

MUSIKKTERAPIGRUPPE

I POLIKLINIKK I DPS

EN MIXED METHOD STUDIE

Sissel Marie Hansen

Masteroppgave i musikkterapi

Norges Musikkhøgskole

Våren 2022

Antall ord: 21916



**Norges
musikkhøgskole**
Norwegian Academy
of Music

FORORD

Først og fremst vil jeg rette en stor takk til deltakerne i musikkterapigruppen og i studien, *Ole, Anne og Liv*, uten dere ville jeg ikke fått den kunnskapen jeg har i dag og denne oppgaven ville ikke bli

tt den samme uten deres innspill og engasjement. Takk til praksiskoordinator ved NMH, *Ingeborg Nebelung* og leder ved poliklinikken i DPS som la til rette for at jeg kunne gjennomføre egenpraksis. Takk til *Daniel Løset Kristiansen* for kunnskapsrik veiledning og metodiske innspill i egenpraksisperioden.

Spesielt stor takk rettes til veileder i forskningsprosessen og teksten, *Hans Petter Paulen Solli*, takk for din faglige veiledning, tid og støtte gjennom en lang prosess som deltids studiet har vært. Takk til *Tone Kristine Sæther Kvamme* for utfyllende veiledning i Mixed Method. En stor takk til *alle lærere* ved studiet, for deres engasjement og kunnskap som har vært en berikelse i livet. Studieukene har gitt næring slik at utformingen av min musikkterapeutiske identitet og profesjonelle kompetanse har fått vokse. Takk til mine dyktige *medstudenter*, som har delt av sin kunnskap og erfaring, dere har gjort meg klokere.

Til min alltid tilstedeværende og støttende familie, som har tro på meg, til søster *Ida Charlotte Wendel* og bror *Ole Martin Olsen* for innspill om tekst i innspurten av oppgaven. Til min kjæreste mann, *Atle Vidar Hansen*, takk for din tålmodighet, hjelp og støtte i nedturer og oppturer. Til mine enestående, kloke barn som håper å få en tilstedeværende mamma tilbake, TAKK!

Fredrikstad, Mai 2022

Sissel Marie Hansen

Abstract

This study examines music therapy in mental healthcare, in a day care unit in DPS. The research is conducted during my practice period. The study explores the experiences of three adults participating in ten weekly sessions of music therapy. The research design is a mixed method, which involves the use of both qualitative and quantitative methods of collecting data. The methods used for collection of qualitative data were participating observation, and semi-structured interviews. A KOR-form was used for the collection of quantitative data. The qualitative data were analyzed by thematic analysis. The quantitative data were analyzed in the form of diagrams combined with written interpretation. The study's findings are summarized in three main subjects with accompanying sub-topics. The discussion is based on a comparison of qualitative and quantitative results in relation to theories from resource oriented music therapy, health competence, musical understanding, mental health, group music therapy, group-therapeutic factors, common factors, intersubjectivity, experience, recovery. The study provides insight regarding how music therapy groups can function as an independent treatment in a day care unit. In addition, the voices of the participants allow their voices to emphasize music therapy in policlinic as recommended treatment.

Keywords: Music therapy, Music therapy group, anxiety and depression, day care unit DPS, resource oriented music therapy.

Sammendrag

Denne studien utforsker temaet musikkterapigruppe i psykisk helsevern. Forskningen er gjennomført i forbindelse med egenpraksis ved en poliklinikk i et DPS. Her beskriver tre voksne deltakere egne opplevelser av deltakelse gjennom ti, ukentlige musikkterapigruppe sesjoner. I et Mixed Methods design har jeg brukt både kvalitative og kvantitative metoder for å innhente data, med hovedvekt på en kvalitativ tilnærming og kvalitative data. Metodene jeg benyttet til innsamling av kvalitative data, var deltakende observasjon og semistrukturerte intervjuer. Kvantitative data ble innhentet i KOR-skjema. Kvalitative data analyseres i tematisk analyse, kvantitative data analyseres i søylediagram kombinert med skriftlig tolkning. Funnene kategoriseres i tre hovedtemaer med tilhørende undertema. I diskusjonen sammenligner jeg de kvalitative og kvantitative resultatene i lys av teorier om helseforståelse, musikkforståelse, musikkterapi, gruppemusikkterapi, gruppeterapeutiske faktorer, fellesfaktorer, intersubjektivitet, recovery, empowerment og positiv psykologi. Studien gir innblikk i hvordan musikkterapigrupper kan fungere som selvstendige behandlingstilbud i poliklinikk ved DPS og deltakernes stemmer løfter frem musikkterapigruppe her som anbefalt behandling.

Emneord: Musikkterapi, musikkterapigruppe, angst og depresjon, poliklinikk DPS, ressursorientert musikkterapi.

INNHOLDSFORTEGNELSE

1	INTRODUKSJON.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Studiens formål og problemstilling.....	2
1.3	Begrepsavklaringer.....	2
1.4	Gjennomføring av musikkterapi praksis.....	4
1.4.1	Gruppen.....	5
1.5	Litteratursøk.....	6
1.6	Tekstens oppbygning.....	6
2	TEORI.....	7
2.1	Helseforståelse.....	7
2.1.1	En modell for psykisk sykdom?.....	8
2.2	Musikkforståelse.....	8
2.3	Relasjonens plass i musikkterapi.....	9
2.3.1	Betydning av intersubjektivitet i grupper.....	10
2.3.2	Fellesfaktorer.....	10
2.4	En ressursorientert musikkterapi.....	10
2.5	Gruppeterapi.....	12
2.5.1	Yaloms gruppeterapeutiske faktorer.....	13
2.5.2	Musikkterapi grupper i psykisk helsevern.....	14
3	FORSKNINGSDESIGN OG METODER.....	15
3.1	Valg av design og metode.....	15
3.2	Mixed Method.....	15
3.2.1	Verdensbilde.....	16
3.2.2	Valg av mixed method design.....	17
3.2.3	Fenomenologi og hermeneutikk.....	19
3.3	Datainnsamling.....	20
3.3.1	Deltagere: utvalg og inklusjonskriterier.....	20
3.3.2	Kvalitative data.....	21
3.3.2.1	Deltagende observasjon med logg.....	21
3.3.2.2	Semistrukturert fokusgruppe intervju.....	21
3.3.3	Kvantitative data.....	22

3.3.3.1 KOR.....	23
3.4 Analyse av datamateriale.....	24
3.4.1 Analyse av kvalitative data.....	24
3.4.1.1 Valg av analyseprosedyre.....	24
3.4.1.2 Analyseprosessenes utvikling.....	25
3.4.2 Analyse av kvantitative data KOR.....	26
3.4.3 Sammenligning av resultater fra kvalitative data med de kvantitative data.....	27
3.5 Vurdering av egen forskning – om rolleavklaring, metodekritikk og etikk..	27
3.5.1 Rolleavklaring.....	27
3.5.2 Metodekritikk.....	28
3.5.3 Koronapandemiens implikasjoner på studien.....	29
3.5.4 Ethiske refleksjoner.....	30
4 RESULTATER.....	32
4.1 Presentasjon av kvalitative resultater.....	32
4.1.1 Flere muligheter.....	33
4.1.1.1 Positive følelser – det er gøy.....	33
4.1.1.2 Utfordrende tanker – alle utfordret seg.....	34
4.1.1.3 Håp – ta med seg.....	35
4.1.1.4 Selvbestemmelse – å velge selv.....	35
4.1.1.5 Struktur – å ha noe fast å gå til.....	36
4.1.1.6 Oppsummering.....	36
4.1.2 Musikkens betydning.....	37
4.1.2.1 Musikalsk anerkjennelse – å få applaus.....	37
4.1.2.2 Mestring i musikken – å finne sin greie.....	38
4.1.2.3 Felles interesse for musikk – andre likte det samme som meg.....	39
4.1.2.4 Kroppslige reaksjoner i musikken – å lande.....	39
4.1.2.5 Oppsummering.....	40
4.1.3 Gruppens betydning.....	40
4.1.3.1 Samhandling – å ha samhandlet med andre.....	40
4.1.3.2 Gruppesamhold – å være en del av.....	41
4.1.3.3 Sosial støtte – det ble trygt nok.....	42
4.1.3.4 Oppsummering.....	43

4.2 Presentasjon av funn fra kvantitative data.....	43
4.2.1 Ole.....	43
4.2.2 Anne.....	45
4.2.3 Liv.....	47
4.3 Tolkning av resultater.....	49
4.3.1 Oppsummering og tolkning av kvalitative resultater.....	49
4.3.2 Oppsummering og tolkning av kvantitative resultater.....	50
4.4 Sammenligning av de kvalitative resultatene med kvantitative resultatene.....	52
5 DISKUSJON.....	53
5.1 Resultater som samsvarer og utfyller hverandre.....	53
5.1.1 Flere muligheter.....	53
5.1.1.1 Positive følelser – det er gøy, og utfordrende tanker – alle utfordret seg	53
5.1.1.2 Håp – ta med seg.....	55
5.1.1.3 Struktur – noe fast å gå til.....	56
5.1.1.4 Selvbestemmelse – å velge selv.....	56
5.1.2 Musikkens betydning.....	58
5.1.2.1 Felles interesse for musikk – andre likte det samme som meg.....	58
5.1.2.2 Mestring i musikken – å finne sin greie, og kroppslige reaksjoner – å lande.....	58
5.1.2.3 Musikalsk anerkjennelse – å få applaus.....	60
5.1.3 Gruppas betydning.....	61
5.1.3.1 Gruppesamhold – å være en del av.....	61
5.1.3.2 Sosial støtte – det ble trygt nok.....	61
5.1.3.3 Samhandling – å ha samhandla i en ny setting.....	62
5.2 Motstridende resultater.....	62
5.3 Betydningen av å benytte flere metoder.....	63
6 KONKLUSJON.....	64
6.1 Avsluttende refleksjoner.....	65
6.1.1 Hva kan denne studien bidra med?.....	65
6.1.2 Veien videre.....	65
LITTERATURLISTE.....	67

VEDLEGG: informasjon til henvisere.....	72
VEDLEGG: informasjon til pasienter.....	73
VEDLEGG: utdrag i fra praksislogg.....	74
VEDLEGG: intervjuguide.....	75
VEDLEGG: ORS.....	76
VEDLEGG: SRS.....	77
VEDLEGG: utdrag i fra tematisk analyse.....	78
VEDLEGG: vedtak i fra REK.....	79
VEDLEGG: vedtak NSD.....	84
VEDLEGG: samtykke.....	87

1. INTRODUKSJON

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Gjennom min egenpraksis ved musikkterapistudiet høsten 2020, ble grunnlaget for min masteroppgave lagt. Praksisstedet var min ordinære arbeidsplass, et DPS (Distriktpsikiatrisk senter) i en gruppepoliklinisk avdeling, hvor jeg jobber som vernepleier. I møte med praksiskoordinator ved NMH og min leder ble det avtalt at praksisen ble en del av dette forskningsprosjektet. Deler av masterarbeidet har dermed inngått som forskning på egen praksis og resultatene er dokumentert i denne oppgaven. Det falt seg naturlig at musikkterapipraksisen ble i gruppeformat, da det er gruppebehandling som tilbys i avdelingen jeg jobber i. Tema for oppgaven formet seg naturlig til å handle om *musikkterapigruppe som behandling i poliklinikk i et DPS*.

Avdelingen tilbyr gruppebehandling med ulike tilnærminger, tilpasset ulike målgrupper, blant annet kognitiv terapi, mentaliseringsbasert terapi, psykodynamisk gruppeterapi og billedterapi. På bakgrunn av erfaring med musikkgruppe som del av et dagbehandlingstilbud ved samme avdeling, ville jeg undersøke muligheten for å opprette en musikkterapigruppe til personer med symptomer på angst og depresjon.

I de nasjonale retningslinjene for diagnostisering og behandling av depresjon fra 2009 (Helsedirektoratet.no), beskrives det innledningsvis at depresjon er en av de lidelser på verdensbasis som fører med seg størst tap av livskvalitet og leveår. I retningslinjene (s.38), står det at musikk kan med fordel brukes i behandling, men musikkterapi nevnes ikke spesifikt. Studier gjort i senere år, kan vise til at musikkterapi som behandling til personer med depresjon kan dokumentere gode funn (Erkkilä et.al, 2011:Aalbers et. al, 2017). Samtidig er det behov for mer forskning på dette området, som blant annet undersøker varigheten av effekten på musikkterapi og depresjon (Brean, Skeie, 2019).

I musikkterapipraksisen og i min rolle som student var det en trygghet at pasientenes hoved behandler (psykiater eller psykologspesialist) var ansvarlig behandler for pasientene i musikkterapigruppen og kunne bistå med drøfting eller tiltak ved eventuell forverring av pasientenes psykiske tilstand. Erfaringen var at ingen av pasientene ga uttrykk for opplevd forverring eller var i behov av andre tiltak under gruppeforløpet og musikkterapigruppen var eneste behandling de mottok i perioden.

1.2 Studiens formål og problemstilling

I hovedsak vil jeg undersøke hvordan den enkelte deltager har opplevd å være med i musikkterapigruppen. Samtidig ønsket jeg å se på hvordan pasientene ville tallfeste egne opplevelser i et skjema og om dette kunne samsvare med tilbakemelding i tekstform.

På bakgrunn av dette har mitt *formål* med studien vært å utforske deltakernes opplevelser av å være med i musikkterapigruppen, og med utgangspunkt i deltakernes erfaringer, få økt kunnskap om musikkterapi i poliklinisk avdeling i et DPS. For å finne best mulig svar på det jeg ønsker å undersøke har jeg utarbeidet en tre-delt problemstilling, hvor den første problemstillingen er den som har fått størst plass i oppgaven.

Mine problemstillinger er:

1.Hvordan opplever pasienter med depresjons- og angstsymptomer å delta i en musikkterapigruppe ved en psykiatrisk poliklinikk?

2.Hvordan skårer pasientene seg selv i et KOR-skjema når det gjelder opplevd bedring, og hvordan skårer de på opplevelsen av samarbeidet med musikkterapeuten?

3.I hvilken grad bidrar KOR-skjema i denne sammenhengen til mer kunnskap om pasientenes opplevelse av musikkterapigruppen?

1.3 Begrepsavklaringer

Musikkterapi

Problemstillingen i denne oppgaven bygger på min forståelse av musikkterapi som et humanistisk fag.

Kunnskapen om musikkterapi handler om hvordan musikk virker inn på menneskers følelser og tanker ut fra vår historiske og kulturelle kontekst. Den humanistiske musikkterapien gir oss holdepunkter for å forstå andre menneskers livsverden, og ut fra dette hva som kan være forutsetninger for selvbestemmelse eller autonomi (Ruud, 2008, s.5).

Min forståelse av begrepet musikkterapi er forankret i Even Ruud sin definisjon, «Musikkterapi er bruk av musikk til å gi mennesker nye handlemuligheter (1990. s. 24), og definisjonen til Kenneth Bruscia (2014):

Music therapy is an reflexive process wherein the therapist helps the client to optimize the client`s health, using various facets of music experience and the relationships formed through them as the impetus for change. As defined here, music therapy is the professional practice component of the dicipline, which informs and is informed by theory and research. (s.36)

Jeg vil også trekke frem relasjonen som sentral i min forståelse av musikkterapi. Både relasjonen til musikken og musikkopplevelsen, til andre gruppe-medlemmer og til musikkterapeuten (Ruud, 2008).

Angst og depresjon

Symptomene ved angst og depresjon kan beskrives som en sinnsstemning som kjennetegnes ved nedtrykthet, konsentrasjonssvikt, tap av initiativ og pågangsmot, redusert tilgang til positive følelser og sinne, en opplevelse av utilstrekkelighet og lav selvfølelse, redusert energi, tretthet og indre uro, bekymringstanker og angst (Krüger, et.al, 2000).

Opplevelse

Opplevelse i denne oppgaven viser til undersøkelsen av deltakerne i studien sine subjektive erfaringer med musikkterapien. Disse erfaringene baseres på det som beskrives i Store Norske leksikon som blant annet persepsjon, tanker og følelser (opplevelse, 2020). Merleau Ponty (1994) beskriver kroppen som inngangsporten for all sanselig erfaring av en kvalitativ karakter, i motsetning til å passivt motta sanseintrykk. I oppgaven kopler jeg deltakernes opplevelser til øyeblikk av ulik karakter, hvor intersubjektivitet og relasjon står sentralt (Stern, 2004) samt til ulike fasetter av musikalske opplevelser; fysiologiske, emosjonelle, mentale, relasjonelle eller spirituelle (Bruscia, 2014).

KOR (Klient - og resultatstyrt praksis)

KOR kan beskrives som et tilbakemeldingsverktøy som innebærer at pasienten fyller ut to ulike skjema etter hver terapitime; ORS, et skjema som måler grad av opplevd bedring og SRS, et skjema som måler grad av hvordan de opplever samarbeidet med terapeuten (Miller &

Duncan, 2000). I denne oppgaven forstås SRS skjema ikke nødvendigvis bare et forhold basert på pasient – terapeut relasjonen (her: forsker). Men også i relasjon til gruppa, de andre deltakerne og til musikken.

1.4 Gjennomføring av musikkterapipraksis

Musikkterapien i denne undersøkelsen er basert på praksisen som ligger til grunn for de nevnte problemstillingene. Rekrutteringen av pasienter ble gjort gjennom interne henvisninger i poliklinikken og jeg utarbeidet informasjon om musikkterapigruppen til behandlere og pasienter. Informasjon om gruppa til behandlere ¹ ble lagt i posthyller, sendt på mail og lagt ut på intranettets side for avdelingsnyheter. Informasjon til pasienter ² ble også lagt ut tilsvarende, men også lagt ut i ventesonene i de ulike avdelingene. Tre pasienter ble henvist. Disse kalte jeg inn til en kartleggingssamtale i forkant av oppstart. På denne måten fikk vi truffet hverandre før oppstart av gruppa, her snakket vi litt om den enkeltes musikalske preferanser, samt forventninger og mulige mål for behandlingen. I utgangspunktet hadde jeg forespeilet en gruppe på åtte pasienter. Hva som medførte såpass liten rekruttering, kan dreie seg om ulike faktorer. For det første, verden var midt i en pandemi som vanskeliggjorde naturlige møteplasser for å kunne fremsnakke og minne om at det startet opp en musikkterapigruppe, i en travel hverdag på poliklinikk blir mailer og løse ark med informasjon kanskje lett glemt? For det andre er kanskje noen skeptiske til musikkterapi og gruppebehandling. I etterkant har jeg tenkt at en gruppe på åtte pasienter under Koronapandemien hadde gitt utfordringer i forhold til romkapasitet, og at jeg da hadde måttet dele gruppa, noe som igjen kunne medført begrensning på tid.

Hver gruppesesjon hadde en varighet på 90 min (inkludert 10 min pause). Sesjonene foregikk en gang i uken over 10 uker. I forkant av sesjonene lagde jeg planer med musikalsk aktivitet med en mulig progresjon i disse aktivitetene. Utgangspunktet for planene inneholdt elementer relatert til den enkeltes ønskede mål for musikkterapien. Videre var planen tenkt som et utgangspunkt for en ramme, da det var viktig for meg å innta en fleksibel og refleksiv tilnærming i terapien. Det var også et overordnet mål at gruppen gradvis kunne bli mer autonom og selvstyrende ut fra pasientenes behov og ønsker. Praksisveiledning med praksisveileder ble gjennomført umiddelbart etter hver sesjon.

¹ Se vedlegg nr. 1.

² Se vedlegg nr. 2.

Musikkterapigruppen fungerte som eneste behandlingstilbud i perioden for deltakerne som var med i studien.

1.4.1 Gruppen

I planleggingsfasen utarbeidet jeg følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier for deltakelse i musikkterapigruppen:

Inklusjonskriterier: Pasienter med symptomer på angst og depresjon, være interessert i musikk. Kunne klare forholde seg til en liten gruppe.

Eksklusjonskriterier: Psykose, aktiv rus, alvorlige personlighetsforstyrrelser, og alvorlige utviklingsforstyrrelser.

I det følgende vil jeg gi et lite innblikk, fra mitt eget ståsted, i hvordan gruppesesjonen foregikk:

Det nærmer seg tid for musikkterapigruppe i gruppepoliklinikken. Jeg gjør klar rommet - en meters avstand mellom hver stol. Korona krever avstand. Jeg gjør klar instrumentene. Imens jeg steller i stand, forsøker jeg å kjenne etter hvor er jeg i dag når jeg skal møte gruppen. Hva har jeg med meg av tanker og følelser når de snart kommer? Jeg lurar på hva deltakerne har med seg inn i musikkterapigruppa i dag? Gruppa har noe til felles, vi er alle i en pandemi, og det er mindre terskel for fravær. Kommer alle i dag tro? Der hører jeg de i gangen! Flere «Hei!» og litt småprating på vei inn i rommet. Litt forsiktige, høflige, smiler, litt usikkerhet og uro å spore? Det er jo bare deres andre gang med musikkterapigruppe tenker jeg, og samtidig ydmyk over at deltakerne reiser hjemmefra for å komme til musikkterapigruppen en gang i uken. De setter seg, hver og en meddeler seg med en liten verbal «innsjekk» i gruppa. Musikken starter. Smil, tårer, blussende kinn, ujevn puls, jevn puls, latter og musikk. Vi avslutter som vi har startet, hvordan var det å være i gruppa i dag? Småprating på vei ut døra, er den ikke litt lystigere, litt friere liksom? På tross av pandemien og en hverdag preget av avstand, så fikk vi treffes i dag også!

Musikkterapigruppen var lagt til siste halvdel dagen, etter lunsj. Gruppen bestod av tre deltakere, to kvinner og en mann, i alderen ca. 24 år til 70 år. Gruppesesjonen inneholdt alltid noen strukturerende elementer som innledning med en «verbal» innsjekk hvor den enkelte delte det som lå i forgrunnen, og sesjonen kunne fortsette med å tromme (alle deltakerne hadde hver sin tromme) til ferdig innspilt musikk og allsang basert på ønsker fra pasientene. Når gruppa hadde etablert en større trygghet utviklet de musikalske elementene seg til å bli

mer i retning av improvisasjon, mer sang og små arrangement over sanger som pasientene ønsket å spille på ulike instrumenter. Tema i den terapeutiske samtalen kunne reise eksistensielle spørsmål, sammenhenger mellom musikk og identitet, gode minner, men også vanskeligere tema. To av deltakerne møtte til hver sesjon, en deltaker var fraværende to av ti sesjoner, et stabilt oppmøte, på tross av Korona-pandemien.

1.5 Litteratursøk

I oppgaven har jeg i hovedsak støttet meg til litteratur, teori og forskning om musikkterapi-gruppe-praksis, samt gruppeterapi på mer generell basis.

I hovedsak har jeg søkt etter norsk og engelskspråklig litteratur som omhandler musikkterapi og mental helse, musikkterapi-grupper, og KOR- klient og resultatstyrt praksis. For å finne aktuelle forskningsartikler, har jeg gjort strukturerte søk i databasene RILM, Pub Med og Google Scholar. Foruten å søke opp bøker, bokkapitler og artikler i Oria, og søke etter relevant litteratur i referanselister.

1.6 Tekstens oppbygning

I neste kapittel vil jeg gjøre rede for den teoretiske forståelsen jeg har i tilnærmingen til forskningsprosjektet. Teorien fokuserer på forståelse av helse og psykisk helse, egen musikkforståelse i musikkterapi, relasjonens plass i musikkterapi, intersubjektivitet, gruppeterapi, fellesfaktorer i psykoterapi, gruppeterapeutiske faktorer og musikkterapi-grupper. I tredje kapittel vil jeg presentere studiens forskningsdesign og metoder, analyseprosedyre, samt en vurdering av egen forskning. I fjerde kapittel presenterer jeg studiens resultater. Først resultater med tekst fra informantene i studien. Disse er delt inn i tre hovedtema, med tilhørende undertema. Jeg ønsker å gi empirien stor plass i denne delen for å fremheve informantenes stemme. De numeriske data er presentert i hvert sitt søylediagram, og en felles tabell. Avslutningsvis i resultatdelen følger en sammenligning av resultatene fra tekst og de numeriske resultatene. I kapittel fem vil jeg drøfte hvordan resultatene fra tekst kan samsvare, utfylle eller fremstå motstridende med de numeriske resultatene. Oppgaven avsluttes med konklusjon og avsluttende refleksjoner.

2. TEORI

I dette kapittelet følger en presentasjon av de teoretiske ståsteder som jeg har vurdert er relevant for oppgaven og som jeg kan relatere den musikkterapeutiske tilnærmingen jeg har hatt til denne praksisen. I diskusjonskapittelet vil jeg bruke teorien til å belyse funnene i studien.

2.1 Helseforståelse

På et overordnet nivå hviler min helseforståelse på Antonovsky (1987) sin beskrivelse av helse. Han redegjør for helse som en opplevelse av sammenheng og mening (Sense of coherence, SOC) i menneskers liv og hvordan denne opplevelsen danner det videre grunnlaget for opplevelse av mestring, forebygging av psykisk sykdom og resiliens (motstandskraft mot sykdom). Helseforståelsen har et relasjonelt perspektiv, hvor opplevelse av helse innebærer et relasjonelt samspill med omverdenen samt den enkeltes reaksjon på opplevelser og utfordringer. Antonovsky opererer med to ulike begreper i sin redegjørelse av helse, *patogenese*, som beskriver sykdom og symptomer, og *salutogenese*, som beskriver hva som gir god helse, mestring og funksjon. Helse forstås her som en prosess, hvor helseressurser innebærer personlige egenskaper som håp, vitalitet, og sosial støtte.

Aarre (2010) peker på sammenfall mellom pasienters egne opplevelser og hva forskere mener er viktig for opprettholdelse av god psykisk helse. Opplevelse av å tilhøre et fellesskap og identitet tilknyttet en sosial og relasjonell funksjon er temaer som trekkes frem her.

Ruud (2006) beskriver betydningen av livskvalitet i sammenheng med helse og at helse kan forstås som en opplevelseskategori. Videre gjør han rede for at livskvalitet innebærer en persons tilgang til et godt følelsesliv, en opplevelse av å mestre utfordringer på en hensiktsmessig måte, gode relasjoner til andre samt en opplevelse av tilgang til mening og sammenheng i livet. I norsk musikkterapi tradisjon beskrives helse i sammenheng med en humanistisk forståelse av mennesket som en aktivt handlende aktør. Her vektlegges verdien av subjektivitet og handling, som kan «*sette mennesker i stand til å forvalte sitt eget liv på en best mulig måte*» (Ruud, 2008, s. 8).

Når jeg i det neste skal presentere en modell for psykisk sykdom, vil jeg presisere at det finnes ulike modeller for å forstå og forklare psykisk sykdom på (Lauveng, 2020). Oppgavens formål baserer seg ikke på forklaringsmodeller av psykisk sykdom, samtidig kan en modell

for utviklingen av psykisk sykdom gi en opplevelse av mening og sammenheng i livet for de personer som modellen kan være aktuell for.

