

Nr. 50

RAPPORT

Anne-Sofie Egset og Øystein Salhus

KULTUR FOR SANG OG MUSIKK?

- et pilotprosjekt om systematisk bruk av musikk i demensomsorgen

| | |
|--------------|---|
| Forfatter | Anne-Sofie Egset og Øystein Salhus |
| Utgjevar | Høgskulen i Volda |
| År | 2014 |
| Serie | Rapport |
| ISBN | 978-82-7661- 313-1 (digital utgåve) |
| ISSN | 1891-5981 |
| Sats | Forfatter |
| Distribusjon | http://www.hivolda.no/rapport |

Kultur for sang og musikk? – et pilotprosjekt om systematisk bruk av musikk i demensomsorgen.

Anne-Sofie Egset er førstelektor ved Avdeling for samfunnsfag og historie. Øystein Salhus er musikkterapeut og høgskulelektor ved Avdeling for kulturfag.

© Forfatter/Høgskulen i Volda

Føresegnene i åndsverklova gjeld for materialet i denne publikasjonen. Materialet er publisert for at du skal kunne lese det på skjermen eller framstille eksemplar til privat bruk. Utan særskild avtale med forfatter/Høgskulen i Volda er all anna eksemplarframstilling og tilgjengeleggjering berre tillate så langt det har heimel i lov eller avtale med Kopinor, interesseorgan for rettshavarar til åndsverk..

Rapport / Høgskulen i Volda og Møreforskning Volda

Vitskaplege og andre faglege arbeid på høgare nivå enn notat. Både forfatter og institusjon er fagleg ansvarlege for publikasjonen. Arbeida kan vere rapportar frå prosjekt/oppdragsverksemd eller reint teoretiske arbeid av eit visst omfang. Rapportane må vere godt gjennomarbeidde med omsyn til innhald, struktur og språk og innehalde referansar. Rapportane skal vere godkjende av anten dekan eller prosjektleiar eller annan fagperson dei har utpeika og FoU-leiar ved HVO.

Innhold

| | |
|--|----|
| Forord..... | 1 |
| Innledning | 2 |
| Teoretisk bakteppe | 3 |
| Når demens rammer | 3 |
| Undervurderer vi personer med demens? | 4 |
| Hva kan musikk og musikkterapi bidra med?..... | 6 |
| Metodisk tilnærming | 7 |
| En modell for bruk av musikk i grupper | 9 |
| Planlegging av prosjektet | 9 |
| Koordinatorerne (K) sine erfaringer | 15 |
| Om musikksamlingene – koordinatorene sine opplevelser/refleksjoner | 15 |
| Om pasientenes opplevelser | 16 |
| Om læringsutbytte | 17 |
| Om holdninger til musikkgruppene | 19 |
| Om organisering..... | 19 |
| Om ledelse..... | 20 |
| Om videreføring | 21 |
| Om kompetanse og veiledning..... | 23 |
| Om samarbeid | 24 |
| Generelle kommentarer | 24 |
| Kultur for sang og musikk?..... | 25 |
| Oppsummering og veien videre | 26 |
| Litteraturliste:..... | 28 |

Forord

For personer med demens kan verbalspråket by på store utfordringer etter hvert som sykdommen utvikler seg. Det er en kjensgjerning at evnen til å synge kan være bevart lenger enn evnen til å kommunisere med ord. Dette er erfaringer som de som arbeider i demensomsorgen lenge har vært klar over. Sang og musikk kan bidra til å fylle psykososiale behov, og stimulerer til sosial kontakt. Innenfor fagområdet musikkterapi fins det i dag dokumentasjon på at sang og musikk kan føre til reduksjon av angst, uro og depresjon.

Avdeling for samfunnsfag og historie ved Høgskulen i Volda har siden 2008 hatt videreutdanning i Aktiv omsorg, en utdanning som ble initiert av kommunene på Søre Sunnmøre. Målet med utdanningen har vært kompetanseheving for de som arbeider i demensomsorgen. Ulike former for miljøbehandling er kjerneområder i studiet.

«Musikk i demensomsorga» er et prosjekt som prøver ut en modell for å kvalifisere personalet til å bruke musikk i hverdagen. Musikk som var tilpasset pasientene. Etter åtte uker med musikksamlinger ble det gjort fokusgruppeintervju. Sårkornmidler fra Høgskulen i Volda har finansiert prosjektet.

Vi vil takke lederne i pleie- og omsorgsavdelingene i Herøy og Volda, i tillegg til Skarbøvik sykehjem i Ålesund, som sa ja til å delta i prosjektet. Vi vil også takke koordinatorene i de tre kommunene som med stor entusiasme og interesse gjennomførte selve prosjektet og i etterkant delte erfaringene sine med oss.

Volda, 16. juni 2014
Anne-Sofie Egset

Øystein Salhus

Innledning

I denne rapporten vil vi gjøre rede for et FOU - prosjekt som tok sikte på å kvalifisere personalet i demensomsorgen til å bruke individualisert musikk i hverdagen. Vi som skriver har ulik bakgrunn, den ene fra musikkfeltet og den andre fra demensfeltet. Vi laget en modell som ble prøvd ut i tre kommuner, der tre helsearbeidere i hver kommune gjennomførte åtte musikkksamlinger med pasienter i grupper. Etter disse musikkksamlingene gjorde vi fokusgruppeintervju i hver kommune for å få frem erfaringene til helsearbeiderne (som vi har kalt koordinatorene). I rapporten vil vi gjøre rede for planlegging og gjennomføring av prosjektet. Problemstillingen er: *Hvordan kan helsearbeidere bruke musikk på en systematisk måte i daglig omsorg for pasienter med demens?*

«Musikken uttrykker det som ikke kan sies, og det som det er umulig å tie om» sier Victor Hugo (i Myskja 2006:103). Myskja skriver videre at sykepleieforskeren Linda Gerdner utviklet metoden individualisert musikk i nært samarbeid med Tom Kitwood på 1990-tallet. Metoden bygger på to prinsipper; en tar utgangspunkt i pasienten sin egen musikkpreferanse (pasientselektert musikk) og setter så opp kriterier for hva en vil oppnå med musikken (terapeutselektert musikk). Dette samsvarer langt på vei med det vi har gjort i vårt prosjekt. Faget «Musikkterapi», som ble etablert på universitet og høyskoler over hele verden i løpet av de siste femti årene, utvikler, forvalter og formidler den generelle kunnskapen om forholdet mellom musikk og helse gjennom forskning og formidling skriver Even Ruud (i Aasgaard 2006:17). Musikk har en naturlig plass i det daglige samværet i omsorgstjenestene og mange helsearbeidere har oppdaget musikkens virkninger på pasientene. I prosjektet tar vi utgangspunkt i musikkpreferansene til pasientene. Koordinatorene sin kunnskap om pasientens forhold til sang og musikk i det daglige settes inn i en systematisk sammenheng der musikkterapeut og helsearbeidere samarbeider i musikkgrupper.

I rapporten vil vi gjøre rede for sentrale utfordringer i demensfeltet og belyse noe av satsingen som skjer innen feltet musikkterapi. Under metodisk tilnærming vil vi begrunne fremgangsmåten for de valg vi har tatt. Så vil vi gi en ganske detaljert fremstilling av planleggingen og gjennomføring av selve musikkintervensjonen der veiledning stod sentralt. I etterkant av musikkprosjektet, samlet vi de ni koordinatorene til fokusgruppeintervju. Her har vi fått frem tanker om læringsutbytte og synspunkt på å arbeide systematisk med musikk. Koordinatorene deler erfaringene sine om hva som må til for at individualisert bruk av musikk skal bli en del av hverdagen i omsorgstjenestene. Vi vil avrunde med en diskusjon om det som koordinatorene opplevde som det viktigste med dette

prosjektet; hvordan musikkstundene påvirket pasientene og relasjonene til de som var i gruppen og hva som må til for at individualisert musikk kan bli en del av hverdagen i omsorgstjenestene.

I prosjektet, som er et såkornprosjekt ved Høgskulen i Volda, inngikk også lokale konserter etter musikkksamlingene og en fagdag med erfaringsdeling, der prosjektet ble presentert. Dette blir ikke omtalt i denne rapporten. Prosjektet ble avgrenset til musikkterapi i grupper. Veiledning ble også gjort i grupper og det samme ble fokusgruppeintervjuene. Ønsket om å gjøre mange ting på en gang må nok innrømmes å være noe av motivet for dette. Dette blir utdypet i metoddelen, men først vil vi belyse fagfeltene demens og musikkterapi.

Teoretisk bakteppe

Musikken åpner opp for følelser, minner og assosiasjoner som spiller inn på både den nonverbale og den verbale dialog. En har tidligere hatt en tendens til å undervurdere mennesker med demens. I dag vet vi at følelsene kan være intakt langt ut i demensprosessen, ja det kan virke som om de blir sterkere etter hvert som den kognitive svikten øker. Ny forskning tyder på at selv om man opplever store tap av funksjonsevne, så er en som menneske fortsatt opptatt av hva livet har å by på, og å opprettholde relasjoner til andre. Hva kjennetegner demenssykdom og hva er de viktigste behovene for de som blir rammet?

Når demens rammer

Demens er en samlediagnose for mange ulike sykdommer der det mest karakteristiske kjennetegnet er nedsatt hukommelse. Demenssykdom kan debutere på ulike måter og sykdomsforløpet kan være forskjellig fra person til person alt etter hvilken diagnose man har, hvem man er som person, hvor langt sykdommen har kommet og rammene rundt. Alzheimer er mest kjent og utgjør med sine 60 % den største diagnosegruppen. Det er vanlig å dele sykdomsprosessen inn i tre faser uavhengig av diagnose. I startfasen, *kompenseringsfasen*, kan de som blir rammet få problem med å huske avtaler, betale regninger og relatere hendinger til rett tidsperspektiv. Språket kan skape vansker og det kan bli problematisk å utføre praktiske gjøremål. I denne fasen vil likevel de aller fleste klare å kompensere for svikt som kan oppstå og mange vil kunne bruke mestringsevnen. Neste fase er *dekompenseringsfasen*. De som rammes vil ha vansker med å bruke mestringsstrategiene og etterhvert mister de mer og mer grepet på tilværelsen. Spesielt ser en dette når personene kommer under press. Hukommelse- og språksvikt tiltar, og mange får problem med å orientere seg. Den siste fasen, *pleiefasen*, er preget av manglende motorisk styring, balansesvikt, gangproblem og inkontinens. Omsorgsbehovet blir etterhvert omfattende (Engedal og Haugen 2004:22). Alle disse

