillige og som fraber seg hjelp når, det dreier seg om intim-stell. I sånne situasjoner bruker han personsentrert tilnærming, ved bruk av MMB, hvor han spiller sanger fra pasienten sin individuelle spilleliste. Rune opplever, at metoden er nyttig i arbeidet med pasienter, som har demens. ***Rune: «Jeg bruker det (MMB) fordi det vises at det er veldig nyttig...Det er noen brukere (pasienter), som ikke vil ha hjelp. Når du bruker musikk, da kan du snu (forandre sinnsstemningen) den bruker. Det er mye lettere å hjelpe han hvis du bruker musikken».***

Sitatet beskriver hvordan MMB kan brukes som et nyttig verktøy for lettere å komme i mål med å hjelpe pasienten, som frabeder seg hjelp til intim-stell. Det ser ut til at MMB fungerer som et verktøy, for å sette en stemning og avlede pasienten slik, at han fokuserer på noe annet enn stell. Det, at pasienten får høre kjente sanger han liker, påvirker pasienten sin sinnsstemning så han blir rolig og får lettere for å samarbeide. Det er en fordel, at Rune vet hvilke sanger pasienten liker da det gjør tilnærmingen lettere slik, at pasienten får høre noe gjenkjennbart, som har beroligende virkning.

Tore bruker blant annet MMB som et kommunikasjonsverktøy i de situasjoner han trenger det. Han opplever at metoden kan erstatte ord, og intellektuelle samtaler. Han kommer inn på de forskjellige former for afasi, som kan gjøre, at pasientens kommunikasjonsevne er helt eller delvis brutt. Han forteller om en opplevelse han hadde, da han skulle hjelpe en pasient med å ta på en genser. Vedkommende ble stresset og irritabel og det va tydelig, at han ikke forstod situasjonen. Uansett hva Tore sa, med eller uten bruk av tegnspråk, så klarte ikke pasienten å samarbeide. Tore prøvde å bruke et bilde av et familiemedlem og et hjemsted for å skape god

kontakt, men det var ingenting som hjalp. Så prøvde han seg med MMB og satte på klassisk musikk, som han viste at vedkommende likte. Tore forteller, at det er viktig, at ikke bare sette på musikk og for så å gå ifra pasienten. Men å være til stede og invitere pasienten inn, ved å være tilgjengelig og åpen for interaksjon. Tore forklarer, at det var avhengig av situasjonen, om han brukte musikken til å invitere pasienten til å sitte ned sammen, eller til å komme opp og danse. Tore opplevde, at musikken kan brukes som et redskap til å bryte stresset og sinne. Han opplever at musikken er en slags redskap som han kan bruke i situasjonen til å bryte stress og sinne. Etter at situasjonen snudde, observerte Tore en glede hos pasienten, som transformerte hele situasjonen og pasienten kunne begynne på nytt. ***Tore: «Ja kanskje du vil ha på genser nå? Åh ja, ja. Og da sitt det fordi stresset var borte. Åh ja genser ja. Var det bare det, ja? Det er et lurt verktøy altså!»***

Sitatet belyser hvordan Tore ved bruk av en nøye utvalgt musikk sjanger, klarer å roe ned pasienten slik, at han ikke er stresset lenger. Først da skjønner pasienten hva det dreier seg om, og hva det forventes av han i denne samhandlingen. Liv, Tore og Runes fortellinger har det til felles, at de belyser MMB som en metode, eller et verktøy som muliggjør samhandling i utfordrende situasjoner. I tillegg fungerer metoden som en alternativ kommunikasjonsform for å oppnå samarbeide, som for eksempel å ta på en genser. Dette er i tråd med det som Liv opplever. Hun forteller, at hun synes at MMB er en fantastisk metode, som hun blant annet bruker som redskap, når pasienten ikke forstår meningen med det hun sier. Da kan hun lede vedkommende med en sang, som hun tilpasser situasjonen. Hun bruker oftest seg selv som verktøy, da hun er glad i å synge. Liv opplever det som den enkleste metoden, da hun alltid har stemmen sin og derfor fort kan ta den i bruk. Sangvalget er hun nøye med å tilpasse hele tiden. Hun synger for å dempe uroen og har erfart, at det oppstår glede når pasienten opplever gjenkjennelse. Denne gjenkjennelsen er med til å skape ro. Hun beskriver det som en spennende reise, som hun og pasienten er underveis, hvor hun har muligheten for å bli kjent med pasienten. Hun innrømmer, at det kan være en ganske tøff jobb til tider å jobbe innenfor demensomsorgen, men opplever at MMB har gitt henne så mye og er et så nyttig verktøy, at hun klarer å holde ut. Spesielt fordi, at hun også ser hva det gir av positivitet og glede til dem, hun samhandler med. ***Liv: «Altså at vi klarer å kommunisere, at det gir dem noen ting. Da blir jeg så glad altså. Det gir jobben min mening».***

Sitatet symboliserer MMB i form av sang som et verktøy, som muliggjør en form for kommunikasjon, som kommer pasienten til gode. Fortellingen belyser metoden som en måte å åpne opp for reminisens (erindring), hvor pasienten, gjennom å høre en kjent sang, opplever noe gjenkjennbart fra eget liv. Dette skaper en ro hos pasienten, som da klarer og kommunisere gjennom det spesifikke sangutvalget. Denne metoden gir mulighet for samhandling, som vektes høyt og oppleves meningsfullt for Liv. Fortellingen illustrerer også den virkelighet, som helsepersonale står i, at det ikke er så lett å arbeide innenfor demensomsorgen, som byr på daglige utfordringer.

### 5.1.2 MMB kan roe ned den urolige pasienten

I studien kom det fram, at helsepersonalet prøver alternative metoder før de medisinerer den urolige pasienten. Informantene hadde et inntrykk av, at pasientene ikke trengte medikamentell behandling når de brukte MMB og beskriver metoden med ord som magisk, fantastisk, nyttig og effektiv. De forteller at de bruker MMB som første valg, fremfor medikamentell behandling. Samtlige informanter forteller, at de prøver seg frem med forskjellige metoder av MMB, hvor tilnærmingen er personsentrert og situasjonsbasert. Effekten av innsatsen varierer og er begrenset til tidsperioder.

Marie synes at MMB er et magisk verktøy, som fungerer mye bedre enn alt av det, som finnes på medisinrommet. Hun opplever, at det egentlig ikke er noe magisk å finne på medisinrommet, som stopper vandring, plukking eller roping. Hun forteller om en opplevelse for en del år siden. En eldre kvinne som var pasient på demensavdelingen og var veldig bekymret for når hennes mann skulle komme på besøk, på tross av at han kom hver dag. Det her tok veldig mye av kvinnens oppmerksomhet. Personalet hadde vanskelig for å svare ekte og ærlig på det samme spørsmålet, repetert opp til femti ganger på en vakt. Selv om kvinnen var dement kunne hun merke at personalet ikke var til stede, eller ekte i besvarelsen, og ble opptatt av måten hennes spørsmål ble besvart. Marie forteller, at problemet ble løst ved å gjøre noe helt banalt. Det ble diktet en liten sang, som hun kunne synges «*Han Ole kjem etter klokken fem, etter klokken fem kjem Ole*». Kvinnen reagerte positivt og begynte å si «*han kjem etter klokken fem...det viste jeg jo*». Sangen gjorde det mulig å formidle på en ekte måte med det resultat, at kvinnen forstod og var trygg. Da stresset hun ikke mere om når hennes mann kom. **Marie:** «*At en liten sang, laminert på vaktrommet, som alle kan lære seg, kan forandre hverdagen i denne avdelingen i så stor grad, som det gjorde akkurat der. Så tenkte, jeg at det her det er magisk*».

Sitatet belyser nytteverdien av oppfinnsomhet og alternativ tenkning. I tillegg belyses viktigheten av helhetlig, systematisk implementering av spesifikk personsentrert tilnæringsmetode, hvor helsepersonale med kollektiv innsats, opplever gjennomslagskraft. Denne innsatsen kom alle til gode i en tidsbegrenset periode.

Flere av informantene forteller, at de ikke gir beroligende medisin som første valg når pasienten er urolig. Alle informantene mente, at MMB kan brukes til å roe ned pasienten. En av informantene mente at metoden fungerer bra som avledning, da det kan få pasienten til å tenke på noe annet.

***Liv: «Da er det noe annet enn, at vi bare går bort i medisinen (medisinrommet) og henter en Sobril (beroligende og angstdempende medikament). Det har vi ganske mye fokus på sånn, at førstevalget ikke er å gå inn og gi en pille. Det er å prøve andre ting først. Og da er jo musikken god».***

Sitatet beskriver, at helsepersonale fokuserer på å avprøve alternative metoder, når det oppstår utfordringer med en pasient, hvor musikk viser seg å fungere bra. Altså hvor tradisjonell medikamentell behandling kunne tenkes å fungere, avprøves det andre alternativer først.

En av deltakerne forteller, at det kan være vanskelig og slitsomt, når pasienten er urolig og har utfordrende adferd, men mener, at helsepersonalet arbeider hardt å finne alternative muligheter og løsninger frem for medikamentell behandling. Deltagerne gir hver især eksempler på alternative løsninger de kan bruke, som for eksempel det, at noen bruker musikk, noen omsorgssang eller det å nynne, noen bruker instrument med og uten sang osv. Deltakerne bruker altså ulike tilganger, men med det felles mål: Å roe ned den urolige pasient.

Anne forteller, at også hun prøver å unngå å bruke beroligende medisin som første valg på avdelingen. Hun deler en erfaring fra en situasjon hun husker spesielt godt, hvor tanken om medikamentell behandling var opplagt, men hvor MMB fungerte som et utmerket alternativ. Situasjonen handlet om en pasient, hvor demens sykdommen hadde utviklet seg langt på det tidspunktet han flyttet inn på demensavdelingen. En av de tilbakevendende utfordringene med pasienten var, at han ikke ville sove om kvelden/natten. Et øyeblikk etter, at pasienten var blitt lagt hadde han stått opp igjen og vandret i gangene. Dette tok naturligvis mye av personalets tid og ressurser. Her ble det forsøkt med MMB ved å kartlegge pasienten sin musikkpreferanse,

og basert på denne ble det laget en personlig spilleliste til pasienten. En av de ansatte husket, at hun hadde hørt en annen pasient uttale seg om en av sangene, som var på spillelisten. Dette var i en annen setting, hvor vedkommende sa «Det her minner meg sånn om mamma!». Personale ble enige om å prøve å sette den her sangen på “repeat” og la den stå på veldig lavt volum. Det resulterte i, at denne pasienten la seg inn å sove hele kvelden. Anna forteller, at dette ble av prøvet flere ganger, hvor de observerte, at det fungerte veldig bra. **Anne: «...altså, der vi egentlig hadde tenkt at vi måtte inn med medikamentell behandling... Og så fungerte det (MMB) bra i stedet. Altså for en periode da».**

Sitatet beskriver at MMB kunne brukes i stedet for medikamentell behandling i en begrenset periode. Fortellingen handler om at helsepersonalet, ved bruk av MMB, med en nøye utvalgt sang fra pasientens individuelle spilleliste, hadde en så positiv virkning på pasienten, at det resulterte i, at han holdt sengen hele kvelden. Det ble i denne situasjon tatt hensyn til en spesifikk faktor, nemlig, at volumet måtte være tilpasset til situasjonen, altså ikke for høy.

Annes fortelling er i tråd med det Tore opplever. Han forteller, at han syns at MMB er en magisk og spennende metode, som han mener er undervurdert og mener at den kan erstatte medisin. Han opplever, at det faktisk blir mer fokus gjennom en viss sjanger av musikk og bruker MMB både for å dele livsglede, men også som et verktøy, som muliggjør at språk kan erstattes. Hvis han eksempelvis ser, at en pasient ikke kommer seg til ro på kvelden, er stresset eller litt ufokusert, så prøver han seg med litt klassisk musikk eller folkeviser pasienten kjenner. Så sitter han først sammen med pasienten og nynner eller synger litt inntil han ser, at pasienten er blitt rolig. Så prøver han å gå på badet sånn, at pasienten kan få pusset tenner. For pasienten klarer først å fokusere når han er rolig. Tore søker etter det han kaller en grunntone og mener, at det er en kjempe fordel å kjenne personen først. **Tore: «Nei, det (MMB) er undervurdert fordi det har en kraft, som gjør at medisin blir overflødig og ord blir overflødige og minner blir overflødige».**

Sitatet handler om, at MMB kan brukes som en effektiv kommunikasjonskanal, hvor pasienten ikke trenger å mestre språket eller å huske, slik at det kan bidra til å redusere bruken av unødvendig medikamentell behandling. Musikken hjelper pasienten å finne ro til å utføre oppgaver, som pasienten har vanskelig for å gjøre. Å hjelpe pasienten å finne ro og oppnå bedre fokus viser seg å være lønnsomt, når det skal samhandles. Den nøye utvalgte musikken er et

redskap, som samtlige deltakerne bruker for å oppnå et delmål, nemlig å berolige pasienten. Først når delmålet er nådd prøver Tore å nå hovedmålet, å pusse tenner. Det, at Tore med denne metoden klarer å hjelpe pasienten å roe seg ned og fokusere gjør, at medikamentell behandling, for å minske uro, blir unødvendig.