2.1.1 En modell for psykisk sykdom?

Per i dag finnes det ingen modell alene som fullt ut kan forklare psykisk sykdom, og utvikling av symptomer kan forstås i forhold til flere mulige årsaker.

Ekeland (2021) peker på at psykiske lidelser i stor grad baserer seg på subjektive opplevelser. En kombinasjon av modeller kan derfor bli nærliggende å støtte seg til, når jeg skal ta utgangspunkt i en teoretisk forståelse. I dag er det den *bio – psyko – sosiale modellen* (Engel, 1977: i Lauveng, 2020) som er den mest utbredte, som tar høyde for at psykisk sykdom må forstås som et resultat av samspill mellom en rekke faktorer. Modellen tar utgangspunkt i at en person kan ha en genetisk sårbarhet som sammen med miljøfaktorer kan medføre at personen blir psykisk syk. Lauveng (2020) beskriver at modellen kan gi en mulig forklaring til utviklingen av psykisk sykdom, men gjelder ikke for alle som har en psykisk lidelse. Denne modellen tar høyde for et relasjonsperspektiv og et samspill mellom personen og personens miljø. Modellen ble i sin tid utarbeidet som et tilsvarende på den opplevde begrensede vitenskapelig metode og behandlingstilnærminger innen det psykiatriske fagfeltet. Kritikken rettet mot modellen er at det biologiske perspektivet likevel tillegges en overvekt og mindre vekt legges på personens subjektive opplevelse av egen sykdom (Malt, 2019 i snl.no). Professor i sosialpsykologi Tor – Johan Ekeland (2021) argumenterer for at behandling av psykiske lidelser må ses i lys av enkelt menneskets subjektive oppfatning av sin egen lidelse og at det er subjektet som eventuelt responderer på behandlingen og ikke den psykiske lidelsen i seg selv.

2.2 Musikkforståelse

Min musikkforståelse av musikken som fenomen i musikkterapi, hviler på teorier om sammenhenger mellom musikk og helse. I denne oppgaven vil jeg presentere musikk i sammenheng med opplevelser og hvordan den kan forstås å fremme helse. I det følgende vil jeg derfor presentere musikk som er knyttet til handling (Small, 1998), musikk knyttet til identitet (Ruud, 2013), musikk knyttet til livskvalitet (Ruud, 2015), og hvordan musikk kan tilby oss noen kvaliteter, som vi kan velge å ta i bruk (Tia DeNora, 2000).

Teorien om musikk som knyttet til handling, at musikk er noe vi gjør heller enn å være et

objekt i seg selv, beskrives av Christopher Small som *musicking* (Small, 1998). I musikkterapigruppen kunne dette innebære å slå takten på låret, synge, spille, lytte eller synge. Musikken kunne presentere minner fra deltakernes liv eller vekke følelser som de kunne velge å dele med de andre. Even Ruud gjør rede for hvordan musikken som knyttet til vår identitet, presenterer minner av musikalske opplevelser. Disse minnene kan fungere som musikalske identitetsmarkører for hvordan vi skaper vår egen historie gjennom tidlige selvopplevelser, kroppsopplevelser og opplevelser av mestringstro (Ruud, 2013). Ruud gjør rede for hvordan begrepet *musicking* kan forstås i sammenheng med livskvalitet, og deler denne forståelsen inn i fire kategorier: 1) *Musicking* som en forsørger av emosjonelle uttrykk, emosjonell regulering og emosjonell stimulus, 2) *Musicking* som et verktøy for utvikling av selvagens og empowerment. 3) *Musicking* som en ressurs i å skape en opplevelse av tilhørighet. 4) *Musicking* som en måte å oppnå opplevelse av mening og sammenheng (Ruud, 2015).

Tia DeNora beskriver musikkopplevelsen som situert og kontekstuell, og kan tilby (*affordance*) mening og sammenheng om personen selv velger å bruke dette (*appropriation*) (DeNora, 2000). Videre beskriver hun hvordan det å engasjere seg i musikk kan skape blant annet opplevelse av kontroll og kreativitet, lyst, en validering av seg selv samt opplevelse av flow og velvære. I dette musikalske engasjementet, om vi lytter eller skaper musikk, kan ressurser og nye måter å mestre livet på, erfares og deles med andre (DeNora, 2013).

2.3 Relasjonens plass i musikkterapi

Relasjonens plass i musikkterapi er forankret i det humanistiske perspektivet på musikkterapien og i forståelsen av mennesket som grunnleggende kontaktsøkende og meningsskapende (Ruud, 2008). Videre finner musikkterapien støtte i utviklingspsykologiske teorier om intersubjektivitet, og gjensidig anerkjennelse (Trondalen, 2008). Intersubjektivitet kan beskrives som «deling av psykologiske tilstander i en relasjon» (Røkenes, Hansen, 2015, s. 49). Trondalen (2016) beskriver hvordan intersubjektivitet i musikkterapi kan forstås som at tilgangen til selvopplevelse og samskapning skjer gjennom en utveksling av følelser som uttrykkes musikalsk og kroppslig i et relasjonelt nærvær, for eksempel gjennom en improvisasjon. I improvisasjonen tilbys det mulighet for en subjekt- subjekt relasjon.

2.3.1 Betydning av intersubjektivitet i grupper

En av bestanddelene som fremstår signifikante i musikkterapi kan sies å være muligheten for opplevelsen av intersubjektivitet. Stern (2004) beskriver hvordan nå – øyeblikket fremstår for oss som mest interessante når vi opplever en mental kontakt av en spesiell karakter, en intersubjektiv kontakt.

Stern (2004) beskriver hvordan intersubjektivitet fremmer gruppedannelse, gjør gruppen funksjonsdyktig og sikrer samhold. Videre redegjør han for at motivasjonen kan sies å opprettholdes av frykten for psykisk ensomhet. Han skiller mellom tilknytningssystemet som en mer biologisk og fysisk nærhet, og intersubjektivitet som opplevelsen av en mer psykologisk nærhet til andre. Han viser til eksempler hvor mennesker som ikke er knyttet til hverandre i utgangspunktet, likevel kan oppleve å være nært knyttet til hverandre og begrunner viktigheten av intersubjektivitet i den kliniske situasjonen «*når man får en mental lidelse, vender man seg til en terapeut for å oppnå intersubjektiv relatering, som til tider kan bety overlevelse*» (Stern, 2004. s. 116).

I forlengelsen av dette kan vi si at når vår egen identitet trues, trenger vi andres eller gruppens øyne for å bedre kunne opprettholde eller gjenopprette egen identitet. Han vektlegger betydningen av felles aktivitet som sang eller dans, som kan gi en bekreftelse av egen identitet (Stern, 2004. s. 121).

2.3.2 Fellesfaktorer

At relasjonen er viktig for hvilket utbytte man får i psykoterapi, kan støttes av *fellesfaktorene*. Psykoterapeuten Wampold (2015) gjør rede for at fellesfaktorene handler om terapeutens evne til å vise empati, til å etablere en terapeutisk relasjon med pasienten, og til å være enige om mål. Professor i musikkterapi, Randi Rolvsjord (2010) foreslår musicking som den grunnleggende formen for interaksjon i musikkterapi, står i en gjensidig avhengighet, til både fellesfaktorene og de spesifikke bestanddelene som musikkterapien inneholder (Rolvsjord, 2010. s. 52).

2.4 En ressursorientert musikkterapi

Recovery har etablert seg som et viktig begrep innenfor fagfeltet psykisk helse det siste tiåret, og defineres som:

A deeply personal, unique process of changing one`s attitudes, values, feelings, goals, skills and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by the illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one`s life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness. Recovery from mental illness involves much more than recovery from the illness itself» (Anthony, W. 1993)

Som begrepet tilsier, innebærer recovery en form for «gjenoppretting», eller «å gjøre dugelig igjen». Det er vanlig å skille mellom *klinisk recovery*, hvor måloppnåelsen til pasienten defineres av behandler og *personlig recovery* som vektlegger bedring som en subjektiv og personlig prosess, som vurderes av personen selv. I personlig recovery kan målet å være i utvikling, være en livslang prosess som kan handle om hvorvidt personen opplever mestring, sammenheng og mening i livet. Dette innebærer ikke nødvendigvis å bli kurert for den psykiske lidelsen, men å leve et liv hvor symptomene oppleves håndterbare med bruk av gode mestringsstrategier. Der klinisk recovery kan sammenlignes med Antonovskys begrep om patogenese, kan personlig recovery settes i sammenheng med salutogenese (Lauveng, 2020. s 192). Recovery beskrives å komme godt overens med kjerneverdiene i norsk musikkterapi praksis i psykisk helsevern, både i forhold til ressursfokus og helseforståelsen i en relasjonell og fleksibel kontekst (McCaffrey et.al.,2018;Solli, 2015).

Empowerment

Empowerment begrepet innebærer å legge til rette for en maktfordeling. På et psykologisk nivå kan dette beskrives som en opplevelse av å ha personlig kontroll og innflytelse i eget liv og i terapi (Lauveng, 2020).

Definisjonen av musikkterapi til både Bruscia (2014) og Ruud (1990), bygger i hovedsak på prinsippet og tilnærmingen til Antonovsky sin modell om salutogenese og implementerer to viktige faktorer for forståelsen av en ressursorientert tilnærming i musikkterapi i psykisk helsevern. Hans modell for sykdom og helse, samt fokuset på ressurser som gir god helse (Rolvjord, 2008: Rolvsjord, 2010, s. 7).

Positiv psykologi

Rolvjord (2010) gjør rede for at musikkterapi kan vise til et verdisyn og iboende egenskaper som korrelerer godt med perspektiver fra den *positive psykologien*, som presentert ved Seligman (2002). Den positive psykologien ønsker å fremme betydningen av en større balanse i terapi mellom fokus på det som er problematisk og vanskelig i livet, og fokuset på ressurser

og positive følelser hos personen. Rolvsjord (2010) argumenterer for at musikken og musikkterapi har gode forutsetninger for å kunne ivareta en slik balanse i terapi. Seligman (2002) gjør rede for at personlige egenskaper som mellommenneskelige ferdigheter, håp, mot og positivitet kan fungere som beskyttelse mot psykisk sykdom.

KOR- klient og resultatstyrt praksis

KOR omtales ofte som en del av det å jobbe med et recoveryorientert fokus hvor det legges vekt på viktigheten av pasientens tilbakemelding. Å styrke en tilbakemeldingskultur i helsevesenet på en rutinemessig og strukturert måte, kan bidra til å øke den kunnskapsbaserte praksisen. Samtidig har noe av kritikken mot bruken av tilbakemeldingsverktøy vært rettet mot at personer som i utgangspunktet har problemer med å gi uttrykk for egne behov og ønsker, opplever at det er vanskelig å være ærlige i tilbakemelding i en relasjon der maktfordelingen er ulik, eller noen er bekymret for hvilke konsekvenser det kan få dersom de er kritiske til hjelpen de mottar (Hjertø, 2016).

2.5 Gruppeterapi

Stern (2004) beskriver hvordan mennesket i utgangspunktet er sosiale vesener. Vi definerer oss selv og defineres av andre ut fra hvilke grupper vi inngår i. Ved å innta en aktiv henvendelse av gruppeperspektivet, er det vi sier, tenker og føler viktig for å skape en større bevissthet om ubevisste prosesser både på individnivå og på gruppenivå. I smågrupper (8 – 10 personer) som i denne studien, anses opplevelsen av tilhørighet som det viktigste. I små grupper kan det være lettere å kjenne seg trygg uten å vekke for mye angst, samt å opprettholde en opplevelse og ivaretagelse av egen identitet. Samtidig er det viktig å være bevisst på at det i gruppeterapi kan vekkes til live sterke psykologiske krefter som kan virke destruktive. En forutsetning for at viktige gruppeterapeutiske faktorer skal kunne vokse frem, er opplevelsen av trygghet (Bjerke, 2018). Videre gjør Bjerke (2018) rede for hvordan rammer og struktur i gruppeterapi kan skape forutsigbarhet og trygghet i arbeidet, for at medlemmene og gruppen skal kunne jobbe med og nå sine mål for terapien.

2.5.1 Yaloms gruppeterapeutiske faktorer

Yalom beskrives som en betydningsfull teoretiker og kliniker innenfor gruppeterapifeltet og har stått for en alminneliggjøring av gruppeterapi. Som et resultat av hans forskning, utarbeidet han en liste over 11 betydningsfulle og virksomme gruppeterapeutiske faktorer: *universalitet, altruisme, gruppesamhold, interpersonlig læring, utvikling av teknikker for sosialisering, vekkelse av håp, formidling av informasjon, imiterende atferd, katarsis, eksistensielle faktorer og korrigerende rekapitulering av den primære familiegruppen* (Bjerke, 2018).

I følge Yaloms egne studier av gruppeterapeutiske faktorer (Yalom & Leszcz, 2008), er det i dag fem faktorer som rangerer høyest på Yaloms studier, og som det foreligger mest empirisk forskningsstøtte for (Bjerke, 2018). Yalom argumenterer også for å bruke situasjonen her – og nå i terapi og begrunner dette med betydningen av den mellommenneskelige relasjonen, og terapien som et sosialt mikrokosmos (Yalom, 2009).

Jeg vil gjøre rede for seks av de gruppeterapeutiske faktorene, som presenteres av Yalom & Leszcz (2008, s.1-77) som jeg senere vil bruke til å belyse funnene i studien:

1) *Universalitet* innebærer at man opplever å ikke være alene om sine problemer. Videre beskriver Yalom & Leszcz (2008), at på tross av kompleksiteten av menneskelige problemer, vil bestemte fellesnevnerer mellom individer synliggjøres i gruppen, og gruppemedlemmene vil oppdage likheter til hverandre.

2) *Altruisme* beskrives som en opplevelse av å være til hjelp for andre. Videre beskriver de gruppeterapi som den eneste terapi som oppmuntrer klientene til en rolle allsidighet mellom å være den som mottar hjelp, og den som gir hjelp.

3) *Gruppesamhold* anses som å være en forutsetning for å aktivere andre gruppeterapeutiske faktorer. Den beskrives som å være den tiltrekningen gruppemedlemmene har til gruppen og til hverandre. Denne tiltrekningen foregår på et interpersonlig, intrapersonlig og intragruppe nivå. Gruppesamhold kan vise seg gjennom gjensidig aksept og støtte gruppedeltakerne imellom, samt tilbøyelighet til å skape meningsfulle relasjoner i gruppen. Denne faktoren betegnes som en signifikant faktor der utbyttet av gruppeterapien har vært vellykket.

4) *Interpersonlig læring* innebærer å lære av hverandre, hvor læringsutbyttet kan ses i sammenheng med hvor autentiske tilbakemeldingene til hverandre er.

5) *Utvikling av teknikker for sosialisering*. I gruppeterapi er det store muligheter for læring og utvikling av grunnleggende sosiale ferdigheter som kan utvikles både direkte og /eller indirekte avhengig av hvilken tilnærming gruppen har. I gruppen gis det mulighet for å

utforske diskrepansen mellom personens intensjon, og dens faktiske påvirkning på andre.

6) *Vekkelse av håp*. Vekkelse av håp beskrives som avgjørende for om pasienten vil motta behandling, her vektlegges hvordan terapeuten formidler sin tro på behandlingen, og på pasienten. Dette starter allerede i informasjonssamtalen, som kan fremme positive forventninger.

2.5.2 Musikkterapigrupper i psykisk helsevern

Solli (2009) beskriver hvordan legge til rette for ressursorientert musikkterapi praksis i psykisk helsevern i gruppeformat. Her kan musikkterapigrupper organiseres både som åpne eller lukkede grupper. Han presiserer at de musikalske aktivitetene alltid skal tilpasses målgruppen og pasientenes målsettinger for terapien og at musikkterapiens potensiale gir gode muligheter til å arbeide med konkrete målsettinger.

Davies og Richards (2004) beskriver hvordan følelser er grunnleggende både i musikk og i arbeid med psykisk helse. Her kan musikken fra terapeuten eller gruppen tilby en mening gjennom et annet medium enn verbal samtale som klienten kan gjenkjenne seg i. Denne gjenkjennelsen kan muliggjøre endring, eller utvikling. Videre beskriver de hvordan dette kan komme til uttrykk i musikkterapigrupper, eksempelvis gjennom et felles engasjement i en improvisasjon, hvor relasjoner og følelser i gruppen kraftfullt kan spilles ut og hvor individene i gruppen kan gjenkjenne hverandres meninger, i en helhet her – og nå, i et umiddelbart lydlig, følelsesuttrykk. Eckhoff (2019), henviser til musikkterapeuten Goldberg som gjennom sin forskning, sammenlignet verbale terapigrupper og musikkterapigrupper og fant at deltakelse i musikkterapigruppen ga større grad av innsikt og emosjoner, mer interaktivitet pasientene seg imellom, og mer kreativitet. Professor i musikkterapi Pavlicevic (2010), trekker frem kompleksiteten som følger med når man skal snakke om musikk i grupper som består av de flere lag og mangesidige meningene som frembringes ut av gruppemusicking. Samtidig har Pavlicevic (2010) med seg aspektet om det å være kroppslig forankret i verden og hva dette medfører i vårt møte med verden. Pavlicevic støtter seg også til Christopher Smalls begrep «*musicking*», hvor hun beskriver hvordan vi er engasjert i musikk, med musikk og gjennom musikk, om vi lytter, spiller eller danser og at musikk til enhver tid er kroppslig forankret i noe vi gjør.

3. FORSKNINGSDESIGN OG METODER

I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for bakgrunnen for valget av forskningsdesign og metode, belyse den vitenskapsteoretiske – og filosofiske tilnærmingen, for så å redegjøre for innsamling av data, analyseprosedyre, og avklaring av egne roller i forskningen.

Avslutningsvis følger en vurdering av metode og etiske refleksjoner.

3.1 Valg av design og metode

Problemstillingene danner utgangspunktet for valget av det forskningsdesignet og de metoder jeg har benyttet meg av i oppgaven. Som presentert i introduksjonen, er min problemstilling for oppgaven tre delt. Den første delen representerer kvalitative data med tolkning av tekst og den andre delen representerer kvantitative data som innebærer numeriske opplysninger. Den tredje delen av problemstillingen representerer integreringen av de kvalitative og kvantitative data. Fordelingen av de ulike datasettene har en hovedvekt på det kvalitative aspektet i studien, som omhandler pasientenes opplevelse av å delta i musikkterapigruppen. For å få kunnskap om dette valgte jeg en mixed method, eller blandet metode for oppgaven (Creswell & Clark, 2018), hvor de ulike datasettene betegnes som KVAL+kvan. Bruscia (2014) begrunner også behovet for både kvantitative og kvalitative paradigmer dersom vi skal omfavne hele spekteret av spørsmål som disiplinen musikkterapi innebefatter. I fortsettelsen av oppgaven vil jeg betegne mixed method som MM.

3.2 Mixed Method

Creswell & Clark (2018) gjør rede for at følgende kjerneelementer bør inngå i en MM-studie.

- Samle inn og analysere kvalitative og kvantitative data på en nøye og systematisk måte, som står i samsvar med problemstilling og forskningsspørsmål.
- Integrere, mikse eller kombinere de to (kvalitative og kvantitative) datasettene i resultatene.
- Organisere disse prosedyrene i spesifikke forskningsdesign som sørger for å ivareta studiens videre progresjon på en logisk måte,

- Samt ramme inn disse prosedyrene med tilhørende relevant teori og filosofi (Creswell & Clark 2018, s.5, min oversettelse).

I det følgende vil jeg gjøre rede for det aktuelle *verdensbilde*, som representerer det vitenskapsteoretiske fundamentet i oppgaven.

3.2.1 Verdensbilde

Med bakgrunn i hva denne studien søker svar på har jeg vurdert det hensiktsmessig å plassere den innenfor en humanistisk forskningstradisjon med hovedvekt på en kvalitativ tilnærming. I et vitenskapsteoretisk perspektiv plasserer jeg oppgaven i en induktiv interpretativ tilnærming (Malterud, 2017), hvor det teoretiske rammeverket er tilpasset, etter at analysen av data var gjennomført, og kan dermed forstås som en induktiv strategi innen et fortolkende paradigme (Creswell & Clark, 2018).

Det vitenskapsteoretiske og filosofiske synet benevnes innenfor MM tradisjonen for *worldviews*, eller *verdensbilde* (Creswell & Clark, 2018). Verdensbilde kan sammenlignes med et *paradigme*, som Thomas Kuhn beskriver som «a set of generalizations, beliefs, and values of a community of specialists» (Kuhn, 1970: i Creswell & Clark, 2018, s. 35). I det følgende vil jeg fortsette å bruke begrepet verdensbilde som ofte foretrekkes innenfor MM-studier (Creswell & Clark, 2018, s. 35). Fire ulike verdensbilder beskrives som nyttige å beskrivende for innhold og guiding av en MM-studie:

Det *postpositivistiske verdensbildet* forbindes med kvantitative tilnærminger, hvor forskeren søker kunnskap basert på en årsak og virkning tankegang. Ved hjelp av detaljerte observasjoner og måling av variabler tester de ut teorier og videreutvikler dem. Det *konstruktivistiske verdensbildet* preges av kvalitative tilnærminger, hvor forståelse og mening av fenomener formes gjennom subjektive opplevelser og syn. Deltakernes mening skapes gjennom sosial interaksjon med andre ut fra den enkeltes historie, og løfter frem individuelle perspektiver til forming av mønstre, som videre kan generere teoretiske forbindelser. Det *transformative verdensbildet* er rettet mot en filosofisk orientering, hvor det primære fokuset handler om sosiale og samfunnsøkonomiske spørsmål, som for eksempel empowerment og menneskerettigheter. Det *pragmatiske verdensbildet* beskrives som det som oftest er benyttet i MM (Creswell & Clark, 2018), og er det verdensbildet som er det overordnede vitenskapsteoretiske perspektivet i denne oppgaven.

Det pragmatiske verdensbildet kjennetegnes av søkelyset på konsekvenser av forskningen og

spørsmålet som søkes svar på, heller enn metoden. Det presenterer forskjellige filosofers tanker og ideer som for eksempel John Dewey, William James og Charles Sanders Peirce (Creswell & Clark, 2018. s. 39). I denne sammenhengen vil jeg trekke frem ideene om det å benytte et mangfold av metoder, og vektleggingen av kontekst og praksisnærhet som sentrale elementer. Det kan nevnes at i en MM-studie kan verdenssynet skifte i de ulike fasene av studien, men av hensyn til oppgavens begrensede omfang og aktualitet velger jeg å ikke gå nærmere i detalj om dette (Creswell & Clark, 2018 s. 42).

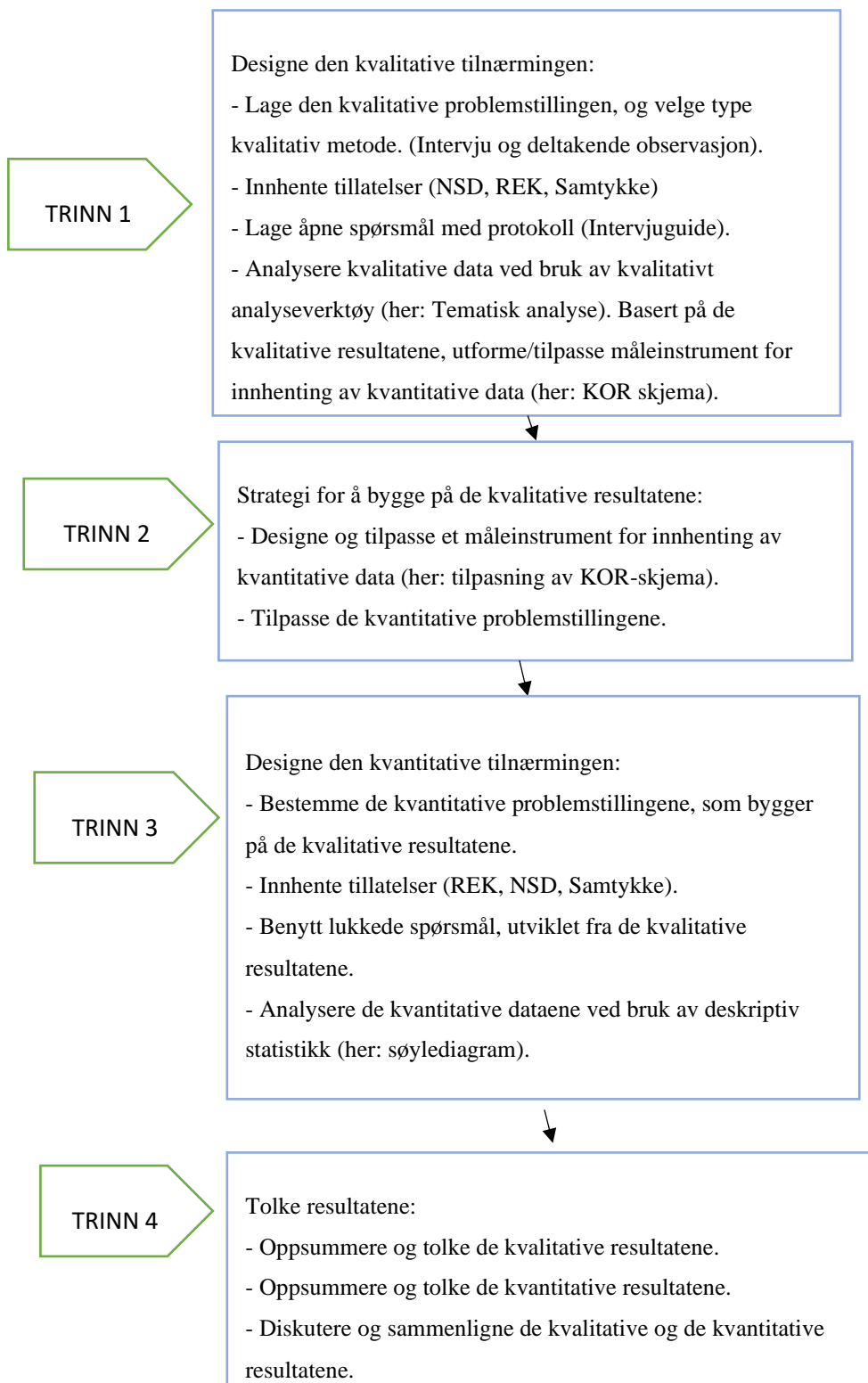
3.2.2 Valg av MM design

Ulike typer MM design er utviklet over år og har hatt ulike navn og tilnærminger. Slik dette fremstår i 2018 utgaven, beskriver Creswell & Clark tre ulike design av MM.