tapene, som også omfatter mental svikt, kan føre til at pasientene blir utrygge og opplever omverdenen som kaotisk. Flere forskere skriver at sosiale og psykologiske faktorer blir for lite påaktet i demensforskningen (jf. Swane 2003; Kitwood 2003). Hovedfokuset tidligere har vært rettet mot sykdom og avvik. Tom Kitwood karakteriserte en del av de prosessene som mennesker med demens har blitt utsatt for som ”ondartet sosialpsykologi”. De uttrykker bl.a. umyndiggjøring, stigmatisering, latterliggjøring, ignorering og objektivering. Dersom vi har kunnskap om hva som fører til demens, vil vi i større grad kunne forstå hva som skjer. Å opprettholde den personlige identiteten ble en fanesak for Kitwood. I stedet for å fokusere på sykdom og tap, var han opptatt av at pasientene skulle oppleve trygghet i hverdagen. Han viser til Frena Grey-Davidson som selv var pårørende og hadde erfart at «folk med demens ofte udviser en utilsløret og næsten barnlig længsel etter kærlighet» (Kitwood 2003: 89). Behov for trøst, tilknytning, inklusjon, aktivitet og identitet er grunnleggende behov som kan være med å opprettholde identiteten når demens oppstår. Han fremholder at behovene vil variere alt etter personlighet og livshistorie og at dette kan endre seg gjennom sykdomsprosessen. En personsentrert omsorgspraksis vil ta utgangspunkt i hvem du er som person og hvilke ressurser og interesser du har. Det blir lagt vekt på samvær og samhandling. En slik omsorgspraksis er i ferd med å vinne terreng i Norge. Demensplan 2015 «Den gode dagen» handler om å legge til rette for meningsfulle hverdager for personer med demens. For å nå dette målet er det viktig å ha kunnskap om hva det vil si å leve med en demenssykdom og sikre at de som har fått denne sykdommen kan ha et verdig liv på tross av kognitiv svikt. Kunnskap om miljøterapeutisk intervensjon er avgjørende. Manglende kompetanse kan ofte føre til at vi tillegger personer med demens større svikt enn det er grunnlag for.

Undervurderer vi personer med demens?

Selv om hukommelsestap er det man gjerne forbinder med ved demens, kan sykdommen debutere på mange forskjellige måter. Sviktende oppmerksomhet, tilbaketrekking eller vansker med språket kan være første tegn på sykdom. Men en ser også eksempel på at språket kan være intakt langt ut i sykdomsprosessen. Svekkelse av kognitive funksjoner og nedsatt emosjonell kontroll kan føre til at demensrammede kan få atferdsproblem som kan være vanskelig å takle for omgivelsene. Måten mennesker med demens blir møtt på, vil ha mye å si. Derfor er det avgjørende å legge til rette for en meningsfull hverdag (jf. Demensplan 2015). Nøkkelen til hvordan en skal ta vare på de som blir rammet, ligger i kunnskap om personlighet, historie, fungeringsevne og måten fagfolk og pårørende agerer. Det er viktig med individuell kartlegging av symptomene en ønsker å intervensere mot (Nygaard 2001).

Kjersti Wogn-Henriksen (2000) er opptatt av at vi undervurderer mennesker med demens og viser til undersøkelser om at vi ofte tillegger personene større svikt enn det faktisk er grunnlag for. I praksis ser vi at når demensrammede skal til undersøkning eller behandling, så får de ikke alltid informasjon på lik linje med andre. Det kan virke som om helsepersonell tenker at det er ingen vits å informere, for de forstår likevel ikke hva som blir sagt. En så alvorlig sykdom vil ofte føre til svekket selvfølelse. De aller fleste opplever at korttidshukommelsen svikter. Behovet for informasjon vil derfor øke. Mange får angst og depresjon i tidlig fase. Derfor er trygghet i hverdagen så grunnleggende (jf. Kitwood 2003). Wogn-Henriksen (2012) har studert hvordan mennesker med demens opplever demenssjukdom. Hun beskriver hvordan de klarer å tilpasse seg og mestre situasjonen sin, og hvordan de opplever relasjoner og samspill. Hun har vært spesielt opptatt av de eksistensielle dimensjonene ved det å leve med demens. Noe av det som kommer fram i hennes arbeid er at selv i en situasjon der man er utsatt for store tap av funksjonsevne og der en strever med å bevare verdighet og selvrespekt, så klarer de å sette ord på dette og viser innsikt i egen situasjon. Beskrivelsen Wogn-Henriksen gir av menneskene hun har intervjuet illustrerer mot, humor, utholdenhet og tilpassingsvilje. Hun understreker betydningen av å anerkjenne personer med demens sin unike livsverden og betydningen av dialogen med de demensrammede.

Mennesket får det bedre med økt behovstilfredsstillelse, seier Erik Allardt (1975). Han skriver at behov for *å ha, å elske og å være* er grunnleggende forutsetninger for et godt liv. Like viktig som å få tilfredsstilt de materielle behovene (*å ha*), er behovet for kjærlighet, omsorg og et tilfredsstillende sosialt liv (*å elske*). Allardt tolker det å ha sosial identitet, til å ha et positivt selvbilde og oppfatning av seg selv, som det *å være*. Når sykdom rammer, er det ulike faktorer som blir avgjørende for hvordan en mestrer den nye livssituasjonen. Livsvilkår til mennesker som lever med demenssykdom har i mange sammenhenger vært preget av umyndiggjøring (jf. Kitwood 2003; Swane 1996; Egset 2007). ”Meistring handlar om å ha tilgang på ressursar – til kunnskap, ferdigheiter, sosiale ressursar, hjelparar eller utstyr, og evne til å utnytte desse,” sier Heggen (2007:65). En konsekvens av sykdommen er at mestringskompetansen gradvis endrer seg i negativ retning. Utfordringene blir derfor å legge til rette for at personer med demenssjukdom fortsatt kan oppleve mestringsfølelse på tross av kognitiv og mental svikt. Relasjonen mellom personen og hjelperne er avgjørende for at mennesker med demens skal oppleve mestringsfølelse og gode livsvilkår på tross av alvorlig sykdom. Musikk har etterhvert blitt aktualisert som en relevant tilnæringsmåte for at personer med demens skal få styrket sin identitet og oppleve menneskeverd (personhood). I dag er kunnskap om musikkens spesielle mulighet satt på dagsorden og stadig flere blir klar over den positive virkningen musikken kan ha (Morgendagens omsorg 2013:85).

Hva kan musikk og musikkterapi bidra med?

Musikkens muligheter til å gå omveier i hjernen og på den måten være en støtte for den menneskelige kontakt og samhandling når verbalspråket mister sin funksjon, er et velkjent fenomen. For at dette skal kunne skje, må musikken få tid til å utspille seg på en rik måte. På samme måte som i verbalspråket, må en veksle mellom å lytte til andre og selv delta for å være delaktig i det skapende. På denne måten får en tid og muligheter til å utfolde seg i musikken og i musikk situasjonen. Rollo May (1983: 96) kalte språket for «det symbolske oppbevaringsstedet for våre medmenneskers erfaringer». Han poengterte på denne måten at språket ligger i oss som en del av historien og at språket i seg selv er en virksom del av oss. Med denne forståelsen blir verbalspråket ikke bare et redskap til å kommunisere eller å uttrykke tanker med, men det blir et aktivt fenomen som ligger nedfelt i oss. Språket er slik sett en aktiv kommunikasjonspartner.

Ruud (1997) har gjennom studier av sammenhengen mellom musikk og identitet vært inne på noe av det samme som Rollo May. Han har forsket på hvordan musikken kan være et viktig element i konstruksjonen av egen livsfortelling. Musikkens betydning gjennom livet, ved å være en identitetsmarkør og medspiller i dannelsen av oss selv, kan være en ressurs i en terapeutisk prosess. Relasjonene som oppstår i øyeblikket gjennom musikken, vil ofte være forbundet med minner fra fortiden og de verdiene som minnene er en del av. «Musikk kan på denne måten forstås som et sentralt oppbevaringsrom, et depot, for viktige biografiske minner» (Ruud 1997: 209). De aller fleste har minner fra tidlig barndom som er knyttet opp mot sanger som setter en i spesielle stemninger. Den amerikanske musikkterapeuten Kenneth E. Bruscia (1987: 5) framholder at musikkterapi må være en systematisk prosess og at relasjonene som oppstår mellom terapeut og pasient gjennom musikken, er avgjørende for om en slik terapeutisk prosess har betydning for helsen. Musikk kan i et slikt relasjonsperspektiv forstås som et redskap til kommunikasjon og samhandling for å oppnå nye handlemuligheter, skriver Ruud (1990) og dermed åpne opp for andre muligheter i mellommenneskelige relasjoner enn det verbalspråket gir.

Hanne Mette O. Ridder (2011) har brukt velkjente sanger for å komme i dialog med pasienter med langt framskreden demens. Verbalspråket har vært svekket hos disse pasientene. Resultat fra kasusstudier, der hun gjorde fysiologiske undersøkelser og analyser av musikkterapi, var at sang og musikk virket positivt inn på flere områder. Sangen stimulerer til en god grunnstemning, til lytting, til sosial deltakelse, til musikalsk samhandling og mer intensiv kommunikasjon. Dette kan bidra til å lede pasienten inn i situasjoner hvor det kan oppstå dialog. Ridder mener at sangen

har en funksjon og struktur som fører til oppmerksomhetsstimulering. En følelse av stabilitet, en dialog om opplevelsen, som kan ha innvirkning på her og nåsituasjonen.

Ved Griegakademiet i Bergen ble det faglige nettverket «Musikk og eldre» opprettet i 2008. Ridder har vært en betydelig bidragsyter til dette nettverket. Audun Myskja, som også har vært tilknyttet musikkterapi miljøet ved Griegakademiet, har gjort flere studier om bruk av musikk rettet mot pasienter med demenssykdom. Han konkluderer med at musikk kan hjelpe mot uro ved demens og at noen av musikkens virkninger i terapi er økt velvære og mestring. Dette fører til større grad av vitalitet, glede og indre ro. Myskja legger spesielt vekt på at musikken må tilpasses den enkelte. Ved dårlig planlagt eller feil bruk av musikk kan musikken ha negative konsekvenser for pasienten. Han vektlegger systematikk som svært viktig og at musikktilbudet bør være en del av institusjonens tilbud og ikke et tilbud på utsiden av behandlingen. Tone Sæter Kvamme (2013) har også forskning som tyder på at individualisert musikk kan redusere angst og depresjon. Etter at ho hadde avsluttet prosjektet sitt ble en pasient spurt hvorfor han var i dårlig humør. Han svarte da «fordi det er slutt på musikken».