## 5.2 Systematisk og helhetlig implementering

Samtlige deltakere mener, at en viktig forutsetning for å ta i bruk og lykkes med MMB, er at ledelsen er positiv og støttende. Ledelsen må sikre, at rammebetingelsene er til stede for å bruke MMB på en forsvarlig og omsorgsfull måte. Ledelsen, som står for implementeringen av MMB, har blant annet som rolle å sikre gode systemer med lett tilgjengelig utstyr, opplæring i tekniske ferdigheter for bruk av utstyr og ivaretagelse for kontinuitet. Men MMB er ikke avhengig av tekniske løsninger for å kunne brukes, helsepersonalet kan bruke seg selv som verktøy, enten sin egen stemme eller med ulike instrumenter.

I analysen ble denne kategorien delt inn i to sub-kategorier 1) Innovative løsninger for gjennomføring av MMB, 2) Den tekniske løsningen kontra å bruke seg selv som verktøy.

### 5.2.1 Innovative løsninger for gjennomføring av MMB

Ledelsen ved institusjonen, hvor deltakerne jobber har sørget for installasjon av Sony (Sonos) system var tilgjengelig til bruk for alle, som jobber på avdelingen. Dette er en nyskapende og banebrytende måte å tenke på i omsorgssektoren og er i tråd med anbefalinger av ressurser, som bør være til stede for å kunne bruke MMB. Dette er et system, som ble installert på alle pasientrommene og på fellesarealet. Helsepersonalet bruker en arbeidstelefon for å koble seg på de forskjellige høyttalere og kan sende en hvilken som helst sang til et hvilket som helst rom. Musikk-tjenesten Spotify ble brukt, hvor det er mulig å ha individuelle spillelister liggende for de respektive pasienter. Marie forteller, at demensavdelingen har alt det tekniske utstyr på plass og at ledelsen har investert i kjøp av nytt utstyr for utførelse av MMB. Hun mener, at det gjør det veldig mye lettere å komme i gang med å bruke MMB, men hun opplever også, at det noen ganger blir brukt for mye tid på teknologien. *Marie: «Må jo se til, at det her (den tekniske løsningen for MMB) er oppe og går, for det her må jo hele tiden oppdateres og det synes jeg er et problem».*

Sitatet refererer til at implementeringen av MMB med den tekniske løsningen ikke kommer uten utfordringer for helsepersonellet, men faktisk kan oppleves som problematisk. Anne

forteller, at også hun er veldig fornøyd med det tekniske system på avdelingen for bruk av MMB. *Anne: «Jeg synes jo det er veldig godt med alt det tekniske, som vi har. Det synes jeg jo er kjempe praktisk».*

Sitatet belyser, at Anne mener, at det er både praktisk og bra med den tekniske løsningen, men når en spør inn til hva som kan demotivere i forhold til utførelsen av MMB, svarer hun allikevel til slutt: *Anne: «Men da må det være det her med de tekniske problemer da. At det kanskje blir sånn at jeg tenker nei, vet du. Jeg får prøve noe annet, for det her, det er nå bare problematisk likesom».*

Sitatet belyser, at to av deltakerne har motstridende opplevelser ved bruk av den tekniske løsningen. Både Anne og Marie er positive over, at det finns et nytt system på avdelingen, men er også enige i at det kan være vanskelig å håndtere. I studien kom det ikke fram om ledelsen sørget for kontinuerlig opplæring i bruk av musikk-systemet eller om det ble brukt sidemannsopplæring. Problemstillingen rundt de tekniske løsningene ble ikke dekket spesifikt i intervjuene, så hvorfor enkelte av deltakerne opplevde bruken av systemene som problematiske er fortsatt ubesvart. Det, at avdelingen har tatt i bruk et teknisk system som «Sonos», forutsetter, at personalet setter seg inn i hvordan det brukes og hvordan for eksempel oppdatering gjøres i praksis. Marie snakket om, at systemet ofte måtte oppdateres, noe som kan vanskeliggjøre bruken for det av personalet, som kanskje ikke er så tekniske anlagt. Også Liv forteller, at hun til tider syns, at det kan være vanskelig å få til det tekniske. *«Hvis jeg ikke får til teknikken, da kan jeg bli litt frustrert. Jeg er jo ikke så veldig flink på tekniske ting».*

Sitatet belyser, at ikke alle er naturlig tekniske anlagt og at det kan påvirke opplevelsen av å forsøke å utføre MMB i negativ retning. De tekniske løsningene kan altså være så vanskelig å mestre, at det kan være til hinder for bruken av MMB.

### **5.2.2 Den tekniske løsningen kontra å bruke seg selv**

Både Anne, Marie og Liv er vant til å bruke seg selv gjennom utførelse av MMB, hvor de er komfortable med å ta i bruk sangstemmene sine og da trenger de ikke nødvendigvis den tekniske løsningen. Dette er en alternativ løsning, som ikke krever bruk av tekniske hjelpemidler, som er kostnadsfritt og er lett å ta i bruk straks behovet oppstår. Liv forteller følgende:

*Liv: «Jeg bruker meg selv som et instrument kan du si...jeg har alltid vært glad i sang og musikk. Jeg har jo observert, at jeg kan utrolige mye sanger. Alt fra salmer og til den andre enden. Det er jo det som er så lettvindt å hente fram. Fordi at hvis du har noe, som er utfordrende og skal håndteres, så kan du ikke springe ifra og hente et piano eller ta på rommet og sette på noe (musikk)».*

Sitatet beskriver hvor praktisk og lett det er å ha stort repertoar av sanger og samtidig kunne bruke stemmen sin situasjonsbasert, uten å være nødt til å hente hjelpemidler, i form av instrumenter eller teknisk utstyr. Anne er den eneste av deltakerne, som forteller at hun både bruker sangstemmen og mestrer å spille på et instrument, når hun utfører MMB. Hun forteller, at hun spiller mye og synger hver dag på jobben. Anne foretrekker å utføre MMB, hvor hun bruker seg selv som verktøy, og at hun er komfortabel med dette, men bruker musikken i tillegg i tilnærmingen. Hun mener at MMB er et kjempe verktøy, som bør få mye større plass. **Anne:** *«Jeg opplever, altså jeg gleder meg hele tiden. For jeg synes det er kjempehyggelig å sitte og høre musikk og være sammen, i og med at du får så veldig mange fine stunder... Og så er det til og med sånn at vi hjelper».*

Sitatet belyser at bruken av MMB gir Anne en positiv forventning, da hun opplever glede over å kunne hjelpe pasienten på denne måten, som oppleves god og hyggelig.

Det kan dermed virke som en forutsetning for helsepersonale å kunne bruke seg selv som verktøy, ved utførelse av MMB, når for eksempel den tekniske løsningen oppleves vanskelig. Det at noe av helsepersonellet, ved bruk av seg selv som verktøy, fort og lettvindt kan ta i bruk metoden, kan betegnes som en individuell fleksibel ressurs-styrke for avdelingen. Derimot har helsepersonell med gode tekniske egenskaper ikke det samme behovet for å kunne bruke seg selv. Hverken Tore eller Rune nevnte, at de opplevde problemer med tekniske utstyret. Med det tatt i betraktning mener jeg, at en kan argumentere for, at musikalitet eller evnen å spille et instrument, er en fordel, men ikke et krav for bruken av MMB.

### **5.3 Forutsetninger, hindringer og rammebetingelser**

Denne kategori handler om forutsetninger for bruk og utførelse av MMB. I studien kom det fram, at faktorer som forstyrrende avbrytelser, travelhet og stress opplevdes problematiske ift. de rammebetingelser, som helsepersonalet faktisk trenger for å utføre god MMB.



I analysen ble denne kategorien delt inn i to sub-kategorier 1) Fellesforståelse er en viktig forutsetning for bruk av MMB, 2) For lite tid og bemanning.

### **5.3.1 Fellesforståelse er en viktig forutsetning for bruk av MMB**

Samtlige deltakere vektlegger hvor viktig det er å ha tid og ro til å kartlegge pasientens musikkpreferanser, som på mange måter kan betegnes som det å bli kjent med personen bak sykdommen. Flere av deltakerne forteller, at denne kartlegging oppleves som en naturlig og hyggelig måte å bli kjent med pasienten på. Når pasienten blir spurt om musikkpreferanser vil det ofte på en naturlig måte åpne opp for samtaler om pasientens livshistorie. Flere av deltakerne forteller, at det kan være vanskelig å kartlegge hvis de blir forstyrret under prosessen, enten av beboere eller av annet personale.

Marie nevner flere eksempler på forstyrrelser når hun holder på med å kartlegge pasientens musikkpreferanse. Det kan være personale, som banker på døren og har ulike spørsmål ang. oppgaver de skal utføre. Hun opplever, at det er forstyrrende og tar bort fokus fra det hun holder på med. Det å kartlegge musikkpreferanse hos en pasient med demens handler om å skape en atmosfære, der pasienten kan få ro til å forsøke å huske og utrykke seg i trygge og rolige omgivelser. Forstyrrelser kan ødelegge det fokus pasienten har og da må Marie starte på nytt for å hjelpe pasienten tilbake til den rolige settingen. Pasienten med demens kan, som følge av sykdommen, ha varierende mulighet for å fokusere og latenstid kan prege kommunikasjonen. Marie forteller, at god kartlegging kan ta opptil en time, men med forstyrrelser er det ikke sikkert, at kartleggingen blir gunstig. *Marie: «Jeg er kanskje i gang med kartleggingen, og er ikke halvveis inn og så kommer en av de ansatte med hode inn igjennom døren og skal bare spørre meg om noe. Da ødelegger dem den kartleggingen og denne her samhandlingen».*

Sitatet beskriver betydningen av ro, som skal til for å gjennomføre en god kartlegging. Hvordan den trygge atmosfæren for samhandlingen med pasienten, som Marie har oppbygget, blir ødelagt når hun blir forstyrret i sitt arbeide. Fortellingen påpeker, at det ville være hensiktsmessig om alt personalet får opplæring i bruk av MMB. Eller i hvert fall som et minimum fikk en innføring i grunnprinsippene til MMB. Da pasientene har vanskelig for å holde fokus grunnet deres individuelle kognitive tilstand er det essensielt, at den som kartlegger får den tid det skal til, uten avbrytelser. Dette for å bevare den gode samhandlingen.

Liv forteller, at det på hennes avdeling kan være forskjellige oppfatninger om hvordan bruk av MMB foregår. Også hun opplever det som forstyrrende hvis hun blir avbrutt med det hun holder på med og opplever for eksempel iblant at noen ansatte har for vane å sette musikken på for høyt. Hun mener at det handler litt om uvitenhet, at kanskje noen tenker, at MMB bare er en «greie», en gimmick, vi tar fram. Da kan det være lett å ukritisk bare sette på noe musikk og være uvitende om, at det kanskje blir satt på for høyt, som kan være med til å (motsatt av sin hensikt) stresse pasientene. Liv mener, at dette da kan ødelegge for bruk av MMB senere på dagen, når man virkelig trenger det. Hun forklarer, at hvis pasienten er overstimulert, «helt mett i hodet sitt», så er det ikke sikkert at MMB kan brukes. Andre ganger kan det være andre pasienter, som forstyrrer med å blande seg, når hun prøver å nå ut til en spesifikk pasient. Dette skjer spesielt på fellesarealene. Hun forklarer, at på hennes avdeling trives pasientene som regel best i fellesarealene. Og ikke alene på rommene sine, men dette resulterer så gjerne i en del avbrytelser. Liv svarer på spørsmål, angående hva som kan være demotiverende faktorer for å bruke MMB, og tilføyer slik: *Liv: «Hvis jeg blir avbrutt og hvis det er noen som kjem å skal bare sette på den der (høytaleren) så høyt hele tiden. Så tenker jeg litt sånn. Har vi litt sånn forskjellige oppfatninger av om hvordan det foregår?»*

Sitatet belyser, at det ikke er alle som jobber på avdelingen, som helt forstår hva MMB går ut på. At noen av helsepersonale kan ha en misforstått oppfattelse av hvordan metoden skal eller bør brukes, og at det da oppleves som en forstyrrende faktor for Liv sitt samspill med pasientene. Fortellingen beskriver, at det mangler en fellesforståelse for hva MMB går ut på og hvordan det bør brukes. Fortellingen belyser også hvordan en normal dag kan se ut på avdelingen i forhold til det, at pasientene har tendenser til å blande seg i interaksjoner og samtaler, som også forstyrrer samhandling.

Dette er i tråd med Rune sin opplevelse, som forteller, at noen ganger kan hele avdelingen være veldig urolig, og at det da blir en forstyrrende faktor for bruk av MMB. Han forklarer, at de vanligvis kun er to medarbeidere på kvelden. Hvis den andre kollegaen har to eller-tre pasienter, som er veldig urolige, har ikke Rune muligheten til å sette seg ned med MMB. Men det, som Rune opplever som mest forstyrrende, er telefonen. Når han er på jobb så er han vanligvis den ansvarlige på den vakten. Det innebær å ha ansvar for tre telefoner og han vet med sikkerhet, at en av dem vil ringe. *Rune: «Ja du er der og så plutselig ringer noen deg. Ok, da må jeg*

*stoppe her (med samspillet) og svare på telefonen. Og da er brukeren (pasienten) startet på en vandring og da prøver vi på nytt igjen».*

Sitatet belyser realitet for det helsepersonell, som er ansvarlig på vekten. Den som har hovedansvaret på vekten må være forberedt på, at det vil komme avbrytelser, som for eksempel en telefon, som kan være en forstyrrende faktor for samhandlingen med pasientene. Denne form for «multitasking» kan være til hinder for optimalt bruk av MMB i tilnærming til pasienten, som trenger oppmerksomhet der og da. Runes fortelling belyser også viktigheten av samarbeide og fellesforståelse for å få til vellykket bruk av MMB.