Et *Explanatory* design innebærer to faser med innsamling av data. Først innsamling og analyse av kvantitative data som følges opp i fase to med innsamling og analysing av kvalitative data. Disse har til hensikt å forklare resultatene fra den første fasen. *Convergent* design benyttes der forskeren ønsker å få en bredere forståelse ved å sjekke ut om deltakerne svarer tilnærmet det samme, ved bruk av åpne kvalitative spørsmål og strukturert spørreskjema. Deretter undersøker de om svarene er motstridende, eller om de utfyller hverandre. Ved bruk av et *exploratory* design er det de kvalitative data som samles inn og analyseres i den første fasen. Basert på hovedkategoriene i disse resultatene, tilpasser forskeren et kvantitativt måleinstrument, hvor hovedkategoriene brukes som ulike variabler. Utviklingen av slike måleinstrumenter kan videre benyttes i å vurdere en total forekomst av det forskeren ønsker å måle. I et exploratory design kan resultatene fra de kvalitative og de kvantitative dataene, sammenlignes for så å undersøke hvordan de samsvarer, er motstridende, eller utfyller hverandre (Creswell & Clark, 2018).

I arbeidet med å finne ut hvilket design som passet problemstillingen best, startet jeg først med et convergent design. Men, når jeg oppdaget at hovedvekten av datamaterialet lå i et kvalitativt landskap, vurderte jeg at et exploratory design var å foretrekke for å svare på problemstillingen. De kvantitative dataenes rolle i denne sammenhengen, kan forstås som en forlengelse, eller et supplement til de åpne kvalitative spørsmålene og forskerens nærhet til deltagerne.

Prosedyren for exploratory design kan illustreres i flytskjema (Creswell & Clark, 2018. s.88)



Fordelene ved å bruke et exploratory design er at det fremstår som en «rettlinjet» prosedyre, hvor et sluttprodukt av forskningen kan være å utvikle et nytt måleinstrument, eller utvikle nye variabler. utfordringer ved bruk av exploratory design kan være at det er viktig å beregne tid til de ulike trinnene i prosedyren. Det anbefales færre informanter ved innhenting av kvalitative data, og en større gruppe informanter til å innhente de kvantitative data. Forskeren

må vurdere hvilke av de kvalitative resultatene som i størst mulig grad kan brukes til å overføres til kvantitative målinger. Det anbefales at forskeren som benytter dette designet bør ha kvalifiserte ferdigheter til å utføre en slik type forskning (Creswell & Clark, 2018), dette redegjøres nærmere i avsnittet vurdering av egen forskning.

3.2.3 Fenomenologi og hermeneutikk

Når jeg skal undersøke deltakernes subjektive opplevelse av musikkterapien inntar jeg en *fenomenologisk* tilnærming. Dette innebærer at jeg legger mine antagelser og forforståelse til side, mens jeg søker etter fenomener som jeg vil prøve å forstå. «Essensen», er det som gir seg til kjenne gjennom deltakernes opplevelse. På denne måten kan jeg søke etter bestemte tema, eller kategorier i forskningen (Thörnquist, 2015). Som deltakende observatør i gruppa, har jeg med meg en bevissthet om kroppen som kilde til kunnskap, hvor følelsene kan forstås i gester og ansikt. I det kroppslige og handlende hos deltakerne søker jeg etter kunnskap om deltakernes opplevelser (Merleau Ponty, 1994).

I en hermeneutisk tilnærming er det, i motsetning til fenomenologien, nettopp forforståelsen som danner utgangspunktet for dannelsen av ny kunnskap. Gjennom deltakernes egne beskrivelser av sin opplevelse, eller *hendelsen* er deres meninger og uttrykk noe jeg i det følgende kan fortolke. Når jeg fortolker de dataene og observasjonene jeg har gjort i musikkterapigruppa, inntar jeg en hermeneutisk tilnærming. Dette kan gi meg grunnlag for nye måter å forstå på – for en dypere innsikt i fenomenet som trer frem, dette omtales ofte som den «hermeneutiske sirkel». Samtidig gir «den hermeneutiske sirkel» en pekepinn på at noe alltid vil forbli uavdekket, og at min forståelse alltid vil være ufullstendig og uavsluttet. (Thornquist, 2015).

Martin Heidegger som både er fenomenolog og hermeneutiker, beskriver *hendelsen* som er det som fremtrer for oss på en meningsfull måte i sin væren, som lar oss få øye på noe (Heidegger, 2007). Dette kopler jeg opp mot at jeg som deltagende observatør fikk muligheten til å komme tett på det som utspant seg i musikkterapien, og hvordan det som skjedde der ga mening i konteksten.

Kjersti Johansson redegjør for kompleksiteten i forholdet mellom fenomenologi og hermeneutikk, ved at det er visse sider ved fenomenologi og hermeneutikk som ikke lar seg forene. Hun trekker spesielt frem utfordringen med å sette forforståelsen til side i forskning og kunnskapsutvikling (Johansson, 2016). Samtidig vurderer jeg at begge tilnærmingene står i et avhengighetsforhold til hverandre i denne oppgaven, og det gjør meg mer bevisst på hvilken tilnærming jeg ikler meg i de ulike fasene av forskningsprosessen, som i innsamling av data

og i analysedelen.

3.3 Datainnsamling

Datainnsamlingen foregikk parallelt med egenpraksis på høstsemesteret. I det følgende vil jeg presentere hva som danner datamaterialet for studien, og hvordan det ble samlet inn.

Informantene er også deltakerne i musikkterapigruppen.

3.3.1 Deltakere: Utvalg og inklusjonskriterier

Etter godkjenning fra REK, personvernombud ved sykehuset og NMH, og NSD var i orden, begynte jeg å rekruttere deltagere til musikkterapigruppen. Deltagerne var pasienter i poliklinikken, og ble rekruttert internt i klinikken. Deltagerne ble presentert for prosjektet både som et forskningsprosjekt, og som et musikkterapigruppetilbud. Videre ble de spurt om de ønsket å delta i studien, og i musikkterapigruppa. Deltagerne var voksne mellom 20 – 70 år, og bestod av to kvinner og en mann. Uavhengig av diagnose, hadde de en felles problemstilling med at de strevde med et variert symptomtrykk på depresjon og angst.

Inklusjonskriterier i studien var at deltakerne hadde symptomer på angst og/eller depresjon, at de hadde en individualbehandler i klinikken (overlege eller psykologspesialist) og at de var interessert i musikk og kunne klare forholde seg til en gruppe. De måtte også signere samtykkeskjema ved ønske om å delta i studien. Deltakerne svarte til sekretær om de ønsket delta i studien, for å unngå eventuelt forventningspress.

Deltakerne er anonymisert i studien. Rekrutteringen foregikk ved at pasientens hovedbehandler i klinikken spurte pasienter som de tenkte kunne ha nytte av musikkterapigruppe, om de ønsket dette. Samtidig orienterte pasientens behandler om at gruppen var en del av et forskningsprosjekt. Pasientens behandler hadde ikke øvrig tilknytning til studien, og vurderte musikkterapigruppen på lik linje med andre behandlingstilbud i klinikken. Pasientene som takket ja til musikkterapigruppen, mottok et brev om innkallelse til oppstart og informasjon om studien og samtykke til deltakelse i denne. Etter en informasjonssamtale hos meg på musikkterapirommet, fikk deltakerne en uke betenkningstid, om de var i behov av det. De svarte deretter til merkantil eller behandler om de ønsket å delta i studien, og leverte signert skjema til en av disse. Deltakerne fikk også informasjon om at deltakelse i studien ikke var en forutsetning for å delta i musikkterapien. De som eventuelt ikke ønsket å inkluderes i forskningsprosjektet, men ønsket musikkterapi, fikk tilbud om individuell musikkterapi i samme tidsperiode eller så snart som praktisk mulig. Dette ettersom musikkterapigruppen

ville fungere som en lukket gruppe i perioden. Pasientene som fikk tilbud om musikkterapi og deltakelse i studien, ville være pasienter som ikke var til musikkterapi hos forsker allerede. Musikkterapigruppen var foreløpig et tilbud som eksisterte innenfor prosjektperioden, men som etter evaluering kunne vurderes om skulle videreføres.

3.3.2 Kvalitative data

I det følgende vil jeg presentere de kvalitative metodene jeg har benyttet i datainnsamlingen.

3.3.2.1 Deltakende observasjon med logg

Som deltakende observatør i musikkgruppa, fikk jeg en nær tilgang til informantene og det som utspant seg i situasjonen og kom tett på de sosiale prosessene (Malterud, 2017).

Hva skjedde musikalsk, hvordan reagerte deltakerne, hva reflekterte de over og hvordan satt de ord på sine opplevelser? Ved å føre logg³ kunne jeg ha en visuell oversikt over flere nivåer og oppdage mulige sammenhenger mellom teori og praksis. Ved at jeg befant meg i situasjonen kunne jeg få non verbal informasjon og flere sider og kjennskap ved deltakerne enn om jeg bare hadde valgt intervju (Malterud, 2017). Jeg delte logg i følgende kolonner med følgende innhold:

- *Situasjon/hva skjedde?* En så objektiv beskrivelse som mulig av situasjonen, og *transkribering* av eventuelle utsagn fra informantene.
- *Egne tanker og refleksjoner* – her noterte jeg meg egne tanker og refleksjoner relatert til terapeutrollen og min personlige utviklingsprosess, for å sikre gyldige og pålitelige notater var det viktig for meg at disse var transparente og refleksive.
- *Teori/forskningsrelaterte notater* – Teori, forfattere, ideer til hva jeg burde finne ut mer av, og litteratur relatert til forskningsmetode og forskningsspørsmål fikk plass her.

3.3.2.2 Semistrukturert fokusgruppe intervju med og uten lydopptak

For å få kunnskap om informantenes opplevelse av musikkterapien, kom jeg frem til at semistrukturert fokusgruppeintervju kan være hensiktsmessig i denne sammenhengen, slik at jeg kunne spørre de direkte.

«Et fokusgruppeintervju kjennetegnes av en ikke – styrende intervjustil, der det først og fremst er viktig å få frem mange forskjellige synspunkter om emnet som er i fokus for gruppen» (Kvale og Brinkman, 2015,s.179). Det er viktig at jeg som intervjuer skaper en atmosfære hvor det oppleves trygt å dele sine synspunkter, meninger og opplevelser.

³ Se vedlegg.

I planleggingen av når i musikkterapiforløpet intervjuet burde gjennomføres, og om jeg burde gjøre flere intervju (for eksempel ett midtveis intervju, og et avslutningsvis), vurderte jeg at det var tilstrekkelig med ett intervju avslutningsvis. Begrunnelse for denne avgjørelsen var at jeg som førstegangs forsker skulle klare å håndtere den mengden av data jeg samlet inn, og at deltakerne fikk en ro til å ha fokus på sin egen behandlingsprosess, heller enn å fokusere på å bli intervjuet midtveis i behandlingsforløpet som kunne vekke mer bekymring og angst.

Noe av det som karakteriserer et kvalitativt intervju, er at forskeren søker kunnskap om personers *livsverden* uttrykt i daglig tale. Gjennom deltakernes eget språk om egne opplevelser søkte jeg etter nyanserte beskrivelser og variasjon av beskrivelser av fenomener. Det var viktig for meg å innta en nysgjerrig, åpen, naiv og fordomsfri holdning både til det som ble sagt, og det som kom til uttrykk mellom linjene. I en fleksibel intervjuguide⁴, hadde jeg forberedt noen åpne spørsmål, med noen utfyllende underspørsmål (Kvale & Brinkman, 2015). For å være trygg på at jeg skulle få med meg viktige data, benyttet jeg meg av lydopptak av fokusgruppeintervjuene. Dette medførte at jeg som intervjuer ble friere og tryggere på å stille de relevante oppfølgingsspørsmål og samtidig opprettholde en tilstedeværelse i gruppa, uten at viktig data skulle gå tapt. Samtidig er lydbånd begrenset til nærspråklig (pauser, latter, språk) og verbal data, og ikke non – verbal informasjon (Malterud, 2017). Erfaringsmessig kunne lydbåndopptakeren fremstå som et noe fremmed objekt, som tok noe av fokuset bort fra en mer naturlig, og avslappet samtale. Derfor var det smertelig å oppdage i ettertid at lydbåndopptakeren ikke stod på record. Jeg informerte deltakerne om intervjuet, hvorpå de ga uttrykk for at det var synd at intervjuet ikke ble noe av, men at de gjerne ville stille en gang til. Andre intervju ble gjennomført på siste sesjon (nr.10), hvor to av tre deltakere møtte. Den tredje informanten stilte velvillig opp til et individuelt intervju i kort tid etter siste sesjon med musikkterapigruppen. Slik fikk også hens stemme komme frem.

3.3.3 Kvantitative data

I følge store norske leksikon (2021) er kvantitative data i forskning presentert i form av tall. Kvantitative studier innebærer gjerne mange enheter hvor man innhenter data (eks; individer) men kan, som i denne studien, også benyttes i kombinasjon med kvalitativ metode med færre individer. Hver informasjonstype kalles for en variabel, hvor hver enhet registreres med en verdi på variabelen, for eksempel på en skala fra 1 – 10. Datainnsamling av kvantitative data

⁴ Se vedlegg.

kan baseres på strukturerte skjema, som jeg har benyttet i denne studien. I dataanalysen telles opp antall enheter som viser til hver av verdiene på de ulike variablene. Kvantitative data kvalitetssikres gjennom hvor pålitelige, nøyaktige (reliabilitet) og gyldige (validitet) de er.

3.3.3.1 Kor

KOR, eller *Klient og resultatstyrt praksis*, er et tilbakemeldingsverktøy som brukes i det kommunale hjelpeapparatet, eller i spesialisthelsetjenesten innenfor fagfeltet psykisk helse og rus. Ved bruk av tilbakemeldingsverktøyet inviteres bruker eller pasient til en dialog om hjelpen de får. KOR er utarbeidet på grunnlag av forskning på hva som er virksomme faktorer i terapeutisk endringsarbeid, hvor hensikten er å fremme brukermedvirkning på individnivå og sette samarbeidet med terapeuten og egen endringsprosess på agendaen. KOR beskrives gjerne i sammenheng med recoveryperspektivet, hvor personlige erfaringer vurderes grunnleggende for kunnskapsbasert praksis.

Skåringsverktøyet til KOR er utarbeidet av Duncan, og Miller (2000) ved Institute for the study of therapeutic change (ISTC). Skåringen gjøres i to ulike skjema, som fylles ut av pasienten selv, *ORS (Outcome Rating Scale)*⁵ som skårer endring og *SRS (Session Rating Scale)*⁶ (Miller & Duncan, 2000), hvor pasienten gir tilbakemelding på sin opplevelse av samarbeidet med terapeuten. I et tilhørende digitalt analyseverktøy, visualiseres endring eller stagnasjon i behandlingsprosessen i ulike grafer.

Både ORS og SRS viser fire områder med hver sin strek, som hver har en lengde på 10 cm. Pasienten setter et kryss på streken, jo lenger til høyre pasienten krysser av indikerer hvor bra klienten opplever å ha det, og vice versa. Ved at terapeuten måler med en linjal på disse linjene, regnes det ut en skår på hvert av skjemaene. Toppskår er 40 på hvert skjema, og begge skjema skåres på samme måte. Den kliniske grenseverdien hos voksne er 25, dette betyr at skår over 25 stort sett er slik folk kan ha det i livene sine, uten at de nødvendigvis oppsøker hjelp for å få det bedre.

En kort oppsummering fra Duncan & Miller sin manual for bruk av KOR, viser også at ORS og SRS viser til god reliabilitet, og validitet (Seidel & Miller, 2012).

Min begrunnelse for å bruke KOR i studien, er at jeg ønsket mer kunnskap og forståelse av verdien av dette verktøyet i praksis. Samtidig er tilbakemeldingsverktøy anbefalt i pakkeforløpene i psykisk helse – og rus for å fremme brukerinvolvering.

På det aktuelle tidspunktet for oppstart av studien, var også implementering av KOR i

⁵ Se vedlegg.

⁶ Se vedlegg.

poliklinikken et tema, så jeg vurderte dette som relevant i sammenhengen. Samtidig som overnevnte verktøy benyttes i størst grad i individuelle samtaler, er det en pågående diskusjon om hvilke verktøy som best kan egne seg til ulike behandlingsmetoder som for eksempel gruppeterapi og musikkterapi (Hjertø, 2016, Tilbakemeldingsverktøy).

3.4 Analyse av datamaterialet

3.4.1 Analyse av kvalitative data

De transkriberte semistrukturerte intervjuene dannet utgangspunktet for utvalget av de kvalitative data som beskrev de tre informantenes opplevelser av musikkterapien. Dataene fra logg og refleksjonsnotater som jeg hadde notert meg umiddelbart etter gruppesesjonen, ble utgangspunktet for data i rollen som deltagende observatør, og som supplement til å støtte oppunder den musikkterapeutiske konteksten som «ferskvare». Her valgte jeg å plukke ut beskrivelse av situasjoner med tilhørende sitater som kan ses i lys av informantenes opplevelse.

3.4.1.1 Valg av analyseprosedyre

Til å analysere det kvalitative datamaterialet fra intervjuene har jeg benyttet meg av tematisk analyse⁷. Begrunnelsen for valget av denne metoden er at tematisk analyse er en analysemetode som brukes i kvalitativ forskning, og ofte brukt innenfor psykologi feltet. Den tar sikte på å identifisere, analysere og rapportere tema, eller mønstre innenfor kvalitative forskningsdata som kan relateres til menneskers erfaringer, meningsproduksjon eller narrativ, avhengig av hvilken metode eller epistemologi som ligger til grunn for forskningen. Dette mener jeg kunne henge godt sammen med det jeg ønsket å finne svar på. Samtidig fremstod metoden som kompatibel i henhold til studiens MM-design, da den blir beskrevet som en fleksibel, kvalitativ analyseprosedyre, som innebærer at forskeren må tilegne seg de grunnleggende ferdigheter som er hensiktsmessige å kunne i kvalitativ analyse generelt. Som en førstegangs forsker ønsket jeg å benytte meg av et metodisk verktøy som jeg kunne klare å håndtere. Prosedyren fremstår fleksibel i henhold til at den lar seg kombineres med flere ulike teoretiske, og epistemologiske rammeverk innenfor det psykologiske forskningsområdet (Braun & Clarke, 2006), og fremstår ikke bundet opp til en bestemt teoretisk ramme slik som for eksempel IPA - Interpretative Phenomenological analysis. Metoden skal dog alltid benyttes ut fra et teoretisk ståsted, som forskeren velger ut fra den kunnskap eller de spørsmål

⁷ Se utdrag fra analyse i vedlegg.

forskeren søker svar på (Braun & Clarke, 2006). I det følgende vil jeg gjøre rede for den trinnvise prosessen i analysens utvikling.

3.4.1.2 Analyseprosessens utvikling

Fase 1: Bli kjent med datamaterialet – idéskapning.

I startfasen av analysen leste jeg aktivt gjennom alle transkripsjonene av intervjuene flere ganger. Jeg gjorde meg notater i margin og markerte teksten underveis for å merke meg eventuelle idéer som kunne legge det videre grunnlaget for neste fase. Idéene ble satt inn i et skjema for å gi en oversikt over det aktuelle, samtidig som det ga et visuelt overblikk over progresjonen i analysen. Dette medførte at jeg oppdaget mulige mønstre og sammenhenger som jeg senere kunne utforske nærmere.

Fase 2: Koding.

I neste skritt i analyseprosessens tok jeg sikte på å organisere dataene fra de transkriberte intervjuene i grupper, som fremstod meningsfulle for studien. I tillegg til at jeg benyttet meg av å skrive notater i teksten, tok jeg i bruk ulike fargepenner som kunne indikere potensielle mønstre og sammenhenger, samt identifisere ulike aspekter ved teksten som kunne være interessante å se nærmere på. Dette gjorde jeg manuelt, noe som medførte en følelse av å være «hands on» datamaterialet.

Fase 3: Temasøk.

Ut fra hver kode utarbeidet jeg et forslag til tema noe som medførte at jeg fikk mange tema forslag. For å få et samlet overblikk over forslag til tema, utarbeidet jeg meg tankekart over intervjuene med tilhørende koder og farger, som jeg kunne spore tilbake til stikkordene og ideene. Tankekartene ga meg mulighet til å belyse kodene fra ulike vinkler, og på denne måten kunne ulike relasjoner mellom kodene tre frem. Samtidig var det nødvendig å oppsøke transkripsjonene underveis i dette arbeidet, for å sikre at jeg hadde oppmerksomhet på helheten. På denne måten dannet det seg etter hvert en oversikt over overskrifter som kunne bli utgangspunktet for tema.

Fase 4: Gjennomgang av tema.

Gjennom bearbeidingen med å slå sammen, og dertil avgrense tema vokste hovedtema frem med tilhørende subtema. Nytt skjema tok form på en måte som gjorde at jeg kunne sortere dataene under de tilhørende hovedtema. I denne prosessen benyttet jeg meg fortsatt av fargekoder som jeg tilpasset det nye skjemaet. Jeg måtte stadig vende tilbake til tidligere

notater for ikke å gå glipp av tanker eller ideer som kunne vise seg verdifulle i det videre arbeidet.

Fase 5: Definere og navngi tema.

I henhold til Braun og Clark skulle jeg i denne fasen finne essensen av hva hvert tema handlet om, og hva som utpekte seg som spesielt ved hvert enkelt tema. De ulike tema skulle presentere hvert sitt meningsinnhold i relasjon til hverandre og samtidig svare på problemstillingen. Etter å ha organisert temaene med innhold og omfang og notere dette ned, navnga jeg de ulike temaene. For å sikre meg at jeg hadde fulgt en progresjon hvor essensen ble ivarettatt, hadde jeg i denne fasen tidligere skjema med ideer, sitater og koder foran meg.

Fase 6: Skrive rapport.

Tema med subtema (i parentes) ble som følger: Flere muligheter (Positive følelser – det er gøy, utfordrende tanker – alle utfordret seg, håp – å ta med seg, selvbestemmelse – å velge selv, struktur – noe fast å gå til), Musikkens betydning (Musikalsk anerkjennelse – å få applaus, mestring i musikken – å finne sin greie, felles interesse for musikk – andre likte det samme som meg, kroppslige reaksjoner i musikken – å lande), Gruppens betydning (Samhandling – å ha samhandla med andre, gruppesamhold – å være en del av, sosial støtte – det ble trygt nok). Disse temaene vil jeg presentere og utdype i neste kapittel som omhandler Resultat. Resultatene danner grunnlaget for diskusjonen i kapittel 5.

3.4.2 Analyse av kvantitative data – KOR

Som tidligere beskrevet er KOR i utgangspunktet et tilbakemeldingsverktøy til bruk i terapi, og at det til ordinær bruk skal fylles ut skjema ved hver terapitime. I denne studien er analysen av de kvantitative data tilpasset konteksten og spørsmålet jeg søker svar på. Dette innebærer at jeg ikke har benyttet meg av det digitale analyseverktøyet som tilhører KOR og krever lisens. Analysen er gjort manuelt, med tilpasset søylediagram til variablene jeg ønsket å undersøke opp mot de kvalitative resultatene. Samtidig vil jeg presisere at data innhentet gjennom KOR- skjemaene ORS og SRS er et supplement til de kvalitative data, som forstås i kombinasjon med disse.

Informantene fikk utdelt skjema i musikkterapisesjon nr. 6 og nr. 10. Skårene er satt inn i et søylediagram for hver enkelt deltager som viser målingene. En av informantene var fraværende ved sesjon nr.10. Dette innebærer at det vises måling for en sesjon hos denne deltakeren.

3.4.3 Sammenligning av resultater fra kvalitative data med de kvantitative

I henhold til MM beskriver Creswell & Clark (2018, s. 70) forskjellige måter å forene resultater fra kvalitative og kvantitative data på, enten ved transformasjon, matrise eller i en diskusjon. I denne oppgaven vil jeg benytte meg av diskusjon når jeg sammenligner resultat fra de kvalitative og kvantitative data hvor jeg vurderer om resultatene er sammenfallende eller bekreftende. Der resultatene er motstridene vil jeg gjøre rede for mulige årsaker til dette.

3.5 Vurdering av egen forskning – om rolleavklaring, metodekritikk og etikk

Jeg vil her rette blikket mot de ulike rollene, samt etiske spørsmål og dilemmaer ovenfor noen av valgene i forskningsprosessen. Samtidig vil jeg også belyse noen faktorer som omhandler denne studiens overførbarhet, pålitelighet og gyldighet.

3.5.1 Rolleavklaring

Forskningen er en del av mitt masterprosjekt, samtidig som det har vært en del av egenpraksis ved egen arbeidsplass. Dette innebærer at det har vært nødvendig for meg å vite når jeg veksler mellom de ulike rollene som kliniker, musikkterapistudent og forsker, med de oppgaver og ansvar som medfølger disse ulike rollene. For denne oppgaven har jeg valgt å ha et spesielt fokus på forskerrollen, men gi en kort beskrivelse av hvordan rollene kunne veksle.

I musikkterapisesjonene var jeg først og fremst kliniker og musikkterapistudent. Det var viktig for meg både som terapeut og deltakende observatør å være tilstede, deltakende, transparent og refleksiv under sesjonene med respekt for den enkeltes deltakelse. Umiddelbart etter sesjonen dokumenterte jeg i pasientenes journal, før jeg som student hadde veiledning av praksisveileder. Jeg førte logg som en del av min rolle som deltakende observatør, hvor jeg gjorde meg tanker og refleksjoner med blick på forskerrollen og studien. Dette gjorde at jeg ble jeg mer bevisst og eksplisitt på hvilken hatt jeg hadde på til hvilken tid.

Dette understrekes også av Bruscia (2014, s. 269) som beskriver hvordan hver rolle innebærer ulike hensikter, hvor musikkterapien først og fremst er en disiplin i musikkterapeutisk praksis, hvor terapeuten har til hensikt å hjelpe klienter til en bedre helse. Mens hensikten til forskeren er å utvide vår kunnskap om musikkterapeutisk praksis, og videre legge til rette for forskningens mål.

Dette kom til syne da forskerrollen ble tydeligere og mer fremtredende under loggføringen og fokusgruppeintervjuene. I min rolle som forsker la jeg vekt på å innta et objektivt perspektiv

til hva som utspilte seg og hva som ble sagt. Slik kunne jeg legge min forforståelse til side, og se etter «essensen» og innta en fenomenologisk tilnærming.

Mens jeg i min rolle som kliniker og musikkterapeut, reflekterte ut fra den kjennskap og nærhet jeg hadde til gruppen, den enkelte deltaker og egen opplevelse av det som utspilte seg. Slik kunne jeg innta en hermeneutisk tilnærming til datamaterialet.

Summen av de ulike rollene utgjør samlet sett en helhet som gjør at jeg i rollen som forsker kan vise til flere erfaringer og opplevelser ved prosjektet og praksisen som kan gi flere aspekter til forskningen, og danner et utgangspunkt for refleksjon mellom teori og musikkterapeutisk praksis, enn ved å drøfte dette kun fra forskers ståsted, noe som på flere plan også byr på ulike utfordringer (Trondalen, 2004,s. 17).

