

# JEG ER IKKE ROM 47 – JEG ER BIRGITTA

*En eksplorativ singlecase studie av musikkterapi som systemisk praksis i tidlig hodeskaderehabilitering*



Frida Jasmin Sende  
Masteroppgave i musikkterapi  
Norges Musikkhøgskole  
Våren 2021  
Antall ord: 21817



**Norges  
musikkhøgskole**  
Norwegian Academy  
of Music



## **SAMMENDRAG**

Denne eksplorative singlecase studien utforsker musikkterapi som systemisk praksis i arbeid med voksne hodeskadepasienter på sykehus. Studien springer ut i fra studentens egenpraksis, hvor pårørende og sykepleiere ble invitert inn som aktive deltakere i musikkterapien. Med en kvalitativ, hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming og semistrukturerte intervjuer søker studien innsikt i hvordan en pasient, en pårørende og en sykepleier opplevde denne tilnærmingen i praksis.

Studien utforsker de psykososiale, emosjonelle og eksistensielle aspektene ved musikkterapien. Funnene viser blant annet at pasienten opplevde musikkterapien som livgivende, og at hun kom i kontakt med viktige aspekter ved sin egen identitet gjennom musikken. Musikkterapien ble beskrevet som en kontrast til store deler av sykehushverdagen, og tilbød et rogivende og poetisk rom. Det å dele dype og sårbare musikkopplevelser i fellesskap førte deltakerne nærmere hverandre, og ble en arena hvor helsepersonell kunne lære pasienten å kjenne på et mer personlig plan. Deltakerne opplevde musikkterapien som et tillitsfullt rom hvor de kunne delta på like vilkår, og pasientens aktørstatus ble fremtredende. Det drøftes hvorvidt de oppbyggende opplevelsene i musikkterapien kan ha ført til økt motivasjon i rehabiliteringsprosessen som helhet.

**Nøkkelord:** Musikkterapi, hodeskaderehabilitering, systemisk tilnærming, involvering av pårørende, relasjonelt perspektiv.

## **ABSTRACT**

This study explores music therapy as a systemic practice in early brain injury rehabilitation. It emerged from the students practice in an intermediary ward for neurological rehabilitation, where family members and nurses were invited to participate in the music therapy sessions. With a qualitative, hermeneutic-phenomenological approach and semi-structured interviews the study explores how a patient, her partner, and a nurse experienced this approach.

The findings show that the patient got strong experiences of being alive, and that she came in contact with important aspects of her identity. The music therapy is described as a contrast to distressing aspects in the hospital environment, offering a poetic room for rest. Sharing deep musical experiences with each other brought the participants closer together, and also facilitated an arena for nurses to get to know the patient on a more personal level. The music therapy was experienced as a space where the participants could participate on equal terms, and the patients agency status becomes apparent. It is discussed how a resource-oriented focus may have led to increased motivation and energy that is important for the rehabilitation process as a whole.

**Keywords:** Music therapy, head injury rehabilitation, systemic, family, nurses, relational.

## FORORD

Tre fantastisk lærerike studieår er kommet til sin ende, og det er med ydmykhet jeg nå gir fra meg denne masteroppgaven.

Først vil jeg rette en stor takk til Birgitta Cappelen og Anders-Petter Andersson for at dere så åpent og ærlig ville dele deres erfaringer i studien min, midt i en enormt utfordrende livssituasjon. Dere har lært meg mye, og det har vært et privilegium å få mulighet til å dykke ned i materialet som kom ut av våre møter. Takk til sykepleier Runa for at du så ivrig deltok i musikkterapien, uredde og helhjertet, og for at du ville dele dine innsiktsfulle refleksjoner i studien.

Takk til Sanna, Marte, Stein Inge og Tale for at dere tok initiativ til dette prosjektet, og for all støtten og tillitten dere gav meg i praksis! Takk til praksisveileder Anne Torø Eggen for ditt sensitive nærvær under praksisperioden. Takk til Rita Strand Frisk, Ingeborg Nebelung og Bente Almaas for at jeg fikk muligheten til å gjennomføre dette prosjektet. Det har gitt meg uvurderlige erfaringer som har formet meg som musikkterapeut og person.

Dette prosjektet hadde ikke gått like knirkefritt uten mine supre veiledere Monika Overå og Simon Gilbertson. Takk for at dere har vært så engasjerte, og for alle de gode samtalene. Takk for at dere har hatt troen på de valgene jeg har tatt underveis, og for all tiden og energien dere har lagt ned for å kunne gi detaljerte og konstruktive tilbakemeldinger.

Tusen takk til Runa for at du elsker korrekturlesing! Og takk til min kjære Tommy for alle de ekstra middagene og oppvaskene du har måttet ta de siste månedene.

Sist, men ikke minst, takk til den nydelige klassen min. Jeg er så glad for å ha delt disse årene med dere, og kommer til å savne de gode samtalene og de finstemte improvisasjonene våre. Jeg er også veldig glad for at noen av oss kunne jobbe sammen på biblioteket de siste månedene, til tross for alle covid-19 restriksjoner, det hadde blitt en ensom prosess uten dere!

Oslo, juni, 2021.

Frida J. Sende

# INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1</b>	<b><u>INNLEDNING</u></b> .....	<b>8</b>
<b>1.1</b>	<b>BAKGRUNN OG KLINISK KONTEKST</b> .....	<b>8</b>
1.1.1	VALG AV TEMA .....	8
<b>1.2</b>	<b>PROBLEMSTILLING</b> .....	<b>9</b>
<b>1.3</b>	<b>BEGREPSAVKLARING</b> .....	<b>10</b>
<b>1.4</b>	<b>LITTERATURSØK</b> .....	<b>11</b>
<b>1.5</b>	<b>AVGRENSNINGER</b> .....	<b>12</b>
<b>1.6</b>	<b>DISPOSISJON AV TEKSTEN</b> .....	<b>12</b>
<b>2</b>	<b><u>FORSKNINGSDESIGN OG METODE</u></b> .....	<b>13</b>
<b>2.1</b>	<b>KVALITATIV FORSKNING</b> .....	<b>13</b>
<b>2.2</b>	<b>FENOMENOLOGI OG HERMENEUTIKK</b> .....	<b>13</b>
<b>2.3</b>	<b>CASESTUDIEFORSKNING – DESIGN OG METODE</b> .....	<b>14</b>
2.3.1	EN EKSPLORATIV «SINGLE CASESTUDIE» .....	14
2.3.2	FLERE PERSPEKTIVER.....	15
<b>2.4</b>	<b>DATAINNSAMLING</b> .....	<b>15</b>
2.4.1	UTVALG AV DELTAKERE.....	15
2.4.2	SEMI-STRUKTURERTE DYBDEINTERVJUER.....	16
2.4.3	DELTAKENDE OBSERVASJON OG LOGG.....	17
<b>2.5</b>	<b>TRANSKRIBERING OG ANALYSEPROSESS</b> .....	<b>17</b>
2.5.1	TRANSKRIBERING .....	17
2.5.2	ANALYSE AV DATAMATERIALET .....	18
<b>2.6</b>	<b>VURDERING AV FORSKNINGEN – OM ROLLER, METODE OG ETIKK</b> .....	<b>21</b>
2.6.1	TO HATTER – EN KROPP.....	21
2.6.2	METODEKRITIKK.....	22
2.6.3	ETISKE REFLEKSJONER.....	23
<b>3</b>	<b><u>TEORI</u></b> .....	<b>26</b>
<b>3.1</b>	<b>MUSIKKTERAPI I NEVROLOGISK REHABILITERING</b> .....	<b>26</b>
3.1.1	FOKUS I PRAKSIS OG FORSKNING .....	26
<b>3.2</b>	<b>HELSEFORSTÅELSE</b> .....	<b>28</b>
3.2.1	SALUTOGENESE.....	29
<b>3.3</b>	<b>HUMANISTISK MUSIKKTERAPI</b> .....	<b>30</b>
3.3.1	MUSIKK OG IDENTITET.....	31
3.3.2	ET RELASJONELT PERSPEKTIV.....	31
3.3.3	RESSURSORIENTERT MUSIKKTERAPI .....	34
3.3.4	EN KONTEKSTUELL MUSIKKFORSTÅELSE .....	35
<b>3.4</b>	<b>SYSTEMTEORI</b> .....	<b>36</b>
3.4.1	SYSTEMISKE PERSPEKTIVER I MUSIKKTERAPIEN.....	36
3.4.2	DELTAKELSE .....	38
<b>3.5</b>	<b>MUSIKKTERAPEUTISK TILNÆRMING</b> .....	<b>39</b>
3.5.1	RESEPTIV MUSIKKTERAPI.....	39
3.5.2	SANGDELING.....	39
3.5.3	SANG, PUST OG IDENTITET .....	40

<b>4</b>	<b><u>RESULTAT</u></b>	<b>41</b>
<b>4.1</b>	<b>ET TERAPEUTISK ROM</b>	<b>41</b>
4.1.1	LIVGIVENDE	41
4.1.2	IDENTITET	42
4.1.3	ET ÅPENT OG AKSEPTERENDE ROM	44
<b>4.2</b>	<b>KONTRAST TIL SYKEHUSHVERDAGEN</b>	<b>44</b>
4.2.1	POETISKE MØTER	44
4.2.2	Å HVILE I MUSIKKEN	45
4.2.3	Å PUSTE SAMMEN	45
<b>4.3</b>	<b>RELASJONELLE IMPLIKASJONER</b>	<b>46</b>
4.3.1	BIRGITTA OG ANDERS	46
4.3.2	BIRGITTA OG SØSTEREN	47
4.3.3	INVOLVERING AV SYKEPLEIERE	49
4.3.4	EN PERSONLIG TERAPEUT	52
<b>4.4</b>	<b>DELTAKELSE PÅ LIKE VILKÅR</b>	<b>54</b>
4.4.1	BIRGITTA SOM MEDARRANGØR	54
4.4.2	SOSIAL OG PERSONLIG DELING	55
<b>4.5</b>	<b>Å STYRKE RESSURSENE</b>	<b>55</b>
<b>5</b>	<b><u>DRØFTING</u></b>	<b>56</b>
<b>5.1</b>	<b>ET TERAPEUTISK ROM</b>	<b>56</b>
5.1.1	VITALITET OG IDENTITET	56
5.1.2	ROM FOR EKSISTENSIELLE OPPLEVELSER	57
5.1.3	ET ROGIVENDE OG POETISK ROM	58
5.1.4	ET AKSEPTERENDE ROM	58
<b>5.2</b>	<b>EN PERSONLIG TERAPI</b>	<b>59</b>
5.2.1	EN PERSONLIG TERAPEUT	59
5.2.2	SÅRBARHET OG TILLIT	60
5.2.3	LIKEVERD OG GJENSIDIGHET	61
<b>5.3</b>	<b>Å NÆRE DE NÆRE RELASJONENE</b>	<b>62</b>
<b>5.4</b>	<b>Å SKAPE NOE SAMMEN</b>	<b>63</b>
<b>5.5</b>	<b>TVERRFAGLIGE RINGVIRKNINGER</b>	<b>64</b>
5.5.1	Å STYRKE MESTRINGSRESSURSENE	64
5.5.2	MOTIVASJON OG INSPIRASJON	65
5.5.3	INSPIRASJON AV SYKEPLEIERE	65
5.5.4	ØKT TRYGGHET TIL «HELE BEHANDLINGSOPPLEGGET»	66
<b>6</b>	<b><u>OPPSUMMERING OG AVSLUTTENDE ORD</u></b>	<b>68</b>
<b>6.1</b>	<b>OPPSUMMERING</b>	<b>68</b>
<b>6.2</b>	<b>AVSLUTTENDE ORD</b>	<b>69</b>
	<b><u>LITTERATURLISTE</u></b>	<b>70</b>
	<b><u>VEDLEGG</u></b>	<b>77</b>
	<b>VEDLEGG 1: VURDERING FRA NSD</b>	<b>77</b>

<b>VEDLEGG 2: INFORMASJONSSKRIV (PASIENT)</b> .....	<b>82</b>
<b>VEDLEGG 3: INFORMASJONSSKRIV (PÅRØRENDE)</b> .....	<b>85</b>
<b>VEDLEGG 4: INFORMASJONSSKRIV (SYKEPLEIER)</b> .....	<b>88</b>
<b>VEDLEGG 5: SAMTYKKEERKLÆRING</b> .....	<b>91</b>
<b>VEDLEGG 6: INTERVJUGUIDE (PASIENT)</b> .....	<b>92</b>
<b>VEDLEGG 7: INTERVJUGUIDE (PÅRØRENDE)</b> .....	<b>93</b>
<b>VEDLEGG 8: INTERVJUGUIDE (SYKEPLEIER)</b> .....	<b>95</b>
<b>VEDLEGG 9: OPPSETT OG EKSEMPEL FRA STEG 2 OG 3 I DATAANAYSEN</b> .....	<b>97</b>
<b>VEDLEGG 10: BILDEEKSEMPEL FRA STEG 4 I DATAANALYSEN</b> .....	<b>99</b>



# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn og klinisk kontekst

Høsten 2019 ble jeg kontaktet av praksiskoordinator ved Norges Musikkhøgskole (NMH) med spørsmål om å gjennomføre en egenpraksis ved en intermediæravdeling for hodeskaderehabilitering på sykehus. Prosjektet ble initiert av ildsjeler ved avdelingen, og sprang ut i fra et ønske om å inkludere en musikkterapeut i strukturert arbeid med pasienter med nedsatt bevissthet, og generelt for hodeskadepasienter i subakutt fase.

Avdelingen driver spesialisert tidlig rehabilitering av pasienter med traumatisk hjerneskade, hjerneslag, eller andre skader i hjernen. Hovedformålet med rehabiliteringen er å bistå pasientene til å nå mål innenfor funksjon, aktivitet og deltakelse. Medisinsk stabile pasienter som er klare for rehabilitering rett etter akutfasen kan bli henvist til avdelingen. Her blir de møtt av et tverrfaglig team som jobber for å øke selvhjelpsferdigheter, fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre egne liv. Lengde på oppholdet varierer fra noen få dager opp til tre måneder. Pasientene er en sammensatt gruppe, men nedsatt bevissthet, delirium, og posttraumatisk forvirring er tilstander som går igjen hos mange.

### 1.1.1 Valg av tema

Involvering av pasientenes pårørende var ett av temaene som fanget interessen min tidlig i praksisperioden. Flere av pasientene var av ulike årsaker ikke i stand til å formidle sine musikkpreferanser, og det ble naturlig å ha kontakt med pårørende helt fra starten av. De pårørende virket ofte glade over å bli spurt om pasientens musikkpreferanser, og flere var ivrige på å komme med forslag. I forkant av praksisen hadde jeg satt meg inn i en del av musikkterapilitteraturen innenfor nevrologisk rehabilitering. Her vektlegger flere forfattere verdien av mellommenneskelig kontakt i den tidlige rehabiliteringsfasen. Spesielt Simon Gilbertsons (2013) artikkel «Improvisation og meaning», gjorde inntrykk. Etter å ha studert systemiske og relasjonelle perspektiver senere i karrieren, kunne han se tilbake på terapiforløpet til en gutt med traumatisk hjerneskade, med nye øyne. Deler av teksten er utformet som et brev til guttens mor, hvor han ber om unnskyldning for at hun ikke ble invitert inn i musikkterapien.

(...) There were so many days that you would have enjoyed seeing his progress. Or even joined in. Maybe it would have helped? I'll never know (...) I'm sorry I didn't

recognize that you were missing - missing from the room and from the opportunity to use music, just as I had done, to reduce the isolation and trauma caused to you and your son by the traumatic injury to his brain (...). (Gilbertson, 2013, s.5)

Inspirert av denne litteraturen var jeg innstilt på å innta et systemisk og relasjonelt perspektiv i praksisen; dette ved å inkludere pårørende i de tilfellene hvor det virket hensiktsmessig. Foreldre ble med og sang for pasienter med nedsatt bevissthet, en sønn ble med og spilte for faren sin. I samarbeid med sykepleiere hadde jeg improvisasjons «jam» med pårørende og pasienter, og vi prøvde ut elektroniske instrumenter som samspillsverktøy mellom pasient og pårørende. Jeg fikk inntrykk av at det å involvere pårørende i samspill og aktiv musikklytting la til rette for meningsfulle opplevelser i fellesskap, og flere gav tilbakemeldinger på at dette hadde vært positivt å være med på. Sykepleiere deltok også ofte i musikkaktivitetene, og jeg oppfattet det som at denne felles deltakelsen bidro med noe positivt for pasient-sykepleierrelasjonen.

Et stykke ut i høstsemesteret 2020 bestemte jeg meg for å gjøre dette til tema for min masteroppgave. Ettersom flere av pasientene var ved nedsatt bevissthet og uten mulighet til å uttrykke seg med ord, var planen å utforske kun pårørendeperspektivet. Dette endret seg da Birgitta ble lagt inn på avdelingen, og jeg begynte å arbeide med henne og hennes kjæreste Anders. Birgitta var i aller høyeste grad i stand til å uttrykke sine opplevelser med ord. Og både Anders, Birgittas søster og tre sykepleiere deltok i flere av musikkterapitimene. Dette åpnet muligheten for å lage en single casestudie sett ut i fra flere perspektiver; en pasient, en pårørende og en sykepleier.

## **1.2 Problemstilling**

Temaet for studien er «musikkterapi som systemisk praksis i tidlig hodeskaderehabilitering». Jeg beholdt en åpen og utforskende holdning hele veien, og var interessert i deltakernes brukerperspektiv; både hva Birgitta opplevde at musikkterapien gav henne på et individuelt plan, men også hva det kunne bety for de ulike relasjonene å delta i musikkterapien sammen. Jeg har formulert følgende problemstilling:

*Hvordan beskriver en pasient, hennes pårørende, og en sykepleier på en intermedieravdeling for hodeskaderehabilitering sine opplevelser med musikkterapi?*

Jeg har følgende underspørsmål:

- *Hvilke implikasjoner kan det å delta i musikkterapi ha for pasientens opplevelse av helse?*
- *Hva kan det bety for pasient og pårørende å delta i musikkterapi sammen, i en slik krisesituasjon?*
- *Hvilke implikasjoner kan det ha for relasjonen mellom pasient og sykepleiere å delta i musikkterapi sammen?*

### **1.3 Begrepsavklaring**

I det følgende vil jeg gjøre rede for noen sentrale begreper.

*Musikkterapi* som fagfelt kan forstås som studiet av sammenhenger mellom musikk og helse (Norsk forening for musikkterapi, 2021). Det finnes utallige definisjoner av hva musikkterapi er, som vektlegger ulike sider av hva musikkterapi har å tilby. Her vil jeg presentere en definisjon gitt av World Federation of Music Therapy (WFMT) fra 2011:

Music therapy is the professional use of music and its elements as an intervention in medical, educational, and everyday environments with individuals, groups, families, or communities who seek to optimize their quality of life and improve their physical, social, communicative, emotional, intellectual, and spiritual health and well-being. Research, practice, education, and clinical training in music therapy are based on professional standards according to cultural, social, and political contexts. (WFMT, 2011)

Denne definisjonen fremhever det relasjonelle perspektivet i musikkterapien, og inkluderer både de fysiske, sosiale, emosjonelle og spirituelle helseaspektene en musikkterapeut kan arbeide med.

*Pasientbegrepet* vil i teksten skifte mellom pasient og klient ut fra hvilken sammenheng det opptrer i.

*Pårørendebegrepet* benyttes i denne studien om personer med nær familiær tilknytning til pasienten, men kan i teorien også involvere nære venner.

Begrepet *krisesituasjon* nevnes i problemstillingen. Dette sikter til de alvorlige og utfordrende livshendelsene pasienten og de pårørende i denne studien står i. Dette kan defineres som en traumatisk krise (Eide & Eide, 1999). Traumatiske kriser kan utløses av for eksempel sykdom eller ulykker, og omhandler ofte ekstraordinære og belastende livshendelser.

*Rehabilitering* er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak. Formålet er at den enkelte pasient, som har, eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. Pasienten er hovedaktøren i prosessene og skal møtes med respekt og en lyttende holdning. Pårørende skal trekkes inn i den grad pasienten ønsker og har behov for det (Helsedirektoratet, 2020).

En *ervertet hjerneskade* er en skade forårsaket av en traumatisk (fysisk) skade mot hjernen, eller skade forårsaket av hjerneslag, tumorer, infeksjoner, allergiske reaksjoner, anoksi, hypoksi (oksygenmangel) eller metabolske ubalanser (Brain Injury Association of America, 2021).

#### **1.4 Litteratursøk**

Studien er inntatt flere komplekse temaer, og kan relateres til ulike forskningsfelt. Jeg gjorde derfor en rekke litteratursøk med ulike kombinasjoner av søkeord.

Det har hovedsakelig blitt søkt i følgende bibliotekataloger, databaser, tidsskrift og søketjenester: NMHs bibliotekatalog, NMH Brage, PubMed/Medline, Voices, Cochrane Library og Google Scholar. I kombinasjon med søkeordet «music therapy» har jeg brukt ulike kombinasjoner av disse ordene: «brain injury», «acquired brain injury», «neurological rehabilitation», «neurology», «adults», «hospital», «family», «family centered», «family

oriented», «care givers», «psychosocial», «intermediary unit», “ecological practice” og «systemic».

Tilsvarende norske ord ble også benyttet. Deler av litteraturen er funnet gjennom snøballsøk (Ghaljaie, Naderifar & Goli, 2017) samt tips fra veiledere og forelesere.

## **1.5 Avgrensninger**

Avgrensning av oppgaven har vært utfordrende og nødvendig fordi temaet for studien er komplekst og knyttet til flere ulike forskningsfelt. Grunnet oppgavens begrensede omfang vil jeg ikke gå i dybden på litteratur som omhandler pårørendeperspektivet eller sykepleieperspektivet. Med en åpen og eksplorativ tilnærming var det resultatene fra intervjuene som ble avgjørende for hvilke temaer som fikk mest plass, og resultatene blir hovedsakelig drøftet opp i mot litteratur fra musikkterapifeltet.

Birgittas spesifikke diagnose blir ikke nevnt i studien, da hun uttrykte et ønske om dette. Studien og musikkterapipraksisen hadde i utgangspunktet ikke et sterkt diagnosefokus, og jeg anser det derfor som relativt uproblematisk å utelukke denne informasjonen. Studien har relevans og overføringsverdi ikke bare for personer med tilsvarende diagnose som Birgitta, men for voksne mennesker i tidlig nevrologisk rehabilitering, og alvorlig syke mennesker på sykehus.

## **1.6 Disposisjon av teksten**

Videre i kapittel 2 *Metode* redegjøres det for den vitenskapelige tilnærmingen og forskningsmetoden i studien. Det legges frem en presentasjon av deltakerne, samt en detaljert redegjørelse for datainnsamlingen og analyseprosessen. Til slutt drøfter jeg noen etiske problemstillinger, studiens validitet og reliabilitet, samt kritiske tanker om metoden. I kapittel 3 *Teori* tar jeg for meg studiens helseforståelse, samt relevant forskning og litteratur om musikkterapi i nevrologisk rehabilitering. Videre presenteres den teoretiske rammeforståelsen for prosjektet, samt at det gis et innblikk i de aktuelle musikkterapeutiske aktivitetene som inngikk i det aktuelle terapiforløpet. Kapittel 4 *Resultater* presenter resultatene gjennom fire hovedtemaer som fremkom av analyseprosessen. Kapittel 5 *Drøfting* diskuterer funnene fra resultatkapitlet opp i mot utvalgt litteratur fra teoridelen. Kapittel 6 *Oppsummering og konklusjon* er en kort oppsummering av studien og teksten.

## **2 Forskningsdesign og metode**

### **2.1 Kvalitativ forskning**

Studien plasseres innenfor den kvalitative forskningstradisjonen ved at den søker dybde, innsikt og helhetlig forståelse av fenomener gjennom få deltakere. «I kvalitativ forskning søker en å forstå menneskelig virksomhet, menneskers opplevelses- og meningsverden, deres sosiale og kulturelle systemer og de praksiser og relasjoner de impliserer og skaper» (Thornquist, 2012).

I kvalitativ forskning kjennetegnes forskerens rolle ved nærhet og involvering til forskningsfeltet og menneskene som inngår i det. Forskeren har en slags dobbeltrolle som forsker og menneske, og bruker sin menneskelighet aktivt i forskningen (Thornquist, 2012). Refleksivitet er følgelig et kjernebegrep som refererer til forskerens bevissthet om sin egen rolle, refleksjon over seg selv og sitt bidrag til hva som skapes og utvikles gjennom hele prosessen (Thornquist, 2012, s.205). Den kvalitative forskningstradisjonen springer ut i fra fenomenologisk og hermeneutisk filosofi.