Ved Seksjon for alderspsykiatri ved sykehuset i Telemark har musikk blitt brukt i behandling siden 2003. I 2005 gjennomførte seksjonen en undersøkelse der hensikten var å bruke målrettet musikk til den enkelte pasient, se effekten av konkrete tiltak med musikkterapi og finne frem til hvordan musikk som behandlingstiltak kunne innpasses i postens eksisterende behandlingsopplegg. Personalet fikk gruppevis og individuell opplæring i å bruke musikk til pasienter med demens og atferdsforstyrrelser (APSD). Konklusjonen fra denne undersøkelsen var at musikk som behandlingstiltak bidro til velvære og trivsel i hverdagen. Hovedfokuset var å gi en god opplevelse her og nå. Erfaringer fra dette prosjektet viste også at musikk kan bidra til å aktivere hukommelsesfunksjonen, den sosial evnen og vekke gjenkjennelse, minner og gode følelser (Skogum 2009).

Metodisk tilnærming

Som nevnt innledningsvis består prosjektet av to deler. Åtte musikkintervensjoner eller musikkksamlinger, og fokusgruppeintervju med koordinatorene. Det var styrer på sykehjemmet (i en kommune) og pleie-omsorgslederne (i de to andre) som pekte ut hvem som skulle være koordinatorene for prosjektet. De som ble valgt ut hadde erfaring med å bruke sang og musikk i hverdagen. Flere hadde tatt «Videreutdanning i miljøterapi» og ønsket et slikt prosjekt velkommen. De hadde kunnskap om å jobbe miljørettet. Dette førte til at vi hadde motiverte fagfolk med i prosjektet, noe som førte til at vi hadde et godt utgangspunkt for å lykkes. På den andre side førte

det til at vi måtte skjerpe oss, vi visste at det ville bli stilt krav til oss som hadde det faglige og administrative ansvaret. Vi visste også at tempoet i sykehjem og omsorgsboliger er stort og vi var opptatt av at vi måtte legge til rette et opplegg som var realistisk å gjennomføre i en hektisk hverdag. Vår egen tid var også begrenset slik at vi måtte økonomisere med dagene vi hadde til musikksamlingene.

I alle tre kommunene hadde lederne valgt å sette sammen grupper på tvers av avdelinger. Begrunnelsen for dette var at de ville involvere flere. Dette valget tok de på tross av at vi hadde signalisert at vi mente grupper med utspring fra en avdeling var en fordel både rent praktisk og med tanke på at pasientene kjente hverandre fra før. Vi presiserte imidlertid at dette valget måtte være opp til den enkelte kommune å avgjøre. Beslutningen bød på noen utfordringer, samtidig som det førte til spennende samarbeid på tvers av avdelinger, både for personale og pasienter.

Det var et spenningsmoment å sette sammen pasientgruppene. Koordinatorene hadde forslag til pasienter som de la fram i møte med oss. I kartleggingsrunden hadde de først snakket med de aktuelle pasientene om musikk og musikkinteresser. Dette var pasienter som de visste, eller trodde, hadde et positivt forhold til musikk. De pårørende ble trukket inn på et tidlig tidspunkt. Alle som ble spurt svarte ja til å være med. De fleste pasientene hadde store problemer med å huske, det var derfor avgjørende at spørsmålet ble gjentatt flere ganger og at pårørende var godt orientert om det som skulle skje. Det ble derfor gitt muntlig informasjon i tillegg til informasjonsskriv om hva prosjektet gikk ut på.

Etter åtte uker med musikksamlinger, hadde vi fokusgruppeintervju. På forhånd hadde vi sendt ut intervjuguiden slik at de var forberedt på tema for samtalen. Fokusgruppeintervju kan være godt egnet når en skal dele erfaringer eller få kjennskap til holdninger og synspunkt der mennesker samhandler. Det kan også være en aktuell metode for å evaluere tiltak i organisasjoner (Malterud 2011: 133). Økonomisering av tid var medvirkende til at vi valgte fokusgruppeintervju og vi hadde ett intervju i hver kommune. Det viste seg i etterkant å være et positivt grep. Intervjuene, som mer tok form som strukturerte samtaler, blir viktige for å utveksle erfaringer og få ny innsikt. Refleksjonen i gruppene, det å kunne dele erfaringer og diskutere med de andre koordinatorene og oss som veiledere, kan ha ført til en større bevissthet om det som skjedde. Ulempene med gruppeintervju kan være at det kan bli de mest dominerende synspunktene som blir fremmet og at personer med avvikende synspunkt kan vegre seg for å presentere dem i gruppen (Thagaard 2013: 98). Det var derfor viktig at vi som hadde ansvar for prosjektet ledet ordet og sørget for at alle

stemmer ble hørt. De tre intervjuene ble gjennomført fire til seks uker etter siste musikkksamling, og varte 1 - 1½ time. Samtalene ble tatt opp på bånd og transkribert. I skriveprosessen har vi tolket og diskutert det som har kommet frem. Dette kan bidra til å sikre troverdigheten og at funn som kommer fram er valide (Thagaard 2013:204).

Målet med prosjektet var å utvikle en modell som pleiere kan bruke for å jobbe systematisk med individualisert musikk rettet mot personer med demens. Vi har lagt vekt på å gi en grundig beskrivelse av vår fremgangsmåte. Dette vil sikre reliabiliteten og gjøre det lettere for andre som skal starte opp med systematisert bruk av musikk i møte med personer med demens (Thagaard 2013: 201). Vi vil videre gi en detaljert redegjørelse for selve musikkintervensjonen, steg for steg. I denne delen kommer ikke stemmene til koordinatorene frem, men det er vår beskrivelse og våre vurderinger av det som skjedde.

En modell for bruk av musikk i grupper

Idéen om å starte et musikkprosjekt kom på en studiesamling for studenter på emnet *Miljøterapi i demensomsorga* ved Høgskulen i Volda i 2010. Etter en fagdag om musikk i demensomsorgen gav noen studenter uttrykk for et ønske om selv å få være med på et musikkprosjekt. Dette innspillet kom samtidig med planer om å utvikle et nytt studieemne ved høgskolen, der musikk var hovedtema. Forskningsbasert undervisning er viktig for å heve kunnskapsgrunnlaget (Meld. St. 13 (2011-2012: 32). Behovet for mer kompetanse innen aktiv omsorg i omsorgstjenestene er uttrykt gjennom kompetanseløftet 2015 (St.meld. nr. 25 (2005-2006)). Behovet for kunst og kultur i omsorgstjenestene er beskrevet i Meld. St. 29 (2012-2013): «Omsorgssektoren må utvikle systemer som sikrer at ny kunnskap tas i bruk dersom forskning bekrefter dens berettigelse.» Prosjektet kunne bli en realitet ved at Høgskulen i Volda bevilget såkornmidler til prosjektet. Tidligere studenter meldte sin interesse, og det ble raskt avklart at tre kommuner sto klare til å være med.

Planlegging av prosjektet

På bakgrunn av innspill fra tidligere studenter, inviterte vi to pleie- og omsorgsledere og en sykehjemsstyrer til Høgskulen i Volda. På dette første møtet ble vi enige om hva vi ville oppnå med prosjektet og mål og prosjektplan ble utformet. Det ble bestemt at lederne skulle avklare hvilke avdelinger som skulle være med og peke ut koordinatorene for prosjektet. Koordinatorene foreslo pasienter som kunne være med i prosjektet etter en helhetsvurdering av musikkinteresse og sosial fungering. Pasientene ble spurt om de ville være med og de pårørende ble kontaktet. Et informasjonsskriv om hva prosjektet gikk ut på ble også delt ut til de pårørende.

Kartlegging

Prosjektleder og faglig ansvarlig hadde møte med de tre koordinatorene i hver kommune i god tid før de åtte samlingene startet. Koordinatorene hadde til dette møtet satt sammen pasientgrupper. De hadde kartlagt pasientenes musikkinteresse og hadde opplysninger om pasientene som hadde betydning for deres deltakelse. Dette gjaldt funksjonsnivå, sykdomsbilde og andre ting som kunne ha betydning for deres motivasjon og evne til å delta i musikkgruppen. Samtykke fra pårørende ble gitt til alle som var foreslått. Koordinatorene hadde også fordelt ansvar som den enkelte skulle ha i prosjektet. Det ble gjort avtaler om tidspunkt for musikksamlingene og utstyr som måtte på plass. Prosjektleder og faglig ansvarlig fikk anledning til å gjøre seg kjent på institusjonene og egnet rom for musikksamlingene ble valgt.

Koordinatorene ble oppfordret til å skrive litt om seg selv og sine musikkpreferanser og interesser. Noen hadde litt ferdigheter i gitarspill, en var trubadur og laget egne viser og spilte på keyboard. Noen hadde videreutdanningen «Miljøterapi i demensomsorga» fra Høgskulen i Volda. På alle institusjonene hadde de piano, gitar og musikkanlegg tilgjengelig. Ingen hadde rom som lå skjernet fra resten av avdelingene, så vi brukte oppholdsrom eller stuer. Da alle kommunene ønsket å ha med pasienter fra flere avdelinger, måtte noen forflytte seg, i en kommune måtte to pasienter reise 20 km med bil for å delta. Det ble et spenningsmoment om dette ville bli en påkjenning for pasientene.

Ansvar og arbeidsmåte

For at prosjektet skulle lykkes var det viktig at koordinatorene sine roller var definert og planlagt. Viktige moment for praktisk gjennomføring ble gjennomgått og ansvar ble fordelt. Koordinatorene og ledelsen hadde ansvar for fysisk tilrettelegging og motivasjon under samlingene og koordinatorene skulle også føre logg over observasjoner av pasientene. Det ble laget et hjelpeskjema som kunne strukturere observasjonene. Musikkterapeut hadde ansvar for innhold og gjennomføring av musikkstundene og ledet samlingene fra starten. Dette ble justert underveis i prosessen. Veiledning før samlingene og evalueringsmøte i etterkant var også musikkterapeut sitt ansvar. Prosjektansvarlig hadde ansvar for kontakt mellom høgskole og praksisfelt og fungerte som bindeledd og organisator for prosjektet.

Forberedelser av musikksamlingene

Vi diskuterte deltakerne sin plassering for å få gruppen til å fungere best mulig. På forhånd hadde vi blitt enige om å sitte i ring uten bord. Rommet ble klargjort før pasientene kom. Vi brukte piano

som basisinstrument med mulighet for å veksle mellom piano og gitar på de forskjellige sangene. I kommunen der en av koordinatorene var musiker og trubadur, samarbeidet koordinator og musikkterapeut om å spille musikk til pasientene og å akkompagnere sangene. Utvalget av sanger og aktiviteter ble bestemt ut fra musikkpreferanser hos pasientene, hvilke sanger og aktiviteter som kunne fungere for gruppen som helhet (f. eks. felles «sangskatt») og variasjon i musikkstunden. Hovedaktivitetene ble synging, lytting og samtale. At også pasientene ble med å spille på musikkinstrumenter, og å gjøre bevegelse til musikk, ble etterhvert innført som faste aktiviteter. Dette var ikke planlagt.