Malterud (2017) beskriver nærheten til praksisen det skal forskes på som et av kjennetegnene som særpreger en kvalitativ forskning og at alltid utvikles kunnskap fra en spesifikk sammenheng hvor forskerens perspektiver og blick er avgjørende. Nærheten til forskningsfeltet kan gi et godt utgangspunkt for å tolke og forstå kontekst og innhold på en gyldig måte. Dette gir forskeren mulighet til førstehånds informasjon og en forståelse av forskningsarbeidet fra innsiden med en empatisk nærhet, hvor forskerens opplevelse er viktig i en interpersonlig kontekst (Trondalen, 2004,s.86). Dette støttes igjen av Malterud (2017,s. 43) som legger til grunn forskerens forforståelse i samspill med den valgte teoretiske referanserammen som grunnlag for at ny kunnskap kan tre frem. Dette innebærer at jeg som forsker inntar en aktiv rolle med å reflektere over egen innflytelse, gjøre meg kjent med de ulike rollene, og videre hvilken betydning dette kan ha for mine tolkninger og konklusjon i forskningen, noe som ikke er uproblematisk.

Jeg opplevde det var en balansegang å trå mellom de ulike rollene, samtidig som dette var bevisstgjørende i og med at både jeg som terapeut eller forsker var en påvirkende faktor i konteksten (Trondalen, 2004,s. 86-87).

3.5.2 Metodekritikk

Det å benytte meg av MM var utfordrende, når jeg skulle skille mellom ulike nivå i studien. For eksempel ved valg av verdensbilde eller paradigme, hvor forskerens verdisyn og tilnærming i praksis står støtt i humaniora og det humanistiske grunnsynet på mennesket som subjekt, og menneskets relasjon til verden for øvrig (Ruud, 2008), foreligger studiens vitenskapsteoretiske ståsted i pragmatismen, mens MM benyttes i denne sammenhengen på metodenivå, hvor det kvalitative aspektet har størst fokus. Videre kan en kritikk rettes mot at

det ene intervjuet var et individuelt intervju, dette kunne medføre at en av informantene fikk større plass i den totale kvalitative datainnsamlingen. Samtidig var det viktig for meg å ivareta informantenes stemme og ønske om deltakelse i studien. Forskningsdesignet ga meg også mulighet til å benytte data fra alle tre intervjuene.

Jeg valgte først og fremst å være tro mot data som deltakerne har bidratt med, selv om de kvantitative data kan vurderes som mangelfulle. Dessuten ga godkjenningen fra REK mindre rom for endringer underveis, der hvor også forskningsprosjektet i datainnsamlingsperioden hadde en knapphet på tid. En kritikk til meg selv og smertefull erfaring til meg selv, var at lydbåndopptak ikke stod på record under første intervju. Samtidig vurderte jeg at intervjusituasjonen ble mer avslappet andre gangen vi gjennomførte, spørsmålene var de samme, og de var kanskje mer forberedt på hva de gikk til.

Som deltakende observatør og musikkterapeut opplevde jeg at jeg var opptatt av å få frem «begge sider av saken». En liten gruppe hadde både fordeler og ulemper ved at de fremstod som likeverdige informanter i gruppen, samtidig som dette kunne ha en påvirkning på gruppens dynamikk som ble mindre utfordret med færre deltakere «å spille på». Måten jeg har svart på problemstillingen på, er bare en av flere alternative måter å gjennomføre denne studien på. For eksempel kunne jeg benyttet singel case studier og gjort individuelle intervjuer med de tre informantene. Jeg kunne også valgt å styrke den kvantitative delen av datainnsamlingen ved å ha benyttet meg av andre typer skjema dersom jeg fortsatt skulle benyttet meg av et MM-design, kanskje dette ville ha ført frem til andre funn, eller styrket de ulike datasettene. Samtidig opplevde jeg at gruppen var homogen og samstemt i sine tilbakemeldinger i de tre intervjuene vi hadde til sammen. Avslutningsvis vil jeg nevne at denne studien gjør rede for hvordan denne ene gruppen opplevde musikkterapien ved denne aktuelle klinikken. Resultatene ut fra denne studien kan derfor ikke umiddelbart overføres, eller generaliseres. Samtidig er jeg av den oppfatning at resultatene indikerer at en musikkterapi gruppe som et selvstendig behandlingstilbud i en poliklinikk i DPS, kan ha nytteverdi for lignende musikkterapi grupper i lignende klinikker.

3.5.3 Koronapandemiens implikasjoner på studien

Å starte en musikkterapi gruppe i en pandemi har vært utfordrende på ulike plan. Lengre behandlingstid av søknad til REK, fysiske rammer som tilstrekkelig stort rom hvor avstand mellom gruppedeltakerne skal ivaretas. Lav terskel for fravær relatert til symptomer på forkjølelse, og metodiske tilpasninger i musikkterapisesjonene. Det fantes også færre

møtepunkter i klinikken der det hadde vært naturlig å fremsnakke et slikt prosjekt, dette kan ha bidratt til at det var vanskelig å rekruttere flere deltakere. Samtidig kunne en gruppe med flere deltakere bydd på utfordringer med å finne et stort nok og egnet rom for musikkterapien, siden klinikken også var i en renoveringsprosess. På tross av denne ytre støyen og forstyrrende faktorene, klarte gruppen å møtes hver gang, uten en eneste avlysning. Kanskje dette lille sosiale musikalske møterommet kunne tilby en form for normalitet og sosial nærhet i en verden som på denne tiden var preget av sosial og kulturell avstand?

3.5.4 Etske refleksjoner

Denne studien er godkjent av Personvernombudet ved sykehuset, og Personvernombudet ved NMH. Dette forutsetter at jeg sendte inn søknad og fikk den godkjent av REK (Regional Etsk komite)⁸, og NSD⁹ (Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste). En revidering av forskningsprotokollen til REK måtte til før godkjenningen endelig forelå. Det var en forutsetning for at forskningen var godkjent hos REK, før den ble godkjent av NSD og personvernombudet ved sykehuset. All data som ble innhentet på sykehuset i klinisk behandling, og data som skulle lagres på sykehusets område til bruk i forskning, måtte godkjennes av personvernombudet. Denne søknadsprosessen var en nyttig og lærerik erfaring. Gjennom søknad til REK ble jeg nødt til å tenke gjennom å svare ut ulike etske problemstillinger relatert til forskningsprosessen, vekslingen av de ulike rollene, med et spesielt blikk på forskerrollen, samt innhenting av data. Det var viktig for meg å ivareta de etske vurderingene som en integrert del av forskningsprosessen som helhet, ved først og fremst å ivareta informantenes interesser i alle faser av prosessen. Jeg vil trekke frem to aspekter som har vært aktuelle gjennom hele forskningsprosessen, *Informert samtykke*¹⁰ og *konfidensialitet*. Når det gjelder Informert Samtykke vil jeg poengtere at alle informantene utviste god samtykkekompetanse. I informert samtykke¹¹ ble de orientert om studiens mål, metode, fordeler og ulemper med å delta i forskningsprosjektet, redegjørelse for lagring og oppbevaring av data, samt at de når som helst, uten å oppgi grunn kunne trekke seg fra prosjektet. For å oppfylle kravene til REK var det også nødvendig og presisere at informantene ikke skulle svare til forsker om de ønsket å delta i studien, men levere skjema til sekretær. Informantene ble opplyst om musikkterapigruppen og forskningsprosjektet hos sin behandler. Sammen med informasjon som ble hengt opp i korridoren og lagt på venteværelset,

⁸ For godkjent vedtak, se vedlegg.

⁹ For godkjent vedtak, se vedlegg.

¹⁰ Se vedlegg.

¹¹ Se vedlegg.

kunne deltakerne selv ta kontakt med sin behandler eller meg for mer informasjon. Videre var det viktig å sikre informantenes interesser gjennom alle fasene av forskningsprosjektet, og at de ikke skulle oppleve at de hadde noe ansvar eller forpliktelse overfor forsker om at de måtte «pynte» på svarene i undersøkelsen. Det var viktig for meg å presisere dette underveis om informantene hadde spørsmål til forskningsprosessen. Konfidensialitet er sikret gjennom anonymisering av informantene. For å sikre kravet om anonymisering, har jeg i transkriberingen gitt informantene fiktive navn. En liste over informantene er kryptert og lagret på en ekstern enhet, uten internettilkobling, dette gjelder også lagring av lydopptak. Den eksterne enheten er oppbevart i låst skuff på eget kontor på sykehuset. Samtidig vil jeg trekke frem at studien er liten, med få informanter innenfor et smalt og spesifikt fagfelt, dette medfører ytterligere utfordring til at anonymitetskravet opprettholdes. For eksempel ved å bruke lengre intervjuer i resultatkapittelet kan utfordre dette. Det fremstår i dette et paradoks da det i kvalitativ forskningstradisjon ofte handler om tekst og tolkning samt trekke frem subjektets stemme, samtidig som kravet til anonymisering skal ivaretas (Mohlin, 2008). Dette var også aktuelt i intervjusituasjonen, med tanke på at et semistrukturert fokusgruppeintervju er noe friere i formen, var det viktig å ikke «trå dypere enn nødvendig», for å unngå at intervjuet nærmet seg en terapeutisk samtale. Dette for å ta høyde for at deltakelse i forskningsprosjektet vil kunne føre til reaksjoner, tanker og refleksjoner hos informantene underveis og i etterkant av for eksempel intervjuet (Mohlin, 2008). Grunnet min lydbåndopptaker tabbe, kunne det å stille på flere intervju medføre en ulempe for informantene. Samtidig kan det også ha ført til en berikelse og opplevelse av mer eksplisitt kunnskap i relasjon til andre.

4. RESULTATER

I det følgende vil jeg først presentere de tre hovedtema med tilhørende undertema. Gjennom den tematiske analysen av intervjuene, er det disse jeg har vurdert som fremstår mest sentrale og essensielle i de kvalitative dataene. Ved inngangen til hvert undertema presenteres utdrag fra logg fra deltakende observasjon, med det formål og gi et rikere bilde av sammenhengen sitatene springer ut fra. Undertemaene kan belyse ulike nyanser av deltakernes opplevelse av musikkterapien. Deretter følger en presentasjon av funnene fra de kvantitative dataene i hvert sitt diagram, med en påfølgende kort oppsummering av differansen mellom hver utfylling. Deltakerne i studien er presentert med fiktive navn, og forsker er forkortet til F. Årsaken til at det ikke er utdrag fra logg fra de tre første sesjonene er at jeg i denne perioden brukte tid på å utforme et loggskjema jeg vurderte var hensiktsmessig for studien. Avslutningsvis i denne delen vil jeg oppsummere og gjøre rede for en objektiv tolkning av de kvalitative og kvantitative resultatene hver for seg før jeg peker på hvordan resultatene kan være sammenfallende, utfyllende eller motstridende.

4.1 Presentasjon av kvalitative resultater



4.1.1 Flere muligheter

Undertema som fremstod viktige i denne sammenhengen var: Positive følelser – det er gøy, Utfordrende tanker – alle utfordret seg, Håp – ta med seg, Selvbestemmelse – å velge selv, Struktur – noe fast å gå til.

4.1.1.1 Positive følelser – det er gøy

Utdrag av logg fra deltakende observasjon, sesjon nr. 5/10.

Alle tre deltakere er tilstede i gruppa. Det er en avslappet stemning, og deltakerne snakker uoppfordret om improvisasjonen fra forrige gang. De beskriver den som rar, men at det ga en god følelse og at det var gøy.

I intervju beskriver Liv å få tilgang på følelsen av glede i musikkterapigruppa, og at dette opplevdes overraskende. Noe som også kan antyde hvilken forventning hun hadde.

F: Vil du fortelle litt om hvordan det var for deg å være med i musikkterapigruppa?

Liv: Ja (pauser..), det har vært fint og givende. I mitt tilfelle, overraskende mye....at det er gøy, og det var fint å kunne legge fra seg negative tanker og bekymringer på «innsjekk» i gruppa.

F: Vil du beskrive hvordan dette kunne gi seg utslag på utsiden av terapirommet, ...merket du noe endring når du gikk ut døra?

Liv: Jeg vil jo si at det øka den generelle sinnsstemningen.

F: Ja. På hvilken måte da?

Liv : Nei..blidere da. Følte jeg hadde noe som tilførte meg no på en måte.

F: Vil du trekke frem noe spesifikt som du opplevde positivt?

Liv: Ja. Jeg synes det var gøy å kunne spille og akkompagnere....., det var gøy å gjøre noe nytt.

Ole beskrev å få tilgang til gode minner og gode følelser.

Utdrag fra logg fra deltakende observasjon, sesjon nr. 9/10:

Etter ønske fra gruppa synger vi «De nære ting» med pianokomp inspirert av Ingrid Olava sin versjon. Umiddelbart etter sangen er ferdig deler Ole gode minner fra barndommen og forteller om ønskekonserten på radio. Han smiler og bekrefter at dette

ga han gode følelser og gode minner.

F: Hva følte dere om de musikalske aktivitetene?

Ole :det var gøy å spille klokkespill som jeg husker å ha spilt når jeg var liten og det var fint å være med å synge synes jeg.

4.1.1.2 Utfordrende tanker – alle utfordret seg

Bakgrunnen for situasjonen er en improvisasjon hvor to av deltakerne, Ole og Anne spiller på instrumenter for første gang.

Utdrag av logg fra deltakende observasjon sesjon 4/10.

Deltakerne forteller at de aldri har spilt på et piano før, og begge (to) beskriver en innvendig sperre for å gjøre ting som de også kjenner på en lyst til å gjøre. Jeg anerkjenner at de utfordrer seg selv, og begge sier at de synes tida gikk fort, og at det er en positiv ting.

Opplevelse ved deltakelse viste seg å blant annet være nært knyttet til det å utfordre negative tanker og forventninger.

Ole: Jeg synes det har vært fint å være her. Men, stor spredning i alder var vanskelig....at jeg har tenkt på hva de andre liker. Når jeg fortalte at jeg likte viser så var det andre som også likte det samme som meg, da ble alderen litt mindre viktig...og det å velge sanger bandt jeg meg litt opp i : «De klarer sikkert ikke de sangene jeg har lyst til å velge». Jeg tenkte veldig mye på det, men sånn ble det jo ikke, for de andre kom jo med sanger de også som jeg ikke hadde hørt... Det har vært fint å være her, selv om jeg har grua meg, men det er bare sånn jeg er.

En annen informant delte en av sine forventninger til samspill i gruppa.

Liv : Jeg trodde det skulle bli kleint med samspill, men det ble det ikke. Det var gøy å få spille gitar.

4.1.1.3 Håp – ta med seg

Det å oppdage nye sider ved seg selv kan gi håp om flere muligheter for deltakelse i eget liv utenfor gruppa.

Utdrag av logg fra deltakende observasjon, sesjon 10/10.

Ole forteller at han egentlig ikke vet hvorfor han ikke setter på mer musikk hjemme. Han sier han synes det er tungt å sette seg inn i nye ting. Vi snakker om hvor godt han har følt det når han velger sin egen musikk i gruppa, og hvor fint dette også kunne vært å gjøre hjemme.

Å ta med seg utenfor terapirommet.

F: Hva vil dere ta med dere videre når denne gruppa avsluttes?

Anne: Jeg har oppdaget at jeg lærer fort på kreative måter, da ble det mindre skummelt...og at det er andre måter å lære på enn teori....Det er fint å vite til andre situasjoner også.

Liv : Jeg vil ta med meg at jeg kanskje ikke er så verst. Det var en god følelse å spille for gruppa og få applaus etterpå.

Anne : Jeg synes det er viktig at dette tilbudet fortsetter, og at det skal vare lenger. Musikterapi bør være innenfor psykisk helse, ...det hjelper jo, du kommer deg ut..., jeg tror det vil hjelpe mange mennesker.

Ole : Jeg vil ta med meg menneskene jeg har truffet, de blir en del av livet..., og hele opplegget her, hva vi har gjort og det vi har prata om, det vil jeg ta med meg videre...Jeg vil høre mer på musikk hjemme – og velge musikk selv.

4.1.1.4 Selvbestemmelse – å velge selv

Utdrag av logg fra deltakende observasjon, sesjon nr. 5/10.

I dag la jeg (F) opp til noe mer medvirkning fra pasientene i forhold til innhold i gruppa. Jeg laget en plan A og B, hvor gruppa selv bestemte og ble enige om aktivitet ut fra disse musikalske rammene. Gruppa valgte det slik at pasienten som ikke var tilstede forrige gang fikk presentert sine musikalske ønsker.

I intervjuet påpekte deltakerne at det å bestemme selv hvordan og hvor mye de ville delta i musikkterapigruppa var viktig.

Liv : Det var gøy å kunne spille og akkompagnere, å velge hva man kunne (gjøre)...Jeg fikk absolutt kommet med de ønskene jeg hadde....Det betydde veldig mye å ha noe fast og gå til egentlig, og vite at jeg der kunne gjøre så mye eller lite jeg ville da, at det var mange forskjellige måter å delta på.

4.1.1.5 Struktur – å ha noe fast å gå til

Struktur kan her forstås både som struktur og forutsigbarhet i hverdagen, men også som struktur og forutsigbarhet i gruppesesjonen.

Utdrag av logg fra deltakende observasjon, sesjon nr. 5/10.

Jeg (F) opplever det er en avslappet stemning i gruppa, grupped medlemmene fremstår tryggere på hverandre. De deler mer med hverandre (diagnose, hva de strever med, viser mer følelser, både gråt og latter).

Pasientene gir tilbakemelding om at de får en pause fra negative tanker og bekymringer.

Å ha noe fast å gå til som ble opplevd positivt, ble trukket frem som viktig. I tillegg kunne strukturen i gruppa gi mulighet til å sette vanskelige tema på agendaen.

Liv : Det betydde veldig mye å ha noe fast å gå til og at en får lagt fra seg negative tanker og bekymringer på «innsjekk» i gruppa.

Anne : Det har vært positivt å være med. Jeg turte åpne meg etter tre, fire ganger, når andre også åpna seg mer...

4.1.1.6 Oppsummering

Observasjon etter improvisasjonen i gruppa viste smil fra pasientene, de snakket friere og kom med konkrete forslag til sanger vi kunne gjøre. Utfordrende tanker viste seg i intervju som negativ eller devaluerende karakter. Eksempelvis at Ole var eldst i gruppa, og at han beskrev det vanskelig å velge musikk. Å velge selv ble trukket frem av Liv som et viktig aspekt ved deltakelse. Å ta med seg erfaringer fra musikkterapigruppen på utsiden av terapirommet kan hentyde en opplevelse av håp om endring og bedring. Slik Anne erfarte ved å åpne seg opp for gruppa om det hun opplevde vanskelig. Liv beskrev det var viktig av å ha noe fast å gå til som var gøy.

4.1.2 Musikkens betydning

Her følger en presentasjon av følgende undertema: Musikalsk anerkjennelse – å få applaus, Mestring i musikken – å finne sin greie, Felles interesse for musikk – andre likte det samme som meg, Kroppslige reaksjoner i musikken – å lande.

4.1.2.1 Musikalsk anerkjennelse – å få applaus

Utdrag av logg fra deltakende observasjon, sesjon nr. 8/10.

Liv kommer med ønske om en sang og gir uttrykk for at hun ønsker å fremføre den for gruppa. Liv spiller gitar mens hun synger med emosjonell innlevelse og sensitivitet. Det oppstår spontan applaus og positive tilbakemeldinger fra gruppa. Liv smiler og sier det er en god følelse å få applaus.

Egne etterfølgende refleksjoner fra loggen fra samme sesjon.

Ser ut som om pasienten vokser på den umiddelbare tilbakemeldingen fra gruppa. Pasienten fremstår med et lettere uttrykk og kortere latenstid i dag enn i foregående sesjoner.

Å dele musikk som pasientene hadde et personlig forhold til brakte frem minner om ytterligere flere visesanger som betydde noe spesielt for den enkelte i gruppa.

Ole : Jeg er veldig gla i viser, og det var det flere som var...å synge har vært min greie, jeg synes det har gått bra, sang er det jeg har bidratt med, hadde ikke turt hvis det var flere, da hadde jeg bindt meg mere opp.

Anne : ...og jeg hadde ikke turt å slippe meg sånn løs heller.

Liv : Når Ole fortalte at han likte viser så kom jeg på flere viser som betyr mye for meg, og som jeg ønsket å dele med gruppa.

Informantene beskrev hvordan musikken og de musikalske aktivitetene ga mulighet for anerkjennelse av egne ressurser.

Ole : Jeg var veldig opphengt i alder...tenkte ikke så mye på dette i musikken.

Den av informantene som har mest erfaring med samspill, sang og fremførelse for andre, beskrev hva som hadde gitt mest utbytte i gruppa for hen sin del.

Liv : Det som ga mest utbytte for meg var å synge og spille, så synes jeg alle var ganske tøffe som turte å gjøre eller prøve seg på nye ting. Jeg kan jo spille gitar og har sunget ganske mye, men jeg synes det var veldig fint å se de andre utfordre seg litt grann....det ble jo nye ting for min del også...

4.1.2.2 Mestring i musikken – å finne sin greie

Utdrag av logg fra deltakende observasjon, sesjon nr. 7/10.

Det er tre pasienter i gruppa i dag. En av pasientene har beskrevet en innvendig sperre som oppleves som et hinder for å oppleve mestring. I timen i dag forsøker vi med et lite arrangement til «Balladen om Fredrik Åkare och den söta Cecilia Lind». Jeg observerer at pasienten som har beskrevet den innvendige sperren raskt plukker opp instruksjoner i klokkespillet. Pasienten lyser opp med et umiddelbart smil, nesten litt overrasket over seg selv. Pasienten får også positive tilbakemeldinger fra de andre i gruppa.

Gjennom musikalsk deltakelse oppdaget informantene nye muligheter for mestring av egen situasjon. Å få gjøre «sin greie» og finne sin egen ressurs i gruppa ble beskrevet som positivt.

Ole : Det var skikkelig skummelt å skulle spille på instrumenter, men når du (F) tok bort de stavene på klokkespillet som jeg ikke trengte ble det lettere. Det var gøy å spille klokkespill...men det er nok å synge jeg liker best.

Anne : ... jeg turte prøve å spille instrumenter og turte fortelle det som feilte meg. Det har jeg ikke gjort før, jeg har holdt det inni meg, det var en lettelse. ..om det hadde vært mer teori vet jeg ikke om det hadde gått så bra.

F : Var det noe med musikken, eller noe vi gjorde i musikken, som gjorde at du turte mer?

Anne : Jeg fikk litt sånn varmetokter, for jeg var så redd for å gjøre feil. Men så stopper jeg litt opp, og hører når noen andre er flinkere. Jeg vet ikke hvorfor jeg gjør det..

F: Ja? Hva er det som skjer da, når du hører andre spiller?

Anne : Jeg føler at jeg gjør feil, eller at ja, jeg ikke får det til.

F: Så du kunne føle at du ikke fikk det til?

Anne : eller redd for å gjøre feil.

F: Ja, eller redd for å gjøre feil. Og det kan hende du fikk det til?

Anne : Ja, det kan godt hende det! (latter fra deltager).

4.1.2.3 Felles interesse for musikk – andre likte det samme som meg

Utdrag av logg fra deltakende observasjon, sesjon nr. 10/10.

Den eldste pasienten i gruppa, Ole, sier at det med alder har plaget han litt i gruppa. Tanken på at de andre kanskje ikke skulle like hans musikkvalg har styrt han mer enn han skulle ønske. Samtidig sier han at denne tanken har blitt avkreftet mange ganger, når andre liker samme musikken som han selv. Så kommer Ole med ønske om at vi synger «De nære ting», så sier han «jeg litt gla i sånne gamle viser jeg vet dere».

Deltakerne beskrev hvordan musikken som en felles interesse ble utgangspunktet for fellesskapet i gruppa.

Liv : Det var fint å være en del av gruppa, og finne ut at vi har noe felles gjennom kjærligheten til musikken. Det var gøy å høre at Ole likte visesang som jeg gjør.

Ole : Dere kom jo med sanger dere også som jeg ikke hadde hørt.

Anne : Ja, ikke sant! Så ble det jo likt begge veier.

4.1.2.4 Kroppslige reaksjoner i musikken – å lande

Utdrag av logg fra deltakende observasjon, sesjon nr. 4/10.

Det er to pasienter i gruppa i dag. Jeg legger til rette for en improvisasjon over et bluesskjema på piano. Begge pasientene er i sitt eget, de ser opp og smiler av og til. Vi fortsetter med en runde solo på hver. Tilbakemeldingen fra pasientene er at de ble varme og at det var gøy.

Beskrivelsene av deltakernes opplevelser i musikken synes å stå i sammenheng med kroppslige reaksjoner.

Ole : jeg går og uroer meg mye for ting som skal skje...men her får jeg senket skuldrene og ikke bekymret meg så mye. Familien min sier jeg skal gå selv om jeg ikke har lyst, sånn er det med alt. Men, når jeg kommer hit så endrer det seg.

Anne : Jeg ble skikkelig varm når jeg spilte piano for første gang, det var gøy!

Deltakerne beskrev tilgang på avslapping i musikkterapigruppa.

Ole : Jeg er nervøs når jeg kommer, men etter hvert så ...jeg kaller det lander jeg...så jeg slapper av på en måte. Når du er veldig anspent og nervøs når du kommer så klarer du etter hvert å slappe av liksom.

F: Ja? Jeg blir litt nysgjerrig jeg på hva er det som gjør at vi lander litt?

Ole : Jeg tror det er musikken.

Anne : Ja, det er musikken. Du kobler deg av og på.

F: Sånn at musikkterapigruppa kan tilby musikk, som gjør at vi kan..

Anne : bli rolig, at vi kan slappe av.

4.1.2.5 Oppsummering

Deltakerne beskrev betydningen av å dele musikk og musikalske opplevelser med hverandre, og hvordan utfordrende tanker kom i bakgrunnen når de engasjerte seg i musikalsk aktivitet. Eksempelvis bekymret Ole seg mye i forkant av musikkterapigruppa, samtidig beskrev han at musikken gjorde at han slappet av. Deltakerne ga også uttrykk for at de opplevde det betydningsfullt at egne ressurser og musikalske ferdigheter hadde en verdi i seg selv. Hvordan Liv vokser på spontan applaus fra gruppa og hvordan Anne beskriver at hun turte å slippe seg løs. Opplevelse av mestring kunne se ut til å stå i sammenheng med opplevelsen av utfordring. Beskrivelser av disse opplevelsene ser ut til å stå i sammenheng med beskrivelsen av kroppslige reaksjoner eller fysiologiske endringer som å bli varm, eller å lande.