### **2.2 Fenomenologi og hermeneutikk**

I fenomenologien rettes oppmerksomheten mot verden slik den erfares for subjektet; ikke mot verden i seg selv uavhengig av personen som erfarer den (Thornquist, 2012). Fenomenologien analyserer og kartlegger hvordan verden konstitueres av vår bevissthet, og kalles ofte en bevissthetsfilosofi eller konstitusjonsfilosofi (Thornquist, 2012). Mens målet i positivistisk forskning er en fullstendig eliminering av det subjektive, står fenomenologien for det motsatte, og subjektivitet anses som en forutsetning for forståelse overhodet. Denne studien er fenomenologisk i sitt forsøk på å komme så nær deltakernes personlige opplevelser som mulig, men anerkjenner at dette utvilsomt er en interpretativ bestrebelse. Hermeneutikken fremhever at mennesket er et fortolkende vesen, og at fenomener alltid vil forstås ut i fra vår historiske bakgrunn, kontekst, relasjoner og kultur (Thornquist, 2012). Som Smith, Flowers & Larkin (2009, s.55) skriver: «Uten fenomenologien ville vi ikke hatt noe å interpretere; og uten hermeneutikken ville fenomenet forbli skjult» (egen oversettelse).

Denne studien er hermeneutisk forankret på flere nivåer: Jeg lente meg til hermeneutikken som filosofisk grunnlag i møtene med deltakerne ved å se dem som meningsskapende og fortolkende vesener i en spesiell kontekst. Deltakerne delte sine refleksjoner og tanker

gjennom hele terapiforløpet (også i forkant av intervjuene). Som musikkterapeut og forsker har jeg hele tiden tolket meningsinnholdet i musikkterapisituasjonene, i deltakernes uttalelser underveis, og ikke minst under den fortolkende analyseprosessen av datamaterialet.

Den hermeneutiske spiralen er en av de mest resonnerende idéene i hermeneutikken (Smith et al., 2009). Dette har med den dynamiske relasjonen mellom delene og helheten å gjøre. For å forstå hver del må man se på helheten, og for å forstå helheten må man se på delene. Dette kan knyttes både til det systemteoretiske utgangspunktet for denne studien, samt den ikke-lineære og dynamiske måten å analysere og interpretere datamaterialet.

Av de fenomenologisk-hermeneutiske filosofene vil jeg særlig trekke frem Heidegger og Merlau-Ponty som begge la vekt på det uløselige forholdet mellom mennesket og verden. Merlau-Ponty var opptatt av hvordan praktiske aktiviteter og relasjoner, og de fysiske og perseptuelle mulighetene til kroppen-i-verden, påvirker vår opplevelse og tolkning av oss selv og verden (Anderson 2003, i Smith et al., 2009). Dette er relevant i forskning hvor den sårbare kroppen er årsaken til at livet blir snudd på hodet.

### **2.3 Casestudieforskning – design og metode**

En casestudie er en empirisk metode som undersøker fenomener innenfor «virkelige» kontekster, i dybden (Yin, 2018). Casestudier er egnet når man ønsker å undersøke fenomener som skjer i nåtiden, eventuelt mellom nåtid og nær fortid, og hviler ofte på to typer datamateriale. Disse er deltakende observasjon og intervjuer av personer som i mange tilfeller fortsatt er involvert i de aktuelle hendelsene, aktivitetene eller relasjonene (Yin, 2018, s.12). Fenomenet jeg ville utforske i denne studien skjedde i en virkelig praksis, og foregikk i en pågående terapeutisk prosess. Jeg ønsket å gå i dybden på én case, og beholde et holistisk perspektiv for å forstå de komplekse menneskelige og sosiale fenomenene.

«Casen» i denne studien består av de menneskene som inngikk i det musikkterapeutiske forløpet til Birgitta, og det terapeutiske forløpet de var en del av.

#### **2.3.1 En eksplorativ «single casestudie»**

I et sitat som gir gjenklang i den hermeneutiske spiralen skriver Goethe: «The particular eternally underlies the general; the general eternally has to comply with the particular» (sitert

i Smith et al., 2009, s.47). Gjennom å gå inn i en spesiell case blir vi bedre rustet til å sette oss inn i hvordan vi og andre mennesker ville kunne håndtere en liknende situasjon. Vi vil også kunne avdekke hvordan vi på et dypere plan har mye til felles med en person som ved første øyekast lever under helt andre omstendigheter enn våre egne (Warnock 1987, i Smith et al., 2009). På denne måten kan detaljer om et individ og hennes nære relasjoner føre oss nærmere signifikante aspekter av det generelle.

En single casestudie er ifølge Yin (2018) egnet når man studerer en uvanlig eller ekstrem case som skiller seg ut fra de teoretiske normene eller hverdagslige hendelser. Alle pasientene jeg møtte i praksis var forskjellige, og mange av de befant seg i ekstreme situasjoner. Møtene med Birgitta skilte seg likevel ut gjennom kompleksiteten av sykdomsbildet, hennes og Anders bakgrunn, samt hennes evne til å uttrykke seg verbalt. Studien kan defineres som eksplorativ fordi studiens forskningsdesign er uvanlig innenfor det aktuelle feltet, og fordi problemstillingen var såpass åpen da jeg satte i gang datainnsamlingen. Eksplorerende problemstillinger har som hensikt å utdype det vi vet lite om (Grennes, 1997).

### 2.3.2 Flere perspektiver

Det vanligste i casestudier er å involvere kvalitative data fra en relativt homogen gruppe som deler visse kontekstuelle perspektiver rundt en gitt opplevelse, hendelse eller situasjon. Denne tilnærmingen kan ifølge Larkin et al. (2019) bli selvbegrensende når fenomenet man utforsker har en sterk relasjonell eller systemisk dimensjon. Å ta i bruk flere perspektiver innebærer et forsøk på å fange mer komplekse og systemiske fenomener, og bygger en link til en systemteoretisk tankegang. Prinsippet om triangulering står sterkt i casestudieforskning, og flere datakilder kan med fordel benyttes dersom det er mulig. Datamaterialet i denne studien involverer tre ulike perspektiver, og kan anses som en form for datatriangulering.

## 2.4 Datainnsamling

### 2.4.1 Utvalg av deltakere

Utvalg av deltakere foregikk gjennom et «strategisk utvalg» (Malterud, 2017). Dette innebar at jeg anså de individuelle deltakerne samt det aktuelle terapeutiske forløpet som spesielt egnet for å belyse forskningsspørsmålene. Birgitta kom til avdelingen etter et langvarig intensivforløp ved akuttavdelingen. Hun hadde ligget i koma i en periode, og våknet opp til en kropp som hadde behov for langvarig rehabilitering. Hennes helsetilstand var alvorlig og



preget av usikkerhet rundt fremtiden. Birgitta hadde tilsynelatende stort utbytte av musikkterapien, og satte ord på flere interessante erfaringer underveis i forløpet. Hennes kjæreste Anders deltok i flere av timene, og var svært engasjert i musikkterapien. De hadde begge profesjonelle bakgrunner som forskere, og har blant annet samarbeidet med Even Ruud og Karette Stensæth i forskningsprosjektet RHYME (2011-2016). Anders er selv musikkutdannet, og var med i evalueringen av musikk og helse prosjektet «Musikkbasert miljøbehandling» (Batt-Rawden et al.,2019). Til sammen bød dette på en unik mulighet for å samle inn reflekterte beskrivelser fra praksis som kunne belyse både de individuelle og relasjonelle erfaringene fra musikkterapien. Sykepleier Runa hadde deltatt i musikkterapien sammen med flere av pasientene i løpet av praksisperioden, og var derfor en god kilde til sykepleier-perspektivet i studien.

Birgitta mottok seks musikkterapitimer over en periode på omtrent tre uker. Hun og Anders ble spurt om å delta i studien etter at vi hadde hatt noen få musikkterapitimer sammen.

#### 2.4.2 Semi-strukturerte dybdeintervjuer

For å få innsikt i de tre deltakernes erfaringer, tanker og opplevelser, valgte jeg å gjennomføre individuelle semistrukturerte dybdeintervjuer. Et kvalitativt intervju er fenomenologisk ved at det har som hensikt å innhente beskrivelser om den intervjuedes subjektive livsverden, og hermeneutisk ved at både forskeren og deltakeren vil fortolke betydningen av disse (Kvale & Brinkmann, 2015). Det er semistrukturert, altså verken en åpen samtale eller en lukket spørreskjemasamtale, og utføres i overensstemmelse med en intervjuguide som sirkler inn bestemte temaer (Kvale & Brinkmann, 2015, s.46).

Alle de tre deltakerne hadde deltatt i flere musikkterapitimer sammen med meg, hvor de i ulik grad delte sine tanker, følelser og refleksjoner knyttet til disse opplevelsene. Dette gjaldt spesielt Birgitta, da det var en naturlig del av den terapeutiske prosessen, men også til dels Anders og Runa. Jeg hadde derfor allerede en tanke om hva slags spørsmål som kunne være relevante for å hente frem de erfaringene jeg mente kunne være ekstra interessante å ha med i studien. I forkant av intervjuene utarbeidet jeg en intervjuguide for hver deltaker. Her sørget jeg for å ha med spørsmål som dreide samtalen inn på noen felles temaer for alle de tre deltakerne, men også noen som gjaldt kun den ene eller den andre deltakeren, basert på deres ulike roller og erfaringer.

Kvale & Brinkmann (2015, s.22) skriver at forskningsintervjuet går dypere enn den spontane meningsutvekslingen som skjer i hverdagen, og er varsomt spørre-og-lytte-orientert. Min erfaring er at dette kan være mer sammensatt. Ved å sammenlikne et intervju med en terapeutisk prosess kan en tenke seg at utvekslingen av tanker, følelser og opplevelser i en terapeutisk prosess i større grad innebærer dype samtaler og en varsom spørre-lytte-orientert tilnærming, enn det som blir naturlig i en mer formell intervjusituasjon. Jeg opplevde likevel at deltakere delte mange av de samme tankene vi tidligere hadde vært innom i selve musikkterapisituasjonene, og at det i tillegg dukket opp nye refleksjoner som vi ikke hadde vært inne på tidligere.

Intervjuene ble tatt opp på lydbånd, hadde en varighet på rundt 50 minutter hver, og foregikk én til én uten andre personer tilstede.

#### 2.4.3 Deltakende observasjon

De semistrukturerte intervjuene er hoved-datakilden i studien, men siden jeg var en aktiv deltaker i alle ledd, er det naturlig å nevne mine egne observasjoner som en egen kilde. Mine observasjoner, tanker og refleksjoner dannet erfaringsgrunnlaget for mine fortolkninger av datamaterialet. Etter hver musikkterapitime skrev jeg en liten praksislogg som oppsummerte hva vi hadde gjort, litt kort om den terapeutiske prosessen samt egne refleksjoner rundt dette. Denne fungerte kun som supplerende datakilde for å huske hva vi gjorde og hvem som deltok i de ulike timene.

## 2.5 Transkribering og analyseprosess

For å styrke studiens reliabilitet vil jeg redegjøre for de valgene som ble tatt under transkripsjons- og analyseprosessen av intervjumaterialet.

### 2.5.1 Transkribering

En transkripsjon vil alltid være en hybrid mellom den muntlige samtalen som foregikk ansikt til ansikt – og en tekst som er ment for et lesepublikum (Kvale & Brinkmann, 2015, s.218), og det er flere lag av interpretasjon og konseptualisering involvert i prosessen fra de opprinnelige opplevelsene, intervjuene og transkripsjonene.

Den første grov-transkriberingen ble gjennomført fortløpende etter hvert intervju. Til å begynne med skrev jeg en detaljert transkripsjon med pauser og andre non-verbale uttrykk (som for eksempel sukk, nøling og «unødvendig» gjentakelse av ord), men finskrev etterhvert transkripsjonene til en mer litterær stil for å i større grad kunne formidle meningen med intervjupersonenes historier (Kvale & Brinkmann, 2015). Siden formålet med transkripsjonene var å gi en mest mulig lettlest utgivelse av informantenes historier, forsøkte jeg å finskrive på en måte som gjorde meningsinnholdet tydelig og letleselig. Noen ganger innebar det å fjerne unødvendige gjentakelser av ord, nøling, eller lange pauser i en setning (jeg beholdt slike uttrykk dersom det var viktig for å få frem meningsinnholdet i teksten). Dette gjorde jeg mens jeg lyttet til lydopptakene gjentatte ganger, for at setningsoppbyggingene skulle bli mest mulig i tråd med informantenes opprinnelige uttrykk. Det å lytte til deltakernes stemmer kan gjøre det lettere å «høre for seg» stemmene deres ved videre lesing og arbeid med materialet (Smith et al., 2009, s.118). Hvor man setter punktum og komma, er allerede en fortolkningsprosess (Kvale & Brinkmann, 2015, s.212), men ettersom alle mine informanter formulerte seg svært godt, og ettersom vi hadde delt en prosess i forkant av intervjuene hvor deltakerne kontinuerlig delte refleksjoner og erfaringer, opplevde jeg at jeg hadde en forforståelse som gjorde det ganske uproblematisk transkribere intervjuene på en måte som tok hensyn til meningsinnholdet i materialet.

En av informantene (Anders) snakket svensk, og for å gi teksten bedre flyt oversatte jeg hele hans intervju til norsk. Jeg gikk selv på svensk gymnasium, så jeg oversatte teksten på egen hånd. Dersom jeg var usikker på ord eller uttrykk søkte jeg opp dette for å finne en oversettelse som gav mening.

### 2.5.2 Analyse av datamaterialet

Jeg valgte å benytte meg av analysemetoden i Interpretative Phenomenological Analysis (IPA), av den grunn at IPA har et sterkere idiosynkratisk fokus i analysene enn det «tematisk analyse» har. Jeg ønsket å se etter sammenhenger mellom de ulike intervjuene, men uten at dette skulle gå på bekostning av det særegne i hvert enkelt intervju.

I analyseprosessen fulgte jeg de seks stegene som kjennetegner en IPA analyse (Smith et al., 2009). Analyseprosessen starter med en detaljert utforskning av hver case («case» innebærer her de separate datakildene, ikke det som er definert selve casen i studien), og beveger seg

deretter mot å utforske likheter og ulikheter mellom casene. Disse stegene er ment som en fleksibel veiledning heller enn noe en må følge slavisk. En analysedagbok ble hele tiden benyttet for å dokumentere hva jeg gjorde. Jeg forsøkte å følge disse trinnene steg for steg for hvert intervju før jeg gikk videre til neste transkripsjon. Likevel kan vi se den hermeneutiske spiralen i måten jeg bearbeidet materialet underveis: Jeg bevegde meg frem og tilbake mellom å jobbe med hvert enkelt intervju - og å se på helheten- om og om igjen, og frem og tilbake mellom ulike måter å se på materialet.

Her vil jeg redegjøre for de seks stegene i IPA-analysen:

### 1. Lese, og lese igjen

Det første steget involverer å fordype seg i det originale datamaterialet for å få et overblikk over materialet, og ble i stor grad redegjort for i kapitlet om transkribering. Smith et al. (2009) anbefaler et oppsett til selve analysetranskripsjonen, så jeg kopierte transkripsjonene inn i et eget dokument med et slikt oppsett, og gjennomførte steg to og tre ved å notere for hånd på papir (se vedlegg).

### 2. Innledende notater

Steg to likner en fri tekstuell analyse. Her noterte jeg ned mine egne refleksjoner og tanker underveis som jeg leste transkripsjonene gjentatte ganger. Jeg fargemarkerte sitater som virket spesielt interessante, og noterte ned tanker om hvorfor dette var interessant. Steg 1 og 2 gikk litt i hverandre, ettersom jeg begynte å notere allerede de første gangene jeg leste transkripsjonene. Senere i prosessen ble notatene mer og mer abstrakte og i større grad knyttet til helheten og sammenhenger mellom de ulike delene i transkripsjonen.

### 3. Utvikling av temaer

I dette steget lette jeg etter temaer som fanget essensen i sitatene og kommentarene. Noen temaer var lette å få øye på, mens andre ble til senere i prosessen som et resultat av abstraksjon og videre arbeid med alle de tre transkripsjonene. Temaene ble notert inn for hånd i det samme skjemaet som i steg 2.

### 4. Søke etter koblinger mellom temaene

På dette stadiet satt jeg med en rekke kronologiske temaer, og startet prosessen med å kartlegge temaene i relasjon til hverandre. Jeg skrev opp samtlige temaer på hver sin lapp og

la dem ut på gulvet, for så å flytte rundt på dem i ulike grupperinger. Enkelte temaer fungerte som magneter for andre undertemaer, og andre temaer trengte konstruerte overordnede temaer. Noen temaer var knyttet sammen via konkrete situasjoner som ble beskrevet, andre gjennom relaterte opplevelser, eller beskrivelser av relasjoner. Det virket som om det var uendelig mange muligheter når det kom til å identifisere temaer. Jeg opplevde også denne prosessen som nokså abstrakt, i den forstand at jeg fjernet meg fra selve transkripsjonen, men la merke til at jeg fikk bedre oversikt over materialet.

#### 5. Gå videre til neste case

Da jeg hadde fullført steg 1—4 gikk jeg videre til neste transkripsjon og repeterte prosessen. I en IPA analyse skal man forsøke å se hvert intervju separat før man leter etter likheter og sammenhenger mellom intervjuene. Jeg forsøkte beholde det idiografiske synet på hvert intervju, men hadde hele tiden sammenhengene mellom de ulike deltakerne i bakhodet. Dette var naturlig med tanke på at fokuset for oppgaven var sammenhenger mellom disse tre deltakernes opplevelser og relasjoner til hverandre.

#### 6. Se etter mønster mellom casene

Det siste steget handler om å se sammenhenger, likheter og ulikheter mellom de ulike casene. Som en del av denne prosessen la jeg ut lapper med temaene for hver case ut på gulvet og forsøkte å organisere dem på nytt, sammen. Dette var en kreativ prosess, igjen med tilsynelatende uendelige muligheter. Noen temaer sto frem som sentrale på tvers av casene, mens andre var mer sprikende. IPA studier skal peke på hver case sine idiosynkratiske områder, men også felles overordnede kvaliteter. Jeg valgte derfor å beholde noen temaer som kun en eller to av deltakerne var inne på, når jeg tenkte at det var interessante punkter å få med, i tillegg til de temaene alle tre hadde til felles.

I analyseprosessen la jeg etterhvert større vekt på Birgittas intervju, og lot hennes uttalelser bli det mest fremtredende i resultatkapitlet. Dette gjorde jeg fordi jeg tenker at pasientperspektivet er det viktigste perspektivet å få frem, supplert av pårørendeperspektivet og sykepleierperspektivet.

Noen av sitatene i resultatdelen er forholdsvis lange, sett ut i fra hva som er vanlig i forskningssammenheng (se eksempel s.43). Dette vil kunne tolkes som en manglende investering i analyseprosessen. Jeg vil presisere at det å beholde disse sitatene er et bevisst

valg fra min side. Informantene formulerte seg godt, og noen av de lengre sitatene gir god innsikt i den terapeutiske prosessen. Jeg opplever at det er en balansegang mellom det å vise analytisk evne gjennom å trekke ut essensen i sitatene, og å vise respekt ovenfor informantenes uttalelser og fortellinger.

## **2.6 Vurdering av forskningen – om roller, metode og etikk**

### **2.6.1 To hatter – en kropp**

Ettersom forskningen foregikk i en egenpraksis som en del av et mastergradsstudium fikk jeg to roller i prosjektet: musikkterapeut, og forsker. I kvalitative studier er nærhet til feltet og deltakerne en viktig forutsetning. Samtidig er det nødvendig med en refleksiv holdning hos forskeren for å kunne gi de empiriske dataene en analytisk fortolkning (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, 2019).

Refleksivitet er en kompetanse og en forskerposisjon som innebærer at forskeren evner å se betydningen av sin egen rolle i samhandling med deltakerne, de empiriske dataene, de teoretiske perspektivene, og den forforståelsen som forskeren bringer med seg inn i prosjektet. (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, 2019)

I denne studien har jeg vært en aktiv påvirker i alle ledd; i utforming av terapeutisk tilnærming, i selve sessionene, og i analyseprosessen av datamaterialet. I terapisesjonene hadde jeg i aller høyeste grad musikkterapeuthatten på, og mitt fokus var å gi Birgitta en så god terapeutisk prosess som mulig. Samtidig var jeg på utkikk etter deltakere til studien, og hadde allerede bestemt meg for å skrive om involvering av pårørende. Dette var uten tvil med å påvirke rammen for den terapeutiske prosessen ved at jeg bevisst utforsket en relasjonell og systemisk tilnærming. Skulle jeg skrevet om noe annet, kan det hende at Birgittas sessioner hadde sett annerledes ut. Mine roller som musikkterapeut og forsker gikk sånn sett inn i hverandre, ettersom temaene jeg skulle forske på direkte sprang ut fra praksiserfaringer og en genuin nysgjerrighet og interesse. Som terapeut hadde jeg utvilsomt en viktig rolle i å påvirke innholdet og opplevelsene i de aktuelle timene, men dette var kanskje i like stor grad avhengig av de som deltok, relasjonene mellom de, og musikken som ble spilt og delt.

Under analyseprosessen forsøkte jeg å se datamaterialet fra forskjellige synsvinkler og i lys av ulike teorier. Samtidig brukte jeg aktivt min egen innsikt i den terapeutiske prosessen som en kilde til forståelse og sammenheng i den terapeutiske prosessen. Hvordan deltakerne opplevde musikkterapien knyttes i stor grad knyttet til meg som person. Dette ble særlig fremtredende i Birgittas intervju, hvilket er naturlig (og ønskelig) da den terapeutiske relasjonen er helt sentral i musikkterapien. Jeg måtte tenke ekstra nøye igjennom hvordan jeg tolket og fremstilte disse delene av datamaterialet i analysen, og det ble en lærerik og interessant prosess hvor jeg lærte mye også om meg selv som terapeut.

Jeg håper at min refleksivitet og selv-hermeneutiske holdning i relasjon til datamaterialet kommer frem spesielt i drøftingskapitlet.

### 2.6.2 Metodekritikk

En masteroppgave er en relativt liten studie, gjennomført av en uerfaren forsker. Det å velge et såpass komplekst tema som ikke kun utforsker hva som skjer mellom en musikkterapeut og en pasient innenfor et relativt lite utforsket felt, men også utforsker dette i et systemisk perspektiv, var kanskje å ta seg litt vann over hodet. Likevel, dette var noe som interesserte meg i praksis, og hadde blitt en del av måten jeg arbeidet på. Selv om studien ikke går inn i all teori og forskning som omhandler pårørendeperspektivet eller sykepleierperspektivet, tror jeg at den ut i fra et mikroperspektiv kan sette lys på noen viktige poenger med overføringsverdi til andre situasjoner.

Dette er en single casestudie med kun en pasient, en pårørende og en sykepleier. Studien kan altså ikke si noe generelt om effekten av musikkterapi i arbeid med hodeskadepasienter, eller noe generelt om hva det betyr å jobbe systemisk som musikkterapeut innenfor denne konteksten. Men det var heller ikke formålet med studien. Jeg tok et valg om å gå inn i det spesielle, det partikulære og det idiografiske. Forhåpentligvis er denne casestudien interessant nok i seg selv til at den kan bidra med noen innsikter relatert til problemstillingen. Dette er en form for pilotstudie som sier noe om potensialet musikkterapi har som systemisk praksis i arbeid med voksne hodeskadepasienter på sykehus.

### 2.6.3 Etiske refleksjoner

Under dette prosjektet var jeg kontinuerlig nødt til å reflektere over ulike etiske problemstillinger, og sørge for at alle ledd i min praksis som musikkterapeut og forsker foregikk på en etisk forsvarlig måte. To av deltakerne i denne studien, Birgitta og Anders, befant seg i det jeg velger å kalle en stor livskrise, og var i en svært sårbar posisjon. Særlig Birgitta befant seg i en sårbar posisjon i den forstand at hun var i en alvorlig og uoversiktlig helsemessig tilstand. Det hviler derfor et stort etisk ansvar på meg som ansvarlig for prosjektet (Mohlin, 2008). I utarbeidingen av forskningsdesignet og formålet med studien var jeg i kontakt med Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og Norsk senter for forskningsdata (NSD) for å forsikre meg om at det jeg gjorde var i tråd med etiske retningslinjer for helseforskning. NSD godkjente prosjektet og hadde ingen innvendinger til gjennomføringen. Vedtaket fra REK viste at prosjektet ikke var fremleggspliktig hos dem.

#### 2.6.3.1 *Informert samtykke*

Alle de tre deltakerne mottok et infoskriv (godkjent av NSD) med informasjon om studiens overordnede mål, hovedtrekkene i prosjektplanen, og informasjon om hva det innebar for dem å delta. Vi gikk gjennom disse skrivenes i forkant av hvert intervju. Årsaken til at informert samtykke tillegges stor vekt er:

(...) respekten for individets råderett over sitt eget liv, anerkjennelsen av at individet ønsker å ha kontroll med de opplysninger om seg selv som deles med andre, og at det har rett til å vite hva de opplysningene som gis, skal brukes til. (Alver & Øyen, 1997, s.102)

Alle deltakerne var samtykkekompetente og i stand til å sette seg inn i og forstå fordeler og ulemper ved å delta i prosjektet, og var klar over sine rettigheter til når som helst å trekke tilbake sitt samtykke. To av deltakerne var likevel i en svært spesiell situasjon, og under stort psykologisk press, noe som ifølge Mohlin (2008) kan tenkes å påvirke deres dømmekraft. Jeg vurderte det som at alle var godt informerte og orienterte om hva de hadde sagt ja til.