### **5.3.2 For lite tid og bemanning**

Samtlige deltakere forteller, at det kan være travelt på avdelingen. De opplever, at det føles stressende å ha mye om ørene, og de ofte føler, at de ikke har tid nokk til å gjøre alt, som bør gjøres. Det kan være sykdom eller annet, som spiller inn. Da blir MMB nedprioritert og andre presserende oppgaver ivaretatt først. Anne, som primært jobber på kveldsvakt, forklarer at hun kunne tenke seg, at de var flere på jobb, altså en større bemanning enn bare to. Hun har erfart, at det kan være vanskelig å sitte og kartlegge eller å sitte og høre musikk sammen med en pasient, som trenger samvær eller omsorg, når de kun er to på jobb. Hun opplever, at det er utfordrende, at det er så mange oppgaver, som skal utføres i løpet av en vakt. Hun nevner oppgaver som det å kontakte lege, kontakte pårørende eller dra på møter. Alle disse oppgaver er nødvendige, men de tar helsepersonellet bort fra pasienten. *Anne: «Det er jo travelt og det er to (helsepersonell) på ti (pasienter). Det er jo tid det handler om rett og slett og det er utfordrende».*

Fortellingen beskriver realiteten av arbeidsforholdene på avdelingen, hvor helsepersonalet er utfordret i forhold til tidspress, liten bemanning, og derav travelhet, som er en utfordring for bruk MMB. Annes fortelling er i tråd med Rune erfaringer. Han opplever også, at MMB blir nedprioritert når det er hektiske dager på avdelingen og da får han ikke tid til å ta i bruk MMB, fordi han er nødt å prioritere andre ting. *Rune: «Hvis dagen er veldig hektisk og jeg ikke har tid eller må prioritere andre ting. Da kan du ikke bruke så veldig mye tid på en bruker (pasient) bare».*

Sitatet beskriver, at det til tider kan være så travelt på avdelingen, at helsepersonellet ikke har mulighet for å bruke MMB i tilnærming til pasientene da andre oppgaver må prioriteres. Marie

forteller, at hun synes det er problematisk, når hun ikke får tid til å kartlegge en pasient ordentlig. Hun mener, at hvis det ikke er tilrettelagt tid til å gjøre det ordentlig så blir det sjelden noen god effekt av det. Hun fastslår, at det må være avsatt tid til kartlegging og planlegging for denne type tiltak. Marie understreker også, at det må være forståelse i personalgruppen for tiden og ressursene det krever å kartlegge en pasient.

***Marie: «Jeg kan ikke holde på at kartlegge noen på ti minutter. Da er jeg faktisk nødt til å bruke tid til å bli kjent med pasienten. Hvis ikke jeg blir det, hvis ikke jeg kan gjøre det ordentlig, så blir det aldri noe av det. Da blir det aldri noen effekt. Da bruker jeg bare en masse tid sånn at, ja, det står på papiret hos pasienten, det er kartlagt, men det er ikke til nytte for pasienten i praksis».***

Sitatet belyser viktigheten av tilretteleggelse for tilstrekkelig tid til kartlegging av pasientenes individuelle musikkpreferanser på en avdeling. Og at det er nødvendig med både forståelse fra ledelsen og annet personale på avdelingen for å tilrettelegge for tilstrekkelig tid og rom, til at samhandlingen med pasienten for at MMB kan brukes suksessfullt.

Tore forteller, at selv om det er tilrettelagt, og det er fokus på og en vilje til å bruke MMB, så kan det ofte oppleves som stressende. Det kan være enten på grunn av sykdom og færre mindre ansatte på jobb, eller på grunn av andre oppgaver, som kan komme i veien. Tore opplever, at hvis det er en eller to færre på jobb, så forsvinner tiden til ulike oppgavene, som en må gjøre i tillegg til sine egne arbeidsoppgaver. Så selv om det er tilrettelagt for bruk av MMB, så kan det komme litt i bakgrunnen. Han skulle gjerne ønsket, at han hadde mer tid til å utforske musikken i forhold til å finne større utvalg av sjangrer og sanger på nettet, men er bevisst om, at det handler om bemanning og at det er det som ofte er underbemanning, som gjør at det ikke er tid til MMB. Dette fordi musikk og musikkterapi ikke bare er en knapp man trykker på, men en tidkrevende og dynamisk prosess. Han mener, at det trengs mer tid til å la musikken komme igjennom og at det er systemets feil, at det ikke er satt nok tid av til et verktøy, som han opplever kan gi en uvurderlig livsglede. Han forklarer, at når han bruker MMB så vet han aldri helt, hva som kommer til å skje og at pasienten ikke nødvendigvis *må* bli glad av musikken. Det er ikke gitt, at pasienten blir rolig eller glad av musikken, det kan også være, at det virker mot sin hensikt og at pasienten reagerer med å bli trist eller urolig. Han er nødt til å være der og invitere pasienten inn i det samme rommet, slik at de to kan dele et øyeblikk. Først kan det være sorg

og så kan det åpne opp for latter etterpå. Så alt i alt mener han, at det avhenger av bemanning og samtidig litt av situasjonen. Det er dog en vilje til musikk og til å bruke det som verktøy, men han mener, at det ofte blir mindre tid enn han skulle hatt.

***Tore: «Men la oss si det sånn, at ok, vi setter på et kvarter til det (musikken). Så får vi et kvarter med countrymusikk til han (pasienten). Og så setter vi på og så skrur vi av og så skal vi ut å spise. Altså, det er en intellektuell, likesom overfladisk tolkning. Vi har ikke tid da. Når jeg bruker musikk så er det med hele meg. Jeg er med, og det er ikke det at jeg bruker musikken som verktøy: værsgod, nå skal du være glad!»***

Sitatet beskriver at en liten stund med MMB ikke nødvendigvis har tilstrekkelig gjennomslagskraft og påpeker samtidig, at det ofte ikke er avsatt nok tid til metoden. Et kvarter med musikk til denne pasienten beskrives som utilstrekkelig. Sitatet belyser samtidig en typisk situasjon i en hektisk hverdag på avdelingen, hvor helsepersonalet opplever mange avbrytelser, når de ønsker å bruke MMB. Det kan muligens tolkes som dårlig planlegging eller ønsketenkning fra personalets side det å kunne sette en stemning hos en enkelt pasient på så kort tid. Oppsummert kan mangel på tid til utførelse av MMB resultere i en slags overfladisk tolkning av personsentrert tilnærming og miljøbehandling. Da det hverken kan eller bør, forventes, at pasienten absolutt skal bli glad innenfor det korte tidsrom. Musikk bør ikke oppfattes som teknisk ting, men et verktøy for å få god kontakt med pasienten. Musikken kan fremme både negative (sorg/tristhet og positive (glede/latter) følelser, som personalet må håndtere og det krever tilstedeværelse. Tores fortelling er i tråd med Liv sin oppfattelse, som også opplever at det har vært veldig pressende på avdelingen over lang tid. God tid og nok ressurser blir av flere av deltagerne trukket frem som nødvendigheter for god bruk av MMB. Men basert på disse intervjuene, kan det virke som dette kanskje vektlegges mindre av de av deltagerne, som kan synge og bruke seg selv som instrument.

Liv mener, at det faktum at de har det travelt kan være med å gjøre musikken bra. Hun synes, at det er mye mer lettvent med MMB enn med andre miljøtiltak, som kanskje krever utstyr og organisering. Stemmen sin har hun jo med seg hele tiden. ***Liv: «Så når jeg kan bruke stemmen min eller kroppen min eller ansiktsuttrykk, så er det en lettvent greie».***

Sitatet beskriver hvordan Liv, ved bruk av seg selv og sangstemmen sin, har lettvent tilgang til MMB som verktøy. Fortellingen belyser hvordan travelhet ikke alltid ses som en hindrende

faktor for bruk av MMB og de, som tørr og kan bruke sangstemmen sin som et verktøy, har en fordel ift. tidsfaktoren. Tid er altså ikke alltid en avgjørende faktor. Tre av deltagerne forteller, at de bruker sangstemmene sine i tilnærming til pasienten. Men da sangstemmen kan være veldig personlig, kan en ikke regne med, at alle som jobber på en avdeling, er trygge eller komfortable med å synge uten musikk til.

I neste kapittel vil jeg diskutere de viktigste funnene:

- MMB - et verktøy for godt samspill med pasienten
- MMB kan erstatte behovet for medikamentell behandling til den urolige pasienten
- Systematisk og helhetlig implementering

## 6 Diskusjon

Hensikten med studien var å få kunnskap om hvordan helsepersonell opplever, at bruken av MMB, i individuell tilnærming til pasienter med demens, fungerer i praksis på demensavdeling. I tillegg ønsket jeg å få kunnskap om hvilke faktorer, som virkede fremmende og/eller hemmende i utførelsen av MMB. I dette kapitlet drøfter jeg resultatene hvor jeg tar utgangspunkt i studiens problemstilling: *Hvordan bruker helsepersonell musikkbasert miljøbehandling (MMB) i individuell tilnærming til pasienter med demens på demensavdelinger, og hvilke faktorer fremmer/hemmer bruk av MMB i praksis?* Jeg vil i tillegg drøfter resultatene i lys av relevant teori og tidligere forskning. Hovedkategoriene fra resultatkapitlet blir presentert hver for seg.

### 6.1 MMB - et verktøy for godt samspill med pasienten

#### 6.1.1 Individuell tilnærming forbedrer kommunikasjonen og pasientens mestringsevne

Resultat fra min studie viser, at når deltakerne bruker MMB med personsentrert tilnærming oppnår de god kontakt med pasienten, som åpner opp for godt samspill og alternativ kommunikasjon. Vitenskapelige funn i WHO-rapporten peker på, at musikk støtter kognisjon hos personer med demens (34). En rapport laget av Norsk musikkråd viser til studier, som har funnet gunstige effekter av å lytte til musikk, blant annet på verbal flyt, spatiale evner, tale og selvbiografisk minne (35). En annen studie fant, at behandling med sang og musikk, i en ti ukers periode, forbedret ikke bare humøret, men også et bredt spekter av kognitive ferdigheter blant demenspasienter (36). Funn fra disse studier er i tråd med det flere av deltakerne fra min studie erfarer. Ett eksempel er fra situasjonen, hvor Tore ønsket å hjelpe pasienten med å ta på en genser. Etter en stund med utvalgt musikk var den kognitive funksjonen forbedret slik at pasienten skjønnte, hva som ble forventet av han i samspillet.

Et av de sentrale tiltak i regjeringens demensplan 2025, er å utarbeide en «verktøykasse» for personsentrert omsorg og miljøbehandling (7). Dette mener jeg, er av stor betydning for forebygging og behandling av adferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens. Kitwood hevder, at mange av problemene, som forekommer innen demensomsorgen, ligger på et mellommenneskelig plan og forekommer i kommunikasjonen (20, s. 26). Tilnærmingformen, som deltakerne i min studie bruker gjennom bruk av MMB, forbedret

kommunikasjon og samspill med pasientene. Eksempelvis brukte Tore klassisk musikk, når pasienten ikke fant ro. Liv brukte en utvalgt sang, på pasientens dialekt da denne var sint. I begge eksempler tar helsepersonale utgangspunkt i utvalgt musikk og sangpreferanser, når pasientene hadde problematisk eller utfordrende adferd. Tore og Liv bruker personsentrert tilnærming, når de tar utgangspunkt i pasientens verdier i forhold til henholdsvis personlige musikkpreferanser og personlig sans for humor. Verdier, metoder, kommunikasjonsteknikker og liknende knyttet til personsentrert omsorg, er lagt til grunn for nasjonal faglig retningslinje om demens (38). Dette fokuset, på hvordan helsepersonell bør møte demenspasienter, etterspør opplæring og høyning av kompetanse. Opplæringsprogrammet MMB, møter disse anbefalinger da undervisningen bygger på personsentrert omsorg (26, s. 6).

Personer med demens sykdom har intakt musikalitet, til tross for andre svekkende kognitive funksjoner. Ridder viser til Koelschs sin forskning som gjelder, at musikk og sang kan stimulere hukommelse, språkbruk, minske angst og smerte samt øke positive følelser, hos mennesker med demens (39, s. 62, 63).

Samlet inntrykk fra intervjuene i denne studiet er, at deltakerne har en felles forståelse og oppfatning av MMB i personsentrert tilnærming til pasienten med demens. Resultatene fra min studie viser, at samtlige deltagerne venter MMB som et nyttig og spennende verktøy for å oppnå kontakt, forbedre samspill og kommunikasjon med pasienten. Resultatene er i tråd med Skeie og Brean sin studie, som henviser til en rekke studier, som rapporterer om gunstige effekter ved bruk av musikk i behandling av pasienter med ulike former for demens. De snakker, om at det finnes utallige eksempler på, at musikken har stimulerende effekt, som kan vekke til live ressurser og bedre kommunikasjonsevne hos personer med demens (40).