4.1.3 Gruppens betydning

Følgende undertema utpekte seg i denne sammenhengen: Samhandling – å ha samhandla med andre, Gruppesamhold – å være en del av, Sosial støtte – det ble trygt nok.

4.1.3.1 Samhandling – å ha samhandlet med andre

Utdrag av logg fra deltakende observasjon, sesjon nr. 9/10.

Vi spiller et arrangement over «Her kommer vinter`n» som var et sangønske fra Anne. Vi starter med instrumentalt refreng med gitar og piano, og melodi i klokkespill og piano. Vi spiller først sangen i sin helhet to ganger. Gruppa synger med på vers og refreng. Pasienten følger ivrig med, fremstår konsentrert og fokusert, faller ut av og til, for så å komme inn igjen.

Liv beskrev at det var fint å være flere i de musikalske aktivitetene og bruke egne ressurser i samhandling med andre.

Liv : Jeg ble oppmerksom på å gi andre plass, da jeg kanskje har spilt mer enn de andre i gruppa.

F: Åssen opplevde du samholdet eller dynamikken, i gruppa?

Liv: Vi ble jo bedre kjent etter hvert...det er fint å ha samhandla og prøvd å være sosial i en ny setting.

Ole: Vi fungerte som gruppe, vi ble jo kjent med hverandre.

Det ble også lagt vekt på hvordan det å være flere ga flere ulike muligheter for deltakelse.

4.1.3.2 Gruppesamhold – å være en del av

Utdrag av logg fra deltakende observasjon, sesjon nr. 10/10.

Det er siste sesjon. Timen i dag er lagt til rette for en oppsummering både musikalsk og verbalt. En slags «ønskekoncert» av de musikalske bidragene som pasientene har delt med gruppa. Anne sier til Ole «Den «Woman» er jo du gla i, er du ikke? Skal vi ta den?». Ole svarer «Ja, den er fin!». Så synger vi «Woman» av John Lennon.

Ole og Anne beskrev betydningen av at musikkterapigruppa hadde vært en liten gruppe.

Ole : Jeg er glad det ikke var flere, får lettere kontakt da på en måte, når det ikke er så mange....

Anne : Det var bra at det var en liten gruppe, hadde det vært en større gruppe så vet jeg ikke om jeg hadde takla det i det hele tatt...og jeg hadde ikke turt å slippe meg sånn løs heller. Ikke turt å prøve.

F: Så hvis jeg skal sette sammen en ny gruppe da...hva tenker dere at det er viktig at jeg husker på da?

Ole : At det ikke blir for mange.

Deltakerne beskrev en prosess hvor trygghet var sentralt for opplevelsen av å bli bedre kjent.

Liv : Det har vært fint å være en del av gruppa, å finne ut at vi har noe felles.

Anne : Det har vært fint å treffe de andre, og at det ble trygt nok til å fortelle de andre

hva jeg strevde med. Det var en god følelse...når noen delte med gruppa hva de strevde med var det lettere for meg å være åpen også, det var godt å si det.

Ole : Jeg vil ta med meg menneskene jeg har truffet, de blir en del av livet...og hele opplegget her, hva vi har gjort og hva vi har prata om, det vil jeg ta med meg videre.

Anne : det samme som Ole sier, men jeg vet ikke om jeg blir noe mer åpen blant folk for det da....nå kommer det masse andre spørsmål og ting jeg skal fylle ut, det blir vanskeligere for språket mitt, vi får se åssen det går. ...Jeg vil ta med meg gruppa videre, og at det er andre måter å lære på enn teori.

Liv : Jeg opplevde det var en prosess i gruppa, at vi ble bedre kjent etter hvert.

4.1.3.3 Sosial støtte – det ble trygt nok

Utdrag av logg fra deltakende observasjon, sesjon nr. 8/10.

Det er tre pasienter i gruppa i dag. Liv, som har mest erfaring med å spille og synge for andre kommer med et ønske om en sang. Med bakgrunn i Liv sin beskrivelse av sin relasjon til sangen, spør jeg om hun kunne tenke seg å spille og synge den for resten av gruppa. Liv svarer at hun har lyst til nettopp det.

Gruppen fikk betydning for hvordan deltakerne opplevde sosial støtte.

F: Så, åssen har det vært for dere og deltatt i musikkterapigruppa?

Anne: Det har jo vært positivt, vi har jo klart å komme oss hit (ler litt). Men de første gangene var det litt sånn stille da, eller jeg vet ikke..hm.

F: Ja?

Anne: Ja, sånn for min del da, er det sånn at jeg ikke har turt å åpne meg med en gang.

F: Når var det du kjente at du begynte å åpne deg?

Anne: Kanskje etter tre, fire ganger.

F: Ja (bekreftende).

Anne: Når jeg turte da, og når andre åpna seg litt mer, så turte jeg si litt mer om hva som feilte meg.

Liv synes det var fint å være med på at andre i gruppa utfordret seg.

F : Opplevde du at det var trygt nok i gruppa til å prøve seg?

Liv : Ja, jeg synes det.jeg synes det var veldig fint og morsomt å se de andre på en måte utfordre seg litte granne, og prøve nye ting de og.

F: Åssen påvirka det deg, å se de andre utfordre seg litt ekstra?

Liv : Det er kult å være med på da!

4.1.3.4 Oppsummering

I musikalsk samhandling med andre i gruppa beskriver deltakerne at de ble oppmerksomme på egne ressurser og hvordan de kunne regulere og tilpasse egne ferdigheter i samhandling med andre. Eksempelvis ble Liv oppmerksom på det å gi andre plass. Deltakerne beskrev hvordan de ble bedre kjent med hverandre. Liv synes det var fint å ha samhandla med andre i en ny setting og at det var kult å være med på at andre utfordret seg. Både Ole og Anne beskrev det som positivt at det var få deltakere i gruppen. De mente at dette medførte at de fikk lettere kontakt med hverandre og at det ble trygt å prøve seg på nye ting. Det å musisere sammen, og høre hverandre og seg selv sammen med andre, kunne se ut til å knytte sammen et fellesskap i gruppa.

4.2 Presentasjon av funn fra kvantitative data

I det følgende vil jeg presentere resultater fra KOR-skjema. De er presentert enkeltvis for hver deltaker, med et søylediagram som viser skår tatt midtveis i forløpet og avslutningsvis.

Diagrammene er utformet og tilpasset denne oppgaven. Hvert område har en skala på 0 – 10, hvor 0 er laveste skår, og 10 er den høyeste.

4.2.1 Ole

Skala for endringsvurdering (ORS)

Personlig (Hvordan jeg har det med meg selv):

Midtveis: 4.6 Avslutningsvis: 4.8

Mellommenneskelig (Partner, familie, og nære relasjoner):

Midtveis: 9.7 Avslutningsvis: 9.8

Sosialt (Arbeid, skole, venner):

Midtveis: 9.5 Avslutningsvis: 9.7

Generelt (Generell opplevelse av hvordan jeg har det):

Midtveis: 4.7 Avslutningsvis: 5.0

Total skår ORS:

Midtveis: 28.5

Avslutningsvis: 29.3

Differanse: + 0.8

Skala for samtalevurdering – voksne (SRS)

Relasjon (i den grad jeg opplevde at jeg ble hørt, forstått og respektert):

Midtveis: 9.5 Avslutningsvis: 9.7

Mål og tema (I den grad vi snakket om det jeg ville snakke om og arbeidet med det jeg ville arbeide med):

Midtveis: 9.4 Avslutningsvis: 9.9

Tilnærming eller metode (I den grad måten vi arbeider på passer for meg):

Midtveis: 9.5 Avslutningsvis: 9.8

Generelt (I den grad samtalen var bra for meg i helhet):

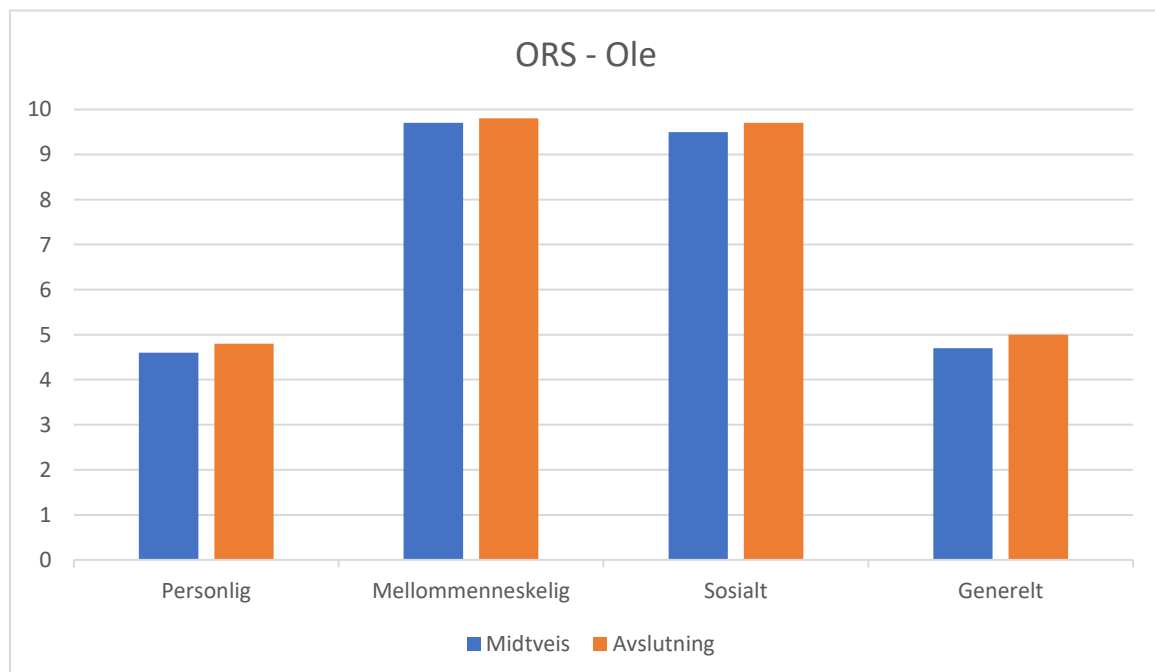
Midtveis: 9.5 Avslutningsvis: 9.8

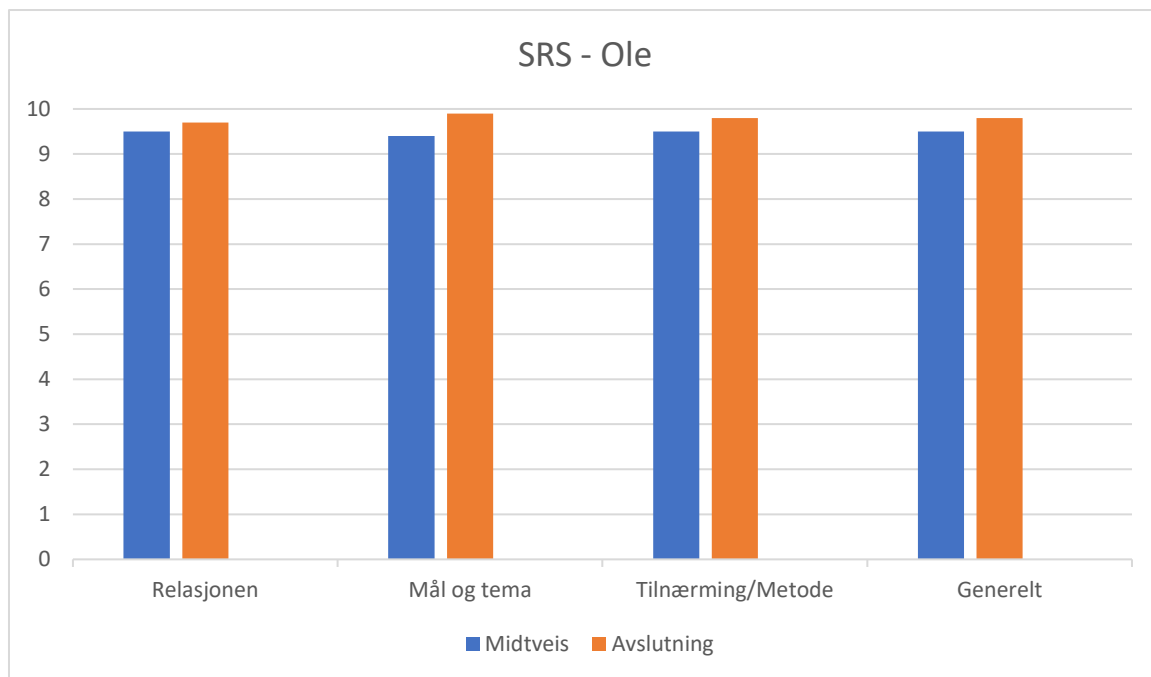
Total skår SRS:

Midtveis: 37.9

Avslutningsvis: 39.2

Differanse: + 1.3





4.2.2 Anne

Skala for endringsvurdering (ORS)

Personlig (Hvordan jeg har det med meg selv):

Midtveis: 4.6 Avslutningsvis: 4.6

Mellommenneskelig (Partner, familie, og nære relasjoner):

Midtveis: 8.7 Avslutningsvis: 9.7

Sosialt (Arbeid, skole, venner):

Midtveis: 0 Avslutningsvis: 5.8

Generelt (Generell opplevelse av hvordan jeg har det):

Midtveis: 4.7 Avslutningsvis: 5.0

Total skår ORS:

Midtveis: 18

Avslutningsvis: 25.1

Differanse: + 7.1

Skala for samtalevurdering – voksne (SRS)

Relasjon (i den grad jeg opplevde at jeg ble hørt, forstått og respektert):

Midtveis: 9.9 Avslutningsvis: 9.7

Mål og tema (I den grad vi snakket om det jeg ville snakke om og arbeidet med det jeg ville arbeide med):

Midtveis: 9.9 Avslutningsvis: 9.3

Tilnærming eller metode (I den grad måten vi arbeider på passer for meg):

Midtveis: 9.9 Avslutningsvis: 9.7

Generelt (I den grad samtalen var bra for meg i helhet):

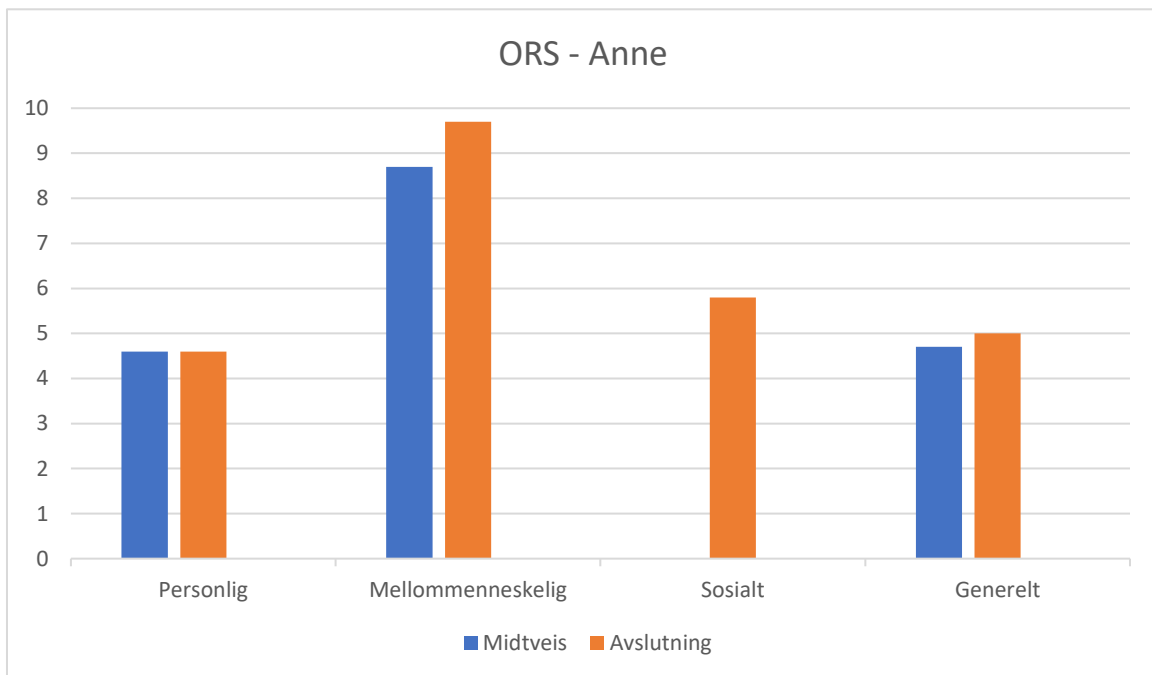
Midtveis: 9.8 Avslutningsvis: 9.6

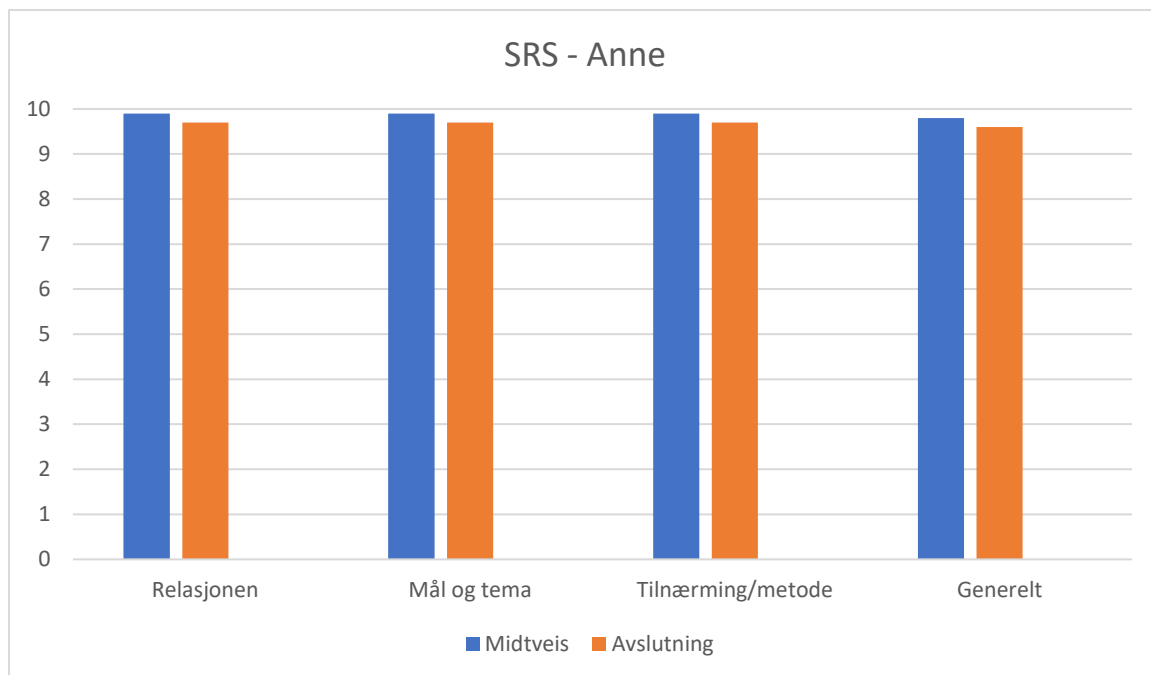
Total skår SRS:

Midtveis: 39.5

Avslutningsvis: 38.3

Differanse: -1.2





4.2.3 Liv

Liv var ikke til stede når siste skår ble gjennomført. Dette gjelder for begge skjema.

Skala for endringsvurdering (ORS)

Personlig (Hvordan jeg har det med meg selv):

Midtveis: 0.8

Mellommenneskelig (Partner, familie, og nære relasjoner):

Midtveis: 4.5

Sosialt (Arbeid, skole, venner):

Midtveis: 0.7

Generelt (Generell opplevelse av hvordan jeg har det):

Midtveis: 1.4

Total skår ORS:

Midtveis: 7.4

Skala for samtalevurdering – voksne (SRS)

Relasjon (i den grad jeg opplevde at jeg ble hørt, forstått og respektert):

Midtveis: 10

Mål og tema (I den grad vi snakket om det jeg ville snakke om og arbeidet med det jeg ville arbeide med):

Midtveis: 10

Tilnærming eller metode (I den grad måten vi arbeider på passer for meg):

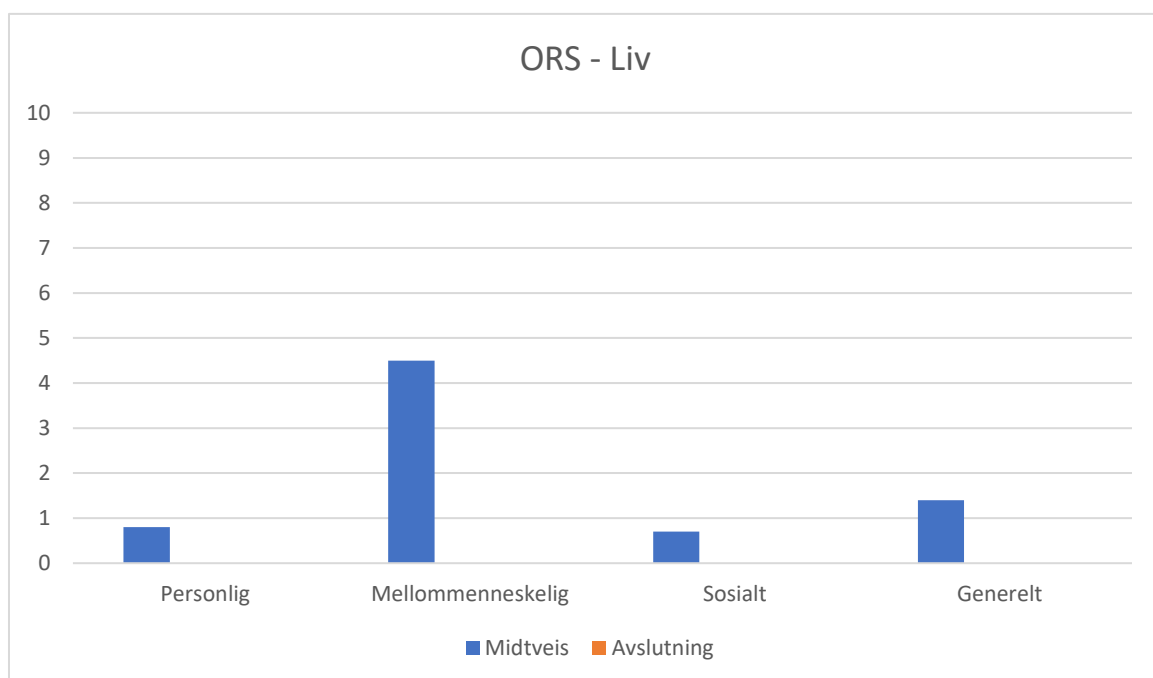
Midtveis: 10

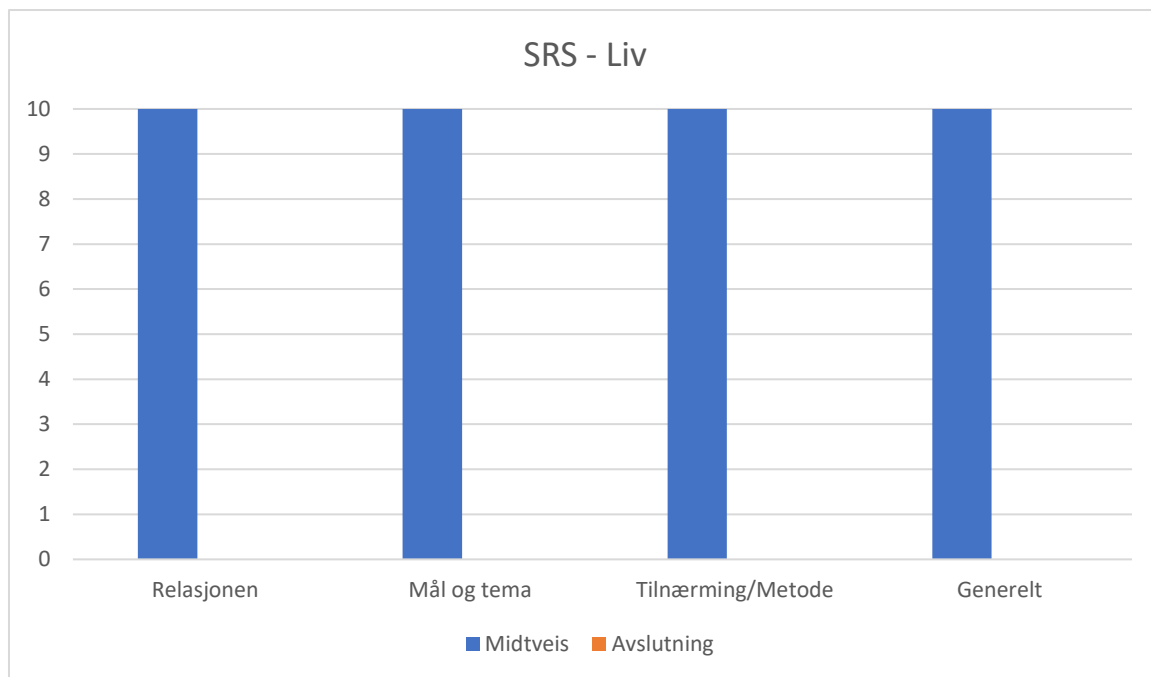
Generelt (I den grad samtalen var bra for meg i helhet):

Midtveis: 10

Total skår SRS:

Midtveis: 40





4.3 Tolkning av resultater

Her vil jeg først gi en oppsummering av de kvalitative og kvantitative resultatene hver for seg i sammenheng med tilhørende problemstilling, før jeg sammenligner de kvalitative resultatene med de kvantitative resultatene i en punktvis oppsummering. I sammenligningen vil jeg gi en kort oppsummering av hvordan resultatene kan samsvare, utfylle hverandre eller fremstår motstridende. Dette vil jeg diskutere nærmere i diskusjonsdelen.

4.3.1 Oppsummering og tolkning av kvalitative resultater

Hvordan opplever pasienter med depresjons -og angstsymptomer å delta i en musikkterapigruppe ved en psykiatrisk poliklinikk?

Alle deltakerne svarer at de opplevde det positivt og fint å delta i musikkterapigruppen. De svarte at de hadde lagt merke til fysiologiske endringer i de musikalske aktivitetene (å bli varm, opplevelse av å slappe av), og utfordring ved at de prøvde nye ting. De beskrev opplevelse av mestring gjennom å finne sin egen måte å delta i musikkterapigruppen på og omtalte seg selv på en mer positiv måte. Samtidig hadde de oppdaget at det fantes andre måter å lære nye ting på som de ville ta med seg videre. De beskrev seg selv med en større aksept og selvgens med og ville ta egne valg utenfor terapirommet.