### 2.6.3.2 *Konfidensialitet*

Jeg var tidlig i kontakt med Norsk senter for forskningsdata (NSD) angående prosjektet, og holdt dem fortløpende oppdatert på alle endringer. Ved et par anledninger ringte jeg kontaktpersonen min i NSD for å diskutere etiske problemstillinger som dukket opp underveis. Dette gjaldt blant annet spørsmålet om konfidensialitet og anonymisering. Birgitta uttrykte et ønske om å stå frem med sitt eget navn i studien, dette var en ny problemstilling for meg. Da deltakerne hadde sagt ja til å bidra i studien tok jeg det for gitt at all data skulle anonymiseres, ettersom jeg hadde forstått dette som et krav i forskningsmessig sammenheng (Mohlin, 2008). Jeg drøftet dette med flere parter for å forsikre meg om at jeg tok et etisk riktig valg.

For det første måtte jeg forhøre meg med Birgittas kjæreste, Anders, som også hadde sagt ja til å delta i studien. Dersom Birgitta skulle stå frem med navn innebar dette nødvendigvis at Anders også ville bli gjenkjent. Anders gav uttrykk for at han ikke hadde noe i mot å også stå frem med eget navn dersom Birgitta hadde et ønske om dette. Jeg forhørte meg også med overlegen på sykehusavdelingen, som mente at det ikke burde være noe problem. Jeg diskuterte både fordeler og utfordringer med begge mine veiledere, og kom til slutt frem til at det ville være etisk mest riktig å følge Birgittas ønske. Hennes profesjonelle bakgrunn og erfaringer med arbeid innenfor relaterte områder, samt hennes sterke personlige meninger om hva som er betydningsfullt og viktig når man havner i en situasjon som hennes, var noe hun ønsket å dele som en person, med et navn.

Mie Mohin skriver om utfordringer ved anonymisering i intervjuundersøkelser hvor beskrivelsene blir nærgående, og hvor forskningstemaet er spesielt og særegent:

I et forsøk på å anonymisere informantene vil man måtte forandre på viktige vilkår med betydning for de verdier, interesser og valg informantene står for. Dette ville kunne influere på forståelsen og tolkningen av materialet og ville derfor ikke være en holdbar fremgangsmåte om man hadde ønske om å se nærmere på holdninger, vurderinger og interesser hos den enkelte informant. Dersom vesentlige forhold ved informantens liv skulle endres i den hensikt å gjøre informantene mindre gjenkjennelige, ville man altså samtidig måtte endre på noen av de forutsetninger som kan ha vært medvirkende for de valg og interesser som informanten har. (Mohlin, 2008, s.210)

Dette er kanskje det sterkeste argumentet, i tillegg til deltakernes ønske, til å unnlate anonymisering. Birgitta og Anders bakgrunn, både profesjonelt og privat, hadde gjort det svært utfordrende å anonymisere uten å miste store deler av den mest interessante informasjonen studien har å bidra med. Sykepleier Runa valgte også å bruke eget navn.

Deltakerne fikk mulighet til å lese gjennom et utkast med deres sitater i god tid før publisering av oppgaven, og jeg fikk tilbakemeldinger på at de kjente seg igjen i materialet og at de ikke hadde noen innvendinger. Birgitta og Anders gav imidlertid beskjed om at de ønsket å holde selve diagnosen skjult, og studien gir derfor ingen detaljert informasjon om hennes spesifikke diagnose. Ettersom denne studien i utgangspunktet ikke har et sterkt diagnosefokus har jeg kommet frem til at det er tilstrekkelig å gi en forståelse av den kliniske konteksten, en mer generell forståelse av sykdomstilstanden, kombinert med Birgittas egne uttalelser rundt sin egen situasjon.

Siden materialet er av en svært personlig karakter har jeg gjort mitt beste for å i størst mulig grad bearbeide datamaterialet på en ydmyk og sensitiv måte, og håper at jeg har lyktes i dette forsøket.

## 3 Teori

I dette kapitlet presenteres innledningsvis relevant litteratur og forskning fra musikkterapi i nevrologisk rehabilitering. Videre redegjøres det for helseforståelsen, samt det teoretiske rammeverket for studien. Til slutt presenteres de musikkterapeutiske aktivitetene som ble tatt i bruk under det aktuelle terapeutiske forløpet.

Teori om humanistisk og ressursorientert musikkterapi, et relasjonelt perspektiv og salutogenese preger norsk musikkterapi generelt, men er i liten grad tidligere satt i sammenheng med musikkterapi i nevrologisk rehabilitering. Studien er derfor med på å øke kontaktflaten mellom denne litteraturen og eksisterende litteratur om nevrologisk rehabilitering.

### 3.1 Musikkterapi i nevrologisk rehabilitering

Musikkterapi har de siste tiårene steget frem som en effektiv terapiform innenfor nevrologisk rehabilitering verden over (Gilbertson & Aldridge, 2008), men er fortsatt et relativt nytt fenomen sammenliknet med andre kliniske settinger (Baker & Tamplin, 2006). Områder innenfor nevrologisk rehabilitering som har vært spesielt aktuelle for musikkterapi inkluderer språk- og talevansker, motoriske dysfunksjoner, hukommelsesvansker, personlighetsforandringer og forandringer i bevissthetsgrad (Gilbertson, 1999). En musikkterapeut vil kunne bidra i rehabiliteringen av disse pasientene både ved å fokusere på fysiologisk og motorisk rehabilitering, og ved å rette oppmerksomhet mot sosiale, emosjonelle og psykologiske behov og utfordringer som kan oppstå hos pasientene (Gilbertson & Aldridge 2008). I Norge er musikkterapitilbudet innenfor nevrologisk rehabilitering fortsatt svært begrenset, sammenliknet med for eksempel Tyskland, hvor 29% av alle rehabiliteringssentre hadde musikkterapi i sine program allerede i 2001 (Pöpel et al., 2001).

#### 3.1.1 Fokus i praksis og forskning

Store deler av musikkterapilitteraturen innenfor dette feltet vektlegger menneskelig kontakt og relasjoner i den tidlige rehabiliteringsfasen (Gilbertson & Aldridge, 2008; Aldridge, Gustorf & Hannich, 1990; Magee, 1999; Baker & Tamplin, 2006). Gilbertson (2008) hevder at fokus på sosiale og psykologiske faktorer i musikkterapien kan bidra til rehabiliteringen og virke balanserende i forhold til terapi som i hovedsak fokuserer på fysiologiske funksjoner.

Likevel utforsker majoriteten av forskningsstudiene jeg har kommet over de fysiologiske effektene av musikkterapien. Flere studier har dokumentert effekt ved opptrening av gangfunksjon og mobilitet (Ford et al., 2007; Roderdink et al., 2007; Thaut et al. 2007), talehastighet, stemmekontroll, artikulasjon og respirasjonsstyrke (Pilon et al., 1998; Wambaugh & Martinez, 2000; Thaut et al., 2001; Natke et al., 2003; Lim et al., 2013), samt målbare endringer i funksjon og adferd ved auditiv stimulering av pasienter i vegetative tilstander (for litteraturgjennomgang se Husmoen, 2009).

I USA har professor Michael Thaut (2014) utviklet det som kalles «nevrologisk musikkterapi». Dette består av standardiserte behandlingsteknikker rettet mot kognitive, sensoriske, og motoriske dysfunksjoner som følge av nevrologisk skade. Her er fokuset utelukkende rettet mot funksjonelle mål i terapien, mens sosiale og emosjonelle aspekter er ekskludert (Jochims, 2004). Denne retningen har bidratt med viktig forskning innenfor feltet, men ekskluderingen av psykologiske, emosjonelle og sosiale faktorer gjenspeiler ikke fokuset i store deler av musikkterapilitteraturen. En tysk undersøkelse fra 2001 viste at musikkterapeutene innenfor nevrologisk rehabilitering foretrakk å jobbe ut i fra indikasjoner som mestringssevner, emosjonell stabilitet, interaksjon og regulering av autonome dysfunksjoner, mens legene i samme studie vektla musikkterapeutenes rolle i behandlingen av kognitive, motoriske, eller sensoriske plager (Pöpel et al., 2001).

Jochims (1992) hevder at psykologiske, emosjonelle og mellommenneskelige aspekter ofte blir neglisjert i nevrologisk rehabilitering, og at musikkterapi kan være med på å skape en motvekt til det dominerende fokuset på fysiologiske funksjoner. Magee (1999) deler dette synet:

It is often immensely difficult to illustrate the value of this type of contact in a neuro-rehabilitation setting in any quantifiable way, other than incorporating more physical and functional goals within a music therapy program. In doing so, however, we risk neglecting the enormous potential for emotional rehabilitation which music therapy offers. (Magee, 1999, s.20)

Evnen til å bevege seg eller til å styre musklene intensjonelt kan ses på som basisen for emosjonelt uttrykk og kommunikasjon så vel som for mobilitet og mulighet til deltakelse i hverdagen (Jochims, 2004). Samtidig vet vi at det å gjennomgå et langvarig rehabforløp kan oppleves som psykologisk svært krevende, utmattende, og belastende for mange. Endrede

kroppsfunksjoner, begrenset sosial kontakt, og det å stå utenfor sine hverdagslige rutiner kan ifølge Walker et al. (2010) føre til at pasientenes normale mestringsmekanismer blir mindre tilgjengelige. Følelser av håpløshet, hjelpeløshet, reduksjon i ego-styrke og selvfølelse er ikke uvanlig under sykehusinnleggelse. Dette kan igjen føre til at pasientene får vanskeligheter med å lede oppmerksomheten til oppgavene som kreves av dem i terapisesjonene, og mangel på motivasjon og konsentrasjon kan hindre maksimal deltakelse i rehabiliteringen (Belbo et al. 1999; Code & Hermann, 2003, i Baker & Wigram 2004).

Musikk har stor påvirkningskraft på våre emosjonelle liv (Baumgartner, 1992), og kan brukes for å regulere følelser, humør og oppmerksomhet (Sloboda & O'Neill, 2001; Trainor & Schmidt, 2012; Baumgartner, 1992). Studier tyder på at musikkterapi kan gi økt opplevelse av positive følelser, samt reduksjon i frykt, tristhet og fatigue hos pasienter i nevrologisk rehabilitering (Magee & Davidson, 2002; Baker & Wigram, 2004). I tillegg viser forskning at involvering av pasientenes familiemedlemmer kan øke pasientenes motivasjon for å delta mer aktivt i rehabiliteringsprosessen (Nayak et al., 2000; Barker and Brunk, 1991).

Ettersom livskvalitet er avhengig av både funksjonelle, sensoriske, kognitive, kommunikative, sosiale og emosjonelle aspekter, bør evaluering av effekt involvere flere parametre enn kun funksjonalitet alene (Gilbertson, 2005; Jochims, 2004). Denne studien utforsker i hovedsak de mellommenneskelige, emosjonelle og eksistensielle aspektene i et musikkterapeutisk forløp. Dette innebærer ikke en nedvurdering av musikkterapiens rolle i den fysiske rehabiliteringen. Kropp og biologi er begge en del av helse og terapi, og det er nødvendig å samarbeide i team med andre faggrupper hvor man supplerer og utfyller hverandre (Ruud, 2008).

### **3.2 Helseforståelse**

I denne studien forstås helse som noe mer enn fravær av fysisk og psykisk sykdom, og knyttes også til individers subjektive oppfatning av helse. Helse forstås altså som et personlig fenomen, og kan involvere opplevelse av velvære og livskvalitet. Livskvalitet kan igjen forstås som noe som omhandler et godt følelsesliv, gode mestringsferdigheter, gode relasjoner til andre, samt opplevelser av mening og livssammenheng i tilværelsen (Ruud, 2008, s.22).

Denne helseforståelsen er nært knyttet til teorien om salutogenese.

### 3.2.1 Salutogenese

Salutogenese er en teori utviklet av den amerikansk-israelske sosiologien Aaron Antonovsky. Teorien representerer et perspektiv på psykisk og fysisk velvære gjennom å fokusere på menneskets aktive evne til tilpasning for å øke mestring, helse og velvære (Antonovsky, 1979). “Salut” (fra latin “salus”) betyr helse. “Salutogenese” beskriver altså en “helsebringende drivkraft” eller “helsens opprinnelse”. Motpolen til salutogenese er patogenese (fra det greske ordet “patos”: smerte, sykdom) (Antonovsky, 1979).

#### 3.2.1.1 *Heterostase versus homeostase*

Antonovsky (1979) så på mennesket som i en konstant tilstand av heterostase, hvor smerte og plager er naturlig for menneskets eksistens, likesom død er det. Mennesket beveger seg gjennom livet på en akse mellom det å være totalt frisk og det å være totalt syk. På denne aksen er det krefter som dytter oss i den ene eller andre retningen, men vi er alltid delvis friske, delvis syke. Antonovsky var spesielt opptatt av viktigheten av å forstå hvordan noen mennesker har mindre plager enn andre, og hvilke faktorer som gjør at mennesker beveger seg mot bedre helse. Den salutogene modellen fokuserer på helsefremmende faktorer som kan hjelpe folk til å bedre sine mestringstrategier gjennom livet for å bevege seg i helsefremmende retning, uansett hvor man befinner seg på frisk-syk aksen.

#### 3.2.1.2 *Sense of coherence*

Et sentralt begrep i den salutogene teorien er «Sense of coherence» (SOC). Dette beskriver i hvilken grad vi har en gjennomgående, stabil, men dynamisk følelse eller tillit til at det vi opplever i livet er begripelig, meningsfylt og håndterbart (Antonovsky, 1979). Å ha en sterk SOC vil i følge den salutogene teorien gjøre at man er motivert for å takle ulike stressfaktorer ved at man har tro på at man har ressurser tilgjengelig, og kan altså bidra til økt mestring, helse og velvære. SOC representerer en måte å tenke på, være på, føle på og handle på som gir retning og sammenheng i livet (Langeland, 2017). Antonovsky var opptatt av å se mennesket i interaksjon med miljø og kontekst, og tankegangen hans uttrykker sterke systemteoretiske aspekter (Eriksson, 2017).

#### 3.2.1.3 *Mestringsressurser*

Nøkkelen til en flyt mot god helse ligger i det Antonovsky beskrev som de generelle mestringsressursene. Disse finnes som ressurser bundet til personer, grupper eller miljø, og

støtter individers evne til å mestre ulike stressfaktorer (Eriksson & Al-Yagon, 2017). De generelle mestringsressursene gir en person et sett av meningsfylte og sammensatte livserfaringer takket være ressursene som er til disposisjon, og er av både genetisk, konstituell og psykososial karakter. Jeg vil her nevne noen av de generelle mestringsressursene som er særskilt relevante i denne studien.

*Kulturell tilhørighet* er en av mestringsressursene som nevnes (Antonovsky, 1979). Kulturen gir oss en plass i verden, og kan stimulere en persons deltakelse på ulike arenaer. *Egoidentitet* er en ressurs på det emosjonelle plan som omhandler opplevelsen personen har av seg selv (Langeland, 2017). *Sosial støtte* er en viktig mestringsressurs knyttet til opplevelse av mening og tilhørighet. Nære emosjonelle relasjoner til personer av betydning har vist seg å ha stor innvirkning på vår evne til å takle stress og regulere følelser, også i voksen alder (Erikson & Al-Yagon, 2017). Kvaliteten på sosial støtte og egoidentitet ses på som spesielt viktige mestringsressurser (Langeland, 2017), da disse er sterke følelses- og meningsfaktorer, som er en stor drivkraft i livet (Eriksson & Lindsröm, 2006). *Religion og filosofi* er mestringsressurser som gir forankring, retning og mening i livet. *Kunnskap og intelligens* er kognitive ressurser som gir innsikt og aktualiserer valg.

### **3.3 Humanistisk musikkterapi**

Humanismen fordrer et syn på mennesket som en flerdimensjonal helhet. Dette innebærer at mennesket blir sett som organisme, person, samfunnsvesen, som del av en kontekst, en kultur og et sosialt felt (Ruud, 2008).

Som et humanistisk fag omfatter musikkterapien kunnskap om hvordan musikk virker inn på følelser og tanker ut fra vår historiske og kulturelle situerhet, som betingelser for tolkning og musikalsk meningsdannelse. Den humanistiske eller fortolkende musikkterapien gir oss holdepunkter for å forstå menneskers livsverden med sin særegne intensjonalitet, evne til symboldannelse og forutsetninger for autonomi eller selvbestemmelse. (Ruud, 2008, s.5)

Det er viktig å betone at den medisinske praksisen som er rådende i dag må sies å stå innenfor en humanistisk tradisjon (Ruud, 2008, s.7). For eksempel er den filosofiske kjernen i ergoterapien også humanistisk, holistisk og klientsentrert (Finlay, 2001), og en kan se

likhetstrekk mellom ergoterapeuters og musikkterapeuters ønske om å fremme disse verdiene i praksis. Selv ble jeg imponert og ydmyk over å se hvor empatisk sykepleierne og terapeutene ved avdelingen jobbet med pasientene.

Hovedmålene i behandlingene hadde likevel fysiologiske mål, eller gikk ut på å gjenvinne motoriske ferdigheter. I den ekstremt utfordrende situasjonen Birgitta og hennes pårørende befant seg i, så jeg derfor et behov for å tilby et terapeutisk rom hvor hennes følelser, tanker og drømmer fikk plass, og hvor hun ble møtt som et relasjonelt vesen i en økologi av uunnværlige relasjoner.

### 3.3.1 Musikk og identitet

I sin forskning på musikalske selvbiografier har Ruud (1997) bekreftet at det er en nær sammenheng mellom musikk og identitet. Ruud beskriver identitet som en del av vår indre, opplevde oppmerksomhet på oss selv, og vektlegger opplevelsen av kontinuitet, altså individets bevissthet om å være den samme. Vi vet at prosesseringen som skjer i hjernen når vi lytter til musikk aktiverer de mest komplekse nevrologiske systemene relatert til oppmerksomhet og hukommelse (Knox & Jutai, 1996). Minner knyttet til relasjoner, tider, steder og opplevelser vekkes til live når vi lytter til bestemte musikkstykker (Ruud, 1997).

Våre musikkopplevelser kan forstås som et kognitivt kart hvor forskjellige dimensjoner som geografisk tilhørighet, religion, personlige relasjoner og eksistensielle temaer, er innkodet (Ruud, 2013, s.74). Gjennom å gjenfortelle episoder hvor musikkopplevelser satte seg fast i kroppen, er det derfor mulig å skrive fortellingen om sitt liv. Fordi slike fortellinger alltid handler om en større kontekst – om forholdet til andre mennesker, tid, sted og eksistensielle spørsmål – blir fortellingene om musikkopplevelsene og om «min musikk» alltid en fortelling om «hvem jeg er», eller hva jeg ønsker å framstå som for meg selv og andre (Ruud, 2013, s.6).

### 3.3.2 Et relasjonelt perspektiv

I humanistisk tenkning står omsorgen for det individuelle sentralt, men dette innebærer ikke en ensidig individualisme. Et humanistisk perspektiv betoner at vi er relasjonelle vesener, «homo communicans», hvilket betyr at vi finner vår humanitet og mening gjennom fellesskap og samhørighet med andre (Trondalen, 2008). Aldridge (2005) hevder at historiene vi forteller



om oss selv ikke bare er personlige historier, men sagaer som blir til gjennom forhandlinger innenfor nære relasjoner, og at identitet er noe vi uttrykker i fellesskap med andre mennesker. Dette minner om filosofen Sartres (1956) tanke om at selvet ikke er en eksisterende entitet som skal oppdages, men at vi hele tiden skaper oss selv i en verden av menneskelige relasjoner. Dette er en interessant tanke sett i sammenheng med pasienter i tidlig nevrologisk rehabilitering hvor deres identitet blir satt på prøve (Walker et al., 2010) - samtidig som de tilbringer mindre tid sammen med sine nære. Denne studien foregikk under covid-19 pandemien, hvilket innebar begrensede muligheter for besøk av pårørende.

### *3.3.2.1 Intersubjektivitet*

En relasjonell tankegang innenfor musikkterapi innebærer at selvopplevelse og samskapelse blir til gjennom utveksling av følelser og musikalske gester i et levende musikalsk-relasjonelt nærvær. På teorinivå kan dette betraktes som «intersubjektivitet» (Stern, 1991), og gjenkjennes i felles opplevelser av at «du vet at jeg vet at vi har delt noe viktig» (Trondalen, 2008). Begrepet intersubjektivitet stammer fra utviklingspsykologi og betegner den relasjonelle menneskelige virkeligheten som består av både indre og ytre forhold.

Intersubjektivitet innebærer et grunnleggende behov for å dele, som også er en evne som betegner det følelsesmessige fellesskapet som kan oppstå mellom individer (Schibbye, 2012). Trondalen (2007) beskriver det hun kaller «gylne øyeblikk» i musikkterapien. Disse øyeblikkene henviser til intersubjektive øyeblikk i musikkterapi hvor man både føler at man har vært nær den andre i relasjonen, og samtidig anerkjenner den andres følelse av det samme.

Sett fra et fysiologisk ståsted er sosiale interaksjoner noe som i stor grad kan fremme plastiske endringer i hjernen vår (Davidson & McEven, 2012). Det felles samspillet i musikkterapien kan sees på som en intens form for sosial interaksjon, som ifølge Schmid (2016) kan fasilitere slike endringer.

### *3.3.2.2 Inkludering av familie*

Gerweck & Tan (2010) skriver om musikkterapi i arbeid med voksne pasienter på intensivavdelinger på sykehus, deriblant pasienter som har opplevd traumatiske hodeskader, hjerneblødninger eller kreft. Samarbeid med pasientens familie anses her som en svært viktig del av arbeidet. Når følelser av sjokk, frykt, usikkerhet, hjelpeløshet og forvirring blir overveldende for pasienter og deres familier, kan musikkterapien tilby muligheter for å

oppleve støtte, trøst, følelse av å være sammen og positiv mestring (Gerweck & Tan, 2010, s.123).

Engaging musically can support family interactions, provide a catalyst for family communication, and create a sense of normalcy (...) Music can reduce the level of tension in the environment or within the individuals. Music can also facilitate spiritual expression and support. Music, whether recorded or live, can generate an environment of peacefulness and calm amidst the chaos and activity of the hospital unit. Using the iso principle, the music therapist can facilitate a musical experience that matches the patient and family at their current physical and emotional state. (Walker et.al, 2010, s.166)

Det å involvere familie og andre besøkende i aktiv musikkskapning kan være vitaliserende og tilby meningsfullt samvær og mestring for alle involverte (Walker et al., 2010; Baker & Tamplin, 2006). Schmid (2016) beskriver hvordan en kvinne i tidlig hodeskaderehabilitering ble vitalisert, både kroppslig og følelsesmessig, gjennom sang og improvisasjon. Kvinnens to døtre ble involvert i prosessen – og musikkterapien var kanskje like viktig for dem som for moren: “When she sings, she seems to be the woman she was before the injury, finding access to parts of her personality which were hidden by the disease” (Schmid, 2016, s.236).

### *3.3.2.3 En terapeutisk samvandringsprosess*

Verdien av relasjonen mellom musikkterapeuten og klienten er grunnleggende innenfor den humanistiske tenkningen (Ruud, 2008; Trondalen, 2008). Dette innebærer at musikken i seg selv ikke blir selve behandlingsformen, men at klienten møtes av en musikkterapeut i felles musikkopplevelser. Den humanistiske musikkterapeuten er opptatt av en likeverdig og gjensidig dialog, hvor terapeuten er tilstede som en person og ikke som en opphøyd profesjonell (Ruud, 2008; Rolvsjord, 2010). Gilbertson & Aldridge (2008) beskriver hvordan en mann med alvorlig ervervet hjerneskade improviserer sammen med musikkterapeuten på en måte som demonstrerer to likeverdige musikalske roller, til tross for at han knapt kunne røre seg. Et slikt samspill kan være med på å bygge en likeverdig relasjon, hvilket er spesielt verdifullt i en periode hvor pasienten i veldig stor grad er hjelpetrengende.

Den humanistisk-eksistensielle psykiateren Yalom (2002) ser på klienten og terapeuten som «fellow travelers» i en slags samvandringsprosess. Han hevder at man ved å engasjere seg

personlig i terapien, blant annet gjennom å formidle personlige erfaringer, demonstrerer en respekt for den terapeutiske prosessen. Selvformidling kan likevel innebære nokså ulike ting, og det er viktig å skille mellom hva som er terapeutisk hensiktsmessig og hva som er kontraproduktivt. Det er for eksempel essensielt å dele av seg selv og sine opplevelser i her-og-nå øyeblikket, mens man bør vise større forsiktighet når det kommer til å dele noe av sitt privatliv (Yalom, 2002). Stensæth & Jensen (2016) skriver at musikken i seg selv er en ressurs som kan hjelpe terapeuten å «sette seg selv i spill», og at musikkterapeuter derfor har gode muligheter for å praktisere en dialogisk kompetanse preget av likeverdighet og kommunikasjon. Rolvsjord (2010) skriver at det å dele personlige emosjoner gjennom musikken er en essensiell del av jobben som musikkterapeut, og at deling av egen sårbarhet er særlig verdifullt for å skape en gjensidig relasjon. Wikne (2018) hevder at det å møte klientene på en personlig måte kan skape en trygg atmosfære.