Det er min erfaring, at sang og musikk, som kommunikasjonsform handler om, at sang kan hjelpe pasienten med demens til å kommunisere på ulike og alternative måter. At sang, representerer muligheter for pasienten, til å utforske, reflektere over og uttrykke egne følelser. Dette, er viktig for personer med demens. Sang, som kommunikasjonsform, kan fremkalle en følelse av forventning, oppnåelse og håp hos pasienten med demens. Resultater fra min studie viser, at MMB kan brukes som en alternativ kommunikasjonsform for å berolige den urolige pasienten. Tre av deltakerne deler erfaringer i forhold til utfordring med utagerende adferd i stillesituasjoner. Nøye tilrettelagt bruk av MMB viser seg å ha positiv effekt i forhold til denne



problematikken. Resultatene til Matre sin studie bekrefter denne problematikk som en realitet i arbeidet med personer med demens. De viser, at når helsepersonale bruker MMB før morgenstell hos en pasient med grov munnbruk og fysisk utagering, hadde metoden en positiv effekt. En av deltakerne i Matre sin studie mente, at det viser hvordan situasjonen endrer seg fra å bare handle om ren pleie, til å handle om å se mennesket og hva personen liker. MMB ble beskrevet som å være sosialt og omsorgsskapende verktøy, som gir mulighet for kommunikasjon med demenspasienter uten språk, hvor de ble bedre kjent med pasienten (13, s. 82). Det er min oppfattelse, at deltakerne i min studie har fokus på personen bak sykdommen, når de bruker MMB. Et eksempel er den eldre damen, som bekymret seg om når hennes mann kom. Her oppfinner de et alternativt verktøy i form av en liten laminert tekst, en sang som kunne synges, formidles til damen, på den måten, som passet spesifikt til hennes behov. Denne metoden forandret hele dagen for den eldre damen, hvor hun ikke stresset lenger. Denne type pleie handler om personsentrert omsorg hvor helsepersonellet ser til personen bak sykdommen og møter dennes behov. Samtidig ble dagen lettere for helsepersonellet, så det endte med å bli «win-win» situasjon.

I regjeringens nyeste utkast for demensplanen står det, at mennesker med demens ikke er en ensartet gruppe. I demensplanen blir det påpekt, at i likhet med alle andre mennesker, er pasienter med demens individer med forskjellige behov og ulike interesser. Det sammenfattes av, at demensomsorg handler om å møte den enkelte der han eller hun er, iverksette individuelt tilrettelagte tjenester og tilbud basert på innsikt i den enkeltes livsfortelling og sykdomshistorie. Dette forutsetter, at en får informasjon, behandling og oppfølging på et språk en forstår, samt at en tar hensyn til den enkeltes kulturelle bakgrunn (7). Det er min oppfattelse, at deltagerne i min studie strekker seg langt for å skape rom, for å møte pasienten. slik at han eller hun får mulighet for å forstå, hva som skal skje i samspillet. Det, at helsepersonellet har personlig kjennskap til pasienten, via grundige kartlegging av musikkpreferanser, optimerer muligheten for å møte ham eller hennes i de situasjoner de befinner seg i.

Resultater fra min studie viser, at helsepersonell, som bruker tid på å være til stede og som gir pasienten oppriktig oppmerksomhet gjennom personsentrert bruk av MMB, opplever forbedret kommunikasjon og interaksjon med pasienten. Myskja sier, at vi som helsepersonell må bli bevist vår egne fordommer, være villige til å tre tilbake for å se og forstå den andre. Forstå mennesket bak skrikingen og den aggressive adferd. Han snakker, om at personlig pleie og stell

er noen av de viktigste uttrykkene for en praktisk orientert demensomsorg (24, s. 99). Dette er i tråd med det eksempel fra min studie, hvor pasienten motsatte seg morgenstell. Personale forsøkte å sette seg inn i pasientens situasjon for å forstå dennes opplevelse. De strebet etter å møte han med verdighet, som fremmede ro og trygg atmosfære. Når pasienten fikk tid og ro til å lytte til kjent musikk, som han likte, reagerte han positivt. Helsepersonellet gjorde en viktig utforskning for å møte denne pasienten bakom sykdommen. Det resulterte i at han klarte å mestre det, som ble forventet av han i stellesituasjonen på en verdig måte. Verdighet oppstår og bekreftes eller krenkes i møtet med mennesker (41, s.18). Dette er i tråd med regjeringens demensplan 2025, som sier, at tjenester av god kvalitet sikres gjennom gode systemer for personsentrert omsorg, med faglig kompetente medarbeidere, som møter den enkelte med respekt og verdighet, og som har mulighet til å omsette pålitelig kunnskap til god praksis (7).

Resultater fra min studie viser, at samtlige deltakere vektlegger det å bli kjent med pasienten som en viktig faktor, som fremmer godt samarbeide. En måte de opplever å bli kjent med pasienten på er når de bruker tid på å kartlegge pasientene sine individuelle musikkpreferanser. Metodebok for systematisk bruk av sang og musikk for ansatte i eldreomsorgen beskriver viktigheten av god kartlegging av musikkpreferanser. Kartlegging blir definert som et viktig utgangspunkt for en systematisk evaluering av pasienten. I praksis stiller helsepersonell instruerende spørsmål ut ifra et musikkpreferanseskjema. Pasienten veiledes tilbake i erindringen, når de for eksempel blir bedt om å: *Gå gjennom minner knyttet til musikk, og de følelser som vekkes, og dele betydningsfulle minner og viktige episoder i livet der musikk spiller en rolle med en samarbeidspartner.* Metodeboken beskriver grunnlaget for bruk av individualisert musikk som følgende: 1. At musikk kan fungere som et verktøy for å nå den andre parten, når talespråket er et hinder, 2. At musikk kan mobilisere personens ressurser med tanke på å styrke trivsel, velvære og kognitivt emosjonelt nivå og redusere symptomer som agitasjon/uro, depresjon, angst og smerter (42, s. 16, 17). Myskja sin metodebok er i tråd med metodeboken, som Bergen kommune har laget, som vektlegger, at miljøbehandling bør bygge på personsentrert omsorg. Det vil si, at tiltak bør velges ut fra personens behov. Deres forskning går ut på å samle verktøy til praktisk nytte for helsepersonell og ledelse, for å gi en demensomsorg preget av kunnskap, gode holdninger og systematikk. Blant annet anbefaler de bruk av MMB som et verktøy og legger opp til, at personsentrert miljøbehandling skal være gjeldende praksis i sykehjemmene. Pasientens behov knyttes til vurderinger av hjerneorganiske

forandringer, funksjonsstøttende kommunikasjon, livshistorien, personlighet og sosiale stimuli (43, s.1).

Oppsummert opplever deltakerne i min studie, at bruken av MMB kan betraktes som en metode, som når brukt på riktig måte, fremmer kommunikasjonen og interaksjonen. Deltakerne klarer å hjelpe pasienten med demens å kommunisere og samarbeide på en god måte, hvor verdigheten blir bevart og mestringsevnen fremmet. Når helsepersonellet møter pasienten hvor den er, altså personsentrert, blir pasientens verdighet bevart. Det gode samspillet, som MMB kan frembringe inkluderer det, at pasienten får tilstrekkelig tid til å finne ro for å fokusere på det, som forventes av han eller henne. Dette kan antageligvis medvirke til å styrke pasientens selvbylde, som kan fremme mestring når pasienten blir utfordret med oppgaver, som oppleves som vanskelige.

### **6.1.2 MMB kan erstatte behovet for medikamentell behandling til den urolige pasienten**

Resultater fra min undersøkelse viser, at flere av deltakerne foretrekker å forsøke med MMB før de gir beroligende medisin til den urolige pasienten.

Undersøkelser har vist at personer med demens bruker mange legemidler og ofte på uklar indikasjon. Dette gjelder særlig psykofarmaka, legemidler, som er indisert for psykiske symptomer og i noen grad adferds symptomer. Tall fra Reseptregisteret viser en sterk økning av bruk av psykofarmaka med høyere alder. Det er nærliggende å tenke seg at dette i stor grad skyldes bruk av psykofarmaka hos personer med demens. Tidligere undersøkelser har vist, at svært mange sykehjemsbeboere bruker psykofarmaka fast, og de fleste av dem bruker legemidlene i mer enn ett år. Psykofarmaka hos personer med demens er funnet til å ofte ha en usikker effekt og er forbundet med til dels alvorlige bivirkninger (7). En av deltakerne i min studie snakket om, at pasientene fikk veldig lite behovsmedikamenter og at det hadde vært en reduksjon i behovet for spesielt beroligende og sederende medikamenter, etter at MMB var tatt i bruk. Bruken av MMB må derfor siges å ha hatt positiv innflytelse angående behovet for behovsmedisinering og kan ses som en indikator på, at bruk av MMB kan føre til redusert medisinforbruk for pasientene.

Brean & Skeie snakker om, at vi som mennesker er født med et behov for musikk og en evne til å la os berolige av musikk (40). Resultatene fra min studie viser, at nøye tilpasset bruk av MMB, kan resultere i redusert bruk av medikamentell behandling til den urolige pasienten.

Dette er i tråd med Rawden et. al. sin studie, som rapporterer om, at musikk kan være medisin i seg selv, eller, at musikk faktisk kan redusere eller erstatte medisinbruk. Dette var en tematikk som mange av deltagerne i samme studie var opptatt av. I Rawden et. al. sin studie kom det fram, at helsepersonellet reflekterer over, at enkelte medisiner kan ha store bivirkninger, mens musikk ingen bivirkninger har annet enn å spre glede og trivsel. Det ble i samme studie indikert, at det var sammenheng mellom tid, brukt til å kartlegge den «riktige» musikken, for pasienten og mindre bruk av medisiner. Mange hevdet også at beboerne sov bedre (14, s. 43).

Myskja har samme oppfattelse, når han uttaler seg om bruk av musikk som terapi i psykisk helsearbeid. Han argumenterer for at musikk, som «treffer» pasienten, kan fungere som en bro mellom ulike funksjonsområder i hjernen, kropp og sinn og kan hjelpe til å snu onde sirkler, som opptrer ved ulike tilstander og sykdommer (25, s. 200 kap. 11). Myskja refererer til et kjent fenomen, om at vedvarende stress kan skade viktige områder i midthjernen som hippocampus (knyttet til hukommelse) og amygdala (knyttet til håndtering av frykt og andre emosjonelle tilstander). Myskja mener, at stressreducerende behandlinger kan normalisere de skadede områdene, selv hos eldre. Han mener derfor, at musikk, som gir gode følelser og trygghet, dermed kan tenkes å virke gunstig som stressmestring (25, s. 205).

Deltakerne i min studie, hadde stort fokus på å prøve alternative metoder, før de gav medikamentell behandling. Det viser, at de tenker helhetlig og helsefremmende, da de ønsker å unngå, at pasienten får medisinske bivirkninger, så vidt det lar seg gjøre. Denne tilgangen til pasienten, representerer personsentrert omsorg, da slik tilnærming tar høyde for hele mennesket, ved ikke bare å symptombehandling med noe, som kan ha dårlige konsekvenser for pasienten på lengere sikt. Dette er i tråd med Brooker sine uttalelser om, at individuell omsorg er et element i personsentrert omsorg. Hun mener, at personer skal behandles, som enkeltindivider og bli forstått i en livssammenheng, hvor personsentrert omsorg tar hensyn til personens individuelle behov (20, s. 34, 35).

Personsentrert tilnærming har stor betydning for forebyggelse og behandling av adferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (7). Flere av deltakerne i denne studie mener altså, at pasientene ikke trenger medikamentell behandling når de bruker MMB, med en personsentrert tilnærming. Det er forenelig med Rawden et. al. sin studie, hvor flere deltakere påpekte, at det var viktig å få fram kunnskapen om, at MMB burde forsøkes, før man gikk i gang med

medikamentell behandling. Rawden et. al. sin forskning viser, at deltakerne mente, at det burde innarbeides i deres fagkunnskap, at sang og musikk burde være første prioritet, «i stedet for å putte tabletter i folk». Dette er i tråd med Helsedirektoratet sine retningslinjer, som sier, at legemiddelbehandling først bør forsøkes ved alvorlig symptombelastning, der psykososiale tiltak ikke er tilstrekkelig, eller dersom det foreligger en akutt risiko for skade (44).

I et debattforum, hvor hovedtemaet var «Du trenger utdanning for å drive med musikkterapi», støtter Odd Håpnæs, daglig leder ved Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg og Vegar Rangul, prosjektleder for MMB, opp om Rawden et. al. sine funn. De rapporterer om, at opplæringen i MMB har vist, at de musikkbaserte metodene virker over hele landet. At metodene kan bidra til å dempe uro og aggresjon, samt å aktivisere personer, som sover unødvendig på dagtid. At bruken av sove- og innsovningsmedisin kan reduseres og beboernes egne ressurser blir mer aktivert. (45). Brean & Skeie viser til en rekke nye undersøkelser, som bekrefter, at musikk kan redusere agitert adferd og dermed redusere bruken av beroligende medikamenter ved sykehjem (40).