Resultatene fra deltakende observasjon var at deltakerne viste et stabilt oppmøte i musikkterapigruppa, selv i en periode som var preget av sosial avstand grunnet korona pandemien. Observasjonene ga et innblikk i deltakernes musikalske og relasjonelle engasjement. Og at de midtveis i gruppeforløpet fremstod tryggere, mer åpne for hverandre og utfordret seg på ting de ikke hadde gjort før. Observasjoner av kroppslige uttrykk og mimikk ga grunn til å tro at deltakerne opplevde at musikkterapien var verdt å engasjere seg i. På denne måten vurderes observasjonene sammenfallende med intervjuene.

4.3.2 Oppsummering og tolkning av kvantitative resultater

Hvordan skårer pasientene seg selv i KOR-skjema når det gjelder opplevd bedring, og hvordan skårer de på opplevelsen av samarbeidet med musikkterapeuten?

Jeg har valgt å samle de kvantitative resultatene fra deltakerne i en felles tabell, en for ORS og en for SRS. Dette kan bidra til å illustrere likheter og ulikheter i materialet. Tall markert med rødt skrift illustrerer en nedgang fra første til andre skåring.

Resultater samlet for ORS (opplevd bedring):

Område	Personlig		Mellommenneskelig		Sosialt		Generelt	
	1.skår	2.skår	1. skår	2. skår	1.skår	2.skår	1.skår	2.skår
Navn								
Ole	4.6	4.8	9.7	9.8	9.5	9.7	4.7	5.0
Anne	4.6	4.6	8.7	9.7	0	5.8	4.7	5.0
Liv	0.8	-	4.5	-	0.7	-	1.4	-

Resultater samlet for SRS (opplevd samarbeid med terapeuten):

Område	Relasjonen		Mål og tema		Tilnærming/metode		Generelt	
	1.skår	2.skår	1.skår	2.skår	1.skår	2.skår	1.skår	2.skår
Navn								
Ole	9.5	9.7	9.4	9.9	9.5	9.8	9.5	9.8
Anne	9.9	9.7	9.9	9.3	9.9	9.7	9.8	9.6
Liv	10	-	10	-	10	-	10	-

Ole

Resultatene til Ole, viser en jevn og positiv økning i både ORS og SRS. Områdene med størst økning er: en generell opplevelse av å ha det bedre med seg selv i ORS, samt området mål og tema i SRS. Resultatene fra den første skåren var i utgangspunktet også over klinisk grenseverdi på 25. Dette betyr at skår over 25 er slik folk flest har det i livet sitt uten at de nødvendigvis oppsøker hjelp, og uten at de opplever det problematisk. En mulighet er at Ole bekymret seg mye for å fylle ut skjemaene, og var bekymret for om noe skulle bli feil. En annen mulighet er at det er sannsynlig at skåren hadde vært lavere dersom denne hadde blitt målt tidligere i behandlingsforløpet, for eksempel ved oppstart.

Anne

Resultatene til Anne viser en generell økning i skår i ORS. Området med størst økning er i området sosialt (arbeid, skole, venner). Kan gruppa ha hatt en så stor betydning- eller, kan det ha vært faktorer utenfor behandlingen som har bidratt til denne økningen? Resultatene i første skåring er under den kliniske grenseverdien på 25, som kanskje også er representativt for de som oppsøker hjelp i spesialisthelsetjenesten. Økningen kan ses i flere områder ved ORS. Dette kan tyde på en opplevelse av bedring. Resultat ved SRS viser en liten nedgang, men ligger fortsatt høyt i skår. Kanskje dette kan ha sammenheng med en opplevelse av økt trygghet til terapeuten, og at det føles lettere å være ærlig? Den største differansen i nedgang kan ses på området mål og tema, og det kan hende at Anne opplevde at hun i noe mindre grad fikk jobbet med det som hun ønsket å jobbe med i den avsluttende fasen.

Liv

Frafall ved siste sesjon medførte at Liv ikke fikk gjennomført avsluttende skår. Jeg mener det likevel er hensiktsmessig å reflektere rundt resultatene av den første utfyllingen. Resultatet fra ORS viser en lav skår langt under den kliniske grenseverdien. Med tanke på at dette også var skår gjort litt over midtveis i behandlingsforløpet kan man undre seg over hvilken effekt musikkterapigruppen har hatt. Samtidig vises en diskrepans mellom ORS og SRS, hvor SRS får topp skår. Å gi uttrykk for ønsker og behov kan være et mål i seg selv i behandlingen, og det kan være vanskelig for mange å gi tilbakemelding til terapeuten. Samtidig kan resultatene fra ORS si noe om hvilke behov denne pasienten hadde i den aktuelle perioden, det kan også hende at musikkterapigruppa betydde mye i den sammenhengen. Dette skal jeg gjøre nærmere rede for i sammenligningen av kvalitative data med de kvantitative. Samtidig hadde det vært

veldig spennende å sett hva skåringen avslutningsvis hadde vært for Liv.

4.4 Sammenligning av de kvalitative resultatene med de kvantitative resultatene

I hvilken grad bidrar KOR-skjema i denne sammenhengen til mer kunnskap om pasientenes opplevelse av musikkterapigruppen?

For å kunne gi et mulig svar på denne problemstillingen vil jeg kort gjøre rede for hvordan de kvalitative og kvantitative resultatene kan samsvare, utfylle hverandre eller fremstå motstridende. Sammenligningen her vil danne utgangspunktet for den videre diskusjonen i neste kapittel.

I intervju fortalte deltakerne at de opplevde det å delta i musikkterapigruppa som noe positivt. Svarene fra deltakerne i intervjuene samsvarte ganske godt, og svarene holdt seg også stabile og like i de ulike intervjuene (med den samme intervjuguiden) som ble gjennomført. Dette gjaldt også Liv, som hadde gjennomført et fokusgruppeintervju (uten opptak) og et individuelt intervju rett etter avslutning av gruppa.

Flere av områdene deltakerne har beskrevet i intervju kan være kompatible med områdene som er målt i ORS og SRS skjema. Spesielt kan resultatene samsvare og utfylle hverandre hos Ole og Anne. Her tenker jeg det kan være spennende å se nærmere på hvilke områder i KOR-skjema som skiller seg ut med størst endring i skår opp mot de kvalitative resultatene.

Diskrepans kan ses hos Liv som skårer lavt i ORS skjema og samtidig gir topp skår i SRS skjema. Samtidig beskriver hun en positiv opplevelse av egen deltakelse i musikkterapigruppa i intervju. Nedgangen som vises i skår ved SRS hos Anne kan blant annet støtte opp under at hun i intervju ga uttrykk for at hun synes musikkterapigruppa skulle vare lenger. Det kan også hende at hun opplevde hun ikke helt fikk jobbet med det hun ønsket i den siste sesjonen. Hvordan dette kan forstås i lys av teori vil jeg diskutere nærmere i diskusjonsdelen.

5. DISKUSJON

I denne delen av oppgaven vil jeg diskutere og sammenligne de kvalitative og kvantitative resultatene. Jeg har valgt å strukturere dette på følgende måte:

Først diskuterer jeg resultatene som samsvarer og utfyller hverandre, sett i lys av relevant teori. Deretter diskuterer jeg resultatene som fremstår motstridende i et eget avsnitt.

Diskusjonen munner deretter ut i en konklusjon på mine problemstillinger. Avslutningsvis beskriver jeg betydningen av å bruke flere metoder i denne oppgaven.

5.1 Resultater som samsvarer og utfyller hverandre

5.1.1 Flere muligheter

5.1.1.1 Positive følelser – det er gøy, og utfordrende tanker – alle utfordret seg

Som deltakende observatør i den musikalske samhandlingen, opplevde jeg å kunne se en endring av deltakernes emosjonelle uttrykk gjennom musikkterapitimen, som for eksempel umiddelbare smil fra deltakerne, de fremstod mer oppstemt, de snakket løsere og mer fritt, og viste gradvis mer initiativ i form av konkrete forslag til sanger og musikalske aktiviteter.

Mine observasjoner her tenker jeg kan ses i lys av at det i forkant lå en forventning, eller utfordrende tanke hos deltakerne som gjennom deltakelse i musikkterapien endret karakter.

For eksempel opplevde Ole det var vanskelig å velge sanger som opplevdes viktig for han, dette kan tyde på fenomener som gjerne opptrer ved depresjon og angst (Krüger, et.al. 2000).

Både Lauveng (2020), og Rolvsjord (2010), beskriver viktigheten av at behandlingen skal styrke evnen og muligheten til å styre eget liv. Videre gjør Rolvsjord rede for hvordan muligheter for tilgang til positive følelsesopplevelser (glede, tilfredshet, velvære) i musikalsk samhandling, kan legge til rette for empowerment og gjøre oss i stand til deltakelse (Rolvsjord, 2008). Utsagnet til Ole, «det har vært fint å være her, selv om jeg har grua meg, det er bare sånn jeg er», kan forstås i retning av en aksept av sin egen situasjon og sine symptomer samtidig som Ole selv velger å gi muligheter for gode opplevelser også.

Rolvsjord understreker viktigheten av positive følelsesopplevelser som kan bidra til et mer fleksibelt tanke sett, som kan bane vei mot empowerment (Rolvsjord, 2008. s. 127), noe som også kan ses i lys av teorien fra positiv psykologi (Seligman, 2002).

Liv beskriver en positiv endring i stemningsleie og humør og at hun var blidere når hun gikk ut døra etter musikkterapigruppa var ferdig. Dette kopler jeg til Ruud (2015) som skriver om musikalske opplevelser knyttet til livskvalitet, og hvordan musicking (Small, 1998) kan være

en forsørger av emosjonelle uttrykk, emosjonell regulering, og en emosjonell stimulus. Dette kan også støttes av Lauveng (2020) som beskriver nødvendigheten av kreativitet og glede i all behandling, og viser til nyere forskning av at «playfulness» er reparerende på nevronivå.

Opplevelsen av positive følelser hos deltakerne kan forstås å samsvare med tilbakemeldingene gitt i ORS. Dette kan forstås med at Ole og Anne, skårer nøyaktig det samme på området Generelt (generell opplevelse av hvordan jeg har det), med like stor økning mellom første og andre skår. De kvalitative resultatene kan også samsvare med økningen i skår på området personlig (hvordan jeg har det med meg selv) hos Ole, mens Anne skårer likt her begge gangene, samtidig ses en økning hos Anne på andre områder. Dette kommer jeg tilbake til lengre ned i teksten.

Liv sitt bidrag til det sosiale fellesskapet i gruppa, som å være den som kunne spille gitar, og var den med størst musikalske ferdigheter kunne få erfare å bli sosialt verdsatt, noe som kunne tilføre næring til Liv sin personlige selvfølelse i en vanskelig tid. Dette kan forstås i sammenheng med Liv sin tilbakemelding om at hun hadde erfart at hun «ikke er så verst», en mer positiv omtale av seg selv kan ses i lys av Ruud (2015) og teori om musicking som utvikling av selvagens og opplevelse av tilhørighet. Liv sine beskrivelser om egen opplevelse av deltakelse i musikkterapigruppa forstås i denne sammenhengen som positive og at musikkterapigruppa var et viktig bidrag i Liv sin hverdag.

Samtidig skårer Liv lavt i ORS. Hvor området personlig og sosialt kommer dårligst ut. Dette kan gi en pekepinn på Liv sitt symptomtrykk, samtidig som disse svarene må ses i sammenheng med Liv sin beskrivelse av sin subjektive opplevelse. Jeg vil diskutere dette nærmere i et eget avsnitt. Liv skårer på skjema en gang, det er derfor ikke mulig å sammenligne første og andre skår.

Skårene i SRS fremstod høye på hvert område hos hver deltaker begge gangene. Selv om det kunne ses en liten nedgang hos Anne ved siste skår, mer om det senere.

Resultatene fra SRS forstår jeg som kan samsvare med de kvalitative resultatene og deltakernes beskrivelser. Jeg forstår dette på den måten at musikkterapien hadde mulighet til å romme en ivaretagelse av fellesfaktorene (i psykoterapi), som beskrevet av psykoterapeuten Wampold (2015). Han beskriver spesielle egenskaper ved den terapeutiske relasjonen som er av betydning for hvilket utbytte pasienten får av terapien. Jeg tenker at musikkterapien og musikken i seg selv har gode forutsetninger for å kunne ha disse iboende egenskapene som fellesfaktorene representerer, sammen med deltakernes egen kapasitet til å ta i bruk egne ressurser (Rolvjord, 2010). Resultatene fra SRS kopler jeg også til hvordan Trondalen

beskriver at musikken i seg selv kan opptre som terapeuten og ha disse egenskapene (Trondalen, 2008, s. 37). Videre tenker jeg at teorier om intersubjektivitet som presentert av professor i psykologi Daniel Stern (2004), kan betraktes som fellesfaktorenes «byggesteiner», og at det er en forutsetning for fellesfaktorene at opplevelser av å dele psykologiske tilstander er til stede (Røkenes, Hansen, 2015).

5.1.1.2 Håp – å ta med seg

I intervju beskriver Liv å bli overrasket over følelsen av glede i musikkterapigruppa. Jeg forstår dette i lys av Antonovskys (1987) perspektiv om at helse kan forstås som glidende overganger og at helseressurser innebærer personlige egenskaper som håp, vitalitet og sosial støtte. Liv viste evne til å la seg overraske på en positiv måte selv om hun var plaget av negative tanker og bekymringer, dette forstår jeg som en personlig egenskap og ressurs i sammenhengen som kunne hente frem håp.

Ole beskriver at musikkterapigruppa vil bli en del av hans historie. Å lage sitt eget narrativ i en livssituasjon som kan oppleves kaotisk og fremmedgjørende, tenker jeg kan forbindes med behovet for å skape sammenheng og mening i livet som kan fylles med håp og nye muligheter. Jeg forstår dette i sammenheng med Antonovsky (1987) sin helseforståelse og hans beskrivelse av hvilke iboende ressurser (håp, vitalitet og sosial støtte) vi har som er opprettholdende for helse. Ole sitt ønske om å velge selv hvilken musikk han vil lytte til hjemme, fremstod som signifikant i konteksten, og kan ses i forbindelse med Ruud (Ruud, 2015) sin redegjørelse av musicking, som kan brukes som et verktøy for utvikling av selvagens og empowerment i forståelsen av livskvalitet.

Deltakerne beskrev elementer de tenkte kunne få betydning for veien videre etter avslutning av musikkterapien: At de hadde tatt gode valg for seg selv og fått anerkjennelse av andre, så ut til å generere selvhevdelse og håp også utenfor terapirommet. Et håp om at det finnes andre måter og lære nye ting på, eller oppleve seg selv på en mer positiv måte og være en ressurs for andre.

Dette kan forstås i lys av Yalom sin gruppeterapeutiske faktor som omhandler vekking av håp (Yalom & Leszcz, 2008). Deltakerne fortalte om opplevelser av bedring og at de gjennom musikkterapigruppa oppdaget nye sider ved seg selv som de ønsket å ta i bruk, ikke ulik Ruud (1990) sin definisjon av musikkterapi.

Beskrivelse av deltakernes positive oppdagelser av egne ressurser forstår jeg som en personlig prosess hos den enkelte deltaker, hvor symptomene ved avslutning kunne oppleves mer

håndterbare med bruk av gode mestringsstrategier. Jeg opplever at dette kan koples til en forståelse av recovery perspektivet som Anthony (1993) beskriver det, hvor han gjør rede for recovery som en personlig prosess hvor det ikke nødvendigvis handler om å bli kvitt sin diagnose, men å finne gode måter å leve med den på.

Deltakernes beskrivelser av disse opplevelsene kan koples til en grad av bedring forstått ut fra skåring i ORS, hvor både Ole og Anne kan vise til høyere skår på alle områder ved avslutning.

5.1.1.3 Struktur – noe fast å gå til

Grappa hadde noen faste strukturerende elementer som ble beskrevet av Liv som positivt, med at hun fikk lagt fra seg negative tanker. Bjerke (2018) beskriver hvordan rammer og struktur i gruppeterapi er en forutsetning for etablering av trygghet slik at deltakerne kan få jobbet med sine mål. I musikkterapigruppen kunne dette innebære at rommet var tilnærmet likt organisert hver gang, og at gruppesesjonen kunne ha en kjent struktur og progresjon. Som for eksempel «innsjekken» når vi startet sesjonen, hvor tanker som lå i forgrunnen til den enkelte kunne deles med grappa om de ville det.

Deltakerne ga uttrykk for en opplevelse av mer kontroll og innflytelse i eget liv, hvor blant annet det å ha noe fast å gå til ble beskrevet som viktig. Her vil jeg støtte med til Lauveng (2020), som peker på at struktur i hverdagen kan føles trygt og forutsigbart når livet ellers oppleves kaotisk og preget av lite krefter og energi. Å komme til musikkterapigrappa ukentlig kunne skape en viss form for struktur og en positiv forventning hos Liv. En begrunnelse for dette var at grappa viste et svært stabilt oppmøte.

Kanskje var musikkterapigrappa noe som ble ekstra viktig i en tid med pandemi og sosial avstand?

5.1.1.4 Selvbestemmelse – å velge selv

I intervjuet påpekte deltakerne at det var positivt å bestemme selv hvordan og hvor mye de ville delta i musikkterapigrappa. Selvbestemmelse innenfor disse rammene forstår jeg i lys av musicking (Small, 1998) som et verktøy for utvikling av selvagens og empowerment, og hvor den enkeltes måte å delta i musikkterapigrappa på, kunne styrke den enkeltes identitet og forvaltning av eget liv gjennom handlinger som kommer fra personen selv (Ruud, 2008; Ruud, 2015).

I de kvantitative resultatene vil jeg trekke frem skjema om opplevd samarbeid med terapeuten (SRS) og at høye skår her kunne handle om i hvilken grad deltakerne opplevde å bli hørt,

forstått og respektert (i relasjonen, i gruppa eller i musikken) også med tanke på hvordan de ønsket å delta.

I musikkterapigruppa var det viktig, og naturlig for meg å forholde meg til selvbestemmelse ved å gi gruppa og den enkelte deltaker muligheten til å velge musikk, instrumenter eller sanger ut fra deres egne musikkpreferanser, ønsker og behov. Det å velge et instrument eller musikk på vegne av seg selv ovenfor gruppa kunne oppleves som en utfordring, samtidig kunne anerkjennelsen fra en gruppe versus en terapeut (i individualterapi) kanskje ha større kraft. Selvbestemmelse i denne konteksten kunne handle om å finne sin måte å delta i gruppa på. For meg som terapeut var det viktig å tilby måter som kunne styrke deltakernes aktørskap i eget liv, og at utfordringen med å ta disse valgene innenfor disse rammene som gruppa ga, kunne oppleves håndterbare. I dette kunne det utvikles en tillit til at de gjorde kompetente valg for seg selv, som ble anerkjent av gruppa. Rolvsjord (2010) beskriver viktigheten av å ha tillit til klientens kapasitet til å ta egne valg i terapi.

Jeg opplevde det var et ønske fra deltakerne om etter hvert å være åpne med hverandre og dele mer av det de opplevde vanskelig samtidig som dette ikke var et krav fra min side. Bjerke (Bjerke, 2018) beskriver hvordan gruppemedlemmer ønsker å være åpne med hverandre og at dette inngår som en del av et interpersonlig arbeid ved siste halvdel av et gruppeforløp.

Deltakernes ønske om åpenhet i gruppa, kan sammen med skår i ORS ses i lys av den gruppeterapeutiske faktoren interpersonlig læring. Yalom beskriver interpersonlig læring som å lære av hverandre, å være autentisk åpne i dialog gjennom å gi og ta imot tilbakemeldinger (Yalom, Leszcz, 2008). For Anne var det første gang hun fortalte til noen andre hva hun strevde med. Hun valgte å være åpen, etter andre hadde vært det før henne, i etterkant fortalte hun at dette opplevdes som en lettelse.

På denne måten kunne Anne erfare at hun ble møtt og trøstet av gruppa, at hun lærte av andre og valgte selv å gripe denne muligheten.

Skår på SRS og ORS kan forstås som et bidrag til utfyllende kunnskap i denne sammenhengen. Området mellommenneskelig i ORS er det området som alle deltakerne skårer høyest på. Jeg vil også legge til, at åpenheten i gruppa kunne også hatt innvirkning på skårene gjort i SRS, som viste en høy skår begge gangene. SRS i denne sammenhengen forstås som samarbeidet med gruppa, i relasjon til musikken og i relasjon til terapeuten.

5.1.2 Musikkens betydning

5.1.2.1 Felles interesse for musikk – andre likte det samme som meg

Liv beskrev en opplevelse av å ha noe til felles med de andre gjennom kjærligheten til musikken. Kjærligheten til musikken kan være en kjærlighetserklæring både til musikken, men også en opplevelse basert på de andre deltakernes forhold til musikken. Dette forstår jeg i sammenheng med Yaloms gruppeterapeutiske faktor som omhandler universalitet, og er en viktig gruppeterapeutisk faktor som kan virke fellesskapende og allmenngjørende dersom man føler man er alene om å ha det vanskelig (Yalom, Leszcz, 2008). At deltakerne opplevde å ikke være alene om det de strevde med, med musikken som en fellesnevner mellom deltakerne i gruppen, tenker jeg kunne være en ressurs i opplevelsen av tilhørighet på tross av ulikheter. I musikken og konteksten kunne deltakerne utforske både likheter og ulikheter til hverandre.

I lys av de kvantitative resultatene fremstod området mellommenneskelig på ORS som et av områdene med høyest skår hos alle tre deltakerne. Jeg undrer meg om det kan være en forbindelse mellom opplevelsen av å ikke være alene om sine problemer og at forholdet og kjærligheten til musikken i seg selv kan krediteres for skårene på dette området.

5.1.2.2 Mestring i musikken – å finne sin greie, og kroppslige reaksjoner – og lande

For Anne og Ole var det å spille på instrumenter helt nytt og forbundet med mye angst. Derfor var det et gjennombrudd da Ole tok initiativ til at det var greit å prøve seg, etter fire, fem sesjoner. Slik kunne musikken gi tilgang til opplevelser av nye måter å mestre livet på som også kunne deles med andre. Anne beskrev hvordan hun opplevde en innvendig sperre som hindret henne i å gjøre ting som kunne gi mulighet for mestring, som i improvisasjonen hvor de uoppfordret snakket om hvor gøy det var i ettertid. Musikk sosiologen Tia DeNora (2013) skriver om hvordan det å engasjere seg i musikk kan gi opplevelse av blant annet kontroll, kreativitet, lyst og velvære, og mulighet for en validering av seg selv. I dette engasjementet kan ressurser og nye måter å mestre livet på, deles med andre. Etter tre, fire ganger i musikkterapigruppa opplevde jeg det var etablert en trygghet nok til at Ole og Anne utfordret seg på å spille. Ved selv å bestemme når de opplevde det trygt nok, kunne de opprettholde opplevelsen av kontroll når de skulle prøve noe nytt. Samtidig fremstod det viktig for meg at deltakerne fant sin greie i musikken, som Ole sa: «det er nok å synge jeg liker best».

Jeg tenker at musikken var av avgjørende betydning når det kommer til opplevelsen av

mestring i et her og nå perspektiv i relasjon til andre.

Yalom (2009) beskriver hvilke muligheter det ligger i å kunne jobbe terapeutisk med her – og nå og beskriver hvordan hverdagslige hendelser i terapitimen kan være rike på data. Denne informasjonen kan jeg i musikkterapi forstå som musikalske kvaliteter som for eksempel hvilket tempo, intensjonalitet og dynamikk som fremkommer hos personen, noe jeg tenker gir unike muligheter for hvilken informasjon jeg fikk tilgang til i møtet med den enkelte.

Deltakerne beskrev opplevelse av mestring i sammenheng med opplevelse av kroppslige reaksjoner eller fysiologiske endringer i møte med musikken, for eksempel «varmetokter», eller «å lande». Jeg velger å forstå dette i sammenheng med aspektet om å være kroppslig forankret i verden og de flere lag og meninger dette kan tilby oss (Pavlicevic, 2010). Jeg tenker at deltakerne deler mer av sin identitet med hverandre i aktiv musikalsk og kroppslig deltakelse (Ruud, 2008 : Small, 1998), og på denne måten kan deltakerne oppleve en gjenkjennelse av seg selv som kunne gi mulighet for videre utforskning, utvikling eller endring. I musikkterapeutisk litteratur kan dette ses i sammenheng med beskrivelsen av Davies & Richards (2004), som hevder at musikken fra terapeuten, eller gruppen kan tilby en mening gjennom et annet medium enn verbal samtale, som klienten kan gjenkjenne seg i og at gjenkjennelsen kan muliggjøre endring eller utvikling.

Alle deltakerne strevde med ulike symptomer på angst og depresjon (sterk indre uro, bekymringstanker, og liten tro på seg selv). De var enige om at musikken hadde egenskaper som kunne tilby dem avspenning og velvære, som bidro til en følelse av å lande. Jeg forstår disse opplevelsene i sammenheng med teorien om hva musikken og musikkopplevelsen kan tilby den enkelte. Her vil jeg trekke frem DeNora (2000) som beskriver musikkopplevelsen som situert og kontekstuell og at musikken kan tilby (afford) spesielle egenskaper som personen selv kan velge å ta i bruk (appropriation), dette kan danne en opplevelse av mening og sammenheng.

Dette kan tyde på at den gruppeterapeutiske faktoren som omhandler vekkelse av håp er til stede i gruppa. Yalom mener at vekkelse av håp er en forutsetning for at pasienten vil motta terapi og at denne faktoren må foreligge dersom andre gruppeterapeutiske faktorer skal kunne tre i kraft (Yalom, Leszcz, 2008). Samtidig kunne opplevelsen av tilgang på velvære ses i sammenheng med noe som kunne gi et håp om bedring, en gjenkjennelse av hvordan det var å glede seg over noe. Deltakernes beskrivelser av kroppslige fornemmelser som informasjonskilde til mestringsopplevelser i musikkterapien, tenker jeg kan bidra med noe viktig når det blant annet kommer til økt følelsesbevissthet. Jeg tenker at disse opplevelsene

kan gi økt mestringstro og tilgang til positive følelser i behandling, som kan overføres utenfor terapirommet, som er der pasienten skal leve sitt liv.

Opplevelsen av mestring sett i lys av de kvantitative resultatene kan forstås ut fra flere områder. I SRS kan skår på området som omhandler tilnærming eller metode, forstås som at mestringsopplevelser i musikkterapigruppa kunne gi en opplevelse av at metoden eller tilnærmingen passet den enkelte. I ORS kunne området generelt, forstås som at opplevelse av mestring ga en bedre opplevelse av hvordan deltakerne hadde det. Skårene i området personlig i ORS, kan samsvare med de kvalitative resultatene, med en forståelse av hvor de befinner seg i sin personlige recovery prosess. Skår i ORS på området generelt, ses ved en økning hos både Ole og Anne sammenlignet med første og andre skår, mens området personlig i ORS, er likt hos Anne begge gangene. Her kan en økning ses hos Ole.