Gjennom å dele av seg selv og sin egen personlighet kan man gjøre avstanden mellom terapeut og klient mindre, og vi kan tenke oss at dette kan bidra til en viss utjevning av maktforskjeller (Ihlhaug, 2016). En slik tilnærming kan sees i kontrast til mer instrumentelle terapiformer hvor klienten blir definert gjennom sine utfordringer. Fravær av gjensidig samspill mellom terapeut og klient fører til at klienten må underkaste seg terapeuten subjektive virkelighet. Dette innebærer et syn på klienten som objekt og ikke subjekt (Benjamin, 2004).

### 3.3.3 Ressursorientert musikkterapi

Det er et sentralt syn innenfor musikkterapien i Norge å fokusere på klientenes friske sider, å støtte opp under deres ressurser og styrker (Rolvsjord, 2004). Det salutogene perspektivet er sånn sett svært synlig i musikkterapeutiske praksiser. Rolvsjord hevder at man gjennom en ressursorientert tilnærming kan legge til rette for en bemektigelse av klienten. En slik bemektigelse innebærer ikke kun et fokus på å styrke klientens personlige ressurser, men forutsetter også en bevissthet omkring maktrelasjoner i samfunnet, den sosiale livssituasjonen klienten befinner seg i, så vel som i den terapeutiske settingen (Rolvsjord, 2008). For å oppnå en bemektigelse av klienten er det essensielt at den terapeutiske relasjonen oppleves som likeverdig, og at prosessen er preget av samarbeid og deltakelse (Rolvsjord, Gold & Stige, 2005). Rolvsjord (2010) hevder at respekt innebærer anerkjennelse av hverandres styrker og ressurser, så vel som begrensninger. Likeverd og gjensidighet trenger altså ikke å viske ut ulikheter.

### 3.3.4 En kontekstuell musikkforståelse

Når vi knytter musikk til helse kan det være interessant å se nærmere på om det finnes musikk som har en særlig helseeffekt. Den amerikanske psykologen og musikkviteren Carroll C. Pratt (1931) skilte mellom det han kalte et autonomt og heteronomt musikkssyn. Det autonome musikkssynet fremmer tanken om at «musikkens essens» ligger i lydstrukturene som sådan. I et heteronomt musikkssyn, på den andre siden, tenker en at musikk inneholder ikke-tonale kvaliteter, og at karakteren til et musikkstykke ofte er preget av ekstramusiske assosiasjoner (Baumgartner, 1992).

Musikkpsykologisk forskning viser at musikalske kvaliteter som for eksempel langsomt tempo, trinnvise melodier, få dissonanser og overraskelser synes å virke beroligende og avspennende på oss, mens større sprang, irregulære rytmer, høy puls og dissonanser kan virke vitaliserende eller stimulerende (Ruud, 2011; Brean, 2019). Likevel mener Ruud (2008) at det er viktig å ha et kontekstsensitivt syn på musikken.

Hvordan vi opplever musikk og hvordan musikk virker på oss er avhengig av vår musikalske bakgrunn, påvirkning, musikken vi selv har valgt å bruke og den situasjonen vi opplever musikken innenfor. Med andre ord virker musikken, personen og situasjonen sammen i et relasjonelt eller gjensidig forhold hvor det er umulig å ta bort noen av disse komponentene uten at det endrer på meningen. (Ruud, 2008, s.14)

Å handle i samsvar med mottakerens musikalske koderepertoar legger ikke bare et bedre grunnlag for de musikalske dialogene, med innebærer også en grunnleggende respekt for – og anerkjennelse av – mottakerens (musikalske) identitet og menneskeverd (Ruud, 2008, s.10).

#### 3.3.4.1 *Affordance and Appropriation*

Selv om vi ikke kan si at det er en bestemt mening skrevet inn i musikken kan vi si at musikken tilbyr (affords) en bestemt mening og bruk. Musikksosiologen Tia DeNora (2000) innførte begrepet «affordance and appropriation». Disse begrepene handler om at musikken «tilbyr» noen bestemte opplevelsesmåter som vi i situasjonen kan velge å ta i bruk (appropriere) på bakgrunn av vår erfaring, fantasi og kontekst (Ruud, 2011; Bonde, 2011). Musikk kan altså forstås som symbolske «pekere» med mer eller mindre bestemt destinasjon,

og det er opp til oss hvilken mening vi skal «appropriere», eller på hvilke måter musikkopplevelsen skal inngå i fortellingen om oss selv (Ruud, 2013, s.70).

#### *3.3.4.2 Eksistensielle aspekter og høydepunktsopplevelser*

Aldridge (2005) skriver at alvorlig syke personer ofte blir nødt til å forholde seg til eksistensielle eller spirituelle aspekter, og løfter frem musikkterapiens egnethet i å tilby eksistensiell støtte og uttrykk. Musikk kan noen ganger løfte oss opp og ut av en hverdagslig kontekst og gjøre at vi kommer i berøring med «viktige sider av tilværelsen» (Gabrielson & Lindström (1994). Ruud (2013) forteller hvordan vi kan oppleve at enkelte musikkstykker «rører oss ved sjelen», og at musikken i seg selv da ofte tilskrives stor betydning. Den musikkterapeutiske pioneren og utvikleren av Guided Imagery and Music (GIM), Helen Bonny, hevder at musikk kan avdekke vår personlige dybde, og tilby muligheter for å gå inn i meditative og fredfulle tilstander (Bonny, 2002).

Psykologen Maslow (1970) skrev om det han kalte «høydepunktopplevelser». Disse karakteriseres blant annet av opplevelse av fornyelse, og oppbygging av krefter og motivasjon (Jørgensen, 1989). Slike opplevelser kan gi følelse av ny innsikt og nye muligheter, og kan ifølge Ruud (2013) bekrefte ens identitet, styrke selvtilliten og følelsen av fellesskap med andre mennesker.

### **3.4 Systemteori**

Generell systemteori ble utviklet av Von Bertalanffy og senere videreutviklet blant annet av sosialkonstruktivistene Kenneth Gergen (Schjødt & Egeland, 2006). Begrepet systemisk brukes på mange områder for å betegne en forståelse og praksis med fokus på kommunikasjon, relasjoner og samspill, til forskjell fra en mer individ- og egenskapsfokuset forståelse. Systemteori baserer seg altså på et system som mer enn summen av delene, og fokuset flyttes fra individet til interaksjonen mellom individene (Johnsen & Torsteinson, 2012, s.28).

#### 3.4.1 Systemiske perspektiver i musikkterapien

Norske musikkterapeuter har lenge vært klar over at det å jobbe med musikk og individer bør ses innenfor en større sammenheng. Et sterkt fokus på miljøfaktorer i musikkterapien de siste tiårene har resultert i ulike fremstillinger og teoretiske innfallsvinkler (Ærø & Aasgaard,

2011), og både Bruscias (2014) «økologiske praksis» og Stiges (2012) «samfunnsmusikkterapi» er inspirert av systemisk tankegang og systemteori.

#### *3.4.1.1 Økologisk praksis*

Bruscia (2014) skriver om det han kaller økologisk praksis innenfor musikkterapien. Dette området utvider begrepet klient til å inkludere helheten som klienten er en del av. Eksempler på dette kan være klientens familie, arbeidsplass, nabolag, samfunn og kultur. En økologisk praksis vil altså strekke seg utover pasient-terapeutforholdet og inkludere flere lag av relasjoner mellom klient, terapeut og samfunn. Teorigrunnlaget stammer fra systemteori, hvor alle enheter i et større fellesskap påvirker hverandre, og sees på som uløselig knyttet til hverandre (Bruscia, 2014). Hovedpåstanden er at når musikkterapeuten jobber frem mot endring i klienten og/eller økologien rundt klienten, vil en eventuell endring i en av disse føre til endring i den andre. Arbeid med klienten blir derfor sett på som nyttig for økologien, og omvendt.

#### *3.4.1.2 Samfunnsmusikkterapi i kliniske settinger*

Trygve Aasgaard (2004) diskuterer aspekter ved samfunnsmusikkterapi i konteksten «pediatrisk sykehusavdeling», hvor involvering av foreldre så vel som helsepersonell er en viktig del av det musikkterapeutiske fokuset. I denne settingen kan det essensielle medisinske fokuset om å redde liv føre til at pasienten reduseres til «en syk kropp», og reduserer helsepersonell sin jobb til det å kurere sykdom. Som musikkterapeuter er vi spesielt privilegerte ved at vår oppgave hovedsakelig er å fokusere på helse fremfor sykdom, på salutogenese fremfor patogenese. Dette innebærer også å arbeide musikkterapeutisk med menneskelige nettverk – hvor pasient-terapeut dyaden er en av flere viktige relasjoner, og hvor terapeutiske mål utvides til å promotere en økologi av helse i hele sykehusmiljøet. Denne formen for musikkterapi kan ifølge Aasgaard (2004) opprettholde aspekter av helse knyttet til individer, familier og miljøet.

Det å delta i ulike musikkaktiviteter kan påvirke de komplekse interdisiplinære relasjonene i sykehusmiljøet, for eksempel ved at helsepersonell får sett pasientene i helt andre situasjoner hvor deres ressurser og styrker kommer til syne. “For some minutes patients are not primarily patients, participating professional staff are not primarily professionals” (Aasgaard, 2004,

ikke sidetall).

### 3.4.2 Deltakelse

Pasienters rolle reduseres ofte til å kun bli en mottaker av terapi og omsorg. Trondalen (2004) skiller mellom handling og behandling. Det er forskjell på å legge til rette for situasjoner som setter i gang deltagelse hos pasientene og det at pasientene passivt mottar noe som blir gitt dem med henhold til diagnosen de måtte ha. I musikkterapien kan personer få anledning til å gå fra å være pasienter til å bli produsenter, og rollene og ansvaret hos de involverte aktørene får mer fleksibilitet enn det som har vært vanlig i kliniske kontekster (Stige, 2012).

Stige (2006) undersøker begrepet «deltakelse» fra et relasjonelt og kultur-sentrert perspektiv, og hevder at det er mer ved deltagelse enn det «å være der» og «å bli med». Han skiller mellom deltagelse som en individuell aktivitet, og deltagelse som en felles, samarbeidende aktivitet. Deltakelse som en felles, samarbeidende aktivitet gir ifølge Stige en mer signifikant forståelse av begrepet. Litteratur fra relaterte forskningsfelt viser at effekten av- og opplevelsen av «å være der» og «bli med» styres av komplekse relasjoner mellom de involverte deltakerne, aktivitetene, gjenstander etc. (Stige, 2006).

#### 3.4.2.1 Musicking

Aktørstatus er ifølge Ruud (2012) en viktig dimensjon i opplevd livskvalitet som mennesker kan dra nytte av gjennom «musicking». Small (1998) hevder at musikkens mening ligger i relasjonene som oppstår gjennom den felles musiseringen og lyttingen, og foreslår en definisjon av musikk som et verb heller enn som et substantiv: «To music is to take part, in any capacity, in a musical performance, whether by performing, by listening, by rehearsing or practicing, by providing material for performance, or by dancing» (Small, 1998, s.9).

Denne beskrivelsen av musikk som deltagelse og aktivitet, i kontekst, gir oss en forståelse av musikk som sosial og kontekstavhengig aktivitet.

#### 3.4.2.2 Kontekst

Rolvstjord & Stige (2015) diskuterer tre ulike syn på kontekst: Musikkterapi i kontekst, musikkterapi som kontekst, og musikkterapi som interaktiv kontekst. «Musikkterapi i kontekst» omhandler en bevissthet rundt omstendighetene som påvirker musikkterapien ved

for eksempel å sette føringer for, og forventninger til, terapien. «Musikkterapi som kontekst», derimot, peker på det «rommet» bestående av dynamiske relasjoner som konstituerer og blir konstituert av musikkterapipraksisen. Dette rommet kan tilby en rekke muligheter for opplevelser og kommunikasjon. «Musikkterapi som interaktiv kontekst» peker på musikkterapiprosesser hvor praksisen er koblet til interaksjon med en bredere kontekstuell økologi, som for eksempel en institusjonell kontekst. Et slikt syn på kontekst er sterkt knyttet til økologisk systemteori hvor alle parter gjensidig påvirker hverandre (Rolvsjord & Stige, 2015).

### **3.5 Musikkterapeutisk tilnærming**

For å få innsikt i hvorfor og hvordan noe fungerer er det en fordel å gi innsikt i de ulike musikkterapeutiske metodene som ble tatt i bruk (Gilbertson, 2005). Jeg vil derfor presentere teori knyttet til aktivitetene i det terapeutiske forløpet til Birgitta.

#### **3.5.1 Reseptiv musikkterapi**

I dette forskningsprosjektet har musikklytting vært en sentral musikkterapeutisk tilnærming. I reseptiv musikkterapi lytter klienten til musikk som enten er ferdig innspilt eller som spilles live av musikkterapeuten. Lytteopplevelsen kan være fokusert på fysiske, emosjonelle, intellektuelle, estetiske eller spirituelle aspekter av musikken og klientens opplevelse av denne (Bruscia, 1998, s.120). Reseptive metoder blir ofte brukt i arbeid med voksne pasienter som er innlagt på sykehus på grunn av nevrologiske skader eller kreft, da det ikke krever stor grad av motorisk anstrengelse fra pasientens side. En del musikkterapeuter benytter seg først av reseptive metoder for å opprette en kontakt og relasjon til pasienten, før mer aktiv musikkskapning introduseres (Grocke & Wigram, 2007).

#### **3.5.2 Sangdeling**

Sangdeling kan gi tilgang til mestringsopplevelser, motivasjon og økt trivsel i et behandlingsopphold ved at man får delt musikk med hverandre som er av personlig betydning for den enkelte. En slik deling kan være en nøkkel til kontakt og relasjonsbygging i musikkterapeutisk arbeid (Kristiansen, 2016). I sangdeling får man mulighet til å vise nye sider av seg selv, og kan oppleve anerkjennelse og stimulering av sine friske og sterke sider, både fra musikkterapeuten og de andre deltakerne (Rolvsjord, 2008). Utforskning av egne



musikkpreferanser og deling av disse kan være en identitetskonstruerende handling som kan skape følelse av sammenheng, kontinuitet og mening i livet (Ruud, 2013).

### 3.5.3 Sang, pust og identitet

Når det er snakk om musikk og identitet er stemmen et helt sentralt element. Stemmen vår er bærer av noe privat og kroppslig (Ruud, 2013). «Hele følelsesregisteret formidles daglig gjennom stemmen. Stønn, gråt, latter, sinne, uro og skam, glede og fryd; alt høres i klangen. Stemmens uttrykk bærer i seg anatomiske, fysiologiske, psykologiske, relasjonelle, kulturelle og historiske elementer – levd liv, kropp og selvopplevelse» (Schei, 2011, s.89).

I de aktuelle musikkterapiene brukte vi stemmen både gjennom å synge sanger, men også gjennom «chanting». Chanting er en form for sangmeditasjon med røtter i buddhistiske og hinduistiske meditasjonstradisjoner, hvor pust og tilstedeværelse i kroppen er sentralt (Hanh, 2002; Jacobsen, 2019). Den psykoanalytisk orienterte musikkterapeuten Diane Austin (1999) skriver at sang er en direkte måte å få kontakt med og uttrykke intense følelser. Det er interessant at det greske ordet «psyke» betyr både «sjel» og «å puste» («Psyche: word origin», 2021). Austin skriver at vi gjennom sang kommer i kontakt med pusten vår, kroppene våre og våre emosjonelle liv. Hvordan vi puster påvirker hvordan vi føler oss, og hvordan vi føler oss påvirker pusten. Forskning viser at det å puste dypt senker hjerterefrekvensen, roer det autonome nervesystemet, og kan gi økt opplevelse av positive emosjoner (Perciavalle et al., 2017; Busch et al., 2012).

#### 3.5.3.1 Musikalsk «grounding»

Austin (2008) nevner ulike teknikker musikkterapeuten kan ta i bruk for å skape en trygg «musical container», for eksempel gjennom det hun kaller «grounding». Dette handler om å skape et stabilt musikalsk rom som kan fungere som en trygg base for spontanitet og emosjonelt uttrykk gjennom vokal improvisasjon. I musikalsk grounding kan musikkterapeuten for eksempel spille eller synge grunntonen (tonika) gjennom hele improvisasjonen, for å skape en base som klienten trygt kan improvisere over (Austin, 2008). Slike teknikker (vocal holding techniques) har som hensikt å etablere tillit, trøste og berolige, fremme tilstedeværelse i kroppen og etablere en dypere kontakt med følelsene (Austin, 2008, s.145). Denne teknikken brukte jeg blant annet under chantingen.

## 4 Resultat

I dette kapitlet vil jeg presentere resultatene fra datamaterialet og analyseprosessen.

### *Transkripsjonssymboler*

...	Kort pause
(...)	Utelatt tekst
(ler)	Ikke-verbalt element
[sangen]	Ufyllende informasjon av forfatteren
!meg	Ord med emfatisk trykk

### 4.1 Et terapeutisk rom

I mitt aller første møte med Birgitta, dagen før vår første musikkterapitime, uttrykte hun det jeg tolket som en frustrasjon og oppgitthet over situasjonen sin. Hun ønsket ikke å motta mer terapi den dagen og sa at hun ikke orket å være objekt for flere studenter eller sykepleiere akkurat da. Dagen etter hadde vi vår første musikkterapitime sammen, og vi fikk en svært god tone da vi begynte å prate om musikk. Jeg hadde med celloen, noe som førte til at Birgitta nevnte en av sine favorittkomponister, Arvo Pärt. Dette er en komponist også jeg har et personlig forhold til, og jeg ble derfor glad da hun nevnte ham. Jeg fant frem notene til Arvo Pärts «Spiegel im Spiegel» og lastet ned en innspilling av pianostemmen fra YouTube.

Like før jeg gikk for å finne notene kom Birgittas kjæreste Anders på besøk, og Birgitta kunne meddele at de nå skulle få høre dette stykket sammen. Jeg rigget meg til med celloen. Birgitta satt oppreist i sengen mens hun og Anders holdt hverandre i hendene. Stemningen var, for meg, til å ta og føle på.

#### 4.1.1 Livgivende

Birgitta forteller at hun befant i en tilstand hvor hun følte at hun hadde mistet seg selv, og var redd for å dø. For Birgitta ble møtet med denne musikken, som hun har et så sterkt forhold til, livgivende. Gjennom musikken ble hun minnet på hvem hun var, og fikk en erindring av det hun opplever som det vakreste i livet. Dette kontrasterte til den stemningen hun i utgangspunktet befant seg i:

Det som for meg har vært veldig sterkt, det er det at jeg ligger i en dødssituasjon - jeg er redd for å dø - og det er klart at da blir musikken, og den musikken du har gitt meg, blir liksom rett og slett livgivende. Jeg følte at jeg hadde ligget her og mistet meg selv, og var som en pose poteter som folk drev og flyttet på og hang på, og flytta rundt omkring, og så kommer du her og gir meg livet på en måte tilbake. Og det høres veldig voldsomt ut, men jeg følte det, altså livets mening ble på en eller annen måte gitt tilbake til meg når du spilte Arvo Pärts «Spiegel im Spiegel», som er et stykke som betyr enormt mye for meg. Plutselig kom jeg til å huske på hvem jeg egentlig var, og veldig mye av min selvforståelse og mitt liv. (...) Og det var helt sånn... det var sånn, ja, roseknopp som sprekker, det var så sterkt at jeg, jeg, har nesten ikke ord for det, fordi det blir erindring av det dypeste spirituelle livets mening. Sånn opplevde jeg det når du kom her.

Sykepleier Runa jobbet hos Birgitta både dagen før jeg hadde første musikkterapitime med Birgitta, og morgenen etter. Runa opplevde Birgitta som en helt annen person morgenen etter den første musikkterapitimen:

Jeg opplever jo at hun falt litt mer på plass i den perioden når det med musikk ble introdusert. Det er i hvert fall min tolkning av det, fordi at den personen som hun var når jeg kom den morgenen og du hadde spilt for henne første gang var jo ikke den samme personen som kvelden før da jeg prøvde å få deg til å komme inn, og hun ikke ville det.

Anders sier at det er ekstremt viktig å få inn andre inntrykk når man er så kroppslig bundet som det Birgitta var i denne situasjonen. Han opplever at det å lytte til musikk gjør at man får tilgang på følelser og gjør at man føler seg som et menneske:

Når man ligger sånn på sykehus, og når ens kjæreste er så bundet kroppslig, og ikke kan bevege seg ut av sengen og sånn, så er det ekstremt viktig å få inn andre inntrykk, og musikken gjør jo at man ikke bare kommer seg bort, men også at man får tilgang på følelser og man får... Man føler seg faktisk som et menneske.

#### 4.1.2 Identitet

Det å være pasient på sykehus kan innebære at en mister tilgang på del av de tingene som gjør at vi føler oss som «oss selv». For Birgitta ble møtet med musikken som hun har et så sterkt forhold til en måte å komme i kontakt noe i seg selv som hun hadde mistet kontakt med i

denne kritiske situasjonen. Hun sammenlikner møtet med musikken med det å kjenne lukten av sin egen parfyme:

De tar på deg sykehusklær og de flytter på deg og de dasker med deg, (...) de tar fra deg alt som er «meg». Alt er dandert. Og så kom Anders med genseren min som luktet min parfyme, og jeg begynte å gråte, for plutselig husket jeg hvem jeg var. Og det føler jeg at musikken - og du - gav meg. Nemlig, du gav meg tilbake meg selv.

Kunst og musikk er noe av det som betyr mest for Birgitta, og hun har selv brukt Spiegel im Spiegel i sin jobb som forsker:

Altså, noe av det som betyr mest for meg det er jo kunst og musikk, og akkurat det stykket har jeg hatt kanskje noen av mine sterkeste opplevelser med, i min egen jobb da, som forsker og med musikk i forskning, og reist rundt med barn og sånn. Så plutselig fikk jeg tilbake meg selv, det var ikke mindre det du gav meg.

#### *4.1.2.1 Min musikk*

Det at vi fant frem til akkurat dette musikkstykket var nok ganske toneangivende for hvordan Birgitta opplevde det første møtet med meg og musikkterapien.

Jeg ble så utrolig, utrolig takknemlig over at musikk fins og over at, at du kom inn her og gav meg tilbake !min musikk på en måte. Og det som var min musikk, det var ikke liksom Prøysen, jeg vil ikke ha julekveldsvisa, jeg vil ha min musikk.

#### *4.1.2.2 Vår musikk*

Anders og Birgitta har felles opplevelser med Spiegel im Spiegel fra tidligere. For Anders var det var viktig at vi kunne spille musikk som betød noe for dem personlig:

Jeg opplever det at det har vært veldig fine studer, av flere grunner, og av helt ulike grunner. Men det første at det [Spiegel im Spiegel] er et stykke som betyr mye for meg og Birgitta, som betyr mye for oss personlig, som vi også har arbeidet med. (...)

### 4.1.3 Et åpent og aksepterende rom

Birgitta forteller at hun har blitt tilbudt psykolog, men at hun selv ikke ønsker dette fordi hun i utgangspunktet ikke har lyst til å prate om seg selv. Hun liker ikke å være midtpunktet og prate om hvordan hun har det. I musikkterapistundene har hun likevel blottlagt seg selv, sine tanker og følelser. Hun opplever musikkterapien som et terapeutisk rom hvor hun blir akseptert for den hun er, og hvor hun får rom til å tolerere sin egen nakenhet:

Jeg har behov for å kunne tolerere min egen nakenhet, og det har du gitt meg rom for. Jeg har ikke behov for å snakke med en psykolog. Det er mulig at det er bra for meg, men jeg har ikke lyst. Men jeg har veldig lyst, når du gir meg det rommet som du gir meg, det er virkelig terapeutisk for meg, fordi det er som om jeg blir akseptert for den jeg er, naken.

## 4.2 Kontrast til sykehushverdagen

Birgitta og Anders beskriver musikkterapien som en kontrast til store deler av sykehushverdagen.

### 4.2.1 Poetiske møter

Da Anders ble spurt om å velge tre ord som oppsummerte hans opplevelser fra disse musikkterapitimene var ett av ordene «poetisk». Han opplever at man får kontakt med andre følelser i seg selv som kontrasterer mot det som er vanskelig i sykehushverdagen:

(...) det er også som en poetisk uttrykksform, som kontrasterer mot det som er hverdagen her med å mislykkes, kjenne seg dårlig, trenge å sove, og føle seg urolig og sånn... At man får tilgang til noe annet i seg selv, gjennom musikken og gjennom møtet med deg.

Det har forbauset Anders hvor viktig det er å tørre å bli værende i en stemning, og hvile i musikken. Han knytter dette til det at jeg ikke har behov for å vise frem hvor flink jeg er til å spille:

Du må ikke bytte, spille raske skalaer og vise hvor flink du er på den måten, og Birgitta kaller det for at du ikke mister den poetiske siden. Og det er jo det å tørre å hvile i det, og i musikken. Å våge å holde det, som gjør at man liksom ikke hopper videre til neste med en

gang sånn, og at man tør å bli værende i noe. Så...det har forbauset meg, hvor viktig det er, og hvor sterkt det er også å gjøre det. (...) Det har betydd mye for meg, og også for Birgitta.

#### 4.2.2 Å hvile i musikken

Birgitta fant en ro i musikkterapien som hun opplever som en kontrast til det som er vanskelig og forstyrrende i sykehusmiljøet ellers. Hun knytter dette til musikken vi har spilt, men også til meg som terapeut:

Jeg blir kjempeforstyrret av all den derre daskingen, å bli flyttet på, og på med lyset, og inn og ut med masse lyder og sånn. Jeg synes det er kjempevanskelig. Og da blir det rommet du har laget for meg, når du har kommet, det blir en ro, det blir en sakheth. Selvfølgelig har det noe med Arvo Pärt å gjøre også, men det har også med ditt mot til å være naken, eller være ærlig da...