Sanger vi brukte i musikksamlingene var: «De nære ting» (ble også spilt på piano som introduksjon og for å lytte til), «Vi vandrer med freidig mot», «Mellom bakkar og berg utmed havet», «Blåveispiken», «Å eg veit meg et land», «Når lysene tennes der hjemme», «Når roser aldri dør», «Lys og varme», «Nidelven», «Den fyrste song», «Den glade vandrer» og «Fager kveldsol smiler». Det ble benyttet oppkopierte permer som var laget til pasientene tidligere, sangbøker med stor skrift, samt at det ble kopiert opp sangerunderveis. Vi brukte også CD fra musikkanlegget, m.a. «Solveigs sang av Grieg». Vi hadde også innslag der musikkterapeut spilte en kjent folketone og som førte til en samtale i gruppen. I tillegg var vi åpne for forslag om sanger fra pasientene. Alle samlingene startet med presentasjon av deltakerne, men det varierte fra gruppe til gruppe, og hvor en var i prosessen, hvordan dette ble gjort. Avrunding med å takke for samværet der alle ble nevnt med navn hadde en fast struktur. Selv om vi hadde lagt en plan for hver samling, så var det rom for improvisasjon. Dette førte til at programmet var ulikt i de tre gruppene. I en gruppe var det dans på flere av samlingene, i en gruppe ble «Nidelven» deklamert og i en ble det fremføring av dikt som en i gruppen hadde laget.

Veiledning i forkant av samlingene

Det ble satt av inntil 45 minutter til disse forberedelsene og en viktig del av dette var veiledning. En gjennomgang av pasientene sine behov og ressurser ble diskutert. Etter hvert ble det også viktig å få frem hva som hadde skjedd etter siste samling. Vi gikk gjennom musikk, aktiviteter og struktur for samlingen, og forslag til forandringer underveis i prosjektet. Grunntanken var at strukturen skulle være trygghetsskapende. Samtidig ønsket vi å skape rom for forandringer etterhvert som vi observerte hva pasientene kunne bidra med (prossessorientert tenkning og planlegging). Det var viktig å ta spesielle hensyn og tilpasse aktiviteten til hver enkelt pasient sine begrensninger. Dette gjaldt spesielt syn, hørsel og våkenhet. I enkelte tilfeller gjaldt det også behov for struktur, begrensninger i å ta inn inntrykk og evne til å gi respons. I forberedelsen var det også viktig å

oppdage ressurser underveis. Det var nyttig å detaljplanlegge fra gang til gang, samtidig som man hadde rom for improvisasjon. Et eksempel var en pasient som fikk vise fram eget maleri og knytte en sang til dette (med hjelp av koordinator), en annen spilte gitar og en leste dikt. Plasseringen hadde stor betydning for kontakt og samhandling. Også avstand mellom deltakerne og plassering i rommet hadde innvirkning. Å detaljplanlegge dette fra gang til gang hadde betydning for resultatet i musikkstunden. Viktige moment å tenke gjennom er intensitet, lyd og tempo med tanke på den enkeltes forutsetning. Det ble lettere å gi spesiell oppmerksomhet ved god planlegging av intensitet og pauser i aktivitetene. Viktig var det også å planlegge koordinator og musikkterapeutens rolle før hver samling. Ikke minst var plassering og det å ha blick for den enkelte sine sterke/svake sider viktig. Målet var å få en trygg atmosfære og å få til en positiv prosess i gruppen. Gjennom prosessen kom koordinatorene med viktige innspill.

Selve av musikksamlingene

Det var et viktig mål å gi den enkelte pasient gode opplevelser i musikkstundene. Disse opplevelsene kunne også være utgangspunkt for utvikling av relasjoner som oppsto i gruppen. Individuelle mål ble drøftet underveis med utgangspunkt i spørsmålet: Hva er pasientens behov og hvordan kan musikkstunden støtte opp om dette? Det førte til at vi måtte ha variasjoner i aktivitetsformer. Store forskjeller på pasientenes fysiske og mentale tilstand gjorde at aktivitetene også måtte tilrettelegges ut fra den enkelte sin dagsform. Man kunne ikke forvente at alle ville ha like stort utbytte av alle aktivitetene. For noen ble det viktig å lytte og gi uttrykk for om noe var vakkert, for andre kunne det handle om å fortelle sin historie i tilknytning til en sang. Noen opplevde mestring ved å spille et instrument, mens samtalen om sangen etterpå kanskje ble det viktigste for andre. Vi var åpne for å kunne gjøre utskiftninger underveis dersom gruppene ikke fungerte, spesielt med tanke på at mange ikke kjente hverandre fra før. Det ble ikke nødvendig. Det var bare noen av pasientene som kunne sette ord på det de hadde vært med på etter at musikkstunden var over. I de tilfellene pasientene kunne gjøre dette, var det gjerne rett etter musikkstunden. Fordi det var vanskelig for pasientene selv å fortelle, er det ikke lett å ha noen sikker formening om den enkelte sitt utbytte og eventuelle prosess. Koordinatorene sine notater fra observasjonene var til god hjelp. De individuelle målene var bl. a. knyttet til om pasienten deltok i aktiviteten, om pasienten ga uttrykk for gode opplevelser av selve musikken og samværet i gruppen, og om pasienten gradvis ble mer delaktig i musikkstunden. Det var viktig at koordinatorene fikk gjøre erfaringer med systematisk bruk av musikk, lære seg å lede aktiviteter eller deler av aktiviteter, og gjøre observasjoner underveis som kunne bygges videre på.

Gruppeprosessen

Vi var spent på hvordan gruppene ville fungere. I tillegg til den kognitive svikten som følge av demenssykdom, skulle pasientene bli kjent med nye mennesker. Store forskjeller i funksjonsnivå skapte også en viss usikkerhet i starten. Svekket korttidshukommelse var et stort problem for alle, dette førte til at vi ikke hadde store forventninger til at prosessen skulle utvikle seg fra gang til gang. Tre faktorer som spilte en viktig rolle i prosessen var *motivasjon, forventning og trygghet*. I tillegg kan nevnes graden av oppmerksomhet og konsentrasjon, graden av deltakelse og hvordan den enkelte etterhvert kunne uttrykke opplevelsen av egen tilstedeværelse i gruppen. Koordinatorene arbeidet kontinuerlig med motivasjon av pasientene. De snakket om musikksamlingene før hver samling og de delte erfaringene i etterkant. Inntrykket var at pasientene gradvis ble tryggere og at en positiv forventning spredte seg. Koordinatorene hadde en klar oppfatning om at pasientene gledet seg til musikksamlingene. Det er også inntrykket at en fast struktur, gjenkjenning av aktiviteter fra gang til gang og gjenkjenning av sang og musikk skapte en positiv stemning i gruppene. Vekslingen i aktivitetene, å lytte uten selv å skulle synge eller spille, og mer aktiv deltakelse, fungerte godt for selve gruppeprosessen. Dette gjorde det legitimt å være til stede uten selv nødvendigvis å måtte yte. Etterhvert som pasientene kjente bedre igjen situasjonene, lyttet de mer konsentrert. Tryggheten som utviklet seg spilte også en stor rolle. Det ble etterhvert lettere å se hvordan den enkelte pasient kunne gi uttrykk for følelser og opplevelsen av å være til stede. Takknemlighet for å delta, ble svært tydelig hos mange. Etterhvert ble det også lettere å stoppe opp mellom aktivitetene for samtale, både fordi det ble arbeidet bevisst for å få det til, men også fordi den tryggheten og tilliten som utviklet seg i gruppen skapte naturlige åpninger for pauser. Hovedinntrykket er derfor at selv om få av pasientene kunne uttrykke at de husket fra gang til gang, så opplevde vi at gruppene hadde en prosess med økt konsentrasjon om aktiviteten, økt deltakelse både i musikklytting og sang, det å spille på instrumenter, og samtale.

Etter hvert ble det naturlig å ta opp spørsmålet om koordinatorene ville lede gruppene. Vurderingen var at prosjektet kunne bli mer lærerikt for den enkelte og at de ved slutten av prosjektet ville være bedre i stand til selv å sette i gang grupper. Alle var positive til dette og fra tredje samling begynte de å lede musikkaktivitetene. Musikkerapeut fungerte da som veileder og leder av enkeltaktiviteter. Prosessen ble på denne måten utviklet til et felles ansvar mellom koordinatorene og musikkerapeut, der koordinatorene etterhvert ble mer selvstendige til å lede aktiviteter. Vi erfarte at de koordinatorene som hadde instrumenterfaring var mer komfortabel med å lede enn de som ikke hadde dette.

Evalueringer etter musikksamlingene

Som nevnt hadde koordinatorene ansvar for å skrive logg. I en gruppe var det en av koordinatorene som hadde det som fast oppgave, mens det i de andre gikk på omgang. Notatene dannet hovedgrunnlag for evaluering og oppsummering etter hver musikkstund. Strukturen på evalueringsmøtene varierte fra sted til sted. I en gruppe brukte koordinator skjema for logg systematisk i evalueringen. I de to andre ble deler av skjemaene brukt etter behov. Evalueringen ble også delvis brukt til å utfylle loggen i fellesskap. I hovedsak handlet evalueringsmøtene om hva som hadde skjedd med den enkelte pasient i musikkstunden med tanke på mål i forkant og observasjoner underveis. Under evalueringen diskuterte vi også hvordan musikkstunden hadde fungert når det gjelder mål som var satt for musikkstunden. Så ble det diskutert innhold og ledelse for neste musikkstund. Mot slutten av prosjektperioden ble noe av tiden til evaluering satt av til drøfting av videreføring av prosjektet etter de åtte samlingene.

Vår oppsummering av de åtte musikksamlingene

Det var viktig for oss at pasientene skulle ha så godt utbytte som mulig av musikksamlingene.

Tanken var at ved å bygge på observasjonene underveis, ville vi ha et godt utgangspunkt for samarbeid, veiledning og eventuell videreføring. Inntrykket er at dette fungerte. Intensjonen om å bruke selve observasjonene fra musikkstundene som veiledningsgrunnlag fungerte godt.

Koordinatorene var engasjerte og gjorde viktige erfaringer. Dette er erfaringsbasert læring som er vanskelig å tilegne seg uten å være i situasjonen og er den grunnleggende tanken bak organiseringen av prosjektet. Det en opplever i fellesskap i gruppa er med på å skape tilhørighet og tilknytning. Ved å observere pasientene sine opplevelser av musikksamlingene opplever koordinatorene at pasientene blir sett på en ny måte. Kanskje kunne en heller kalt veiledningen i dette prosjektet for et faglig samarbeid. Og kanskje burde den enkelte koordinator fått mer direkte tilbakemelding. Men koordinatorene overtok ledelsen etter hvert, og dette styrket samarbeidsprosessen og la grunnlag for å lære av egne erfaringer.