Oppsummert ses gjennomgående enighet om, at tilnærmingen til pasienten med demens bør være personsentrert og situasjonsbasert. I tillegg ses det gjennomgående enighet om at miljøbaserte tiltak, som MMB, fungerer bra og derfor bør brukes som første valg før det gis medikamentell behandling til den urolige pasienten med demens.

## **6.2 Systematisk og helhetlig implementering**

### **6.2.1 Innovative løsninger for gjennomføring av MMB**

I min studie kom det fram, at deltakerne var fornøyde med, at ledelsen hadde sørget for å skaffe teknisk utstyr, som kunne brukes overalt på avdelingen. De opplevde det som gjennomgående praktisk og som en hjelp for å fort kunne ta i bruk MMB. På den anden side kom det også fram, at flere av deltakerne syntes at de tekniske løsningene kunne oppleves problematiske, da ikke alle var tekniske anlagt. Dette står i kontrast til resultatene i Matre sin studie. Her rapporterer deltakerne om, at en barriere i prosessen har vært mangel på utstyr og musikktilgang. Både for lederne og kursdeltakerne har en stor utfordring i prosessen vært hvordan å skaffe Spotify-abonnement. Særlig om, og hvordan, man kan opprette en musikkstrømmetjeneste-konto for et sykehjem har vært problematisk for de to lederne i studiet.

Bjarne Berg Wig beskriver den relasjonelle ledelse som det gjensidige forholdet mellom ledere og personene de leder. Han mener, at denne formen for ledelse, som står i kontrast med den «sterke» lederen, skaper innflytelse ved å utvikle fellesmål, felles kunnskap og gjensidig respekt *sammen med* andre og ved å sørge for, at dette skjer mellom og *blandt* andre (46, s.198). Det kan se ut som at lederne i min studie, og spesielt i Matre sin studie, befinner seg under konseptet relasjonell ledelse. Vi får ikke vite så mye om ledelsen i min studie, annet enn, at de har sørget for opplæring i kompetanse og investert i teknisk utstyr for bruk av MMB. I Matre sin studie kommer det fram, at to av lederne har vært på kurs i MMB. Lederen i min studie og lederne i Matre sin studie kan ses som eksempler på det, å lede i felleskap med helsepersonalet, ved å utvikle fellesmål og felles kunnskap. Wig viser til, at når organisasjonen og virkeligheten blir mer kompleks, så har ledelsen faktisk ikke den nødvendige kunnskapen til å gi instruksjoner. De trenger kunnskap fra sine medarbeidere og medarbeiderne trenger kunnskap fra ledelsen. Han betegner derfor relasjonell ledelse som personlig krevende, da det krever tålmodighet og bruk av tid (46 s.198). Deltakerne i Matre et. al. sin studie mener, at ledelsen, som en viktig del av implementeringen, må legge til rette for bruk av MMB, med tilstrekkelig utstyr, tilgang til musikk og internett (13, s.109, 110). Da det er utenfor min studiets problemstilling besvares ikke spørsmålet om ledelsen følger opp på områder som deltagerne opplever som problematiske. Min studie belyser heller ikke spørsmålet om ledelsen ivaretar oppfølgingen etter opplæring i bruk av MMB, med tanke på kontinuitet, eller om tiltakene, som blir iverksatt i relasjon til MMB blir evaluert.

I Matre et. al. sin studie kom det fram, at det er ønskelig at kursdeltakerne kommer raskt i gang med bruk av MMB, når engasjementet er på topp etter gjennomført kurs. Samtidig har ikke sykehjemmet utstyr og musikktilgang lagt til rette for individuell behandling. I min studie har det vært en motiverende faktor for bruken av MMB, at nok og tilstrekkelig utstyr, samt internettilgang ble prioritert. I utgangspunktet er det å opprette musikkstrømmetjeneste-konto en liten utfordring og kostnad sammenlignet med andre kostnader og utfordringer man kan møte på et sykehjem.

Det er altså uvisst om ledelsens med-rolle i implementeringen i min studie er å følge opp i praksis, når det gjelder MMB. Det kom ikke frem hva deltakerne mente om ledelsens rolle, men samtlige deltakere syntes godt om, at det var tilrettelagt for bruk av MMB. Det var en deltaker i min studie, som mente at «systemet» på organisatorisk nivå var en motarbeidende faktor for

bruken av MMB i praksis. Dette er i tråd med Matre sin studie hvor deltakerne mener at ledelsen antageligvis har andre prosjekter og oppgaver, som er «viktigere» på et sykehjem, og som krever tid (13, s.109).

## **6.2.2 Den tekniske løsningen kontra det å bruke seg selv som verktøy**

Tre deltakere i min studie forteller, at de bruker seg selv som verktøy. En av disse deltakerne nevner at når hun ikke får til med teknikken så er det ikke noe stort problem, da hun blant annet kan bruke stemmen sin, som hun alltid har med seg. Viktigheten av å kunne bruke stemmen sin i tilnærming med demenspasienter ses i Matre et. al. sin studie. Her forteller en deltaker om en pasient, som hadde tvangsvedtak tilknyttet stell. Ved bruk av én konkret sang (omsorgssang), som gikk rett i hjertet hos pasienten kunne de oppheve tvangsvedtaket da pasienten responderte positivt på denne tilnærmingsformen (13, s. 82). Dette er i tråd med artikkelen til Myskja, som poengterer, at «pleiersang» kan minske uro i stellesituasjoner (12). Sangstemmen som verktøy ble også brukt i forhold til den eldre damen, som var urolig for når hennes mann skulle komme. Sangen, ble diktet og laminert, slik at hele staben av helsepersonalet kunne bruke den, utføre den med egen stemme. Da ingen synger ens og ikke alle er komfortable med å bruke stemmen sin, var det en antageligvis en optimistisk tilgang. Det må sies å være positivt, at en avdeling, med mange helsepersonell brukte metoden, som også viste seg å være vellykket. I min studie kom det ikke noe fram, som indikerte, at ikke alle brukte sangen i tilnærming til den eldre damen. I artikkelen til Rawden et. al. ble det også rapportert gode resultater av musikalsk omsorg, som gav økt kvalitet på pleie og omsorgstjenestene i form av bedre kommunikasjon mellom ansatte og beboere. Ingen av deltakerne fra Rawden et. al. sin studie hadde noe negativt å si om bruken av sang i tilnærming til pasienten (14).

## **6.3 Forutsetninger, hindringer og rammebetingelser**

### **6.3.1 Fellesforståelse er en viktig forutsetning for bruk av MMB**

I min studie nevnte flere av deltakerne, at samarbeide mellom kollegaer var en viktig faktor for vellykket bruk av MMB. En av deltakerne snakket om viktigheten av å ha fellesforståelse for bruken av MMB, så det ikke ble misbrukt. Hun refererte til, at hvis musikken ble satt på for høyt og ikke var nøye utvalgt, at så kunne pasientene være «mettet» i hodet sitt senere på dagen, når en trengte å bruke MMB. Dette er i tråd med Matre et. al. sin studie, hvor et av funnene

viser til nødvendigheten med økt fokus på musikk og kompetanse omkring lydmiljø, for god bruk av MMB. Flere av deltakerne i Matre et. al sin studie hadde lært å begrense støy, dersom for mye musikk og sang kunne virke negativt på beboerne (13, s. 42). I min studie kom det ikke fram, om hvor mange på avdelingen som hadde vært på kurs eller fått opplæring i MMB, men det kan synes som, at det er enkelte på avdelingen, som ikke forstår seg på MMB. I Matre et. al. sin studie fremstår det, som det er et skille mellom dem, som hadde deltatt på kurs og dem, som ikke hadde deltatt på kurs. De som hadde deltatt på kurs fikk en økt bevisstgjøring om hvordan og hvorfor lydmiljøet var viktig for velvære og trivsel (13, s. 42). Brooker påpeker at knapphet på ressurser kan være med på å hindre verdsetting og utøvelse av personsentrert omsorg (20, s. 21).

Det kan tenkes å være vanskelig eller umulig å få til godt samarbeide omkring bruk av MMB, dersom ens kollega ikke har fått opplæring i metoden. Noen av deltakerne i min studie kom inn på forstyrrelser som et problem, spesielt i forhold til når pasienten skulle kartlegges for musikkpreferanser. Fra egen praksis har jeg opplevet det, å bli forstyrret, når jeg har forsøkt å ha en liten sangstund med en eller flere urolige pasienter, eller hvor jeg forsøkte å berolige en pasient med utvalgt musikkjangre. Det jeg erfarte var, at det handlet om uvitenhet og mangel på forståelse for metoden. Oppsummert virker det som at deltakerne i min studie forstår viktigheten av og setter pris på samarbeidet med kollegaene. Det kan ha noe å gjøre med, at de bare er to ansatte på jobb, som skal se til ti pasienter og derfor er avhengige av hverandre for å få til vellykket bruk av MMB.

### **6.3.2 For lite tid og bemanning.**

Samtlige deltakere fra min studiet opplevde, at det ofte hadde for lite tid til bruk av MMB. En av deltakerne uttaler seg om at hun kunne ønske en større bemanning enn bare to på vakt. På tross av at alle deltakerne mente at mangel på tid var en hemmende faktor så forteller de om, at de bruke MMB mye. Dette er forenelig med Matre sin studie hvor ingen av deltagerne fra fire sykehjem mener, at mangel på tid går særlig ut over muligheten til å bruke MMB på arbeidsplassen.

Flere av deltakerne fra min studie snakket om viktigheten av tid til god kartlegging av individuelle musikkpreferanser. En av deltakerne påpekte, at hvis kartleggingen ikke ble gjort ordentlig, så ble det ingen effekt av det. Det skal forstås som, at det ikke lar seg gjøre å utføre



vellykket bruk av MMB, når pasienten sine musikkpreferanser ikke er ferdig kartlagt. I Matre et. al. sin studie snakker to av deltakerne om, at kartleggingen tar litt tid, men at det spares tid på sikt, når pasienten har et tiltak. En deltaker fra samme studie mente, at det var viktig å formidle, at det ikke er tidkrevende *etter* kartleggingen er gjennomført, at da gjorde det seg selv hvis en har utstyret på plass.

Det kan se ut, som det generelt er kartleggingen av musikkpreferanser, som opptar mest tid for helsepersonellet. En av deltakerne fra min studie, uttrykte, at han syntes at det var begynnelsen av kartleggingen, som tok den største tid. Noen ganger kunne det ta ham uker for å fullføre kartleggingen. Myskja beskriver hvordan helsepersonellet bør starte en kartlegging, hvor det alltid startes opp med en dialog. Den som kartlegger, må forklare hva som skal skje og samtidig sørge for en trygg atmosfære, hvor pasienten får lyst og mulighet for å åpne opp og dele. Myskja sier, at kartleggingen ikke er målet i seg selv, men derimot selve grunnlaget for å ta metoden i bruk (43).

Dette med at kartleggingen er tidskrevende er i tråd med Artikkelen til Egset, hvor deltakerne rapporterer at det hadde vært krevende å gjennomføre et prosjekt hvor de kartla alle pasientene, som var med i prosjektet (11). Tatt i betraktning, at sykehjemmene har presset personale med mange oppgaver er det kanskje ikke rart, at det kan ta opptil uker, for å fullstendiggjøre en kartlegging av pasientenes individuelle musikkpreferanser.

Den Norske legeforening, har gjort en undersøkelse om bemanning og kvalitet ved sykehjem i Norge. Det ble fremhevet at sykehjemmene har et totalansvar for sine beboere, som ofte er tungt belastet, når det gjelder sykdom og funksjonssvikt. Et av funnene i undersøkelsen var, at nesten 30 % av de sykehjems ansatte forteller, at de ofte går hjem med dårlig samvittighet, fordi de ikke rakk å gjøre det de hadde planlagt i avdelingen (47).

Ifølge nasjonal faglig retningslinje om demens, er det noe dokumentasjon på at små, tilrettelagte enheter med hjemlig miljø, få beboere og en mindre gruppe fast pleiepersonell har en gunstig effekt på personer med demens. Det er ingen klar internasjonal konsensus på hva «små enheter» skal være eller inneholde av tilbud og kompetanse. SINTEF-rapporten (48), "Er smått alltid godt i demensomsorgen" fra 2015 antyder, at om lag åtte beboere kan være hensiktsmessig. Det er få nok til en lett får god oversikt, men mange nok til å måtte bemannes av minst to personer. Dette vil likevel kunne variere avhenger av beboernes behov og må tilpasses deretter (ibid).

### 6.3.3 Validering og reliabilitet

I dette kapittel gjøres det rede for validitet og reliabilitet, som ifølge Malterud er knyttet til tolkning av data og gyldigheten av disse tolkningene (24, s. 23). Validering ble brukt underveis, når intervjuene ble utført, hvor jeg eksempelvis stilte spørsmål til deltakeren som «så du mener ikke at, eller så du mener at...?» eller «har jeg forstått det riktig, at...?» I noen tilfeller var det samtidig en måte å komme tilbake til det spørsmål, som ble stillet når samtalen kunne gå lidt av sporet.

Validering ble dermed brukt i et forsøk for å unngå misforståelser. Under transkriberingen ble det bekreftet at jeg ofte oppsummerte svar fra deltakerne for å registrere om svaret var blitt oppfattet etter sin hensikt. Det, at jeg som forsker ikke har norsk som morsmål, kan ha påvirket resultatet og er en svakhet ved denne studien. Funnene ble diskutert med veileder, som har lest utdrag av materialet. Jeg har fått hjelp til norsk rettskriving underveis prosessen.