#### 4.2.3 Å puste sammen

En dag nevnte Birgitta at hun og Anders hadde vært i India, og at de hadde lært seg «chanting», en slags sangmeditasjon hvor man fokuserer på pust og tilstedeværelse i kroppen. Jeg foreslo derfor at vi kunne chante sammen en av de påfølgende dagene. Birgitta hadde en ung sykepleier på vakt som ingen av oss kjente så godt fra før, og som aldri hadde vært borti noe sånt tidligere. Vi inviterte henne med, og hun deltok i chantingen sammen med oss. Birgitta gav henne instruksjoner. Jeg la en grunntone i celloen, vi lukket øynene. Og så sang vi sammen, på selvvalgte toner, Birgitta, Anders, sykepleieren og jeg.

Birgitta: Når vi chantet, det synes jeg også var fantastisk sterkt, fordi da kom vi til essensen av det å leve, nemlig det å puste. Når man plutselig bare legger på sin egen stemme, på sin egen pust så er det som om man får tilbake livet. (...) for meg så ble det en sånn «Åh, vi tør å være så nakne sammen». (...) for det er jo ganske modig å chante sammen.

Birgitta opplevde at det å synge sammen på denne måten gjorde at vi kom i kontakt med essensen i det å leve, og uttrykker en begeistring over det at vi tør å være så «nakne» sammen. Hun forteller at hun har lært seg å ta i bruk pusteteknikker når hun blir stresset, og opplevde at det å dele denne opplevelsen under chantingen var fantastisk:

Så når vi plutselig kan dele den opplevelsen, at alle de tonene gikk. Selv om jeg som sagt ble litt oppmerksom på at hun sykepleieren ble litt sånn overasket, og syntes at det var litt for alternativt (ler). Jeg synes det var helt fantastisk. Jeg tror også at hun syntes det var fantastisk.

Gjennom å puste og synge sammen gikk vi dypere inn i oss selv. Dette var verdifullt for Birgitta i den situasjonen hun var i:

Det å tørre å gå dypere når man er på en avdeling som dette her. Det er ikke bare «Spill med oss» liksom, det er faktisk å tørre å nå dypere i seg selv.

### **4.3 Relasjonelle implikasjoner**

I denne praksisen hadde jeg en tanke om at jeg ville legge til rette for gode mellommenneskelige opplevelser ved å inkludere både pårørende og sykepleiere i en del av musikkterapitimene. Vi skal nå se på hva deltakerne opplevde at disse timene gjorde med relasjonene deres.

#### **4.3.1 Birgitta og Anders**

Anders deltok på fire av musikkterapitimene, både i sangstund, i chanting, og som aktiv lytter sammen med Birgitta.

##### *4.3.1.1 Et ærlig og personlig rom*

Birgitta og Anders har tidligere delt mange sterke musikkopplevelser sammen, både privat og gjennom jobb. De har reist rundt med Den kulturelle skolesekken, og jobbet med barn med funksjonsnedsetting og eldre med hukommelsesvansker. Anders er musikkutdannet selv, og Birgitta uttrykker at de har et ganske bevisst forhold til musikk. Likevel opplever hun at de har utviklet seg i relasjon til meg i musikkterapien. Hun beskriver det som et rom hvor de har kunnet være åpne og sårbare, og at det har invitert til deling av personlig musikk også utenom musikkterapien:

Du har jo skapt et rom hvor vi har turt å være utrolig ærlige, så det skal du ta til deg på en måte, fordi, på grunn av den nakenheten du kommer med, med det store instrumentet, og sitter her og spiller toner som brytter oss åpne. Det åpner oss som sånne, jeg vet ikke helt hvordan...altså det blir så sårbart, fordi musikken er så sårbar. (...) Men akkurat det at du har klart å tørre å være i det rommet og mediere det rommet, som blir så nakent, det er et veldig

mot som du viser som gjør at vi tør også, og dermed så har det flyttet også relasjonen mellom meg og Anders, som gjør at jeg nå sender den [en av sangene hun delte i sangstunden] til ham om natten. (...) Vi har gått mye lengre i forhold til hverandre, gjennom det rommet du har laget for oss.

Birgitta opplever det som vanskelig å være uten Anders mye av tiden, på sykehuset. Det å sende hverandre musikk gjør at de kan føle nærhet til hverandre selv om de ikke er fysisk sammen:

Jeg bor jo på en måte i kjæresten min sin ømhet, og når han ikke er her så mister jeg jo livsviljen av og til, jeg faller helt sammen. Av og til om natten, så ringer jeg ham og sier bare «Jeg vil ikke dø, jeg vil ikke dø» Og så gråter jeg, og han blir jo selvfølgelig fortvilet for at jeg ligger alene på sykehus og ser opp i takplatene og føler meg ensom. Men det at jeg kan ringe han og dele musikken, jeg kan sende han musikk.

#### 4.3.1.2 Å opprettholde sin «musikalske relasjon»

Anders mener at det er viktig å opprettholde den musikalske relasjonen de har sammen, i den situasjonen de befinner seg i nå. Jeg forstår det som at musikkterapistundene har støttet denne opprettholdelsen:

(...) det er noe vi pleier å gjøre; vi har musikkstunder, vi lytter til musikk, og noen ganger spiller vi musikk og sånn. Så vi har jo en sånn relasjon til hverandre gjennom musikken, som det er veldig viktig å opprettholde.

Anders og Birgitta delte følelsesladde øyeblikk i musikkterapien. Anders opplever at musikkstundene er med på å forsterke deres relasjon:

Det blir noe som forsterker min og Birgittas relasjon, fordi den musikken betyr noe for oss. Og at vi sitter og holder hverandre i hendene, at vi gråter litt og sånn... (...) Musikken blir en trigger.

#### 4.3.2 Birgitta og søsteren

En dag skulle Birgittas søster komme på besøk, og jeg spurte Birgitta om hun ville at jeg skulle spille noe for de mens hun var der. Blant annet på grunn av covid-19 restriksjonene har ikke søsteren kunnet være så mye på besøk. Birgitta forteller at de er veldig forskjellige, og at



de i utgangspunktet ikke har en relasjon til hverandre hvor det føles naturlig å dele dype følelser eller å vise hvor sårbar og redd man føler seg. Denne musikkstunden gav dem en mulighet til å nærme seg hverandre på en måte de ikke hadde gjort tidligere.

#### 4.3.2.1 *Å komme nærmere*

Birgitta så muligheten for at det å lytte til Spiegel im Spiegel sammen kunne gjøre at de ville nå inn til hverandre, og tok initiativ til å holde hender mens de lyttet til musikken:

Så kom søsteren min, og jeg ba deg spille Spiegel im Spiegel, for jeg tenkte den kanskje kunne nå frem til henne. Og så ba jeg henne da om vi ikke kunne holde hender sammen. Og det er veldig vanskelig, vi gjør ikke det, vi driver ikke og gir hverandre klemmer, jeg holder ikke henne i hånden. Og så ble det en utrolig åpenbaring for oss begge, en dypt spirituell opplevelse for oss begge.

Birgitta har aldri vist seg så sårbar for søsteren sin tidligere, og sier at denne opplevelsen har gitt de en ny referanseramme i sin relasjon. Hun sier at dette er en erfaring de alltid vil kunne holde tak i når ting blir vanskelig:

Så nære til å snakke om døden og min egen redsel og sånn, det har jeg aldri vært med søsteren min. Jeg blottla jo, på grunn av deg og Spiegel im Spiegel, en side ovenfor søsteren min, som jeg aldri har blottlagt før (...) Altså, noen av de tonene du drar på den celloen din, det er som jeg sprekker opp. (...) Det går gjennom sjelen min på en måte. Og det opplevde søsteren min også. Og det at vi har fått det som referanseramme, som erfaring mellom oss - vi har aldri hatt noe i nærheten av den opplevelsen.

Birgitta opplevde at det var en gjensidig åpenhet mellom oss som gjorde at de turte å åpne seg på denne måten. Jeg eksponerte meg selv gjennom å spille for de, hvilket gjorde det lettere for de å eksponere seg for hverandre, og for meg:

(...) det at du tør å gå nærmere gjør jo også at vi tør å åpne oss mer. Så den åpenheten er resiprokt, det går jo begge veier.

### 4.3.3 Involvering av sykepleiere

Birgitta forteller at det overrasket henne hvor sterkt følelsesmessig og nakne flere av musikkterapitimene ble, også i de timene hvor sykepleiere deltok. Hun nevner spesielt timen hvor vi chantet sammen, Birgitta, Anders, en sykepleier og jeg.

#### 4.3.3.1 Å eksponere seg for hverandre

Jeg vet jo at musikk er personlig, jeg vet jo det, men at du klarte å lage de rommene som ble så «sjel møter sjel» - og det har skjedd gang på gang, også med pleierne her. Også med hun når vi chantet, jeg var veldig overrasket over det. Jeg var ikke forberedt på det faktisk. Jeg tenkte at «Jaja, hun har godt av å vite hva det er», men at det skulle bli sånn, når tonene bare gikk og gikk og gikk, så synes jeg bare det var sånn «Wow» altså. Så det overrasket meg, at det ble så åpent og nakent og sårbart på en måte.

Birgitta reflekterer rundt hva det var som gjorde at det ble så sterkt:

(...) det var mange faktorer som gjorde det: det er deg, det er musikken, (...) og det er i vi som sitter rundt her og deler det.

Birgitta opplevde at relasjonen mellom henne og denne sykepleieren forandret seg etter chantingen, og tror det har å gjøre med at de har eksponert seg for hverandre:

Jeg merker veldig godt med hun som var med på den chantingen, som synes dette var veldig rart, hvor nære vi har kommet hverandre, og det har bare skjedd de siste dagene. (...) Og det tror jeg har noe med at vi har eksponert oss for hverandre, og det er egentlig ganske viktig når man er i en sånn sårbar situasjon som jeg er i nå.

Runa (som altså ikke var med i chantingen, men i sangstunden) opplever at man ikke kan gjemme seg bak musikken:

Det er liksom det her med at det er noe sant og noe ekte, da, det er jo det jeg føler med musikk, at du kan på en måte ikke gjemme deg bak det.

Hun forteller at sterke følelser også kan trigges i henne når hun deltar i musikkterapien, og opplever at dette noen ganger kan være litt utfordrende når hun er i sykepleierrollen:

Jeg tenkte på det etterpå at jeg, ja når vi satt og sang... at jeg ble beveget og felte noen tårer. Men jeg tror ikke at det gikk over noen sånn profesjonell grense, for det å bli beveget av musikk er jo helt greit, og Birgitta var beveget, og Anders var beveget, og jeg vet ikke om du var det, men uansett, det har jeg tenkt på, da, at jeg håper ikke det var «feil» liksom.

Hun kommer frem til at det er menneskelig å bli berørt av musikk, og at det å bli beveget av et rørende musikkstykke ikke går over en profesjonell grense.

#### *4.3.3.2 En annen type kontakt*

Runa benytter seg også av og til av musikklytting sammen med pasientene, utenfor musikkterapien. Morgenen etter den første musikkterapitimen oppsto det en situasjon hvor Runa og Birgitta delte musikk med hverandre. Dette ga en god kontakt mellom dem, som også tok fokuset vekk fra ubehagelige prosedyrer:

Runa: (...) Og så sto jeg og danset, for jeg ble jo revet med, og det her var jo under morgenstellet. (...) Det kan være litt vanskelig å ta i mot hjelp på den måten. Så da kunne vi liksom danse og tulle det litt bort, og ha fokus på musikken. Så jeg hoppa rundt, eller jeg hoppa ikke rundt, jeg dansa i rommet da. Og hun lå i sengen og danset, og vi sang begge to, og det ble veldig god stemning, og hun merket at jeg ble veldig glad, og jeg merket at hun ble veldig glad, og det at vi så hverandres glede det er jeg sikker på gjorde den sterkere.

Birgitta nevner samme situasjon i det jeg spør hva det gjør med relasjonene til sykepleierne å dele musikkopplevelser sammen:

Utrolig viktig. Og du kan si at det med Runa, hun kom jo inn når noen av de andre mørkudete guttene var her. Jeg spurte de om Miriam Makeba, og de ble kjempeglade for plutselig kunne de dele swahili med meg! (...) Og plutselig så danset vi sammen, og jeg hoppet rundt på den trampeputa (...)

Det er tydelig at Birgitta og sykepleierne fikk en god opplevelse sammen i denne situasjonen, og at slike musikkopplevelser også gir sykepleierne en annen kontakt med Birgitta enn de kanskje hadde fått ellers. Anders mener at det er fint å involvere sykepleiere i musikkterapien fordi det kan gi en annen kontakt:

Jeg synes det er veldig bra. Og det kanskje må være frivillig, men jeg synes det er veldig bra, og jeg tenker at for sykepleiere må det jo være et ekstra verktøy å ta til seg. (...) Det gjelder å få gjort det man må medisinsk og kroppslig og sånn, for å opprettholde livet og hverdagen og sånn, men det handler jo også om å kunne gjøre andre ting, slik at man får en annen kontakt.

Runa opplever at man når inn til pasientene gjennom musikk, og uttrykker at hun selv får en bedre dag på jobb når hun kan være med i musikkterapien:

Ja, jeg personlig får jo en veldig mye bedre vakt, altså, det gir meg jo masse. Både fordi at musikk i seg selv gir meg mye, men det gir meg jo veldig mye å se at man gjør noe som når inn hos pasienten, da blir man jo glad.

#### *4.3.3.3 Motivasjon og inspirasjon*

Anders sier det er livsviktig å inspirere Birgitta og han selv til å holde ut i denne situasjonen, og at sykepleierne har en viktig rolle i dette ettersom det er de som er tilstede mesteparten av tiden. Han mener at det er en uutnyttet ressurs å involvere sykepleiere i musikkterapien, og tror at det kan gjøre det lettere for sykepleierne å ta opp tråden med pasientene i etterkant:

Det livsviktige her er jo å inspirere Birgitta, og meg som pårørende da, til å orke å fortsette å trene og bli bedre og sånn. Så det som motivator, vil jeg si, det er helt nødvendig med musikk og andre visuelle stimuli, og andre kulturuttrykk som man vil bruke. Og at de [sykepleiere] da inkluderes in det, tenker jeg, er fint for Birgitta og meg, men jeg tenker også at det må bli som et verktøy for de, for eksempel etter at du har vært der kan de spørre: «Vil du at vi setter på litt musikk igjen nå?» eller «Hva tenker du om denne musikken?» Så det blir en samtale ut av at man setter på noe som pasienten liker og sånn. Og det er jo noe sykepleieren, som er den som er her mesteparten av tiden, kan gjøre sammen med pasienten også. En ergoterapeut eller en musikkterapeut er her en eller to timer i uken kanskje, og en fysioterapeut kanskje en time om dagen. Men det er jo hva man gjør i mellom, og hvordan man motiverer seg, og kanskje fortsetter selv, eller hviler seg, som man kan gjøre til musikk, så man holder ut... Så det er en uutnyttet ressurs, vil jeg si, å involvere de.

Runa opplever at det å delta i musikkterapien inspirerer til musikklytting og samtale om musikk med pasientene, og tror det kommer til å bli vanskeligere når det ikke er en musikkterapeut på avdelingen lenger:

(...) jeg tenker jo det at det kommer til å være mye vanskeligere når du forsvinner, dessverre, så jeg er jo lei meg for det.

#### 4.3.4 En personlig terapeut

I intervjuene dukket temaet «personlig» opp i relasjon til meg som musikkterapeut. For Birgitta var det å bli møtt på en personlig måte en avgjørende faktor for at disse møtene opplevdes så spesielle og terapeutiske som de gjorde.:

(...) og så byr du på deg selv og den musikken på den måten. Så tør du å være så personlig, og jeg tror at det at du har mot til å være så personlig du og, gjør at rommet blir så spesielt.

For Birgitta ble det at jeg delte av meg selv og min personlighet i møte med henne, avgjørende for «terapeutiske rommet». Denne personlige kontakten hadde stor verdi i den sårbare situasjonen hun befant seg i:

Ditt uttrykk, at du tør å møte oss som du møter, som Frida. (...) Det er det som gjør at du klarer, i hvert fall for meg, å skape det rommet du skaper. (...) Det blir noe helt unikt. Og jeg har masse fantastiske musikkopplevelser, masse! Jeg har vært masse på festivaler, jeg har banebrytende opplevelser, jeg elsket opera da jeg var liten liksom, jeg satt og lyttet til Tosca, som jeg bare elsker. Men likevel, det du har fått til i den sårbare situasjonen jeg har vært i, jeg føler meg jo veldig skjør, og jeg føler meg dasket med. Jeg føler meg som en pose poteter som folk driver og flytter på hele tiden.

##### 4.3.4.1 Å være personlig skaper tillit

Anders mener at det å være personlig er en forutsetning for å lykkes i arbeid med musikk og helse. Han opplever at man bygger tillit til hverandre gjennom å være personlige, og at Birgitta får trygghet til hele behandlingsopplegget ved at vi gjør noe av personlig betydning for henne:

Skal man lykkes med det her, med musikk og helse og sånn, så er det jo å være så personlig man tør, på et vis. Og gjennom å være personlig så bygger man også tillit, og da får man også tillit til behandlingsopplegget. Så det du gjør er også at du bygger tillit mellom Birgitta og hele opplegget. Personalet får se Birgitta på en annen måte, det er en sak, men Birgitta får trygghet i den situasjonen hun er i, fordi dere gjøre noe som er personlig for henne. Men det forutsetter da at du gir av din personlighet.

Anders opplever at musikkterapien er en arena hvor det personlige kan dyrkes frem, og hvor helsepersonell kan lære Birgitta å kjenne:

Det er flere her som er personlige, ikke bare du, men det er liksom en arena hvor dette kan dyrkes frem hvor dette kan oppstå da. Og noe som har vært veldig viktig for Birgitta er jo å behandles som en voksen person, og ikke bare som en pakke i et pakkeforløp. Så det.. det bygger dette. Ikke bare for Birgitta, men også for relasjonen mellom henne og leger og sykepleiere og sånn. (...) det blir en arena for å lære å kjenne pasienten, og henne.

For Birgitta er det viktig at helsepersonellet forsøker å bli kjent med henne som person:

Jeg er ikke rom 47, jeg er Birgitta, og jeg er en masse ting som jeg vil være, som jeg vil definere hva er, og det får jeg gjøre i møte med deg i den musikken, fordi jeg får gi deg min historie, og du lytter til min historie, og vi hører på det til og med. Vi deler noe veldig intimt og dypt (...) Helsepersonell - det mener jeg- må på en eller annen måte prøve å intuere hvem jeg er.

#### 4.3.4.2 *Jevnbyrdighet*

Runa tenker at man ved å dele av seg selv og sin egen personlighet vil oppnå en større grad av jevnbyrdighet i sykepleier-pasient relasjonen:

Jeg tror generelt at hvis man er personlig, og da vil jeg gjerne presisere at man kan være personlig, men man trenger ikke å være privat, da, at det er en forskjell på det. Men hvis man er personlig, og deler av seg selv og viser av sin egen personlighet, så vil det bli en større grad av jevnbyrdighet i en relasjon (...) for det er jo i utgangspunktet en ubalanse, og den skal jo være der; for den ene hjelper og den andre tar i mot hjelp, men man trenger ikke å gjøre den - det gapet kanskje- større en nødvendig.

For å gjøre ubalansen i sykepleier-pasient relasjonen mindre mener Runa at det er viktig å skape en allianse:

(...) Og hvordan skaper man en allianse? Det gjør man jo gjerne ved å finne noe som kan være en felles plattform, da, enten i form av interessefelt eller ulike tematikker, tror jeg da.

En felles musikkinteresse kan være en slik plattform.

#### **4.4 Deltakelse på like vilkår**

Birgitta var med på å forme musikkterapitimene, og opplevde at vi skapte noe sammen i sangstunden hvor Birgitta, Anders, Runa og jeg deltok:

(...) Så bestemte vi oss for å ha musikkveld, og da skapte vi jo noe sammen.

Anders beskriver musikkterapien som deltakende, og sier at det blir en arena hvor man kan delta på like vilkår:

Jeg synes også at det er veldig sånn, deltakende, at man faktisk blir invitert. Du har invitert både meg og Birgitta, men også personalet. Så, det bygger på at man kan delta, og det blir som en arena hvor man kan delta litt på like vilkår. Fordi det forutsetter ikke... Altså, alle kan bidra med musikk, eller bidra med den stemmen man har.

Han forteller at han selv har deltatt aktivt gjennom å synge sammen, men også gjennom å velge musikk fra Spotify. Spesielt under chantingen fikk han en sterk følelse av å bidra:

(...) for da ble det jo konkrete vibrasjoner av lyden som gjorde at alles stemmer, alle som sang (...), bidrar til det. Så det er en veldig sterk følelse av at man bidrar.

##### **4.4.1 Birgitta som medarrangør**

Anders la merke til at Birgitta tok en aktiv rolle i disse musikkstundene. Han opplever det som verdifullt at hun kan mestre å invitere ham med i noe:

Det er ikke i musikken det ligger, men faktisk i det at «Nå inviterer hun med meg i sang». Det var det samme første gangen, når du spilte Spiegel im Spiegel også; Jeg ble plutselig invitert inn i en slags konsert som da egentlig var du som spilte, men det var jo også arrangert av Birgitta, delvis. (...) Det at jeg som pårørende får være med er fint for vår relasjon, min og Birgittas, men det er også fint for Birgitta at hun da kan, hun kan gjøre noe hvor !hun inkluderer, hun mestrer å inkludere !meg i noe.

#### 4.4.2 Sosial og personlig deling

Birgitta opplevde sangstunden som utrolig personlig, og opplever at vi kommer nærmere hverandre gjennom å dele musikk og historiene knyttet til musikken:

Det er fantastisk at musikken blir et medium for deling, og for å nærme oss hverandre, og det synes jeg vi opplevde i de sessionene vi hadde med deg.

Anders sier at det i sangstunden skjedde en sosial deling, og at dette som gjør at man husker hvem man er i forhold til andre. Denne delingen gjør at man kjenner seg som et menneske:

Når vi hadde sangstund med en av personalet, hvor vi sang viser og sånn, så blir det jo en sosial deling også, og det blir emosjonelt, men det blir også noe som gjør at man minnes... (...) Den delingen gjør også at man kjenner seg som et menneske, og ikke bare det at man kjenner seg oppløftet av sangen, men også at man husker hvem man er i forhold til andre.

#### 4.5 Å styrke ressursene

Runa tenker at det er viktig å fokusere på det som er friskt i pasientene. Dette er en av grunnene til at hun har troen på musikkterapi:

Sånn generelt i møte med pasienter så tror jeg det er veldig veldig viktig å ikke kun tenkte på at det syke må heles, men heller at det syke heles ved å hente fram det friske.

Anders er opptatt av at man alltid har ressurser som person, og at det er viktig å styrke disse ressursene for å finne motivasjon og inspirasjon til å holde ut i en slik krevende livssituasjon. Interesse for musikk og evne til å delta for eksempel gjennom sang kan være en viktig ressurs:

Når man ikke mestrer det å bevege seg, å bevege seg i sengen, så kan man faktisk syng. (...) man har jo alltid ressurser, som person, selv om man ikke kan komme ut av sengen. Og gjennom å styrke de ressursene da, så blir man sterk som menneske, og da klarer man også det som er vanskeligere. Og man blir i stand til å trene og blir bedre på det man ikke akkurat da ikke kan og sånn. Så det er en veldig motivator, altså, en inspirasjon til å gjøre også annet.



## 5 Drøfting

I dette kapitlet vil jeg drøfte resultatene opp i mot deler av teorien som ble presentert tidligere.

### 5.1 Et terapeutisk rom

Når Birgitta beskriver sine opplevelser fra musikkterapien bruker hun flere ganger ordet «rom», og hun beskriver «rommet» musikkterapeuten medierer som en avgjørende faktor for hvordan hun opplevde disse timene. Dette kan knyttes til det Rolvsjord og Stige (2015) skriver om «Musikkterapi som kontekst», altså det dynamiske rommet som oppstår i selve musikkterapitimene som tilbyr en rekke muligheter for opplevelser og kommunikasjon. Birgitta reflekterer over hvilke faktorer det er som gjør at disse møtene ble så nære og terapeutiske, og nevner tre faktorer; Musikken, menneskene, og situasjonen jeg som musikkterapeut medierer. Dette er i tråd med det Ruud (2008) skriver om det gjensidige forholdet mellom musikken, personene og situasjonen. Sett i lys av systemteori (Johnsen & Torsteinson, 2012) er alle delene gjensidig avhengige av hverandre, og musikkterapeuten jobber i en økologi av relasjonelle, musikalske og kontekstuelle faktorer som gjensidig påvirker hverandre (Bruscia, 2014).

Det at musikkterapien kan tilby et terapeutisk rom, en egen kontekst – innenfor en kontekst, er verdifullt. For Birgitta ble dette rommet noe som kontrasterte til det hun opplevde som forstyrrende i sykehusmiljøet. Her kunne kun hun finne ro, og oppleve støtte til å tåle sin egen sårbarhet.