Deltakelsen i gruppene stilte ikke andre krav til pasientene enn tilstedeværelse. Planen var å justere gruppen dersom noen fikk vansker med å være til stede. Dette ble ikke nødvendig, men i en gruppe tok de inn en pasient ekstra. Alle ble oppfordret til å synge og spille og delta i samtalen, men det var en felles holdning om ikke å presse noen til deltakelse. Denne balansen fungerte godt. Alle pasientene kunne fullføre, bortsett fra en av pasientene som ble for syk mot slutten av prosjektperioden. Summarisk kan man si at det ble gjort verdifulle erfaringer på flere områder:

- Mange gode musikkopplevelser og utvikling av gruppetilhørighet gjennom de åtte ukene. Musikken åpnet for meningsfulle aktiviteter i gruppen
- En erkjennelse om at det er mulig å arbeide med gruppeprosesser hos pasienter med demens
- Verdifull erfaring med å arbeide tverrfaglig med musikk i demensomsorgen
- Utprøving av en modell for bruk av individualisert musikk i grupper
- Utprøving av et samarbeidsprosjekt mellom kommuner og høgskole

Koordinatorerne (K) sine erfaringer

Resultatet av intervjuene er sammenfattet i tre kategorier; opplevelse/refleksjoner, rammevilkår og videreføring. Det er gjort et utvalg av sitater som vi mener er representative for koordinatorerne og de ytringene som kom fram under intervjuene. Der var stor grad av enighet i samtalen.

Informantene utfylte hverandre og diskutere synspunkt de hadde. Forskjeller mellom kommunene avspeiler til en viss grad forskjeller i rammeforhold og kompetanse, men ikke i stor grad. Vi presenterer derfor intervjuene/samtalene for de tre gruppene samlet.

Om musikksamlingene – koordinatorerne sine opplevelser/refleksjoner

Koordinatorerne sier at dette har innvirkning på humøret. De opplever at de har noe sammen, både der og da og etter musikkstunden. Fordi dagene er hektiske til vanlig, blir stunden med musikk et fritt rom for. Et rom med veldig positiv vinkling, et rom og tid for å se og bli sett. Det var avslapping og rolig pust. Å bli sett som person, ikke bare som hjelper. Dette opplevdes fasinerende. Det var veldig positivt å oppleve at pasientene gledde seg til musikkstunden. De litt mer vanskelige sidene ved å være i musikkgruppa var opplevelsen av at det var hektisk i forkant av musikkstundene. Full fart heile tida på avdelingene, så skal man legge til rette for alt, en koordinator sier: «...så eg følte eg var litt stressa hver gang, før hver time, fordi det er så pass hektisk». Opplevelsen av at det ikke var tilrettelagt for den type aktivitet på avdelingen. Følelsen av å måtte skynde seg. Den store overgangen fra det som hadde skjedd rett før. Der er ingen tid for omstilling fra de andre rutinene på avdelingen. Følelsen av stress, og samtidig vite at en ikke skal stresse personer med demens. En annen koordinator sier: «når du hadde landa, så var det veldig godt då...». Egne opplevelser er et tema som koordinatorerne snakker minst om, og det går fram av samtalen at det er fordi fokus er så sterkt på pasientene. En av gruppene mente at det ikke var så stor forskjell på det de var vant til, men også der framheves gleden det har gitt dem, og gleden over å ha sett pasientene blomstre, hvor kjekt det har vært å se responsen, og hvor trygge de etterhvert ble. Koordinatorerne gir lite direkte tilbakemeldinger på egne musikalske opplevelser. I alle intervjuene må intervjuer gjenta at spørsmålet dreier seg om deres egen opplevelse og ikke hvordan de opplever pasientene. Noen sier også tydelig at deres fokus er så pasientsentrert at det å uttrykke

egne følelser og opplevelser er fjernt. Det går likevel tydelig fram at musikkstundene i seg selv har vært positive opplevelser for samtlige. Opplevelsen av en god stund utenom det vanlige er det hovedinntrykket vi får fra svarene. Uttalelsen om å bli sett som person og ikke bare pleier. Men utfordringene med det daglige stresset for å få tiden til å strekke til, kommer tydelig fram hos alle. Overgangen fra den daglige rutinen til musikkstunden oppleves brå. Da kan det bli en utfordring å motivere og forberede pasientene på en god måte til å være med i musikkstunden.

Om pasientenes opplevelser

Pasientene sine opplevelser er uten tvil det viktigste for koordinatorene. Og det er pasientene sin respons koordinatorene er opptatt av. Når de skal sette ord på hva som er viktigste forutsetningen for at prosjektet har vært vellykket, blir trygghet nevnt. Det blir også fremhevet at koordinatorene ser pasientene på en ny og annerledes måte. Man ser mer det friske, sykdommen blir ikke så viktig lenger. De opplever at pasienter som i det daglige er svært passive, blir våkne og deltagende. De fleste pasientene har svært dårlig korttidshukommelse. Oppfatningen er likevel at pasientene erindrer på sin egen måte, selv om de ikke kan sette ord på det. Alle tre gruppene utvikler en prosess mot større deltagelse. Pasientene legger gradvis merke til mer av det som skjer i gruppen og det utvikles relasjoner i gruppen. Vi vil trekke fram noen eksempler på historier som koordinatorene forteller fra musikkstundene. Det første eksempelet er hentet fra da musikkterapeuten spilte piano til en pasient på dagligstuen før gruppetimene startet. Koordinator forteller:

Hun satt og halvsov under et teppe, så slo hun opp øynene og sa «ååå...kor snill du var som spilte», (...) .Å gud tenkte eg, så kjekt! Da såg du kor passiv ho var på formiddagen heilt til du begynte å spille!

Så forteller koordinator om to pasienter i gruppen:

Selv om ho prata jo opp igjen det samme hver gang, så kom ho inn på det samme, men ho begynte i hvertfall å prate, og tok initiativ til å synge, for det var no ho (X) borte med dokke som begynte å deklamere et vers, som ho (Y) kunne tonen på, og så begynte ho å synge. Og det tenkte eg med meg sjøl, det tar eg som på et tegn som trygghet, at ho er observant og at ho deltar.

Og om en annen pasient: (K 1 og K2 i samtale om en pasient):

K1: Men en ser berre spesielt på ho, kor ho sover og er så passiv, og når en spiller så berre blomstrar ho opp og klappar og er heilt med... du blir berre så fasinert ... K2: er det ikke kjekt? K1: Jo det er heilt utrolig K2: For egentlig ser vi då et anna menneske. K1: Ja et heilt anna menneske. K2: ikkje så mye det syke, gjør du det? K1: Nei. K2: er ikkje det godt å slippe og bare se det sjuke?

Om å huske eller ikke huske:

Dei hugsar det nok ikkje nå, men kanskje dei hugsar noko av det likevel om dei ikkje huskar det med ord. Visst eg seier felemannen, då hugsar han det, han eine. Det er veldig artig altså, dei hugsar han

som spelte fele... så det sitter igjen. Eg hugsa då du spelte «Ut mot havet» den gongen då han ikkje ville... men då du begynte på pianoet, då kom han. Det er magisk med musikk, du såg det fleire gonger i løpet av desse vekene, ikkje tvil om det.

K1: I forhold til mine pasienter så oppdaget jeg det at de var veldig blide og oppglødde etter timen. Og det kunne vare utover dagen. K2: Ja, og eg tenker på ho pasienten min som var litt stille, når ho då seier etter at du har spilt den melodien, eg hugsar ikkje heilt kva han heiter, men det var fiolin i hvert fall... Då vart det heilt stilt, eg veit ikkje kor lenge det vart stilt.

Intervjuer: «*O bli hos meg*»? K 2: Ja det var det! I hvert fall var det heilt stilt veldig lenge, og då eg følgde henne ut og vi var aleine ei lita stund, så sa ho: «Ååå, det var så eg kjente det heilt inne i.., langt inne i hjertet», og det er mykje for å komme frå henne. Og det er ikkje sånn som ho hadde sagt i plenum i det heile tatt. Så då er det snakk om å treffe.

Og om en pasient som har kommet langt i sykdomsutviklingen:

For akkurat det at du ser den friske sida hans – for han *er* sjuk, skikkeleg ramma, og komt langt i sjukdomsutviklinga – og kor han på en måte har fått blomstre opp... at han ser han mestra noke... det syns eg er så viktig, då fe han dette her smilet...

Kommentarer og vurdering: Koordinatorene sine «oppdagelser» av at pasientene ikke bare er pasienter, men mennesker med en lang og interessant historie, blir tematisert (jf. Ruud 2009). At pasientene viser nye sider av seg selv og at koordinatorene oppdager disse sidene er tydelig uttalt. Koordinatorene har lignende erfaringer fra tidligere, men det å gjøre slike erfaringer ofte, og arbeide systematisk med dette har gitt ny innsikt. Det meste av det som blir sagt er observasjoner av pasientenes kroppslige og verbale reaksjoner gjennom deltakelsen i aktivitetene. Når pasientene også i etterkant av musikkstunden klarer å uttrykke glede eller sterke følelser i sammenheng med det de har opplevd, så sier koordinatorene at det gjør sterkt inntrykk.

Om læringsutbytte

Det er samsvar mellom det koordinatorene sier de har opplevd sammen med pasientene, og det som kommer fram som læringsutbytte. De trekker fram de gyldne øyeblikkene og verdien i relasjonene som utvikler seg. Trygghet i situasjonen har mye å si, og det å gi seg tid til å vente på pasientens reaksjoner, og på fellesopplevelsen med pasientene.

Om trygghet sier en av koordinatorene:

Og så er det tryggheten som kom fram, og då oppfatta eg det slik at.. då lærte eg at når folk er trygge, då gir dem litt mer av seg sjøl, og då ser du også litt mer ka behov de har. Då viser de behova sine på ein annan måte, som du ikke har sett før...fasinerende, tenkte eg.

Og om små glimt av lykke:

Så dette er jo sånne små glimt av lykke då, så eg kalla det, når du får en sånn følelse av relasjon til et anna menneske, så tenke eg... dette er sånne små glimt av lykke på jobben. Det er langt mellom dem då, for du har liksom ikkje tida til å hente dem fram (...) det er jo den som gir energi til å fortsette arbeidsdagen (...) Men det er så langt mellom dei stundene då på ein måte.

Koordinatorerne kommer så inn på hva som er viktig for å lykkes og sier det handler om å gjøre tingene enkle og at det er de tilsynelatende små bagatellene som utgjør de store forskjellene på om man lykkes og på hvor godt man lykkes. Å treffe den rette musikken handler om kartlegging på forhånd. Å arrangere rommet og de fysiske forholdene slik at pasientene ser, hører og oppfatter det som skjer er viktig. Også det å bli mer bevisst på musikkbruk i det daglige (utenom musikkgruppen) nevnes. At ikke musikk står på unødig og ikke minst, hvilken musikk brukes i de forskjellige situasjonene. Det å være bevisst på tempo, flyt, lange nok pauser, tydelighet, at hver enkelt føler seg sett, at man bruker navnene til pasientene og variasjon i musikkøktene, er momenter som blir trukket frem.