Valideringen foregår gjennom hele forskningsprosessen og innebærer, at det stilles spørsmål om relevans til forskningsspørsmålene, metode, utvalget, datainnsamlingen, teoretiske perspektiv, analysestrategien, og om resultatene fra studien faktisk gir svar på problemstillingen (24, s. 192). Data ble hentet inn ved å intervju deltakerne enkeltvis (single intervjuer) og det ble brukt Malterud sin systematiske tekstkondensering for å analysere datamaterialet. Underveis i transkriberingen av intervjuene kom de individuelle deltagernes erfaringer frem. Blant annet var det gjennomgående erfaringer fra en demensavdeling. Jeg har stillet spørsmål om problemstillingen hadde relevans til datamaterialet. Jeg valgte å endre problemstillingen, slik at den var i tråd med informantenes erfaringer. Problemstillingen ble justert flere ganger gjennom prosessen fra opprinnelig form: «Hvilken virkning har musikkbasert miljøbehandling og hvordan brukes den i individuell tilnærming til pasienter med demens på sykehjem og omsorgsboliger?» til «Hvordan bruker helsepersonell MMB i tilnærming til pasienter med demens på demensavdelinger, og hvilke faktorer fremmer/hemmer bruk av MMB i praksis?» Ordet *virkning* i den opprinnelige problemformulering hører dessuten ikke under kvalitativ forskning, men derimot kvantitativ forskning som interesserer seg for virkning/effekt av noe. Utvalget i min studie har god informasjonsstyrke, da deltagerne har lang og variert arbeidserfaring fra omsorgsektoren i arbeide med eldre, som har demens og fra en demensavdeling. Samtlige deltakerne kunne gi svar på mitt forskningsspørsmål. Jeg har det

inntrykket, at deltagerne opplevde intervjusituasjonen som behagelig, når de delte erfaringene sine med å bruke MMB på demensavdelingen de er tilknyttet. Det er relativt få deltagere med i min studie og det at de alle jobber i samme kommune, samt på samme avdeling, gjør at oververførbarehetsverdien blir lav. Dersom jeg hadde valgt deltagere fra fem forskjellige demensavdelinger, og i tillegg fra ulike kommuner, er det sannsynlighet for, at det blev større variasjon i svarene.

For å finne svar på forskningsspørsmålet søkte jeg å finne deltagere via Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg v/Musikkbasert miljøbehandling. Her ble jeg satt i kontakt med en sykepleier, som utfører MMB i praksis. Denne sykepleieren anbefalte meg å kontakte en leder på en demensavdeling, hvor hun har jobbet, og hvor de ansatte hadde erfaring med bruk av MMB. Jeg kontaktet denne lederen via e-post, angående invitasjon til og interesse for rekruttering av deltagere til min studie. Hun var behjelpelig med å henge invitasjonen opp på personalkontoret ved demensavdelingen. Det var i alt seks deltagere, som ønsket å bli intervjuet, men den ene av dem dukket ikke opp til intervjuet. Det ble forsøkt å avtale en ny tid til intervju med denne deltakeren, som ønsket at det skulle utføres i arbeidstiden, men også her ble intervjuet avlyst. Jeg hørte ikke mer fra denne deltakeren. I alt fikk jeg fem deltagere.

Det første intervjuet måtte jeg lytte til mange ganger, da lyd kvaliteten ikke var optimal, og det tok lang tid for å transkribere. Alle intervju ble først transkribert ord for ord. Etter hvert som det ble lyttet flere ganger, kom meningen i setningene mer og mer til syne. Underveis i analysefasen ble det strebet etter, at dekontekstualiseringen ble fulgt av rekontekstualiseringen, for å sikre validiteten i denne fasen av forskningen. Det var viktig, at teksten, som ble brukt fra råmaterialet kunne tilbake settes i dens originale sammenheng. Dette ble grundig gjennomgått og da det ble brukt en prosjektlogg var det mulig å reverse analyseprosessen om det skulle være nødvendig.

### **6.3.3 Metodiske betraktninger**

Det å forske i et fagfelt, som har min store interesse og hvor jeg selv har en del erfaringer, har medført ulike utfordringer. Egne erfaringer som musikkterapeut, sykepleier og min forforståelse, har antageligvis preget henholdsvis problemstilling, intervju spørsmål og fortolkning av dataene. Jeg har gjennom hele prosessen arbeidet med å være bevisst om egen forforståelse, hvor jeg så etter om jeg fant noe nytt eller overraskende funn, som utfordret min

forforståelse. Det kan ikke sluttet resultater fra min studie til større populasjoner, da den kun har fem deltakere. Studien er derfor ikke generalisbar, men en styrke ved resultatene er at den er i samsvar med Matre sin studie. Min studie presenterer flere generelle trekk som også vil kunne være mulig og overføre til andre demensavdelinger og på andre sykehjem. Alle studier innebærer flere metodiske valg i prosessen og det kan ikke utelukkes at andre ville få andre resultater.

I analysedelens andre trinn brukte jeg mye tid med hensyn til valg av navn på tema og subkategorier. Det ble arbeidet mye fram og tilbake før disse ting var på plass. Alt fra denne prosess ble notert i prosjektloggen. Jeg strebet etter på beste evne å beskrive gangen for å kunne belyse hovedtrekkene av systematiseringen. Ved bruk av prosjektloggen opplevde jeg å ha overblikk over det, som ble gjort i analyseprosessen. Det gjorde det lett for meg å gå tilbake for å se hva, som jeg hadde valgt fra i prosessen.

## 7 Oppsummering og konklusjon

### 7.1 Oppsummering

I denne studien har jeg undersøkt hvilke erfaringer helsepersonell har med å bruke MMB, i individuell tilnærming til pasienter med demens, og hvordan det fungerer i praksis på demensavdelinger. I tillegg har jeg undersøkt hvilke faktorer som kunne virke fremmende og/eller hemmende på bruken av MMB i praksis.

Resultatene viste at helsepersonellet fremhevet at MMB, når brukt individuelt og med personsentrert tilnærming, åpnet opp for god kontakt med pasienten. Dette var medvirkende til å fremme godt samspill gjennom alternativ kommunikasjon.

Det viste seg at MMB blir vektet som et nyttig og spennende verktøy som kunne brukes for å berolige den urolige pasienten.

Studiet viste at helsepersonell vektlegger nødvendigheten av god kartlegging av individuelle musikkpreferanser for pasienten og har erfart at det er en måte å bli kjent med pasienten og dennes livshistorie på. Gunstig kartlegging var en fremmende faktor for vellykket bruk av MMB.

Samtlige deltakere mente at en viktig forutsetning for å lykkes med MMB, er at ledelsen er positiv og støttende og sikrer at rammebetingelsene er til stede for å bruke MMB på en forsvarlig og omsorgsfull måte.

Resultatene viste at det er gjennomgående enighet om at MMB fungerer bra for den urolige pasienten og at det derfor bør brukes som første valg før det gis medikamentell behandling.

Det viste seg at på tross av glede iblant helsepersonellet, over ledelsens installasjon av teknisk utstyr til utførelse av MMB, så er det flere av deltakerne som mener at de tekniske løsningene kan oppleves som problematiske.

Resultatene viser at samtlige deltakere opplever at de ofte har for lite tid til kartlegging, samt utførelse av MMB da det kan være travelt på avdelingen. Det var en hemmende faktor at det ikke alltid var nok tid til kartleggingen. Og at pasientens musikkpreferanser derved ikke var dokumentert og klargjort til systematisk bruk av MMB.

Studiet viste at samarbeide ble vektet som en viktig faktor for helhetlig utførelse av MMB, spesielt på travle dager. Det var en fremmede faktor at helsepersonellet samarbeidet om utførelse av MMB.

Studiet viste at når helsepersonellet bruker personsentrert tilnærming i utførelse av MMB i møte med personer med demens fungerte metoden godt. Personsentrert tilnærming var en grunnleggende faktor for bruk av MMB.

Resultatene viste at helsepersonellet fremhevet at det viktige i tilnæringsformene var at de alltid var situasjonsbasert og tilpasset hver enkelt pasient på bakgrunn av kjennskapen de har til vedkommende. Det var en fremmede faktor å bli kjent med pasienten.

Ved å ha kunnskap om demens og MMB kjente helsepersonellet seg forberedt på hva de kunne oppleve i møtet med pasientene. Ved å være forberedt viste det seg at helsepersonellet kunne gjøre endringer underveis i både musikk- og sangvalg og dermed også tilnæringsmåten. Dersom de observerte dårlig eller ingen respons på musikk eller sangvalg justerte de i tilnærmingen og/eller i kartleggingen av individuelle musikkpreferanser. Helsepersonellet brukte MMB som forebyggende behandling for å forhindre at utfordrende atferd startet og/eller eskalerte. Studiens resultater viste at helsepersonellet opplever det som til tider krevende å møte på utfordrende situasjoner daglig, men at bruken av MMB oppveier det negative da metoden er med til å spre glede og kan skape god stemning og atmosfære på individuelt nivå, samt ute i avdelingen.

## **7.2 Konklusjon**

Helsepersonellet klarer å bruke MMB i personsentrert tilnærming til pasienten, selv om de ofte har det travelt på avdelingen. Grundig kartlegging av pasientens musikkpreferanser, kjennskap til pasienten og samarbeide med personalet vektet som viktige faktorer for vellykket utførelse av MMB.

## **7.3 Implikasjoner for praksis**

Min undersøkelse kan bidra til faglig diskusjon for fremtidig utvikling i omsorgssektoren, med tanke på viktigheten av miljøbehandling i demensomsorgen. Resultatene fra min studie kan fremme spørsmål om hva som må til, for at MMB kan bli iverksatt på sykehjem og/eller

demensavdelinger, hvor faglige, forsvarlige, og omsorgsfulle helsepersonell kan ta metoden i bruk.

Helsepersonell sine erfaringer kan diskuteres i lys av hva som de mener er viktig for mulig implementering. Det er viktig at det kastes lys på de positive erfaringene, som helsepersonale i denne studien deler om bruk av MMB, i individuell og personsentrert tilnærming til pasienten med demens, selv i en travel hverdag.

Resultatene i denne studien kan synliggjøre ansvaret, som avdelingsledere og ledere av organisasjonen har for å verdsette helsepersonell og visjonære ildsjeler, som ønsker å gjøre en forskjell innenfor demensomsorgen.

Det bør forskes videre innenfor dette tema, helsepersonell sine erfaringer med bruk av MMB kommer enda mer til syn. Det bør videre forskes i å få synliggjort ledernes og organisasjonens syn på dette tema.

## 8 Referanseliste

1. Ruud E. Musikk i arbeid med eldre. I: Aasgaard T, red. Musikk og helse. Oslo: J.W. Cappelen Forlag as; 2006.
2. Støback, AM. Atferd er uttrykk for personlige opplevelser - Om Kompetanseprogrammet. Forståelse og mestring av utfordrende atferd hos personer med demenssykdom. Tidsskrift for omsorgsforskning. 2015;1(01):72-81.
3. Hyldgaard Å. Musikterapi, magtanvendelse og arbeidsmiljø. I: Stige B, Ridder HM, red. Musikterapi og eldrehelse. Oslo: Universitetsforlaget AS; 2016. s. 211-233.
4. Nationalt videnscenter for demens [Internet]. Tal og statistik. 2020 [lokalisert 07.02.2022]. Tilgjengelig fra:  
<https://videnscenterfordemens.dk/da/forekomst-af-demens-i-resten-af-verden/>
5. Gauthier S, Rosa-Neto P, Morais JA, Webster C. Journey through the diagnosis of dementia [Internett]. London: World Alzheimers report. ADI; 2021. ADI-rapport 2021:12  
<https://www.alzint.org/u/World-Alzheimer-Report-2021.pdf>
6. FHI. Folkehelseinstituttet [Internet]. Demens. 2019 [lokalisert 15.04.2022]. Tilgjengelig fra:  
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
7. Regjeringen.no 2020:3. Demensplanen 2025. [Internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, Informasjonsforvaltning; 2020 [lokalisert 03.05.2022]. Tilgjengelig fra:  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2025/id2788070//>



8. Helsedirektoratet [Internett]. Miljørettede tiltak og aktiviteter ved demens. 2022 [lokalisert 14.04.2022]. Tilgjengelig fra:  
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/miljorettede-tiltak-og-aktiviteter-ved-demens#virksomheten-skal-tilby-miljomessige-og-psykososiale-tiltak-basert-pa-personsentrert-omsorg-og-behandling-som-forstevalg-ved-forekomst-av-atferdsmessige-og-psykologiske-symptomer-ved-demens-apsd>
9. Lov om pasient- og brukerrettigheter mv. (pasient og brukerrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63[hentet 21. april 2022]. Tilgjengelig fra:  
[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL\\_1#KAPITTEL\\_1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_1#KAPITTEL_1)
10. Lov om helsepersonelloven mv. (Helsepersonell loven). LOV-1999-07-02-64[hentet 21. april 2022]. Tilgjengelig fra:  
[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-0264?q=helsepersonell%20loven#KAPITTEL\\_1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-0264?q=helsepersonell%20loven#KAPITTEL_1)
11. Egset A-S, Salhus Ö. Kultur for song og musikk i demensomsorga?  
Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid 2018;15(1)63-73
12. Myskja A. Musikk som terapi i demensomsorg og psykisk helsearbeid med eldre.  
Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid 2009;6(2)149-58
13. Matre R. En evaluering av implementeringsprosessen til opplæringsprogrammet «Musikkbasert miljøbehandling. [Master]. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet; 2019.
14. Rawden KB, Andersson AP, Berg GV, Kebede MT. Evaluering av opplæringsprogrammet musikkbasert miljøbehandling med integrert bruk av musikk og sang til helse- og omsorgstjenestene [Internett]. Gjøvik: Senter for omsorgsforskning øst. NTNU; 2019. NTNU-rapport 2019:1