#### 5.1.1 Vitalitet og identitet

Birgitta beskriver musikkterapien som «livgivende» (se s.42). Gjemte følelser knyttet til hennes identitet, hennes selvforståelse og liv, kom strømmende da hun hørte musikken hun hadde et så sterkt forhold til. Dette illustrerer hvor sterk relasjonen mellom musikk, identitet, minner og følelser er (Ruud, 1997; Schmid, 2016).

Det blir tydelig at selve musikken hadde mye å si for hvordan Birgitta opplevde sessionene, og det var viktig at vi tok utgangspunkt i «hennes musikk». Dette innebærer ifølge Ruud (2008) en grunnleggende annerkjennelse av – og respekt for mottakerens identitet og menneskeverd. Musikk er som nevnt nært knyttet til vår identitet, til personlige relasjoner, tider og steder. Ettersom både Birgitta og Anders hadde sterke opplevelser med Spiegel im

Spiegel både privat og gjennom sitt profesjonelle arbeid, kunne musikken tilby muligheter for erindring av minner, samt gjenopprette kontakt med sider av Birgittas identitet og selvforståelse. Ikke bare var dette stykket godt egnet fordi det betød noe for Birgitta og Anders personlig, men også fordi musikken i seg selv gir noen føringer for meningsopplevelse. Sett ut i fra De Noras (2000) affordance-begrep kan vi tenke oss at musikken tilbød Birgitta opplevelse av ro, og emosjonell dybde.

Ifølge Walker (2010) er det ikke uvanlig at pasienters mestringsmekanismer blir mindre tilgjengelige under sykehusopphold, og mange opplever en reduksjon i ego-styrke. Hvis vi ser Birgittas opplevelse i lys av den salutogene teorien, kan det se ut som at mestringsressursen «ego-identitet» ble forsterket under musikkterapien. Ego-identitet er som nevnt en av de salutogene mestringsressursene og er viktig for en sterk Sense of Coherence (SOC). Birgitta fikk sterke opplevelser av å «få tilbake seg selv», og nevner dype opplevelser av mening. Mening og sammenheng i livet er noe av det som kjennetegner SOC, og er ifølge Antonovsky (1979) avgjørende for å mestre stressfaktorer på en hensiktsmessig måte.

### 5.1.2 Rom for eksistensielle opplevelser

Flere av Birgittas opplevelser kan sees på som «høydepunktopplevelser» (Maslow, 1970) hvor sterke følelser av fornyelse, og oppbygging av krefter og motivasjon blir trigget av musikken. Eksistensielle eller spirituelle opplevelser, det vil si at personen opplever at hun overskrider hverdagsopplevelsen og kommer i berøring med «viktige sider av tilværelsen», knyttes av Gabrielson & Lindström (1994) til slike musikkopplevelser. Birgitta beskriver øyeblikk hvor hun kom i kontakt med essensen av det å leve, livets dypeste spirituelle mening, og da søsteren deltok; en dyp spirituell opplevelse for de begge. Hun sier at det er verdifullt å tørre å gå dypere i seg selv når man er i en slik situasjon, og uttrykker en begeistring over å kunne dele disse opplevelsene i fellesskap. Aldridge (1996) skriver at man blir nødt til å forholde seg til eksistensielle spørsmål om livet og døden når man befinner seg i en så kritisk livssituasjon, og flere forfattere løfter frem musikkterapiens egnethet i å tilby eksistensiell støtte og uttrykk (Bonny, 2002; Walker et al., 2010; Aldridge, 2005).

«Religion og filosofi» er en av de salutogene mestringsressursene som gir forankring, retning og mening i livet (Antonovsky, 1979). Ruud (2013) skriver at meningsopplevelser knyttet til en større sammenheng ikke nødvendigvis trenger å forbindes med en religiøs dimensjon, men at det menneskelige fellesskapet også kan skape en ramme for å oppleve en større

sammenheng, tilhørighet, enhet og mening. Slik jeg forsto Birgitta var disse opplevelsene knyttet til opplevelse av dyp mening, essensen av å leve, og ikke minst til det menneskelige fellesskapet disse opplevelsene oppsto innenfor. Slike sterke opplevelser kan ifølge Gabrielson & Lindström (1994) bekrefte ens identitet, selvtillit og følelse av fellesskap med andre mennesker.

### 5.1.3 Et rogivende og poetisk rom

Både Anders og Birgitta opplevde musikkterapien som en kontrast til store deler av sykehushverdagen, blant annet ved å tilby et rom for ro og hvile (se s.45). Walker et al. (2010, s.166) skriver at musikkterapi kan generere ro og et fredfullt miljø i en hektisk sykehushverdag, og at dette kan bidra til å redusere stress og spenning hos pasientene og familiemedlemmer. I Helsedirektoratets «veileder for støtte til pårørende i akutte situasjoner og kriser» (2018) står det at helsepersonell bør jobbe for å skape trygghet og dempe uro. Birgitta uttrykte frustrasjon over situasjonen sin, og opplevde lyder, lys og prosedyrer som forstyrrende. Det var et behov for å finne ro og trygghet i den situasjonen hun befant seg i, og jeg forsøkte derfor å legge til rette for musikkopplevelser som matchet hennes emosjonelle behov (Walker et al., 2010).

Det at musikkterapien tilbød muligheter for hvile, og å bli værende i en følelse i musikken, betød mye for Anders og Birgitta. På et rent teknisk plan tenker jeg at de «musical grounding» teknikkene jeg benyttet meg av blant annet under chantingen (Austin, 2008) var med på å gi opplevelse av ro og hvile.

### 5.1.4 Et aksepterende rom

Birgitta opplevde å bli akseptert som den hun er i musikkterapien. Hun følte at hun får rom til å tolerere sin egen nakenhet, hvilket var viktig for henne. Aldridge (1996) hevder at musikkterapi kan tilby en eksistensiell form for terapi som aksepterer en person som den er. Han knytter dette til det at pasienten tilbys en mulighet for å definere seg selv slik hun selv ønsker, uten å bli møtt med normative forventninger og frykt for å bli dømt. Birgitta forteller at hun i utgangspunktet ikke har lyst til å snakke om seg selv, men at hun får veldig lyst til å åpne seg opp i musikkterapien. Jeg legger merke til ordet «lyst», det virker som om musikken vekker nettopp lyst - til å lytte, til å dele, til å oppleve - sammen. Fraværet av et patogent fokus i musikkterapien, samt muligheten til å definere seg selv i disse timene, kan ha vært

viktig for å gi opplevelse av aksept. En slik tilnærming kontrasterer til mer instrumentelle terapiformer, og innebærer ifølge Benjamin (2004) en subjektivering av pasienten.

#### *5.1.4.1 Å definere seg selv*

Det essensielle fokuset om å redde liv og gjenopprette fysiologiske funksjoner kan føre til at pasienten reduseres til en «syk kropp» (Aasgaard, 2004). For Birgitta var det viktig å ikke reduseres til en diagnose eller en skavank som skulle fikses. Det var viktig for henne å bli møtt som et helt menneske, og at helsepersonellet forsøkte å bli kjent henne som person.

Walker (2010) skriver at pasienter i nevrologisk rehabilitering får sin identitet satt på prøve, samtidig som de tilbringer mindre tid sammen med sine nære. Det er derfor viktig å tilby terapeutiske rom som støtter opprettholdelsen av selvfølelse og identitet. Sett ut i fra et relasjonelt perspektiv blir det essensielt å involvere de menneskene som inngår i den relasjonelle økologien rundt pasientene i aktiviteter som støtter denne opprettholdelsen. Identitet er ikke kun et personlig anliggende, men noe vi uttrykker i fellesskap med andre mennesker (Aldridge, 2005). Sartre (1965) mente at vi kontinuerlig «blir til» i en verden av menneskelige relasjoner. I musikkterapien delte vi personlig musikk og nære og sårbare opplevelser i fellesskap. Gjennom denne delingen viste vi frem sider ved oss selv som sier noe om hvem vi er (Kristiansen, 2016; Ruud, 2013). På denne måten fikk sykepleierne en mulighet til å bli kjent Birgitta og Anders, og vise versa.

## **5.2 En personlig terapi**

Refleksjoner knyttet til temaet «personlig» dukket opp i alle intervjuene, uten at jeg ledet dem inn på dette temaet. Verdien av å gjøre noe som er av personlig betydning for Birgitta nevnes, men også verdien av å bli møtt på en personlig måte av musikkterapeuten.

### **5.2.1 En personlig terapeut**

Både Birgitta og Anders opplevde meg som personlig i møte med dem, og uttrykte at dette var helt avgjørende for å skape et terapeutisk rom. Den terapeutiske relasjonen er helt sentral i humanistisk musikkterapi (Ruud, 2008; Trondalen, 2008), og jobben min er å skape en nær, tillitsfull og autentisk relasjon til Birgitta og hennes pårørende. Yalom (2002) hevder at det å engasjere seg personlig i terapien er helt essensielt for å oppnå en god terapeutisk prosess, og mener at det er særlig verdifullt å dele av seg selv i her-og-nå-øyeblikkene. Når jeg tenker tilbake på hvilke måter jeg var personlig i møte med Birgitta og Anders ser jeg at det er

tosidig. På den ene siden hadde Birgitta og jeg en del felles musikkpreferanser hvilket gjorde det lettere for meg å spille musikk for henne som hun hadde et nært forhold til. Birgitta og Anders hadde også samarbeidet med flere musikkterapeuter i sitt profesjonelle arbeid, og vi hadde derfor en del felles referanser og bekjente. Disse tingene kan ha vært med på å gjøre den terapeutiske relasjonen litt mer personlig enn den ellers ville blitt. Jeg tenker likevel at det viktigste aspektet handlet om en type personlig involvering i de musikalske her-og-nå-øyeblikkene.

### 5.2.2 Sårbarhet og tillit

Når vi engasjerer oss aktivt i musikkaktiviteter er de intersubjektive her-og-nå-øyeblikkene svært tilgjengelige. Musikken skjer i øyeblikket, og den trigger følelser i oss her og nå, også hos meg som terapeut. Som en av informantene i studien til Wikne (2018, s.42) uttrykte det: «Jeg spiller også med hjertet i hånden». Jeg opplever det som nesten umulig å forbli «skjult» som person når jeg deler musikkopplevelser i fellesskap med andre mennesker. For eksempel opplever jeg det som svært personlig og intimt å spille Spiegel im Spiegel på celloen min, inne på et lite sykehusværelse for Birgitta og Anders som er intenst tilstede i øyeblikket. Det er en dypt personlig måte å dele av seg selv i her-og-nå-øyeblikket, og en helt annen måte å være personlig på enn for eksempel gjennom å dele private detaljer fra eget liv. Også i chantesituasjonen åpnet vi oss for hverandre gjennom å bruke stemmen og pusten på en sårbar og blottleggende måte (se s.49).

Som nevnt kan deling av sårbarhet ha en særlig verdi for den terapeutiske relasjonen (Rolvjord, 2010). Selv om noen av oss hadde erfaring med liknende aktiviteter fra tidligere uttrykker fortsatt stemmene våre noe privat og kroppslig (Austin, 1999). Det at vi kunne gjøre slike ting, som Anders sa «på like vilkår» kan tenkes å ha skapt trygghet og tillit mellom oss (Wikne, 2018). Dette gjelder også i relasjon til sykepleierne som deltok. Birgitta opplevde å komme nærmere sykepleieren som deltok i chantingen, fordi de eksponerte seg for hverandre. Runa føler også at man ikke kan gjemme seg bak musikken. Hun forteller at hun ble emosjonelt beveget under sangstunden, og at hun ble i tvil om det var feil å felle noen tårer i rollen som sykepleier. Basert på det Birgitta og Anders har sagt om verdien av det å være personlig, samt det Yalom (2002), Rolvsjord (2010) og Wikne (2018) skriver om verdien av å dele av seg selv i her-og-nå-øyeblikkene, skulle en tro at det å felle noen tårer til et rørende musikkstykke er med på å skape en mer jevnbyrdig og trygg relasjon til henne som sykepleier.

### 5.2.3 Likeverd og gjensidighet

Runa sier at det å dele av sin egen personlighet kan skape en mer jevnbyrdig relasjon til pasientene. Dette støttes av Rolvsjord (2010). Også Ihlhaug (2016) hevder at det å dele av egen personlighet kan bidra til en viss utjevning av maktforskjellene som er iboende i hjelpereasjoner. Gjensidighet og respekt handler ikke om å være like, men om gjensidig annerkjennelse av ressurser så vel som begrensninger (Rolvsjord, 2010). Runa sier at ubalansen i sykepleier-pasient relasjonen har en funksjon, men at gapet ikke trenger å være større enn nødvendig. Hun sier at det er avgjørende å skape en allianse ved å finne felles interessefelt eller tematikker, og at deling av musikk nettopp kan være med på å skape en slik allianse.

Samspeilet som skjer i musikkterapien, hvor man gjør noe sammen, kan knyttes til et brudd med det ujevne maktforholdet som er iboende i en hjelperelasjon (Rolvsjord, 2010). Dette kan tenkes å ha overføringsverdi til pasient-sykepleier relasjonen, i det sykepleiere og pasienter deltar i musikkterapien sammen. Birgitta hadde såpass mye kunnskap om musikk at sykepleierne ikke var «overlegne» i disse samspillsituasjonene. For eksempel var det sykepleieren som fikk «hjelp» av Birgitta under chantingen. Stensæth & Jensen (2016) fremhever dialog som et nøkkelement for at musikkdeltakelse skal preges av likeverdighet. De skriver at deltakelse blir dialogisk i det det oppstår gjensidig aksept og vilje til å komme i spill, og at musikken i seg selv er en ressurs som hjelper terapeuten (og i dette tilfellet også sykepleierne) å «sette seg selv i spill». Birgitta uttrykte at hun opplevde en gjensidig åpenhet i disse møtene, og at alle som deltok viste en vilje til å eksponere seg i musikken.

Når det er snakk om likeverd, gjensidighet og maktbalanse er det også interessant å se på selve musiseringen. Musikkterapeuter er på mange måter eksperter på musikk, og det er viktig å være bevisst på de elitistiske tendensene som finns i vestlig musikkultur (Ihlhaug, 2016). Anders og Birgitta har mye kunnskap og erfaring om musikk fra før, men uttrykte likevel at de satte pris på at jeg som musikkterapeut ikke hadde behov for å vise frem hvor «flink» jeg var til å spille (se s.44). Selve musiseringen, konkret hvordan musikkterapeuten spiller på instrumentet sitt og hva dette inviterer til, er naturligvis en viktig faktor for opplevelsene i musikkterapien. Men det kan også tenkes at det er viktig for at den terapeutiske relasjonen skal preges av jevnbyrdighet.

### 5.3 Å nære de nære relasjonene

Sosial støtte er en av de viktigste mestringsressursene som nevnes i teorien om salutogenese. Nære emosjonelle relasjoner har vist seg å ha stor innvirkning på vår evne til å takle stress og regulere følelser, også i voksen alder (Erikson & Al-Yagon, 2017). Birgitta forteller at hun faller sammen og mister livsviljen av og til når Anders ikke er tilstede (se s.47).

Musikk var allerede en viktig del av Birgitta og Anders relasjon til hverandre, og de hadde nok lyttet til musikk sammen i denne perioden uavhengig av musikkterapien. Likevel uttrykker de at disse møtene har vært meningsfulle for de og deres relasjon. Anders opplevde at det å dele disse følelsesmessige øyeblikkene var med på å styrke deres relasjon, og sier at det er viktig å opprettholde den musikalske relasjonen de allerede har til hverandre i den situasjonen de nå befinner seg i. Birgitta opplevde at det i musikkterapien oppsto et rom preget av ærlighet og sårbarhet, og at hun og Anders gikk mye lenger i forhold til hverandre gjennom det musikkterapeutiske rommet. Sangstunden oppmuntret til musikkdeling utenfor musikkterapien, og Birgitta forteller hvordan hun sender musikk til Anders på natten når hun føler seg ensom. De kan da føle nærhet til hverandre også når de ikke er fysisk sammen.

Vi kan tenke oss at de nære og følelsesmessige intersubjektive opplevelsene i musikkterapien var med på å styrke opplevelsen av «å være der for hverandre». Et godt eksempel på et «gyllent øyeblikk» (Trondalen, 2007) er da Birgittas søster deltok i musikkterapien. Birgitta opplevde å komme nærmere søsteren sin i dette møtet, og beskriver det som en åpenbaring for begge. Hun sier at de nå har dette som referanseramme i sin relasjon, og at de alltid vil kunne holde tak i denne opplevelsen i vanskelige tider. Slike eksistensielle musikkopplevelser kan ifølge Ruud (2013) sette varige spor hos i oss. Vi kan tenke oss at denne opplevelsen styrket den emosjonelle tilknytningen til søsteren og dermed også mestringsressursen «sosial støtte» (Antonovsky, 1979). I dette eksemplet blir det tydelig hvordan musikken og musikkterapien tilbyr (affords) noen opplevelsesmuligheter (DeNora, 2000), og at Birgitta benyttet seg av disse mulighetene for å komme nærmere søsteren sin. Hennes kunnskap om musikkens egenskaper blir svært tydelig i dette eksemplet, hvilket får meg til å tenke på den salutogene mestringsressursen «Kunnskap og intelligens». Det at Birgitta har såpass god innsikt i mulighetene musikken tilbyr gjør at hun aktualiserer sitt ønske om å komme nærmere gjennom musikken (se s.48).

## 5.4 Å skape noe sammen

Birgitta fikk en aktiv rolle i å forme musikkterapitimene i tillegg til at hun var deltakende i selve musiseringen. Hun opplevde at vi «skapte noe sammen», blant annet i sangstunden. Anders beskriver musikkterapien som inviterende og deltakende, og opplevde at vi kunne delta på like vilkår. For han var det verdifullt at Birgitta fikk en aktiv rolle som medarrangør, blant annet ved at hun kunne invitere ham inn i ulike musikkaktiviteter når han kom på besøk. Jeg tolker det som at dette var verdifullt blant annet fordi rollene deres i denne perioden var preget av at Birgitta var den som i stor grad tok i mot støtte, mens Anders var den som ytet omsorg. Å gå over fra et gjensidig forhold, til et forhold der den ene er hjelpetrengende, kan være krevende. Ingen ønsker i utgangspunktet å endre roller og slike tilpasninger kan være vonde (Pårørendesenteret, 2021).

Det at deltakelsen ble en felles, samarbeidende aktivitet, er ifølge Stige (2006) verdifullt da en slik tilnærming innebærer en annerkjennelse av individer som en del av en relasjonell økologi, og av menneskers gjensidige avhengighet til hverandre. Aktørstatus er en viktig dimensjon i opplevd livskvalitet (Ruud, 2012), og noe mennesker kan dra nytte av gjennom musicking (Small, 1998). I musikkterapien fikk Birgitta anledning til å bli medprodusent, og ikke kun en mottaker av terapi basert på sin diagnose. Rollene hos de involverte i disse timene var sånn sett preget av en fleksibilitet (Stige, 2012), hvilket kontrasterer til mer instrumentelle terapiformer og innebærer en subjektifisering av pasienten (Benjamin, 2004). Dette var viktig i en situasjon hvor Birgitta opplevde seg selv som en pose poteter som blir flyttet rundt, og hvor hun ønsker å bli behandlet som et voksent menneske.

### 5.4.1.1 Verdien av å dele

Mennesker har et grunnleggende behov for å dele intersubjektive opplevelser med hverandre (Schibbye, 2012). Både Birgitta og Anders gir uttrykk for at det å dele musikkopplevelser i fellesskap er verdifullt. Birgitta sier at det er fantastisk at musikken blir et medium for deling, og for å nærme oss hverandre. Ordene «dele» og «deling» nevnes svært ofte i datamaterialet. Birgitta forteller for eksempel at hun har lært seg å ta i bruk pusteteknikker når hun blir stresset, og vektlegger at det var fantastisk å kunne dele denne opplevelsen under chantingen. Jeg tolker det som at selve delingen bidrar med en ekstra verdifull dimensjon. Vi er relasjonelle vesener som finner mening gjennom fellesskap og samhørighet med andre (Trondalen, 2008).



## 5.5 Tverrfaglige ringvirkninger

Sett ut i fra en systemteoretisk tankegang (Schjødt & Egeland, 2006) hvor et system, for eksempel Birgittas tverrfaglige behandlingsteam, er mer enn summen av delene, er det ikke usannsynlig at Birgittas positive opplevelser og oppbyggende erfaringer i musikkterapien hadde innvirkning på rehabiliteringsprosessen som helhet.

### 5.5.1 Å styrke mestringsressursene

Fokus på ressurser og helsefremmende faktorer er viktig for å bevege seg i en helsefremmende retning (Rolvsvjord 2004; Antonovsky 1979). Anders påpeker at man alltid har ressurser tilgjengelig selv om man ikke kan bevege seg ut av sengen. Han hevder at man gjennom å gi rom for de friske sidene blir sterkere som menneske og dermed i bedre stand til å mestre det som er vanskelig, for eksempel å trene opp kroppen. Han opplevde at musikkterapien kontrasterte til det å mislykkes, føle seg dårlig og urolig, og forteller at de fikk tilgang på noe annet i seg selv i disse timene. Runa ser også på musikkterapien som en ressursorientert behandlingsform, og sier at det er viktig å fokusere på pasientenes friske sider.

Musikkterapi kan tilby mennesker uttrykksmåter som ikke er begrenset av sykdom (Aldridge, 1996; Gilbertson & Aldridge, 2008), og til tross for pessimistiske fysiologiske parametere kan man da oppleve økt livskvalitet. Ifølge den salutogene teorien er det essensielt å styrke de generelle mestringsressursene for å fremme vår evne til å møte utfordringer på en hensiktsmessig måte (Eriksson & Al-Yagon, 2017). Jeg har allerede drøftet muligheten for at mestringsressursene «sosial støtte» og «ego-identitet» ble forsterket i musikkterapien. «Kulturell tilhørighet» er også en av de generelle mestringsressursene knyttet både til identitet og deltakelse. Kunst og musikk er noe av det som betyr mest for Birgitta i livet, og hennes interesse for – og kunnskap om musikk og kultur kan sees på som en stor ressurs som hun kunne dyrke i musikkterapien. Dersom disse mestringsressursene ble forsterket kan det ifølge den salutogene teorien tenkes at hennes evne til å mestre utfordringer også utenfor musikkterapien ble styrket. Dette kan for eksempel innebære å finne krefter og motivasjon til å delta aktivt i den fysiologiske rehabiliteringen.

### 5.5.2 Motivasjon og inspirasjon

Anders sier at det er livsviktig at helsepersonellet motiverer ham og Birgitta til å holde ut, og mener at bruk av musikk og andre kulturuttrykk er en nødvendig del av dette. Birgitta beskriver flere sterke opplevelser i musikkterapien som vi kan kalle høydepunktsopplevelser (Maslow, 1970), disse knyttes av Jørgensen (1989) til oppbygging av krefter og motivasjon. Birgitta bruker ikke selv ordene motivasjon og inspirasjon, men beskriver musikkterapien blant annet som oppbyggende og livgivende. Hun beskriver å komme i kontakt med sterke følelser av dyp mening og essensen av det å leve, og uttrykker en glede og begeistring over å dele disse musikalske øyeblikkene i fellesskap. Tidligere forskning viser at musikkterapi kan gi økt opplevelse av positive følelser, samt reduksjon i frykt, tristhet og fatigue hos pasienter i nevrologisk rehabilitering (Magee & Davidson 2002; Baker & Wigram 2004). Som nevnt kan negative følelser føre til mangel på motivasjon og konsentrasjon, og hindre maksimum deltakelse i rehabiliteringen (Belbo et al., 1999; Code & Hermann, 2003, i Baker & Wigram, 2004). Ut i fra det Birgitta forteller om sine opplevelser, sett i kontrast til sinnstilstanden hun befant seg i forkant av musikkterapien, er det mulig at dette kan ha gitt ringvirkninger i form av økt motivasjon og inspirasjon i den fysiologiske rehabiliteringen.

Forskning tyder også på at involvering av familiemedlemmer kan øke pasienters motivasjon for aktiv deltakelse i rehabiliteringsprosessen (Nayak et al., 2000; Barker & Brunk, 1991). Hvorvidt dette gjald i Birgittas tilfelle kan vi ikke si noe om.

### 5.5.3 Inspirasjon av sykepleiere

Sykepleierne er de som er tilstede hos pasientene mesteparten av tiden, og Anders mener at sykepleierne har en viktig rolle når det kommer til å inspirere og motivere pasientene og de pårørende. Han tror at det å involvere sykepleierne i musikkterapien kan gjøre det lettere for de å ta opp tråden igjen utenfor musikkterapien. Birgitta sier at det er veldig viktig for relasjonen mellom henne og sykepleierne å dele musikkopplevelser sammen, og forteller om en inspirerende morgen etter den første musikkterapitimen hvor hun og sykepleierne lyttet til musikk sammen. Larsen (2009) skriver at sykepleiere har en uunnværlig rolle som motivator og inspirator i arbeid med personer i nevrologisk rehabilitering.

Runa forteller at hun blir glad av å se at vi når inn hos pasientene, og opplever at hun selv får en bedre dag på jobb når hun kan delta i disse timene.

Batt-Rawden et al. (2019) konkluderer i sin evaluering av «musikkbasert miljøbehandling» at musikklytting og sang kan være et verktøy helsepersonell kan ta i bruk for å fremme bedre kommunikasjon og omsorg. Det kan være med på å skape trivsel, samhold og fellesskap i arbeid med sårbare grupper. Samtidig rapporterte de utfordringer knyttet til implementering av systematisk bruk av musikk, og flere av informantene i studien etterlyste en musikkterapeut som kunne koordinere aktivitetene. Denne studien foregikk innenfor en annen kontekst og med en annen målgruppe, men en viss overføringsverdi kan tenkes likevel. Runa tror at det kommer til å bli vanskeligere å ta initiativ til for eksempel musikklytting eller sang når det ikke er en musikkterapeut på avdelingen lenger. Konteksten vi uttrykker oss i påvirker hva vi uttrykker (Aldridge, 2005), dette gjelder ikke kun pasientene, men også sykepleierne som deltar. Selv har jeg lagt merke til hvordan sykepleierne inspireres til å synge sanger eller snakke om musikk sammen med pasientene når de deltar i musikkterapien. Inkludering av sykepleiere kan være viktig for å inspirere sykepleiere til å ta initiativ til musikklytting og samtale om musikk, også utenom musikkterapien.

#### 5.5.4 Økt trygghet til «hele behandlingsopplegget»

Anders opplever at Birgitta finner trygghet i situasjonen hun er i gjennom at vi gjør noe som er av personlig betydning for henne. Han mener at jeg gjennom å være personlig i møte med henne skaper tillit, ikke bare innenfor vår terapeutiske relasjon – men til hele behandlingsopplegget. Det at musikkterapien blir en arena for å lære pasienten å kjenne er ifølge Anders et viktig aspekt ved dette. Opplevelsen av trygghet og tillit må også ses i sammenheng med den felles deltakelsen i musikkterapien, og deling av sårbarhet. Det å ha pårørende hos seg er i seg selv en viktig faktor som kan fremme trygghet og tillit (Moesmand & Kjøllesdal, 2004), og det kan tenkes at vi promoterer en økologi av helse i hele sykehusmiljøet ved å arbeide musikkterapeutisk med de menneskelige nettverkene – hvor pasient, terapeut, pårørende og sykepleiere er involvert (Aasgaard, 2004).

Sett ut i fra et systemteoretisk ståsted (Bruscia, 2014), hvor alle enheter i et større fellesskap gjensidig påvirker hverandre, vil opplevd trygghet i musikkterapien kunne føre til økt trygghet til hele behandlingsopplegget. Å bli møtt med empati og respekt har stor betydning for pasienters opplevelse av trygghet (Moesmand & Kjøllesdal, 2004). Det å gjøre noe som er av personlig verdi for Birgitta kan sees på som en grunnleggende empatisk handling, fordi vi

da forsøker å sette oss inn i hennes livsverden. Det innebærer også en respekt for hennes identitet og menneskeverd.

## 6 Oppsummering og avsluttende ord

### 6.1 Oppsummering

Tema for studien er «musikkterapi som systemisk praksis i tidlig hodeskaderehabilitering», og tar utgangspunkt i et terapeutisk forløp ved en intermedieæravdeling for hodeskaderehabilitering på sykehus. Fokuset i studien har vært inkludering av pårørende og sykepleiere i musikkterapien. Gjennom deltakende observasjon og semistrukturerte dybdeintervjuer har jeg utforsket hvordan en pasient, en pårørende og en sykepleier har opplevd denne tilnærmingen i praksis. Det er blitt presentert teori om musikkterapi i nevrologisk rehabilitering av hjerneskader, samt teori som la grunnlaget for min egen tilnærming og forståelse som forsker og musikkterapeut i prosjektet. Studien har lagt stor vekt på presentasjonen av empirien i resultatdelen, med et mål om å la deltakernes stemmer bli fremtredende. Spesielt er pasientperspektivet blitt vektlagt, da jeg anser dette perspektivet for å være særlig verdifullt.

Dominerende temaer i drøftingen er de terapeutiske mulighetene musikkterapien tilbød i form av vitalitet, identitetserindring, og meningsfulle eksistensielle opplevelser. Musikkterapien ble beskrevet som et rogivende og aksepterende rom som kontrasterte mot forstyrrende elementer i sykehushverdagen, og inviterte til utforskning av tanker og følelser i fellesskap. Det å delta i musikkterapi sammen ga muligheter for å dele dype følelsesmessige øyeblikk for alle involverte, noe som forsterket relasjonene mellom Birgitta og hennes pårørende. Verdien av å bli møtt på en personlig måte i musikkterapien ble fremtredende, og vi har sett hvordan det å dele av sin egen personlighet kan bidra til mer jevnbyrdige relasjoner, også i pasient-sykepleier relasjonene. Musikkterapien er en arena hvor helsepersonell kan lære pasientene å kjenne og åpner opp for en annen type kontakt. Dette er viktig når man er i en så sårbar situasjon, og kan være med på å skape trygghet og tillit til behandlingsopplegget som helhet. Musikkterapien ble beskrevet som inkluderende og deltakende, og Birgitta tok plass som en ressurssterk medarrangør. Vi har diskutert mulighetene for at flere salutogene mestringsressurser kan ha blitt forsterket gjennom musikkterapien og at dette kan ha vært med på å bygge opp krefter, motivasjon og inspirasjon, ikke minst til aktiv deltakelse i den fysikalske rehabiliteringen.

## **6.2 Avsluttende ord**

Musikkterapi i nevrologisk hodeskaderehabilitering er et lite utforsket felt i Norge, og det er generelt skrevet lite om musikkterapi i arbeid med voksne pasienter på sykehus. Denne studien kaster lys over hodeskadepasienters psykiske, emosjonelle, eksistensielle og sosiale helse. Slik jeg ser det, trengs det et bredere behandlingstilbud for denne pasientgruppen. Det bør tilbys rom for emosjonelt uttrykk, både verbalt og nonverbalt, og tilrettelegges for meningsfulle opplevelser i fellesskap. Studien illustrerer den personlige verdien musikkterapi kan ha for pasienter og pårørende i en tidlig rehabiliteringsfase, og drøfter mulige tverrfaglige ringvirkninger. Dette er ett av mange interessante og viktige fokus en musikkterapeut jobber med i en slik praksis. Det trengs også mer forskning på musikkterapi som rogivende og orienterende element i posttraumatisk forvirringsfase, som kommunikasjonsredskap med personer i nedsatt bevissthet, samt hvordan musikkterapeuter og fysioterapeuter kan jobbe sammen i den fysikalske rehabiliteringen. Ikke minst bør det utforskes videre hvordan pårørende kan involveres i den tverrfaglige behandlingen, inkludert i musikkterapien.

Jeg håper at denne studien bidrar til økt interesse og oppmerksomhet rundt musikkterapi innenfor hodeskaderehabilitering i Norge.

## Litteraturliste

- Aasgaard, T. (2004). A pied piper among white coats and infusion pumps. I Ansdell, G. & Pavlicevic, M. (Red.), *Community music therapy: International initiatives*. Jessica Kingsley Publishers.
- Aldridge, D., Gustorff, D. & Hannich H. (1990). Where am I? Music therapy applied to coma patients. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 83(6), 345-346.
- Aldridge, D. (1996). *Music therapy research and practice in medicine: From out of the silence*. Jessica Kingsley Publishers.
- Aldridge, D. (2005). Gesture and dialogue: Music therapy as praxis aesthetic and embodied hermeneutic. I Aldridge, D. (Red.), *Music therapy and neurological rehabilitation: Performing health* (s.27-60). Jessica Kingsley Publishers.
- Alver, B. G. & Øyen, Ø. (1997). *Forskningsetikk i forskerhverdag: Vurderinger og praksis*. Aschehoug Tano.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. Jossey-Bass.
- Austin, D. (1999). Vocal improvisation in analytically oriented music therapy with adults. I Wigram, T. & De Backer, J. (Red). *Clinical applications of music therapy in psychiatry*. Jessica Kingsley Publishers.
- Austin, D. (2008). *The theory and practice of vocal psychotherapy: Songs of the self*. Jessica Kingsley Publishers.
- Baker, F. & Wigram, T. (2004). The immediate and long-term effects of singing on the mood states of people with traumatic brain injury. *British Journal of Music Therapy* 18(2), 55–64.
- Baker, F. & Tamplin, J. (2006). *Music therapy methods in neurorehabilitation: A clinicians manual*. Jessica Kingsley Publishers.
- Barker, V. L. & Brunk, B. (1991). The role of a creative arts group in the treatment of clients with traumatic brain injury. *Music Therapy Perspectives*, 9(1), 26-31.
- Baumgartner, H. (1992). Remembrance of things past: Music, autobiographical memory, and emotion. I Sherry, J. F. & Sternthal. B. (Red.). *Advances in Consumer Research*, (19), 613-620.
- Benjamin, J. (2004). Beyond doer and done to: An intersubjective view of thirdness. *The Psychoanalytic Quarterly*, 50(1), 5-46.
- Bonde, L. O. (2011). *Musik og menneske – introduksjon til musikkpsykologi*. Samfundslitteratur.

- Bonny, H. (2002). *Music and consciousness: The evolution of guided imagery and music*. Barcelona Publishers.
- Brain Injury Association of America (2021, 8.juni). *What is the difference between an acquired brain injury and a traumatic brain injury?* <https://www.biausa.org/brain-injury/about-brain-injury/nbiic/what-is-the-difference-between-an-acquired-brain-injury-and-a-traumatic-brain-injury>
- Brean, A. (2019). *Musikk og hjernen*. Cappelen Damm.
- Bruscia, K. (1998). *The dynamics of music psychotherapy*. Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. (2014). *Defining music therapy*. (3.utg.) Barcelona Publishers.
- Busch, V., Magerl, W., Kern, U., Haas, J., Hajak, G., & Eichhammer, P. (2012). The effect of deep and slow breathing on pain perception, autonomic activity, and mood processing: An experimental study. *Pain Medicine*, 13(2), 215-228.
- Davidson, R. J. & McEwen, B. S. (2012). Social influences on neuroplasticity: Stress and interventions to promote well-being. *Nature neuroscience*, 15(5), 689-695.
- DeNora, T. (2000). *Music in everyday life*. Cambridge University Press.
- Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM), (2019, 23.mai). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- Eide, H. & Eide, T. (1999). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Ad Notam Gyldendal.
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*; 60, 376–381.
- Eriksson, M. & Al-Yagon, M. (2017). The salutogenic model: The role of generalized resistance resources. I Mittelmark, M. B., Saly, S., Eriksson, M., Bauer, G. F., Peleikan, M. J., Lindström, B. & Espnes, G. A. (Red.), *The Handbook of Salutogenesis*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6>
- Eriksson, M. (2017). The Sense of Coherence in the salutogenic model of health. I . Mittelmark, M. B., Saly, S., Eriksson, Bauer, G. F., Peleikan, M. J., Lindström, B. & Espnes, G. A. (Red.), *The Handbook of Salutogenesis*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6>
- Finlay, L. (2001). Holism in occupational therapy: Elusive fiction and ambivalent struggle. *American Journal of Occupational Therapy*, 55(3), 268-276.
- Ford, M., Wagenaar, R., & Newell, K. (2007). The effects of auditory rhythms and instruction on walking patterns in individuals post stroke. *Gait Posture* 26, 150–155.



- Gabrielson, A. & Lindström, S. (1994). On strong experiences of music. *Musikpsychologie, Jahrbuch Der Deutschen Gesellschaft Für Musikpsychologie, 10*.
- Gerweck, J. S. & Tan, X. (2010). Music therapy with adult units: Intensive care unit. I Hanson-Abromeit D. & Cowell, C. (Red.), *Medical music therapy for adults in hospital settings* (s.97-160). American Music Therapy Association.
- Ghaljaie, F., Naderifar, M. & Goli, H. (2017). Snowball sampling: A purposeful method of sampling in qualitative research. *Strides in Development of Medical Education, 14*(3), DOI: 10.5812/sdme.67670
- Gilbertson, S. (1999). Music therapy in neurosurgical rehabilitation. I Wigram T. & De Backer J. (Red.), *Clinical applications of music therapy in developmental disability, pediatrics and neurology* (s.224-245). Jessica Kingsley Publishers.
- Gilbertson, S. (2005). Music therapy in neurorehabilitation after traumatic brain injury: A literature review. I Aldridge, D. (Red.) *Music therapy and neurological rehabilitation: Performing health* (s.83-137). Jessica Kingsley Publishers.
- Gilbertson, S. & Aldridge D. (2008). *Music therapy and traumatic brain injury: A light on a dark night*. Jessica Kingsley Publishers.
- Gilbertson, S., (2013). Improvisation and meaning. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 8*(1). DOI: 10.3402/qhw.v8i0.20604
- Grenness, T. (1997). *Innføring i vitenskapsteori og metode*. Tano Aschehoug.
- Grocke, D. & Wigram, T. (2007). *Receptive methods in music therapy: Techniques and clinical applications for music therapy clinicians, educators and students*. Jessica Kingsley Publishers.
- Hanh, T. N. (2002). *Chanting from the heart: Buddhist ceremonies and daily practices*. Parallax Press.
- Helsedirektoratet. (2018, 06.januar). *Støtte til pårørende i akutte situasjoner og kriser*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder/stotte-familie-og-andre-parorende/stotte-til-parorende-i-akutte-situasjoner-og-kriser#ivareta-parorende-i-akutte-situasjoner-eller-kriser-begrunnelse>
- Helsedirektoratet. (2020, 02.juli). *Gjennomgang av definisjonen av habilitering og rehabilitering*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/formal-og-overordnede-prinsipper-for-habilitering-og-rehabilitering-individuell-plan-og-koordinator/gjennomgang-av-definisjonen-av-habilitering-og-rehabilitering>
- Husmoen, M. G. (2009). *Effekt av auditiv stimulering og musikkterapi med pasienter i koma og vegetativ tilstand* [Masteroppgave, Norges Musikkhøgskole].
- Ihlhaug, S. M. (2016). *Medvit om makt i musikkterapi: Ei utforsking av maktaspekt i musikkterapilitteratur* [Masteroppgave, Norges musikkhøgskole].

- Jacobsen, K. A. (2019, 22.mai). *Chanting*. Store Norske Leksikon. <https://snl.no/chanting>
- Jochims, S. (1992). Emotionale krankheitsverarbeitungsprozesse in der fruehphase erworbenerebraler laesionen [Emotional processes in coping with disease in the early stages of acquired cerebral lesions]. *Musik-, Tanz- und -Kunsttherapie* 3(3), 129–136.
- Jochims, S. (2004). Music therapy in the area of conflict between functional and psychotherapeutic approach within the field of neurology/neurorehabilitation. *Nordic Journal of Music Therapy*, 13(2), 161-171.
- Johnsen, A. & Torsteinsson, V.W. (2012). *Lærebok i familieterapi*. Universitetsforlaget.
- Jørgensen, H. (1989). *Musikkopplevelsens psykologi*. Norsk Musikkforlag.
- Knox, R. & Jutai, J. (1996). Music-based rehabilitation of attention following brain injury. *Canadian Journal of Rehabilitation* 9(3), 169–181.
- Kristiansen, D. L. (2016). Å dele av seg selv: Om sangdeling som musikkterapeutisk metode i arbeid med rusmiddelavhengighet. I Stensæth, K., Krüger, V. & Fuglestad, S. (Red.), *I transitt: mellom til og fra*. Norges musikkhøgskole; Senter for forskning i musikk og helse (CREMAH).
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Langeland, E. (2017, 30. november). *Salutogenese: Teori og praksis*. NAPHA. [www.napha.no/content/14219/salutogenese---teori-og-praksis](http://www.napha.no/content/14219/salutogenese---teori-og-praksis)
- Larkin, M., Shaw, R. & Flowers, P. (2019). Multiperspectival designs and processes in interpretative phenomenological analysis research. *Qualitative Research in Psychology*, 16(2), 182-98. DOI: 10.1080/14780887.2018.1540655.
- Larsen, C. (2009). *Nedsatt initiativ etter hjerneslag: En sykepleiefaglig utfordring?* [Masteroppgave, Universitetet i Tromsø].
- Lim, K., Kim, Y., Lee, H., Yoo, J., Hwang, J. & Kim, J. (2013). The therapeutic effect of neurologic music therapy and speech language therapy in post-stroke aphasic patients. *Ann. Rehabil. Med.* (4)37, 556–562. DOI:10.5535/arm.2013.37.4.556
- Magee, W. L. (1999). Music therapy within brain injury rehabilitation: to what extent is our clinical practice influenced by the search for outcomes? *Music Therapy Perspectives*, 17(1), 20–26.
- Magee, W.L. & Davidson, J.W. (2002). The effect of music therapy on mood states in neurological patients: a pilot study. *Journal of Music Therapy*, 39(1), 20-9. DOI:10.1093/jmt/39.1.20
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4.utg.). Universitetsforlaget.
- Maslow, A. (1970). *Religions, values, and peak experiences*. Viking Press.

- Mohlin, M. (2008). *Etiske aspekter ved musikkterapeutisk forskning og utviklingsarbeid*. Norges musikkhøgskole.
- Moesmand A. M. & Kjøllesdal, A. (2004). *Å være akutt kritisk syk: om pasientens og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Natke, U., Donath, T. M. & Kalveram, K. T. (2003). Control of voice fundamental frequency in speaking versus singing. *Journal of the Acoustical Society of America*, 113, 1587–1593. DOI: 10.1121/1.1543928
- Nayak, S., Wheeler, B., Shiflett, S., & Agostinelli, S. (2000). Effect of music therapy on mood and social interaction among individuals with acute traumatic brain injury and stroke. *Rehabilitation Psychology*. 45, 274-283. DOI:10.1037/0090-5550.45.3.274
- Norsk Forening for Musikkterapi (2020, 15. februar). *Hva er musikkterapi?*  
www.musikkterapi.no/hva-er-musikkterapi
- Psyche: Word origin. (2021, 18.mai). I *Oxford Learner's Dictionaries*. (2021, 18.mai).  
<https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/psyche>
- Perciavalle, V., Blandini, M., Fecarotta, P., Buscemi, A., Di Corrado, D., Bertolo, L. & Coco, M. (2017). The role of deep breathing on stress. *Neurological Sciences*, 38(3), 451-458.
- Pilon, M., McIntosh, K. W. & Thaut, M. H. (1998). Auditory versus visual timing cues as external rate control to enhance verbal intelligibility in mixed spastic-ataxia dysarthric speakers: A pilot study. *Brain Injury*, 12, 793–803. DOI: 10.1080/026990598122188
- Pratt, C. (1931). *The meaning of music*. McGraw-Hill.
- Pöpel, A. K., Jochims, S., van Kampen, N. & Grehl, H. (2001). *Evaluation of music therapy in german neurorehabilitation: Starting point for european comparability* [CD-ROM IV]. Aldridge, D. (Red.). University of Witten-Herdecke.
- Pårørendesenteret. (2021, 09.mai). *Endrede roller og hverdagsliv*.  
<https://www.paroendesenteret.no/tips-r%C3%A5d/ta-vare-p%C3%A5-den-syke/endrede-roller-og-hverdagsliv>
- Rolvjord, R. (2004). Therapy as empowerment. *Nordic Journal of Music Therapy*, 13(2), 99–111.  
<https://doi.org/10.1080/08098130409478107>
- Rolvjord, R., Gold, C. & Stige, B. (2005). Research rigour and therapeutic flexibility. *Nordic Journal of Music Therapy*, 14(1), 15-32. DOI:10.1080/08098130509478122
- Rolvjord, R. (2010). *Resource-oriented music therapy in mental health care*. Barcelona Publishers.
- Rolvjord, R. & Stige, B. (2015). Concepts of context in music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 24(1), 44–66. <https://doi.org/10.1080/08098131.2013.861502>
- Ruud, E. (1997). *Musikk og identitet*. Universitetsforlaget.

- Ruud, E. (2008). Et humanistisk perspektiv på norsk musikkterapi. *Skriftserie fra Senter for musikk og helse*.
- Ruud, E. (2010). *Music therapy: A perspective from the humanities*. Barcelona Publishers.
- Ruud, E. (2011). Musikk, identitet og helse: Hva er sammenhengen? *NMH-publikasjoner*.
- Ruud, E. (2012). The new health musician. I MacDonald, R., Kreutz, G. & Mitchell, L. (Red.), *Music, health and wellbeing* (s.87-96). Oxford University Press.
- Ruud, E. (2013). *Musikk og identitet* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Schibbye, A. L. (2012). *Relasjoner: Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Schjødt, B. & Egeland, T.A. (2006). *Fra systemteori til familierapi*. Tano Aschehoug.
- Sartre, J. P. (1956). *Being and nothingness*. Philosophical Library.
- Schei, T. B. (2011). Kan stemmeskam overvinnes? Om helsefremmende aspekter ved profesjonelle sangeres identitetsarbeid. I Stønseth, K. & Bonde, L. O. (Red.), *Musikk, helse, identitet*. Skriftserie fra Senter for musikk og helse, Norges musikkhøgskole.
- Schmid, W. (2016). A journey to memories: Improvisational music therapy in the neurological rehabilitation of a woman with acquired brain injury (ABI). I Dileo, C. (Red.), *Advanced practice in medical music therapy: Case reports*, (s.232-238). Jeffrey Books.
- Sloboda, J. A. & O'Neill, S.A. (2001). Emotions in everyday listening to music. In Juslin, P.N., Sloboda, J. A. (Red.), *Music and emotion: Theory and research* (s.415-429). Oxford University Press.
- Small, C. (1998). *Musicking: The meanings of performing and listening*. Wesleyan University Press.
- Smith, J. A., Flowers, P. & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. SAGE Publications.
- Stensæth, K. & Jenssen, D. (2016). Deltagelse: En diskusjon av begrepet. I Stensæth, K., Krüger, V. & Fuglestad, S. E. (Red.), *I transitt - mellom til og fra: Om musikk og deltakelse i barnevern* (s. 15–35). Norges Musikkhøgskole.
- Stern, D. N. (1991). *Barnets interpersonelle univers: Et psykoanalytisk og utviklingspsykologisk perspektiv*. Reitzels forlag.
- Stige, B. (2006). On a notion of participation in music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 15(2), 121-138. DOI:10.1080/08098130609478159
- Stige, B. (2012). *Elaborations toward a notion of community music therapy*. Barcelona Publishers.

- Thaut, M. H., McIntosh, G. C., McIntosh, K. W. & Hoemberg, V. (2001). Auditory rhythmicity enhances movement and speech motor control in patients with parkinson's disease. *Functional Neurology*, 16(2), 163–172.
- Thaut, M. H., Leins, A., Rice, R. R., Kenyon, G. P., Argstatter, H. & Fetter, M. (2007). Rhythmic auditory stimulation improves gait more than NDT/Bobath training in near ambulatory patients early post stroke: a single-blind randomized control trial. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 21(5), 455–459. DOI:10.1177/1545968307300523
- Thaut, M. H. & Hoemberg, V. (2014). *Handbook of neurologic music therapy*. Oxford University Press.
- Thornquist, E. (2012). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: For helsefag* (5.utg.). Fagbokforlaget.
- Trainor, L. J. & Schmidt, L. A. (2012). Processing emotions induced by music. I Peretz, I. & Zatorre, R. J. (Red.), *The cognitive neuroscience of music* (s.310-324). Oxford University Press.
- Trondalen, G. (2004). *Klingende relasjoner: En musikkterapistudie av "signifikante øyeblikk" i musikalsk samspill med unge mennesker med anoreksi*. [Doktorgradsavhandling, Norges Musikkhøgskole].
- Trondalen, G. (2007). A moment is a moment is a moment: Om gylne øyeblikk i musikkterapeutisk teori og praksis. *Musik og psykologi*, 28(1), 574-593.
- Trondalen, G. (2008). Musikkterapi: Et relasjonelt perspektiv (s. 29-48). I *Perspektiver på musikk og helse: 30 år med norsk musikkterapi*. Norges Musikkhøgskole: I samarbeid med Unipub.
- Walker J., Engel J. N., Hanson-Abromeit D., Loewy V. J. & Cotter-Shaufele S. (2010). Music therapy with adult units: General medical/surgical. I Hanson-Abromeit, D. & Cowell, C. (Red.), *Medical Music Therapy for Adults in Hospital Settings*. American Music Therapy Association.
- Wambaugh, J. L., & Martinez, A. L. (2000). Effects of rate and rhythm control treatment on consonant production accuracy in apraxia of speech. *Aphasiology* 14, 851–871. DOI:10.1080/026870300412232
- World Federation of Music Therapy (2011). *What is music therapy?* <https://wfmt.info/wfmt-new-home/about-wfmt/>
- Yalom, I. D. (2002). *The gift of therapy: reflections on being a therapist*. Piatkus Books.
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: design and methods* (6. utg). SAGE-Publications.
- Ærø, S. C. B. & Aasgaard, T. (2011). Musikkterapeut på en sykehusavdeling for barn: Helsefremmende arbeid for både pasient og miljø. *NMH-publikasjoner*.

## Vedlegg

Vedlegg 1: Vurdering fra NSD

# NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Familieorientert musikkterapi i tidlig hodeskaderehabilitering. En multippel case-rapport studie.