Også det at man etterhvert lærer å observere pasientens potensiale, og er opptatt av hva pasienten kan bidra med, kommer fram i denne diskusjonen. Dette er noe man må arbeide bevisst med. Det er viktig å oppdage forhold som må legges bedre til rette. Overføringsverdien av slike observasjoner til det daglige liv er viktig kunnskap for personalet i avdelingen. Det kommer fram at dette er en fin anledning til å utvikle nye samarbeidsformer mellom pleierne. Den formen for veiledning som er brukt; å planlegge detaljert før samlingen, samarbeid om innhold og gjennomføring for så å sette av tid til evaluering i etterkant, har fungert godt. Erfaringene med å arbeide med pasientene i grupper, har også gitt læringsutbytte. Sammensetning av gruppemedlemmene, størrelse og hvordan man kan lære å lede en gruppe nevnes spesielt.

Om å være i gruppe:

Eg fikk først og fremst en bekreftelse på noe som eg veit, og hadde tro på, og det er verdien av små grupper med mennesker. Det er bevisstheten vi gir hverandre når vi ser hverandre, og det er tryggheten i ei lita gruppe. Det å ha en felles opplevelse, og at vi då blir likeverdige... Og det var dette (...), at ser hverandre på en annen måte.. som gjør at vi får et anna forhold til hverandre (...) at vi fikk litt andre relasjoner til hverandre.

Kommentarer og vurdering: Det synes som om læringsutbytte spenner om et stort område, fra det å oppdage menneskelige kvaliteter til organisering. Koordinatorerne ser tydelig musikkstunden som en arena for bedre å se pasientens behov og muligheter. De kommer flere ganger inn på hvor viktig trygghet er (jf. Kitwood 2003). At man i en trygg situasjon kan vise flere sider av seg selv og dermed oppnå en ny relasjon både mellom pasientene og mellom pleierne og pasientene. De små detaljenes betydning, som f.eks. den lille tiden ekstra man lærer seg å vente på respons er momenter som går igjen i svarene. Det å være i mindre grupper er også noe som koordinatorerne fremhever som lærerikt i tillegg til å samarbeide systematisk i team.

Om holdninger til musikkgruppene

Spørsmålet om holdninger var ikke med i intervjuguiden. Temaet ble etterhvert aktualisert i løpet av samtalene, og vi finner det riktig å ta det med da det kan virke som holdninger vil ha mye å bety for en videreutvikling av prosjektet. Det generelle inntrykket fra samtalene er at miljøet i omsorgstjenestene er positive til det som foregår. Det ligger likevel under i det koordinatorene forteller at de opplever at de er med på noe eksklusivt. I noen av uttalelsene kommer det fram at de er litt engstelige for å bruke for mye tid på dette. (Forarbeid med veiledning, musikkstund og evaluering tar vel 2 1/2 time). Dette framstår ikke som noe stort problem, og samtlige opplever de at de har god støtte fra sine ledere. Imidlertid gir de fleste uttrykk for at de føler seg alene i dette arbeidet og at det trengs informasjon og kursing for at flere skal forstå hva dette går ut på. De fleste gir uttrykk for at det har blitt for lite tid til å snakke om prosjektet med kollegaer undervegs:

Vi har informert for lite på avdelingane, vi må kanskje ta oss tid, enten vi eller styraren, å informere alle om kva som er meininga. For det er straks litt lettare når alle forstår koffer vi gjer dette, at det er ikkje ei fritid, men der er et mål med det.

Og om hva som har betydning å snakke om, hvor viktig er egentlig det psykososiale?

Vi snakka om alt det andre, vi snakka om mage, vi snakka om avføring, vi snakka om matlyst og alt sånt... så eg har skreve det at eg har nå endelig forstått ka som skjer... og at det er forskjellige ting som må vere på plass... behov som må vere dekt før vi begynner med det psykososiale. Eg trodde det skulle vere ein selvfølge eg, like selvfølgelig som mat. Men nå begynner er å tvile på det då.. nå tror eg at mat og mage og alt det må vere på plass, først då kan vi begynne på det psykososiale. Det er berre det at då er dagen gått (ho ler)... Det høres veldig deprimerende ut dette...

Noen koordinatorene påpeker også at ikke alle ser verdiene av de kulturtiltakene som finner sted til vanlig på avdelingene, og at her må til opplysning eller opplæring også på dette området.

Vi ser det når det er konsertar også, at mange berre kjører og plasserar dei, men nå etterkvart har eg forstått att ein må vere med dei og oppleve det saman med dei, då ein kan snakke om det.

Kommentarer og vurdering: Det kommer fram at den generelle holdningen til musikktiltaket er at de ikke oppfatter sine kollegaer som negative til dette, men at der finnes en usikkerhet for hvorvidt de andre forstår hva det egentlig dreier seg om. Noen ganger snakkes det om andre kulturtiltak og andre pleiere sitt forhold til dette. Det kommer fram at flere synes kollegaene ofte har lite kunnskap om kulturens betydning i sjukeheimen. At det trengs mer kursing, informasjon og holdningsskapende arbeid om hvilken betydning musikken kan ha (jf. Myskja 2006).

Om organisering

Under kartleggingssamtalen ble det spurt om hvordan koordinatorene tenkte at pasientene hadde det på sykehjemmet. Et av svarene var: «Jeg tror at pasientene opplever at de er på en arbeidsplass» Denne oppfatningen ble også drøftet og utdypet i fokusgruppeintervjuet.

Eg trur rett og slett de gjør slik som disse for tidlig fødte barna, de lukker øynene for å stenge ting ute...(..) at mange av pasientene kunne vise seg fram på en annen måte visst det hadde vært tilrettelagt for dem... visst det var fysisk mulig å tilrettelegge for dem, det tror eg...

Knapphet på tid er den faktoren som går igjen i mange uttalelser rundt forhold som hindrer god kommunikasjon med pasientene, denne litt oppgitte samtalen gir noe å tenke på:

For min del er eg redd for at det ikkje blir anledning, eller satt av tid til dette... du har for mange oppgaver.. Eg føler ihvertfall at eg har for mange oppgaver i løpet av dagen, at du har full liste og at du ikkje har kapasitet til å sette deg ned og begynne med musikk.

Eller her hvor koordinator på den ene siden forstår at oppgavene er mange, men har så lyst:

Dei vil berre bli ferdig på en måte, få strekt ut lakenet, lagt på sengetøyet og tellekantar på hånddukane og få i folk mat, that's it. Og så etterpå det er det middag, så det er sånn som du sier, skal det gjøres, så må det gjøres på ettermiddagen. Då er det bare tre på jobb og så er det tjue pasientar. Men eg har så lyst til å få det til, eg kan ikke forså ka som skal være så forbanna vanskelig med å få det til, men det e det...

Noen av koordinatorene har tradisjon for å spille og synger med pasientene så ofte de har anledning til det. Det kan synes som dette er høyt verdsatt både av pasienter og tilsatte. Men det framgår tydelig av måten dette fortelles på at det er de «stjålne stunder». At de som gjør dette opplever å mangle det «rommet» som trengs for å få det til i det daglige, er tydelig uttalt.

Kommentar og vurdering: Det som kommer fram under koordinatorene sine opplevelse av å være med i musikkstunden blir utdypet under samtale om organisering. Organiseringen av omsorgstjenestene legger ikke i stor nok grad til rette for å arbeide med relasjonene til og mellom pasientene. Utsagn som at en tror pasientene opplever sitt hjem som «en arbeidsplass for pleierne» og at pasientenes passivitet til dels kan skyldes miljøet og rutinene, kan tyde på det.

Helhetsinntrykket er at koordinatorene opplever at dette er det vanskelig å gjøre noe med, og at det er en lang vei fram til endring (jf.Kitwood 2003:123). Det er viktig å nyansere dette da det er variasjoner mellom de tre kommunene. I tillegg er det forskjeller mellom sykehjem og omsorgsboliger.

Om ledelse

Noen kom også inn på ledelsens viktige rolle og at den vil spille en avgjørende rolle for videre utvikling. Koordinatorene er klare på at en videreføring er avhengig av om ledelsen er aktivt med, og hvorvidt det settes av ressurser. Alle har en oppfatning av at ledelsen har vært positive til dette prosjektet. Holdningsskapende arbeid nevnes, og at ledelsen vil være viktig i informasjonsarbeid og kursing når det gjelder tilrettelegging, organisering og økonomiske prioriteringer. Det blir også

nevnt at ledelsen vil være viktig i arbeidet med å implementere aktiviteten i institusjonen gjennom handlingsplaner og organisasjonsplaner.

Kommentar og vurdering: Det er ledere som har gått inn for prosjektet og vært igangsettere sammen med HVO. Inntrykket er likevel at det har manglet tid og ressurser til gjennomføringen av prosjektet. Koordinatorene uttrykker ikke misnøye til ledelsen, men et ønske om mer deltakelse og samarbeid om økonomi, opplæring, organisering og prioriteringer (jf. Jacobsen2007: 145).

Om videreføring

Det er ulike meninger om hva koordinatorene i de tre kommunene tenker om videreføring. I samtalen kommer det fram at det er flere ting som må på plass, og at det ikke finnes et enkelt svar på hvordan de skal få det til. Det har ikke vært satt av mye tid til å diskutere dette i prosjektiden, hverken som del av prosjektet eller i de ulike avdelingene. Men erfaringer underveis viser at det er et puslespill å få til musikksamlingene. En av koordinatorene sier at der allerede er for mange oppgaver i hverdagen. Andre argumenterer med at dagen må tilpasses arbeid med tilrettelagt musikk. At der er begrensning på grunn av mangel på tid og ressurser i hverdagen kommer tydelig fram. Det blir spurt om hvordan koordinatorene i de ulike kommunene kan samarbeide om felles aktiviteter videre. Inspirasjon, motivasjon og at flere hoder tenker bedre en ett, er forhold som nevnes. Det kommer fram at det ikke foreligger planer om å sette av ressurser til videreføring, og koordinatorene gir klart uttrykk for at det er umulig med videreføring uten at det tas grep fra ledelsen.

Koordinatorene er klare på at dersom individualisert musikk skal være en del av hverdagen i omsorgstjenestene, så er det viktig at dette blir gjort på en enkel måte og at hele personalgruppen blir inkludert. Den enkelte pasient sitt individuelle behov og bakgrunn, og arbeidet med å sette sammen grupper som kan ha glede av hverandre, blir nevnt som viktige forutsetninger for å lykkes. Fleksibilitet i rutiner og organisering trekkes også fram. Koordinatorene er realistiske på egne vegne med hensyn til musikalsk kompetanse og det å lede musikkgrupper. Det kommer fram at de gjennom prosjektet har lært mye og blitt trygge på egen rolle, og at dette handler først og fremst om å se den enkelte pasient og legge grunnlag for en trygg og god atmosfære i gruppen. Dette handler om å starte med kartleggingen og om å kjenne pasientene sine musikkpreferanser. Musikkstunden må være planlagt på forhånd, uten at det må gå på bekostning av å improvisere når det er naturlig. Evaluere i etterkant er viktig for å kunne justere kursen på neste samling. På spørsmål om hva som er mulig å få til, svarer en av koordinatorene:

Planen er at vi skal få det til en eller to ganger i uka, med små grupper. Du tar kanskje ett personale og tre- fire pasienter, og bytte litt på det. Men vi må finne ut ka pasienter som passa i lag, og som kan utfylle kvarande, og så finne en ansatt som likar å synge. Det blir feil å presse på nokon som ikkje likar å synge..