15. Engdal K. Hva er demens? Demens. I: Kohne K, red. Demensomsorgens ABC. 1 utg. Norge: Aldring og helse. Nasjonal Kompetansesenter; 2018.
16. Helsedirektoratet [Internett]. Definisjonen av demens. 2022 [lokalisert 20.04.22]. Tilgjengelig fra:  
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/om-demens>
17. Engdal K. Demenssykdommer. Alzheimers demens I: Kohne K, red. Demensomsorgens ABC. 1 utg. Norge: Aldring og helse. Nasjonal Kompetansesenter; 2018.
18. Dassa A, Amir D. The role of singing familiar songs in encouraging conversation among people with middle to late-stage Alzheimer's Disease. I Journal of Music Therapy. [Internet], 2014. [Lokalisert d.10.04.2022]; 51 (2), s. 131-153. Tilgjengelig fra:  
<https://academic.oup.com/jmt/article/51/2/131/902235/The-Role-of-Singing-FamiliarSongs-in-Encouraging>
19. Kittwood T. En revurdering av demens – personen kommer i første rekke. 1 utg. 3. opplag. Buckingham: Munksgaard Danmark; 2006.
20. Brooker D. Personssentrert demensomsorg: veien til bedre tjenester. Tønsberg: Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse; 2013.
21. Rokstad AMM. Personsentert omsorg i møte med personer med demens. Kommunikasjon – en forutsetning for personsentert omsorg. I: Kohne K, red. Demensomsorgens ABC. 1 utg. Tønsberg: Aldring og helse. Nasjonal Kompetansesenter; 2018.
22. Rokstad AMM. Bli kjent med demens-pasientene. Helsetjenestene skal gi mennesker med demens personsentert omsorg, skriver [Internett]. Oslo: Psykologisk.no; 2015. [lokalisert 04.05.2022]. Tilgjengelig fra:

<https://psykologisk.no/2015/06/bli-kjent-med-demens-pasientene/>

23. Røsvik J, Telenius EW, Eriksen S, Bull L. Miljøbehandling- deltagelse og tilrettelegging I: Røsvik J, red. Demensomsorgens ABC. 1 utg. Norge: Aldring og helse. Nasjonal Kompetansesenter; 2018.
24. Myskja A. Hjertet husker det hodet glemmer – en praktisk bok om demens. 1. utg. Oslo: Cappelen Damm AS; 2017.
25. Myskja A. Musikk som terapi i psykisk helsearbeid. I: Borge L., Martinsen EW., Moe T, red. Psykisk helsearbeid – mer end medisin og samtaleterapi. Bergen: Fabokforlaget Vigmostad & Bjørke AS; 2011.
26. Eriksen S. Miljøbehandling – musikkbasert miljøbehandling. I: Kohne K, red. Demensomsorgens ABC. 1 utg. Norge: Aldring og helse. Nasjonal Kompetansesenter; 2018.
27. Nord universitet [Internett]. Regjeringen satser på Musikkbasert miljøbehandling. 2017 [lokalisert 08.04.22]. Tilgjengelig fra:  
<https://www.nord.no/no/aktuelt/nyheter/Sider/Regjeringen-satser-pa-Musikkbasert-miljobehandling.aspx>
28. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative intervju. Introduksjon til forskningsintervju. 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2018.
29. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget AS; 2011.
30. NSD Norsk senter for forskningsdata [Internett]. Personverntjenester. Fyll ut meldeskjema for personopplysninger, 2022 [lokalisert 04.05.22]. Tilgjengelig fra:  
<https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/>

31. UiO. [Internett]. Nettskjema diktafon-app. 2022 [lokalisert 04.05.22]. Tilgjengelig fra:  
<https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/diktafon.html>
32. UiT [Internett]. Tjenester for Sensitive Data (TSD). 2022 [lokalisert 08.04.22].  
Tilgjengelig fra: [https://uit.no/infrastruktur/enhet?p\\_document\\_id=668867](https://uit.no/infrastruktur/enhet?p_document_id=668867)
33. NSD Norsk senter for forskningsdata [Internett]. Samtykke og andre  
behandlingsgrunnlag. 2022 [lokalisert 08.04.22]. Tilgjengelig fra:  
<https://www.nsd.no/personverntjenester/oppslagsverk-for-personvern-i-forskning/samtykke-og-andre-behandlingsgrunnlag/>
34. WHO - regional office for Europe. Can you dance your way to better health and well-being? [Internett]. Copenhagen Ø: WHO; 11. November 2019 [oppdatert 11. November 2019; hentet 30.04.2022]. Tilgjengelig fra:  
<https://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/press-releases/2019/can-you-dance-your-way-to-better-health-and-well-being-for-the-first-time,-who-studies-the-link-between-arts-and-health>
35. Norsk musikkråd [Internett]. Musikkens studieforbunn. [lokalisert 07.02.21].  
Tilgjengelig fra:  
<https://www.musikk.no/prosjekt/nyheter/musikk-som-behandling-og-forebygging-av-demens>
36. Särkämö T., Tervaniemi M., Laitinen S. et. al. Cognitive motional, and social benefits of regular musical activities in early dementia: randomized controlled study. [Internett]. Rockville Pike: National Library of Medicine. Gerontologist; 2013. Gerontologist-rapport 2013:54
37. Regjeringen.no [Internett]. Demensplan 2025. 2020 [lokalisert 07.02.21]. Tilgjengelig fra:  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2025/id2788070/>

38. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje. Demens [Internett]. Miljørettede tiltak og aktiviteter ved demens. 2020 [lokalisert 10.02.21]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/miljorettede-tiltak-og-aktiviteter-ved-demens>
39. Ridder HM. Musik som hverdagsressource i ældrelivet: samvær og erindring. I: Stige B, Ridder HM, red. Musikkterapi og eldre helse. Oslo: Universitetsforlaget AS; 2016.
40. Brean A, Skeie GO. Musikk og hjernen. Om musikkens magiske kraft og fantastiske virkning på hjernen [Internett]. Oslo: Norske serier. Ebok; 2019 [Lokalisert 12.04.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.norskeserier.no/norskeserier/mypage/mypage.action#/orders>
41. Holm MS, Husebo S. En verdig alderdom. Omsorg ved livets slutt. Bergen: Fagbokforlag Vigmostad & Bjørke AS; 2015.
42. Myskja A. Metodebok. Systematisk bruk av sang og musikk for ansatte i eldre omsorgen. Oslo: Kirkens bymisjon; 2005.
43. Bergen kommune [Internet]. Demensomsorgen i sykehjem – Metodebok 2020 [lokalisert 26.02.21]. Tilgjengelig fra: <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/2432250https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2639749/Rapport%2b%2bMusikkbasert%2bmilj%25C3%25B8behandling%2b-%2b29.11.19.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
44. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje. [Internet]. Demens [lokalisert 10.02.21]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/miljorettede-tiltak-ogaktiviteter-ved-demens>

45. Håpnes O., Rangul V. Debattinnlegg: Musikkbasert miljøbehandling gir nye musikalske verktøy for helsearbeiderne [Internett]. Oslo: Forskning.no; 2018. [hentet 05. april 2022]. Tilgjengelig fra:  
<https://forskning.no/psykiske-lidelser-aldring-debattinnlegg/debattinnleggmusikkbasert-miljobehandling-gir-nye-musikalskeverktoy-for-helsearbeiderne/1160092>
46. Wig BB. Lærende organisasjoner. På vei mot organisasjon 5.0. 1. utg. Oslo: Gyldendal; 2018.
47. Tidsskriftet den norske legeforening [Internett]. Bemanning og kvalitet i sykehjem. 2022 [lokalisert 14.04.22]. Tilgjengelig fra:  
<https://tidsskriftet.no/2004/11/aktuelt-i-foreningen/bemanning-og-kvalitet-i-sykehjem>
48. Haugan G, Woods R, Høyland K, Kirkevold Ø. Er smått alltid godt i demensomsorgen? [Internett]. Oslo: Kunnskapsstatus om botilbud. Sinntef; 2015. Sinntef-Raport 2015 :16

# Vedlegg 1 Informasjonsskriv til leder

Vedrørende rekruttering av deltakere.

Sent til leder, ved avdeling for rekruttering av deltakere, i etterkant av digital korrespondanse via e-post. Ble hengt opp på personalkontoret ved demensavdelingen.

## **Vil du delta i forskningsprosjektet Musikkbasert miljøbehandling på sykehjem og omsorgsboliger?**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å sette søkelys på om bruken av musikkbasert miljøbehandling (MMB), på sykehjem og omsorgsboliger med personer med demens, oppleves som en implementering der gir mening å bruke, og om det bør vektas som en tilnæringsform som med fordel kunne blitt innført på andre sykehjem og i omsorgsboliger i Norge. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### **Formål**

Formålet med prosjektet er å få tilgang til erfaringer fra helsepersonell som har kunnskap på fokusområdet fra egen praksis og som har erfaringer med hva det innebærer å ta MMB i bruk fra et personlig perspektiv. Helsepersonell kan svare på hva som fungerer bra og hva som fungerer dårlig og om det er noe spesielle faktorer som gjør det vanskelig å gjennomføre MMB i praksis. Det er også av interesse om helsepersonell foretrekker bruk av en form frem for en annen: f.eks. omsorgssang versus musikk i tilnærmingen til personen med demens.

**Forskningsspørsmål som skal analyseres er:** Hvordan opplever helsepersonell at bruken av MMB, i personsentrert tilnærming til personer med demens, fungerer i praksis på sykehjem og omsorgsboliger? Forskningsprosjektet er et mastergradsprosjekt.

Opplysningene kan på sikt blive brukt til undervisning av helsepersonale på sykehjem og omsorgsboliger i forbindelse med mulig implementering av MBM.

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Det helsevitenskapelige fakultetet ved UIT er ansvarlig for dette forskningsprosjektet.

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

I min søken på informanter har jeg kontaktet Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg v/Musikkbasert miljøbehandling, som har anbefalt og formidlet kontakt til sykepleier og fagrådgiver. Hun har jobbet i flere år på de demensavdelinger du er tilknyttet og er godt kjent med prosessen med å ta i bruk MMB som metode i praksis. Etter kontakt med Helene Jøssund har jeg valgt å invitere informanter fra disse demensavdelinger til å delta på intervju. Jeg ønsker å intervju 6-10 helsepersonale som er sykepleiere, helsefagarbeidere, vernepleiere og assistenter. Personell med høyere stillinger kan også delta hvis de har den erfaring som prosjektet etterspør. Spørsmålene vil dreie seg om helsepersonell sine personlige erfaringer og opplevelser ved bruk av MMB i personsentrert tilnærming til pasienter med demens på sykehjem og i omsorgsboliger

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

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du er med i et intervju med semistrukturert intervjuguide som varer i 1 time. Det vil bli stilt spørsmål utefra en på forhånd laget intervju guide, hvor det legges opp til at du deltar ved å dele dine personlige erfaringer fra bruk av MBM på arbeidsplass på godt og ondt. Jeg tar lydopptak og notater fra intervjuet. Det vil bli gjennomført nettbasert, via Teams, grunnet uvisshet omkring evt. nye koronarestriksjoner. Da settingen blir utført med Teams kan du delta på hjemmebasis eller hvor det passer deg best.

## **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. Det vil ikke påvirke ditt forhold til arbeidsplassen og/eller arbeidsgiver å delta.

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.

Undertegnede samt tilknyttet veileder vil ha tilgang ved behandlingsansvarlig institusjon.



Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Datamaterialet blir kryptert og lagret på en forskningsserver som er låst.

Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjon, og type opplysninger som vil publiseres vil omhandle helsepersonell sine utdanningskompetanser og erfaringer med bruk av MBM på egen arbeidsplass.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er juni 2023. Det vil bli aktuelt å publisere resultatene i et fagfellevurdert tidsskrift i etterkant.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra det Helsevitenskapelige fakultetet ved UIT har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Dine rettigheter**

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

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

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

Det helsevitenskapelige fakultet, UIT:

Prosjektansvarlig:

Elin Kristin Evensen, Førsteamanuensis. UiT.Helsefak.IHO.Master og ph.d helsefag. Universitetet i Tromsø - Norges arktiske universitet. Epost elin.k.evensen@uit.no eller på telefon: 4777646409.

Sølva Skov Magnussen, epost sford\_71@hotmail.com eller på telefon: 46557004 og +45 31672085.

Personvernombud ved UIT:

Joakim Bakkevold på epost personvernombud@uit.no eller på telefon:776 46 322 og 976 915 78.