Referansenummer

444877

Registrert

18.07.2020 av Frida Jasmin Sende - frida.j.sende@student.nmh.no

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Monika Overå, monika.overa@nmh.no, tlf: 23367056

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Frida Jasmin Sende, frida.j.sende@student.nmh.no, tlf: 97630609

Prosjektperiode

10.08.2020 - 10.06.2021

Status

11.06.2021 - Avsluttet

## **Vurdering (3)**

**25.01.2021 - Vurdert**

---

NSD har vurdert endringen registrert 12.01.2021.

Utvalg 3 er lagt til.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 25.01.2021. Behandlingen kan fortsette.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til videre med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Karin Lillevold

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

### **14.12.2020 – Vurdert**

NSD har vurdert endringen registrert 03.12.2020.

Utvalg 2 er lagt til.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 14.12.2020. Behandlingen kan fortsette.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til videre med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Karin Lillevold

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

### **05.11.2020 – Vurdert**

#### BAKGRUNN

Prosjektet er vurdert av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) i vedtak av 12.10.2020, deres referanse 194170 (se under Tillatelser). REK vurderer at studien framstår som forskning, men ikke som medisinsk eller helsefaglig forskning.

Prosjektet er følgelig ikke omfattet av

helseforskningslovens saklige virkeområde, jf. helseforskningslovens §§ 2 og 4. Prosjektet vil derfor bli gjennomført og publisert uten godkjenning fra REK.

#### NSD SIN VURDERING

Det er NSD sin vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 05.11.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

## 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 før endringen gjennomføres.

## TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helse og alminnelige personopplysninger frem til 10.06.2021.

## LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 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 uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a), jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

## TREDJEPERSONER

Prosjektet går ut på å utforske hvordan man som musikkterapeut på en intermediaæravdeling for hodeskaderehabilitering på sykehus kan inkludere pårørende i musikkterapien, og utforske hvordan en slik inkludering kan fremme kontakt og meningsfullt samvær mellom pasient og pårørende. Dette er en multippel case studie som tar utgangspunkt i forskers egenpraksis som musikkterapeut ved den aktuelle avdelingen. Semistrukturerte intervjuer av pårørende som har deltatt aktivt i musikkterapitimer sammen med musikkterapeut og pasient vil være den viktigste datakilden i dette prosjektet, og vil suppleres av egne observasjonsnotater som musikkterapeut og forsker.

Tredjepersoner blir i dette tilfellet pasientene som er tilstede under musikkterapien sammen med musikkterapeut og pårørende. Det skal gjennomføres intervjuer med de pårørende og da kan det skje at de beskriver situasjoner fra musikkterapien der pasientene deltar. Det er relevant å kunne inkludere noen narrative beskrivelser for at leserne skal få et inntrykk av hva som diskuteres under intervjuene. Dersom intervjupersonen skulle beskrive pasienten på en sånn måte at det vil kunne identifisere pasienten vil forsker anonymisere denne informasjonen i oppgaven. Pasientene kan ha manglende samtykkekompetanse. Som et tiltak for å redusere personvernrisikoen til tredjepersoner vises det til at pårørende kan gi samtykke på vegne av personer uten samtykkekompetanse, jf. helsepersonelloven § 22 tredje ledd.

Prosjektet har relativt kort varighet, det er kun forsker og veiledere som vil ha tilgang til opplysningene, og informasjonssikkerheten er god. Det er vår vurdering at samfunnets interesse i at behandlingen finner sted klart overstiger ulempene for den enkelte, at forskningen kan komme brukergruppen til gode, og at lovlig grunnlag for behandlingen av opplysninger om tredjepersoner vil være allmenn interesse jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav e, jf. art. 9 nr. 2 bokstav j, jf. personopplysningsloven §§ 8 og 9.



## PERSONVERNPRINSIPPER

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

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles 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 i utvalg 1 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), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen 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.

Tredjepersoner har så lenge de kan identifiseres i datamaterialet følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20), og protest (art 21).

Varigheten for behandling av opplysningene er kort, omfanget av opplysninger er lite, og mengden av sensitive opplysninger er lav. Det vurderes derfor at det kan unntas fra informasjonsplikten jf. personvernforordningen art. 14 nr. 5 bokstav b, ettersom de ikke vil ha nytte av dette, og at pårørende kan gi samtykke på vegne av personene, jf. helsepersonelloven § 22 tredje ledd. Dette anses som et tiltak for å redusere personvernrisikoen. I tillegg vil pårørende (utvalget) selv avgjøre om det er hensiktsmessig, og selv eventuelt kunne informere tredjepersonene om at behandlingen finner sted.

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

## FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

## 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: Karin Lillevold  
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

## Vedlegg 2: Informasjonsskriv (pasient)

### Vil du delta i forskningsprosjektet «*Familieorientert musikkterapi i tidlig hodeskaderehabilitering - En multippel case- rapport studie*» ?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt som omhandler inkludering av pårørende i et musikkterapeutilbud ved Avdeling for Fysikalsk medisin og Rehabilitering, Oslo Universitetssykehus, Ullevål. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Dette er et mastergradsprosjekt i samarbeid mellom Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering og Norges musikkhøgskole, hvor formålet er å undersøke hvordan pårørende kan inkluderes i musikkterapi sammen med pasient og musikkterapeut, i tidlig hodeskaderehabilitering. Fokus på mellommenneskelig kontakt og psykososiale aspekter i tidlig hodeskaderehabilitering er noe det fokuseres mer og mer på innenfor flere fagfelt, og man ser et behov for behandling som kan tilby en motvekt til behandling som i første rekke fokuserer på fysiologisk rehabilitering. I dette prosjektet vil masterstudent i musikkterapi, Frida Jasmin Sende, undersøke hvordan pårørende kan inkluderes i musikkterapi, med hovedfokus på hvordan de ulike deltakerne opplever det å delta i musikkterapi.

I sin praksis på avdelingen har Frida funnet det naturlig å inkludere både pårørende og sykepleiere i selve musikkterapien, og ser at slike «musikalske møter» kan gi meningsfulle opplevelser og fremme kontakt og kommunikasjon mellom pasient og pårørende, og mellom pasient og ansatte ved avdelingen. I dag er det svært få sykehus som tilbyr musikkterapi for voksne, og et formål med dette prosjektet er å bidra med økt innsikt i hva musikkterapi har å tilby disse pasientene, slik at flere voksne pasienter som opplever traumatisk hodeskade kan få tilbud om musikkterapi som en del av det tverrfaglige behandlingstilbudet.

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

Norges Musikkhøgskole og Oslo Universitetssykehus Ullevål er ansvarlig for prosjektet.

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

Du får spørsmål om å delta fordi du har mottatt musikkterapi som en del av det tverrfaglige behandlingstilbudet under ditt opphold på avdelingen, og fordi en eller flere av dine pårørende har deltatt under disse timene. Denne studien vil utforske hvordan pasient og pårørende har opplevd det å delta i disse timene, og vi spør derfor deg om du kan tenke deg å bli med i dette prosjektet.

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

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du i etterkant av siste time vil delta i et uformelt intervju som tar for seg hvordan du har opplevd disse timene, og hvordan det har vært for deg å ha dine familiemedlemmer med i disse timene.

Denne samtalen vil tas opp på lydbånd og analyseres av studenten. Alle data vil anonymiseres og inkludert i en masteroppgave som skal ferdigstilles våren 2021.

## **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 din behandling ved sykehuset hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

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

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. De eneste som vil ha tilgang til dataopplysningene er musikkterapeuten og hennes veiledere ved Oslo Universitetssykehus og Norges Musikkhøgskole, dette er totalt seks personer inkludert studenten. Navn og kontaktopplysninger vil erstattes med en kode som lagres på en egen navneliste adskilt fra øvrige data, og datamaterialet vil lagres innelåst.

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

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er i juni 2021. Alle lydopptak vil slettes ved prosjektslutt.

### **Dine rettigheter**

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet personopplysninger om deg
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

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

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

## **Hvor kan jeg finne ut mer?**

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

- Norges Musikkhøgskole, ved Frida Jasmin Sende, mastergradsstudent, mobil:

97630609, Epost: [fridajs@student.nmh.no](mailto:fridajs@student.nmh.no)

- Norges Musikkhøgskole, ved Monika Overå, masterveileder, Epost: [monika.overa@nmh.no](mailto:monika.overa@nmh.no)

- Oslo Universitetssykehus Ullevål, ved Marte Ellersgaard Koch, kontaktperson ved Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, Epost: meller@ous-hf.no
- Vårt personvernombud ved Norges Musikkhøgskole: Rolf Haavik, mobil 90733760, Epost: pvo@nmh.no

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

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

Med vennlig hilsen

*Monika Overå*

*Frida Jasmin Sende*

(veileder)

(student)

---

## Vedlegg 3: Informasjonsskriv (pårørende)

### Vil du delta i forskningsprosjektet

#### *«Familieorientert musikkterapi i tidlig hodeskaderehabilitering»?*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt som omhandler inkludering av pårørende og sykepleiere i et musikkterapitilbud ved Avdeling for Fysikalsk medisin og Rehabilitering, Oslo Universitetssykehus Ullevål. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Dette er et mastergradsprosjekt i samarbeid mellom Avdeling for Fysikalsk medisin og Rehabilitering og Norges musikkhøgskole, hvor formålet er å undersøke hvordan pårørende og sykepleiere kan inkluderes i musikkterapi sammen med pasient og musikkterapeut, i tidlig hodeskaderehabilitering. Fokus på mellommenneskelig kontakt og psykososiale aspekter i tidlig hodeskaderehabilitering er noe det fokuseres mer og mer på innenfor flere fagfelt, og man ser et behov for behandling som kan tilby en motvekt til behandling som i første rekke fokuserer på fysiologisk rehabilitering. I dette prosjektet vil masterstudent i musikkterapi, Frida Jasmin Sende, undersøke hvordan de ulike deltakerne opplever det å delta i musikkterapi, og hvordan de opplever det å dele disse musikkstundene med hverandre. I sin praksis på avdelingen har Frida funnet det naturlig å inkludere både pårørende og sykepleiere i selve musikkterapien, og ser at slike «musikalske møter» kan gi meningsfulle opplevelser og fremme kontakt og kommunikasjon mellom pasient og pårørende, og mellom pasient og ansatte ved avdelingen. I dag er det svært få sykehus som tilbyr musikkterapi for voksne, og et formål med dette prosjektet er å bidra med økt innsikt i hva musikkterapi har å tilby disse pasientene, slik at flere voksne pasienter i tidlig hodeskaderehabilitering kan få tilbud om musikkterapi som en del av det tverrfaglige behandlingstilbudet.

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

Norges Musikkhøgskole og Oslo Universitetssykehus Ullevål er ansvarlig for prosjektet.

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

Du får spørsmål om å delta fordi du som sykepleier ved avdelingen har deltatt i musikkterapi sammen med en eller flere pasienter, og fordi studenten tenker at dine erfaringer er av interesse for studien. Denne studien vil utforske hvordan pårørende og sykepleiere opplever det å delta i musikkterapi sammen med pasienten, og vi spør derfor deg om du kan tenke deg å bli med i dette prosjektet.

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

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du vil delta i et uformelt intervju som tar for seg hvordan du har opplevd disse timene, og hva du tenker om et slikt «inkluderende» musikkterapitilbud.

Denne samtalen vil tas opp på lydbånd og analyseres av studenten. Alle data vil anonymiseres og inkludert i en masteroppgave som skal ferdigstilles våren 2021.

## **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.

## **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. De eneste som vil ha tilgang til dataopplysningene er musikkterapeuten og hennes veiledere ved Oslo Universitetssykehus og Norges Musikkhøgskole, dette er totalt seks personer inkludert studenten. Navn og kontaktopplysninger vil erstattes med en kode som lagres på en egen navneliste adskilt fra øvrige data, og datamaterialet vil lagres innelåst.

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

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er i juni 2021. Alle lydopptak vil slettes ved prosjektslutt.

## **Dine rettigheter**

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet personopplysninger om deg
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

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

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra Norges Musikkhøgskole og Oslo Universitetssykehus Ullevål har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

## **Hvor kan jeg finne ut mer?**

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

- Norges Musikkhøgskole, ved Frida Jasmin Sende, mastergradsstudent, mobil:  
97630609, Epost: [fridajs@student.nmh.no](mailto:fridajs@student.nmh.no)
- Norges Musikkhøgskole, ved Monika Overå, masterveileder, Epost:  
[monika.overa@nmh.no](mailto:monika.overa@nmh.no)
- Oslo Universitetssykehus Ullevål, ved Marte Ellersgaard Koch, kontaktperson ved Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, Epost: [meller@ous-hf.no](mailto:meller@ous-hf.no)

- Vårt personvernombud ved Norges Musikkhøgskole: Rolf Haavik, mobil 90733760, Epost: pvo@nmh.no

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

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

Med vennlig hilsen

*Monika Overå*

(veileder)

*Frida Jasmin Sende*

(student)

---



## Vedlegg 4: Informasjonsskriv (sykepleier)

### Vil du delta i forskningsprosjektet

#### «Familieorientert musikkterapi i tidlig hodeskaderehabilitering»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt som omhandler inkludering av pårørende og sykepleiere i et musikkterapitilbud ved Avdeling for Fysikalsk medisin og Rehabilitering, Oslo Universitetssykehus Ullevål. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Dette er et mastergradsprosjekt i samarbeid mellom Avdeling for Fysikalsk medisin og Rehabilitering og Norges musikkhøgskole, hvor formålet er å undersøke hvordan pårørende og sykepleiere kan inkluderes i musikkterapi sammen med pasient og musikkterapeut, i tidlig hodeskaderehabilitering. Fokus på mellommenneskelig kontakt og psykososiale aspekter i tidlig hodeskaderehabilitering er noe det fokuseres mer og mer på innenfor flere fagfelt, og man ser et behov for behandling som kan tilby en motvekt til behandling som i første rekke fokuserer på fysiologisk rehabilitering. I dette prosjektet vil masterstudent i musikkterapi, Frida Jasmin Sende, undersøke hvordan de ulike deltakerne opplever det å delta i musikkterapi, og hvordan de opplever det å dele disse musikkstundene med hverandre. I sin praksis på avdelingen har Frida funnet det naturlig å inkludere både pårørende og sykepleiere i selve musikkterapien, og ser at slike «musikalske møter» kan gi meningsfulle opplevelser og fremme kontakt og kommunikasjon mellom pasient og pårørende, og mellom pasient og ansatte ved avdelingen. I dag er det svært få sykehus som tilbyr musikkterapi for voksne, og et formål med dette prosjektet er å bidra med økt innsikt i hva musikkterapi har å tilby disse pasientene, slik at flere voksne pasienter i tidlig hodeskaderehabilitering kan få tilbud om musikkterapi som en del av det tverrfaglige behandlingstilbudet.

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

Norges Musikkhøgskole og Oslo Universitetssykehus Ullevål er ansvarlig for prosjektet.

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

Du får spørsmål om å delta fordi du som sykepleier ved avdelingen har deltatt i musikkterapi sammen med en eller flere pasienter, og fordi studenten tenker at dine erfaringer er av interesse for studien. Denne studien vil utforske hvordan pårørende og sykepleiere opplever det å delta i musikkterapi sammen med pasienten, og vi spør derfor deg om du kan tenke deg å bli med i dette prosjektet.

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

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du vil delta i et uformelt intervju som tar for seg hvordan du har opplevd disse timene, og hva du tenker om et slikt «inkluderende» musikkterapitilbud.

Denne samtalen vil tas opp på lydbånd og analyseres av studenten. Alle data vil anonymiseres og inkludert i en masteroppgave som skal ferdigstilles våren 2021.

## **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.

## **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. De eneste som vil ha tilgang til dataopplysningene er musikkterapeuten og hennes veiledere ved Oslo Universitetssykehus og Norges Musikkhøgskole, dette er totalt seks personer inkludert studenten. Navn og kontaktopplysninger vil erstattes med en kode som lagres på en egen navneliste adskilt fra øvrige data, og datamaterialet vil lagres innelåst.

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

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er i juni 2021. Alle lydopptak vil slettes ved prosjektslutt.

## **Dine rettigheter**

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet personopplysninger om deg
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

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

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra Norges Musikkhøgskole og Oslo Universitetssykehus Ullevål har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

## **Hvor kan jeg finne ut mer?**

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

- Norges Musikkhøgskole, ved Frida Jasmin Sende, mastergradsstudent, mobil:  
97630609, Epost: [fridajs@student.nmh.no](mailto:fridajs@student.nmh.no)
- Norges Musikkhøgskole, ved Monika Overå, masterveileder, Epost:  
[monika.overa@nmh.no](mailto:monika.overa@nmh.no)
- Oslo Universitetssykehus Ullevål, ved Marte Ellersgaard Koch, kontaktperson ved Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, Epost: [meller@ous-hf.no](mailto:meller@ous-hf.no)

- Vårt personvernombud ved Norges Musikkhøgskole: Rolf Haavik, mobil 90733760, Epost: pvo@nmh.no

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

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

Med vennlig hilsen

*Monika Overå*

*Frida Jasmin Sende*

(veileder)

(student)

---

## Vedlegg 5: Samtykkeerklæring

### Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Familieorientert musikkterapi i tidlig hodeskaderehabilitering*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i et intervju.
- at intervjuet blir tatt opp på lydbånd (ikke selve musikkterapien).
- at informasjon fra lydopptakene anonymiseres og inkluderes som forskningsdata i musikkterapeutens masteroppgave.

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

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 6: Intervjuguide (pasient)

# Intervjuguide (pasient)

Jeg vil gjerne starte med å invitere deg til å fortelle meg noe om hvordan du har opplevd disse musikkterapitimene.

- Er det noe du vil trekke frem som har vært ekstra viktig/eller berørt deg i disse møtene?
- Hva tenker du om det at vi har involvert Anders og søsteren din i de her møtene?
- Hvordan har det vært for deg å dele disse øyeblikkene med Anders?
- Hvordan opplevde du situasjonen hvor søsteren din deltok?
- Hvordan opplevde du sangstunden da en av sykepleierne deltok?
- Har du noen tanker om det å inkludere sykepleiere i musikkterapitimene?
- Tror du at det å møtes gjennom samspill og sangdeling gjør noe med relasjonen mellom deg og sykepleierne som deltar?
- Opplever du at disse musikalske møtene har påvirket din subjektive opplevelse av helse på noen måte?
- (Hva synes du om aktivitetene vi har gjort?)
- • Hvilken rolle opplevde du at du tok i disse timene?
- Hvilken rolle fikk Anders/eller søster?
- Hvilken rolle opplever du at jeg som musikkterapeut har tatt eller fått?
- Er noe som har vært vanskelig eller utfordrende for deg i disse timene?
- Er det noe som har **overrasket deg** i denne prosessen/ i disse timene?
- Hva tenker du om å ha **et musikkterapitilbud på en avdeling som dette**?

Vi begynner å nærme oss slutten her..

- Kan du **velge tre ord** som beskriver det du sikker igjen med etter å ha deltatt i disse timene?
- Føler du at du har fått sagt det du **ønsker å dele**? Eller er det noe du vil **legge til** før vi avslutter denne samtalen?

## Vedlegg 7: Intervjuguide (pårørende)

# Intervjuguide

## Pårørende

- Har du først lyst til å fortelle meg litt om hvordan du har opplevd det å delta i disse musikkstundene sammen med Birgitta?
- Og hva har det betydd for deg å dele disse øyeblikkene sammen med henne?
- Er det noe fra disse timene du vil trekke frem, som har vært spesielt viktig for deg?
- Har du noen tanker om hvorvidt disse musikkterapitimene kan ha påvirket din egen eller Birgittas subjektive opplevelse av helse?
- (Hva synes du om aktivitetene vi har gjort?)
- Hva tenker du om denne type tilnærming, hvor pårørende og sykepleiere inviteres inn i musikkterapien?
- Og har du noen tanker om hva det kan bety for Birgitta, i den situasjonen hun befinner seg i, å dele disse musikalske øyeblikkene sammen med deg?
- I flere av timene har sykepleiere deltatt i sang og samspill. Hva tenker du om det å involvere sykepleiere i musikkterapien?
- Føler du at du har fått vært aktivt deltakende i disse timene?
- Opplever du at Birgitta har deltatt aktivt i disse timene?
- Hvilken rolle opplever du at jeg som musikkterapeut har tatt eller fått?
- Hvilken rolle fikk sykepleieren da hun deltok?
- Er det noe som har overrasket deg i denne prosessen/ i disse timene?
- Er det noe som har vært vanskelig eller utfordrende ved å delta i disse timene? Noe som kunne vært gjort annerledes?
- Hva tenker du om å ha et musikkterapitilbud på en avdeling som dette?

Vi begynner å nærme oss slutten her..

- Kan du **velge tre ord** som beskriver det du sikker igjen med etter å ha deltatt i disse timene?

- Er det noe du vil **legge til** før vi avslutter denne samtalen? Eller føler du at du har fått sagt det du **ønsker å dele**?

## Intervjuguide sykepleier

- Har du først lyst til å fortelle meg litt om hvordan du opplevde sangstunden hvor du deltok sammen med Birgitta og Anders?
- På hvilke måter opplever du at det å dele slike øyeblikk sammen med pasient, og kanskje også pårørende, påvirker din og pasientens relasjon?
- Føler du at det å delta i slike musikkstunder gir deg noe på et personlig plan?
- Er det noe fra denne timen/disse timene du vil trekke frem, som har gjort ekstra inntrykk?
- Hender det at du benytter deg av musikkaktiviteter eller lytting til musikk sammen med pasientene, utenom musikkterapien?
  - Hva gjør dette med din relasjon til pasientene, og hvordan påvirker det miljøet tror du?
- Hva tenker du om denne type «inkluderende» tilnærming, hvor jeg inviterer inn sykepleiere og pårørende i musikkterapien?
- Og har du noen tanker om hva det kan bety for pasientene, i den situasjonen de befinner seg i, å dele disse musikalske øyeblikkene sammen med deg som sykepleier?
- Hvilken rolle opplevde du at du fikk i disse timene? (Føler du at du har fått vært aktivt deltakende i disse timene?)
- Hvilken rolle fikk pasienten? (Opplever du at hun har fått deltatt aktivt i disse timene?)
- Hvilken rolle opplever du at jeg som musikkterapeut har tatt eller fått?
- Hvilken rolle fikk pårørende?
- Er det noe som har overrasket deg i disse timene?
- Er det noe som har vært vanskelig eller utfordrende ved å delta i disse timene? Noe som kunne vært gjort annerledes?
- Hva tenker du om å ha et musikkterapitilbud på en avdeling som dette?
- Hva tenker du at pasienter ved en avdeling som dette kan få ut av musikkterapi?



Vi begynner å nærme oss slutten her..

- Kan du velge tre ord som beskriver det du sikker igjen med etter å ha deltatt i disse timene?
- Er det noe du vil legge til før vi avslutter denne samtalen? Eller føler du at du har fått sagt det du ønsker å dele?

## Vedlegg 9: Oppsett og eksempel fra steg 2 og 3 i dataanaysen

Transkripsjon og notater Steg 2 og 3 i IPA

Temaer	Original transkripsjon	Kommentarer

Eksempel:

Forsterker deres relasjon

Birgitta mestrer å inkludere Anders.

Det er rett å skape kultur

Anders får delta selv.

A: Ja, det blir jo ikke en konsert i den forstand at man sitter i et offentlig lokale. Det blir jo noe som forsterker min og Birgittas relasjon, fordi deres musikken betyr noe for oss. Og at vi sitter og holder hverandre i hendene, at vi gråter litt og sånn.. Det er liksom en del i.. musikken blir en trigger.. Men jeg tenker også det at jeg som pårørende får være med er fint for vår relasjon, min og Birgittas, men det er også fint for Birgitta at hun da kan, hun kan gjøre noe hvor hun inkluderer, hun mestrer å inkludere meg i noe.

F: Ja, sant..mm..

A: Og det er jo, det vet vi jo også. Det er WHO's.. eem.. I hva heter det.. Disability Act, at man skal ikke bare få tilgang til kultur, som en kulturkonsument, men man har også rett på å selv skape kultur, eller skape musikk i dette tilfellet.. så det at man inviterer inn andre, og deler med andre også. Så det er en samsidingsaspekt i dette her som.. som er fint.

F: Mmm, veldig. Føler du at.. nå er vi på en måte litt inne på det med å være aktivt deltakende på en måte, i denne settingen da.. Føler du at du selv har fått mulighet til å delta aktivt i disse timene?

A: Ja, jo det synes jeg. Jeg kan ikke synge sånn kjempemye, men jeg har vært med å synge, og..absolutt. Og i går med chantingen, så var det jo absolutt slik, for da ble det jo konkrete vibrasjoner av lyden som gjorde at alles stemmer, alle som sang, påvirker jo på en måte det, eller bidrar til det. Så det er en veldig sterk følelse av at man bidrar. Det å synge

Det at Anders er med er fint for deres relasjon, fordi musikken betyr mye for de.

De får mulighet til å sette dele musikken, holde hendene, gråt litt..

Men er også fint fordi hun kan mestrer å inkludere ham i noe.

~~Nå er jo B her i en kort periode, egentlig~~

Han opplever å ha vært aktivt deltakende i timene selv, gjennom sang, chanting, og ved å velge sanger for fortelling.

(5)

Vedlegg 10: Bildeeksempel fra steg 4 i dataanalysen