En kopling mellom de kvalitative og de kvantitative resultatene i forbindelse med kroppslige reaksjoner, kan være å forstå de kroppslige reaksjonene som en del av hvordan deltakerne skårte i SRS på området generelt og på området generelt i ORS. På området personlig i ORS er det området med lavest skår, selv om det kan vise til en økning hos Ole. Det kunne være interessant å utforske mer grunnen til at dette området ikke var høyere sammenlignet med de kvalitative resultatene og beskrivelsene av tilgang til positive kroppsformennelser og opplevelse av mestring.

5.1.2.3 Musikalsk anerkjennelse – å få applaus

Deltakerne beskrev positive opplevelser av å dele musikk og musikalske opplevelser med hverandre og at utfordrende tanker kom i bakgrunnen i de musikalske aktivitetene.

På denne måten kunne de anerkjenne hverandres musikalske verdier og ressurser, med sine ulike musikalske uttrykk.

Liv beskrev at det var en god følelse å få applaus, og at det var kult å være en del av at andre utfordret seg. På bakgrunn av disse utsagnene kan det tenkes at musikkterapigruppa kunne tilby en rolleallsidighet, hvor den som mottok hjelp og den som ga hjelp i gruppa kunne skifte. Yalom (Yalom, Leszcz, 2008) gjør rede for den gruppeterapeutiske faktoren altruisme hvor gruppeformatet muliggjør denne rolleallsidigheten, hvor alle gis mulighet til å påvirke samspillet, dette kan muliggjøre opplevelse av gjensidighet, for eksempel gjennom en gruppeimprovisasjon.

Sett i lys av de kvantitative resultatene viser SRS en høy skår ved alle områdene hos alle deltakerne, deriblant Liv. Kanskje kan området relasjonen i SRS, trekkes frem som spesielt betydningsfullt for opplevelsen av musikalsk anerkjennelse. Samtidig tenker jeg at dette kan ha en innvirkning på området som også omhandler metode og tilnærming. Alle skårene i ORS hos Liv er lave, noe som fremstår motstridene i sammenligningen av ORS og SRS. Mulige forklaringer til dette kunne vært interessant å utforske nærmere.

5.1.3 Gruppas betydning

5.1.3.1 Gruppesamhold – å være en del av

Yalom beskriver den gruppeterapeutiske faktoren gruppesamhold, for å være den mest betydningsfulle faktoren for opplevelsen av effekt og nytte av terapien og hvordan gruppesamhold kan oppleves både på et interpersonlig (mellommenneskelig) og intrapersonlig plan (kjennskap til egne følelser og reaksjoner) (Yalom, Leszcz, 2008). Forstått i lys av dette tenker jeg at musikken i gruppa ga muligheter for å vise et større repertoar av seg selv i relasjon til andre, på ulike nivåer. Gruppesamholdet i denne konteksten kan handle om at deltakerne ga uttrykk for at de opplevde å få meningsfulle forhold til hverandre og at de ga uttrykk for at det etter hvert ble tryggere å dele mer av seg selv. Dette kan støttes av Bjerke (2018), som beskriver at pasientene ofte er opptatt av tryggheten i gruppen og at opplevelse av trygghet er en forutsetning for å styrke gruppesamholdet .

Jeg tenker at de kvalitative resultatene samsvarer med skår i SRS og forstås som deltakernes opplevelse av viktigheten av gruppa og forholdet til hverandre. Anne viser en liten nedgang på alle områder i SRS ved avslutning. En mulig forklaring kan være at avslutning opplevdes problematisk, eller at avslutningen stod i veien for andre ting som hun ønsket å jobbe med denne dagen.

5.1.3.2 Sosial støtte – det ble trygt nok

Bjerke (2018) beskriver at det i små grupper kan være lettere å føle seg trygg uten å vekke for mye angst, noe som igjen kan gjøre det lettere å opprettholde en ivaretagelse av egen identitet. To av deltakerne pekte på at de opplevde det trygt i en liten gruppe. De beskrev hvordan det var lettere å utfordre seg og tørre å slippe seg løs. Samtidig tenker jeg at en liten gruppe kan gi begrensede muligheter når det kommer til gruppedynamikk og gruppeprosess. Flere deltakere trakk også frem at de ønsket at gruppa hadde vart lenger, noe som kan begrunne anbefalt lengde på gruppeterapiforløp generelt (Bjerke, 2018).

En diskusjon av de kvantitative resultatene her kan forstås i lys av høye skår i SRS hos alle deltakerne. At det ble trygt nok kan innebære en opplevelse av å bli hørt, forstått og respektert, samtidig som man deler noe som er vanskelig. Dette kan gi en opplevelse av å gjøre noe som er riktig for seg selv og at måten vi arbeidet på i gruppa passet godt. Totalt sett kan dette utgjøre en opplevelse av at musikkterapien som helhet var bra. Dette kan også forstås i lys av området mellommenneskelig i ORS, som er det området her med høyest skår for alle deltakerne.

5.1.3.3 Samhandling – å ha samhandla i en ny setting

Ruud (2013) peker på musikk som en identitetsmarkør, hvor han beskriver musikken blant annet som et middel til å sette grenser ovenfor seg selv i møte med andre, både på individnivå og gruppenivå, avhengig av kontekst. Således kunne musikkterapigruppa være en trygg arena for å eksponere seg, og hvor angsten samtidig kunne oppleves håndterbar. Musikken i denne sammenhengen kan forstås som en ivaretagende faktor for opprettholdelsen av deltakernes identitet, samtidig som den skaper en gruppeidentitet.

Jeg tenker at området personlig i ORS kan være sammenlignbart med opplevelsen av å ha samhandlet med andre. Hvordan opplevde deltakerne seg selv i møtet med de andre? Ole beskrev at alder opplevdes som en hindring i starten. Liv skårer lavt her, mens Anne skårer likt begge ganger, Ole er den som har en økning. Her kan skår i KOR-skjema forstås som utfyllende kunnskap til et område som kan utforskes nærmere i den grad deltakerne opplevde en ivaretagelse, opprettholdelse eller å i sterkere grad kunne finne tilbake til egen identitet.

5.2 Motstridende resultater

De motstridende resultatene kan forstås på ulike måter. Jeg vil spesielt trekke frem Liv som viste en diskrepans mellom de kvalitative resultatene og de kvantitative resultatene, samtidig fikk hun ikke gjennomført siste skår. Både gjennom deltakende observasjon og verbale tilbakemeldinger som er gitt i intervju gir Liv et annet klinisk bilde enn skår på ORS. Samtidig er det en diskrepans mellom resultat fra ORS og SRS, hvor ORS skår ligger langt under klinisk grenseverdi på 25, mens SRS får topp skår. Hvordan kan jeg tolke dette?

Dersom resultatene kun hadde basert seg på kvalitative metoder, ville det gitt et bilde av Liv sin opplevelse av deltakelse i musikkterapigruppen som nærmest utelukkende positiv, med blant annet ord som: «gruppa har betydd overraskende mye, fint å se andre utfordre seg, jeg

fikk også prøve nye ting, fint å se at vi hadde noe til felles gjennom kjærligheten til musikken, fint å ha noe fast å gå til». Summen av data fra deltagende observasjon av Liv sin deltakelse i gruppa og resultat i intervju situasjonen, gir ORS et noe overraskende resultat. Skår på området mellommenneskelig er størst, dette området skårer også Ole og Anne høyt på, kan dette området henge sammen med deltakelsen i gruppa? Områdene sosialt og personlig ligger svært lavt i skår, mens noe bedre på generelt. Samtidig var dette midtveis i forløpet, mens intervjuet ble gjennomført etter dette. Dette kan tyde på at Liv opplevde en bedring etter skår på skjema. Samtidig viser Liv samsvar på tilbakemelding gitt i intervju gjort uten opptaker, og i individuelt intervju gjort senere. Dette kan tyde på at hennes tilbakemeldinger gitt i intervju har større reliabilitet enn skår som vi ser i ORS. Dette stemmer også bedre med et helhetlig bilde, samt Liv sin fremtoning i intervju med tanke på svarlatens, mimikk, musikkvalg, vitalitet og engasjement i det musikalske samspillet. Skårene i ORS gjør meg samtidig nysgjerrig på hvordan Liv hadde det på det aktuelle skåringstidspunktet, og at hun opplevde mer fremtredende symptomer på depresjon og angst på det aktuelle skåringstidspunktet (Krüger, Lund, et.al. 2000). Høy skår på SRS kan tyde på at Liv hadde håp om å bli bedre fordi hun opplevde et godt samarbeid med terapeuten og gruppa eller, at hun var redd for at hun kritiserte terapeuten dersom skåren var lavere? Kanskje angst og depressive symptomer stod i veien for henne på det aktuelle tidspunktet for å gi oppriktige svar?

5.3 Betydningen av å benytte flere metoder

Innledningsvis i oppgaven har jeg begrunnet min motivasjon for å gjennomføre denne undersøkelsen ved å bruke flere metoder eller et MM-design. Ved flere anledninger har jeg tenkt på hvorfor jeg vil gjøre det såpass vanskelig for meg selv. Å sette seg inn i to ulike forskningstradisjoner og «styre skuta» i retning av problemstillingene har vært en utfordring. Flere vurderinger og revurderinger er gjort underveis. Det har tatt tid å sette seg inn i bearbeidningen av materialet og det er gått med mye tidsbruk til hvordan jeg skal organisere og strukturere utformingen i sammenligningen av de kvalitative og kvantitative resultatene. Min erfaring med å gjøre egen forskning er liten, i så tilfelle er dette mitt største prosjekt så langt. Dette kunne vært en grunn til ikke å velge et MM-design. Samtidig har muligheten til å sette seg inn i to ulike forskningstradisjoner gitt meg flere bein å stå på og det har gitt meg mer erfaring i å lese forskningslitteratur i begge tradisjoner. Inspirasjon i forhold til struktur og organisering av oppgaven, fant jeg ved å lese andre MM-oppgaver. Jeg erfarte at utvalget av musikkterapistudier som har benyttet MM design var

begrenset. Ved å bruke et MM-design i denne studien tenker jeg har gitt oppgaven en styrke, i at de kvalitative og kvantitative resultatene kan validere hverandre samtidig som det også utviklet seg nye spørsmål som kunne være interessant å utforske nærmere. Etter å ha benyttet meg av KOR-skjema er jeg også blitt inspirert og engasjert i å benytte tilbakemeldingsverktøy i musikkterapien. Å benytte meg av flere metoder i forskningen har vært svært spennende og ikke minst lærerikt.

6. KONKLUSJON

Jeg har benyttet et MM i dette forskningsprosjektet for å kunne finne svar på følgende problemstillinger:

1.Hvordan opplever pasienter med depresjons – og angstsymptomer å delta i en musikkterapi gruppe ved en psykiatrisk poliklinikk?

2.Hvordan skårer pasientene seg selv i KOR-skjema som omhandler opplevd bedring, og hvordan skårer de på opplevelsen av samarbeidet med musikkterapeuten?

3.I hvilken grad bidrar KOR-skjema i denne sammenhengen til mer kunnskap om pasientenes opplevelse av musikkterapi gruppen?

Denne studien har i hovedsak bestått av en kvalitativ tilnærming med et kvantitativt supplement.

Fra resultatene kan man i hovedsak finne at deltakerne satt igjen med positive opplevelser av å ha deltatt i musikkterapi gruppen. De rapporterte at de oppdaget at det var flere sider ved seg selv som gjorde at de opplevde bedring av sine symptomer, en større aksept av seg selv og en oppdagelse av egne ressurser. På bakgrunn av denne studien ser jeg at gjennom deltakelse i musikkterapi gruppa oppdaget Ole, Anne og Liv flere sider ved seg selv som kunne føre til bedring. Dette kom til syne i form av musikalsk samhandling som ledet blant annet til positive følelser, kroppslig avspenning og tilgang på velvære. Noe som viste seg å være svært etterlengtet hos deltakerne. Jeg tenker at gruppeformatet ga større muligheter for opplevelse av fellesskap og validering av seg selv i møtet med de andre og i møtet med musikken. Resultatene fra KOR-skjema kunne vise til en positiv fremgang ved at deltakerne opplevde bedring (ORS) fra første skår til andre og avsluttende skår. I så måte kunne de kvalitative resultatene samsvare med de kvantitative ved å støtte opp om deltakernes beskrivelse gjort i

intervju. Dette gjaldt med unntak av en deltaker, hvor sammenligningsgrunnlaget var begrenset, samtidig som det reiste nye spørsmål. Skjema om grad av opplevd samarbeid med terapeuten (SRS) viste en gjennomgående høy skår hos alle deltakerne. I denne konteksten var SRS skjema en representant for gruppa og musikken, og ikke nødvendigvis bare et forhold basert på pasient – terapeut relasjonen (her: forsker). Dette innebar en tolkning i videre forstand av hva resultatene kunne representere.

Studien har vist at KOR benyttet i denne sammenhengen, i stor grad ga mening på flere måter, både som å samsvare og støtte opp under empirien om pasientenes opplevelse av å delta i musikkterapigruppen. KOR ga i noen grad utfyllende kunnskap til de kvalitative resultatene. I tillegg oppdaget jeg også en diskrepans, som jeg ikke hadde oppdaget dersom jeg ikke hadde benyttet KOR. Dette kan rette seg mot en ny kunnskap om betydningen av å bruke tilbakemeldingsverktøy i terapi. Men også en type måling av bedring, hvor tall i noen tilfeller kan synes lettere å formidle enn tekst, også i musikkterapiforskning avhengig av målgruppe.

6.1 Avsluttende refleksjoner

6.1.1 Hva kan denne studien bidra med?

Denne studien gir et lite innblikk i hvordan musikkterapigruppe i poliklinikk i psykisk helsevern kan se ut som et selvstendig behandlingstilbud på lik linje med øvrig gruppeterapi. Musikkterapigruppen fungerte som et selvstendig behandlingstilbud i perioden, hvor pasienten hadde en ansvarlig hoved behandler med spesialistkompetanse (psykiater eller psykologspesialist). Jeg mener at det er plass for musikkterapigruppen til målgruppen personer med depresjon og angst, noe som er i samsvar med tidligere forskning (Aalbers et al, 2017). Fra et samfunnsøkonomisk perspektiv tenker jeg både gruppeformatet og tilnærmingen med musikkterapi kan gi gevinster. På individnivå mener jeg musikkterapi kan ha større muligheter for å jobbe ut fra et holistisk menneskesyn, enn verbal terapi alene har forutsetninger for. På denne måten kan musikkterapi gi nye handlemuligheter (Ruud, 1990).

6.1.2 Veien videre

Etter erfaring med musikkterapigruppen og tilbakemeldingene fra deltakerne, har det vært i både min og klinikkens interesse, at tilbudet skal fortsette. Jeg opplever det er et ønske fra klinikken om å kunne tilby gode, dokumenterte behandlinger som kan favne et større mangfold i befolkningen som er i behov av behandling i poliklinikk i psykisk helsevern. Jeg

har dog gjort justeringer i henhold til anbefalt lengde på behandlingen og økt denne til 20 sesjoner samt tilpasset endringer slik at musikkterapigruppen i dag fremstår som et selvstendig gruppeterapeutisk tilbud til personer med depresjon. Pasientene i denne målgruppen kan vise til andre forutsetninger og behov enn personer med mer alvorlige psykiske lidelser. Samtidig viser målgruppen med depresjon til en større andel av befolkningen. Det er også ønskelig å starte flere musikkterapigrupper tilpasset andre målgrupper. Jeg anser dette som pioner arbeid med det mål for øyet at flere målgrupper i psykisk helsevern skal få tilbud om musikkterapi. For å sitere Anne : «Jeg tror musikkterapi vil hjelpe mange mennesker. Det hjelper jo! Du kommer deg ut».

LITTERATURLISTE

Aalbers, S., Fusar – Poli, L., Freeman, R. E., Spreen, M., Ket, J, C F., Vink, A, C., Maratos, A., Crawford, M., Chen, X.J., Gold, C. (2017). Music Therapy for depression. *Cochrane Database for systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004517.pub3>

Antonovsky, A (1987) *Unraveling the mystery of health. How People Manage Stress and Stay Well*. Jossey-Bass-Publishers.

Anthony, W (1993) Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16 (4), 11 – 23.
<https://doi.org/10.1037/h0095655>

Aarre, T. F (2010) *Manifest for psykisk helsevern*. Universitetsforlaget.

Bjerke, S. N. (2018). *Gruppeterapi, Grunnleggende om hvorfor og hvordan*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Braun, V. and Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. «*Qualitative Research in Psychology*, 3 (2).p. 77 – 101».
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1191/1478088706qp063oa>

Brean, A., Skeie, G O (2019) *Musikk og hjernen*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Bruscia, K (2014) *Defining Music Therapy*. Third Edition. Bond st.: Barcelona Publishers.

Creswell, J W., Clark, Vicki L. Plano (2018). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Third Edition. SAGE Publications, Inc.

Davies, A. Richards, E (2002) *Music therapy and group work*. Sound Company. UK: Jessica Kingsley Publishers.

DeNora, T. (2000) *Music in Everyday Life*. Cambridge University Press.

DeNora, T. (2013) *Music Asylums: Wellbeing through music in everyday life*. Routledge.

Ekeland, T.J (2021) *Psykisk helsevern – en kunnskapsplattform*. 2021:1. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.

Eckhoff, R. (2019). *Gruppemusikkterapi*. [Upublisert Manus].

Erkkilä, J. P., Punkanen, M., M. Fachner, J. Ruona, E, A – R., Pöntiö, I. Tervaniemi, M. Vanhala, M. Gold, C (2011) Individual music therapy for depression: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 132 -139. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.110.085431>

Grønmo, Sigmund, 07.11.21 [kvantitativ metode – Store norske leksikon \(snl.no\)](#)

Heidegger, M (2007) *Væren og tid, med et innledende essay av Lars Holm – Hansen*. Pax Forlag AS.

Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær og – og spesialisthelsetjenesten*. Hentet fra [Voksne med depresjon – Nasjonal retningslinje for diagnostisering og behandling i primær- og spesialisthelsetjenesten.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

Hjertø, M. K (Publisert 14. 09.2016) [Tilbakemeldingsverktøy - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](#)

Johansson, K. (2016). Mellom hermeneutikk og fenomenologi – et essay i vitenskapsteori. I *Musikkterapi*, 2016 (2).

Krüger, Marit B., Lund, A., Skarstein, J., Stubhaug, B. (Red.) (2000). *Depresjonshåndboka*. Gyldendal Akademisk.

Kvale, S. Brinkman, S. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Akademisk.

Lauveng, A. (2020) *Grunnbok i psykisk helsearbeid. Det landskapet vi er mennesker i*. Universitetsforlaget.

Malt, Ulrik: *biopsykososial modell* i *Store medisinske leksikon* på snl.no. https://sml.snl.no/biopsykososial_modell

Malterud, K (2017) *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4.utg). Universitetsforlaget.

McCaffrey, T. Carr, C. Solli, H. P. Hence, C. (2018). Music Therapy and Recovery in Mental Health: Seeking a Way Forward. *Voices*, 18 (1). DOI 10.15845/voices.v18i1.918

- Merleau – Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax forlag.
https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2007121304013?page=1
- Mohlin, M. (2008). Etiske aspekter ved musikkterapeutisk forskning og utviklingsarbeid. I G. Trondalen og E. Ruud (red.). *Perspektiver på musikk og helse, 30 år med norsk musikkterapi*, s.203 - 214. Oslo: NMH - Publikasjoner 2008:3, Skriftserie for musikk og helse.
- NSD Personverntjenester. (2018, 16. oktober). Deltagende Observasjon.
https://nsd.no/personvernombud/hjelp/forskningsmetoder/deltakende_observasjon.html
- Pavlicevic, M (2010). *Groups in Music, strategies from Music Therapy*. Jessica Kingsley Publisher.
- REK, (10.10.2014) [Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk \(REK\) | Forskningsetikk](#)
- Rolvjord, R. (2008). En ressursorientert musikkterapi. I G. Trondalen og E. Ruud (red.). *Perspektiver på musikk og helse, 30 år med norsk musikkterapi, s.123 - 137*. Oslo: NMH-Publikasjoner 2008:3, Skriftserie for musikk og helse.
- Rolvjord, R. (2010). *Resource - Oriented Music Therapy in Mental health care*. Barcelona Publishers.
- Ruud, E. (1990) *Musikk som kommunikasjon og samhandling*. Solum Forlag.
- Ruud, E. (2006). Musikk gir helse. I Aasgaard, T. (Red.) *Musikk og helse*. Cappelen Akademisk Forlag.
- Ruud, E. (2008) Et humanistisk perspektiv på norsk musikkterapi. I G. Trondalen og E. Ruud (red.). *Perspektiver på musikk og helse, 30 år med norsk musikkterapi, s.5 – 28*. Oslo: NMH-Publikasjoner 2008:3, Skriftserie for musikk og helse.
- Ruud, E. (2013) *Musikk og identitet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ruud, E. (2015) Music, Identity and health. I McDonald, R., Miell, D., Hargraves, D. *The Oxford Handbook of Musical Identities* .Oxford University Press.
- Røkenes, O. H. & Hansen, P.H (2015). *Bære eller bryte*. 3. utgave. Fagbokforlaget.

Seligman, M.E.P (2002) Positive Psychology, Positive Prevention, and Positive Therapy – *Handbook of positive psychology*, 2002- [seligman_intro.pdf \(positiveculture.org\)](#)

Seidel, J & Miller S. D. (2012) *Manual 4, Documenting change; A Primer on measurement, Analysis, and Reporting* : International Center for Clinical Excellence.

Small, C (1998). *Musicking, The meanings of performing and listening*. Wesleyan University Press.

Solli, H.P. (2009). Musikkterapi som integrert del av standard behandling i psykisk helsevern. I Ruud, Even (red.). *Musikk i psykisk helsearbeid med barn og unge s. 15 – 37*. Oslo: NMH-Publikasjoner 2009:5, Skriftserie for musikk og helse.

Solli, H.P (2015). «The opposite of treatment». A qualitative study of how patients diagnosed with psychosis experience music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*,24, 67 – 92, <https://dx.doi.org/10.1080/08098131.2014.890639>

Stern, D. (2004). *Her og nå: Øyeblikkets betydning i psykoterapi og hverdagsliv*. Abstrakt Forlag.

Teigen, K.H (31.05.2020) *opplevelse* i *Store norske leksikon* på snl.no. <https://snl.no/opplevelse>

Thornquist, E. (2015) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Trondalen, G. (2004). *Klingende relasjoner. En musikkterapistudie av «signifikante øyeblikk» i musikalsk samspill med unge mennesker med anoreksi*. Ph.D. Oslo: NMH – Publikasjoner 2004:2. Norges Musikkhøgskole.

Trondalen, G. (2008) Musikkterapi – et relasjonelt perspektiv. I G. Trondalen og E. Ruud (red.). *Perspektiver på musikk og helse, 30 år med norsk musikkterapi*, s.29 - 48. Oslo: NMH-Publikasjoner 2008:3, Skriftserie for musikk og helse.

Trondalen, G. (2016) *Relational Music Therapy, An intersubjective Perspective*. Dallas : Barcelona Publishers.

Yalom, Irvin. D., Leszcz, M. (2008) *The theory and Practice of Group Psychotherapy 5th edition*. Basic Books.

Yalom, Irvin. D (2009) *Terapiens gave*. Pax Forlag.

Wampold, B (2015) How Important are the common factors in Psychotherapy? – an update. I *World Psychiatry* 2015;14:270 – 277.

VEDLEGG

GRUPPEMUSIKKTERAPI VED █████ POLIKLINIKK

I anledning min masterutdanning i musikkterapi ved Norges Musikkhøgskole har jeg inngått en avtale med utdanningsinstitusjonen og FDPS om å gjennomføre egenpraksis her ved poliklinikken. I gjennomføringen av denne praksisen skal jeg starte en musikkterapigruppe. Oppstart er allerede mandag i uke 39. Den vil ha en varighet på 10 uker, med en sesjon per uke (se vedlagt informasjon til pasienter). Musikkterapigruppen vil fungere som et supplerende tilbud til øvrig individualterapi, og vil være en lukket gruppe i perioden. Gruppen vil være selverfaringsorientert, i og med at de musikalske øvelsene som gjøres sanses og reflekteres over i fellesskap.

Målgruppen er voksne mellom 20 til 70 år, som har fått en diagnose hvor depresjon og angst fremstår som hoved symptom.

Hensikt og mål:

- Økt sosial deltagelse gjennom musikalsk samspill og musikalsk interaksjon med andre.
- Økt tilgang på positive emosjoner, følelser og opplevelser sammen med andre.
- La musikken i behandlingssituasjonen tale til flere sider av mennesket som kan føre til bedring.
- Erfare nye sosiale roller.
- Opplevelse av en kroppslig erfart struktur gjennom musikalsk samhandling.
- Bevisstgjøring av egne mestringsstrategier i relasjon til andre, gjennom det musikalske samspillet.

Inklusjonskriterier: interessert i musikk. Kunne klare forholde seg til en liten gruppe.

Eksklusjonskriterier: Psykose, aktiv rus, alvorlige personlighetsforstyrrelser, og alvorlige utviklingsforstyrrelser.

Deltakerne vil måtte forholde seg til øvrige grupperegler.

Jeg planlegger å gjøre min masterstudie basert på denne praksisen, men venter på de nødvendige godkjenninger for å kunne starte datainnsamling.

Ta gjerne kontakt med meg ved spørsmål!

Hilsen Sissel M. Hansen (Vernepleier og musikkterapistudent).

VIL DU VÆRE MED I EN MUSIKKTERAPIGRUPPE?

Musikkterapitilbud ved [REDACTED] DPS.

Du trenger ikke kunne noter eller har lært å spille et instrument fra før, det er tilstrekkelig at du er interessert i musikk for å kunne delta.

Dette er et tilbud i tillegg til den behandlingen du allerede mottar ved DPS, og passer for deg som har utfordringer knyttet til angst og depresjon.

Når og hvor?

Musikkgruppa møtes en dag i uken, over 10 uker fra kl 12:15 – 13:45 inkludert 10 min. pause.

Du vil få informasjon om dato for oppstart.

Gruppa holder til på musikkterapirommet i 1. etasje.

Hva gjør vi i musikkgruppa?

Ved å spille, syng og lage egen musikk sammen, danner dette grunnlaget for gruppeprosessen i et her – og nå perspektiv.

Dersom du er interessert, eller ønsker å delta, gir du beskjed til din behandler i poliklinikken.



Velkommen!

Hilsen Sissel M. Hansen (gruppeleder og musikkterapistudent).