Og en optimist når det gjelder både samarbeid og systematikk:

Det er klart at visst ting skal utvikle seg nå, så e jo denne gruppa som har vorte danna alfa og omega. Og så må vi jobbe akkurat like systematisk som vi har gjort til denne tid og lage et opplegg som er så enkelt at det kan fungere. Det viste seg også denne gongen at det enkle er det som fungerer best..(..).

Når dette med enkelhet i måten å gjøre ting på ofte tas fram, har det ikke bare utgangspunkt i den enkelte koordinator sin kompetanse og muligheter. Det handler også om hva som fungerer best med hensyn til pasienten. Viktige moment er at det ikke må være for stor kompleksitet i musikken. Dette har med evnen til å bearbeide inntrykk å gjøre. Variasjon nevnes som viktig for konsentrasjonen, og gjerne en veksling mellom å lytte og synge eller spille selv. Gode pauser og åpninger for samtale, egne sanger og fortellinger er avgjørende for at samlingen blir god. I musikksamlingene har det blitt lagt vekt på aktiviteter som pasientene selv har et forhold til. Dette nevnes som vesentlige aspekt i den videre planleggingen av musikktiltak. Enkelhet og gradvis innføring av nye aktiviteter nevnes også som viktig for muligheten til å tilpasse aktivitetene til den enkelte pasient.

Struktur, gjenkjenning, oppbygging av forventning og en gjennomtenkt måte å lede på er moment som har vært knyttet til veiledningssamtalene. Det går fram at koordinatorene sine synspunkt på aktivitetsformer har vært viktig i planleggingen, og kanskje en forutsetning for den gleden som pasientene ga uttrykk for.

Bruk av musikkinstrumenter og at pasientene i noen aktiviteter har spilt selv, har vært en aha-opplevelse. Noen av koordinatorene har blitt inspirert til å tenke at dette kan utvikles videre. Når det gjelder hvilken musikk som brukes i aktivitetene blir musikkpreferanser nevnt som en viktig suksessfaktor. Samtidig er det mye felleseie i vår norske sangskatt, og koordinatorene erfarer at noen sanger og musikkstykker vil trolig fungere for de aller fleste uavhengig av preferanse og kultur. I en kommune var sanggleden spesielt stor, og noen av pasientene hadde sunget i kor tidligere. Det førte til idèen om å starte eget kor med utgangspunkt i prosjektet. Å kombinere sang, lytting til musikk med bevegelse, dans og poesi har gitt inspirasjon til å se musikkaktivitet som et utgangspunkt for en bred kulturell tilnærming. Koordinatorene ble inspirert til å kombinere mange uttrykksformer.

K1: Det å sette på dansemusikk og danse er det somme som er glade i... som har stor glede av.. en brukar det som trening og kjem og byr opp! Han kom i pausen her ein kveld, og sa «kom igjen, no skal vi danse»!

K2: Ja vi også har positive erfaringar frå dei få gongane vi har gjort det. Det er mange som e så flinke til å danse.. har utrolig god rytme! Sjøl dei som både går i kirke og bedehus og er vande med det, elsker å danse! Dei har kanskje ikkje fått lov å gjere det i den generasjonen...det var no sånn, det er spesielt ei.. ho er berre så flinke, ho elska å danse, syns det er så herleg.

Noen av koordinatorene hadde erfaringer med å bruke CD-spiller for pasientene. Det kom fram en idè om å lage en CD til allsang i avdelingene. I arbeid med individualiserte musikktilbud har flere av informantene hatt undervisning med musikkterapeut Ingrid Sløgedal som har gode erfaringer med dette. I en kommune hadde de planer om at opplysninger om pasienters musikkpreferanser rutinemessig ble ført på skjema ved innkomst ved hjelp av pårørende. Flere av informantene er også inspirert av undervisning med Audun Myskja.

Om kompetanse og veiledning

Koordinatorene har mange tanker om kompetanse og veiledning. Kunnskap må utvikles i prosess, og det trengs at det utvikles en kultur på de ulike avdelingene for kunnskap om musikk og hvordan de kan bruke musikk systematisk. For å videreføre musikksamlingene ønsker de videre kontakt og samarbeid med høgskolen. De kunne også tenke seg samarbeid med ressurspersoner i kulturskoler og med kommunal musikkterapeut der det finnes. Hospitering ved sjukeheime som har satt dette i system blir også nevnt. Koordinatorene er opptatt av at hele personalet må ha en forståelse for musikktiltaket og være involvert i det som foregår. Kurs eller seminar til hele personalgruppen nevnes som viktig. Det er også viktig at slike miljøtiltak ufarliggjøres. Det er ikke så mange av personalet som har erfaring i å lede en musikkaktivitet. Selv om koordinatorene har ledet musikksamlingene i prosjektperioden, stiller de likevel spørsmål om de er musikalsk kompetente til dette. Samtalen under illustrerer noe av usikkerheten som er omkring dette:

K1: Eg kan ikkje spele! K2: Kva sa du? Eg tenkte at det kanskje bør vere profesjonelle som kommer inn og at eg som hjelpepleiar... at det er ikkje bra nok, det vert ikkje bra nok.. K3: Nei, det er jo der eg meiner at det må inn at vi må lage det enkelt. K1: Ikkje sant, og så er det forskjell på, sjølv om eg speler same songen på ein CD, så er det annleis å sjå det i live (...) du både høyrer og ser då...men når du høyrer musikk, då berre høyrer du det, men du ser ikkje det, og det er nå kanskje ein fordel? K3: Kanskje det ikkje trenger å vere enten eller? Kanskje vi må ha både òg? K3: Ja K1: Ja? altså ja K2: Og alle må jo då bruke sine forutsetningar for å få til ei musikkstund.

Det som kommer fram til slutt i sitatet om å bruke sine forutsetninger, er den oppfatningen koordinatorene har. Det som går fram av samtalene at det tar tid å finne sin styrke, sine begrensninger og hva en selv bør gjøre eller overlate til andre. Koordinatorene er inne i en prosess der det å finne en mulig balansegang mellom egne ressurser og begrensninger, hva som kan være hensiktsmessig å få hjelp til og hvem som kan være til hjelp, er viktig å finne ut av.

Om samarbeid

Balansen mellom den som har spesialferdigheter i musikk og hjelperne i omsorgstjeneste er et tema vi allerede har berørt. Følgende samtaler kan gi et lite bilde av dette:

K1: Er ikkje målet med prosjektet at dei som jobbar her skal bruke meir musikk ? Visst det kjem ein utanfrå ein dag i veka f.eks., blir det veldig sånn at det kjem ein *utanfrå*, at den personen har ansvaret og personalet sier: «ååå» .

K2: Så tror eg at det er mye lettere da å bare trekke seg tilbake, altså, når eksterne kommer inn, så kan andre få underholde. Da gjør du ikkje noe sjøl.

Meningene om dette var mange og forskjellige. Noen koordinatorene hadde positive erfaringer der pårørende deltok, f.eks. med å spille et instrument. I tilknytning til individualisert musikk på CD kom det fram et forslag om å involvere pårørende. Det kunne være barn eller barnebarn som kunne lage CD med musikk som pasienten liker eller har hørt på tidligere i livet. Det kom også fram at et samarbeid med kulturskolen kunne være aktuelt og en kommune hadde tanker om et samarbeid med kommunal musikkterapeut. Samtlige informanter i de tre kommunene ga uttrykk for at de ønsket et videre samarbeid med HVO om musikktiltakene.

Generelle kommentarer

Vi fikk mange verdifulle synspunkt og erfaringer fra koordinatorene som har gitt oss et utvidet og kanskje mer realistisk bilde av hvilke muligheter som ligger i å bruke tilrettelagt musikk i behandling for mennesker med demens. Vi fikk også prøvd ut en modell i praksis som vi fikk god respons på i fokusgruppeintervjuene. Vi merket en forskjell mellom de tre kommunene i synet på hvordan det ligger til rette for videreføring av prosjektet. Likeens var det ulikheter med tanke på koordinatorene sin kompetanse i å bruke musikk og å lede musikkksamlinger. Å arbeide med grupper som arbeidsmetode i det daglige er også noe koordinatorene har forskjellig erfaring med. Det som uttrykkes entydig fra alle koordinatorene er behovet for å skape gode relasjoner mellom pasienter og pleiere. De opplever alle at musikkksamlingene gir et godt utgangspunkt nettopp for dette. Dette kommer fram i enkeltutsagn, men er også den generelle holdningen til koordinatorene.

Også samtalene rundt egen kompetanse og mulighetene for å utvikle denne viser et stort engasjement for å videreføre tiltaket. Når det gjelder hvor lang vei man har å gå for å få dette til, er der ulike svar. Det er mest sannsynlig at dette avspeiler organisering av det daglige arbeidet, mer enn viljen og mulighetene hos den enkelte koordinator. At arbeid med musikk må ha et utgangspunkt i den enkelte pasient sin kultur og behovet den enkelte har for å være i en relasjon med andre mennesker, er det enighet om. Også det at tiltakene man satser på må være relevante og må legges til rette på en slik måte at det er lystbetont for alle som skal delta. Spørsmålene i denne

undersøkelsen er avgrenset til det praktiske arbeidet med musikk. Spørsmål rundt den enkelte koordinator sin kompetanse, følelse av tilstrekkelighet/utilstrekkelighet er til en viss grad berørt, men ville sannsynligvis kommet klarer fram ved individuelle intervjuer.

Kultur for sang og musikk?

Målet med pilotprosjektet var å utvikle en modell som tok sikte på å kvalifisere personalet i demensomsorgen til å bruke individualisert musikk i hverdagen. Gjennom de åtte ukene med musikkksamlinger ble vi imponert over den entusiasmen og den store interessen som kom fram, både fra pasienter og koordinatorene. Musikken frembragte mange sterke opplevelser i musikkgruppene og koordinatorene opplevde nye sider ved pasientene. Til tross for at noen av pasientene ikke kjente hverandre fra før, ble det raskt en fortrolig tone i gruppen. Sangene og musikken bidro til en samhørighet og pasientene gav uttrykk for glede og takknemlighet for å få være med. «Musikken får folk til å være det de er» skriver Aasgaard (1993:12) og legger til at språket i musikken er et annet enn i ordene. Selv om de ikke kunne sette egne ord på at det hadde vært kjekt og hva de hadde vært med på, så virket det som om kroppen husket det. Koordinatorene forteller at pasientene var i godt humør etter musikksamlingene og om gjenkjenning langt utover det som de hadde forventet. Giddens (i Ruud 1997:53) hevder at en del av vår identitet har en kroppslig dimensjon og er en integrert del av et handlingssystem. Sammenheng, kontinuitet og tilhørighet kan gi en følelse av «å være den samme» skriver Ruud (2004:54) og kan være med på å forklare at pasientene fikk bekreftet sin identitet og at det gjorde dem takknemlige og begeistret.

Når man som pleier eller musikkterapeut gjør musikken til et redskap for å bygge relasjoner kan det oppleves som dristig. Noe av det mest spennende er at møtet med musikken er forskjellig for hvert enkelt menneske. Musikk er et språk som har andre kvaliteter enn verbalspråket, og det er kvaliteter som viser seg å være et gode for mennesker med demens der nettopp verbalspråket kan bli problematisk. Det handler om en kommunikasjonskanal der de kan forstå og bli forstått på en ny måte. Dette fører til at pasientene kan oppleve mestring (Lazarus & Folkman 1984). Pleierne forteller at de ser pasienten med nye øyne. Gode opplevelser var et gjennomgangstema gjennom hele prosjektet. Pleierne forteller om pasienter som har kommet langt i sykdomsprosessen, men som viser den friske siden under musikkksamlingene. Manglende mestring er et kjerneproblem for personer med demens. Relasjonsorientert mestring handler m.a. om støtte og verdsetting fra omgivelsene (Egset i Ekeland og Heggen 2007: 122).

Koordinatorene sine erfaringer var veldig positive, men de legger ikke skjul på at det har vært krevende. Det har vært en stor utfordring å finne rom til gjennomføring av musikkstunder med

planlegging og evaluering en gang i uken. Selv om sang og musikk har vært mye brukt i eldreomsorgen, så er det noe som man gjør «dersom man har tid», eller når «alt det andre er på plass». Det er ikke noe som står på ukeplanen og som hører med til de primære oppgavene. Det er noe som «noen» av de tilsatte gjør fordi de har lyst eller har spesiell interesse. Det som tar det meste av tiden i omsorgstjenestene er mat og stell og orden i avdelingen. God pleie og et fullverdig kosthold er grunnleggende og selvsagt avgjørende for trivsel og velvære. Spørsmålet er om ikke sang og musikk bør bli like viktig?

I dag har vi kunnskap om at sang og musikk fungerer mot uro og depresjon ved demens og mot utagering ved stell og daglige aktiviteter (St. meld. nr. 29 2012-2013:85). Studiene til Myskja og Sandell (s.st) viser at ved systematisk bruk av musikk ble pasientene roligere og psykofarmaka ble kraftig redusert. Vi har altså kunnskap og erfaringer som viser at sang og musikk gir bedre livskvalitet for personer med demens. Ridder (2003:26) skriver at musikken sin klare struktur og form gjør at personer med demens kan forholde seg til musikken på en annen måte enn til verbalspråket. Derfor kan en se at pasienter opplever klare øyeblikk i forbindelse med sang og musikk på grunn av at den episodiske hukommelsen blir trigget. I omsorgsmeldingen (St.meld. nr. 25 (2005-2006):100) blir det pekt på verdien av å integrere kulturtilbud i helse- og velferdstjenestene og at målet er økt tilgang til gode opplevelser.

I følge Hamran (i Jacobsen 2007:143) er pleiekulturen opptatt av å ta vare på tradisjonelle normer og verdier, og på lik linje med andre kulturer blir systemet opptatt av å reprodusere seg selv. Det blir en utfordring når nye miljøtiltak skal konkurrere med de tradisjonelle oppgavene. Spesielt kan det oppleves som krevende når tiden en har til rådighet i utgangspunktet er knapp. Ofte er det slik at det er ildsjeler som må til for å forandre og fornye en kultur. Men slike ildsjeler har dårlig utgangspunkt dersom ikke prosjektet er forankret i ledelsen. Pilotprosjektet var initiert av lederne, og de hadde gitt mandat til koordinatorene om å finne rom til gjennomføringen. Likevel ble det ikke alltid like lett å gjennomføre musikksamlingene med for- og etterarbeid. Det største problemet ble likevel å fange interessen til medarbeiderne. Det var gjerne en av grunnene til at videreføringen ble vanskelig.

Oppsummering og veien videre

Dette prosjektet ble gjennomført vinteren 2011 med etterarbeid våren 2012. Bakgrunnen for prosjektet var at vi fikk såkornmidler fra Høgskulen i Volda. Siden 2008 har vi hatt videreutdanning i Aktiv omsorg, en utdanning som ble initiert av «Sjustjerna omsorg» (kommunene på Søre Sunnmøre). Dialogen og samarbeidet med kommunene om kompetanseheving innen

demensomsorgen har vært et viktig utgangspunkt for at prosjektet ble til. Det har videre ført til et spennende samarbeid mellom to avdelinger på høgskolen; Avdeling for samfunnsfag og historie og Avdeling for kulturfag. Men det var ønske fra studentgruppen som førte til at prosjektet ble en realitet. Praksisnær forskning og målet om forskningsbasert undervisning knyttet opp mot studietilbudet, var viktige forutsetninger for gjennomføringen av såkornprosjektet.

Vårt ønske da vi startet opp prosjektet var at koordinatorene skulle bli så trygge i rollene sine at de kunne fortsette med musikkksamlingene etter prosjektperioden var over. Målet med pilotprosjektet var å kvalifisere personalet i demensomsorgen til å bruke individualisert musikk i hverdagen. Mange viktige synspunkt har kommet fram i denne rapporten. Vi er imponert over entusiasmen og interessen til koordinatorene, og vi ble overveldet over å følge utviklingen i gruppene og få oppleve relasjonene som ble skapt både mellom pasientene i gruppen, og mellom koordinatorene og pasientene. I tillegg så vi at det skjedde brobygging på tvers av avdelinger i kommunene, en konsekvens av at gruppene ble satt sammen på tvers. På den andre siden har vi sett at det er krevende å endre kulturer. Det er viktig å presisere at å bruke sang og musikk i hverdagen ikke er nytt for omsorgssektoren. Men for de tre kommunene var det nytt å bruke sang og musikk systematisk og i en ramme med fagpersonale innen demens og musikk. Prosjektet har vist at veiledningen er viktig. Det kom fram i intervjuene at musikkterapeuten sin rolle som støtte og veileder var avgjørende for å fortsette. Koordinatorene var samstemt om at de trengte oppfølging for å videreføre musikkksamlingene. Om ikke de fikk veiledning så ofte som i selve prosjektperioden, ønsket de en form for oppfølging/støtte fra musikkterapeut. Vi som er ansvarlige for prosjektet ser behovet for et prosjekt som kunne vare utover de åtte ukene vi hadde til rådighet. Det handler mye om å forandre holdninger når en skal implementere ny kunnskap. Dette er ikke gjort på åtte uker.

Litteraturliste:

- Allardt, Erik (1975): «Att ha. Att elska. Att våra» Om velferd i Norden. Lund: Agros.
- Aasgaard, Trygve (red.) (2006): *Musikk og helse*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Bruscia, Kenneth E. (1987) *Improvisational models of music therapy*: Charles C. Thomas publischer.
- Egset, Anne-Sofie (2007): «Korleis meistre kvardagen når demens rammar» I: Ekeland, Tor-Johan og Kåre Heggen (2007) *Meistring og myndiggjering. Reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Engedal, Knut og Per Kristian Haugen (2004): *Lærebok demens. Fakta og utfordringer*. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
- Heggen, Kåre (2007): «Rammer for meistring» I: Ekeland, Tor-Johan og Kåre Heggen (2007) *Meistring og myndiggjering. Reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jacobsen, Rita (2007): *Ikke alle vil spille bingo. Om teori og praksis i demensomsorgen på sykehjem*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kitwood, Tom (2003): *En revurdering af demens – personen kommer i første rekke*. København: Munksgaard forlag.
- Kvamme, Tone Sæther (2013): *Glimt av glede – Musikkterapi med demensrammede som har symptomer på depresjon og angst*. Norges musikkhøgskole (NMV).
- Lazarus Richard S. & Susan Folkman (1984): *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- May, Rollo., (1983): *Oppdagelsen av vårt indre. Aventura*.
- Malterud, Kirsti (2011): *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. 3.utgåve. Oslo: Universitetsforlaget.
- Meld. St.13 (2011-2012): *Utdanning til velferd. Samspill i praksis*. Oslo: Det kongelige kunnskapsdepartement.
- Meld.St.29 (2012 - 2013): *Morgendagens omsorg*. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement
- Myskja, Audun (2006): *Den siste song – sang og musikk som støtte i rehabilitering og lindrende behandling*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Myskja, Audun (2012): “Integrated music in nursing homes- An approach to dementia care.” Bergen: Senter for musikk, Griegakademiet.
- Nygaard, Harald (2001): «Forståelse av adferd» I: Engedal m.fl. *Rapport fra Nasjonal konferanse om aldersdemens januar 2000*. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
- Ridder, Hanne Mette O. Ridder (2003): «Musikkterapi – nøkkel til et lukket sinn» I: *Demens*. Vol.7/nr.3 2003.
- Ridder, Hanne Mette O. (2003): *Singing dialogue. Music therapy with persons in advanced stages of dementia. A case study research design*. Doktoravhandling, Aalborg Universitet Institut for Musik og Musikterapi,.

- Ruud, Even (1990): *Musikk som kommunikasjon og samhandling. Teoretiske perspektiv på musikkterapien*. Oslo: Solum Forlag.
- Ruud, Even (1997): *Musikk og identitet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skogum, Bente Marie (2008): «Musikk som behandlingstiltak til personer med demens og APSD» I: *Demens og alderspsykiatri* vol. 12, nr.4, 2008.
- St.meld.nr.25 (2005-2006): *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.
- Swane, Christine E. (1996): *Hverdagen med demens. Billeddannelser og hverdagserfaringer i kulturgerontologisk perspektiv*. København: Munksgaard forlag.
- Swane, Christine E. (2003): «Demenslidelsen i gamle menneskers hverdag». I: *Omsorg*. Nr.3/2003.
- Thagaard, Tove (2013): *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Wogn-Henriksen, Kjersti (2000): «Frå motstand til samarbeid» I: *Demens* nr.3/2000
- Wogn-Henriksen, Kjersti (2012): *Du må skapa deg eit liv*. En kvalitativ studie om å oppleve og leve med demens basert på intervjuer med en gruppe personer med tidlig debuterende Alzheimers sykdom. Trondheim: Psykologisk institutt.