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

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

Med vennlig hilsen

Forsker: Sølva Skov Magnussen

Prosjektansvarlig veileder: Elin Kristin Evensen

## Vedlegg 2 Informasjonsskriv til deltakere

Sendt til interesserte deltakere som leder hadde formidlet kontakt til via e-postadresser.

### Vil du delta i forskningsprosjektet

#### *Musikkbasert miljøbehandling på sykehjem og omsorgsboliger?*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å sette søkelys på om bruken av musikkbasert miljøbehandling (MMB), på sykehjem og omsorgsboliger med personer med demens, oppleves som en implementering der gir mening å bruke, og om det bør vektas som en tilnæringsform som med fordel kunne blitt innført på andre sykehjem og i omsorgsboliger i Norge. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### Formål

Formålet med prosjektet er å få tilgang til erfaringer fra helsepersonell som har kunnskap på fokusområdet fra egen praksis og som har erfaringer med hva det innebærer å ta MMB i bruk fra et personlig perspektiv. Helsepersonell kan svare på hva som fungerer bra og hva som fungerer dårlig og om det er noe spesielle faktorer som gjør det vanskelig å gjennomføre MMB i praksis. Det er også av interesse om helsepersonell foretrekker bruk av en form frem for en annen: f.eks. omsorgssang versus musikk i tilnærmingen til personen med demens.

Forskningsspørsmål som skal analyseres er: Hvordan opplever helsepersonell at bruken av MMB, i personsentrert tilnærming til personer med demens, fungerer i praksis på sykehjem og omsorgsboliger? Forskningsprosjektet er et mastergradsprosjekt.

Opplysningene kan på sikt blive brukt til undervisning av helsepersonale på sykehjem og omsorgsboliger i forbindelse med mulig implementering av MBM.

## **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Det helsevitenskapelige fakultetet ved UIT er ansvarlig for dette forskningsprosjekt.

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

I min søken på informanter har jeg kontaktet Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg v/Musikkbasert miljøbehandling, som har anbefalt og formidlet kontakt til sykepleier og fagrådgiver Helene Jøssund. Helene har jobbet i flere år på de demensavdelinger du er tilknyttet og er godt kjent med prosessen med å ta i bruk MMB som metode i praksis. Etter kontakt med Helene Jøssund har jeg valgt å invitere informanter fra disse demensavdelinger til å delta på intervju. Jeg ønsker å intervju 6-10 helsepersonale som er sykepleiere, helsefagarbeidere, vernepleiere og assistenter. Personell med høyere stillinger kan også delta hvis de har den erfaring som prosjektet etterspør. Spørsmålene vil dreie seg om helsepersonell sine personlige erfaringer og opplevelser ved bruk av MMB i personsentrert tilnærming til pasienter med demens på sykehjem og i omsorgsboliger

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

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du er med i et intervju med semistrukturert intervjuguide som varer i 1 time. Det vil bli stilt spørsmål utefra en på forhånd laget intervju guide, hvor det legges opp til at du deltar ved å dele dine personlige erfaringer fra bruk av MBM på arbeidsplass på godt og ondt. Jeg tar lydopptak og notater fra intervjuet. Det vil bli gjennomført nettbasert, via Teams, grunnet uvisshet omkring evt. nye koronarestriksjoner. Da settingen blir utført med Teams kan du delta på hjemmebasis eller hvor det passer deg best.

## **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. Det vil ikke påvirke ditt forhold til arbeidsplassen og/eller arbeidsgiver å delta.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

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

Undertegnede samt tilknyttet veileder vil ha tilgang ved behandlingsansvarlig institusjon.

Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Datamaterialet blir kryptert og lagret på en forskningsserver som er låst.

Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjon, og type opplysninger som vil publiseres vil omhandle helsepersonell sine utdanningskompetanser og erfaringer med bruk av MBM på egen arbeidsplass.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er juni 2023. Det vil bli aktuelt å publisere resultatene i et fagfelleverdert tidsskrift i etterkant.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra det Helsevitenskapelige fakultetet ved UIT har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Dine rettigheter**

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene

- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

**Det helsevitenskapelige fakultet, UiT:**

**Prosjektansvarlig:**

Elin Kristin Evensen, Førsteamanuensis. UiT.Helsefak.IHO.Master og ph.d helsefag.  
Universitetet i Tromsø - Norges arktiske universitet. Epost [elin.k.evensen@uit.no](mailto:elin.k.evensen@uit.no) eller på telefon: 4777646409

Sølva Skov Magnussen, epost [sford\\_71@hotmail.com](mailto:sford_71@hotmail.com) eller på telefon: 46557004 og +45 31672085.

**Personvernombud ved UiT:**

Joakim Bakkevold på epost [personvernombud@uit.no](mailto:personvernombud@uit.no) eller på telefon: 776 46 322 og 976 915 78

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

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

Med vennlig hilsen

Forsker: Sølva Skov Magnussen

Prosjektansvarlig veileder: Elin Kristin Evensen

## **Vedlegg 3 Godkjenning fra NSD**

Vurdering

Referansenummer

311229

### **Prosjekttittel**

Musikkbasert miljøbehandling på sykehjem og i omsorgsboliger

Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

**Prosjektansvarlig** (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Elin Kristin Evensen

### **Type prosjekt**

Studentprosjekt, masterstudium

### **Kontaktinformasjon, student**

Sølva Skov Magnussen, sford\_71@hotmail.com, tlf: 46557004

Prosjektperiode

25.01.2021 - 30.06.2023

## **Vedlegg 3 – Godkjenning fra NSD**

### **NSD Personvern**

Vurdering (3)

**16.11.2021** - Vurdert med vilkår.

NSD har vurdert endringene som er meldt inn. Det er ikke gjort endringer som påvirker NSD sin vurdering av prosjektet. Vurderingen med vilkår gjelder fortsatt.

**15.07.2021** - Vurdert med vilkår.

NSD bekrefter å ha mottatt et revidert informasjonsskriv/endret dokument. Vi gjør oppmerksom på at vi ikke foretar en vurdering av skrivet/dokumentet, og vi forutsetter at du har foretatt de endringene vi ba om. Dokumentasjonen legges ut i Meldingsarkivet og er tilgjengelig for din institusjon sammen med øvrig prosjektdokumentasjon. Vurderingen med vilkår gjelder fortsatt.

10.06.2021 - Vurdert med vilkår.

NSD har vurdert at personvernulempen i denne studien er lav. Du har derfor fått en forenklet vurdering med vilkår.

**HVA MÅ DU GJØRE VIDERE?**

Du har et selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i denne vurderingen. Når du har gjort dette kan du gå i gang med datainnsamlingen din.

**HVORFOR LAV PERSONVERNULEMPE?**

NSD vurderer at studien har lav personvernulempe fordi det ikke behandles særlige (sensitive) kategorier eller personopplysninger om straffedommer og lovovertridelser, eller inkluderer sårbare grupper. Prosjektet har rimelig varighet og er basert på samtykke. Dette har vi vurdert basert på de opplysningene du har gitt i meldeskjemaet og i dokumentene vedlagt meldeskjemaet.

**VILKÅR**

Vår vurdering forutsetter:

1. At du gjennomfører datainnsamlingen i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet



2. At du følger kravene til informert samtykke (se mer om dette under)
3. At du laster opp oppdatert(e) informasjonsskriv i meldeskjemaet og sender inn meldeskjemaet på nytt.
4. At du ikke innhenter særlige kategorier eller personopplysninger om straffedommer og lovovertrедelser.
5. At du følger retningslinjene for informasjonssikkerhet ved den institusjonen du studerer/forsker ved (behandlingsansvarlig institusjon)
6. Utvalget ditt har taushetsplikt som helsepersonell. Det er viktig at datainnsamlingen gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkelt personer eller avsløre annen taushetsbelagt informasjon.

#### KRAV TIL INFORMERT SAMTYKKE

De registrerte (utvalget ditt) skal få informasjon om behandlingen og samtykke til deltakelse. Informasjonen du gir må minst inneholde:

- Studiens formål (din problemstilling) og hva opplysningene skal brukes til
- Hvilken institusjon som er behandlingsansvarlig
- Hvilke opplysninger som innhentes og hvordan opplysningene innhentes
- At det er frivillig å delta og at man kan trekke seg så lenge studien pågår uten at man må oppgi grunn
- Når behandlingen av personopplysninger skal avsluttes og hva som skal skje med personopplysningene da: sletting, anonymisering eller videre lagring
- At du behandler opplysningene om dine deltagere basert på deres samtykke
- At utvalget ditt har rett til innsyn, retting, sletting, begrensning og dataportabilitet (kopi)
- At utvalget ditt har rett til å klage til Datatilsynet
- Kontaktopplysninger til prosjektleder (evt. student og veileder)

- Kontaktopplysninger til institusjonens personvernombud

Ta gjerne en titt på våre nettsider og vår mal for informasjonsskriv for hjelp til formuleringer:

[http://www.nsd.uib.no/personvernombud/hjelp/informasjon\\_samtykke/informere\\_om.html](http://www.nsd.uib.no/personvernombud/hjelp/informasjon_samtykke/informere_om.html)

Når du har oppdatert informasjonsskrivet med alle punktene over laster du det opp i meldeskjemaet og trykker på «Bekreft innsending» på siden «Send inn» i meldeskjemaet.

## TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.06.2023

## FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

Dersom du benytter en databehandler i prosjektet, må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

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

## NSD SIN VURDERING

NSDs vurdering av lovlig grunnlag, personvernprinsipper og de registrertes rettigheter følger under, men forutsetter at vilkårene nevnt over følges.

## LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Forutsatt at vilkårene følges, er det NSD sin vurdering 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

Forutsatt at vilkårene følges, vurderer NSD at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

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

## DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet, vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19) og dataportabilitet (art. 20).

Forutsatt at informasjonen oppfyller kravene i vilkårene nevnt over, vurderer NSD 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.

## MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

[https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

## OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD:

Kajsa Catharine Amundsen, Tlf. Personverntjenester:

53 21 15 00, (tast 1)

## **Vedlegg 4 Intervjuguide**

### **Intervjuguide**

Intervju med spørsmål til utvalgt helsepersonell på sykehjem og omsorgsboliger angående bruk av MMB i personlig tilnærming til pasienten med demens.

- **Samtykker du til å delta i dette forskningsprosjekt?**

### **Oppstarts spørsmål:**

- **Hva er din faglige baggrund?**
- **Hvor lenge har du arbeidet i helsevesenet?**
- **Hvor lenge har du arbeidet med bruk av MMB?**

### **Hvorfor bruker du MMB?**

Kan du fortelle om en personlig episode du husker spesielt godt, et møte med en pasient med demens, hvor MMB fungerte godt?

### **Evt. oppfølgende spørsmål**

- Hva er din personlige mening om bruk av MMB?
- Hvilke andre faktorer har bidraget til at du bruker MMB?

### **Når bruker du MMB?**

Kan du fortelle om en episode hvor du tenkte at dette er det beste tidspunktet for å bruke MMB?

### **Evt. oppfølgende spørsmål**

- Hvilket tidspunkt på dagen/uken og hvorfor?
- Hvilke situasjoner mener du er opplagt for bruk av MMB?

### **Hva opplever du når du gjør bruk MMB?**

Kan du fortelle om en episode du husker spesielt godt, hvor du opplevde at felleskapet ble positivt påvirket av bruken av MMB?

### **Evt. oppfølgende spørsmål**

- Hvilke erfaringer har du fra interaksjon med pasienter med dårlig eller ingen språk?
- Hvordan opplever du at pasienten som er urolig mottar din tilnærming?

### **Hva kan motivere deg til å bruke MMB?**

Kan du fortelle om en episode hvor følte at din innsats/bruk av MMB påvirkede din motivasjon for å fortsette med metoden?

### **Evt. oppfølgende spørsmål**

- Når har du lyst å bruke MMB?
- Hvordan føler du at det er tilrettelagt for utførelse av MMB?
- Hvordan opplever du at det er forståelse for bruken av MMB som helhet på den avdeling hvor du jobber?

### **Hva kan demotivere deg til å bruke MMB?**

Kan du fortelle om en episode du husker spesielt godt, hvor du brukte MMB, men ikke kom i mål?

**Evt. oppfølgende spørsmål**

- Hva kan gjøre at du mister lysten til bruk?
- Hvilke faktorer kan oppleves som forstyrrende?

**Hvordan utføres MMB under Corona restriksjoner?**

Kan du fortelle om en opplevelse du husker spesielt godt, hvor bruken av MMB lot seg gjennomføre på tross av Corona restriksjoner?

**Evt. oppfølgende spørsmål**

**Hvordan opplever du at Corona restriksjoner som helhet påvirker utførelsen av MMB?**

**Opplever du at bruk av MMB kan påvirke pasientens behov for beroligende, sederende, smertelindrende eller antidepressive medikamenter?**

- Utføres det kartlegging ift. evt. redusert bruk av/behov for fast, eller behovsmedisin?

**Bruke stillheten og oppfølgingsspørsmålene:**

- Kan du si noe mer om det?
- Hvordan opplevde du det?
- Hvordan kom du frem til...?
- Hva legger du i ....?
- Hva tror du er grunnen til at det er slik?

- Hva mente du når du sa...?
- Kan du gi meg et eksempel på ...