Praksis 16.11.20

<p>Hva skjer i situasjonen?</p> <p>Tre er tilstede i gruppa (= full gruppe). Avslappet stemning. Uppfordret snakker om improsituasjonen forrige gang, beskrives som rar men god følelse, gøy. MT legger opp til noe mer medvirkning fra pas. I forhold til innholdet i gruppa. MT har laget en plan A og B, hvor gruppa enes om aktivitet ut fra disse rammene. Gruppa velger slik at pas som ikke var i gruppa sist, får presentert sine musikalske ønsker. Tre sanger, en som vi lytter til etterfulgt av en gruppesamtale. En sang som vi først lytter til, så synger. Denne er ny og ukjent for resten av gruppa. Siste sangen spilles fra spotify, pasientene får velge instr. To velger tromme, en velger å klappe på låret, og følge med på teksten. Synger avslutningsvis sang som pas. Velger fra heftet.</p>	<p>Egne tanker/refleksjoner</p> <p>Avslappet stemning, gruppemedlemmene fremstår tryggere på hverandre. Deler mer (diagnose, hva de strever med, viser mer følelser, både gråt og latter). Pas.får pause fra negative tanker og bekymringer. En del dyster musikk som presenteres i dag, anerkjenne det triste, at det også kan være fint, musikken trøster. Jeg opplevde at det var nødvendig å være bevisst en balanse i musikken og aktiviteten for å opprettholde en positiv intensjonalitet, samtidig som jeg anså det viktig å romme det triste. Dette for å ivareta gruppen som helhet og enkeltindividene i gruppen. Får avsluttet sesjonen med en kjent sang «tenke sjæl!», etter oppfordring fra pas.</p>	<p>Forskningsmessige tanker, teori</p> <p>Hvor er gruppa i gruppeprosessen? Forming, storming, performing. Tuckman. Kjølstad. Stige/Bruscia.</p> <p>Tia DeNora, appropriation, hva tilbyr musikken i situasjonen som pas/gruppa velger å ta i bruk?</p> <p>Musikken og hjernen ved depresjon, Are Brean.</p>
--	---	--

Intervjuguide til fokusgruppeintervju

1. Kan dere fortelle meg om hvordan det har vært å delta i musikkterapigruppa?

Eventuelle oppfølgingsspørsmål;

- a) Kan du gi eksempler på noe som opplevdes positivt?
- b) Kan du gi eksempler på noe som har vært utfordrende?

Eventuelle inngående spørsmål; Kan du si noe mer om det? Vil du gi en mer detaljert beskrivelse av denne opplevelsen, for eks; hvordan reagerte kroppen din i den situasjonen du beskriver?

2. Hvordan vil dere beskrive betydningen av musikkterapigruppa i deres behandling?

Eventuelle oppfølgingsspørsmål;

3. Hva følte dere om de musikalske aktivitetene?

Eventuelle oppfølgingsspørsmål;

4. Hvilken betydning har feedback verktøyet KOR hatt for dere i musikkterapien?

Eventuelle oppfølgingsspørsmål;

5. Hva vil dere ta med dere videre?

6. Er det noe dere vil legge til?

7. Til slutt; hvordan var dette intervjuet for deg?

Skala for endringsvurdering – voksne (ORS)

Navn _____	Alder (År): _____
ID nr. _____	Kjønn: M / K
Samtale nr. _____	Dato: _____

Kan du hjelpe oss å forstå hvordan du har hatt det den siste uken (eller etter siste samtale) inkludert dagen i dag, ved å vurdere disse områdene i livet ditt?
Et merke mot venstre betyr dårlig og mot høyre betyr bra.

Personlig:

(Hvordan jeg har det med meg selv)

|-----|

Mellommenneskelig:

(Partner, familie, og nære relasjoner)

|-----|

Sosialt:

(Arbeid, skole, venner)

|-----|

Generelt:

(Generell opplevelse av hvordan jeg har det)

|-----|

Institute for the Study of Therapeutic Change

www.talkingcure.com

© 2000, Scott D. Miller and Barry L. Duncan
Norsk oversettelse ved KOR-nettverket, Morten Anker. (morten.anker@bufetat.no)

Skala for samtalevurdering – voksne (SRS V.3.0)

Navn _____	Alder (År): _____
ID nr. _____	Kjønn: M / K
Samtale nr. _____	Dato: _____

Kan du gi en vurdering av samtalen i dag ved å sette et merke på linjene slik det best passer din egen opplevelse.

Forholdet mellom deg og terapeuten:

Jeg opplevde *ikke* at jeg ble hørt, forstått og respektert.

|-----|

Jeg opplevde at jeg ble hørt, forstått og respektert.

Mål og tema:

Vi snakket *ikke* om det jeg ville snakke om, og arbeidet *ikke* med det jeg ville arbeide med.

|-----|

Vi snakket om det jeg ville snakke om og arbeidet med det jeg ville arbeide med.

Tilnærming eller metode:

Terapeutens tilnærming passer *ikke* så godt for meg.

|-----|

Terapeutens tilnærming passer godt for meg.

Generelt:

Det manglet noe i samtalen i dag.

|-----|

Som helhet var samtalen i dag bra for meg.

Institute for the Study of Therapeutic Change

www.talkingcure.com

© 2002, Scott D. Miller, Barry L. Duncan, & Lynn Johnson

Norsk oversettelse ved KOR-nettverket, Morten Anker. (morten.anker@bufetat.no)

Sitater fra inform.	Fase 1, Ideer	Fase 2, Koding	Fase 3, Temasøk	Fase 4, Gj.gang tem	Fase 5, Navngi tema
«Ole»: Å synge er det som jeg opplever har vært «min greie» i gruppa. Jeg føler at jeg faller til ro og lander liksom. At jeg blir roligere og mindre bekymret. Stor spredning i alder var vanskelig.....at jeg har tenkt på hva de andre liker, men når jeg fortalte at jeg likte viser så var det andre som også likte det samme som meg. Da ble alderen litt mindre viktig.	Min greie har vært å synge. Faller til ro og lander. Roligere og mindre bekymret.	Å finne sin greie, falle til ro, lande.	Positive følelser	Positiv betydning	Flere muligheter.
«Liv»: Når «Ole» fortalte at han likte viser, så kom jeg på flere viser som betyr mye for meg, og som jeg ønsket å dele med gruppa. Gruppen har betydd ganske mye faktisk. Å ha noe fast å gå til, at det er gøy, og at en får lagt fra seg	Stor spredning i alder var vanskelig, men dette ble mindre viktig når det var flere som likte samme musikk.	Spredning i alder var vanskelig, andre likte samme musikk, alder ble mindre viktig.	Utfordring av negative tanker.	Utfordring av negative tanker.	Flere muligheter.
	Når «Ole» fortalte hvilken musikk han likte, kom jeg på flere sanger som betyr mye for meg.	Ønsket å dele betydningsfull musikk med andre i gruppa.	Dele betydningsfulle opplevelser med gruppa.	Musikalske opplevelser.	Musikkens betydning
	Gruppa har betydd mye, å ha noe fast å gå til som er gøy, og få legge fra seg (negative) tanker og bekymringer.	Betydd mye, noe fast å gå til som er gøy. Legger fra seg negative tanker og bekymringer.	Rutiner, forutsigbarhet. Validering av følelser.	Forutsigbarhet, struktur. Validering av følelser.	Musikkens betydning Gruppens betydning Musikkens betydning

Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK sør-øst B	Marianne Carson	22 84 55 26	08.09.2020	140890

Deres referanse:

Hans Petter Solli

140890 Musikkterapi med pasienter i korttidsgrupper i en psykiatrisk poliklinikk

Forskningsansvarlig: Norges musikkhøgskole

Søker: Hans Petter Solli

Søkers beskrivelse av formål:

Formål: Hovedtema for denne oppgaven er musikkterapi og psykisk helse. Formålet med studien er å utforske gruppemusikkterapi som en behandlingsform som kan gis til sårbare mennesker som er i behov av hjelp fra DPS. Videre er formålet å finne ut om musikkterapi er en hensiktsmessig behandling innenfor rammen av en korttidsgruppe, for pasienter med symptomer på angst og depresjon. Studien søker å bidra til kunnskap om, samt begrunne gruppemusikkterapi og musikkterapeutisk praksis i poliklinikk ved DPS, og belyse verdien av et klinisk feedbackverktøy i denne praksisen.

Deltagere: Deltagerne i studien er pasienter i DPS poliklinikk som mottar annen samtalebehandling der. Deltagerne vil være voksne fra ca 20 – 60 år, og vil bestå av både kvinner og menn. De vil ha ulike diagnoser, som for eksempel personlighetsforstyrrelse, PTSD, og ulike typer angst og depresjonslidelser. Uavhengig av hvilken diagnose deltagerne har, vil de ha en felles problemstilling med at de strever med symptomer på depresjon og angst.

Metode: For å undersøke deltageres opplevelser fra musikkterapigruppen vil jeg benytte meg av både kvalitative og kvantitative metoder, et såkalt mixed methods forskningsdesign. Til å innhente kvalitative data vil jeg bruke deltagende observasjon, og halvstrukturert fokusgruppeintervju, som gjør at jeg kan få tilgang til kunnskap og økt forståelse av pasientenes opplevelse av musikkterapien. Til innhenting av kvantitative data vil jeg benytte meg av feedbackverktøyet KOR (- Klient – og resultatstyrt praksis). KOR består av to skalaer som gir terapeuter tilbakemeldinger fra klientene om de opplever bedring, og hvordan de opplever samarbeidet med terapeuten. Disse skalaene heter ORS (Outcome Rating Scale), som måler endring, og SRS (Session Rating Scale), der klienten kan rapportere sin individuelle vurdering av alliansen med terapeuten. Den enkeltes opplevelse av musikkterapien kan muligens komme ærligere til uttrykk, uavhengig av gruppens dynamikk. Med dette kan jeg undersøke hvordan tilbakemeldinger gjennom KOR, samsvarer med funn i fokusgruppeintervjuet i musikkterapigruppen. Dette gir meg grunnlag for å undersøke effekten av musikkterapi i denne konteksten.

Nytteverdi av studien:

Ved å undersøke om musikkterapi bidrar til bedring for mennesker med angst og depresjonssymptomer, kan det føre til at DPS poliklinikk kan tilby et bredere behandlingstilbud som taler til flere sider av mennesket som tilhører en sårbar gruppe i samfunnet. Videre kan studien gi grunnlag for å begrunne musikkterapi som utfyllende

behandling som kan gi flere muligheter, og alternativer for en bedre psykisk helse og økt livskvalitet.

REKs vurdering

Vi viser til tilbakemelding fra prosjektleder mottatt 07.07.2020 i forbindelse med ovennevnte søknad. Tilbakemeldingen ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst B) i møtet 19.08. 2020. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

Saksgang

Saken ble første gang behandlet av REK sør-øst B i møtet den 10.06.2020, hvor komiteen utsatte å fatte vedtak i saken.

Komiteen ba om tilbakemelding på:

- 1) Komiteen var skeptisk til at en behandler skal stå for rekrutteringen, da det kan være vanskelig for pasienter å si nei til deltakelse. Komiteen ba derfor om at rekrutteringen gjøres av noen som ikke er direkte involvert i behandlingen.
- 2) Komiteen ba om en avklaring av om det skal rekrutteres blant pasienter som allerede er tilbudt musikkterapi og evt. er i dette hos forskeren allerede, eller om dette er tilbud som kun eksisterer innenfor prosjektet, da dette fremstår som uklart i søknaden. De ba om en avklaring av om det er mulig for pasienter å få musikkterapi uten å delta i prosjektet. Hvis så, må dette også med i informasjonsskrivet.
- 3) Komiteen ba om en redegjørelse for hvordan forsker skiller forskerrollen og behandlerrollen. Det ble bedt om en avklaring av rutinene for om det kommer frem opplysninger under studien som bør inngå i pasientenes journal. Videre ba komiteen om prosjektleders vurdering av om det å lede en fokusgruppe der deltakere evaluerer forskers behandling, og det at deltakere skal levere evalueringsskjema om forsker direkte til forsker, kan kunne påvirke resultatene. Det ble bedt om at redegjørelsen inngår i en revidert protokoll.
- 4) Komiteen ba om at protokollen ble revidert med en mer detaljert beskrivelse av de praktiske momentene ved gjennomføringen av studien, da dette fremsto som noe mangelfullt.
Videre hadde komiteen flere merknader til informasjonsskrivet:
 - a. Det ble bedt om at skrivet revideres med et mer nøytralt språk.

b. I søknaden står det at forsker vil kontinuerlig drøfte pasientens/deltakerens tilstand med den enkelte deltakers behandler, for å minimere risiko for ubehag og / eller ulempe. Dette ble bedt inkludert i informasjonsskrivet, hvor det da informeres at slik informasjonsutveksling vil skje i beredskapshensyn.

c. Det er lagt ved et skriv for passivt samtykke. Komiteen gir ikke fritak fra samtykkekravet i dette prosjektet og krevde at aktivt samtykke innhentes for alle deltakere.

d. Det står i skrevet om passivt samtykket at musikkterapigruppetimene journalføres. Det ble bedt om at dette inkluderes i informasjonsskrivet for aktivt samtykke.

e. Det ble bedt tydeliggjort at hvis deltakere ber om sletting av opplysninger så gjelder dette ikke opplysninger ført i pasientens journal.

Komiteen ba om at intervjuguiden til alle intervjuene inkludert gruppeintervju og individuelle samtaler, samt KOR-skjema, ble lagt ved i prosjektleders tilbakemelding. Komiteen ba om at forskingsprotokollen og informasjonsskriv ble revidert i henhold til merknadene og at de ble lagt ved i tilbakemeldingen med markerte endringer.

Prosjektleder sendte sin tilbakemelding den 07.07.2020, sammen med revidert forskningsprotokoll (versjon 07.07.20), revidert informasjonsskriv for aktivt samtykke (versjon 07.07.20), intervjuguide til fokusgruppeintervju og KOR-skjema.

Rekrutteringen skal nå ikke gjøres av musikkterapeut, men av pasientenes hovedbehandler i samarbeid med merkantil avdeling. Det er tydeliggjort at det ikke skal rekrutteres blant pasienter som allerede er tilbudt musikkterapi, og at gruppetilbudet foreløpig kun eksisterer innenfor prosjektet. Det er også klargjort at pasienter som ønsker musikkterapi kan få dette selv om de ikke ønsker å delta i forskningsprosjektet. Videre er det avklart at kritiske opplysninger fra det som skjer i gruppen ikke kan underlegges taushetsplikt for sykehuset, men at det som skjer i gruppe skal journalføres. Forskningsprotokollen og informasjonsskrivet er revidert i henhold til endringene. Protokollen er også revidert med en mer detaljert beskrivelse av de praktiske momentene ved gjennomføringen av studien. Skriv for passivt samtykke er utelatt i den reviderte utgaven. Informasjonsskrivet er revidert i henhold til komiteens øvrige merknader.

Prosjektleder redegjøre for hvordan forsker skiller forskerrollen og behandlerrollen og skriver bl.a. følgende i sin tilbakemelding.: *«Forskerrollen vil være tydeligere i intervjusituasjonen og de individuelle samtale. Forskeren vil være tydelig ovenfor pasientene på at hun innehar to ulike roller i denne perioden, noe som vil hjelpe henne å tydeliggjøre sine egne roller.»*. Rutinene rundt dette skal redusere faren for at den doble rollen som terapeut og forsker skal bli til belastning for pasientene eller forstyrre behandlingen.

I sin vurdering av om det å lede en fokusgruppe der deltakere evaluerer forskers behandling, og det at deltakere skal levere evalueringsskjema om forsker direkte til forsker kan kunne påvirke resultatene skriver prosjektleder bla. følgende: *«For å utforske en slik opplevelshorisont på en vitenskapelig måte tar vi i bruk en hermeneutisk og fenomenologisk tilnærming, der forskeren kan være en aktiv samtalepartner uten at dette svekker validitet eller reliabilitet.»* og *«For å unngå at resultatene på KOR-skjemaet påvirkes, vil skjemaet leveres til en person ved merkantil avdeling.»*

Formålet med studien er å utforske hvordan pasienter med depresjons – og angstsymptomer opplever å delta i en korttids musikkterapigruppe ved en psykiatrisk poliklinikk, og undersøke hvilken klinisk nytteverdi feedbackverktøyet KOR (Klient- og resultatstyrt praksis) kan ha i denne musikkterapeutiske konteksten. Det skal inkluderes 8 pasienter med moderate psykiske lidelser (angst og depresjon) ved Fredrikstad DPS poliklinikk. Deltakere vil delta i 12 sesjoner med gruppemusikkterapi, samt gruppefokusintervju. Sesjonene vil bestå av både musikklytting og aktiv musikkterapi, samt samtale om deltagerens opplevelse av musikken og samspillet. Forsker skal gjøre deltagende observasjoner under sesjonene. Deltakere skal også fylle ut KOR-skjema etter hver sesjon. Studien er samtykkebasert.

Ny vurdering

Komiteen har vurdert tilbakemeldingen og finner at komiteens merknader er tilfredsstillende besvart. Endringene i den reviderte protokollen og det reviderte informasjonsskrivet er tilfredsstillende. Komiteen har på bakgrunn av dette ingen innvendinger til at studien gjennomføres som beskrevet i søknad, tilbakemelding fra prosjektleder og protokoll.

Vedtak

Godkjent

REK har gjort en helhetlig forskningsetisk vurdering av alle prosjektets sider. Prosjektet godkjennes med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

Godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknad og protokoll, og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Vi gjør samtidig oppmerksom på at etter ny personopplysningslov må det også foreligge et behandlingsgrunnlag etter personvernforordningen. Det må forankres i egen institusjon.

Godkjenningen gjelder til 01.08.2022. Av dokumentasjonshensyn skal opplysningene oppbevares i 5 år etter prosjektslutt. Opplysningene skal oppbevares aidentifisert, dvs. atskilt i en nøkkel- og en datafil. Opplysningene skal deretter slettes eller anonymiseres

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse og omsorgssektoren».

Godkjenningen gjelder til 01.08.2022.
Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Med vennlig hilsen

Ragnhild Emblem
Professor, Dr. med.
leder REK sør-øst B

Marianne Carson
rådgiver

Kopi sendes forskningsansvarlig institusjon og eventuelle medarbeidere som er gitt tilgang til prosjektet i REK-portalen.

Oppreisning

REKs vedtak kan påklages, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK sør-øst D. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst D, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Sluttmelding

Søker skal sende sluttmelding til REK sør-øst B på eget skjema senest seks måneder etter godkjenningsperioden er utløpt, jf. hfl. § 12.

Søknad om å foreta vesentlige endringer

Dersom man ønsker å foreta vesentlige endringer i forhold til formål, metode, tidsløp eller organisering, skal søknad sendes til den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk som har gitt forhåndsgodkjenning. Søknaden skal beskrive hvilke endringer som ønskes foretatt og begrunnelsen for disse, jf. hfl. § 11.

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Musikkterapi med pasienter i korttidsgruppe i en psykiatrisk poliklinikk.

Referansenummer

314985

Registrert

10.09.2020 av Sissel Marie Hansen - sissel.m.hansen@student.nmh.no

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Hans Petter Solli, hans.p.solli@nmh.no, tlf: 92299235

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Sissel Marie Hansen, sissel.m.hansen@student.nmh.no, tlf: 95061557

Prosjektperiode

04.08.2020 - 01.08.2022

Status

05.10.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

05.10.2020 - Vurdert

BAKGRUNN

Prosjektet er vurdert og godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) etter helseforskningsloven (hfl.) § 10 (REK sin ref: 140890).

Det er NSD sin vurdering at behandlingen også vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 05.10.2020 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

6.10.2020

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
 Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.08.2022.

Data skal deretter lagres i 5 år (til 01.08.2027) etter vilkår fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Opplysningene skal oppbevares aidentifisert, det vil si atskilt i en nøkkel- og en datafil. Opplysningene skal deretter slettes eller anonymiseres.

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 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

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 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).

I utgangspunktet har alle som registreres i forskningsprosjektet rett til å få slettet opplysninger som er registrert om dem. Etter helseforskningsloven § 16 tredje ledd vil imidlertid adgangen til å kreve sletting av sine helseopplysninger ikke gjelde dersom materialet eller opplysningene er anonymisert, dersom materialet etter bearbeidelse inngår i et annet biologisk produkt, eller dersom opplysningene allerede er inngått i utførte analyser. Regelen henviser til at sletting i slike situasjoner vil være svært vanskelig og/eller ødeleggende for forskningen, og dermed forhindre at formålet med forskningen oppnås.

Etter personvernforordningen art 17 nr. 3 d kan man unnta fra retten til sletting dersom behandlingen er nødvendig for formål knyttet til vitenskapelig eller historisk forskning eller for statistiske formål i samsvar med artikkel 89 nr. 1 i den grad sletting sannsynligvis vil gjøre det umulig eller i alvorlig grad vil hindre at målene med nevnte behandling nås.

NSD vurderer dermed at det kan gjøres unntak fra retten til sletting av helseopplysninger etter helseforskningslovens § 16 tredje ledd og personvernforordningen art 17 nr. 3 d, når materialet er bearbeidet slik at det inngår i et annet biologisk produkt, eller dersom opplysningene allerede er inngått i utførte analyser.

Vi presiserer at helseopplysninger inngår i utførte analyser dersom de er sammenstilt eller koblet med andre

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/5ee9c70c-1150-424b-b671-253c34f35c14>

2/3

opplysninger eller prøvesvar. Vi gjør oppmerksom på at øvrige opplysninger må slettes og det kan ikke innhentes ytterligere opplysninger fra deltakeren.

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.

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 underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Jørgen Wincentzen
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

VIL DU DELTA I FORSKNINGSPROSJEKTET MUSIKKTERAPI I KORTTIDSGRUPPE?

FORMÅLET MED PROSJEKTET OG HVORFOR DU BLIR SPURT

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt om gruppemusikkterapi på DPS. Formålet med studien er å undersøke om en korttids musikkterapigruppe kan hjelpe og skape bedring for pasienter med angst og depresjon.

I et avsluttende gruppeintervju innhenter forsker informasjon om dine opplevelser og erfaringer med musikkterapigruppen, og hvilken betydning denne har hatt for deg i din behandlingsprosess.

Denne informasjonen danner grunnlaget for forskningen, og kan øke kunnskapen om musikkterapi i korttidsbehandling, og musikkterapeutisk praksis i psykisk helsevern (poliklinikk).

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET FOR DEG?

Musikkterapigruppen er et supplement til den samtalebehandlingen du allerede mottar hos din hoved behandler i DPS poliklinikk, og vil fungere både som et behandlingstilbud og et forskningsprosjekt, dersom du samtykker til dette. Dersom du takker nei til deltagelse i studien kan du likevel få tilbud om deltagelse i musikkterapigruppen.

I prosjektet vil vi innhente og registrere opplysninger om din opplevelse av musikkterapien, og om den har effekt. For at gruppa kan komme med sine tilbakemeldinger, og dele sine opplevelser og erfaringer med hverandre, vil jeg intervju gruppa avslutningsvis i behandlingsforløpet. For å dokumentere det som skjer i intervjusituasjonen vil jeg ta lydopptak. Du vil få tilbud om to individuelle samtaler med meg i løpet av behandlingsperioden. I samtalen benytter jeg tilbakemeldingsskjemaet KOR (Klient – og resultatstyrt praksis), der du kan gi din individuelle tilbakemelding på om du opplever bedring, og hvordan du opplever samarbeidet med terapeuten. Forsker er underlagt taushetsplikt, og du vil bli anonymisert i studien og i den ferdige masteroppgaven. I beredskapshensyn vil forsker i studien drøfte din tilstand med din hoved behandler for å minimere risiko for ubehag/ulempe. Alle opplysninger om deg vil bli behandlet konfidensielt. Dette innebærer at sitater og beskrivelser er kodet slik at dette ikke kan spores tilbake til deg. Dette innebærer også at i de perioder opplysningene og lydopptakene ikke benyttes i

masterprosjektet vil de være nedlåst. Det er kun meg og min faglige veileder for studien som vil få innsyn i disse.

Da musikkterapigruppen vil fungere som et ordinært behandlingstilbud i perioden vil forsker følge de krav og prosedyrer til journalføring som øvrig behandling, dette innebærer at musikkterapigruppetimene journalføres.

Musikkterapigruppen vil møtes en gang i uka over 10 ganger, hver sesjon varer i 90 min.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

I musikkterapien gis det mulighet for at den enkelte opplever bedret psykisk helse og økt velvære, samt symptomlette og bedret funksjon, som innebærer minst mulig ubehag. I musikkterapien skal det gis mulighet for at den enkelte i større grad får tilgang til egne ressurser og mestringsstrategier. Det er ingen kjente bivirkninger av behandling med musikkterapi, samtidig vil enkelte kunne oppleve at musikk vekker sterke emosjoner og minner.

Musikkterapigruppen er et supplement til den behandling du allerede mottar i poliklinikken.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE DITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i musikkterapiprojektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg eller din behandling hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du trekker tilbake samtykket, vil det ikke forskes videre på dine helseopplysninger. Du kan også kreve at dine helseopplysninger i prosjektet slettes innen 30 dager. Adgangen til å kreve sletting gjelder ikke dersom materialet eller opplysningene er anonymisert. Dersom du ber om sletting av opplysninger så gjelder dette opplysninger gitt i gruppeintervjuet, og ikke opplysninger som er ført i din journal.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte sekretær eller din hoved behandler som gir forsker i prosjektet beskjed (se kontaktinformasjon på siste side).

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet under formålet med prosjektet, og planlegges brukt til 2022. Eventuelle utvidelser i bruk og oppbevaringstid kan kun skje etter godkjenning fra REK og andre relevante myndigheter. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene. Du kan klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet og institusjonen sitt personvernombud.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger (=kodete opplysninger). En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun forsker i masterstudien Sissel M. Hansen og førsteamanuensis Hans Petter Solli ved Norges Musikkhøgskole som er prosjektleder i studien som har tilgang til denne listen.

Opplysningene om deg vil bli oppbevart i fem år etter prosjektslutt av kontrollhensyn.

FORSIKRING

Pasientskadeloven.

GODKJENNINGER

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har gjort en forskningsetisk vurdering og godkjent prosjektet med søknads ID 140890.

Norges Musikkhøgskole og prosjektleder Hans Petter Solli er ansvarlig for personvernet i prosjektet.

Vi behandler opplysningene basert på ditt samtykke.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte gruppeleder og forsker i studien Sissel M. Hansen på telefon, dersom du ønsker å trekke deg fra deltakelse i musikkterapigruppen, eller trekke ditt samtykke fra studien, kan du kontakte din hoved behandler i poliklinikken, eller sentralbord i DPS poliklinikk på telefonsom gir forsker beskjed.

Prosjektleder er førsteamanuensis Hans Petter Solli, som kan nåes på telefon 92 29 92 35, eller hans.p.solli@nmh.no

Dersom du har spørsmål om personvernet i prosjektet, kan du kontakte personvernombudet ved institusjonen: pvo@nmh.no

Datatilsynets e-postadresse er postkasse@datatilsynet.no, eller telefon: 22 39 69 00.

JEG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET OG TIL AT MINE PERSONOPPLYSNINGER
BRUKES SLIK DET ER BESKREVET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver